

Université de Montréal

Un nouveau paradigme pour réduire les problèmes reliés au poids :
l'exemple de *Choisir de maigrir ?*

par
Lyne Mongeau

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique
option promotion de la santé

Décembre 2004

© Lyne Mongeau 2004



WA
5
U58
2005
V.005

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Un nouveau paradigme pour réduire les problèmes reliés au poids :
l'exemple de *Choisir de maigrir ?*

présentée par :

Lyne Mongeau

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Marc Brodeur, président rapporteur

Lise Gauvin, directrice de recherche

Michèle Rivard, co-directrice de recherche

Lucie Richard, membre du jury

Denis Prud'homme, examinateur externe

Victor Gavino, représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Les populations contemporaines sont aux prises avec un double problème en ce qui a trait au poids : l'accroissement de l'obésité et une préoccupation excessive à l'égard du poids. Cette situation est secondaire aux changements sociaux qui ont graduellement amené les individus à être plus sédentaires, à adopter une alimentation qui répond aux impératifs de vitesse et à vouloir correspondre aux stéréotypes corporels de minceur. Ainsi, minces ou gros, beaucoup d'individus cherchent à contrôler leur poids. Malheureusement, les méthodes d'amaigrissement traditionnelles sont peu efficaces et peuvent même présenter des effets délétères. Certaines personnes présentent même un faible potentiel génétique pour atteindre un poids santé. En face de cette situation, des cliniciens et des chercheurs ont remis en question les interventions actuelles. L'objectif de nos interventions doit être d'améliorer la santé des personnes et non d'y nuire. Plutôt que placer la perte de poids comme enjeu central, privilégier la santé pourrait s'avérer plus profitable. Toutefois, cette façon d'envisager le contrôle du poids corporel s'avère radicalement différente, au point où elle a été qualifiée de « nouveau paradigme sur le poids » (NPP) (« Health at Any Size Paradigm », Berg 1999).

Le but de la présente thèse est de cerner la contribution potentielle des programmes d'intervention issus de ce nouveau paradigme, notamment le programme *Choisir de maigrir ?*, dans une stratégie globale visant à endiguer les problèmes reliés au poids. Pour ce faire, une recherche évaluative a été réalisée pour connaître les effets du programme *Choisir de maigrir ?*. Plus spécifiquement, nous avons cherché à mieux connaître les caractéristiques de la clientèle qui s'inscrit à ce programme; quels sont ses effets, et finalement quels sont les facteurs qui peuvent potentiellement agir comme médiateurs ou modérateurs des effets.

Cette recherche, de type quasi-expérimentale, a été menée auprès de 286 femmes issues de la communauté pour lesquelles nous avons obtenu des données avant,

immédiatement après le programme ainsi que 12 mois plus tard sur les comportements et attitudes alimentaires, la pratique d'activité physique et certaines variables psychosociales (image corporelle, estime de soi, efficacité personnelle, indice de dépression). Le poids et la taille ont aussi été mesurés.

Les résultats indiquent que les femmes inscrites à ce programme étaient d'âge moyen, étaient significativement plus scolarisées que la moyenne des Québécoises, leur poids moyen correspondait à l'obésité, elles présentaient des comportements alimentaires perturbés ainsi que des signes de vulnérabilité affective. Le programme *Choisir de maigrir ?* a eu un impact positif sur les variables psychosociales, sur certains comportements alimentaires, et ceci malgré que le poids soit resté stable. Finalement, on a démontré que le concept du choix, élément central de ce programme, a agi comme variable modificatrice sur des variables à forte connotation émotive. En particulier, les femmes s'étant engagées dans un choix éclairé retirent de plus grands bénéfices du programme.

Nous concluons que les programmes s'inspirant du NPP, tel que *Choisir de maigrir ?*, ont le potentiel de réduire les comportements alimentaires perturbés et favorisent un rapport sain avec la nourriture et le corps. Ils peuvent contribuer à endiguer l'épidémie de problèmes reliés au poids. Implanté dans un nombre significatif de communautés, *Choisir de maigrir ?* pourrait contribuer à favoriser le maintien du poids. En plus des effets directs de type de programme, les valeurs et les principes du NPP, similaires à ceux de la santé publique, pourraient guider le développement d'un plan d'action pour réduire les problèmes reliés au poids. Néanmoins, pour réussir à contrer les effets délétères de l'environnement sur les problèmes reliés au poids, nous devons favoriser le développement d'une synergie entre les interventions ciblant les individus et celles agissant au sein de l'ensemble de la population.

Mots clefs : préoccupation à l'égard du poids, obésité, nouveau paradigme sur le poids, approche sans diète, comportements alimentaires, image corporelle

SUMMARY

Populations living in contemporary industrialized nations are currently struggling with a two-pronged public health problem associated with body weight : a rise in the incidence of obesity and widespread and excessive preoccupation with weight. This situation is likely a by-product of social changes that foster sedentary behaviour, promote the adoption of eating habits that fits a fast-paced lifestyle, and render desirable a body that is commensurate to that of thin fashion models. Hence, whether they are thin or fat, many persons try to control their weight. Unfortunately, efficacy studies of various methods of weight control show disappointing results with poor maintenance of weight loss, and in some cases, dangerous health outcomes. Notably, some people likely present limited genetic potential to maintain a healthy body weight. In light of these setbacks, some clinicians and researchers have devoted time and effort to developing a new way of conceptualising weight issues. The goal of weight management interventions should be enhancing health not endangering it. Focusing on health as the major endpoint instead of weight loss could be far more beneficial. This way of addressing weight issues is called the Health at Any Size (H@AS) paradigm (Berg 1999).

The goal of thesis is to ascertain the potential contribution of programs ascribing to the new H@AS weight paradigm in curbing the growing epidemic of weight-related problems by examining the outcomes of one specific program based on the H@AS paradigm called *About losing weight ?*. The following questions were addressed : What are the characteristics of the women who enrol in *About losing weight ?*. What are the effects of this program ? Are there some factors that modify or mediate any program effects ?

A quasi-experimental study was undertaken with 286 women (N=167 from experimental sites, n=119 from control sites) recruited from 9 community health centers. Participants were assessed at baseline, at the end of the program, and 12-

months later on eating behaviours, physical activity, and psychosocial variables (body image, self-esteem, self-efficacy, depression). In addition, anthropometric data (weight, height) were recorded.

Results indicate that women who enrol in the *About losing weight ?* program, seem to present the following characteristics: are middle-aged, have a higher education than the average Quebec woman, have a mean BMI in the obesity range, present disturbed eating patterns, and show some signs of affective vulnerability. The present study also showed that *About losing weight ?* can have a positive impact on psychosocial variables, selected eating tendencies even though no substantial reductions in weight occur. Finally, the concept of choice, which is central to the program, moderates the effects of the program on emotionally laden variables, namely emotional eating, bulimic tendencies, and body image with women having made an informed choice about losing weight accruing greater benefits from the program in comparison to women not having made such a choice.

We conclude that programs ascribing to the H@AS, like *About losing weight ?*, can directly contribute to containing the epidemic of weight problems by reducing disordered eating and enhancing positive attitudes towards food and the body. Moreover, if broadly implemented, they could also contribute to weight stabilization in the population. Nevertheless, to counter the deleterious influences of the environment on obesity and excessive weight preoccupation in the population, a synergy must be created between individual and societal interventions. Hence, in addition to the direct contribution of programs ascribing to the H@AS paradigm, its values and principles, which mirror those of public health, could inspire an entire strategic planning effort.

Key words : weight preoccupation, obesity, new weight paradigm, non-dieting approach, eating behaviours, body image

RÉSUMÉ DE VULGARISATION

L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids sont des problèmes importants dans nos sociétés. Ces problèmes s'expliquent en bonne partie par les modifications profondes de nos sociétés : travail, loisirs et moyens de transport exigeant moins d'efforts physiques, modification de la vie familiale, notamment par le travail des deux parents à l'extérieur du foyer, alimentation rapide et de plus en plus basée sur des aliments transformés et le culte d'un corps mince.

Ainsi des personnes de tous poids s'unissent dans la recherche de moyens pour tenter de résoudre leur insatisfaction corporelle. Les interventions traditionnelles pour perdre du poids donnent des résultats immédiats mais le poids est repris la plupart du temps. De plus, certains de ces moyens s'avèrent même nuisibles. Insatisfaits de cette situation, des chercheurs, des cliniciens et des personnes du public ont cherché une autre voie. Ils proposent de mettre la santé au premier plan. Ils invitent à être réalistes : la vie impose des réalités incontournables. En effet, le poids et l'apparence ne dépendent pas simplement de la bonne volonté et du contrôle personnel. Les gènes déterminent fortement le poids et la constitution d'une personne. De plus, malgré la bonne volonté des gens, l'environnement actuel caractérisé par l'abondance et des efforts physiques réduits favorise le gain de poids, particulièrement chez les personnes susceptibles. Ainsi, au lieu de rechercher un corps mince à tout prix, mieux ne vaut-il pas favoriser la santé peu importe le poids ? Cette façon d'envisager les questions entourant le poids et la santé implique un virage à 180°, au point où elle a été nommée un « nouveau paradigme » sur le poids.

Basés sur cette nouvelle vision, des programmes d'intervention ont été élaborés. Cette thèse examine quelle peut être la contribution de tels programmes dans une stratégie globale pour réduire les problèmes reliés au poids. Nous prenons comme exemple le programme *Choisir de maigrir ?* développé à Montréal au début des années 1980. Une étude quasi-expérimentale a été réalisée auprès de 286 femmes issues de la

communauté. Un groupe a suivi le programme et un groupe n'a reçu aucune intervention, ce qui a permis la comparaison. Des informations ont été amassées à l'aide de questionnaires avant, immédiatement après et 12 mois après l'intervention. L'étude a permis de documenter les changements dans les comportements et attitudes alimentaires, la pratique d'activité physique et des dimensions psychosociales telles que l'image corporelle, l'estime de soi, l'efficacité personnelle et l'indice de dépression. Le poids et la taille ont aussi été mesurés.

Les résultats indiquent que les femmes qui ont participé au programme *Choisir de maigrir ?* étaient d'âge moyen, avaient un niveau de scolarité légèrement plus élevé que la moyenne des québécoises, avait un poids correspondant à l'obésité. Elles présentaient aussi des comportements alimentaires perturbés et des signes de vulnérabilité affective. Le programme a eu un impact positif malgré que le poids moyen soit resté stable. En les comparant avec les femmes n'ayant reçu aucune intervention, les participantes au programme sont devenues moins obsédées par les aliments et mangeaient moins souvent en réponse à leurs émotions. En moyenne, elles sont devenues moins déprimées, ont développé une meilleure image corporelle et une meilleure estime d'elle-même. Elles ont aussi développé une plus grande confiance en leurs capacités de faire une saine gestion de leur poids. Finalement, les femmes qui ont été capables de s'engager dans un choix éclairé de maigrir ou non, plutôt que continuer à essayer de maigrir en s'y sentant obligées, ont retiré de plus grands bénéfices que les autres.

En conclusion, pour tenter de réduire l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids les experts recommandent une stratégie globale favorisant la synergie entre des actions individuelles et celles visant à modifier différents environnements, par exemple l'agroalimentaire, l'aménagement urbain, les médias, la publicité et les milieux de travail. Des programmes issus du nouveau paradigme, tel que *Choisir de maigrir ?*, pourraient faire partie de cette stratégie globale parce qu'ils contribuent à ce que les personnes aient une bonne relation avec leur corps, les aliments et l'activité physique tout en maintenant leur poids.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
SUMMARY	v
RÉSUMÉ DE VULGARISATION.....	vii
TABLE DES MATIÈRES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES FIGURES.....	xv
LISTE DES ANNEXES.....	xvii
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	xviii
DÉDICACE.....	xix
REMERCIEMENTS	xx
PROLÉGOMÈNES	xxii
INTRODUCTION.....	1
Chapitre premier - Les problèmes reliés au poids : problématique et interventions.....	7
1.1 Les problèmes reliés au poids : une entité, deux réalités	7
1.1.1 Qu'est-ce que l'obésité ?.....	7
1.1.2 Qu'entend-on par préoccupation excessive à l'égard du poids ?...	10
1.2 Obésité et préoccupation à l'égard du poids : deux réalités fréquentes	14
1.2.1 Prévalence et tendance de l'obésité et de l'excès de poids	14
1.2.2 Prévalence de la préoccupation excessive à l'égard du poids.....	17
1.3 Qu'est ce qui cause les problèmes reliés au poids chez les individus ?	20
1.3.1 Pourquoi devient-on obèse ?.....	20
1.3.1.1 Les facteurs biologiques.....	24
1.3.1.2 Les comportements alimentaires et d'activité physique .	32
1.3.1.3 Les facteurs cognitif et psychologique.....	39
1.3.1.4 Les facteurs ethnique et socio-économique	46
1.3.1.5 Et si le corps cherchait son poids d'équilibre ?.....	48
1.3.2 D'où vient la préoccupation à l'égard du poids ?	51
1.3.2.1 La médecine et la diététique.....	53
1.3.2.2 La mode et le design	55
1.3.2.3 L'ère industrielle et la société de consommation.....	57
1.3.2.4 Un problème de femmes ?.....	58
1.4 L'accroissement du poids dans les populations	62

1.4.1	La réduction de la dépense en énergie	63
1.4.2	La modification de l'alimentation.....	66
1.4.3	Les aspects socioculturels associés au poids et à l'apparence	73
1.5	Les conséquences des problèmes reliés au poids	74
1.5.1	Les conséquences associées à l'obésité.....	74
1.5.1.1	La morbidité associée à l'obésité	74
1.5.1.2	L'association entre le poids et la mortalité	81
1.5.1.3	Les coûts associés à l'obésité.....	81
1.5.1.4	Les conséquences psychosociales.....	82
1.5.2	Conséquences de la préoccupation excessive à l'égard du poids ..	85
1.6	Deux problèmes, une solution : les produits, services et moyens amaigrissants (PSMA).....	87
1.6.1	La restriction alimentaire	88
1.6.2	Les programmes commerciaux	90
1.6.3	Les médicaments.....	93
1.6.4	L'approche comportementale.....	97
1.6.5	L'efficacité des produits, services et moyens amaigrissants.....	99
1.7	Changer de perspective : luxe ou nécessité ?	102
1.7.1	L'émergence d'une nouvelle vision concernant la gestion du poids 102	
1.7.2	L'importance des saines habitudes de vie.....	106
1.7.3	Modifier les habitudes de vie : tout un défi !	110
1.8	Un nouveau paradigme sur le poids	113
1.8.1	La naissance du NPP.....	113
1.8.1.1	Le mouvement du <i>size acceptance</i>	117
1.8.1.2	Le mouvement du <i>nondietering</i>	119
1.8.1.3	Le mouvement de l' <i>empowerment</i>	121
1.8.2	Les postulats fondamentaux du NPP.....	123
1.8.2.1	Les méthodes pour maigrir sont inefficaces.....	124
1.8.2.2	Les méthodes pour maigrir sont néfastes	125
1.8.2.3	Les croyances de tout temps sur les causes et les conséquences de l'obésité sont incorrectes	130
1.8.2.4	Le verre à moitié plein ou à moitié vide	132

1.9	Qu'est-ce qu'un paradigme ?	133
1.9.1	Définition de paradigme.....	133
1.9.2	Les révolutions scientifiques.....	136
1.9.3	L'incommensurabilité des paradigmes	137
1.9.4	Adopter un nouveau paradigme	138
1.9.5	Le nouveau paradigme sur le poids est-il véritablement un « paradigme » ?	139
1.10	Les interventions basées sur le NPP.....	144
1.10.1	Le contenu des interventions.....	144
1.10.2	L'évaluation des programmes	145
Chapitre 2-La pertinence et la valeur des programmes fondés sur le nouveau paradigme H@AS : l'exemple de Choisir de maigrir ?		166
2.1	<i>Choisir de maigrir ?</i> : un programme fondé sur le NPP.....	166
2.2	Méthodologie générale	172
2.2.1	Modèle d'évaluation.....	172
2.2.2	Devis de recherche	172
2.2.3	Population à l'étude.....	174
2.2.4	Échantillon	177
2.2.5	Instruments de collecte.....	179
2.2.6	Procédures.....	185
2.2.7	Analyses statistiques	188
2.3	Les articles.....	189
	Article 1	191
	Article 2.....	223
	Article 3	272
Chapitre 3 Le nouveau paradigme sur le poids peut-il contribuer à réduire les problèmes reliés au poids ?		310
3.1	Les problèmes reliés au poids, problèmes d'individus ou problèmes de société : un nouveau défi pour la santé publique.....	310
3.2	Survol des résultats de recherche et leur contribution à l'objectif de la thèse	312
3.3	Forces et limites de la recherche	322

3.4	La santé publique et la réduction des problèmes liés au poids.....	325
3.5	La contribution du NPP à la réduction des problèmes liés au poids	332
3.6	Pistes futures.....	334
	Conclusion.....	336
	Bibliographie	338
	Annexes	381

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Catégories de poids chez les adultes en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)	9
Tableau II	Risques relatifs de morbidité associés à un indice de masse corporelle (IMC) de 30 kg/m ² et plus	76
Tableau III	Tableau synthèse des études évaluatives sur les programmes de groupe s'apparentant au nouveau paradigme sur le poids (NPP) (par ordre chronologique)	149
Tableau IV	Titre et objectifs visés dans chacune des rencontres de <i>Choisir de maigrir ?</i>	169
Tableau V	Liste des variables dans l'évaluation de <i>Choisir de maigrir ?</i>	180
 Article 1		
Table 1	Weight loss tactics used by participants (N=167)	219
Table 2	Comparison of participants' socio-demographic characteristics with reference population	220
Table 3	Comparison of participants' rates of obesity with reference population	221
Table 4	Comparison of participants' scores on eating attitudes with reference population	222
 Article 2		
Table 1	Theme and main objective of each sessions of the study-format of " <i>About losing weight ?</i> "	262
Table 2	Characteristics of program delivery in health centers Participating In the study	264
Table 3	Socio-demographic and anthropometric characteristics of study participants at baseline	266

Table 4	Weight characteristics of study participants at baseline	267
Table 5	Effects of the ALW program on psychosocial, behavioral, and anthropometric outcomes while controlling for potential confounding effects	268
Table 6	Predicted values of outcome variables controlling for potential confounding effects	270
Article 3		
Table 1	Results of multilevel modeling analyses testing for the moderating effects of decisional status on the effects of the program on Emotional Eating	308
Table 2	Results of multilevel modeling analyses testing for the moderating effects of decisional status on the effects of the program on Body Image	309
Table 3	Results of multilevel modeling analyses testing for the moderating effects of decisional status on the effects of the program on Bulimics Tendencies	310

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Distribution des catégories de poids dans la population du Québec de 20 à 64 ans, selon le sexe, Santé Québec 1998	16
Figure 2	Conceptualisation du système bio-psychologique qui contrôle le comportement alimentaire	24
Figure 3	Modèle du comportement alimentaire comprenant les facteurs personnels, économiques et sociaux, et ceux liés aux aliments	31
Figure 4	Représentation des éléments en jeu dans la montée de l'obsession de la minceur et de l'oppression de la grosseur	52
Figure 5	Facteurs politiques, socioculturels, économique et personnels qui influencent directement ou indirectement les problèmes reliés au poids	64
Figure 6	Diverses catégories d'approches individuelles pour perdre du poids	87
Figure 7	Architecture du nouveau paradigme sur le poids	116
Figure 8	Modèle d'évaluation du programme <i>Choisir de maigrir ?</i>	172
Figure 9	Devis et calendrier de la collecte de données	174
 Article 2		
Figure 1	Flow chart of the study participants	265
 Article 3		
Figure 1	Mediation model	304
Figure 2	Predicted pre and post scores for Emotional Eating based on experimental or control group and decisional status	305

Figure 3 Predicted pre and post scores for Bulimic Tendencies based on experimental or control group and decisional status 306

Figure 4 Predicted pre and post scores for Bulimic Tendencies based on experimental or control group and decisional status 307

Discussion générale

Figure 10 Illustrations de la relation entre la moyenne de l'IMC dans la population et la prévalence de l'obésité 327

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Autorisations de reproduction	382
Annexe 2	Origine du programme <i>Choisir de maigrir ?</i>	386
Annexe 3	Modèle d'intervention du programme <i>Choisir de maigrir ?</i>	388
Annexe 4	Maquette des objectifs et activités du programme <i>Choisir de maigrir ?</i>	399
Annexe 5	Certificat d'éthique	411
Annexe 6	Questionnaire de l'évaluation de <i>Choisir de maigrir ?</i>	413
Annexe 7a	Lettre de consentement – participants expérimentaux	466
Annexe 7a	Lettre de consentement – participants témoins	

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ALW	<i>About losing weight</i> (nom anglais de <i>Choisir de maigrir</i> ?)
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires.
IMC	Indice de masse corporelle
H@AS	<i>Health-at-Any-Size</i>
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FMCQ	Fondation des maladies du cœur du Québec
FIMS	Fédération internationale de médecine sportive
FTC	<i>Federal Trade Commission</i>
LCD	Diètes faibles en énergie (<i>Low-Calorie Diet</i>)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIH	<i>National Institute of Health</i>
NPP	Nouveau paradigme sur le poids
OMS	Organisation mondiale de la Santé (ou en anglais WHO)
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec
PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
R&D	Recherche et développement
USDA	<i>United States Department of Agriculture</i>
VLCD	Diètes très faibles en énergie (<i>Very-Low-Calorie Diet</i>)
WHO	World Health Organization (ou en français OMS)

DÉDICACE

Pour Yvette, je sais que tu aurais été très fière de moi, et en fait, tu l'étais déjà....

Pour Philippe, Agnès, Laurence et Fabrice....

Socrate définit comme suit la sagesse : « Je suis conscient que je ne connais rien. » Je souhaite à mes enfants d'être avide de la connaissance, ce qui permet de vivre une bonne vie et de se sentir jeune éternellement, car on a toujours quelque chose à apprendre !

Pour Réal, avec qui j'ai partagé les 25 dernières années et qui m'a toujours, toujours soutenu dans tous mes projets. Pour qu'on passe encore 25 ans ensemble à réaliser plein d'autres projets, à l'ombre de cette thèse!

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes m'ont soutenu tout au long des 11 années qu'aura duré cette aventure. Beaucoup de personnes ont été là sur le parcours, pour me soutenir, pour m'écouter, comme source d'inspiration ou comme modèle. Quelques mercis sont indispensables.

Le premier : à Lise, à qui je dois très sincèrement d'avoir terminé cette thèse. Pour tes compétences, ta bonne humeur, ton flegme et tes « dangereuses » menaces !!

À Michèle, pour ton soutien par monts et par vaux, pour les petits conseils qui te semblaient bien anodins. À plusieurs autres personnes du département de médecine sociale et préventive ou qui gravitent autour, pour m'avoir accueilli chaleureusement année après année, après années...et qui m'ont encouragé à terminer : Jean-Marc B., Brigitte M., Nicole L., France P. et autres personnels administratifs, et Louise P., malgré tout et pour tout ! Ainsi que Nicole D. et François B. qui m'ont permis de faire un bout.

À mes collègues de doc qui ont tous terminé depuis longtemps, ou presque, pour leur soutien : Anne, Mike, Christophe, Michèle, Nima, Hassan, Sylvie, etc. et... Joëlle.

À Johanne F.-L. Diane C. et Louise P. et, à mes nombreuses copines diététistes (qui se reconnaîtront), qui depuis le début de l'aventure « des problèmes liés au poids » m'ont encouragé à persévérer ; à mes collègues de ÉquiLibre (ancien CAAO) : Monique, Jacinthe, Fannie, Josiane ; à mes collègues du GTPPP : Brigitte, Simone, Dominique, Suzanne, Marie-Paule, Diane, Roxanne, Anne, qui sont derrière moi quand il faut redire et répéter qu'une vision globale est indispensable pour bien comprendre les enjeux liés au poids ; à Alain P. qui a compris ce que je raconte et m'écoute encore ; à Lise R. et Monique C.-B. qui sont des femmes admirables, curieuses et insatiables de mieux comprendre, et qui m'inspirent.

À Johanne L. et Réal M., qui m'ont donné un sérieux coup de main. À mes collègues de l'Institut qui m'ont souvent donné l'énergie de continuer quand c'était difficile. À Marie-Claude P. qui m'a dit les bonnes choses au bon moment.

Aux collègues qui oeuvrent avec moi à l'ASPQ sur le dossier du poids : Valérie B., Estelle L., Alexandra P., Véronique S., Mireille V., Brigitte B., et Hélène V, Benoit S., Julie L., Denis S. et les autres. À Martine H. qui a pris son envol ailleurs mais qui est encore là en pensée.

Aux femmes et aux hommes avec que j'ai tenté d'aider, et dont les histoires se retrouvent parfois dans des exercices pour intervenants ou comme anecdote dans une conférence : Danielle qui tirait son biberon sur le mur ; Suzanne dont l'intelligence, la douceur et la perspicacité n'avait d'égal que son poids et sa souffrance ; Thérèse qui se demandait bien si c'était bien son corps qui lui parlait ou bien sa tête ; Michel qui luttait entre les exigences de la carrière, de la famille et de l'épanouissement personnel, et qui aimait manger, Pierre qui mangeait ses restants pour ne pas les mettre dans la colonne des pertes ; Denis qui a identifié en deux rencontres que son poids lui permettait de préserver son mariage, exit la tarte aux pommes avec deux boules de crème glacée ; Rose-Marie qui avait, la veille au soir, mangé sa dernière banane, visite chez la diététiste oblige ; Guillaume, dont les deux parents, l'ont entraîné bien malgré eux à manger en cachette; et celui de dix ans qui m'a dit que « ...juste à voir le gâteau au chocolat, j'engraisse » et à tous les autres dont les histoires et les retranchements m'ont permis de comprendre.

À mes enfants, et autres membres de ma famille d'avoir été patient avec moi et mes idées de fou... À Gaston pour avoir su reconnaître QUAND demander des nouvelles ! À Louise, Gilbert, Huguette, Daniel, Monique et Jocelyne ...on se reprendra pour les occasions perdues.

Et mon dernier merci à celui qui m'a soutenu tout au long et qui me comprend sans paroles, sans complications : Réal

PROLÉGOMÈNES

Prolégomènes : *n.m. pl.* du grec : *prolegomenia*, de *prolegein*, « dire avant ». Notions préliminaires nécessaires à l'intelligence d'un livre ; notions, principes préliminaires à l'étude d'une question. « Prolégomènes à toute métaphysique future qui voudra se présenter comme une science » Kant, 1784 (Clément *et al.* 1994 ; Le petit Robert, 1976)

Cette thèse, et le projet de recherche qui y est décrit, sont le fruit du travail d'une femme qui explore et tente de mieux comprendre un problème depuis plus de 20 ans. En l'occurrence, ce problème est caractérisé par un biais de genre; en effet, le problème dont il est question se présente différemment dans notre société selon que l'on est un homme ou une femme. Le fait que l'analyse soit réalisée par une femme influence forcément la perspective adoptée.

Les problèmes reliés au poids sont ici analysés par une femme d'âge mûr, par une femme qui a vécu quatre maternités et qui accompagne ses enfants dans leur appropriation corporelle. Ceci constitue un second facteur qui permet de saisir la perspective du texte. Habiter un corps vieillissant dans une société de minceur, de jeunesse, de « formes » dans tous les sens du mot, et à plus forte raison lorsqu'on est une femme, permet d'ancrer la réflexion dans l'expérience de vie.

L'expérience professionnelle dont sont issues cette recherche et cette thèse teinte tout ce qui est rapporté dans le présent document. Travailler avec des femmes qui vivent douloureusement avec leur corps et leur image a modelé toute ma vie professionnelle, et très certainement ma vie personnelle. L'expérience est profonde au point qu'elle est indissociable de ce que je suis et colore forcément ce qui suit.

Finalement, mon cheminement professionnel et académique qui m'a mené du travail clinique au travail en santé publique est la quatrième perspective qui a inspiré ce document. S'intéresser à « la personne » et s'intéresser « aux personnes » comme un tout exige une conceptualisation différente des choses. La compréhension qui découle de cette double analyse est plus nuancée, plus complexe et plus satisfaisante. J'ai

commencé mon doctorat il y a 11 ans. J'étais à mes débuts dans l'univers de la santé publique à cette époque. Ainsi, mon projet de recherche est davantage issu de mon expérience clinique. Mais la rédaction de la thèse, effectuée plusieurs années plus tard, tente de rendre compte de l'évolution de ma pensée au cours de mon apprentissage dans l'univers de la santé publique.

Bonne lecture.

INTRODUCTION

Dans notre société contemporaine, les individus sont aux prises avec une double difficulté au regard de leur poids : avoir un excès de poids ou être insatisfait de leur corps et de leur poids ou les deux à la fois. C'est ce dont traite cette thèse, les problèmes reliés au poids.

L'obésité est un problème de santé publique en croissance et dont les conséquences sont graves. Les causes de l'augmentation de la prévalence de l'obésité sont communes à d'autres maladies chroniques (ex : maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) et sont liées au mode de vie industrialisé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a invité toutes les nations à se préoccuper des maladies chroniques, dont l'obésité, car elles s'accroissent et constituent un fardeau important pour les populations (OMS 2000). Mais que faut-il faire ? L'OMS (WHO 2000) dans son rapport sur la prévention et la gestion de l'épidémie d'obésité recommande l'utilisation de plusieurs stratégies : la prévention universelle, qui vise l'ensemble de la population, afin de réduire l'incidence de l'obésité, la prévention sélective ou secondaire qui cible les groupes à risque et finalement, l'intervention auprès des personnes obèses (le traitement).

Une dimension semble cependant occultée : la population grossit malgré le fait que de nombreuses personnes, bien souvent de poids normal, soient très préoccupées par leur image corporelle et qu'elles tentent déjà de perdre ou de contrôler leur poids par toutes sortes de moyens. Ainsi, il y a l'obésité réelle et l'obésité perçue : on parle même des obésités. Les problèmes de l'obésité et de la préoccupation excessive à l'égard du poids se présentent donc sous plusieurs facettes qu'il faut considérer simultanément dans nos interventions.

On retrouve unies dans la recherche des moyens pour atteindre l'idéal corporel, deux groupes de personnes, notamment les personnes véritablement obèses et celles qui se croient trop grosses. Diètes, produits, appareils, programmes et méthodes diverses : le répertoire est généreux. Mais les résultats qui découlent de l'utilisation de ces moyens sont souvent décevants, voire néfastes pour la santé dans certains cas.

Généralement, on note, une diminution du poids dans une période de temps relativement courte. Mais le taux de rétention de la perte de poids est extrêmement faible. Quoiqu'une amélioration dans le degré de succès ait été notée ces dernières années, la plupart des personnes reprennent tout de même le poids perdu, en tout ou en partie. Le défi à relever dans les interventions auprès des personnes ayant un surpoids est de les aider à ne pas reprendre le poids perdu. Si la personne possède un surpoids préjudiciable à sa santé, les bénéfices de la perte de poids sont perdus si le nouveau poids n'est pas maintenu. Et si au départ, la perte de poids n'était pas médicalement indiquée, quelles sont les conséquences d'une perte et d'une reprise de poids ? On constate notamment des conséquences biologiques, psychologiques, sociales et comportementales, qui risquent paradoxalement de nourrir le problème que l'on veut justement solutionner, c'est ce que l'on nomme l'obésité iatrogénique.

Par ailleurs, les causes de l'obésité sont multiples et complexes. Le spectre des facteurs qui peuvent expliquer l'obésité chez une personne est large, la condition est extrêmement hétérogène. Certaines personnes obèses, celles qui présentent une susceptibilité génétique, ont un potentiel réduit d'atteindre un poids considéré comme normal, compte tenu de notre environnement. Mais le facteur génétique est peu utile pour comprendre l'accroissement du poids dans les populations. Les facteurs en cause sont essentiellement liés aux changements récents dans notre mode de vie : sédentarisation du travail, des modes de déplacement et des loisirs, ainsi qu'une modification de l'alimentation.

Ainsi, l'obésité est une condition hétérogène, dont les causes sont multiples et complexes et pour laquelle peu de solutions efficaces sont disponibles : le problème mérite d'être examiné autrement. Et si, dans cette quête d'un idéal sanitaire et corporel, on échappait l'essentiel : la santé ! N'est-ce pas cela qui importe ? Et la santé, c'est quoi ? Selon l'OMS (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Ainsi, il serait juste de dire que la santé peut se promouvoir et se maintenir dans une diversité de formes et de poids.

Accepter ce que la nature nous a donné et bien s'en occuper. Même gros, on peut être en santé. Et si on accepte mieux ce qu'on est, n'est-on pas plus enclin à adopter des comportements et une mode de vie salutogènes ? À partir de cette question, un certain nombre de cliniciens et de chercheurs se sont penchés sur la question et, de ce questionnement, a émergé un nouveau paradigme pour examiner la question des problèmes reliés au poids. Berg (1999) décrit ce nouveau paradigme de la façon suivante : «...il concerne le fait d'être en santé au poids auquel nous sommes. Il met de l'avant la notion de bien-être et d'entièreté de tous les êtres, incluant leur développement intellectuel, physique, émotionnel, social et spirituel. Il resitue le geste de manger dans le contexte normal de satisfaction des besoins énergétiques, gustatifs et de santé; il valorise un mode de vie actif, qui varie d'une personne à l'autre. Le nouveau paradigme concerne un rapport harmonieux avec soi-même dans lequel on s'accepte, on se respecte et on vit bien avec ce qu'on est. Et on vit avec les autres en adoptant les mêmes attitudes d'acceptation et de respect, et on accepte la diversité des formats corporels. » (p.74) (traduction libre). Berg (1999) a nommé le paradigme *Health-at-Any-Size* (H@AS).

Au Québec, certaines personnes ont cheminé dans le sens de ce nouveau paradigme et des programmes d'intervention de groupe s'en inspirant ont été développés. *Choisir de maigrir ?* est un de ces programmes. Peu après son élaboration en 1982, le programme a vite connu une grande popularité tant auprès de la population qu'auprès des professionnels de la santé, suscitant ainsi une demande pour sa dissémination. Il est cependant important, avant de faire la promotion d'une intervention, de documenter ses effets, à qui elle s'adresse et qui en bénéficie. En d'autres mots, il faut recueillir les évidences scientifiques nécessaires pour déterminer si le programme *Choisir de maigrir ?* doit faire partie intégrante de la panoplie des stratégies à déployer afin de contrer l'augmentation de l'incidence de l'obésité et réduire la préoccupation excessive à l'égard du poids. Le cas échéant, il faut se prononcer sur le rôle des interventions fondées sur ce paradigme dans une stratégie plus globale pour réduire les problèmes reliés au poids dans la société.

La présente thèse a donc comme objectif d'étudier le rôle potentiel que peuvent jouer les programmes s'inspirant du paradigme du H@AS, en prenant comme exemple le programme *Choisir de maigrir ?*, dans une stratégie globale visant à endiguer les problèmes reliés au poids.

Pour ce faire, la thèse comporte trois chapitres. La recension des écrits est exposée dans le premier chapitre. La première partie présente les problèmes reliés au poids : obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids. Après avoir défini les deux entités, on présente leurs prévalences respectives, leurs causes et conséquences. Puis, nous examinons brièvement comment les transformations du mode de vie ont agit sur le poids et aggravé ces entités. Nous présentons ensuite les interventions traditionnelles pour perdre du poids et leur efficacité. La première section se termine en exposant les limites de ces interventions dans une stratégie globale pour endiguer l'épidémie d'obésité, constituant un plaidoyer en faveur d'une nouvelle façon d'aborder les problèmes de poids. La deuxième section du chapitre premier décrit cette nouvelle vision, appelée le paradigme du H@AS. On situe ses origines et ses postulats. Puis, nous faisons une incursion dans l'univers des paradigmes en se demandant si le nouveau paradigme en est vraiment un. Ensuite, suit une analyse des programmes qui se basent sur ce nouveau paradigme et une discussion de leurs effets ainsi que du contexte méthodologique dans lequel ils ont été étudiés. En d'autres mots, il s'agit de répondre aux questions suivantes : peut-on développer des interventions qui envisagent autrement les problèmes reliés au poids ? En quoi consistent de telles interventions ? Ont-elles un potentiel pour endiguer l'épidémie de problèmes reliés au poids ?

Le deuxième chapitre présente le programme *Choisir de maigrir ?* et rapporte les résultats d'une étude d'évaluation dont il a été l'objet. Le programme a été évalué à l'aide d'une recherche évaluative réalisée en collaboration avec plusieurs CLSC et centres de santé. Des mesures opérationnelles de la notion de bien-être ont été prises avant l'intervention, immédiatement après et 12 mois après la fin de l'intervention. Les principaux résultats de l'étude sont présentés et discutés dans trois articles

scientifiques. Le premier article décrit la clientèle qui s'est inscrite au programme *Choisir de maigrir ?* au moment de l'étude et certaines de leurs caractéristiques sont comparées à celles de la population en général. Cet article permet de répondre à la question : « Un tel programme intéresse quel type de personnes ? ». Le deuxième article porte sur l'évaluation des effets de *Choisir de maigrir ?* à proprement parler. Il décrit le raisonnement sous-jacent à l'étude, la méthodologie, les effets obtenus ainsi que les forces et les limites de la recherche et des suggestions pour les étapes futures. Le deuxième article permet de statuer sur la question suivante : « Quels effets sont générés par ce programme ? ». Le troisième article s'attarde au concept du choix qui est central dans le programme, ayant d'ailleurs inspiré son nom. On explore si l'impact de ce type d'intervention diffère entre les femmes ayant fait le choix de maigrir, celles qui sont indécises et celles ayant une perspective nébuleuse à ce sujet. En d'autres mots, nous tentons de répondre à la question suivante : « Ce type d'intervention a-t-il un impact différentiel selon les personnes et dépendant de certaines conditions ? ».

Dans le troisième et dernier chapitre, et à la lumière des propos tenus dans les deux chapitres précédents, nous discutons les résultats de l'étude, ainsi que de ses forces et ses limites. Puis, nous examinons quelle est la contribution potentielle des programmes basés sur le nouveau paradigme, notamment le programme *Choisir de maigrir ?*, dans une stratégie globale de santé publique pour endiguer les problèmes reliés au poids. En conclusion, nous présentons un portrait des perspectives futures de recherche sur l'intervention visant à réduire les problèmes reliés au poids.

CHAPITRE PREMIER - LES PROBLÈMES RELIÉS AU POIDS : PROBLÉMATIQUE ET INTERVENTIONS

Une partie importante de cette recension des écrits est inspirée du guide d'intervention du programme *Choisir de maigrir ?* (CAAO 2003). L'auteur de la présente thèse a récemment rédigé une recension des écrits pour ce guide et, avec la permission du Collectif action alternative en obésité (CAAO) qui se trouve à l'annexe 1, elle a tiré et adapté des sections de texte pour cette thèse.

1.1 Les problèmes reliés au poids : une entité, deux réalités

1.1.1 Qu'est-ce que l'obésité ?

À travers l'histoire de l'humanité et ce, jusqu'à récemment, être corpulent a plutôt été vu comme un signe de santé et de prospérité. Durant les siècles marqués par les fréquentes famines et durant lesquels ont prédominé les travaux lourds, s'assurer que l'ensemble de la communauté avait assez à manger représentait l'enjeu nutritionnel le plus important (Apfeldorfer 2000 ; WHO 2000). Pas surprenant que pendant longtemps un corps bien nourri et bien épanoui constituait un signe de vigueur et de bonne santé, une utilité sociale. La symbolique positive autour de l'obésité était généralisée : l'homme corpulent était capable de labeur, la femme enrobée symbolisait la maternité et la fertilité et chez l'enfant, les rondeurs étaient synonyme de santé (Apfeldorfer 2000 ; Cassell 1995). Même si au XIV^e siècle, Galien, sommité médicale, se prononça assez durement envers l'obésité en ces termes : « L'art hygiénique promet de garder en santé ceux qui obéissent ; mais ceux qui sont désobéissants, c'est tout simplement comme s'ils n'existaient pas. » (traduction libre) (Bray 1990), il faut garder à l'esprit que l'obésité a constitué une préoccupation bien mineure dans la vie des gens jusqu'à récemment. Ce n'est que depuis le XX^e siècle que les connaissances ont beaucoup évolué, et que depuis quelques décennies, que la forte prévalence de l'obésité en fait un sujet de préoccupation plus important (WHO 2000).

L'obésité est à la fois facile et difficile à définir car peu de définitions échappent à une certaine subjectivité. Selon une des définitions les plus couramment admises et les plus simples, **l'obésité est l'état de l'organisme caractérisé par un degré élevé d'adiposité** (Katch et McArdle 1985). D'autres auteurs croient que la définition de l'obésité devrait inclure en elle-même d'autres notions, telles que le risque à la santé (Hubbard 2000). C'est le cas de la définition adoptée par l'OMS (WHO 2000) : **une accumulation anormale ou excessive de tissu adipeux, qui peut nuire à la santé** (traduction libre). Cette définition, bien qu'elle ait le mérite d'ajouter la notion de risque à la santé, suscite des débats car elle requiert que les scientifiques statuent de façon précise sur le niveau de risque à la santé qui cause préjudice (Brownell 1995a).

Par ailleurs, bien que la définition de l'obésité soit basée sur l'excès de graisse, on constate que sa mesure et les diverses classifications de l'obésité reposent sur la masse corporelle totale de l'individu. Ceci s'explique par le fait que la graisse est plus difficile et coûteuse à mesurer (Pi-Sunyer 2000), le surpoids sert donc de *proxy* à l'obésité (Brownell 1995a). L'indicateur d'obésité le plus utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC). Plusieurs estiment qu'il constitue une estimation indirecte et relativement satisfaisante de l'adiposité (Kuczmarski et Flegal 2000). L'indice de masse corporelle, ou indice de Quetelet, se calcule comme suit :

$$\text{Indice de masse corporelle (IMC)} = \frac{\text{Poids (kg)}}{[\text{Taille (m)}]^2}$$

La plupart des études portant sur l'excès de poids reposent sur la mesure de l'IMC. Toutefois, la classification des catégories de poids qui découlent de cette mesure ont varié dans le temps. Une classification a été proposée par l'OMS en 1995 (WHO 1995) (tableau I). Celle-ci a par la suite été adoptée par plusieurs pays et tout récemment par le Canada (Santé Canada 2003a).

Tableau I

Catégories de poids chez les adultes en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

IMC (kg/m²)	Catégories de poids	Description populaire
< 18,5	Poids insuffisant	Mince, en dessous de son poids
18,5 à 24,9	Poids normal	Poids santé, « normal » ou acceptable
25 à 29,9	Surpoids	Excès de poids, embonpoint, pré-obèse, au-dessus de son poids
30 à 34,9	Obésité Grade 1	Obésité modérée
35 à 39,9	Obésité Grade 2	Obésité majeure
≥ 40	Obésité Grade 3	Obésité très majeure, morbide, super-obésité

Source : Adapté de WHO 1995 et de WHO 2000

Il est reconnu que la distribution du tissu adipeux, et non uniquement sa quantité, contribue au risque à la santé (Kuczmarski et Flegal 2000 ; Pi-Sunyer 2000 ; NHLBI 2000 ; WHO 2000 ; Santé et Bien-être social Canada 1991). 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 (Björntorp 1998). En conséquence, la mesure de la distribution du tissu adipeux s'avère importante pour apprécier le risque à la santé. Plusieurs méthodes et indicateurs ont été proposés. Même si on utilise fréquemment le ratio de la circonférence abdominale sur la circonférence des hanches, cet indicateur présente des imperfections. Il tend à être remplacé par la circonférence abdominale, qui constitue indéniablement une mesure plus simple que le ratio de la circonférence abdomen/hanches, d'autant plus qu'elle est bien corrélée aux différents facteurs de

risque pour la santé (Després *et al.* 1990 ; Kissebah *et al.* 1989). Au Québec, les travaux de Lemieux et coll. (1996) ont identifié qu'une circonférence abdominale de 95 cm constituait le seuil de la zone d'alerte en regard des risques cardiovasculaires pour les hommes et les femmes. Cette valeur a été adoptée par certaines instances de santé du Québec telles que la Fondation des maladies du cœur du Québec et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (FMCQ 2000 ; OPDQ 2000). Mais d'autres valeurs ont aussi été proposées (Zhu *et al.* 2002 ; Han *et al.* 1997 ; Lean *et al.* 1995 ; Pouliot *et al.* 1994).

1.1.2 Qu'entend-on par préoccupation excessive à l'égard du poids ?

D'entrée de jeu, il est important de mentionner que tout ce qu'on peut écrire relativement au concept de préoccupation excessive à l'égard du poids s'appuie sur une littérature relativement récente. En conséquence, de la définition jusqu'aux conséquences, l'ampleur et la profondeur des évidences scientifiques contrastent beaucoup avec celles de l'obésité.

Si on examine la question de la corpulence à partir d'une perspective qui n'est pas médicale, on admet que celle-ci peut être appréciée en fonction d'un contexte culturel donné, ce qui influence forcément les définitions de l'obésité (Agras 1995). Les normes qui définissent un « beau corps » varient beaucoup d'une culture à l'autre et d'une époque à l'autre. Dans l'ensemble du règne animal, les corps sont à la fois similaires et différents : similaires dans leurs grandes constituantes, mais caractérisés par la diversité des détails (Fischler 2001). Malgré une tendance positive à l'égard de la chair généreuse, on note toutefois qu'à certaines époques, la minceur a été prisee comme idéal esthétique pour le corps féminin. L'idéal de minceur n'a cependant jamais atteint l'extrême que l'on connaît maintenant (Seid 1994). Selon l'historien Peter Stearns (1997), avant la période 1890-1910, on avait jamais vu un élément systématique de la vie publique, en l'occurrence se restreindre de manger pour contrôler son poids ou se sentir coupable de ne pas le faire, devenir un enjeu de base de la vie privée, ceci parallèlement à la montée d'un fort dégoût dirigé vers les personnes étiquetées comme obèses. Contrastant avec le XIX^e siècle, où les styles

corporels à la mode changeaient d'une décennie à l'autre, la passion grandissante pour l'amincissement semble devenir un élément de la culture fondamentale.

Ainsi, bien que des efforts soient faits pour définir l'obésité de façon objective, il n'en demeure pas moins que les individus évaluent leur corpulence sans charte ou indicateur scientifique. Ils comparent leur corpulence aux normes qui prévalent dans leur société, et la société industrielle arbore la minceur. Or, si on accepte que les postulats d'une distribution normale s'appliquent au poids, être mince est aussi rare qu'être gros. Malgré la rareté du trait, une proportion importante d'individus aspire à avoir la corpulence de la queue de la distribution. Ainsi, « Il n'y a donc pas que l'obésité franche, celle qui menace la santé, il y a aussi l'obésité subjective, « dans la tête », qui réfère davantage à un malaise vécu, à l'insatisfaction face à son corps, à la gêne et à la honte que l'on porte comme un fardeau. » (CAAO 1988, p.29).

Par exemple, au Québec, de nombreux hommes, femmes et enfants souhaitent modifier leur poids même si celui-ci est dans la catégorie du poids acceptable (Ledoux et Rivard 2000). Ainsi, au Québec en 1998, parmi les femmes ayant un poids insuffisant ($IMC < 20 \text{ kg/m}^2$), 9 % désiraient maigrir et parmi les femmes au poids normal (IMC entre 20 et 25 kg/m^2), 47 % désiraient maigrir. Par comparaison, c'était le cas de 10 % des hommes dans la catégorie du poids normal. De plus, parmi les femmes ayant un poids insuffisant ($IMC < 20 \text{ kg/m}^2$) et désirant maigrir, 25 % désiraient perdre 10 % de leur poids ou davantage. Sur le plan des motivations, 44 % de ce groupe de femmes indiquaient vouloir maigrir pour améliorer leur santé et 82 % pour améliorer leur apparence¹. (Ledoux et Rivard 2000)

À la lumière de ces données statistiques, vouloir changer de poids ne relève-t-il pas davantage d'une préoccupation esthétique que d'une intention louable sur le plan de la santé ? La notion d'insatisfaction et de préoccupation à l'égard du poids fait donc appel à plusieurs éléments, soit la peur de grossir, la perception de sa grosseur, le souci du poids et de la silhouette, l'importance accordée au poids, la peur d'être vu ou

¹ D'autres données de prévalence de ce phénomène seront présentées dans la section 1.2.2

observé, la quête d'un poids et d'une silhouette idéalisée et les comportements qui en découlent (Thompson *et al.* 1999 ; Rosen et Neumark-Stzainer 1998). Ainsi, outre les troubles de l'alimentation qui sont clairement définis dans la littérature scientifique à l'aide de critères précis et mesurables, les problèmes de conduites alimentaires dysfonctionnelles (Berg 2000) et ceux reliés à l'image corporelle ne correspondent pas aux critères des troubles de l'alimentation et ne bénéficient pas d'une définition claire et universellement acceptée. On retrouve dans la littérature toute une série de termes pour parler de ce phénomène lorsqu'il est vécu positivement : satisfaction à l'égard du poids, du corps, de l'apparence, évaluation de l'apparence, orientation de l'apparence, estime du corps, schéma du corps et perception corporelle. De même, lorsque ce phénomène est perçu de façon négative, on parle de : préoccupation à l'égard du corps, de l'apparence, insatisfaction à l'égard du corps, distorsion de l'image corporelle, dysphorie ou dysmorphie corporelle, problèmes de comportements alimentaires, alimentation dysfonctionnelle, etc. (Thompson *et al.* 1999)

Préoccupation à l'égard du poids et image corporelle sont donc des concepts apparentés. L'**image corporelle** se définit comme la perception qu'a une personne de son propre corps. Cette perception inclut les pensées, les jugements, les émotions et les sensations à l'égard du corps. L'image corporelle reflète les perceptions reliées au format corporel, au poids, aux capacités fonctionnelles de même qu'au pouvoir d'attrance du corps (Cash 2002 ; Thompson 1995 ; Eide 1982).

La frontière entre les préoccupations normales et anormales à l'égard du poids est difficile à établir. On pourrait distinguer image corporelle positive et négative ainsi (CAAO 2002) :

Image corporelle positive

voir son corps tel qu'il est ;
 l'accepter comme il est dans le moment présent ;
 apprécier les habiletés et les particularités de son corps ;
 avoir confiance en son corps et ses capacités ;
 traiter son corps avec bienveillance ;
 jouir de son corps tel qu'il est.

Image corporelle négative

avoir une perception erronée de la grosseur ou des formes de son corps (une distorsion de l'image corporelle) ;
 éprouver du regret, de la honte, de la culpabilité ou de la haine à l'égard de son corps ;
 déprécier ou rejeter certaines parties ou dimensions de son corps
 douter de son corps et de ses habiletés physiques ;
 écouter peu, ne pas reconnaître ou nier les besoins de son corps ;
 chercher à transformer son corps en fonction d'un idéal.

L'image corporelle se construit progressivement durant l'enfance et l'adolescence à partir de plusieurs éléments : les influences de l'environnement immédiat et de l'environnement social plus large (Cash 2002). Ces influences constituent les voix du passé. Par la suite, l'image corporelle se consolide, se détériore ou s'améliore à partir des influences courantes, soit les événements du quotidien et l'interprétation qu'on en fait. En tant que composante du concept de soi, l'image corporelle contribue de façon importante au fonctionnement psychosocial et à la qualité de vie d'une personne (Cash 2002).

En langue anglaise, on parle plutôt de « *body dissatisfaction* » (insatisfaction corporelle) qui a été défini, comme on vient de le voir, comme étant un sous-concept de l'image corporelle (Thompson 1995). La notion d'insatisfaction corporelle

comporte une dimension évaluative qui implique la perception ou la croyance que son corps dévie de la norme et cette perception est accompagnée de sentiments négatifs (McLaren et Wardle 2002).

Face à l'absence de définition formelle et pour mieux se comprendre, au Québec, le Collectif action alternative en obésité (CAAO) a proposé l'utilisation de l'expression « préoccupation excessive à l'égard du poids » pour rendre compte des attitudes et des comportements liés à ce phénomène. Le CAAO définit la préoccupation excessive à l'égard du poids comme étant : **« l'état d'une personne qui, ayant ou non un surplus de poids, est à ce point préoccupée par son poids que cela porte atteinte à sa santé physique ou mentale »** (Schaefer et Mongeau 2000, p. 45). Ainsi, contrairement aux troubles alimentaires, cette expression permet de prendre en considération les diverses manifestations du problème, et non pas seulement celles incluses dans le spectre psychiatrique. De plus, elle tend à inclure les dimensions de l'image corporelle et des comportements alimentaires dysfonctionnels, et ceci peu importe le poids de la personne.

1.2 Obésité et préoccupation à l'égard du poids : deux réalités fréquentes

1.2.1 Prévalence et tendance de l'obésité et de l'excès de poids

De façon générale, l'excès de poids et l'obésité sont en forte croissance dans l'ensemble des pays industrialisés et ce, tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents (WHO 2000). Par exemple, aux États-Unis, l'excès de poids a triplé chez les enfants et les adolescents de 6 à 19 ans entre 1963-1970 et 1999-2000, passant de 5 % à 15 % (Ogden *et al.* 2002). La prévalence de l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tend à augmenter autant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés ; la prévalence de l'obésité varie toutefois beaucoup d'une région du globe à l'autre. Par exemple, elle était inférieure à 2 % dans la population chinoise en 1992, alors qu'elle touchait plus de 50 % de la population dans la région urbaine de l'île de Samoa en 1991 (WHO 2000). La prévalence de l'obésité peut être très contrastée à l'intérieur d'une même population, variant en fonction du lieu de

vie : par exemple, en 1991 en Papouasie Nouvelle-Guinée, 54 % des femmes de la région côtière urbaine étaient obèses contre 19 % de celles vivant dans la région côtière rurale et 5 % pour celles des montagnes (WHO 2000). L'OMS, préoccupée par l'accroissement de l'obésité et des conséquences qui y sont associées, qualifie le phénomène d'épidémie (WHO 2000).

Au Québec, la prévalence de l'obésité n'atteint pas des proportions aussi alarmantes mais elle a tout de même augmenté vers la fin des années 1980. Selon les données des trois enquêtes sociales et de santé de Santé Québec, la proportion de personnes de 15 ans et plus présentant un excès de poids ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$)² est passée de 19 % à 25 % entre 1987 et 1992-1993 et à 28 % en 1998 (Ledoux et Rivard 2000 ; Therrien 1995). Seuls les plus jeunes, les 15 à 19 ans, ont été épargnés par cette hausse. Quant à l'obésité, définie par un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$, elle est passée de 9 % en 1987 à 13 % en 1998 (Ledoux et Rivard 2000 ; Therrien 1995). Quoiqu'en disent les médias avec des manchettes souvent sensationnelles, l'accroissement de la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité au Québec n'est pas comparable à celle des États-Unis, et celle-ci serait même plutôt stable. Tel que l'indique le rapport de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000/2001, entre 1998 et 2000-2001, l'excès de poids ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) dans la population québécoise de 20 à 64 ans est passé de 34 % à 31 % et l'obésité de 10 %³ à 13 % ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (Statistique Canada 2002).

L'importance de l'excès de poids et de l'obésité diffère entre les hommes et les femmes (figure 1). En 1998, on estimait la proportion des femmes de 15 ans et plus qui présentaient un excès de poids ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$) à 24 % et à 32 % celle chez les hommes du même groupe d'âge. Plus spécifiquement, plus hommes que de femmes de 20 à 64 ans présentent un début d'excès de poids ($25 \geq \text{IMC} < 27 \text{ kg/m}^2$) avec 22 % c. 13 %, de l'embonpoint ($27 \geq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) avec 21 % c. 12 %, et de

² L'excès de poids est définie comme étant un $\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ plutôt que $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ comme indiqué au tableau 1. Cette définition de l'excès de poids était celle en vigueur au Canada entre 1988 et 2003.

³ On ne peut comparer directement les deux données de prévalence de l'obésité pour le Québec en 1998, 10 % et 13 %, car elles sont issues de sources différentes et de groupes d'âge différents.

l'obésité ($30 \geq \text{IMC} < 35 \text{ kg/m}^2$) avec 11 % c. 9 %. Seules les proportions dans la catégorie de l'obésité sévère ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) ne diffèrent pas selon le sexe ($\approx 3 \%$). À l'inverse, les femmes de 20 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à présenter un poids insuffisant ($\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$) soit 14 % c. 4 % (Ledoux et Rivard 2000).

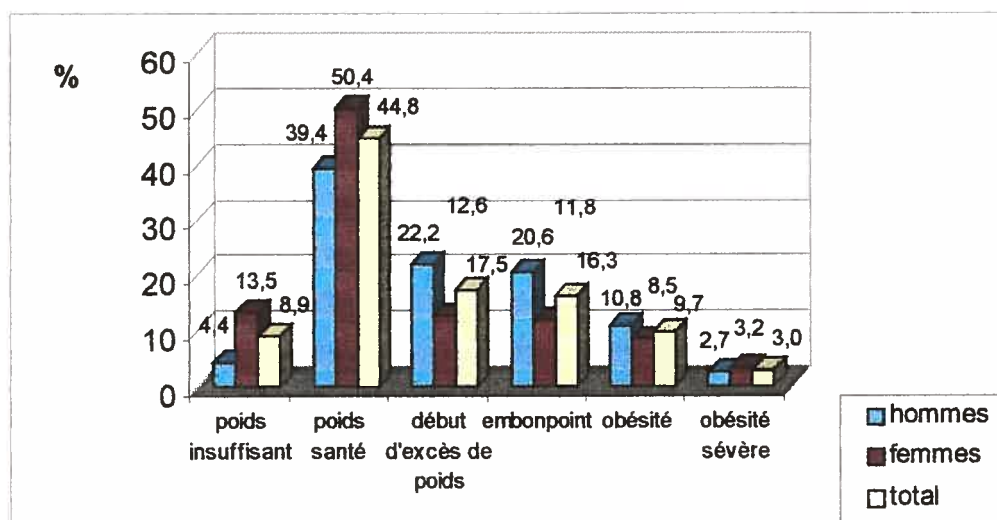


Figure 1 – Distribution des catégories de poids dans la population du Québec de 20 à 64 ans, selon le sexe, Santé Québec 1998

Source : Enquête sociale et de santé, Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000

La validité des données de poids et de taille rapportées par les personnes dans le cadre de grandes enquêtes telles que les enquêtes de Santé Québec ou des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes mérite quelques mots. L'étude de la prévalence des catégories de poids fournit des résultats variables selon que les mesures sont prises directement auprès des personnes ou que les valeurs sont rapportées par les sujets eux-mêmes. Il semble que cette variabilité est attribuable à un biais systématique de sous-déclaration du poids et de sur-déclaration de la taille (Hill et Roberts 1998 ; Stewart *et al.* 1987 ; Pirie *et al.* 1981), lesquels biais sont plus marqués pour les personnes âgées (Niedhammer *et al.* 2000 ; Roberts 1995 ; Alvares-Torices *et al.* 1993 ; DelPrete *et al.* 1992 ; Kukowska-Wolk *et al.* 1989 ; Jalkanen *et al.* 1987 ; Palta *et al.* 1982) et pour les personnes plus corpulentes (Niedhammer *et al.* 2000 ; Roberts 1995 ; DelPrete *et al.* 1992 ; Jalkanen *et al.* 1987 ; Palta *et al.*

1982 ; Schlichting *et al.*1981). Cairney et Wade (1998), qui ont comparé les données canadiennes de prévalence d'excès de poids issues d'études utilisant des mesures rapportées ou des mesures anthropométriques, considèrent que les données rapportées entraînent une sous-estimation de la prévalence de l'excès de poids de 10 %, tant chez les hommes que les femmes. Pour la population française, Niedhammer et coll. (2000) ont constaté une sous-estimation de 13 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes. La sous-estimation de l'excès de poids dans un échantillon britannique était de 4,5 % pour les hommes et de 6,7 % pour les femmes (Roberts 1995).

1.2.2 Prévalence de la préoccupation excessive à l'égard du poids

Tel que précisé précédemment, une définition scientifiquement acceptée de la préoccupation excessive à l'égard du poids fait défaut. En conséquence, le phénomène est mesuré en utilisant différents indicateurs : des questions directes sur la satisfaction à l'égard de l'image corporelle et/ou du poids, l'utilisation de moyens pour perdre du poids ou le désir d'un poids moindre chez des personnes ne présentant pas de surplus de poids (McLaren et Wardle 2002). Différentes enquêtes de population réalisées à travers le monde rapportent qu'une proportion importante de personnes, ayant un poids normal ou non, tentent de contrôler leur poids ou d'en perdre. Parmi les études qui rapportent des résultats sans égard à la catégorie de poids, Wardle et coll. (2000) ont démontré dans un échantillon représentatif de 1 894 britanniques que 72 % des femmes et 57 % des hommes contrôlaient leur poids ou tentaient d'en perdre. Neumark-Sztainer et coll. (2000) rapportent que, dans un échantillon de 3 832 adultes et adolescents de quatre régions des États-Unis, 53 % de l'échantillon avaient adopté des pratiques de contrôle du poids. De plus, les pratiques de contrôle de poids considérées malsaines étaient pratiquées par 23 % des femmes adultes et 30 % des adolescentes qui contrôlaient leur poids.

Plusieurs études ont documenté le désir de maigrir ou le comportement de perte de poids chez les personnes au poids-santé. En 1997, dans une enquête australienne réalisée auprès de 2 500 personnes choisies au hasard, 42 % des femmes ayant un $IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$ contrôlaient leur poids ou tentaient d'en perdre (Timperio *et al.*

2000). En 1996, Hjartåker et coll. (2001) ont étudié un échantillon représentatif de 10 025 femmes norvégiennes. Ils rapportent que 32 % des femmes ayant un IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m² tentaient de perdre du poids. Plus près de nous, à partir des données de l'enquête Promotion de la santé réalisée au Canada en 1990, Stephens et Fowler (Santé et Bien-être social Canada 1993) ont rapporté que 37 % des Canadiennes au poids-santé tentaient de perdre du poids au moment d'être questionnées. Green et coll. (1997) ont plutôt examiné le désir de maigrir en fonction de la catégorie de poids. Ces auteurs ont constaté dans l'échantillon de l'enquête canadienne sur la santé du cœur réalisée en 1992 que 35 % des femmes et 7 % des hommes ayant un IMC se situant entre 20 et 24 kg/m² désiraient avoir un IMC < 20 kg/m², ce qui correspond au poids insuffisant.

Au Québec, on a aussi utilisé la notion de désir plutôt que celle du comportement de perte de poids pour estimer l'insatisfaction corporelle. En 1998, 47 % des femmes dans la catégorie du poids-santé désiraient maigrir. En comparaison, c'était le cas de 10 % des hommes de la même catégorie de poids (Ledoux et Rivard 2000).

En plus des données de prévalence, l'examen des motifs pour vouloir maigrir ajoute de l'information pertinente pour mieux saisir le phénomène. Ainsi, il semble qu'avoir une meilleure santé ne soit pas la première motivation des Québécois pour vouloir perdre du poids. Pour les femmes québécoises qui désirent maigrir, « améliorer l'apparence » est le motif le plus souvent invoqué (par 89 % des femmes), et ceci peu importe la catégorie de poids. En comparaison, 67 % des femmes mentionnent vouloir maigrir pour « être en meilleure santé ». Bien que l'apparence ait été invoquée par 79 % des hommes qui souhaitent perdre du poids, être en meilleure santé est le motif qu'ils mentionnent le plus fréquemment (83 %) (Ledoux et Rivard 2000). Les choses ne sont guère différentes pour les Canadiens. Green et coll. (1997) rapportent que 75 % des hommes interrogés dans le cadre de l'enquête canadienne sur la santé du cœur disaient « vouloir perdre du poids pour des raisons de santé » contre 68 % des femmes. En revanche, « vouloir maigrir pour avoir une meilleure apparence » était mentionné par 40 % des hommes et 62 % des femmes.

De plus, il semble que l'insatisfaction à l'égard du poids débute à un très jeune âge (Ledoux *et al.* 2002). Les données québécoises collectées en 1999 auprès de trois échantillons représentatifs d'enfants de 9 ans et d'adolescents de 13 ans et 16 ans indiquaient que 45 % des jeunes de 9 ans et 60 % des jeunes de 13 ans et 16 ans des deux sexes souhaitaient avoir une silhouette différente. Plus du tiers (35 %) des filles de 9 ans souhaitaient une silhouette plus petite. Tandis que c'était le cas de 44 % de celles de 13 ans et de 53 % de celles de 16 ans. Les garçons quant à eux avaient une double préoccupation, ils souhaitaient être plus minces et plus corpulents. Plus du quart (27 %) des garçons de 9 ans et de 13 ans voulaient une silhouette plus petite, tandis que ce souhait était présent chez 22 % de ceux de 16 ans. En même temps, 17 % des garçons de 9 ans désiraient avoir une silhouette plus forte, c'était le cas de 33 % des 13 ans et de 37 % des 16 ans (Ledoux *et al.* 2002).

Et cette préoccupation à l'égard de l'image corporelle n'en restait pas qu'aux perceptions. En effet, 24 % des garçons et 35 % des filles de 9 ans tentaient de perdre du poids au moment de l'enquête. Chez les 13 ans, les proportions de garçons et de filles qui tentaient de perdre ou de contrôler leur poids étaient respectivement de 44 % et 67 % ; c'était le cas pour moins de garçons de 16 ans (32 %) tandis que chez les filles, ce comportement ne semblait pas s'atténuer avec l'âge (70 %). Pire encore, vouloir perdre du poids quand on est à son poids normal n'est pas le fait que des adultes. En examinant les données en fonction de la catégorie de poids à laquelle ils appartiennent, 17 % des garçons et 27 % des filles de 9 ans des catégories sous-poids et poids normal tentaient de perdre du poids. Chez les plus vieux, 36 % des garçons et 61 % des filles de 13 ans et 25 % des garçons et 65 % des filles de 16 ans ayant un poids insuffisant ou normal tentaient de perdre ou contrôler leur poids au moment de l'enquête (Ledoux *et al.* 2002).

En définitive, cette quête de minceur est aussi un phénomène social important, qualifiée d'épidémie par certains auteurs (Gordon 2000). Les professionnels de la santé sont donc en face de deux « épidémies » vraisemblablement interreliées : celle de l'obésité et celle de la préoccupation excessive à l'égard du poids. Le poids,

l'apparence et l'alimentation semblent être pour beaucoup d'individus, et davantage pour les femmes et les filles, au cœur d'un conflit intérieur qui engendre des manifestations physiques, psychologiques et sociales. C'est donc sur une toile de fond complexe, que s'entremêlent ces notions de surplus de poids réel, d'insatisfaction à l'égard du poids, de facteurs individuels et de facteurs environnementaux et que se manifeste la problématique du poids pour laquelle les professionnels sont appelés à intervenir.

1.3 Qu'est ce qui cause les problèmes reliés au poids chez les individus ?

1.3.1 Pourquoi devient-on obèse ?

Un tour d'horizon complet et détaillé des causes de l'obésité dépasse les objectifs de cette thèse. Certaines notions sont toutefois importantes puisqu'elles sont préalables à la compréhension des paradigmes relatifs au contrôle du poids discutés dans cette thèse. Dans les prochaines pages, nous présentons un survol des principales causes de l'obésité, examinons quelques modèles théoriques qui tentent d'intégrer les déterminants de l'obésité, distinguons le problème de l'obésité à l'échelle individuelle de celui à l'échelle des populations et finalement, nous exposons la théorie du poids d'équilibre qui est soutenue par les tenants du nouveau paradigme sur le poids (NPP). Mais d'abord, un survol historique présente l'évolution de la pensée sur les causes de l'obésité.

La compréhension des causes de l'obésité a grandement évolué à travers l'histoire. Tandis que les explications passent tour à tour du fonctionnement interne au comportement, celles-ci conditionnent généralement le traitement en vigueur et échappent difficilement au jugement moral, favorisant une valse entre la responsabilité individuelle et collective (Bray 1990). Les premiers témoins de l'existence de l'obésité dans la préhistoire sont probablement les statuettes de pierre représentant des femmes très rondes, à l'abdomen proéminent et aux seins lourds. La plus connue, la Vénus de Willendorf, date d'il y a 25 000 années. Elle symbolise la maternité et la fertilité (Bray 1998a, 1990 ; Brownell 1995b). Au V^e siècle de notre

ère, Hippocrate semblait peu enclin à se prononcer sur les causes de l'obésité qualifiant la condition de naturelle (Apfeldorfer 2000 ; Bray 1990). Mais il en est autrement de Galien, qui voyait l'obésité comme une preuve que la personne n'est pas adéquate. Pendant tout le Moyen âge et l'Occident chrétien, ce n'est pas le fait d'être gros en soi qui causait problème mais plutôt sa cause présumée. En effet, l'obésité, secondaire au péché de gourmandise, signifiait que la juste mesure des besoins humains n'avait pas été respectée (Apfeldorfer 2000 ; Cassell 1995). L'obésité était alors davantage une affaire morale.

Vers la fin du XVI^e et au XVII^e siècle, les premières monographies médicales sur l'obésité sont écrites (Bray 1990). Avec l'école iatomécanique puis l'école iatrochimique, les explications causales s'éloignent de la responsabilité individuelle et donnent une trêve morale aux personnes obèses. Au XVIII^e siècle, les causes des maladies étaient centrées sur les habitudes de vie, le sommeil, la nourriture, l'état d'esprit, l'exercice ainsi que la qualité de l'air. On considérait que trois péchés capitaux étaient en jeu dans le problème de l'obésité : la gourmandise, la luxure et la paresse (Apfeldorfer 2000 ; Bray 1990). La responsabilité individuelle de l'obésité revenait en force. Par exemple, Short, un médecin anglais, considérait l'obésité comme étant nuisible à la santé et immorale puisque la condition découlait d'un manque de contrôle personnel (Bray 1990).

Vers la fin du XVIII^e, Flemyng de l'école d'Edinburgh, voyait quant à lui quatre causes à l'obésité : une nourriture trop abondante, particulièrement celle riche et huileuse ; une texture trop flasque des cellules ou des membranes qui favorisent la distension des vésicules de graisse ; un état anormal du sang qui facilite l'entreposage du gras dans les vésicules ; et finalement, une évacuation défectueuse (Bray 1990). Beddoes, aussi de l'école d'Edinburgh, avança l'hypothèse que l'obésité était attribuable à une trop faible oxydation des lipides. Compte tenu des développements médicaux de l'époque, les causes proposées par Flemyng et Beddoes atteignaient déjà un certain degré de sophistication. Celles du XIX^e siècle le seraient davantage (Apfeldorfer 2000). Avec l'école de Paris, on définit des types d'obésité et on

commença à anticiper le rôle de l'hypothalamus ainsi qu'à décrire les syndromes de Prader-Willi et de Pickwick. En 1842, dans le *Textbook of Medecine* de Hufeland, on voit apparaître pour la première fois la notion de disposition congénitale qui expliquerait pourquoi certaines personnes à la fourchette généreuse restent tout de même minces et que d'autres engraisent tout en se restreignant (Bray 1990). Émergèrent ensuite avec la médecine du laboratoire allemand, la théorie des cellules et celle de la conservation de l'énergie, ainsi que le développement du microscope, de l'endoscopie, de la calorimétrie, de l'approche expérimentale et des méthodes quantitatives. Les publications de Quételet constituent les assises des premières définitions de l'obésité. L'indice de masse corporelle utilisé aujourd'hui est le fruit de son travail, d'où son nom « indice de Quételet » (Bray 1990). Un britannique, Chambers proposa quant à lui la notion de balance énergétique : « ...pour qu'il puisse y avoir formation de gras, il est nécessaire que les matériaux soient digérés dans une plus grande quantité que le carbone requis pour la respiration. » (traduction libre) (Bray 1990, p. 920).

Quoique les théories se soient succédées au cours de ce siècle, ce sera la première fois au XX^e siècle qu'on invoquera le caractère multifactoriel de l'obésité (Bray 1990). Au tournant du siècle, se déroulèrent les premières grandes collectes de données sur le poids, la taille et les causes de décès des individus, donnant lieu à la publication de la première table de poids-taille en 1897, la *Shepherd Table* (Abraham 1983). Encore une fois, la publication de ces tables ramena l'opprobre sur les gros, celles-ci mettant hypothétiquement en évidence que le surpoids va de pair avec une moins bonne santé et une réduction de l'espérance de vie (Apfeldorfer 2000). Quelques théories nouvelles pointent à l'horizon : le gras alimentaire comme source d'obésité, croyant qu'il passe directement du tube digestif jusqu'à son dépôt dans les tissus (Cassell 1995) ; les causes glandulaires (Bray 1990), notamment le mal fonctionnement de la glande thyroïde (Cassell 1995) dont on se rendra compte rapidement qu'elle affecte un nombre minime de personnes (Apfeldorfer 2000) ; l'hypothèse génétique reprend du service en 1923 avec la publication d'un rapport du *Carnegie Institute of Washington* (Bouchard 1995) ; celle sur l'obésité exogène et endogène, dont la

première serait attribuable à un excès de nourriture, toucherait surtout les sujets masculins qui sont d'humeur joviale et demeurent en bonne santé. L'obésité endogène serait due à un métabolisme déficient, affligerait principalement les femmes qui sont tristes et deviennent en mauvaise santé (Apfeldorfer 2000 ; Cassell 1995).

Ce qui fut vraiment une nouveauté du XX^e siècle sera de poser la question de la suralimentation : « Pourquoi les personnes obèses mangent-elles trop ? » (Apfeldorfer 2000 ; Cassell 1995). Les psychanalystes l'expliquèrent d'abord par la prépondérance de l'oralité (Apfeldorfer 2000) ou par la présence d'un problème mental sous-jacent tel la dépression, l'ennui ou un conflit non-résolu (Cassell 1995). L'orientation interne, préconisée par les psychanalystes fut remplacée par la vision de l'externalité, prônée par les behavioristes, cédant ainsi le sofa du psychiatre à la gestion des nombreux stimuli externes, laquelle est indispensable pour arriver à maigrir (Apfeldorfer 2000). Selon certains, une étiologie de l'obésité de nature psychologique aura au moins eu le mérite de soulager les personnes obèses du fardeau de la culpabilité puisqu'un facteur externe justifiait leur état (Apfeldorfer 2000).

Ainsi, le point de départ classique pour expliquer l'obésité demeure la première loi de la thermodynamique : l'excès adipeux survient lorsque, sur une période de temps assez longue, l'apport en énergie dépasse la dépense d'énergie. On doit donc comprendre l'obésité comme la relation entre le comportement alimentaire, l'utilisation et l'entreposage de l'énergie (Mela et Rogers 1998). Il va sans dire qu'une relation entre trois éléments aussi complexes suppose l'influence de multiples facteurs, tant biologiques (l'utilisation cellulaire de l'énergie et l'entreposage de l'énergie dépendant de mécanismes biologiques) que comportementaux et environnementaux (manger et bouger étant des comportements soumis à des déterminants personnels et sociaux). Blundell (2002) est un des rares chercheurs à avoir intégré les nombreuses composantes de ce système complexe (figure 2) et à tenter d'en faire l'étude de façon globale. En outre, on doit reconnaître que si l'équation mettant en relation l'apport énergétique et la dépense énergétique reste

vraie, de nombreux éléments la modulent. Nous verrons d'abord comment la biologie régularise la dépense en énergie et le poids. Nous discuterons ensuite des comportements alimentaires et d'activité physique. Ensuite, viendront les facteurs cognitif et psychologique, les facteurs ethnique et socio-économique.

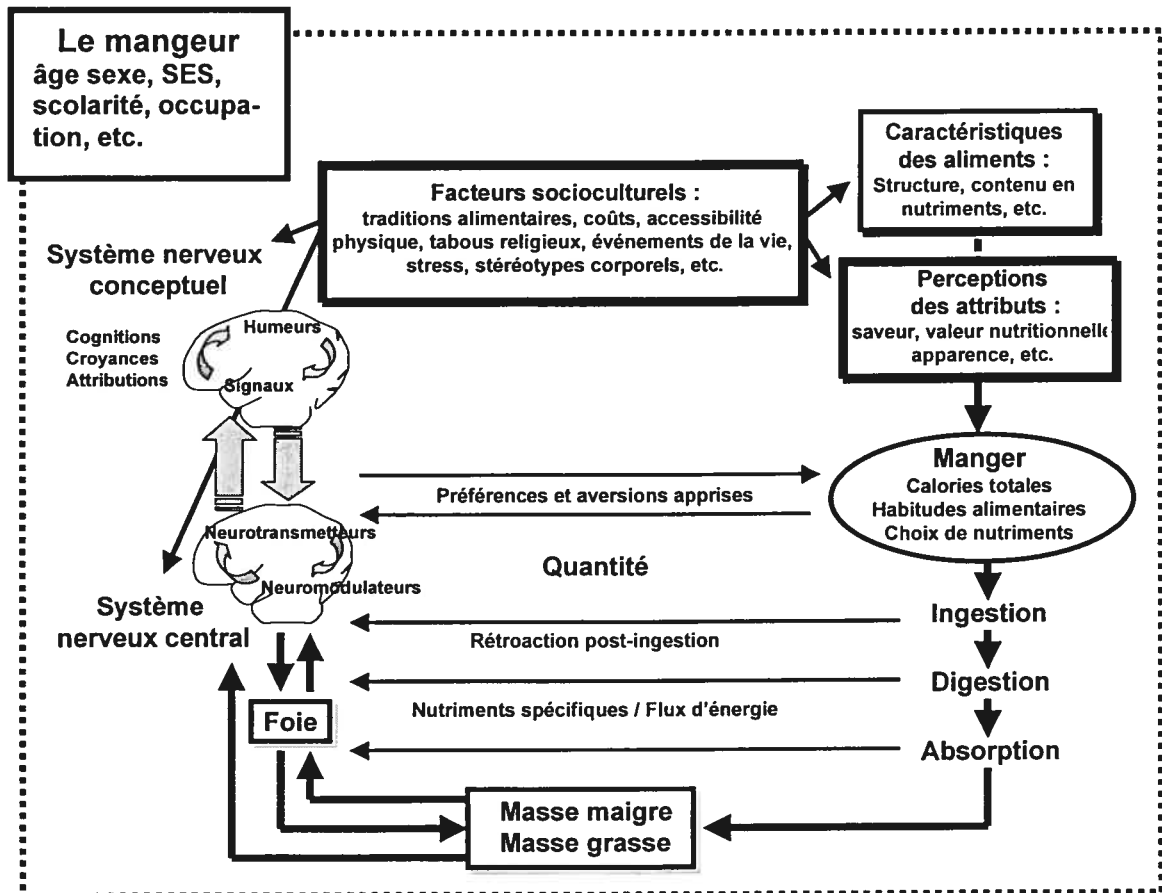


Figure 2 - Conceptualisation du système bio-psychologique qui contrôle le comportement alimentaire

Source : Adapté de Blundell 2002. Copyright 2002, The Guilford Press. Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur et de J. Blundell (voir annexe 1).

1.3.1.1 Les facteurs biologiques

Plusieurs facteurs biologiques entrent en jeu pour régulariser la balance énergétique. Les gènes, facteur premier de la constitution humaine, s'avèrent jouer un rôle important. Tout d'abord, la **contribution des gènes** à l'obésité s'exerce en modifiant l'équilibre énergétique, soit par l'effet de gènes uniques nécessaires qui causent

véritablement l'obésité, ou de gènes dits « de susceptibilité », ou encore par l'interaction gène-gène ou gène-environnement. On peut se demander notamment dans quelle proportion l'obésité des personnes est attribuable à leur bagage génétique. Cette façon de concevoir la susceptibilité génétique s'appelle l'héritabilité. Elle est définie comme la proportion de la variance totale de l'obésité dans une population donnée qui est attribuable à l'effet isolé des gènes (Jebb 1997). Elle varie considérablement selon le phénotype étudié, l'origine des données et les méthodes utilisées pour établir l'estimé (Pérusse 2000). Les études comparant des jumeaux identiques (monozygotes) à des personnes adoptées ont clairement établi que l'influence génétique est un déterminant critique du développement de l'obésité. En effet, les études sur des jumeaux identiques élevés séparément suggèrent que la contribution génétique à l'IMC pourrait être aussi élevée que 70 % (NHLBI 2000). En revanche, les études portant sur des individus ayant une grande variété d'IMC et ayant différents liens de parenté, présentent des estimés d'héritabilité beaucoup plus faibles, de l'ordre de 25 % à 40 % (Bouchard 1997). L'estimé de l'héritabilité qui est basé sur des études de jumeaux est le plus important, variant entre 50 % à 80 %, alors que l'estimé dérivé des études d'adoption est le plus faible, allant de 10 % à 30 % (Pérusse 2000).

Les origines génétiques de l'obésité déterminent à la fois la quantité de tissus adipeux et sa localisation (Rebuffé-Scrive 1996 ; Bouchard et Pérusse 1993). 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 (Pérusse 1998 ; Bouchard et Pérusse 1993). 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).

Outre l'étude de l'influence génétique sur l'obésité ou le site d'accumulation de gras, l'exploration du rôle de la génétique s'étend à sa contribution sur certains facteurs comportementaux liés au poids ainsi qu'au taux métabolique (Pérusse et Bouchard 2000 ; Bouchard 1997). Les résultats de l'étude des familles québécoises indiquent que 30 % à 40 % de la variance pour l'apport en énergie et en macro-nutriments est attribuable à la ressemblance familiale. Mais celle-ci était toutefois largement expliquée par le partage du style de vie entre les différents membres des familles (Bouchard 1997). Dans le cas de la ressemblance dans la consommation de macro-nutriments, on a identifié un effet génétique modéré ($\approx 20\%$) (Bouchard 1997), pouvant varier de 32 % à 67 % pour les glucides et de 4 % à 67 % pour les matières grasses (Reed 1999). Les études permettant de connaître la contribution de la génétique aux comportements d'activité physique sont plus limitées et les résultats, non concluants (Reed 1999 ; Bouchard 1997). Par ailleurs, on estime que 30 % à 40 % de la variance pour le métabolisme de base pourrait être due à l'influence génétique (Bouchard 1997).

Au moment de la dernière mise à jour annuelle du génome de l'obésité au mois de mars 2003, la carte génétique de l'obésité s'établissait comme suit : 68 cas d'obésité humaine expliqués par la variation d'un gène unique, 33 syndromes Mendéliens d'obésité, dont 23 pour lesquels le gène causal est identifié. Le nombre de gènes, de marqueurs ou de régions chromosomiques ayant été associés aux phénotypes de l'obésité augmente constamment et s'établit actuellement à plus de 300 (Chagnon *et al.* 2003).

Ainsi, il est clair que certaines personnes obèses présentent un profil et une histoire qui suggèrent fortement des prédispositions génétiques à l'obésité. Mais la transmission génétique de l'obésité ne se fait pas majoritairement comme la transmission génétique de la couleur des yeux. Les gènes confèrent le potentiel pour l'obésité, l'environnement détermine l'occurrence et l'ampleur avec laquelle la condition se manifestera (Wadden et Phelan 2002). En résumé, l'influence des gènes sur le développement de l'excès de poids et de l'obésité est bien démontrée. Il faut

donc s'attendre à ce que les enfants de personnes obèses soient très susceptibles de présenter cette caractéristique. À partir des données de l'enquête canadienne sur la condition physique de 1981, Katzmarzyk et coll. (2000) ont démontré que les parents du premier degré de personnes ayant un poids normal ou insuffisant ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) présentent un risque d'obésité inférieur à celui de la population en général. En revanche, le risque de développer une obésité modérée ($30 \leq IMC < 35 \text{ kg/m}^2$) ou majeure ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$), parmi les parents du premier degré de personnes ayant une obésité modérée ($30 \leq IMC < 35 \text{ kg/m}^2$), était de 1,44 et 2,05 respectivement. Quant à ce risque chez les parents du premier degré de personnes ayant une obésité majeure ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$), il était respectivement de 2,59 et de 7,07 fois celui de la population en général.

Le **genre** est un faible déterminant de la quantité de graisse corporelle, mais le principal déterminant du lieu d'accumulation de l'excès adipeux. À travers le monde, les femmes tendent à présenter davantage d'obésité que les hommes (Seidell et Flegal 1997), et ces derniers, plus d'excès de poids (WHO 2000). Cependant, au Canada et au Québec, la relation se présente à l'inverse. La probabilité que les hommes canadiens soient obèses est de 28 % supérieure à celle des femmes (obésité définie comme un $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$) ($RC = 1,28$, $IC = 1,14-1,44$), et une probabilité de 61 % supérieure de présenter un excès de poids ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ($RC = 1,61$, $IC = 1,45-1,80$) (Cairney et Wade 1998). Au Québec, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes dans les catégories d'excès de poids : début d'embonpoint, embonpoint et obésité (Ledoux et Rivard 2000).

L'**âge** est un déterminant plus puissant du poids que le sexe. L'IMC augmentant à mesure que l'âge s'accroît (Reubin 2002 ; Seidell et Flegal 1997). Il culmine dans la dernière partie de la vie, à l'exception de la dernière décennie, où il diminue (Reubin 2002). Cairney et Wade (1998) ont calculé que le risque d'obésité est trois fois plus grand ($RC = 3,12$, $IC = 2,31-4,22$) pour les Canadiens et les Canadiennes de 50 à 54 ans, comparativement à ceux de 20 à 24 ans, et qu'il redescend à deux fois et demie ($RC = 2,58$, $IC = 1,86-3,57$) dans le groupe des 60 à 64 ans. Au Québec, la proportion

d'excès de poids chez les hommes augmente entre 15 et 64 ans, passant de 20 % chez les plus jeunes à 41 % chez les 45 à 64 ans. Elle est de 33 % dans le groupe des 65 à 80 ans. Chez les femmes, la progression est constante : 12 % chez les 15 à 19 ans, 19 % dans le groupe des 20 à 44 ans, 31 % pour les 45 à 64 ans et finalement, 35 % chez les femmes de 65 à 80 ans (Ledoux et Rivard 2000).

Il est toutefois difficile de distinguer ce qui est spécifiquement attribuable à la biologie du vieillissement de l'effet des habitudes de vie ou de l'influence sociale, dont les effets s'accroissent au fil du temps. 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). L'influence du genre et de l'âge sur le poids s'exerce en partie par l'intermédiaire de la composition corporelle, elle-même régulée par les hormones et les gènes. La dépense d'énergie est déterminée par la masse musculaire, qui constitue le tissu énergétique par excellence. À ce sujet, il est intéressant de savoir que la proportion de tissus adipeux considérée comme normale est d'environ 35 % chez les femmes contre 25 % chez les hommes. À l'inverse, la proportion de muscles chez les hommes est plus importante que chez les femmes, ainsi que chez les plus jeunes comparativement aux personnes plus âgées; conséquemment, la dépense d'énergie est plus grande, toutes proportions gardées, chez les hommes et chez les jeunes adultes (Wilmore 1995). On estime que certaines périodes de la vie pourraient représenter des périodes critiques pour le gain de poids, soit la période prénatale, la période du rebond d'adiposité vers 6 ans, l'adolescence, le début de l'âge adulte, la grossesse et la ménopause (Pařízková et Hills 2001 ; WHO 2000).

Le genre et l'âge interagissent lorsqu'on examine comment la composition corporelle varie selon **le cycle de vie des femmes**. En fait, la constitution de celle-ci est directement influencée par la fonction reproductive. Dès la naissance, les filles ont proportionnellement plus de tissus adipeux que les garçons (Fischler 2001) et cette différence sera maintenue jusqu'à 60 ans : après elle tend à s'amenuiser (Kuss 1996).

La distribution des tissus adipeux est associée chez les femmes au déclenchement et au maintien des menstruations ainsi qu'à la grossesse et à l'allaitement (Fischler 2001 ; Norgan 1997). À la puberté, les jeunes filles connaissent une augmentation appréciable de leur pourcentage de masse grasse. Au moment des premières règles, celui-ci représentera 17 % du poids (Kirkley 1989). Cette masse grasse est principalement localisée aux glandes mammaires, aux fesses et aux cuisses. Comme on l'a vu précédemment cette localisation n'est pas préjudiciable à la santé. Le système reproductif féminin ne peut fonctionner qu'avec une réserve de graisse minimale, faute de quoi l'ovulation et la conception ne peuvent avoir lieu. Et il est certes logique que cette adiposité plus élevée ne constitue pas un facteur de risque à la santé mais plutôt une condition nécessaire pour assurer la reproduction de l'espèce humaine. 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 2001).

Selon une croyance très répandue, la grossesse serait une cause d'obésité (St-Jeor *et al.* 1996). Toutefois, les avis concernant l'association grossesse et excès de poids sont partagés. Ainsi, une association positive indépendante entre la parité (nombre de grossesses) et le poids a été mise en évidence dans plusieurs populations de femmes de différents pays (Tavani *et al.* 1994 ; Ledermann 1993 ; Forster *et al.* 1986 ; Heliovaara et Aromaa 1981). Ce gain de poids est toutefois modulé par différents facteurs tels que la race, le statut d'emploi, le statut tabagique et le niveau d'activité physique. Le gain de poids en post-partum, serait attribuable à des 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.

La période de la ménopause est aussi une période à haut risque de gain de poids chez la femme. Malgré que la femme moyenne gagne de 1 kg à 3 kg durant la transition ménopausique, certaines femmes en gagnent davantage. Le poids accumulé durant cette période est surtout concentré dans la région abdominale, augmentant ainsi les

risques cardiovasculaires. L'hormonothérapie de remplacement a un impact variable sur le poids et sur la distribution du tissu adipeux (Lovejoy 1998).

D'**autres facteurs biologiques** peuvent aussi contribuer de façon variable à l'obésité des individus. Les facteurs hormonaux, par exemple l'hypothyroïdie, le syndrome ovarien polykystique ou le syndrome de Prader-Willi, sont la cause de l'obésité chez peu de personnes. Toutefois, des études récentes indiquent que le cortisol, hormone associée à la gestion de la douleur et à l'anxiété, favoriserait une accumulation abdominale de tissu adipeux (Björntorp 2001 ; Epel *et al.* 2000 ; Raber 1998 ; Rebuffé-Scrive 1996). Un faible métabolisme de base pourrait contribuer de façon plus importante à la reprise de poids de poids chez les personnes post-obèses, qu'au gain de poids initial des personnes n'ayant jamais été obèses. La question demeure cependant controversée (Schutz et Jéquier 1998). Quant au nombre et à la grosseur des cellules adipeuses, on sait que celles-ci proliféreraient en nombre surtout durant deux périodes importantes du développement : durant la première année de vie et, de façon moindre, entre 9 et 13 ans. La prolifération ralentit ensuite durant l'adolescence. À l'âge adulte, dans le cas où le poids est stable, le nombre de cellules adipeuses demeure le même (Ailhaud et Hauner 1998). L'arrêt du tabagisme est impliqué dans le gain de poids chez un nombre non négligeable de personnes. Plusieurs études ont démontré que jusqu'à 85 % des fumeurs gagnent du poids lorsqu'ils cessent de fumer, et que 15 à 20 % des personnes le conservent par la suite. Dans le cas où les ex-fumeurs gagnent du poids, le gain de poids moyen est environ de 5 kg à 6 kg, mais les gros fumeurs peuvent prendre jusqu'à 13 kg (Froom *et al.* 1998 ; Klesges *et al.* 1998 ; Klesges 1995). Finalement, plusieurs médicaments peuvent entraîner un gain de poids : les phénothiazines, les antidépresseurs tricycliques, les antipsychotiques, le cyproheptadine, les glucocorticoïdes, les progestagènes, le valproate, le lithium, l'insuline et les sulfonilurés. Les mécanismes par lesquels le gain de poids survient sont variables (Bray 1998b).

En résumé, rappelons-nous qu'avant même d'avoir vu l'ombre d'un aliment, plusieurs facteurs de régulation du poids sont en jeu, pour lesquels l'individu n'a pas

ou n'a que peu de capacité de changer. Et manger c'est vital ! Il faut manger ou bien c'est la mort à coup sûr. De plus, il faut manger plusieurs fois par jour; c'est donc une chose qui revient souvent. Mais ce n'est pas tout. Bien que manger puisse sembler être un geste naturel et banal, c'est très certainement l'activité humaine la plus fondamentale mais dont la gestion est infiniment complexe (Fischler 2001 ; Capaldi 1996). Car l'humain s'active considérablement autour de la nourriture : il planifie, choisit, achète et entrepose, prépare et sert les aliments. Manger requiert donc toute une organisation. Ainsi au-delà des mécanismes physiologiques de régulation, manger est un comportement, le cerveau doit intervenir. Plusieurs facteurs cognitifs s'ajoutent. Et comme l'humain vit dans un environnement complexe, d'autres influences interfèrent aussi. La figure 3 illustre l'alimentation selon une perspective qui se situe en aval de celle présentée à la figure 2 et qui met en évidence les facteurs environnementaux.

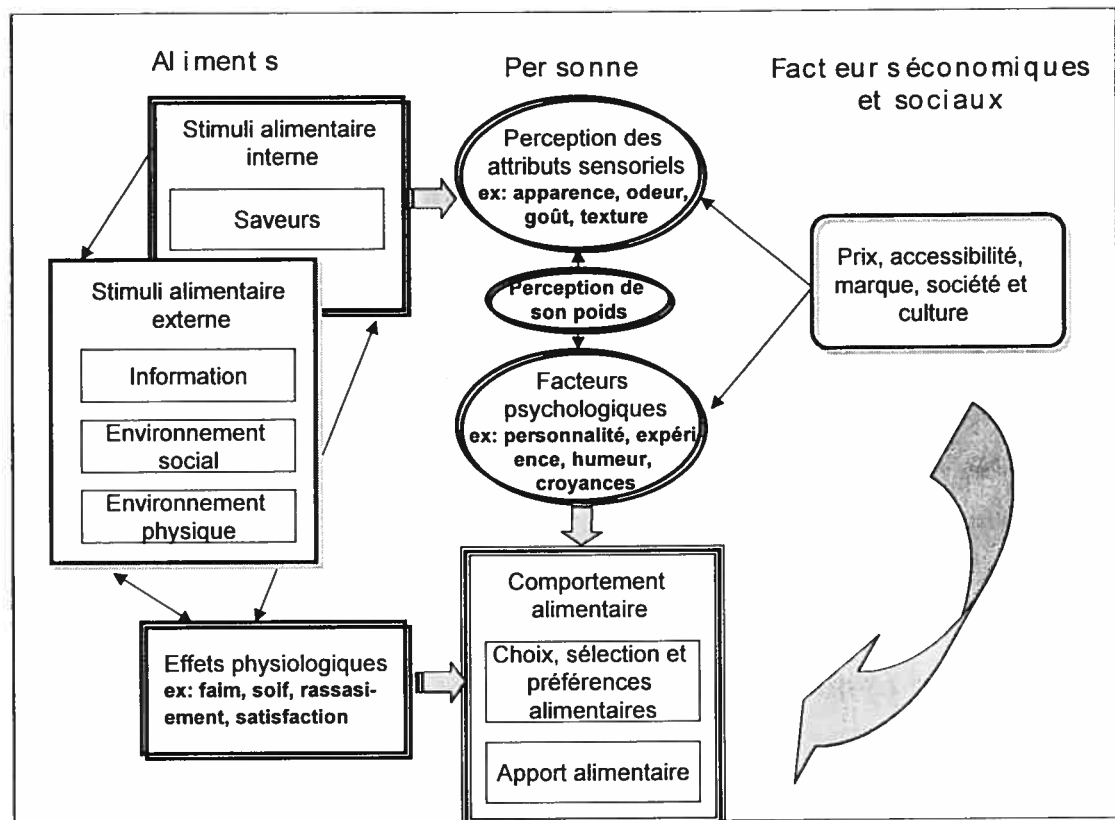


Figure 3 – Modèle du comportement alimentaire comprenant les facteurs personnels, économiques et sociaux, et ceux liés aux aliments

Source : Inspiré de Eertmans *et al.* 2001 et de Shepherd 1999

1.3.1.2 Les comportements alimentaires et d'activité physique

La croyance populaire veut que les grosses personnes mangent trop, et certainement plus que les personnes de poids normal. Cette association n'a toutefois jamais clairement été étayée. Certaines composantes de l'alimentation sont en lien avec l'obésité mais les évidences démontrant que les personnes obèses consomment davantage d'énergie se sont avérées partagées. Et depuis quelques années, la question semble avoir été mise de côté parce qu'elle devient tout simplement dérisoire. Trop de difficultés entourent la recherche menée pour tenter d'y répondre. Il nous apparaît important d'élaborer quelque peu sur ce point.

Une difficulté importante en ce qui a trait à la recherche sur les habitudes de vie tient à la mesure des comportements qui est difficile à réaliser et souffre de divers biais (USDHHS 2001 ; Kraemer *et al.* 1990). Par exemple, le biais de sélection est un problème bien connu dans les études de population et n'est pas spécifique à l'alimentation. On entend par biais de sélection, le fait que les personnes qui refusent de participer ou abandonnent l'étude sont susceptibles de présenter des caractéristiques différentes des répondants qui acceptent de participer ou qui persévèrent dans l'étude (Lissner *et al.* 2000). Par exemple, on a observé dans une étude danoise que l'obésité s'avérait être un facteur prédictif d'abandon, puisque 50 % des personnes obèses ont abandonné comparativement à 20 % des personnes de poids normal (Sonne-Hom *et al.* 1989 citée dans Lissner *et al.* 2000). De plus, les études sont soumises à un biais de mémoire puisqu'on demande aux personnes de se souvenir de comportements passés (Lissner *et al.* 2000); il est aussi difficile pour les répondants de bien estimer les quantités d'aliments consommées (Lissner *et al.* 2000).

Le biais de sous ou de sur-déclaration qui afflige les données rapportées sur le poids et la taille, et discuté précédemment, est évidemment présent dans le cas de la mesure de l'apport alimentaire ou de la pratique d'activité physique. En plus d'être caractérisée par une erreur systématique de sous-déclaration de certains aliments, la mesure de ces comportements alimentaires est aussi sujet à un biais de désirabilité

sociale, secondaire à la grande sensibilisation du public en regard des bienfaits de saines habitudes de vie (Hebert *et al.* 1995). La sous-déclaration a été mise en évidence grâce à des méthodes sophistiquées, notamment la méthode de l'eau doublement marquée, qui permet d'estimer l'apport énergétique de façon beaucoup plus fiable à partir de l'ingestion d'une solution d'eau enrichie d'isotopes et dont on mesure l'excrétion ultérieure (Jebb et Murgatroyd 1999). Par exemple, dans une étude se déroulant dans une unité métabolique, Poppit et coll. (1998) ont comparé les apports alimentaires réels de 33 femmes, mesurés avec un rappel de 24 heures. Les résultats indiquent que seulement 64 % de l'énergie consommée lors des collations était rapportée, en revanche 96 % de celle des repas l'était. Les apports en énergie totale et en glucides étaient aussi sous-déclarés. Radimer et Harvey (1998 *cité dans* Lissner *et al.* 2000) rapportent que les membres d'une communauté faisant l'objet d'une étude sur les maladies cardiovasculaires avaient sur-déclaré leur consommation d'aliments faibles en gras et en sel. Cette conclusion était basée sur la comparaison de données obtenues avec les ventes locales de ces produits. Le biais de sous-déclaration d'un nutriment s'apparente à une variable confondante, engendrant des conséquences imprévisibles et complexes sur les conclusions des études (de Castro 2000 ; Lissner *et al.* 2000 ; Seidell 1998).

Ainsi, les biais sont difficiles à éviter dans les études reliant l'alimentation et le poids et, bien que l'information collectée soit riche, des limites dans l'interprétation des données s'imposent (Astrup *et al.* 2000 ; de Castro 2000 ; Lissner *et al.* 2000 ; Seidell 1998 ; Willett 1998a). Certains auteurs vont jusqu'à dire que ces difficultés menacent la véracité des résultats au point où ils se demandent même si les études de population sur l'alimentation et l'obésité peuvent être menées à bon port (Lissner *et al.* 2000). D'autres ont une opinion diamétralement opposée, comme de Castro (2000), qui fait un véritable plaidoyer en faveur des études réalisées dans « la vraie vie ». Pour lui, malgré un siècle de recherche sur la régulation de la prise alimentaire, cette dernière demeure insaisissable et, comme le pense aussi Shepherd (1999), les résultats de la recherche n'ont pas permis d'applications pratiques. Pour lui, une

partie de ce problème réside dans la prédominance des recherches menées en laboratoire plutôt que dans la « vraie vie ».

Les études menées en laboratoire produisent des résultats valides selon la perspective restreinte du laboratoire mais elles négligent des variables essentielles qui apparaissent quand on étudie la « vraie vie ». Selon de Castro (2000), il est erroné de considérer que les multiples facteurs présents dans la recherche épidémiologique constitue du « bruit ». Au contraire, elle démontre toute la richesse multivariée de l'environnement naturel. Puisque les études en laboratoire éliminent la plupart des sources de variance autre que celle de la variable indépendante, la proportion de la variance qui lui est attribuable peut sembler artificiellement grande; cela peut entraîner la sur ou la sous-estimation de l'influence de certaines variables. De plus, en ayant un degré de contrôle élevé, on peut même modifier le comportement à l'étude (de Castro 2000). Par exemple, cet auteur met en lumière que les études sur l'apport alimentaire *ad libitum* peuvent artificiellement faire augmenter la consommation en raison de l'absence de contrainte financière. Mesuré avec la méthode du journal alimentaire, un dîner typique s'élève à environ 2,9 MJ, en ajustant pour une sous-déclaration de 20 %. Dans les études de laboratoire, où les participants ont libre accès aux aliments, l'apport est d'environ le double (de 6,1 à 6,9 MJ, de 4,6 à 6,4 MJ, de 6,7 à 7,3 MJ et de 4,3 à 5,3 MJ respectivement dans quatre études) (Rolls *et al.* 1998 ; de Graaf *et al.* 1996 , Shide *et al.* 1995 ; Rolls *et al.* 1991 cité dans de Castro 2000).

Les études cliniques, quant à elle, qui se situent à mi-chemin entre le laboratoire et la « vraie vie », manipulent de façon coercitive la diète, sont généralement de courte durée, reflètent peu l'alimentation habituelle, souffrent de problèmes de conformité (Blundell et Cooling 1999) et peuvent entraîner une réelle baisse de consommation attribuable au fait d'être observé (de Castro 2000 ; Lissner *et al.* 2000)

Malgré toutes ces limites, que peut-on dire de la consommation alimentaire comme cause de l'obésité ? Divers facteurs relatifs à l'alimentation tendent à augmenter la consommation et à favoriser le gain de poids. Le premier aspect est la **teneur en**

énergie totale. Les études réalisées à l'aide de la technique de l'eau doublement marquée démontrent que l'obésité est associée à un apport alimentaire dépassant les besoins énergétiques totaux, mais l'apport énergétique susceptible de faire prendre du poids varie considérablement d'un individu à l'autre (Litchman *et al.* 1992 ; McGinnis 1992) rendant caduque toute comparaison.

Les études écologiques démontrent une association entre la **proportion de gras dans la diète** et le poids des individus; ceci est confirmé par des études transversales (Jebb 2002 ; Blundell et Stubbs 1998 ; Mela et Rogers 1998). Des individus soumis à une diète riche en gras dans un contexte expérimental, manifestent une plus faible satiété et consomment plus d'énergie au repas suivant que lorsqu'ils sont exposés à une diète dont la teneur en énergie est la même, mais dont la proportion de lipides est plus faible. Des individus soumis à une alimentation *ad libitum* durant plusieurs jours, consomment invariablement davantage de calories à mesure que la proportion de lipides dans la diète augmente. Toutefois, si les manipulations effectuées à la diète sont connues, on constate une certaine compensation (Mela 1995, 1996 *cité dans* Prentice 1998). Ces observations supposent que l'apprentissage et des mécanismes physiologiques agissent à la fois (Blundell et Stubbs 1998).

La contribution spécifique du gras dans le gain de poids s'exerce par divers mécanismes. Les macro-nutriments contribuent de façon différentielle à l'équilibre de la balance énergétique, notamment par leur effet sur la densité énergétique. On dit d'une alimentation qu'elle est à haute densité énergétique lorsque à poids égal, elle fournit davantage d'énergie qu'une autre⁴. Une alimentation à haute densité énergétique survient généralement dans deux situations : si son contenu en lipides est élevé ou si son contenu en éléments pauvres en énergie est faible (comme l'eau ou les fibres alimentaires) (Rolls *et al.* 1999). Ainsi, les personnes exposées à une diète riche en gras et/ou à haute densité énergétique tendent à surconsommer en nombre de calories, mais pas en volume d'aliments. Cette surconsommation est dite « passive »

⁴ Les gras fournissent 9 kcal au gr, les protéines et les glucides en fournissent 4, et l'alcool libère 7kcal pour chaque gr. oxydé. Par exemple, à poids égal, un repas contenant davantage de gras fournira plus d'énergie.

parce qu'il n'y a pas d'intention consciente de surconsommer. Les aliments à haute teneur en lipides sont caractérisés par une « palatabilité » élevée, c'est-à-dire des caractéristiques gustatives et sensorielles particulières, ce qui constituerait une qualité recherchée sur le plan hédoniste (McCrary *et al.* 2000). Ces deux caractéristiques combinées, l'augmentation de la densité énergétique des repas et la « palatabilité », qui découlent de la présence des matières grasses, associées à une consommation alimentaire rapide, favorisent le dépassement de la satiété (Basdevant *et al.* 1998 ; Flatt *et al.* 1985). Ces différents facteurs, teneur en lipides, densité énergétique, satiété, « palatabilité », sont cependant fortement interreliés. Des chercheurs se sont intéressés à l'effet indépendant de ces facteurs (Rolls 2000 : Bell *et al.* 1998 ; Prentice et Poppitt 1996). C'est ainsi que dans une série d'expérimentations (Stubbs *et al.* 1993, 1995 *citée dans* Prentice et Poppitt 1996), on a pu constater que la teneur en énergie sous forme de lipides (20 %, 40 % ou 60 %) d'une diète consommée durant 14 jours n'influait pas l'apport énergétique, si la densité énergétique était tenue constante (ceci est obtenu en manipulant la teneur en eau ou en légumes faibles en fibres alimentaires des mets servis (Bell *et al.* 1998). Au contraire, lorsque la densité énergétique était manipulée, l'apport énergétique des participants variait en fonction de la proportion d'énergie obtenue sous forme de lipides. D'autres travaux ont confirmé ces résultats (Rolls 2000). La variable qui semble demeurer constante à travers ces expériences est le poids des aliments consommés (McCrary *et al.* 2000 ; Rolls 2000 ; Prentice et Poppitt 1996).

Le degré d'oxydation des différents nutriments est un autre élément qui intervient dans la balance énergétique. On entend par oxydation, le processus qui a cours durant la digestion et qui consiste à décomposer les macro-nutriments, à les oxyder afin qu'ils soient utilisés comme substrats énergétiques ou, sinon, être entreposés (Mela et Rogers 1998 ; Prentice 1998). Une hiérarchie gouverne l'ordre d'oxydation des différents macro-nutriments dans l'organisme et celle-ci est tributaire des capacités de stockage des différents substrats et de leur rôle afin d'assurer la survie. L'oxydation des gras est pauvre et ceci constitue un autre facteur contribuant au gain de poids (Prentice 1998).

Comparativement aux autres macro-nutriments, les protéines semblent posséder le plus grand potentiel de réduire l'apport énergétique (Blundell et Stubbs 1998). Ceci s'explique par leur contribution moindre à la teneur énergétique du repas mais aussi par leur grande influence sur la satiété. Il n'est toutefois pas exclu que cet effet soit partiellement attribuable à la composante cognitive (secondaire à l'apprentissage). On croit que cet effet pourrait aussi s'exercer via la présence de certains types d'acides aminés qui influenceraient la satiété (Blundell et Stubbs 1998).

L'autre catégorie de comportements discutés concerne ceux qui influencent la **dépense en énergie**, et ces comportements ne se réduisent pas seulement à l'activité physique. En fait la dépense en énergie dépend des trois éléments suivants par ordre d'importance : le métabolisme de base, les activités physiques et la thermogénèse induite par les aliments. Le métabolisme de base est l'énergie requise pour maintenir le corps en vie, c'est-à-dire l'énergie utilisée par le corps en état d'éveil lorsqu'il est au repos. Elle est de loin la plus importante composante de la dépense en énergie puisqu'elle compte pour 60 % à 70 % de la dépense d'énergie totale chez un non-athlète. Contrairement au mythe populaire, avant même d'avoir lever un doigt, une bonne quantité d'énergie est requise quotidiennement pour maintenir la vie. Les activités physiques quant à elles, comprennent chez des personnes sédentaires, le travail, les déplacements et les loisirs, et comptent pour 20 % à 30 % des dépenses totales. Cette proportion s'élèvera considérablement chez des personnes très actives (Ravussin 2002). La dépense d'énergie est fonction de la taille d'une personne; ainsi, une petite personne dépense moins qu'une grosse personne pour accomplir la même tâche durant le même temps. *Grosso modo*, le métabolisme de base chez un adulte représente une dépense de 1 kcal/kg de poids/heure, et on exprime généralement l'énergie utilisée par les activités en multiples de cette quantité, que l'on nomme MET (pour métabolisme) (Hill et Saris 1998). On dira par exemple que les activités légères consomment l'équivalent de 2 à 3 fois le métabolisme de base ou 2 à 3 METs.

La thermogénèse induite par les aliments représente l'énergie dissipée par le biais de l'effet thermique des aliments, c'est-à-dire les coûts en énergie pour l'absorption, la

transformation et l'entreposage des nutriments (Ravussin 2002). La thermogénèse représente jusqu'à 10 % de la dépense totale d'énergie. Cependant, les méthodes de calcul des besoins en énergie n'en tiennent pas toujours compte.

Quelle est la contribution de l'activité physique au maintien d'un poids-santé ? Théoriquement, si le niveau d'activité physique s'élève chez une personne, la balance énergétique tend à devenir négative à moins qu'il y ait une compensation alimentaire. Ainsi, il est tentant d'avancer l'hypothèse que les personnes obèses sont moins actives. D'ailleurs des études plutôt anciennes sur l'obésité suggéraient effectivement que les personnes obèses étaient moins actives que les personnes de poids normal (Wardle 1995). On ne voit jamais d'athlètes obèses et ceux-ci tendent à prendre du poids lorsqu'ils arrêtent l'entraînement (Saris 2002). La différence dans le niveau d'activité physique de personnes de poids normal et de personnes obèses a été étudiée nombre de fois et les résultats sont partagés (Saris 2002). Au même titre que pour les comportements alimentaires, des difficultés méthodologiques de la mesure de l'activité physique sont aussi présentes. Comment définit-on l'activité physique ? Quelles sont les activités qui sont considérées dans la mesure ? Les personnes arrivent-elles à rapporter leur comportements d'activité physique précisément ? De plus, puisque la dépense est fonction de la masse, la dépense d'énergie nécessaire pour les activités quotidiennes chez les grosses personnes a une contribution plus importante que pour les personnes minces. Que compare-t-on finalement ?

Avec l'utilisation récente de l'eau doublement marquée, on peut répondre de façon plus satisfaisante plus satisfaisante à cette question. Au moins deux études ont démontré l'existence d'une relation inverse significative entre l'activité physique et l'IMC (Davies *et al.* 1995 ; Schulz et Schoeller 1994). Toutefois, Black (1996), dans une revue de 574 résultats d'analyse de tests à l'eau doublement marquée, a constaté que chez des personnes obèses le niveau et le coût en activité physique étaient relativement semblables pour divers niveaux de poids et d'IMC. Ainsi, l'influence de l'activité physique sur l'équilibre entre l'apport et la dépense énergétique reste à préciser, bien que son effet bénéfique 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). À l'échelle de populations, la contribution de la sédentarité à l'augmentation du poids des populations est une hypothèse retenue et l'absence d'activité physique régulière est généralement considérée comme un facteur de mauvais pronostic pondéral (Basdevant *et al.* 1998).

1.3.1.3 Les facteurs cognitif et psychologique

Placé en situation de libre choix alimentaire, l'individu ingère en quantité et en qualité ce qui lui permet d'équilibrer ses bilans (énergétique et spécifique aux divers nutriments), et quand il est jeune d'assurer sa croissance. L'acte alimentaire est le résultat d'une analyse inconsciente qui tient compte des besoins présents et prévus, de l'apport en énergie et en nutriments ainsi que d'éléments spécifiques tels les dangers alimentaires liés à l'environnement. Sa régulation implique la mise en jeu continue du début à la fin de récepteurs sensibles à des stimuli internes et externes ainsi qu'aux résultats de l'apprentissage. Mais les décisions prises par la plupart des mangeurs à chaque instants ont essentiellement comme moteur conscient le plaisir (Louis-Sylvestre 2002). Mais outre le plaisir, l'alimentation est soumise à de nombreux apprentissages mais aussi se manifeste différemment selon qui on est.

En effet, tôt au début du XX^e siècle, les travaux du psychologue Pavlov ont fait ressortir l'importance de **l'apprentissage** dans l'acte de manger; l'exemple de l'association entre l'alimentation du chien, la lumière et le réflexe conditionné de salivation est bien connu même si la contribution scientifique de Pavlov n'a été reconnue que bien plus tard ! (Mela et Rogers 1998 ; Capaldi 1996). Récemment, on a démontré que plusieurs réponses physiologiques surviennent par anticipation plutôt qu'en réaction à des événements ; elles doivent donc avoir été apprises (Capaldi 1996). D'ailleurs, les théories récentes sur la régulation de l'apport alimentaire, confrontées aux limites du modèle de « thermostat » impliquant un signal de rétroaction qui suit une perturbation de l'équilibre, proposent l'existence de signaux alimentaires préalables (*feedforward signals*). On peut donner comme exemple de signal préalable, la satiété ; l'individu arrête de manger bien avant que les nutriments aient rejoint la circulation sanguine : il doit donc y avoir des signaux

précoces pour limiter la grosseur de la prise alimentaire. Selon certains, la satiété précoce serait initiée par la présence d'aliments dans la bouche, par le biais de la sécrétion du suc gastrique. De leur côté, les théoriciens en psychologie avancent qu'un tel signal physiologique préalable suppose un « appareillage » permettant de s'ajuster à l'avance au contenu du repas, c'est-à-dire que le signal doit contenir de l'information sur la nature et le degré de la perturbation potentielle afin de permettre la réponse appropriée. Il leur semble improbable que de façon innée, l'organisme puisse décoder le contenu de chaque aliment afin de sélectionner la réponse préparatoire appropriée (Ramsay *et al.* 1996). Sans nier que des mécanismes physiologiques entrent en jeu, ils expliquent cette satiété précoce bien davantage par l'apprentissage. Ils voient l'omnivore comme un mangeur opportuniste qui profite de la gamme élargie d'aliments qui s'offre à lui, et qui apprend à s'ajuster à une variété de circonstances et de diètes.

L'exemple de la régulation du glucose sanguin vient appuyer leur hypothèse. La sécrétion précoce d'insuline, appelée insuline céphalique, est médiée par une connexion neurale entre le cerveau et le pancréas. Cette sécrétion précoce, déclenchée par un signal spécifiquement associé au goût sucré, permet d'atténuer l'augmentation du taux de sucre lors d'une prise alimentaire. Or, la sécrétion d'insuline céphalique est modifiable par l'apprentissage, comme l'ont démontré des études animales (Woods 1976, 1977 *cité dans* Ramsay *et al.* 1996). Des animaux ayant été conditionnés avec des aliments sucrés, mais à qui on refuse l'accès aux aliments, sont devenus hypoglycémiques à cause de la sécrétion conditionnée d'insuline céphalique. Cette école de pensée propose que, dans des conditions normales, la plupart des comportements alimentaires sont des réponses qui ont été apprises dans le but de défendre les paramètres homéostatiques le mieux possible, en tenant compte des limites imposées par l'environnement (Ramsay *et al.* 1996).

La contribution des sensations perçues dans le développement des préférences alimentaires, notamment lors du moment de l'ingestion des aliments et en post-ingestion, est un autre exemple du rôle important de l'apprentissage. Suite à

l'ingestion d'aliments, le mangeur cumule des informations qualitatives sur les aliments (« c'est sucré, amer... »), quantitatives (« c'est peu sucré ou très sucré... ») mais aussi affectives (« j'aime beaucoup ou je déteste ce goût... ») Une part de ces sensations relève de caractéristiques innées : le goût du sucré et du salé, l'aversion de l'amer, l'acide et du salé intense. Mais ce mécanisme inné ne permet pas l'adaptation aux besoins fluctuants de l'organisme. Ainsi, un processus d'apprentissage associatif entre les caractéristiques sensorielles des aliments (aspect, goût, odeur, texture) et les effets post-ingestion permet de construire graduellement un bagage de préférences alimentaires auxquelles se référera l'organisme de façon inconsciente (Louis-Sylvestre 2002 ; Birch et Fischer 1996).

Par ailleurs, l'environnement culturel façonne aussi l'alimentation pour constituer un code alimentaire, qui est lui aussi appris collectivement. Selon Mela (1999), les règles culturelles prédomineraient sur les autres : les règles culturelles viennent avant les qualités sensorielles et hédonistes pour influencer le choix, car elles sont apprises tôt dans la vie et exercent un effet puissant et durable. On a qu'à penser au nombre de repas ainsi qu'à l'intervalle entre ceux-ci qui diffèrent considérablement d'un peuple à l'autre : les Nord-américains consomment trois repas par jour; d'autres en consomment cinq : petit déjeuner, un second déjeuner ou pause-café, le lunch, le thé et finalement un souper tardif; dans certaines tribus d'Afrique, les adultes ne prennent qu'un repas par jour. Cette diversité dans le programme alimentaire de l'être humain démontre que l'apprentissage et l'habitude jouent des rôles importants dans le déclenchement de l'acte alimentaire (Rosenzweig et Leiman 1991).

Au regard des **caractéristiques personnelles**, la question des traits de personnalité pouvant être reliés à l'obésité a fait couler beaucoup d'encre. Les traits de personnalité sont des dimensions psychologiques ou comportementales des personnes au regard desquelles on retrouve une grande variation dans la population en général mais peu de variation dans le temps et à travers les situations pour un individu donné (Williamson et O'Neil 1998). Des exemples de traits de personnalité seraient l'introversion et l'extraversion, une tendance obsessionnelle-compulsive, la rigidité et la

flexibilité, la domination et la soumission, etc. Le type de personnalité est la combinaison de plusieurs traits de personnalité chez un même individu. Les études n'ont jamais permis de déceler une « personnalité d'obèse », ni de constater de différences franches entre les traits de personnalité des personnes obèses et celles de poids normal (Williamson et O'Neil 1998). L'estime de soi est une dimension personnelle souvent discutée en lien avec l'obésité. Chez les personnes obèses qui cherchent un traitement, l'estime de soi est généralement abaissée (Kolotkin *et al.* 1995 *cité dans* Williamson et O'Neil 1998). Cette association n'est pas nécessairement causale, un faible niveau d'estime de soi peut survenir subséquent à la condition d'obèse.

En fait, l'obésité a été l'objet de diverses théories en psychologie. Certaines d'entre-elles ont connu une popularité évidente au cours du XX^e siècle, notamment la théorie psychosomatique, la théorie de l'externalité et la théorie de la restriction. Ces différentes théories soulèvent toutefois bien des questionnements et de la contestation ; malheureusement les appuis empiriques demeurent peu nombreux. Mais, selon Faith et coll. (1997), cela n'empêche pas les intervenants de s'en servir car, peu importe les appuis scientifiques, l'attention dont elles font l'objet leur confère une validité « sociale ». La **théorie psychodynamique**, aussi appelée modèle psychosomatique de l'obésité, a été popularisé notamment via les travaux de Kaplan et Kaplan en 1957 et ceux de la psychanalyste Hilde Bruch dans les années 1960-1970 (van Strien *et al.* 1986). Selon cette théorie, **l'obésité résulte de l'utilisation de la nourriture comme une défense émotionnelle, qui réduit l'anxiété ou qui comble un besoin insatisfait**. Cette théorie a évolué de l'oralité, au rapport mère-enfant difficile, puis vers les stades oedipiens. Les émotions sont au cœur de cette théorie. Les émotions comme cause de la suralimentation ont fait l'objet d'un certain nombre de publications et d'articles de revue. Les problèmes méthodologiques dans ces articles sont nombreux et les conclusions des divers chercheurs ne concordent pas. Néanmoins, selon Ganley (1989) manger en réponse à ses émotions (*emotional eating*) serait présent pour toutes les catégories de personnes obèses. Pour leur part, Allison et Heshka (1993) n'appuient pas ces conclusions après avoir revu la même

littérature. Ils doutent même que les articles qui faisaient l'objet de la revue aient véritablement mesuré le phénomène en question. Des évidences plus récentes indiqueraient toutefois que certains sous-groupes de personnes obèses seraient davantage sujets à se suralimenter en raison de leurs émotions. Ainsi, selon Faith et coll. (1997), ce comportement serait davantage présent chez les personnes en restriction cognitive, chez les personnes qui mangent compulsivement (*binge eaters*), chez les personnes qui présentent des « rages » de sucre ainsi que chez les « personnes qui mangent leurs émotions » (*emotional eaters*). Selon eux, ces personnes mangent bel et bien en réponse à des émotions négatives ou à des situations anxieuses ou encore pour maintenir un mécanisme de protection. Malgré que la théorisation et la mesure du concept méritent d'autres travaux, tenir compte de la présence des émotions comme stimulus à la suralimentation aurait néanmoins une utilité clinique (Faith *et al.* 1997). En effet, quelques études sur la perte de poids ont démontré que la maîtrise de ce stimulus serait un facteur prédictif d'un meilleur résultat d'intervention (Blair *et al.* 1990 ; Clark *et al.* 1991 ; Glynn et Rudermann 1986 ; Stanton *et al.* 1990 *cité dans* Faith *et al.* 1997).

À peu près à la même époque, d'autres chercheurs inspirés par les différences de comportement entre les personnes obèses et non-obèses explorèrent davantage la question des émotions. Schachter et Rodin (1974 *cité dans* Wardle 1987) proposèrent que les personnes obèses sous l'effet du stress mangent davantage alors qu'il se produit le contraire chez les personnes non-obèses. De plus, tel que déjà avancé, les chercheurs découvrent qu'elles sont aussi plus enclines à manger sous l'effet des émotions. Cette formulation théorique devint la **théorie de l'externalité** qui décrit la **personne obèse comme étant plus sensible aux stimuli alimentaires externes qu'internes**. Puis, Nisbett⁵ (1972 *cité dans* Arnou *et al.* 1995) suggéra que les personnes obèses ont un poids idéal supérieur aux autres, mais que pour tenter de correspondre aux stéréotypes corporels, elles mangent moins que ce qui est requis par leur organisme. Cette privation entraînerait selon lui, un stress physiologique qui augmente la réponse aux stimuli externes et aux émotions.

⁵ Nisbett est à l'origine de la première formulation du *set-point theory* dont il sera question plus loin.

Un degré élevé d'externalité ou une tendance à manger sous l'effet des émotions ne mène pas irrémédiablement au surpoids ; on peut donc retrouver ces comportements chez des personnes de tous les poids. Les individus peuvent compenser cet apport jugé excessif par la privation. Ils peuvent faire une diète, se restreindre de manger. Ceci mène à une autre théorie, que l'on peut considérer comme une évolution des deux précédentes, soit la restriction cognitive (*restraint theory*). Elle a été développée par des psychologues ontariens, C.P. Herman et J. Polivy (1984) qui croient que le processus de restriction et de compensation est avant tout d'ordre cognitif. Les individus en restriction cognitive s'imposent des limites rigides pour réguler leurs prises alimentaires, lesquelles sont déterminées par des règles et des croyances concernant les « bons » aliments et quantités permises qui témoignent de leur préoccupation à l'égard du poids, et ces comportements prennent le pas sur les mécanismes physiologiques de régulation. Quand, pour différentes raisons, la limite que s'est imposé l'individu est transgressée, celui-ci perd le contrôle de son comportement alimentaire et mange jusqu'à se sentir mal.

Cette théorie a fait l'objet de nombreux travaux qui méritent la présentation d'un exemple. L'expérience de Herman et Mack menée en 1975, consistait à donner aux participants à l'étude, sous le couvert d'un test de dégustation, diverses crèmes glacées sans limite de quantité, précédées ou non d'un ou deux laits frappés, que les chercheurs ont introduit dans l'expérience pour simuler la transgression des limites : le ou les deux laits frappés à consommer avant la crème glacée n'étant pas prévu au test de dégustation, lui-même considéré « permis », constituaient une sorte de *proxy* de la perte de contrôle. Les résultats sont éloquentes. Peu importe leur poids, les personnes ayant une régulation alimentaire satisfaisante ont mangé moins de crème glacée lorsqu'ils ont consommé préalablement un ou deux laits frappés. Mais les personnes en restriction cognitive peu importe leur poids ont mangé davantage après les laits frappés. Les personnes en restriction cognitive présentent donc un phénomène d'inversion de la régulation alimentaire (*counter-regulation*). Elles le justifient par le fait qu'ayant désobéi à leurs interdits (*abstinence violation effect*), il ne sert plus à rien de se restreindre. La perte de contrôle alimentaire n'est pas due à

un mécanisme biologique, mais à des facteurs cognitifs : la désinhibition est tributaire des croyances concernant la valeur calorique des aliments et non pas de leur valeur calorique réelle. Ainsi une charge préalable à faible contenu calorique mais présentée comme hypercalorique provoque la désinhibition. En pratique, l'abandon du contrôle est généralement déclenché par des événements stressants, les émotions, l'anxiété, l'alcool ainsi que par tout malaise physique ou psychologique. Polivy et Herman en viennent à définir la **restriction cognitive** comme « **le fait de remplacer un comportement alimentaire régulé par des critères internes, par des comportements alimentaires planifiés et déterminés selon des critères cognitifs, ou des comportements alimentaires modelés sur des régimes définis, ou encore une restriction alimentaire globale.** » (Apfeldorfer et Zermati 2001).

Sans être constituée en une théorie, les cliniciens en psychologie travaillent avec la notion d'**obstacle au changement**, dans ce cas-ci se référant à la notion d'obstacles à l'amaigrissement et de bénéfices secondaires à l'obésité. On retrouve aussi cette notion d'obstacles au changement dans les modèles explicatifs des comportements de santé, sous le vocable de facteurs non facilitants (Green et Kreuter 1991) ou encore de barrières au changement. Ainsi la présence de certaines situations constituent une contrainte à faire des changements dans sa vie ou dans ses comportements de santé. Par exemple, une difficulté à communiquer efficacement est une limite personnelle qui peut générer une incapacité à dire non aux offres alimentaires, ce qui représente une sérieuse barrière à manger moins. Autre exemple, vivre avec un conjoint jaloux n'est certes pas une cause documentée d'obésité, mais un mari qui craint que sa femme « amincie » le trompe, peut utiliser des stratagèmes qui rendent la femme vulnérable à reprendre du poids, par exemple l'amener fréquemment au restaurant, lui faire des cadeaux alimentaires etc. Ou encore, un manque d'efficacité personnelle, qui est la croyance en sa capacité à poser telle ou telle action, hypothéquera le succès de la démarche parce que la personne, ne se croyant pas capable de modifier ses comportements, n'arrivera pas à se mobiliser pour changer des choses. Avoir un « gros » corps peut constituer une défense, une protection appelée bénéfice secondaire à l'obésité. Par exemple, être obèse peut être un facteur d'isolement social,

qui peut être recherché plus ou moins consciemment par certaines personnes, car elles ont la perception qu'il se crée ainsi une distance entre elles et les autres autour de soi, ce qui permet d'éviter de se sentir envahi (Waysfeld et Guy-Grand 1985), ou encore un moyen de défier les autres qui exercent de la pression pour qu'une personne maigrisse, ou encore de servir de protection contre la séduction ou la sexualité en évitant d'être désirable (Joy Levine 1997). L'obésité peut aussi servir à tester l'amour des autres, à éviter la compétition ou à justifier l'échec dans sa vie (Slochowar 1983 *cité dans* Faith *et al.* 1997). Le lien entre abus sexuel et obésité est toutefois l'objet de résultats contradictoires (Wadden et Phelan 2002). Certaines études ont mis en évidence une histoire d'abus physique et sexuel chez des personnes obèses, mais d'autres n'ont pu identifier cette association (Williamson *et al.* 2002, Brewerton *et al.* 1999, Felletti 1993 *cité dans* Wadden et Phelan 2002). Récemment, dans une étude descriptive, Williamson et coll. (2002) ont mis en évidence que l'obésité était proportionnelle à la gravité et au nombre d'abus subi antérieurement.

1.3.1.4 Les facteurs ethnique et socio-économique

Bien qu'il ne soit pas démontré que l'obésité est associée à l'**origine ethnique** selon une relation de cause à effet, certains groupes ethniques présentent 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 (Schaefer 1997). Une observation du même type a été relatée pour les États-Unis où la prévalence de l'obésité chez les adultes varie considérablement selon l'origine ethnique : 29 % pour ceux d'origine africaine non hispanique contre 23 % pour les hispaniques, 19 % pour les blancs non hispaniques et 12 % pour les autres (CDC 2000). Il est cependant évoqué qu'il s'agit davantage d'une interaction avec l'acculturation qu'un facteur de risque de nature biologique (James 2002).

Le lien entre l'obésité et le **niveau socioéconomique** n'est pas direct et simple. Dans les pays développés, la distribution socio-économique de l'obésité s'est transformée : de nos jours, les gens bien nantis ont tendance à être plus mince que les pauvres contrairement à ce qui est observé dans les pays en voie de développement ou

antérieurement chez-nous, où le surpoids symbolisait la suffisance alimentaire (Fischler 2001 ; Kuss 1996 ; Wardle 1995). Dans plusieurs populations, la pauvreté et un faible niveau de scolarité augmentent la prédisposition à l'obésité et sa progression (Fischler 2001 ; Glenny *et al.* 1997 ; St-Jeor *et al.* 1996). Ainsi, les résultats d'une étude réalisée sur un échantillon de femmes de New York révèlent que l'obésité sévère est sept fois plus fréquente en milieu socio-économiquement défavorisé qu'en milieu favorisé (Fischler 2001). Au Québec, il n'y a pas d'association entre l'embonpoint et l'obésité et le statut socioéconomique, mais il y a une prévalence plus élevée d'insuffisance de poids chez les personnes très pauvres et pauvres (13 %) comparativement aux personnes de niveau économique supérieur (7 %). À l'inverse, le niveau de scolarité n'est pas associé à l'insuffisance de poids mais on retrouve davantage d'excès de poids chez les moins scolarisés, soit 33 % contre 24 % pour les plus scolarisés (Ledoux et Rivard 2000).

Ces derniers résultats proviennent d'études transversales qui établissent une certaine association entre poids et niveau socio-économique. La causalité ne peut être établie à partir de telles données. Le sens de la relation causale pourrait bien se présenter de façon différente à ce que l'on croit généralement car l'obésité constitue une limite à la mobilité sociale, c'est-à-dire qu'elle contraint 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 (Sorensen 1995). Telles sont également les conclusions de l'étude de Gortmaker et coll. (1993) réalisée à partir d'un échantillon de 10 039 participants sélectionnés au hasard et suivis entre 1981 et 1988. Les caractéristiques des 370 participants présentant un excès de poids relevées au début de l'étude ont été comparées à celles de participants ayant un poids normal ainsi qu'à des personnes présentant diverses pathologies chroniques. Les données obtenues huit ans plus tard révèlent que les personnes montrant un excès de poids au début de l'étude avaient, huit ans plus tard, une scolarité moindre, étaient moins souvent mariées, avaient un revenu plus faible et étaient globalement plus pauvres que les personnes dans les deux autres groupes qui n'avaient pas d'excès de poids, et ce, indépendamment de

leur origine socio-économique et de la présence de pathologies. Les résultats étaient plus marqués pour les femmes indiquant que les conséquences au regard de l'appauvrissement pourraient être plus importantes chez les femmes obèses. Pour Gortmaker *et al.* (1993), l'explication se trouve 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 par une mobilité descendante des personnes obèses dans l'emploi contribue au maintien du problème. En effet, les employeurs ont des réticences à embaucher des personnes obèses, en particulier les femmes (Kuss 1996 ; Friedman et Brownell 1995 ; Robinson *et al.* 1993 ; Crandall et Biernat 1990). 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. Parmi les autres causes possibles d'un poids plus élevé chez les sous-groupes de population socio-économiquement défavorisés, on mentionne fréquemment l'adoption d'habitudes de vie peu favorables à la santé, par exemple les personnes ayant peu de ressources financières passeraient davantage de temps devant la télévision, celle-ci étant la source de loisirs la plus accessible ainsi que les facteurs environnementaux tels que la difficulté à se procurer à proximité de chez-soi des aliments faibles en calories, lesquels sont habituellement plus coûteux (WHO 2000). Ainsi la relation entre l'obésité et la pauvreté pourrait être de nature circulaire.

1.3.1.5 Et si le corps cherchait son poids d'équilibre ?

Compte-tenu de la présence de tous les facteurs qui interviennent pour gérer les calories qui entrent et sortent du corps, le poids pourrait suivre la cadence d'un véritable accordéon. Au contraire, le poids des êtres vivants est remarquablement stable (Hill 2002 ; Mela et Rogers 1998). Les expériences réalisées sur des animaux démontrent de façon répétitive que lorsqu'un animal est forcé à manger, il devient obèse, et que lorsqu'il est libéré de la contrainte de se suralimenter, il mange moins, jusqu'à ce qu'il retrouve son poids antérieur. À l'inverse, lorsqu'il est affamé de force, il maigrit et dès qu'il le peut, il mange davantage afin de retourner à son poids

initial. Des études appuient l'hypothèse génétique d'un phénotype de minceur et de musculature chez les animaux (Koopmans 1998), puisqu'on arrive à les sélectionner sur la base de ces traits (Bulik et Allison 2002). Des gènes récessifs d'extrême minceur ont été identifiés chez différents animaux. Chez les humains, Bulik et Allison (2001, 2002) ont examiné, dans quatre études longitudinales de populations, la probabilité conditionnelle d'être mince (IMC ajusté < 90^e percentile) à un point dans le temps étant donné le fait d'avoir été mince à un point précédant dans le temps et l'inverse, soit la probabilité conditionnelle d'être obèse (IMC ajusté > 90^e percentile) à un point dans le temps étant donné le fait d'avoir été obèse à un point précédant dans le temps. Les résultats indiquent une probabilité variant entre 0,4 et 0,65 pour la minceur et entre 0,45 et 0,7 pour l'obésité, ajoutant un autre type d'évidences à la susceptibilité génétique pour être obésité.

Bien que certains chercheurs estiment qu'un gain de poids de 10 kg sur une période de 30 ans constitue une augmentation importante du poids, Leibel (Gibbs 1996) pense tout à fait le contraire. En considérant qu'une personne ingère environ de 900 000 à 1 000 000 calories par année, le coût énergétique d'un gain de poids de 10 kg sur 30 ans représente une erreur d'ajustement de l'ordre de 0,1 %, ce que Leibel qualifie de minime (Gibbs 1996). En fait 99,9 % de l'énergie est utilisée d'une manière quelconque. Il conclut qu'un contrôle à ce point précis, à plus forte raison dans un environnement qui favorise une balance énergétique positive, doit résulter d'un mécanisme très sophistiqué de régulation de l'appétit et du poids.

Il y a plus d'un siècle le physiologiste français Claude Bernard commentait les capacités des organismes vivants à maintenir stable leur environnement interne, qu'il nommait le « milieu intérieur » (Capaldi 1996 ; Mela et Rogers 1998). Quelques années plus tard, cette idée fut reprise par Walter Cannon qui donna à cette notion le nom d'homéostasie à partir de deux mots grecs « *homoios* » (semblable) et « *stasis* » (position) (Mela et Rogers 1998). Nombre de variables physiologiques du corps humain sont ainsi maintenues dans des limites relativement étroites grâce à un système de régulation. L'appétit et le poids fonctionneraient selon ces mêmes

principes (Keeseey 1995 ; Kemnitz 1985). Dès les années 1940 et 1950, les expériences menées sur le cerveau des rongeurs ont mis en évidence que des structures cérébrales avaient un puissant effet sur l'appétit et le poids (Gibbs 1996). Selon Leibel (Gibbs 1996), cette découverte a constitué une croisée de chemin importante dans l'histoire et elle marque l'origine de la théorie du *set-point* (aussi appelée la théorie de la valeur de base du poids ou théorie du poids d'équilibre).

Cependant, contrairement à ce qu'ont pu penser les premiers chercheurs du domaine, la théorie de l'homéostasie est plus complexe que ce qu'on croyait. Des études réalisées au cours des deux dernières décennies ont démontré que des « senseurs » de gras ou de sucres n'existent pas comme tels, et que le modèle « déplétion-réplétion », qui réagit à la manière d'un thermostat à la diminution des réserves d'énergie, est trop simple et ne peut expliquer à lui seul la régulation de l'apport alimentaire (Mela et Rogers 1998). Le système qui régularise l'appétit et le poids est extrêmement complexe ; il comprend pas moins d'une trentaine de substances, hormones, neurotransmetteurs et neuropeptides, qui agissent simultanément ou en séquence pour contrôler le tout (Blundell 2002).

Face aux nouvelles influences environnementales auxquelles fait face le mangeur moderne⁶, l'augmentation du poids peut être vue au mieux comme le fruit d'une régulation « normale » du poids, plutôt qu'« anormale ». En effet, le corps chercherait à atteindre un nouvel équilibre où l'apport énergétique égale la dépense énergétique. Ainsi, lorsque la balance énergétique devient positive, le poids et le tissu adipeux augmentent, accompagnée par une oxydation accrue des lipides, générant une demande accrue en énergie, ce qui stabilise de nouveau la balance énergétique (Flatt et Tremblay 1998). Ainsi, devenir obèse serait une façon pour le corps d'atteindre une balance énergétique équilibrée dans le contexte d'un apport alimentaire accru et de la sédentarité (Hill 2002).

⁶ Celles-ci sont décrites à la section 1.4.

Ces dernières années on ne parle guère plus de la théorie du *set-point*. Cependant l'idée derrière, soit que le poids n'est pas un élément qui réagit simplement ou que la gestion du poids ne repose pas que sur contrôle volontaire, est toujours présente. Elle s'exprime autrement dans les écrits scientifiques, avec d'autres mots et d'autres concepts. En fait, tout en reconnaissant la limite de nos connaissances sur la régulation du poids, on connaît mieux les substances et les mécanismes qui la déterminent. Nous considérons qu'une telle complexité suggère une bonne dose d'humilité plutôt qu'un optimisme excessif face à la question du contrôle du poids.

1.3.2 D'où vient la préoccupation à l'égard du poids ?

La recherche de minceur n'est pas un hasard de l'histoire. Il n'est cependant pas évident de saisir quelles en sont exactement les sources. L'historien Peter Stearns (1997) a effectué une analyse approfondie⁷ et éclairée par diverses disciplines pour tenter de répondre à cette importante question. Les résultats de son analyse sont présentés ici de façon résumée et enrichie par celle d'autres auteurs, notamment celle de Fischler (2001).

Quoique la transformation de la représentation du corps féminin ne soit pas complètement élucidée (Sobal et Maurer 1999 ; Stearns 1997), elle semble avoir émergé de la convergence de plusieurs facteurs. La figure 4 reprend les éléments de l'analyse de Stearns (1997) et celle d'autres auteurs, en tentant de les organiser dans une représentation cohérente de l'évolution du phénomène de la montée de l'obsession de la minceur et de l'oppression de la grosseur. Le précédent religieux est la pierre d'assise sur laquelle reposent les trois piliers importants de la montée de l'idéal de minceur : 1) la médecine et la diététique, 2) l'ère industrielle et la société de consommation, et 3) la mode et le design. Ces trois piliers contribuèrent à transformer le mode de vie, qui devint sédentaire, urbanisé et en proie à une très grande libéralisation. L'enjeu du sexe est représenté par la flèche latérale, car il traverse les siècles et n'est pas résolu. Finalement, au faite se trouve la clef de voûte qui est

⁷ Les informations sont principalement issues de l'histoire des États-Unis en raison des sources de référence plus nombreuses. Les propos de Fischler (2001), un français, indiquent une grande convergence entre les deux pays.

représentée par l'enjeu moral dont les manifestations sont, sur le plan individuel, les contraintes et l'autocontrôle, et sur le plan collectif, les préjugés.

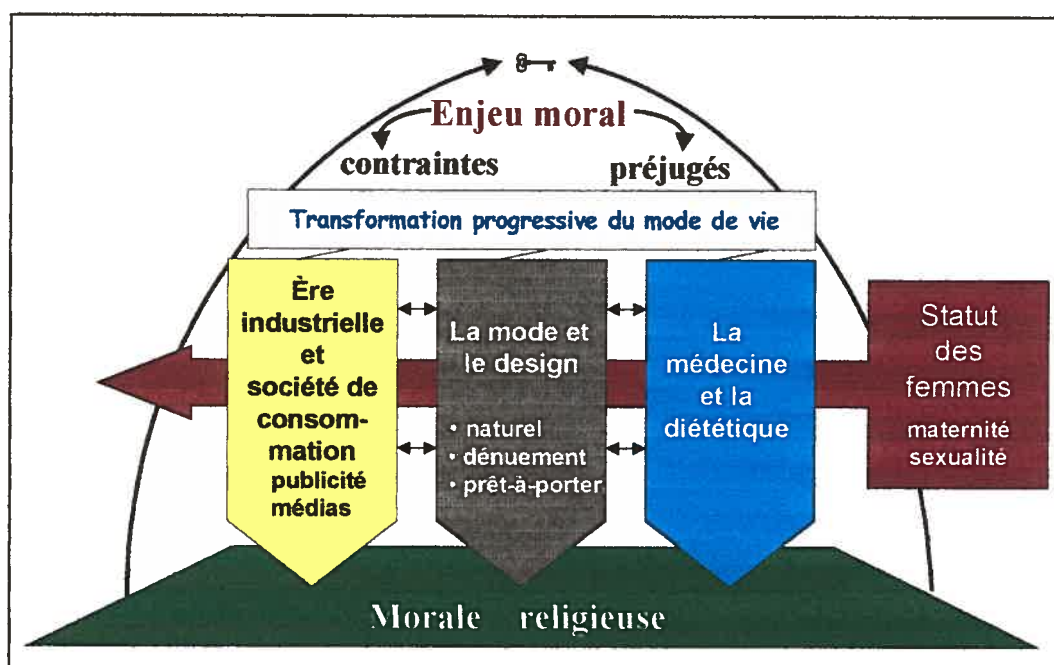


Figure 4 – Représentation des éléments en jeu dans la montée de l'obsession de la minceur et de l'oppression de la grosseur

Source : CAAO 2003. Reproduit avec l'autorisation du CAAO (voir annexe 1).

La morale religieuse conditionne la vie depuis les temps anciens. Certains préceptes religieux concernent la nourriture et l'acte alimentaire : la sagesse grecque prêchait la modération et la répugnance chrétienne contre l'appétit est encore plus marquée. Le jeûne était un rite hautement valorisé au Moyen-Âge et la version puritaine du protestantisme l'a maintenu. Il est bien connu que la gourmandise est un des sept péchés capitaux, un vice diront d'autres, parce que les personnes qui s'y prêtent mangent plus que ne le requiert la nature. Ce n'est pas tant l'excédent de poids qui est marqué d'un opprobre, mais le rapport à la nourriture. En fait, la bible ignore le gras et les saints sont généralement représentés comme étant minces. Cependant, les historiens ont noté que le thème de la privation est associé de longue date à une croyance voulant que se restreindre de nourriture soit un signe de sainteté. Encore récemment, différentes pratiques religieuses liées à la restriction alimentaire avaient

cours, tels que priver les enfants de manger ou les priver de dessert pour les punir, « faire pénitence » et jeûner certains jours durant le calendrier catholique. Ainsi, durant de nombreux siècles, on s'est privé volontairement de nourriture, mais jamais dans le but de maigrir. La pénitence alimentaire est une notion majeure dans l'analyse de Stearns (1997), à laquelle fait aussi référence Fischler (2001). Nous en reparlerons car cette notion revient aux temps modernes sous forme de contraintes et de contrôles imposés au corps.

1.3.2.1 La médecine et la diététique

Le discours médical et diététique constitue un premier pilier sur lequel repose la montée de la minceur. Vers la fin du XVIII^e siècle, une nourriture trop abondante devint une des causes évidente de l'obésité (Bray 1990). Le mot « diète » prit un nouveau sens. Utilisé jusqu'alors pour qualifier une modification de l'alimentation en vue de soigner une maladie, il adopta son sens contemporain de restriction en vue de perdre du poids. La période moderne verra défilier les docteurs avec chacun leur principe : du régime sec du D^r Dancel, médecin à Paris en 1849, au régime sans sucre ni farineux du D^r Harvey, chirurgien à Londres en 1865, à celui du D^r Schweningen en Allemagne qui, entre 1860 et 1880, préconisait six petits repas par jour, essentiellement à base de viande; et ainsi de suite se succédèrent les méthodes (Apfeldorfer 2000).

S'ajoutaient aussi aux médecins et scientifiques, des individus qui menaient des croisades diététiques. Aux États-Unis, au milieu du XIX^e siècle, Sylvester Graham, un prédicateur presbytérien, motivé par le fanatisme alimentaire et la répugnance envers les excès de la société, préconise la consommation d'aliments purs, la tempérance et même la chasteté ! (Apfeldorfer 2000 ; Stearns 1997). On doit à Horace Fletcher la stratégie amincissante de la mastication. En 1889, il perdit une vingtaine de kilos qu'il ne reprit jamais. Empruntant un truc d'un Premier ministre britannique, sa méthode consistait à mastiquer 32 fois chaque bouchée. Puis en analysant de façon minutieuse tout ce qui passait dans sa bouche et son corps, il édifia une théorie pseudo-scientifique, dont il étalait largement les principes dans le *Ladies Home*

Journal et le *Good Health Magazine*. Il devient un gourou et sa façon de faire, le flétchérisme, promettait une purification rituelle et un assainissement du corps (Apfeldorfer 2000). Un autre de ces fanatiques, John Harvey Kellogg, un Quacker, en plus d'avoir inventé les céréales du petit déjeuner, reprit la théorie de Fletcher mais fit aussi la promotion de ses propres convictions sur le végétarisme, en proposant à chacun de ses patients une diète personnalisée de fruits et de légumes. Il vécut longtemps et continua d'écrire sur les diètes basses en protéines et sur la restriction alimentaire (Apfeldorfer 2000 ; Stearns 1997).

La réceptivité du public à cette nouvelle vague de conseils diététiques est attribuable à une mode vestimentaire plus contraignante, ainsi qu'à l'arrivée d'une étiquette de table pour les mieux nantis qui faisait appel à une certaine retenue. Vers 1910, les lubies diététiques commencèrent à être décriées par l'*establishment* scientifique et médical, qui s'inquiétait des risques à la santé. De plus, le changement de mode de vie se manifestait déjà par un accroissement de la sédentarisation de la population, ce qui ne tarda pas à inquiéter les médecins. Il se constitua alors une rhétorique savante sur la nécessité de recourir à une diète basée sur des faits scientifiques plutôt qu'à des trucs et gadgets divers (Stearns 1997). La science médicale et diététique continua son évolution, mais les diètes miracles ne cessèrent pas pour autant de pulluler. Par ailleurs, la médicalisation de la santé des femmes offrait certainement l'opportunité aux médecins de s'occuper de l'excédent de graisse chez les femmes des classes moyenne et supérieure (Kohler Riessman 1998 ; Ehrenreich et English 1982). On trouve là l'ancêtre de la prise en charge médicale du surplus de poids.

Quant aux produits et gadgets pour contrôler le poids, outre le vinaigre et les solutions savonneuses, ce n'est qu'à partir du XX^e siècle qu'ils furent mis en marché et publicisés en utilisant diverses stratégies. Par exemple, en 1900 le *Ladies Home Journal* annonçait l'eau de Kissiengen qu'il fallait prendre une demi-heure après chaque repas, aux deux jours, en alternance avec l'eau de Vichy. Les deux eaux combinées contenant un mélange équilibré d'éléments acides et alcalins, permettraient de perdre environ deux livres par semaine. L'argument de vente ressemble

étrangement à ce que l'on voit de nos jours : « On peut guérir l'obésité sans recherche de renseignements ou de diètes, ou dépenses importantes » (traduction libre). Un autre exemple est le produit Rengo publicisé dans le *Pittsburg Press* à partir de 1908 et qui fait état de l'humiliation associée à l'obésité. Ce produit promettait une perte de poids de une livre par jour. L'argument de vente presse les clients à ne pas attendre : « Maintenant – n'attendez pas d'être une frayeur dégoûtante », (traduction libre). L'utilisation de vedettes pour promouvoir la perte de poids débuta aussi dès le début du XX^e siècle avec Lilian Russell, une célèbre chanteuse de l'époque qui faisait la promotion de l'utilisation de 250 roulades latérales chaque matin pour venir à bout de son excès de poids (Stearns 1997).

1.3.2.2 La mode et le design

Le second pilier de l'édifice est constitué par la mode et le design. Les féministes blâment souvent la mode d'avoir été un facteur d'oppression et de subordination des femmes. Quoique la mode ait effectivement entraîné à travers les âges différentes pratiques nuisibles, elle a néanmoins rarement été aussi destructive que maintenant (Seid 1994). Et surtout, elle n'est pas seule en cause. Trois éléments principaux liés à la mode semblent avoir exercé une influence déterminante sur la montée de la minceur : le corset, le dénuement et la standardisation des tailles associée au développement du prêt-à-porter.

Le port du corset remonte à la nuit des temps. Déjà, avant Jésus-Christ, il a servi à soutenir les seins afin de mieux les dévoiler au décolleté. Puis d'époque en époque, ses rôles de soutien et de compression ou de mise en valeur de la poitrine ont alterné. Vers la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, deux influences majeures semblent avoir favorisé son chant du cygne : Jean-Jacques Rousseau plaida pour un retour au naturel et pris même part à la bataille anti-corset déclenchée par le corps médical. Puis, avec la popularité croissante de l'athlétisme, la liberté de mouvement requise pour aller à vélo ou pour pratiquer certains sports représenta l'assaut final (*Histoire de la lingerie* s.d.). Le corset n'était certes pas très confortable, mais ce n'est pas tant le port du corset que sa disparition qui influença l'apparition des

pratiques de restriction alimentaire. Le corset compensait pour des formes trop abondantes, ou encore insuffisantes. Sans corset, c'est le corps lui-même qui doit répondre aux impératifs de l'idéal. Ce changement imposait aux femmes des contraintes d'une nature différente : altérer le corps de l'intérieur.

Le dénuement progressif du corps est un autre facteur important de contraintes sur le corps des femmes. Agissant dans le même sens que l'abandon du corset, le corps dénudé doit être parfait en lui-même car il est exposé au vu et au su de tous. Ce qui est paradoxal, c'est que la mode se définit par la décoration du corps par le biais des vêtements et des accessoires qui le recouvrent et le garnissent; pourtant, la mode d'aujourd'hui c'est le corps tout nu... Jadis, les femmes apprivoisaient le règne de l'idéal en manipulant vêtements et cosmétiques, en modifiant ce qu'elles mettaient « sur elles ». Aujourd'hui, c'est elles-mêmes qu'elles doivent manipuler ! (Seid 1994). D'ailleurs, les ventes de produits de beauté, de colorants à cheveux, de crème anti-rides, etc. a atteint des sommets. La manipulation corporelle ne se limite plus à modifier extérieurement le corps, ou à tenter de modifier le poids et la silhouette par la restriction alimentaire, l'activité physique, les massages, les enveloppements ou autres babioles du genre. On le transforme littéralement, on l'altère définitivement en enlevant le surplus et en ajoutant ce qui manque; la chirurgie esthétique n'est plus simplement une discipline médicale, servant à corriger les défauts majeurs, bec-de-lièvre, oreilles écartées, malformations diverses, ou encore pour corriger les conséquences d'accidents ou de maladies. Elle constitue une alternative « médico-esthétique », une offre de service parmi d'autres dans l'univers de la transformation corporelle, un bien de consommation : « Offrez-lui une liposuction pour Noël ! »; tel est l'entête d'une publicité récente.

Le troisième élément, le prêt-à-porter, fit son apparition aux États-Unis vers 1870. Dorénavant, le vêtement ne s'ajuste plus au corps, mais le corps doit rentrer dans le vêtement (Stearns 1997). Pourtant, l'histoire du prêt-à-porter a plus à voir avec le souci de démocratiser les vêtements des couturiers trop coûteux pour les moins nantis, qu'à contraindre le corps. Au départ, la standardisation du vêtement n'avait

pas non plus pour enjeu la minceur. Mais puisque l'on commençait à attaquer le gras de toutes parts, l'avènement des tailles standards et le contexte public dans lequel se déroulait l'essayage (le magasin plutôt que la maison personnelle) favorisaient évidemment la conscience du corps. Les contingences de l'industrie du vêtement, telles que la production de masse, les règles de mise en marché, etc., façonnèrent ce que l'on connaît de la mode aujourd'hui. Les vêtements féminins sont fréquemment dessinés par des designers de mode masculins. Il est plausible que plusieurs d'entre-eux, homosexuels affichés, soit plus inspirés par la conception de vêtements pour des corps peu galbés. De surcroît, la confection de vêtements qui galbent des rondeurs s'avère plus difficile que celle des lignes droites.

1.3.2.3 L'ère industrielle et la société de consommation

Le dernier pilier est constitué des transformations sociales profondes engendrées par l'ère industrielle et l'économie de marché. Vers la fin du XVIII^e siècle, des personnes comme Sylvester Graham et certains ecclésiastiques dénonçaient l'engouement naissant pour la consommation. Ils invoquaient le caractère frivole, peu sérieux et cupide de l'activité. Cependant, graduellement leur zèle à invoquer la damnation éternelle et leurs efforts à ramener les fidèles dans le droit chemin se relâchèrent. On commençait peu à peu à encourager l'écoute de bonne musique et l'achat de romans, ainsi qu'à s'étonner qu'une femme ne soit pas encline à suivre la mode. La brochette des produits disponibles s'agrandissait et la publicité se modifiait, passant d'un mode strictement informatif à l'utilisation d'attraits émotifs. On passait maintenant du temps à magasiner. L'objet du magasinage, incluant le lèche-vitrines, n'avait plus rien à voir avec la socialisation associée à la visite hebdomadaire ou quotidienne au marché, mais devenait une fascination pour les biens eux-mêmes. Les individus devenaient attachés au processus d'acquisition d'objets de diverses catégories. La consommation devint une activité présente dans la vie quotidienne, que l'on considéra l'opportunité de faire « l'éducation à la consommation » des jeunes (Stearns 1997). Avec l'invasion des médias électroniques, l'univers de la consommation prit encore de l'expansion. Bientôt, toutes les sphères de la vie sont soumises à une forme de consommation ou une autre, et la progression du nombre de

produits et la subtile persuasion exercée par la publicité amènent les individus à consacrer de plus en plus de temps au magasinage et à ses dérivés dans le but d'« être des consommateurs avertis ». Parmi la panoplie de produits disponibles relatifs au poids et au corps, les produits et services amaigrissants, les produits de beauté et de soins du corps, les services de massage, d'esthétique et de chirurgie esthétique et les vêtements et garnitures diverses constituent des secteurs non négligeables du marché de la consommation, que l'on peut qualifier d'« industries du corps ».

1.3.2.4 Un problème de femmes ?

La recherche de la minceur, les troubles de l'alimentation et une pauvre image corporelle ont été et demeurent des problèmes qui affligent davantage les femmes. Quoique les différents auteurs ayant écrit sur le sujet proposent des angles d'analyse qui diffèrent, l'enjeu du sexe dans la montée de la minceur fait l'unanimité (Stearns 1997 ; Seid 1994). L'infériorité du sexe féminin remonte à Aristote dont la théorie de la différenciation des sexes reposait sur la chaleur : seuls les embryons exposés à suffisamment de chaleur peuvent se développer en une forme humaine complète. Les autres deviennent femelles, une femme étant donc un « homme manqué ». Et ce manque de chaleur, en plus d'affecter les organes génitaux, entraîne une pléthore de déficiences : stature moindre, constitution frêle, cerveau moins développé, faiblesse morale et émotionnelle (Weitz 1998). L'idée que la femme est un être inférieur trouve aussi écho dans les écrits légaux primitifs, à l'effet que celle-ci est la propriété de l'homme. Par exemple, selon la loi babylonienne, le viol était considéré une atteinte à la propriété de l'homme, le violeur devant payer une amende au père ou au mari. Les femmes ont ensuite milité pour obtenir le droit de vote et pour faire disparaître les conceptions anciennes en regard de leur corps, soit qu'il est fragile et vulnérable à la maladie, et par conséquent que la femme blanche de classe moyenne est incapable d'assumer les responsabilités du pouvoir politique, le fardeau de l'éducation et de l'emploi (Weitz 1998).

Mais le moment où les femmes cherchent à s'émanciper correspond justement à la montée de l'idéal de minceur (Stearns 1997). L'arrivée des femmes sur le marché du

travail, ainsi que le contrôle des naissances et la libéralisation sexuelle qui l'accompagnaient, sont aussi des facteurs qui ont contribué à modifier le rapport que les femmes entretenaient avec leur corps. En lien avec la mode et l'ère de la consommation, ainsi qu'un investissement moindre dans la maternité et le travail domestique, la minceur ramenait l'idée de la fragilité du corps, l'idée du corps objet, du corps esthétique (Weitz 1998). La mise en évidence du rôle esthétique du corps a contribué à susciter une demande pour les produits associés à l'esthétisme corporel. Plusieurs féministes n'approuvent pas l'hypothèse d'une coïncidence, mais optent plutôt pour celle d'un contrecoup, et d'autres pour celle d'une conspiration, associée au mouvement des femmes, qui tente de ramener ces dernières à des idées plus traditionnelles. Un des éléments du contrecoup est justement une pression accrue pour le contrôle de l'apparence qui, en maintenant les femmes dans l'esclavage du corps, les éloignait du pouvoir (Weitz 1998 ; Wolf 1991).

Le dernier élément de la figure 4 s'intéresse à l'opinion publique sur le poids. Elle est un peu le ciment qui soude tous les éléments ensemble et donne un sens de globalité à l'explication. À travers les âges, l'opinion publique sur l'obésité a oscillé entre l'acceptation et le jugement. Au V^e siècle de notre ère, Hippocrate, considéré comme le père de la médecine telle que nous l'entendons, semblait peu enclin à se prononcer sur les causes de l'obésité, qualifiant la condition de naturelle (Apfeldorfer 2000 ; Bray 1990). Il en était autrement quelques siècles plus tard. Galien, sommité médicale des années 1300, s'exprimait ainsi : « L'art hygiénique promet de garder en santé ceux qui obéissent; mais ceux qui sont désobéissants, c'est tout simplement comme s'ils n'existaient pas », (traduction libre) (Bray 1990, p. 911). Selon ce dernier auteur, il s'agit de l'indication la plus claire à l'effet que Galien voyait l'obésité comme une preuve qu'une personne n'est pas « adéquate ». Aux États-Unis, en 1880, des qualificatifs négatifs spécifiques à l'obésité, tel que « *slob* », faisaient leur apparition dans le vocabulaire. Mais aux mots s'ajouta rapidement une forme plus organisée de préjugés. Par exemple, un livre de recettes, le *Philadelphia Cook Book* paru en 1900 mentionnait qu'« un surplus de gras devait être vu comme la forme de maladie la plus répréhensible », (traduction libre) (Stearns 1997, p. 22). et la

revue *Living Age* écrivait : « Le gras est maintenant considéré comme une bêtise et presque que comme un crime », (traduction libre) (Stearns 1997, p. 22).

Puis au cours du siècle dernier, ces préjugés se muèrent en véritable phobie du gras, une conviction que le gras animal sous toutes ses formes, sur le corps, dans le sang ou dans l'assiette, était dangereux. De même, les États-Uniens développaient la perception qu'ils étaient trop gros et grossissaient continuellement, mangeaient trop, mangeaient les mauvais aliments, étaient sédentaires et, en conséquence, flasques. Ils se voyaient désormais comme un groupe malade même si leur espérance de vie ne cessait de s'améliorer. En fait, la plus grande peur qui les habitait était de devenir physiquement et moralement « mous ». L'aspect le plus puissant et pernicieux de la phobie du gras est que d'être gros est aussi honteux que d'être sale, comme si on pouvait devenir mince aussi facilement que de devenir propre (Seid 1994). La présence de préjugés a d'ailleurs été démontrée dans toutes les couches de la population, ainsi que chez de multiples groupes de professionnels (Crandall et Biernat 1990). Des études ont démontré de la discrimination à l'emploi envers les femmes obèses ainsi que dans les soins de santé (ces deux derniers points seront abordés de nouveau dans la section sur les conséquences sociales de l'obésité). Des personnes obèses ont été obligées de payer pour deux sièges dans les avions (NAAFA 2002). Le quotidien des personnes obèses se déroule au gré de la moquerie, et on leur attribue volontiers des caractéristiques négatives comme la paresse, la stupidité et l'antipathie (Wadden et Phelan 2002). Si la minceur symbolise le succès et le pouvoir, l'obésité, elle équivaut à l'échec et au manque de pouvoir. L'obésité constitue donc un enjeu de pouvoir social (Breseman *et al.* 1999). En fait, nos sociétés ayant considérablement évolué et s'étant débarrassé de plusieurs préjugés, certains qualifient l'obésité de dernier bastion des préjugés (Sobal et Stunkard 1989).

Le discours dominant sur la grosseur peut se résumer en trois points : 1) l'excès de poids est toujours mauvais pour la santé, 2) l'excès de poids est principalement attribuable à un manque de contrôle dans les comportements individuels, par exemple en ce qui a trait à l'alimentation et à l'activité physique, et 3) toute personne qui le

veut peut être mince. Le contrôle personnel est un point important car il constitue le postulat des préjugés et de la discrimination, ainsi que l'argument fondamental de l'industrie de l'amaigrissement soit que l'obésité peut être enrayée si on prend les bons moyens (Brown et Bentley-Condit 1998 ; Brownell 1991 ; Ritenbaugh 1991). Cette idée s'inscrit très bien dans les valeurs états-uniennes, d'individualisme et de volontarisme. En fait, toujours selon Seid (1994), cet ensemble de croyances alimente les préjugés et a permis à la minceur d'acquérir quasiment le statut d'une « religion ».

Ainsi la peur du gros nourrirait le désir de minceur. Mais de quoi peut bien se nourrir cette peur ? Comment peut-on avoir des sentiments aussi négatifs envers ses propres concitoyens dont le corps possède simplement une différence physique ? Comment des normes esthétiques peuvent-elles amener les gens à de telles extrêmes ? Une mode diététique passagère aurait pu accompagner des exigences vestimentaires particulières, mais encore là, l'effet aurait été de courte durée. Selon Stearns (1997), la nouvelle anxiété au sujet du poids ne constituait pas simplement un enjeu de santé ou même d'apparence, elle affectait la conscience des États-Uniens plus profondément, au point d'ailleurs que l'obsession grandit toujours. Des causes plus profondes devaient justifier cette véritable condamnation morale. C'est dans la recherche de contrôle sur soi, dans l'équation entre paresse et obésité et la répugnance envers ceux qui n'arrivaient pas à atteindre le corps idéal que se trouve le lien ultime, la clef de voûte. L'hypothèse avancée par Stearns (1997) est qu'à mesure que se produisait la libéralisation dans différentes sphères de la vie, sexualité, consommation, loisirs, etc., la culpabilité grandissait et devait être contenue par l'application de nouvelles contraintes. La discipline alimentaire et corporelle donnait l'impression de compenser pour l'indulgence associée aux autres plaisirs, redonnait du service à la morale religieuse. Fischler (2001) résume bien cette idée : « Il est tentant de voir dans les régimes d'aujourd'hui une forme laïcisée du jeûne d'autrefois. La minceur nous est apparue, à l'examen, comme une forme moderne de la sainteté que la restriction seule permet d'atteindre. » (p. 391) Ainsi, les manifestations de l'enjeu moral consisteraient d'abord en une série de contraintes pour soi-même qui permettent de retrouver la paix intérieure, puis de puissants

jugements moraux à l'égard d'autrui pour manifester son désaccord avec l'hédonisme et la luxure.

1.4 L'accroissement du poids dans les populations

Il est difficile de se prononcer de façon juste et éclairée sur la tendance du poids dans les populations puisque la documentation systématique du poids par de grandes enquêtes de population ne remonte qu'au siècle dernier (Bray 1998b). Les textes historiques donnent à penser que l'obésité était une caractéristique que l'on retrouvait chez les personnes riches et, par le fait même, qu'elle était plutôt rare (Fischler 2001). Malgré des variations de définitions et d'indicateurs, l'accroissement du poids semble clairement se situer après le milieu du siècle dernier, et selon James (1995), il remonte aux années 1970. Cet accroissement se traduit par un déplacement de la distribution du poids dans la population, qui s'accompagne d'un aplatissement de cette courbe, entraînant beaucoup d'individus dans la zone de risque et davantage de personnes obèses.

Que s'est-il donc passé ? Bien que de nombreux facteurs, dont les gènes, expliquent l'obésité chez un individu, il est clair que la génétique n'explique pas l'augmentation fulgurante de l'obésité que connaissent actuellement de nombreuses populations, qui de surcroît s'est produite en un si court laps de temps (WHO 2000). En fait, Bray, chercheur émérite en obésité, résume la situation comme suit : « *Genes load the gun ; environment pulls the trigger* » (Wadden et Phelan 2002, p.191)

Les évidences accumulées à date découlent surtout de l'analyse des tendances séculaires et d'études d'observation, de telle sorte que relations causales sont difficiles établir à ce moment-ci. Néanmoins, il y a un très fort consensus parmi les experts pour expliquer cette augmentation par l'action simultanée de facteurs environnementaux qui exacerbent soit l'un ou soit l'autre des éléments impliqués dans la balance énergétique (WHO 2000, 2003 ; IOTF et EASO 2002 ; Kumanyika *et al.* 2002 ; Booth *et al.* 2001 ; French *et al.* 2001 ; Kumanyika 2001 ; USDHHS 2001 ; Nestle et Jacobson 2000 ; Swinburn *et al.* 1999 ; James 1995). Les

comportements alimentaires et d'activité physique, ainsi que les attitudes que les gens entretiennent à l'égard de leur corps, ne sont pas vraiment le fruit du libre choix des personnes mais plutôt une réponse programmée à des environnements où s'entremêlent de puissantes forces économique, culturelle et politique. À cet égard, la toile causale proposée par l'*International Obesity Task Force* parle d'elle-même (figure 5).

1.4.1 La réduction de la dépense en énergie

Examinons de plus près ce qui se passe. Selon James (1995), la dépense d'énergie des individus n'a pas cessé de diminuer depuis la moitié du XX^e siècle et elle est nettement réduite comparativement à ce qu'elle était quelques décennies auparavant. Il ne sera probablement jamais possible de confirmer totalement cette affirmation, en l'absence de données périodiques et rigoureuses de surveillance des comportements. Les données écologiques tendent toutefois à lui donner certaine une véracité. En effet, la survenue de nombreuses innovations technologiques (automobile, mécanisation, électroménagers, informatisation, etc.) permettent d'augmenter la productivité en un temps réduit, tant au travail qu'à domicile (Brownell 2002 ; Fischler 2001 ; James 1995). Par exemple, en République Tchèque, alors que le nombre de véhicules privés à Prague passait de moins de 300 par 1 000 habitants en 1990 à 500 en 1997, la prévalence d'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) augmentait de 5 % chez les hommes et de 3 % chez les femmes entre 1988 et 1997, sans évidence d'augmentation de l'apport énergétique (Hainer *et al.* 1999). L'adoption de loisirs requérant peu d'énergie sur le plan physique (télévision, cinéma, vidéo, chaîne stéréo, etc.) contribue à réduire l'énergie requise par les individus. De plus, des facteurs tels que l'augmentation 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 inciteraient les gens à demeurer à domicile (James 1995).

TOILE CAUSALE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS *

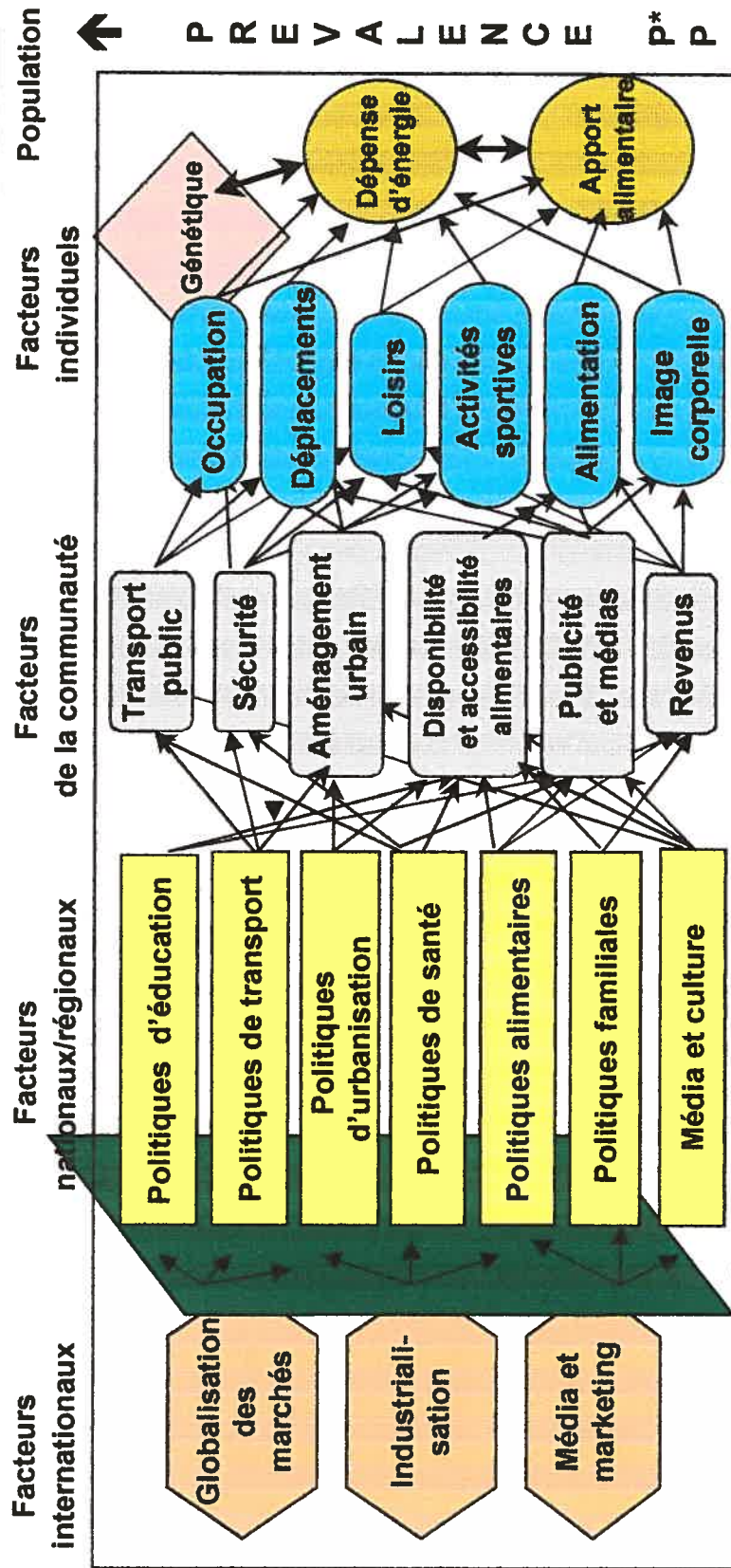


Figure 5- Facteurs politiques, socioculturels, économiques et personnels qui influencent directement ou indirectement les problèmes reliés au poids * (problèmes reliés au poids : obésité et préoccupation excessive)

Source: Traduit et adapté de Ritenbaugh et al. IOTF 1999

Ainsi, toutes les innovations de la seconde moitié du XX^e siècle qui ont modifié le mode de vie, de même que la réorganisation du travail ainsi que des facteurs comme la charge psychologique associées au travail, ont donc eu pour effet de réduire la demande en énergie physique exigée pour l'accomplissement des tâches quotidiennes et conséquemment de favoriser une balance énergétique positive.

Philipson (2001) expose l'importance d'un agenda de recherche économique qui vise à cerner le lien entre l'accroissement de l'obésité et diverses forces liées au marché du travail dans la transition d'une société de type agricole à une société industrielle. Diverses études économiques ont été réalisées. Ils démontrent que les changements technologiques induits par cette transition se manifestent par une réduction du coût des aliments ainsi que par une réduction de la dépense énergétique reliée au travail (Lakdawalla et Philipson 2002 ; Philipson et Posner 1999).

La toile causale (figure 5) illustre les mécanismes qui influencent les changements sociaux qui affectent le poids. Prenons l'exemple des déplacements. La dépense d'énergie des individus attribuable aux déplacements diminue avec la présence de plus en plus importante de l'automobile. Cette présence est favorisée par les désirs et les besoins des consommateurs qui la considèrent maintenant comme indispensable. Mais cette perception d'être indispensable est grandement due à la planification urbaine qui a rendu son utilisation indispensable dans plusieurs milieux de vie tel que les banlieues ou les campagnes. De plus, le marketing et les techniques de mise en marché contribuent à nourrir cette perception de nécessité mais aussi d'autres perceptions des consommateurs comme le plaisir, la liberté, la griserie, construisant peu à peu une nouvelle norme. Les politiques de transport n'encouragent pas le transport en commun, avec comme conséquence qu'il est peu convivial d'autant plus que ses coûts augmentent sans cesse. Le transport en commun, n'étant pas en mesure de contrebalancer les avantages perçus en regard de l'automobile, il ne représente pas un substitut satisfaisant de celle-ci. Ultimement, des pressions émanant du système économique, comme celle de faire rouler les usines, créer ou conserver des emplois, sont exercées auprès des gouvernements par les multinationales de l'automobile.

Ainsi, pour divers comportements en lien avec le poids, la responsabilité de l'individu de faire des choix sains est soumise à des pressions environnementales très fortes.

1.4.2 La modification de l'alimentation

Sur le plan de l'alimentation, plusieurs éléments se sont aussi considérablement modifiés au fil du temps. Se nourrir et nourrir sa famille a été pendant longtemps une activité quotidienne prioritaire. Et pendant des siècles, l'être humain a dû gérer la pénurie, la disette, la saisonnalité. Aujourd'hui dans les pays du Nord, bien que l'inquiétude au regard de l'approvisionnement se soit estompée, l'humain reste préoccupé par les aliments. Ainsi, bien que l'enjeu vital soit désamorcé, manger reste une activité quotidienne qui ne va pas de soi. Ce sont les enjeux qui ont changé (Fischler 2001 ; Blundell et Stubbs 1998 ; Capaldi 1996).

Ainsi, les habitudes alimentaires se sont considérablement modifiées au cours du siècle dernier. James (1995) résume les changements dans les habitudes alimentaires en identifiant trois grandes tendances : 1) manger entre les repas et grignoter ; 2) manger à l'extérieur du foyer et 3) un déplacement du moment où le maximum d'énergie est consommé. Ces tendances issues de transformations sociales profondes sont aussi associées à la transformation de l'industrie alimentaire (Fischler 2001 ; WHO 2000 ; Seidell 1999). Alors qu'au milieu du siècle, elle avait encore à relever le défi d'assurer une offre alimentaire suffisante et de qualité, ses nouveaux défis sont tout autre. Ses produits étaient traditionnellement d'une nature particulière, périssables et saisonniers. Maintenant elle est devenue une véritable industrie qui offre des commodités (aliments commodes) non-périssables et exportables. De plus, elle doit assurer son profit dans un contexte d'économie de marché caractérisée par une forte compétition, la concentration et la globalisation (James 2003 ; WHO 2000). Mais ces règles commerciales siéent mal aux aliments car l'industrie agroalimentaire ne peut pas vraiment compter sur l'accroissement des ventes. Il s'agit d'un marché en décroissance car il y a moins de mangeurs et de surcroît, ceux-ci sont sédentaires et ont des besoins énergétiques moindres. Face à cette contrainte, la transformation des aliments et l'augmentation de la grosseur des portions sont deux stratégies qui

permettent d'aller chercher une plus-value et ainsi de faire face au défi économique (Nestle et Jacobson 2000 ; WHO 2000). Ainsi, l'industrie agroalimentaire vise le développement de nouveaux marchés et de nouveaux créneaux, la recherche et la fidélisation des clients. Ces nouvelles réalités ont favorisé l'essor du secteur de recherche et développement (R&D) et du marketing. L'introduction massive de nouveaux produits alimentaires témoigne de cette orientation. En outre, ces nouveaux produits doivent être mis en marché et publicisés.

Gallo (1997, *cité dans* McCrory *et al.* 1999) a examiné l'introduction de nouveaux produits alimentaires dans les épiceries américaines durant les 30 dernières années, soit le dernier tiers du XX^e siècle. Dans la catégorie des fruits et des légumes, le nombre de produits est demeuré en deçà de 500, tandis que dans le groupe des condiments ainsi que des bonbons et grignotises, le nombre de produits a décuplé, passant de moins de 250 il y a 30 ans à près de 2 500 en 1993. Et ces nouveaux produits issus de la R&D sont les cibles principales de la publicité alimentaire. D'ailleurs celle-ci est très importante. Aux É-U en 1997, les manufacturiers alimentaires, détaillants et restaurants ont dépensé 11 milliards de dollars en publicité, arrivant bon second dans le palmarès des budgets de publicité juste derrière l'industrie de l'automobile. La ventilation de ces 11 milliards de dollars en publicité se décline comme suit : 792 millions pour les céréales à déjeuner, 765 millions pour les bonbons et la gomme à mâcher, 728 millions pour la bière et 549 millions pour les boissons gazeuses. En revanche, 105 millions sont allés pour la promotion des fruits et légumes. À titre de comparaison, le service de nutrition du gouvernement des États-Unis (USDA) a dépensé durant la même année 333,3 millions de dollars pour des messages nutritionnels soit 3 % de ce qu'a dépensé l'industrie agroalimentaire (French *et al.* 2001). Ainsi, la publicité télévisée encourage la consommation d'aliments, notamment dans la catégories des grignotises.

Sur le plan biologique, le raffinage des aliments contribue à la perte des repères du mangeur. Il est souvent difficile d'associer les stimuli visuels, gustatif ou de texture avec le contenu en énergie des aliments (James 1995 ; WHO 2000). Et l'étiquetage

nutritionnel peut aider le consommateur ou lui nuire dans son effort pour mieux se situer, selon qu'il est capable ou non de comprendre le message inscrit sur l'emballage. Les aliments légers en sont un bon exemple, des biscuits étiquetés légers, qui sont réduits en gras mais additionnés de sucre. Il n'est pas du tout certain que le consommateur en mange moins !

La seconde tendance identifiée par James (1995) est la consommation d'aliments hors du foyer. Manger à l'extérieur ou manger des aliments venant de l'extérieur (« faire venir ») est sans contredit une tendance lourde en matière d'alimentation (French *et al.* 2001). Le nombre de restaurants et de comptoirs alimentaires de prêt à emporter a beaucoup augmenté depuis 30 ans. Aux É-U., entre 1972 et 1995, le nombre de lieux commerciaux pour manger a augmenté de 89 %. Durant la même période, le nombre de restaurant de restauration rapide a augmenté de 147 % (NSGA 2000 *cité dans* French *et al.* 2001). Entre 1970 et 1996, la proportion des dépenses alimentaires allant aux aliments consommés à l'extérieur du foyer est passée de 26 % à 39 % (Putnam et Allshouse 1996 *cité dans* McCrory *et al.* 2000). En 1995, 29 % des repas et collations étaient pris en dehors du foyer, représentant 31 % de l'énergie quotidienne (Lin et Frazao 1997 *cité dans* McCrory *et al.* 2000).

La fréquentation des restaurants ou le recours aux aliments pré-préparés n'est pas indépendant de l'accroissement du nombre de femmes sur le marché du travail ; celles-ci disposent de moins de temps pour les tâches domestiques, notamment la préparation des aliments et le temps de loisirs (Chou *et al.* 2002, 2004). Les travaux récents du groupe de Devine et coll. (2003 ; Grzywacz 2000 ; Grzywacz et Marks 2000) ont documenté diverses dimensions de la conciliation travail-famille et la santé. Notamment, on constate un lien entre diverses caractéristiques du travail, telles que les longues heures, les horaires non-flexibles, les heures supplémentaires et les horaires cycliques sur la perception du temps et de l'énergie disponible pour les tâches domestiques comme la préparation des repas. Ainsi, plusieurs travailleurs ne manifesteraient pas de carence en information relativement à la saine alimentation. Ils éprouveraient plutôt un sentiment d'incapacités de traduire leurs idéaux culinaires en

pratique dans le contexte de leurs responsabilités professionnelles et familiales (Devine *et al.* 2003).

D'autres dimensions du travail pourraient aussi jouer. Bien qu'ils n'aient pu mettre en évidence une association entre la charge au travail (combinaison de demande psychologique au travail et contrôle) et l'IMC dans dix études transversales, Overgaard *et coll.* (2004a), un tel lien a été établi dans une étude longitudinale de six ans. Le degré d'occupation au travail (élevé ou faible) et un faible niveau de contrôle au travail étaient associés à l'IMC dans un groupe de 6 704 infirmières danoises âgées entre 45 et 65 ans (Overgaard *et al.* 2004b).

Au Canada, on ne fait que débiter l'étude de ces facteurs. Ainsi, nos connaissances sur la question sont plutôt partielles. Le facteur temps semble être un obstacle important à une saine alimentation chez les Canadiens (Santé Canada 2003b) ainsi que chez les Québécois (Dubé *et al.* 2002 ; Hitayesu 2003). L'enquête sociale générale de Statistique Canada (Zuzanek 2000) démontre que le temps consacré aux repas à la maison a constamment diminué entre 1981 et 1998. Les Canadiens interrogés ont mentionné manquer d'énergie pour préparer un repas sain lorsqu'ils rentrent du travail (Santé Canada 2003b). Ainsi, quatre responsables de la planification alimentaire sur dix ont déclaré qu'ils planifieraient des repas plus sains s'ils avaient davantage de temps ou d'énergie. (Santé Canada 2003c). La rapidité et la facilité constituent des facteurs déterminants dans les choix alimentaires. Les consommateurs développent donc différentes stratégies pour tenter de concilier le travail et l'alimentation, notamment manger souvent au restaurant et acheter des aliments pré-préparés congelés. Une enquête réalisée en 2002 indique que près de un canadien sur deux a réchauffé un repas congelé durant les sept derniers jours précédents l'enquête. De plus, 37 % des canadiens disent avoir manger au moins une fois au restaurant et 33 % ont commandé ou ramené de la nourriture déjà préparée durant les sept derniers jours (Ipsos-Reid 2002). Différents changements dans le profil de consommation alimentaire des Québécois illustrent ceci. Par exemple, la part des achats alimentaires faits au restaurant a crû de 3,4 % entre 1986 et 2001

(Hitayesu 2003). Le sous-groupe des aliments pré-préparés a connu un succès colossal. Durant la même période, les dîners pré-cuits ont augmenté de 470 % tandis que les autres préparations alimentaires pré-cuites de plus de 700 % (Hitayesu 2003).

En 2001, la proportion des dépenses alimentaires pour des aliments achetés au restaurant⁸ était de 30 % c. 70 % pour ceux achetés au magasin. Ces proportions étaient respectivement de 25 % et 75 % en 1982. En 2001, les ménages canadiens ont consacré en moyenne 38 \$ par semaine pour des aliments au restaurant et 86 \$ pour ceux achetés en magasin. Les personnes qui vivent seules, notamment les hommes, les ménages à revenu élevé et ceux qui n'ont pas d'enfants sont les plus susceptibles de manger au restaurant. L'accessibilité semble aussi être un facteur d'influence du choix de manger à l'extérieur, les personnes vivant en milieu urbain dépensant davantage au restaurant (Statistique Canada 2000). Sans surprise, la fréquentation des restaurants est associée positivement au revenu. Pour les personnes appartenant au groupe de revenu le plus faible, 23 % du budget alimentaire va aux aliments de restaurant alors que cette proportion est de 36 % pour les personnes appartenant au groupe de revenu le plus élevé. Si on traduit ces dépenses en taux de fréquentation, le groupe à haut revenu fréquente le restaurant en moyenne deux fois par semaine contre une fois pour les personnes du groupe ayant le revenu le plus faible (Statistique Canada 2003). Parce que les aliments servis dans les restaurants sont plus gras, contiennent moins de fibres alimentaires, présentent une plus grande densité énergétique ainsi qu'une plus grande palatabilité, et sont servis en plus grosses portions, on présume que les adeptes de restaurants absorbent davantage d'énergie (Jeffery et French 1998). Cette hypothèse d'association a été testée récemment et une relation positive a été détectée entre la fréquence de consommation d'aliments venant des restaurants et l'adiposité ($r = 0,36$) (McCrary *et al.* 2000).

Mais au-delà de ces nombreux changements dans l'alimentation, mangeons-nous davantage ? Les évidences relativement à l'augmentation de l'apport énergétique total

⁸ La définition que Statistique Canada donne à « restaurant » inclut les restaurants avec service aux tables, les restaurants à service rapide et les cafétérias, les repas pour emporter ou encore les collations achetées dans un casse-croûte, dans les distributrices ou les voitures à patates frites.

moyen dans la population sont partagées et elles ne constituent pas pour le moment une explication satisfaisante à l'accroissement de l'obésité (James 1995). Une étude récente, découlant du projet *WHO MONICA* (34 populations dans 21 pays) et examinant les données sur une période de dix ans (début des années 1980 au milieu des années 1990), établie une forte corrélation de nature écologique entre l'augmentation de l'énergie totale disponible *per capita*, l'énergie provenant des lipides et celle provenant des sucres et l'augmentation de l'obésité et de l'excès de poids (Silventoinen *et al.* 2004).

Quoique tous les auteurs soulignent les limites inhérentes aux études épidémiologiques, tant de type écologique que dans la même population, certains auteurs (Bray et Popkin 1998 ; Hill *et al.* 2000) défendent l'existence d'une association positive entre la proportion d'énergie alimentaire venant des lipides et l'IMC moyen des populations. D'autres sont plus circonspects et n'osent tirer de conclusion à partir des données issues de ce type d'études (Astrup *et al.* 2000 ; Seidell 1998 ; Willett 1998b). Les auteurs consultés font mention de nombreuses études transversales qui révèlent une baisse de consommation de matières grasses depuis quelques décennies (Astrup *et al.* 2000 ; Hill *et al.* 2000 ; Grundy 1999 ; Yu-Poth *et al.* 1999 ; Bray et Popkin 1998 ; Seidell 1998 ; Willett 1998a). Il est cependant difficile de réconcilier cette diminution de consommation des lipides et l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Cette apparente contradiction a d'ailleurs été nommée le « paradoxe américain » (Astrup 1998). Aux États-Unis par exemple, tandis que l'apport en lipides diminuait de façon concomitante, passant de 42 % en 1965 à 37 % en 1987, la prévalence de l'obésité augmentait. Cependant, en se basant sur une autre source d'information soit les données sur l'accessibilité des aliments, il est estimé que l'apport en lipides *per capita* aurait augmenté de 42 % à 43 % durant le même temps (Schoeller 1990 *cité dans* Astrup *et al.* 2000). Il est possible que la diminution de l'apport en lipides rapportée dans les études de population soit un artefact, n'étant en fait que le fruit d'une sous-déclaration, elle-même attribuable à l'augmentation de la sensibilisation de la population aux dangers d'une alimentation riche en matières grasses (Astrup *et al.* 2000 ; Heitman *et al.* 2000

; Hill *et al.* 2000 ; Grundy 1999 ; Astrup 1998 ; Bray et Popkin 1998 ; Seidell 1998 ; Willett 1998a). Mais il est aussi possible que l'apport en lipides se soit accru dans les segments de la population qui présentent une augmentation de leur poids mais ait décréu dans d'autres segments, avec le résultat global d'une apparente diminution de l'apport moyen en lipides (Bray et Popkin 1998). Une autre explication possible est que l'apport en lipides ait vraiment diminué mais que son effet sur le poids ait été annulé par d'autres facteurs tel la sédentarité (Bray et Popkin 1998 ; Seidell 1998). Finalement, Allred (1995), en considérant l'hypothèse de la diminution de la consommation de lipides compensée par une augmentation concomitante de l'apport total en énergie durant la même période, pose la question : pourquoi un adulte moyen augmenterait-il de façon aussi soudaine et marquée son apport énergétique à un moment où les personnes n'ont jamais semblé aussi préoccupés par leur alimentation ? Il propose plutôt que la popularité des aliments légers a contribué à l'augmentation de l'obésité. Les éducateurs sanitaires pourraient avoir induit par inadvertance le message erroné voulant que l'apport total en énergie soit peu important tant qu'on consomme des aliments faibles en gras (Bray et Popkin 1998 ; Allred 1995).

Pour Willett (1998b), la conclusion est que les diètes riches en gras ne constituent pas une explication satisfaisante à l'obésité à l'échelle des populations. De plus, selon lui l'effet du gras alimentaire sur le poids serait petit ou inexistant et resterait à être démontré avec des études à long terme (Willett 1998b). Pour Seidell (1998), les résultats des études ne justifient pas de mettre l'accent sur la diminution des lipides plutôt que sur la réduction de l'apport total en énergie. Hill et coll. (2000) croient que malgré que l'étude ultime sur le sujet n'ait pas encore été réalisée, la prudence suggère de recommander à la population la consommation de diètes faibles en lipides ($\approx 30\%$ de l'énergie). D'autres sont plus affirmatifs : Astrup et coll. (2000) concluent que les diètes faibles en lipides préviennent le gain de poids chez les personnes de poids normal et réduisent le poids des personnes obèses. Selon lui, il ne faut pas renoncer à faire des messages sur la réduction des lipides. Bray et Popkin (1998) pour leur part, font trois constats : l'obésité survient rarement quand la consommation en lipides est faible; quand la consommation de lipides est élevée, la probabilité de

l'obésité augmente; l'effet de l'apport en gras sur le gain de poids est plus grand que l'effet de la réduction des lipides sur la perte de poids. Ainsi, ils concluent que les lipides jouent un rôle probable dans le développement de l'obésité.

Comme on le constate, les conclusions des auteurs varient quant au lien possible entre l'obésité des populations et l'alimentation. De plus, bien que de nombreuses modifications dans l'alimentation soient susceptibles d'être en cause, seule la question des lipides a fait l'objet de plusieurs études. En conclusion, la contribution exacte des transformations alimentaires à l'accroissement du poids des populations est complexe et mal connue.

1.4.3 Les aspects socioculturels associés au poids et à l'apparence

La montée de la minceur comme déterminant des comportements individuels a été discutée à la section 1.3.2. L'environnement est submergé d'images de mannequins représentant l'extrême de la distribution du poids, de publicités proposant des moyens miracles pour maigrir et de propos stigmatisants envers les grosses personnes (Battle et Brownell 1996). En fait, au même titre que certains auteurs qualifient l'environnement entourant l'alimentation et l'activité physique de « toxique » (Brownell 2002 ; Després 2002), de même est celui entourant les images du corps (Irving et Neumark-Sztainer 2002). Bien souvent, les messages sont contradictoires, invitant à manger davantage tout en restant mince. Fischler résume bien la question : « L'inquiétude moderne au regard des aliments est double ; les excès et les poisons. Le mangeur moderne doit gérer non plus la pénurie, mais la profusion. Il doit trancher entre les sollicitations multiples, agressives, alléchantes, contradictoires. Il doit opérer des sélections, établir des priorités, combattre des pulsions, résister à des impulsions, bref, déployer tous ses efforts, non pour se procurer l'indispensable, mais pour rejeter le superflu. » (Fischler 2001, p. 11). Ainsi le mangeur moderne mangerait de plus en plus avec sa tête. Bien que le système de régulation physiologique devant faire face aux contraintes de l'alimentation moderne connaisse certaines ratées, le rapport qu'entretient l'humain avec les aliments l'amène dorénavant à recourir davantage à ses mécanismes cognitifs que physiologiques (Fischler 2001).

Finalement, le mangeur moderne mange souvent seul. Or, Fischler (2003) met en lumière que l'individualisme entraîne la perte d'un autre facteur de régulation, peu souvent abordé, le facteur socioculturel. Il souligne que l'alimentation des humains a toujours, non seulement été une affaire de partage, de répartition, de distribution et d'échange régie par la culture et la société, mais elle est au centre de l'organisation sociale. Les pratiques alimentaires ne sont pas la somme de choix individuels mais bien le fruit d'un réseau de représentations et de fonctions sociales et symboliques. Manger en groupe ou en famille oblige le respect d'un code, de règles d'usages implicites, mais en revanche, fournit du soutien. Manger seul, en plus d'exiger davantage de travail, est moins agréable et entraîne la perte de certains repères. Ainsi, il se demande si l'humain est vraiment capable, individuellement, de réguler son alimentation. Car il mange plus souvent seul qu'auparavant. La structure sociale où foisonnent les familles petites ou monoparentales, et dans laquelle la proportion de vieilles personnes augmente, génère des mangeurs solitaires. Et l'industrie alimentaire, se préoccupant de répondre à la demande, produit de plus en plus de portions, formats et repas individuels (Fischler 2003).

1.5 Les conséquences des problèmes reliés au poids

1.5.1 Les conséquences associées à l'obésité

1.5.1.1 La morbidité associée à l'obésité

Le fardeau des maladies chroniques s'accroît rapidement à travers le monde. Il a été estimé qu'en 2001, les maladies chroniques ont contribué à 60 % des 56,5 millions de décès rapportés dans le monde ainsi qu'à 46 % de la morbidité générale (WHO 2003). L'obésité, qu'on la considère comme une maladie ou un facteur de risque, elle contribue au fardeau des maladies chroniques. Selon Birmingham et coll. (1999), en 1997, 50 % des cas de diabète de type 2, 30 % des cas d'hypertension et 25 % des cancers de l'endomètre et des embolies pulmonaires auraient été attribuables à l'obésité. Dans l'enquête canadienne sur la santé du cœur, on a noté que le risque associé à l'excès de poids était de 1,23 pour le diabète, de 1,68 pour l'hypertension et de 1,50 pour le ratio cholestérol total/HDL (Ledoux *et al.* 1997).

On connaît l'existence de l'association entre le poids et les conséquences sur la santé depuis longtemps. Dès 1921, Joslin signalait qu'une proportion importante des personnes diabétiques était obèses. Une autre observation classique est la diminution de la prévalence du diabète dans les pays qui ont connu des pénuries alimentaires durant la première guerre mondiale. Puis, la publication des premières tables de poids idéal par la compagnie d'assurance *The Metropolitan Life Insurance Company* marqua un jalon dans l'intérêt et la recherche sur les liens entre le poids et la santé (Visscher et Seidell 2001).

Les complications les plus fréquemment associées à l'obésité sont le diabète, la résistance à l'insuline, les maladies cardiovasculaires, l'hyperlipidémie, les lithiases biliaires, les problèmes respiratoires et une incidence accrue de certains cancers (WHO 2000). Le tableau II indique le risque relatif associé des principaux problèmes de santé associés à l'obésité. Il ne faut toutefois pas sous-estimer que, malgré la probabilité de tels risques, la relation entre le poids et la morbidité est influencée par l'âge, le sexe, l'origine ethnique, ainsi que par la durée et l'évolution de l'obésité, ainsi que par l'importance de la prise de poids à l'âge adulte (Basdevant *et al.* 1998). Dans le même sens, il semble de plus en plus clair que la relation entre l'obésité et la morbidité serait altérée par une prise en compte de la pratique d'activité physique (Blair et Church 2004). Une revue systématique de 24 études réalisée par Blair et Brodney en 1999, indique que les individus obèses ayant une condition cardiorespiratoire au moins modérée (150 minutes ou plus par semaine d'activités physiques d'intensité modérée) présentaient des taux moindres de décès par maladies cardiovasculaires et de mortalité toutes causes que des individus de poids normal mais dont la condition cardiorespiratoire était moindre (Wei *et al.* 1999 *cité dans* Blair et Church 2004). Les résultats sont similaires pour diverses mesures de poids (IMC, pourcentage d'adiposité, quantité totale de graisse, circonférence abdominale) (Lee *et al.* 1999 *cité dans* Blair et Church 2004) ainsi que pour les hommes et les femmes (Lee *et al.* 1999 ; Farrell *et al.* 2002 *cité dans* Blair et Church 2004) et pour les hommes avec un diabète de type 2 (Church *et al.* 2004 *cité dans* Blair et Church 2004). Les mêmes résultats demeurent pour les non-fumeurs et après exclusion des

individus pour lesquels une condition chronique est apparue à l'intérieur des premières cinq années du suivi (Lee *et al.* 1999 cité dans Blair et Church 2004).

Tableau II

Risques relatifs de morbidité associés à un IMC de 30 kg/m² et plus

Risque très augmenté (RR > 3)	Risque modérément augmenté (RR = 2 à 3)	Risque légèrement augmenté (RR = 1 à 2)
Diabète	Angine	Cancer (du sein chez les femmes ménopausées, de l'endomètre, du côlon)
Résistance à l'insuline	Hypertension artérielle	Anomalies des hormones de la reproduction
Lithiases biliaires	Ostéoarthrite	Syndrome des ovaires poly-kystiques
Dyslipidémies	Hyperuricémie et goutte	Infertilité
Dyspnée		Anomalies foetales
Syndrome d'apnée du sommeil		Lombalgie
		Augmentation du risque anesthésique

Source : Basdevant *et al.* 1998

Le diabète

Le diabète de type 2 est une des principales pathologies associées à l'obésité (Ernsberger et Koletski 1999 ; Albu et Pi-Sunyer 1998). La diabète de type 2 est la forme la plus fréquente de la maladie et compte pour 85 % des cas (Albu et Pi-Sunyer 1998). L'obésité est rarement présente chez les personnes qui présentent un diabète de type 1, mais on estime qu'environ 90 % des personnes qui présentent un diabète de type 2 sont obèses (Albu et Pi-Sunyer 1998). Par exemple, comparativement au groupe ayant l'IMC le plus faible, les résultats de l'étude *Nurse's Health Study* réalisée exclusivement auprès de femmes, ont indiqué que le risque relatif de développer le diabète de type 2 pour le groupe ayant un IMC de 31 kg/m² était de 18,1 (Carey *et al.* 1997 cité dans Visscher et Seidell 2001), tandis que dans l'étude *Health Professionals Follow-up Study*, réalisée exclusivement auprès d'hommes, on a estimé ce même risque à 50,7 pour le groupe ayant un IMC de 35 kg/m² (Chan *et al.* 1994 cité dans Visscher et Seidell 2001). On sait que la résistance à l'insuline est un

précurseur du diabète. Ainsi, le mécanisme par lequel les personnes obèses seraient sujettes au diabète est vraisemblablement le suivant : la résistance à l'insuline, qui est une anomalie métabolique associée à l'obésité, tend à s'aggraver à mesure que le degré d'obésité augmente. Pour le risque de diabète, comme pour d'autres problèmes de santé, le risque est plus élevé en présence d'obésité abdominale. La première confirmation de cette association vient d'études prospectives menées auprès de grands groupes d'individus dans les années 1980 en Suède, dans lesquelles la localisation abdominale du gras a été démontrée comme étant un facteur indépendant de l'obésité comme telle (Lundgren *et al.* 1989 cité dans Albu et Pi-Sunyer 1998 ; Ohlson *et al.* 1985). Depuis, des démonstrations semblables ont été faites auprès de la population québécoise (Pouliot *et al.* 1994 ; Lemieux *et al.* 1996).

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent une autre catégorie de pathologies fortement associées à l'obésité. Elles constituent la cause première de morbidité et de mortalité en Amérique du Nord. L'état d'obèse est caractérisé par une demande hémodynamique accrue qui provoque une adaptation, quoique imparfaite, du muscle cardiaque. Le tout débute par une dilatation du ventricule gauche suivie d'une hypertrophie du myocarde. L'augmentation du volume intravasculaire provoque une dysfonction systolique qui entraîne une diminution de la contractilité du ventricule. Ces différentes dysfonctions du cœur sont susceptibles de mener éventuellement à un arrêt cardiaque (Pi-Sunyer 2002 ; Saltzman et Benotti 1998).

Outre des problèmes spécifiquement ciblés au muscle cardiaque, 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 (Pi-Sunyer 2002 ; Saltzman et Benotti 1998). L'étude *Framingham Heart Study* a démontré que l'excès de poids arrive au troisième rang des facteurs prédictifs d'une maladie cardiovasculaire, après l'âge et la dyslipidémie (WHO 2000). Elle a aussi établi que l'obésité était directement associée aux maladies cardiovasculaires indépendamment de l'hypertension et du niveau sanguin des lipides (Hubert *et al.*

1983 *cité dans* Visscher et Seidell 2001). Toutes les études ne confirment cependant pas la contribution indépendante de l'obésité sur l'incidence des maladies cardiovasculaires, de telle sorte qu'un débat persiste sur la question (Pi-Sunyer 2002 ; Saltzman et Benotti 1998).

Diverses études épidémiologiques ont documenté l'association entre l'hypertension et l'obésité. Selon les études, la prévalence de l'hypertension est de deux à trois fois plus importante chez les personnes obèses comparativement aux personnes de poids normal. Cette association est documentée chez les personnes des deux sexes, dans tous les groupes d'âge et dans tous les groupes ethniques (Rocchini 1998).

L'obésité est associée à trois anomalies des lipides sanguins : 1) une élévation des triglycérides, 2) une diminution des lipoprotéines de haute densité, et 3) une élévation des lipoprotéines de faible densité. Ces anomalies sont elles-mêmes des précurseurs de maladies cardiovasculaires (Pi-Sunyer 2002).

Encore une fois, 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. En revanche, 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). Les résultats démontrent une association inverse entre le gradient social et la prévalence du syndrome métabolique. 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 : 1,6-2,9, IC 95 %), et de 2,8 chez les femmes (IC : 1,6-4,8, IC 95 %). Le tabagisme et la consommation d'alcool, de même que les comportements liés à la santé contribuent peu à l'association entre le syndrome métabolique et les facteurs sociaux. La principale conclusion de cette étude est qu'il existe une forte relation inverse entre l'obésité centrale, les composantes du syndrome métabolique et le statut socio-économique. 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.

Les problèmes respiratoires

Très peu d'études ont été réalisées sur les problèmes respiratoires comparativement au diabète et aux maladies cardiovasculaires. De plus, compte tenu qu'il s'agit surtout d'études transversales et d'études cliniques, les conclusions qu'il est possible de tirer sont limitées. Les problèmes respiratoires sont : une réduction de la capacité respiratoire fonctionnelle, la dyspnée, c'est-à-dire le souffle court au repos ou à l'effort, la compression de la cage thoracique dans le cas d'une obésité centrale, qui occasionne un problème respiratoire de nature mécanique, un contrôle respiratoire et des échanges gazeux altérés, le syndrome d'hypoventilation de l'obèse, l'hypertension pulmonaire et l'apnée du sommeil. L'apnée du sommeil consiste en différentes complications respiratoires qui surviennent durant le sommeil, telles que le ronflement, l'obstruction épisodique partielle ou complète des voies respiratoires supérieures, et les complications qui mènent à un sommeil fragmenté et conséquemment à de la somnolence durant la journée (Strohl *et al.* 1998).

Les cancers

La nature du lien entre le cancer et l'obésité demeure en général controversée. L'association statistique entre l'obésité et différents types de cancer est documentée, mais il n'est pas écarté qu'elle puisse être due à d'autres facteurs (Pi-Sunyer 2002). Le *World Cancer Research Fund* fait un suivi étroit du risque de cancer associé à l'obésité (*World Cancer Research Fund* 1997 cité dans Visscher et Seidell 2001). Selon une revue réalisée par cet organisme, le cancer de l'endomètre est celui qui possède le degré d'association le plus élevé avec l'obésité. Les cancers considérés comme « probablement associés » à l'obésité sont le cancer du rein et celui du sein

chez les femmes ménopausées. Certaines études indiquent que l'obésité serait un facteur de protection contre le cancer du sein chez les femmes pré-ménopausées (Ursin *et al.* 1995 *cité dans* Visscher et Seidell 2001). Il y aurait un « lien possible » entre l'obésité et le cancer de la vésiculaire biliaire, surtout chez les femmes, tandis que le lien avec le cancer du côlon semble moins consistant pour les femmes que pour les hommes.

Différents mécanismes sont avancés pour expliquer l'association potentielle entre les cancers et l'obésité. Il est possible que le milieu physiologique, notamment à cause de sa capacité différentielle d'utiliser le glucose, favorise la prolifération des cellules en général, et en particulier des cellules cancéreuses. La bio-disponibilité accrue d'œstrogènes endogènes chez les femmes qui présentent une obésité abdominale peut mener à un risque accru de cancer du sein. Mais les explications peuvent être d'un tout autre ordre. Par exemple, l'obésité peut nuire au dépistage du cancer chez les femmes obèses parce qu'elles consultent moins le médecin, et conséquemment sont moins exposées à une détection précoce. De plus, les tumeurs pourraient être plus difficiles à détecter chez une personne possédant une quantité importante de tissus adipeux (Visscher et Seidell 2001).

Les problèmes articulaires

Le stress imposé par le surplus de poids sur les articulations entraîne une dégénérescence précoce de celles-ci, fréquente chez les personnes obèses, surtout à mesure que la durée et la sévérité de l'obésité s'accroissent (Pi-Sunyer 2002). Le problème d'ostéoarthrite serait plus fréquent chez les femmes, et plus fréquent aux genoux qu'aux autres articulations (Cicuttini et Spector 1998). L'incidence de la goutte est également plus élevée chez les personnes qui présentent un surplus de poids, particulièrement les hommes, alors qu'un niveau plus élevé de gras est requis pour que le problème se développe chez la femme (Pi-Sunyer 2002).

1.5.1.2 L'association entre le poids et la mortalité

La présence d'obésité augmente davantage le risque de morbidité que le risque de mortalité. En effet, les études qui examinent le lien entre le poids et la mortalité fournissent des résultats inconsistants (Visscher et Seidell 2001 ; Kassirer et Angell 1998). En fait, certaines études indiquent que les risques de mortalité sont accrus lorsque l'IMC se situe au-dessus de 27 kg/m^2 (Baik *et al.* 2000 , Manson *et al.* 1995 citée dans Visscher et Seidell 2001). Toutefois, d'autres études basées sur un plus grand nombre de personnes indiquent que le risque de mortalité associé à un IMC élevé est plus faible chez les personnes plus âgées (Stevens *et al.* 1998 citée dans Visscher et Seidell 2001), et qu'il est plus prononcé chez les gens de race blanche et chez les non-fumeurs (Calle *et al.* 1999 citée dans Visscher et Seidell 2001). Il s'agit donc d'une relation nuancée, et selon les populations étudiées, les conditions dans lesquelles les études se déroulent, la méthodologie utilisée, etc., les comparaisons directes des résultats demeurent limitées et en font un sujet controversé (Kassirer et Angell 1998).

Ainsi, au-delà d'un IMC de 30 kg/m^2 , et surtout avec une accumulation importante de graisse abdominale, le risque de réduction de l'espérance de vie est un élément important en lui-même, à considérer dans le choix de maigrir. Pour les personnes dont l'IMC est inférieur à 30 kg/m^2 , le risque associé à la mortalité est plus difficile à estimer et doit donc être nuancé.

1.5.1.3 Les coûts associés à 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 comorbidités. Les coûts indirects, quant à eux, comprennent la perte de revenus imputables à l'absentéisme ou à 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 2000).

Des études sur les coûts de l'obésité ont été réalisées dans plusieurs pays, notamment aux États-Unis, dans plusieurs pays d'Europe, en Australie et, plus récemment, au Canada. Établis en 1997 à partir de la prévalence d'un IMC ≥ 27 kg/m² et en tenant compte de dix co-morbidités associées à l'obésité, les coûts directs de l'obésité ont été estimés à 1,8 milliards de dollars, soit 2,4 % des dépenses totales de soins de santé au Canada (Birmingham *et al.* 1999). 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 un fardeau économique important (WHO 2000).

1.5.1.4 Les conséquences psychosociales

L'impact de la condition d'obèse sur la qualité de vie est bien démontré, notamment l'association entre l'obésité et un fonctionnement physique déficient. L'importance de la réduction de la qualité de vie semble varier en fonction du degré d'obésité, de la présence de co-morbidités secondaires à l'obésité et de la présence de perturbations du comportement alimentaire. En revanche, la qualité de vie ne semble pas affectée par l'embonpoint (Seidell et Tijhuis 2002). Ainsi, bien que l'on puisse affirmer que la condition d'obèse est marquée d'un fort opprobre social et de conséquences qui l'accompagnent, on a néanmoins consenti beaucoup moins d'efforts pour en documenter les manifestations qu'on l'a fait pour les aspects physiques et médicaux associés à l'obésité (Friedman et Brownell 1995). En outre, un certain rattrapage se fait présentement, ce qui entraîne une meilleure connaissance des préjugés et de la discrimination vis-à-vis des personnes obèses.

L'analyse de la littérature ne soutient pas la perception que la prévalence de pathologies psychiatriques, de problèmes de fonctionnement psychosocial et ni même de problèmes de santé mentale serait plus élevée chez les personnes obèses. Malgré l'absence d'évidences scientifiques, Friedman et Brownell demeuraient convaincus du contraire (Friedman et Brownell 1995). Ils ont alors entrepris une revue des études réalisées sur ce sujet et ont conclu que l'absence d'association pouvait être expliquée

par certaines limites méthodologiques, notamment l'utilisation d'échantillons non appropriés, l'utilisation non uniforme des critères de définition de l'obésité et d'excès de poids, une évaluation peu approfondie de l'état mental des personnes et l'absence de groupe de comparaison (Friedman et Brownell 1995). Récemment, deux études réalisées auprès d'un échantillon important ont amené un nouvel éclairage. La première, réalisée auprès d'un échantillon national de 32 000 adultes révélait, chez les femmes, une association positive entre l'IMC et des symptômes de dépression tels que mesuré par le *Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)* scale. Toutefois, cette relation n'était présente que chez les anciennes fumeuses. Pour expliquer ces résultats, les chercheurs suggèrent l'hypothèse que les fumeuses obèses étaient déprimées à l'idée qu'elles ne puissent maintenir un poids moindre malgré leur tabagisme (Istvan *et al.* 1992). Plus récemment, Carpenter et coll. (2000) ont estimé à partir d'un échantillon national représentatif de 40 289 personnes, que 37 % plus de femmes ayant un IMC égal et supérieur à 30 kg/m² avaient été affectées par une dépression majeure comparativement aux femmes ayant un IMC entre 20,8 kg/m² et 29,9 kg/m². Les femmes obèses ont rapporté davantage d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Contrastant de façon draconienne avec les résultats chez les femmes, l'obésité chez les hommes était associée à un risque moindre de dépression et de tentatives de suicide que celui des hommes de poids normal.

Il est à noter que les personnes obèses qui cherchent de l'aide relativement à leur problème sont significativement plus affectées sur le plan de la santé mentale comparativement à leur contrepartie qui ne cherche pas d'aide pour maigrir, ou aux personnes de poids normal qui cherchent ou ne cherchent pas de services médicaux (Fitzgibbon *et al.* 1993 *cité dans* Wadden *et al.* 2002). On peut supposer que leurs problèmes les amènent à consulter davantage. De même, en plus de leurs problèmes émotionnels, elles semblent plus enclines à souffrir de compulsions alimentaires et d'insatisfaction corporelle (Wadden *et al.* 2002).

L'obésité est probablement le dernier bastion des préjugés (Sobal et Stunkard 1989). La présence de préjugés envers l'obésité a été documentée dans la population, dans

différents groupes d'âge ou de classes sociales (Goldfield et Chrisler 1995 ; Robinson *et al.* 1993 ; Crandall et Biernat 1990 ; Goodman *et al.* 1963 ; Richardson *et al.* 1961). Elle a aussi été relevée chez plusieurs catégories de professionnels de la santé (Harris *et al.* 1999 ; Hoppé et Ogden 1997, Oberrieder *et al.* 1995 ; Olson *et al.* 1994 ; Agell et Rothblum 1991 ; Rand et McGregor 1990 ; Peternelj-Taylor 1989 ; Price *et al.* 1987, Maiman *et al.* 1979, Maddox et Liederman 1969). Des manifestations comme les taquineries en allant jusqu'au harcèlement verbal en lien avec le poids ont été mises en lumière récemment dans diverses études (Eisenberg *et al.* 2003 ; Cossrow *et al.* 2001 ; van den Berg *et al.* 2002 ; Wardle *et al.* 2002). Lorsque présentes ces manifestations de préjugés sont associées à un moindre bien-être émotionnel (faible estime de soi, dépression, idées suicidaires, etc.). La discrimination est aussi démontrée dans divers domaines de la vie comme par exemple l'accès à des institutions d'enseignement, à certains types de travail, et même dans les revenus (Wadden *et al.* 2002).

La littérature sur les préjugés aide à comprendre comment se bâtie la perception au regard des divers formats corporels. Les individus sont enclins à être plutôt sympathiques lorsqu'un écart à la norme est attribuable à un « accident de la nature », tel un handicap. Cependant, dans le cas de l'obésité, la perception populaire est qu'il ne peut s'agir d'un « accident » car les personnes obèses sont considérées comme responsables de leur état. Crandall et Biernat (1990) ont démontré dans leurs travaux menés aux États-Unis 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 elles étaient peu nombreuses à soutenir les 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).

1.5.2 Conséquences de la préoccupation excessive à l'égard du poids

Une image corporelle négative constitue une motivation fréquente pour tenter de perdre de poids. Diverses conséquences de la préoccupation excessive à l'égard du poids sont associées aux moyens utilisés pour perdre du poids et aux comportements alimentaires perturbés qui en découlent. De plus, une préoccupation excessive à l'égard du poids est associée à diverses manifestations d'ordre psychologique et comportemental. Bien qu'une vaste littérature ait exposé les conséquences des troubles de l'alimentation, la préoccupation excessive à l'égard du poids n'est pas décrite comme entité dans la littérature. La même difficulté que celle rencontrée pour définir et décrire la prévalence de ce phénomène survient ici. Ainsi, dans la perspective du paradigme traditionnel, certains effets des diètes, de la restriction alimentaire ou d'autres traitements pour maigrir n'ont pas été documentés de façon globale. En outre, les instigateurs du NPP ont rassemblé les nombreuses évidences et, face à l'ampleur du phénomène, sonné l'alarme. Ces conséquences sont énumérées ici mais la section 1.8.2.2 les décrit de façon plus détaillée.

Les conséquences physiques du recours à l'amaigrissement vont d'effets physiques bénins à court terme jusqu'à la mort, cette dernière associée avec la consommation de certains médicaments pour maigrir ou de restrictions énergétiques importantes. Des effets d'une gravité modérée ont été documentés tels que des arrêts cardiaques, l'arythmie cardiaque et des déséquilibres électrolytiques (Valdez *et al.* 2002 ; Gregg et Williamson 2002 ; Rasio 1970), la diminution de la densité osseuse (Van Loan et Keim 2000 ; Langlois *et al.* 1998 ; 1996 ; Putukian 1994 ; Nattiv *et al.* 1994 ; Felson *et al.* 1993), les perturbations du cycle hormonal (McLean et Barr 2003 ; Selzer *et al.* 1996 ; Barr *et al.* 1994 ; Schweiger *et al.* 1992) et la formation de calculs

biliaires (Gregg et Williamson 2002). Les restrictions alimentaires sont associées à une perte de masse musculaire, qui induit une réduction du métabolisme basal (Ravussin 2002). Une fois celui-ci réduit, la perte de poids peut s'avérer plus difficile et la reprise de poids facilitée (Astrup *et al.* 1999 ; Leibel *et al.* 1994).

Sur le plan comportemental, la présence d'anxiété reliée à l'appréhension du jugement de son corps constituerait une barrière à la pratique d'activité physique (Ransdell *et al.* 1998 ; Frederick et Morrison 1996 ; McAuley *et al.* 1995 ; Hart *et al.* 1989), et la crainte de reprendre du poids agirait comme barrière à l'arrêt du tabagisme (Polivy et Herman 2002 ; King *et al.* 2000). La privation de nourriture aurait un effet délétère sur les comportements alimentaires en favorisant la surconsommation quand ce n'est pas carrément le développement de troubles alimentaires chez des personnes vulnérables (Polivy et Herman 2002 ; Westenhofer *et al.* 1999 ; Heatherton *et al.* 1998, 1997 ; Laessle *et al.* 1996). Enfin, avoir une image corporelle négative est un prédicteur important de troubles de la conduite alimentaire (Cash 2002 ; Thompson *et al.* 1999 ; Polivy et Herman 1985).

Au plan psychologique, les personnes qui présentent une mauvaise image corporelle sont plus susceptibles d'avoir une faible estime d'elles-mêmes, une identité et une vie sexuelle moins harmonieuse, de vivre de l'anxiété, de la dépression (Cash 2002, Cash 1997, McLaren 2002 ; French *et al.* 1999 ; Polivy 1996 ; French *et al.* 1995a ; French et Jeffery 1994). Les travaux de Keys et coll. (1950) sont éloquentes à cet effet. Suite à une réduction de moitié de leur ration alimentaire, les jeunes hommes initialement non préoccupés par leur poids et leur image corporelle, ont démontré lorsque soumis à l'expérimentation des effets marqués de la restriction alimentaire : anxiété, irritabilité, isolement social, modifications de l'humeur, fixation sur les livres de recettes et autres manies alimentaires, et des comportements anti-sociaux dans le groupe.

1.6 Deux problèmes, une solution : les produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)

On pourrait écrire plusieurs livres juste pour exposer l'ensemble des moyens mis en branle pour se débarrasser des kilos en trop. Au Québec, seulement, il y avait en juin 2003, 338 entrées de commerce sous la rubrique « Amaigrissement et contrôle du poids » (Pages jaunes du Québec 2003). Se côtoient des méthodes et des moyens issus du secteur médical et para-médical, méthodes qui en général présentent au moins la vertu d'être appuyées par certaines évidences scientifiques. À côté, une véritable industrie de l'amaigrissement dont on peut mettre en doute la qualité et le sérieux. (ASPQ 2003 ; Marketdata 2002 ; FTC 2002).

La figure 6 présente les diverses catégories de stratégies pour perdre du poids. Il est à remarquer que toutes ces stratégies ciblent directement les individus et appellent donc à la responsabilité individuelle. Nous décrivons quelques stratégies d'amaigrissement parmi les plus populaires et dont l'efficacité a été étudiée.

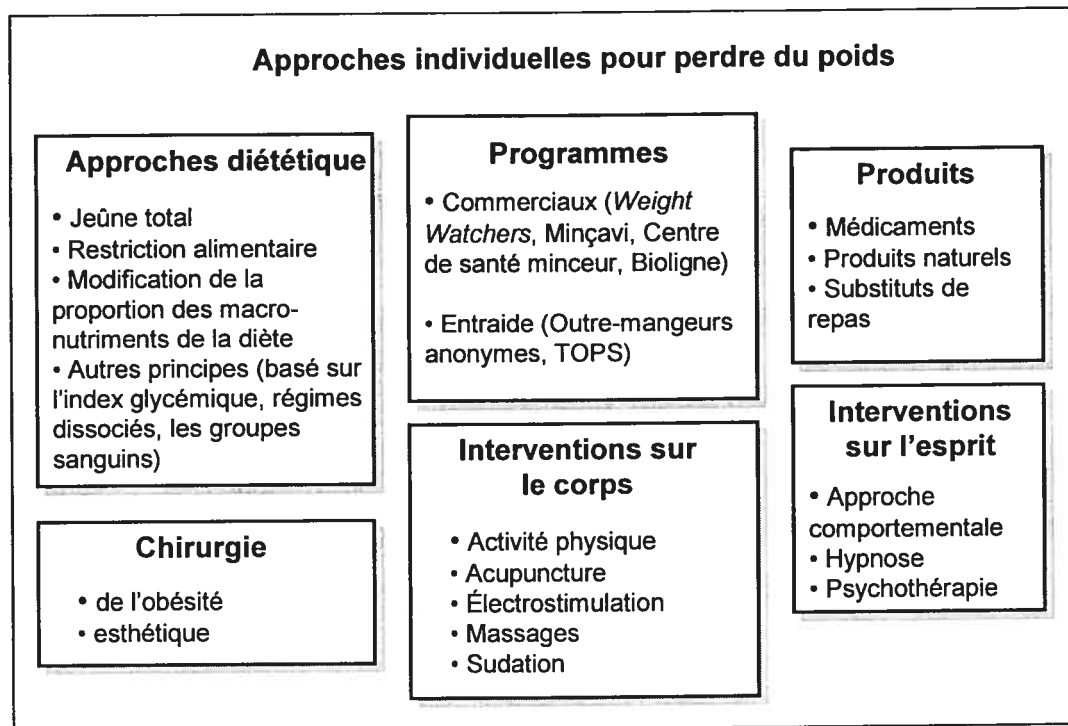


Figure 6– Diverses catégories d'approches individuelles pour perdre du poids

Source : CAAO 2003. Reproduit avec l'autorisation du CAAO (voir annexe 1).

1.6.1 La restriction alimentaire

Il s'agit de l'approche la plus largement utilisée. On peut séparer les approches de restriction alimentaire en trois grandes catégories : les diètes faibles en énergie (*Low-Calorie Diet*, les LCD), totalisant au plus 5 020 kJ/jour (1 200 kcal/jour), les diètes très faibles en énergie (*Very-Low-Calorie Diet*, les VLCD) ne dépassant pas 3 350 kJ/jour (800 kcal/jour) et les diètes calculées dont la teneur en énergie est variable mais supérieure aux LCD (NIH 1993). Les VLCD ont été utilisés dans les années 1970 aux États-Unis par les médecins et sont devenues très vite populaire. Elles sont utilisées en combinaison avec un supplément protéique et prennent aussi l'appellation de « jeûne modifié aux protéines ». En 1977, 58 personnes décèdent d'un arrêt cardiaque pendant ou juste après une cure protéique. La plupart des personnes décédées avaient un problème cardiaque avant de débiter la cure, et il n'a pas été possible de mettre en cause les VLCD. Par ailleurs, 17 autres personnes sont mortes alors qu'on ne leur connaissait aucun problème cardiaque auparavant. Dans le cas de ces personnes, la responsabilité directe de la diète protéique fut mise en cause. L'enquête médico-légale révéla que, dans la majorité des cas, les mélanges de protéines utilisés étaient issus de protéines de collagène ou de tendons, pauvres en tryptophane, un acide aminé indispensable. Ce choix de l'industrie était basé sur le faible coût de production et la texture particulière de ce type de protéine. Suite à ces événements, les suppléments protéiques ont été modifiés (Wadden et Osei 2002).

Les VLCD génèrent une perte de poids approximative de 15 % à 25 % du poids initial en 8 à 16 semaines, ce qui correspond au double de ce qui est obtenu avec les LCD de 1 000 kcal/jour à 1 600 kcal/jour (Wadden et Osei 2002). L'efficacité des VLCD et des LCD a fait l'objet d'au moins sept études contrôlées entre 1989 et 1997. Les résultats indiquent que les personnes qui ont suivi l'une ou l'autre des diètes regagnent du poids dans l'année qui suit, mais que celles qui ont suivi les VLCD regagnent deux fois plus de poids que celles qui ont été traitées avec des LCD. Ainsi, après 12 mois, il n'y a pas de différence significative entre les deux types de diète en ce qui concerne le poids perdu (Wadden et Osei 2002). Dans quatre de ces études contrôlées qui regroupaient environ 250 participants, on a documenté la perte de

poids après une période variant de 50 à 112 semaines. Le poids initial des personnes variait entre 106 et 126 kg au départ; à la fin de l'étude, la perte de poids allait de 5,5 kg à 12,2 kg (Ryttig *et al.* 1997 , Togerson *et al.* 1997 , Wadden *et al.* 1994, Wing *et al.* 1994 cité dans Wadden et Osei 2002).

Sur le plan des effets secondaires, les VLCD peuvent occasionner de la fatigue, des étourdissements, des crampes musculaires, de l'inconfort gastro-intestinal et une intolérance au froid durant les premières semaines du traitement. Pour Wadden et Osei (2002), ces effets secondaires constitueraient des inconforts mineurs. Ainsi, les deux types de diètes n'engendreraient pas de danger si les personnes sont sélectionnées de façon appropriée, bénéficient d'un suivi médical et prennent un supplément de vitamines et de minéraux. Les VLCD seraient toutefois associées à un risque accru de développer des lithiases biliaires, soit une incidence qui peut être aussi élevée que 26 % selon certaines études. Mais seulement une fraction des patients développeraient des lithiases symptomatiques requérant un traitement. (Wadden et Berkowitz 2002).

Pour ce qui est des LCD, elles sont proposées par des organisations comme *Weight Watchers* et *Minçavi*, et par certains professionnels de la santé tels que les médecins qui traitent l'obésité. Les diètes calculées sont principalement utilisées par les professionnels de la santé, notamment les diététistes-nutritionnistes.

Wadden et Berkowitz (2002) font remarquer que prescrire une quantité fixe d'énergie passe outre un aspect important : en fixant la quantité d'énergie totale de la diète sans évaluer au préalable combien d'énergie consomme une personne, ne permet pas de tenir compte de l'ampleur de la restriction énergétique qui sera imposée à la personne. Or, les perturbations métaboliques potentielles sont justement fonction de l'ampleur de la restriction imposée. Par exemple, une VLCD de 800 kcal/jour pour un homme qui en consomme habituellement 3 000 kcal/jour crée une restriction beaucoup plus importante que pour une femme qui mange habituellement 1 500 kcal/jour, car pour l'homme cela représente environ le tiers de sa ration

habituelle contre la moitié de celle de la femme. Une telle restriction requiert un suivi médical. En revanche, si la diète prescrite est de 1 200 kcal/jour, ce qui correspond à la définition d'une LCD, selon les mêmes règles de pratique, le suivi médical ne serait pas nécessaire. Dans ce cas-ci, la restriction pour la femme n'est que de 300 kcal/jour, ce qui est faible mais pour l'homme elle représente plus de la moitié de sa ration habituelle. Mais l'évaluation de l'apport énergétique des personnes avant la prescription de la restriction est rarement faite sauf lorsqu'il s'agit d'interventions réalisées par des nutritionnistes

En conclusion, Wadden et coll. (2002) ont cessé l'utilisation des VLCD au profit des LCD. De plus, ils recommandent l'ajout de composantes qui modifient le style de vie telles que l'activité physique et la modification de l'alimentation ainsi qu'une modalité de soutien après le traitement. Il faut rappeler que les LCD, qui procurent un apport énergétique de 800 kcal/jour à 1 200 kcal/jour, se situent à un niveau inférieur au métabolisme de base pour bien des personnes (Melanson et Dwyer 2002).

1.6.2 Les programmes commerciaux

Weight Watchers (WW) est la plus grande compagnie proposant un programme de perte de poids dans le monde. Il y aurait, à n'importe quel instant, 600 000 membres actifs en Amérique du Nord (Shape-Up Canada 1998 citée dans Womble et al. 2002). Fondé en 1963 par la New-Yorkaise Jean Nidetch, *Weight Watchers* poursuit toujours le même objectif soit de faire maigrir. La description fournie par WW indique que leur but est d'aider les personnes à acquérir du savoir faire en matière d'amaigrissement, à faire partie d'un groupe et à se sentir motivé à réussir (WW 2001). Le principe est de réunir chaque semaine un groupe de personnes (jusqu'à 100) dans un lieu donné afin d'écouter une conférence de motivation et se faire peser. Il s'agit d'un groupe ouvert, il n'y a pas de progression ou de suite dans la démarche, le propos est informatif et « motivateur ». Au départ, un coût d'inscription est exigé, puis un montant hebdomadaire est demandé, environ 12\$/semaine. Le leader de groupe est un adhérent à vie, c'est-à-dire une personne qui a maigri, atteint et maintient son objectif pondéral. Un adhérent à vie peut assister aux réunions toute sa

vie sans frais. Pour devenir leader, il faut suivre une formation et étudier le programme WW. Le mandat du leader doit se limiter à livrer le contenu du manuel WW et il doit référer à un médecin une personne qui vit une situation préoccupante.

La formule a évolué au fil du temps, en ajoutant des éléments issus des écrits scientifiques. Par exemple, WW a introduit en 2000 comme élément de son programme *Différence de 10 %^{MD}*, dont le principe est de viser une perte de poids de 10 %, ce qui est conforme aux objectifs de perte de poids proposés récemment par les instances sanitaires (NHLBI 2000). D'ailleurs, la compagnie a en son sein des consultants qui sont généralement des experts reconnus dans le domaine de l'obésité. D'autres changements ont été réalisés pour but d'adapter le programme aux nouveaux besoins des clients. Ainsi, les règles alimentaires ont été modifiées plusieurs fois au cours des années. Actuellement, WW propose un système de points, *Winning Points*. En vertu de ce système, les aliments et boissons possèdent une valeur en points, basée sur la teneur en énergie, gras et fibres. Chaque personne se voit attribuer une quantité de points pour la journée en fonction de son poids. Il s'agit généralement d'une diète de 5 020 kJ/jour à 6 280 kJ/jour (1 200 kcal/jour à 1 500 kcal/jour). Ainsi, les points sont totalisés au fur et à mesure des consommations quotidiennes. L'utilisation de points « donne la liberté de manger ou de boire n'importe quoi, à condition de ne pas dépasser le maximum quotidien » (WW 2001). La description du programme spécifie que les réunions fournissent aux participants l'information sur la façon la plus sage de dépenser ses points.

WW a une bonne réputation. Beaucoup de personnes croient en l'image responsable que se donne cette compagnie. Des personnes qui y ont participé à ce programme affirmeront, par exemple, avoir appris chez WW « à manger des légumes » ou à « manger comme il faut ». Beaucoup de médecins réfèrent à ce programme; il est cependant possible que ce soit par défaut de pouvoir référer à d'autres ressources dans le réseau de la santé, notamment en nutrition.

Quelques évaluations ont été réalisées récemment pour connaître l'importance et la durée de la perte de poids avec WW. Ces études menées entre 1996 et 1999 ont été

menées auprès de membres à vie et ont documenté, par téléphone, la perte et le maintien du poids. Une des études réalisées aux États-Unis auprès de 1 200 membres à vie a révélé que 37 % de ceux étant membre à vie depuis au moins cinq ans maintenaient leur poids à l'intérieur d'un écart de cinq livres (Christakis et Miller-Kovach 1996). La seconde étude, utilisant une méthodologie semblable auprès d'un échantillon de 1002 personnes représentatives de la population, a permis de constater que 19 % des participants maintenaient leur objectif pondéral à l'intérieur d'un écart de cinq livres après cinq ans, 19 % maintenaient une perte d'au moins 10 % de leur poids initial et 43 % au moins 5 % de leur poids initial. Comparativement à la première étude, dans celle-ci on a pris un échantillon supplémentaire de personnes qui ont été pesées, ce qui a permis de connaître la marge d'erreur entre les données rapportées et le vrai poids et ainsi d'appliquer un facteur de correction à l'ensemble des données (Lowe *et al.* 2001). Une troisième étude est en cours; elle mesurera les résultats sur une période de deux ans. Et, suivant un devis contrôlé, elle compare un groupe d'entraide et les WW. Après 26 semaines, les participants à WW ont perdu significativement plus de poids (4,8 kg comparativement à 1,4 kg), ont davantage réduit leur tour de taille et davantage perdu de masse grasse (Heshka *et al.* 2000). Reste à voir comment cet écart sera maintenu après deux ans.

WW peut-il être considéré comme une solution à l'échelle de la population ? D'abord, bien qu'intéressantes, les études réalisées à date présentent plusieurs limites et, notamment, les résultats ne sont pas généralisables à toutes les personnes qui passent les portes de WW. En outre les membres à vie représentent possiblement un sous-échantillon bien disposé à réussir (Womble *et al.* 2002). Pendant de nombreuses années, le plan alimentaire qu'a proposé WW à ses clients était basé sur le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. En adoptant un système basé sur des points qui sont attribués aux aliments en fonction de leur teneur énergétique, les gens mangent maintenant ce qu'ils veulent. En conséquence, la contrainte n'est maintenant plus que quantitative. Le côté positif du programme WW c'est-à-dire « d'avoir appris à manger ses légumes » serait-il maintenant perdu ? Malheureusement, dans la plupart des études, les aspects relatifs aux comportements et à la qualité de vie ne sont pas évalués.

1.6.3 Les médicaments

De longue date on a cherché à identifier des drogues pour favoriser la perte de poids. Et avec la découverte de nombreuses substances qui interviennent dans la régulation de l'apport alimentaire et du poids, chaque substance peut être vue comme une opportunité d'action pharmacologique. Ainsi, les compagnies pharmaceutiques sont plus actives que jamais dans la recherche de nouvelles molécules. À titre d'exemple, Aronne (2002) dresse une liste de 29 cibles potentielles pour des nouveaux traitements pharmacologiques de l'obésité !

Georges Bray, grand historien et expert de l'obésité écrit : « Le traitement pharmacologique de l'obésité a été terni par de nombreux désastres. Depuis 1893, à peu près n'importe quelle drogue ayant été utilisée chez les patients obèses a produit des effets qui ont entraîné la fin de leur utilisation » (Bray 2002, p. 317), (traduction libre). À cet égard, il nous réfère à cette liste :

Date	Drogue	Conséquences
1893	Hormone thyroïdienne	Hyperthyroïdisme
1934	Dinitrophenol	Cataracte, neuropathie
1937	Amphétamine	Dépendance
1967	Digitale, diurétique (pilule arc-en-ciel)	Décès
1971	Aminorex	Hypertension pulmonaire
1997	Dexfenfluramine et phentermine	Insuffisance valvulaire

Deux écoles de pensée tendent à s'opposer au regard des médicaments pour traiter l'obésité. D'une part, les médecins qui définissent l'obésité comme une maladie chronique trouvent tout à fait normal de disposer de médicaments qui devraient pouvoir être utilisés seuls ou comme complément à d'autres composantes thérapeutiques dans une perspective à long terme, comme c'est le cas pour d'autres maladies chroniques par exemple l'hypertension ou le diabète (Bray 2002, Aronne 2002). En revanche, d'autres croient que l'utilisation des drogues dans le traitement de l'obésité ne tient pas la première place et qu'ils ne peuvent agir seuls (Atkinson et Hubbard 1994). On estime que le médicament doit être sécuritaire, efficace et

financièrement abordable. Il devrait corriger un mécanisme physiologique fondamental de la pathogenèse de l'obésité, qui présente une altération. Or, comme on l'a vu dans la section sur les causes, les connaissances sur l'étiologie de l'obésité permettent rarement d'identifier un mécanisme physiologique unique comme facteur causal de l'obésité. En 1996, le *National Institute of Health* (NIH) s'est prononcé en faveur d'une conduite prudente à l'égard du traitement médicamenteux de l'obésité. Il recommandait de limiter son utilisation aux personnes ayant un IMC supérieur à 30 kg/m^2 , qui présentent des risques élevés de complication, qui sont réfractaires aux autres traitements et qui ne présentent pas de contre-indications aux médicaments (NIH 1996).

Les différents mécanismes d'action des médicaments sont la réduction de l'apport alimentaire, la modification du métabolisme et une augmentation de la dépense d'énergie. Par exemple, l'orlistat (Xenical) agit en inhibant la lipase gastro-intestinale ; une dose de 120 mg trois fois par jour a permis de réduire d'environ 30 % la quantité de graisse absorbée pendant la digestion (Aronne 2002). Des études ont démontré que la même dose de cette drogue peut amener une perte de poids de 5 % à 10 % en un an. Après deux ans, 34 % des personnes traitées à l'orlistat maintenaient une perte de 10 % comparativement à 18 % du groupe avec placebo (Davidson *et al.* 1999, Sjöström *et al.* 1998 cité dans Bray 2002). Des effets secondaires désagréables accompagnent toutefois la prise de ce médicament. En effet, des diarrhées et des flatulences grasses surviennent assez fréquemment, particulièrement si l'alimentation contient une proportion importante de gras. Ces effets indésirables tendraient à s'estomper après quelques semaines et favorisent l'adhésion à une diète réduite en lipides (Aronne 2002). Une récente étude de revue portant sur 23 études examine l'efficacité de l'orlistat (O'Meara *et al.* 2004). Les résultats indiquent que les groupes de personnes obèses ne présentant pas de complications qui consommaient le médicament démontraient une plus grande perte de poids et des changements dans les facteurs de risque. L'efficacité relative de l'orlistat comparativement aux autres médicaments pour maigrir n'est pas claire. La

prise de ce médicament est associée à des effets négatifs pour le système gastrointestinal.

L'autre médicament populaire actuellement est la sibutramine, homologuée aux États-Unis sous le nom de Meridia et commercialisée au printemps 1998. Il a été autorisé et commercialisé au Canada en décembre 2000 et en France en juin 2001 sous le nom de Meridia et Sibutral respectivement. Ce médicament, un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline, est le premier médicament autorisé par le *Food and Drug Administration* (FDA) et par l'Agence européenne des médicaments pour une utilisation à long terme, soit jusqu'à un an. Chez l'animal, la sibutramine a des effets bénéfiques sur le poids corporel en agissant sur les deux éléments de la balance énergétique. Ainsi, la sibutramine diminue la prise de calories en augmentant la réponse physiologique naturelle de la satiété suite à une prise alimentaire, et augmente la dépense énergétique en stimulant le métabolisme basal. Chez l'humain, l'augmentation de la dépense énergétique passe par l'augmentation de la thermogénèse liée à la prise alimentaire.

Plusieurs études à court terme et à long terme ont été effectuées pour connaître son efficacité. Une de ces études, la *Sibutramine Trial of Obesity Reduction Maintenance* (STORM), compare avec un devis contrôlé à double-insu, l'effet de la sibutramine à un placebo pour une période de six mois. Une perte de poids de 15 % a été constatée. Durant la période de maintien de 18 mois, le groupe ayant pris la drogue a maintenu son poids tandis que l'on a noté une reprise progressive du poids dans le groupe prenant le placebo (James *et al.* 2000 cité dans Bray 2002). Les résultats de cette étude ont mené à l'acceptation par la FDA de son utilisation pour une période allant jusqu'à deux ans (Astrup et Toubro 2001).

Il va sans dire que cette drogue a relancé l'engouement pour le traitement pharmacologique de l'obésité, qui avait subi une baisse de popularité importante à la fin des années 1990 suite à la saga du Phen-Fen (Phentermine-Fenfluramine). En effet, la prise de cette combinaison de médicaments a occasionné une « épidémie » de

décès et d'atteintes graves d'hypertension pulmonaire primitive (Mundy 2001). Mais l'histoire se répète...Parallèlement aux études ayant cours sur l'efficacité de la sibutramine, un nombre important d'incidents sont déclarés aux autorités sanitaires de divers pays. Ceci a mené à son retrait en Italie le 6 mars 2002 suite à 50 incidents indésirables en un an, dont sept jugés graves et deux décès. Puis, le 27 mars 2002, Santé Canada annonce qu'en raison de nombreux effets indésirables, il soumet le médicament à un examen de son innocuité (Santé Canada 2002). Puis le 29 octobre 2002, suite à 99 cas d'effets indésirables en huit mois, dont 10 graves, ainsi qu'à la réaction des autres pays, l'Association française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) annonce des conditions restreintes de prescription et de délivrance à partir du 2 décembre 2002 (Afssaps 2002). En février 2003, Santé Canada révélait au public les conclusions de son examen concernant le profil d'innocuité du Meridia (sibutramine). Le produit satisfait aux exigences pour la vente au Canada. Les effets indésirables rapportés durant la période d'examen, soit entre le 1^{er} mars 2002 et le 13 novembre 2002, correspondent aux effets connus du produit. On recommande aux médecins de suivre de près les patients à qui ils ont prescrit ce médicament. La vente de la sibutramine a aussi été rétablie en Europe (Santé Canada 2003d).

Une méta-analyse récente, comportant 29 études, examine l'efficacité et la sécurité de la sibutramine. Les résultats révèlent que le médicament est plus efficace que le placebo pour la perte de poids chez les personnes obèses qui reçoivent par ailleurs une prescription de modification du style de vie. Ce résultat est consistant à travers les études de durée variable et à travers les groupes dont les caractéristiques varient. Cependant, à l'arrêt de la prise du médicament, le poids est repris. Une augmentation de la tension artérielle systolique et diastolique a été associée à la prise du médicament. Ces symptômes ainsi que d'autres symptômes cardiaques et métaboliques graves ont été rapportés mais de façon inconsistante. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas suffisamment d'évidences pour déterminer le ratio de risques/bénéfices de la consommation de sibutramine (Arterburn *et al.* 2004).

Une première méta-analyse de l'efficacité du traitement pharmacologique de l'obésité a été publiée au cours de 2002 (Haddock *et al.* 2002). Basée sur des critères sévères, une sélection de 108 études contrôlées portant sur 12 drogues a été réalisée pour cette méta-analyse. Globalement, l'effet des médicaments est considéré comme moyen, quoiqu'il a été considéré important pour quatre médicaments : l'amphétamine, le benzphétamine, le fenfluramine et la sibutramine. Les conclusions de cette analyse ont une implication importante pour le traitement pharmacologique de l'obésité : 1) allonger le traitement entraîne un meilleur maintien mais pas une perte de poids supérieure à ce qui est atteint en six mois, et 2) la perte de poids est modeste, entre 2 kg et 4 kg, surtout qu'elle n'est probablement pas entièrement attribuable au médicament, puisque la plupart des traitements incluent une composante visant modification du mode de vie (Haddock *et al.* 2002).

Finalement, la pertinence d'utiliser la pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité varie énormément selon la position paradigmatique des chercheurs ou des cliniciens. Il est intéressant de savoir qu'aux États-Unis, 4 % des femmes ont consommé des médicaments sous ordonnance pour perdre du poids et que 25 % des utilisateurs ne présentaient pas d'obésité, leur IMC était même inférieur à 27 kg/m² (Khan *et al.* 2001). Ainsi, bien que la population soit à la recherche de solutions faciles, ce qui rend légitime les efforts de recherche des compagnies pharmaceutiques, il est nécessaire de faire un examen objectif et complet du rôle de la pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité. Il est possible qu'une certaine contribution des drogues soit utile dans le traitement de l'obésité, mais elle apparaît comme étant plutôt limitée. Les professionnels de la santé doivent certainement rechercher une position éclairée, juste et nuancée pour le bénéfice de leurs clients.

1.6.4 L'approche comportementale

Les premiers principes de l'approche comportementale ont été appliqués au traitement de l'obésité à la fin des années 1960. Cette approche postule que le comportement alimentaire et l'activité physique se construisent principalement à partir d'apprentissages, et qu'en conséquence on peut les modifier, les rééduquer en

quelque sorte (Wing 2002). Au début des années 1960, l'approche empruntait davantage aux éléments classiques du conditionnement et du renforcement. Mais elle a constamment évolué. Les premiers programmes duraient 10 semaines et on apprenait aux personnes à manger à un seul endroit, à faire de l'acte alimentaire un acte « pur », c'est-à-dire qui est réalisé seul. Les programmes ne comprenaient pas de prescription diététique ou d'activité physique. Les programmes de cette génération ont permis des pertes de poids d'environ 4,5 kg. Durant les 20 années qui ont suivi, ces programmes ont été graduellement allongés et durent maintenant environ six mois. Les principaux éléments sont : l'auto-observation active du comportement alimentaire, la gestion des stimuli, la restructuration cognitive, la gestion des relations interpersonnelles, le renforcement positif et la prévention des rechutes. On a intégré la détermination d'objectifs pour l'apport énergétique, parfois un objectif pour l'apport en gras ainsi que des objectifs pour la pratique d'activités physiques. Avec ces changements, Wing (2002) écrit que les programmes donnent de meilleurs résultats, soit une perte de poids d'environ 9 kg ou 10 % du poids initial. En revanche, bien que la perte de poids soit supérieure, le maintien du poids ne s'est pas amélioré. Ainsi en 1974, des données basées sur 15 études, indiquaient que la perte de poids totale moyenne après un traitement d'une durée moyenne de 8,4 semaines et d'une période de maintien d'une durée moyenne de 5,5 semaines était de 4,0 kg chez des personnes qui pesaient initialement 73,4 kg en moyenne. En 1990, des données basées sur 14 études révèlent que la perte de poids moyenne après un traitement d'une durée moyenne de 26 semaines et d'une période de maintien d'une durée moyenne de 40 semaines était de 5,2 kg chez des personnes qui pesaient initialement en moyenne 91,6 kg (Wadden 1993, Wing 1998 *cité dans* Wing 2002). Entre ces périodes d'étude, la perte de poids est à peu près similaire mais avec un poids initial des personnes de 25 % supérieur, et après un investissement de 66 semaines plutôt que 14 semaines, soit 371 % plus de temps. Le rapport coût/bénéfice semble s'être aminci considérablement. Cette comparaison n'est toutefois pas relevée par l'auteur.

Parmi tous les traitements de l'obésité, l'approche cognitivo-comportementale est celle ayant été étudiée le plus en profondeur. Elle a été démontrée efficace à court

terme, deux-tiers du poids perdu étant maintenu après un an. Cependant, à long terme, soit après cinq ans, la tendance qui se dégage de l'ensemble des études indique que tout le poids perdu est repris. Certains effets bénéfiques sont toutefois encore présents malgré la reprise du poids tels que l'amélioration des comportements qui peuvent avoir une incidence sur la santé indépendamment du poids, sur l'estime de soi, sur l'image corporelle et sur les relations interpersonnelles (Wilson 1995 ; Kramer *et al.* 1989). On retrouve peu d'indication dans la littérature sur ce qui peut expliquer le succès mitigé de l'approche comportementale. Pourtant entre les années 1970 et 1990, le traitement comportemental a été considéré comme le « *gold standard* » en matière de traitement sauf pour les personnes qui présentent une obésité majeure. Stuart et Mitchell (1985), deux psychologues spécialisées dans le traitement comportemental, tirent cette conclusion : à cause d'une vision trop étroite, l'approche comportementale a négligé une dimension incontournable du comportement : s'il se manifeste à répétition, c'est qu'il est entretenu par des forces sous-jacentes très fortes, qui tendent à le maintenir si ces dernières ne sont pas modifiées.

1.6.5 L'efficacité des produits, services et moyens amaigrissants

On vient d'examiner quatre grandes stratégies qui ont fait l'objet de plusieurs études et chacune prise seule ne semble pas pouvoir constituer une solution satisfaisante au problème. Voyons maintenant ce qui ressort de l'évaluation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) offerts par l'industrie de l'amaigrissement. Cette évaluation a été réalisée par des organismes qui ont comme mission la protection du public. Entre février et mai 2001, le *Federal Trade Commission* (FTC) a examiné 300 promotions parues dans les médias les plus importants aux États-Unis (FTC 2002). Le rapport conclu :

« ...that false or misleading claims, such as exaggerated weight loss without diet or exercise, are widespread in ads for weight-loss products, and appear to have increased over the last decade.... According to the report, nearly 40 percent of the ads in the study, including ads that appeared in mainstream, national publications, made at least one representation that is almost certainly false and 55 percent of the ads made at least one representation that is very likely

to be false.... Many promise immediate success without the need to reduce caloric intake or increase physical activity. The use of deceptive, false, or misleading claims in weight loss advertising is rampant and potentially dangerous. Many supplements, in particular, are of unproven value or have been linked to serious health risks. » (FTC 2002, p.30)

Les résultats de cette recherche vont dans le même sens que ceux obtenus récemment au Québec. Entre octobre 2002 et février 2003, une équipe oeuvrant au sein de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a répertorié plus de 350 PSMA et analysé plus de 200 d'entre eux (ASPQ 2003). Un comité formé d'experts reliés aux différents aspects de la problématique du poids s'est penché sur les critères scientifiques qui, selon les connaissances actuelles, sont considérés comme nécessaires à une saine pratique de contrôle du poids. Le comité a également vérifié si les PSMA respectent ces critères. Le constat qui se dégage de cette analyse est que la majorité des PSMA analysés ne répondent pas à plusieurs des critères retenus pour une saine pratique de contrôle du poids. Voici un exemple pour mieux illustrer ce constat. Alors que la perte de poids devrait être graduelle, environ 30 % des PSMA analysés comportent des allégations qui promettent une perte de poids « rapide » et environ 10 % font des propositions sensationnelles du style « Perdez 25 livres en 30 jours ». Moins de 10 % des PSMA répertoriés font mention sur leur étiquette que leur produit ou moyen amènera une perte de poids inférieure à 2 livres par semaine tel que recommandé. Voici un autre exemple se référant à un autre critère : une démarche de perte de poids devrait aussi inclure une prise en charge au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. Or, près de la moitié des PSMA analysés ne tient pas compte de l'un ou de l'autre, parfois des deux. Dans plusieurs cas, c'est tout juste si on prend la peine de préciser l'importance d'une alimentation saine et de l'activité physique. En fait, moins de 5 % des PSMA analysés repose sur une approche combinant alimentation, activité physique et démarche de modification de comportements. Par ailleurs, un certain nombre de produits minimise le rôle de l'alimentation et de l'exercice par des propositions du genre « Perdez du poids sans effort et en mangeant tout ce que vous voulez » (ASPQ 2003).

En définitive, on constate des deux côtés de la frontière l'existence d'un lucratif marché de PSMA. À ce propos, l'OMS soulève le besoin d'un contrôle au regard de la promotion d'approches dangereuses et délibérément fallacieuses (WHO 2000). En ce qui concerne les approches promues par les professionnels de la santé, certaines distinctions peuvent être faites quant à leurs avantages et inconvénients respectifs. Néanmoins, un consensus existe sur la faiblesse de leur efficacité, le poids perdu étant peu maintenu. (Wadden et Osei 2002 ; Anderson *et al.* 2001 ; WHO 2000 ; Jeffery *et al.* 2000 ; Ayaad et Anderson 2000 ; Garner et Wooley 1991 ; Wadden *et al.* 1989). À cet égard, Wadden et Osei (2002) reconnaissent clairement que le maintien du poids perdu demeure le tendon d'Achille des traitements comportemental et pharmacologique de l'obésité. Une seule exception : la chirurgie de l'obésité jouit d'un meilleur taux de réussite à long terme (Lafiti *et al.* 2002), mais qui demeure un traitement d'exception.

Ces dernières années, alors qu'il y a une effervescence dans la découverte de nouvelles substances impliquées dans la régulation du poids, peu de nouveautés animent la recherche sur les traitements de l'obésité. Les experts ont certes fait consensus pour la promotion d'un objectif de perte de poids plus modéré qu'auparavant, soit environ 10 % du poids initial (NHLBI 2000), ce qui redéfinit forcément le succès. Mais les pistes de solutions pour améliorer les traitements restent peu nombreuses et peu fructueuses. Perri et Corsica (2002) ont revu les études sur l'amélioration du maintien du poids. Parmi une panoplie de stratégies évaluées, telles que les rencontres de pairs, l'entraînement à la prévention des rechutes, les relances téléphoniques par des non-thérapeutes, les incitatifs financiers, les groupes d'activité physique supervisés, le recours à un entraîneur personnel, et l'accès à des repas dont la grosseur des portions est contrôlée, aucune d'entre elles ne s'est avérée efficace. La prolongation de la durée du suivi est toujours à l'étude. Un suivi qui dure au-delà de six mois favoriserait un meilleur maintien du poids. Cependant, lorsque le suivi atteint 12 mois, la motivation semble diminuer et les personnes sont moins assidues aux rencontres (Perri et Corsica 2002). Mais plutôt qu'une question de motivation, des explications rivales sont proposées : certains argumentent que les

mécanismes biologiques reprennent le dessus (Wilson 1994), tandis que d'autres prétendent que l'adoption permanente de nouvelles habitudes de vie prend davantage de temps (Björvell et Rössner 1992, 1985). Cette dernière façon de voir a amené un courant de pensée à l'effet que l'obésité doit être traitée comme toute maladie chronique, c'est-à-dire « à vie » (Perri *et al.* 1992). Ces auteurs indiquent que la recherche pour améliorer le maintien du poids perdu s'oriente maintenant vers l'évaluation de quatre pistes : 1) une plus grande individualisation du traitement en débutant celui-ci par une évaluation approfondie de la personne, 2) l'éducation des personnes afin qu'elles envisagent un objectif plus modeste, 3) une meilleure coordination de l'approche sélectionnée en fonction de la personne et 4) l'expérimentation d'approches alternatives.

1.7 Changer de perspective : luxe ou nécessité ?

Après un constat aussi peu reluisant en matière de perte de poids, il n'est pas étonnant de voir émerger une nouvelle vision. Celle-ci a émergé d'abord dans le giron de la gestion du poids parce que des situations alarmantes ont attiré l'attention. Plus récemment, la montée de l'épidémie d'obésité à travers le monde a réhabilité l'importance des saines habitudes de vie pour toute la population en tant qu'élément préventif et non seulement comme facteur de contrôle du poids. Cependant, modifier les habitudes de vie n'est pas chose simple. Les prochaines sections feront état de ces points.

1.7.1 L'émergence d'une nouvelle vision concernant la gestion du poids

Doit-on traiter l'obésité ? Doit-on traiter la préoccupation excessive à l'égard du poids ? Voilà les questions qui ont été posées par des chercheurs et des cliniciens face au faible taux de réussite des traitements de l'obésité, ainsi qu'à l'obsession grandissante que développent les personnes qui essaient de façon répétitive d'atteindre l'objectif de maigrir. Ainsi en 1979, Stunkard et Penick, ainsi que la psychiatre Susan C. Wooley et coll. (1979) dans un article critique sur le traitement

comportemental de l'obésité, pavait la voie à une nouvelle façon de voir. Ces derniers posaient le problème ainsi :

« Instead, it would seem consistent with the philosophy and tradition of behavior therapies to acquaint patients with the facts about obesity, including the lack of evidence that the obese eat more than others, the effects of dieting on metabolism, and the modest outcomes of most treatment, and to engage them in a process of goal-setting based on these facts. Although therapists tend to be reluctant to discourage patients, the facts of their own experience will discourage them or given them hope. If the experience of dieting has been one of constant failure, despite enormous effort, they will be relieved to have their experience confirmed and understood, and some may better be able to withstand the difficulties knowing that they are not exclusively attributable to their own failings. Some may choose to give up dieting and work on minimizing the negative consequences of being obese. Others will recognize that weight loss is, in fact, relatively easy for them and worth the effort. It has been our experience that few patients embrace these pieces of information as "rationalizations"; the concept of rationalization, of course, implies a self-serving denial of the "truth", which in the case of obesity is not known. Put otherwise, patients typically become interested in discovering what holds true for them. What is their weight maintenance calorie level? how rapidly and for how long will they lose at a given level? how unpleasant is it? What, exactly, are the benefits to be expected from weight loss? »

Replacing mythology with fact and counter-acting the diverse effects of social prejudice should be among the goals of comprehensive treatment for the obese. This means that efficacy of procedures in promoting weight loss must be balanced against the extent to which they further erode dignity and self-esteem. With the lifting of the stigma of emotional illness formerly associated with obesity and constructive involvement in the great practical difficulties involved in dieting, behavior therapy may be said to have improved the treatment climate for obese patients. However, it is appropriate now to reevaluate certain treatment strategies, for example those that call negative attention to obese patients or to their eating behavior and to question further treatments that infantilize patients through the application of exclusively external controls and contingencies. » (Wooley et al. 1979, p.20).

En 1984, les mêmes auteurs, Wooley et Wooley, posèrent cette fois carrément la question : « Should obesity be treated at all ? », critiquant à la fois le modèle moral de l'obésité et le modèle médical. La même année, Keesey et Corbett élaboraient la

théorie sur le *set-point*, validant ainsi l'hypothèse de la résistance à maigrir, Polivy et Herman (1985) documentaient le lien entre restriction et compulsions alimentaires, Ernsberger et Haskew (1987) publiaient un volumineux examen des évidences du lien entre le surpoids et la santé. Et Brownell (1993 ; Brownell et Rodin 1994) demande de nouveau s'il est possible et approprié de perdre du poids. Mais ces auteurs n'évoquent pas la notion de paradigme.

Le même questionnement fondamental émergeait dans les mouvements de femmes ainsi que chez les cliniciens. Les premiers ateliers sur l'obsession de la minceur ont été développés aux États-Unis par Carol Munter durant les années 1970. Suzie Orbach s'y joint comme intervenante. Ces ateliers, qui se tenaient dans l'esprit du mouvement féministe, amenaient les femmes à réfléchir sur l'alimentation compulsive et l'image de soi (Hirschmann et Munter 1988). La perspective des intervenantes était d'examiner les facteurs sociaux qui poussaient les femmes à utiliser l'alimentation compulsive comme moyen de s'adapter aux pressions exercées par la société (Orbach 1978). Quelques années plus tard, les ateliers de C. Munter s'appellent *Overcoming Overeating* et visent essentiellement le retour à une alimentation normale par l'écoute des signaux de faim et de satiété ainsi que le respect du goût après avoir bien sûr, éliminé la privation. Il s'agissait essentiellement de se redonner, comme personne, le droit de manger (Hirschmann et Munter 1988). Au début des années 1980, d'autres programmes sont développés ailleurs dans le monde (une revue détaillée sur ces programmes termine le présent chapitre). Ces programmes s'inspirent des groupes menés par Munter et Orbach, mais en y incorporant des concepts et outils issus d'autres approches psychosociales. Munter et Hirschman ont ensuite ouvert le *National Center for Overcoming Overeating* et tenu des ateliers sur la compulsions alimentaires. Puis, plusieurs livres ont été publiés pour dénoncer l'utilisation abusive des régimes et pour faire valoir l'amélioration de la qualité de la vie.⁹

⁹ Voici quelques exemples : Chernin K (1981) *The Obsession. Reflections on the Tyranny of Slenderness*. Harper & Row, New York; Declerk M, Boudouard J (1981) *La nourriture-névrose*. Denoël/Gonthier, Paris; Roth G (1984) *Breaking Free from Compulsive eating*. New American Library, New York; Polivy J, Herman CP (1983) *Breaking the diet habit : The natural weight alternative*. Basic Books, New York; Hirschmann JR, Munter CH.(1988) *Overcoming Overeating*. Ballantine Books; Kano S (1989) *Making peace with food : Freeing yourself from the diet/weight obsession*. Harper et Row,

Au Canada, un changement de cap est évident dans le programme « Vitalité », programme de promotion de la santé en lien avec le poids élaboré par Santé Canada et lancé à la fin des années 1980. Celui-ci est un programme cadre permettant de mener des interventions diverses ou de structurer des programmes d'éducation, qui tiennent compte de trois composantes de la gestion du poids : manger sainement, être actif pour le plaisir et se sentir bien par rapport à soi-même (Santé Canada 2000).

Au Québec, dès la fin des années 1970, certains CLSC et le service de santé de l'Université de Montréal innovent en ce qui a trait à leur offre de services relativement au poids. Fini le temps des diètes ! C'est l'époque de l'approche holistique. En 1982, le CLSC de Rosemont élabore son programme de type NPP et le nomme *Choisir de maigrir ?*. Quelques années plus tard, ce CLSC devient le répondant d'un groupe d'intervenantes appelé le Collectif action alternative en obésité (CAAO) qui partagent une même vision sur le sujet. Dès le début des années 1990, une formation à l'approche dite « alternative en obésité » est offerte aux professionnels de la santé par le CAAO. Plusieurs nutritionnistes s'approprient l'approche et l'appliquent dans leur pratique de façon exclusive tant en intervention individuelle qu'en groupe. Puis, l'approche du CAAO inspire grandement l'approche préconisée par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec dans son Manuel de Nutrition cliniques des diététistes-nutritionnistes du Québec (OPDQ 2000). Ainsi au Québec, depuis plusieurs années ce sont donc les mêmes formatrices du CAAO qui ont disséminé l'approche ainsi que le programme *Choisir de maigrir ?*, ce qui explique probablement pourquoi il semble y avoir une certaine uniformité dans la compréhension et l'application de cette vision. Il y a aussi certaines personnes et certains groupes (Coalition Corps-Accord, Québec Plus) qui militent en faveur d'une approche de *size acceptance* plus radicale. Tout en ne niant pas l'impact positif d'une meilleure alimentation et de la pratique d'activité, ces groupes rejettent la perspective de la perte de poids.

New York; Lyons P, Burgard D (1990) *Great Shape : The fitness guide for large women*. Bull, Palo-Alto; Bourque D (1991) *À dix kilos du bonheur*. Éd. de l'Homme, Montréal; Wolf N (1991) *The Beauty Myth*. Anchor Books, New York.

1.7.2 L'importance des saines habitudes de vie

Parmi les diverses habitudes de vie considérées importantes en santé publique, les deux plus directement associées au poids feront l'objet de cette section : l'alimentation et l'activité physique. Nous verrons que, bien que leur lien avec la santé soit connu depuis longtemps, il semble encore nécessaire aujourd'hui d'en faire la promotion et de situer leur importance.

Depuis les temps anciens, l'homme sait que la santé et le bien-être dépendent de ce qu'il mange et que les aliments ont même la vertu de guérir certaines maladies (Beaton 1999). Par exemple, il y a plus de 2000 ans que l'on sait que la consommation de foie agit sur la vision. Le premier « traité » de nutrition, rédigé par Lind en 1753 à Edinburgh, établissait le lien entre la nutrition et le scorbut (Beaton 1999). Les premiers standards de nutrition ont été publiés par le *British Privy Council* en 1862. Depuis, la science de la nutrition a constamment évolué et son importance été reconnue. À partir de 1968, la plupart des pays industrialisés ont publié leurs lignes directrices en matière de nutrition, parfois nommées « guide alimentaire ». En 1988, paraît aux États-Unis le *Surgeon General's Report on Nutrition and Health* (USDHHS 1988), volumineux rapport qui fait autorité en la matière. Il est intéressant de noter que les cinq recommandations de ce rapport sont celles qui sont encore largement promues aujourd'hui : réduire la consommation de gras ; équilibrer la consommation d'énergie afin de contrôler son poids ; augmenter la consommation de glucides complexes (grains entiers ainsi que fruits et légumes) ; réduire la consommation de sodium ; et finalement, consommer l'alcool avec modération.

De nombreux autres rapports issus des États-Unis ont suivi, notamment du *National Research Council* en 1989, de l'*American Cancer Society*, de l'*American Heart Association* et de l'*American Dietetic Association* (cité dans Trustwell 1999). Puis, divers rapports émanant de l'OMS, dont celui publié en 2003 conjointement par l'OMS et la *Food and Agriculture Organization* (FAO) (WHO 2003) qui réitère l'importance de la saine alimentation, de ses liens avec la santé et la prévention des maladies chroniques. Tous ces rapports sont bien entendu basés sur un important

corpus d'évidences scientifiques. Ces évidences mettent notamment en lumière qu'un apport approprié de nombreuses substances, nommées éléments nutritifs, entrent en jeu dans plusieurs mécanismes partant de la biologie moléculaire jusqu'à des processus plus tangibles sur le plan physiologique en passant par l'intégrité du pool génétique, la prévention de la dégénérescence des tissus, la régulation du poids et la prévention de nombreuses maladies (Shils *et al.* 1999).

L'activité physique comme source de santé a des origines tout aussi lointaines et « naturelles » que l'alimentation. Ainsi, la pratique de l'activité physique remonte aux origines de l'homme et, contrairement à ce que l'on pourrait penser, reposait sur des motivations qui allaient au-delà des exigences fondamentales de la subsistance (Eaton *et al.* 1988 cité dans USDHHS 1996). En effet, des archéologues et anthropologues médicaux ont démontré qu'à l'époque préhistorique, l'activité physique était une composante intégrale du bien-être et s'inscrivait dans l'expression culturelle, religieuse et sociale des peuples. Quant à l'importance de l'activité physique comme facteur de santé, on retrace les premiers témoignages de cette préoccupation à l'époque néolithique. La révolution agricole amena les populations à vivre dans des établissements plus gros et dans des villes et conséquemment une partie de la population migrait vers des occupations plus spécialisées et réduites en terme de dépense énergétique. Les philosophes et guérisseurs de l'époque commencèrent alors à sensibiliser les populations à l'importance de l'alimentation et de l'activité physique pour prévenir les maladies. Ces prescriptions très globales vinrent longtemps avant les recommandations plus précises des Grecs anciens (USDHHS 1996). De Hippocrate en passant par Galien, la perception des anciens que l'activité physique constitue un ingrédient essentiel de l'harmonie physiologique, culmina en 1745 avec la parution à Londres de la 10^e édition de *An Essay of Health and Long Life* de George Cheyne. Cet essai recommandait la marche comme l'activité « la plus naturelle et utile », bien que monter à cheval soit « plus viril et plus sain » ! (Cheyne 1745 cité dans USDHHS 1996). Les évidences scientifiques s'accumulèrent graduellement aux XVIII^{ième} et XIX^{ième} siècles et furent particulièrement reconnues après la deuxième guerre mondiale.

L'ancêtre des recherches sur l'activité physique et la santé est l'étude de la physiologie de l'exercice ainsi que des paramètres décrivant le concept de condition physique (*fitness*), soit l'endurance, la force, la capacité cardiovasculaire, etc. À partir de 1965, furent publiés aux États-Unis, de nombreux documents de recommandations, le premier venant du *President's Council on Physical Fitness*, ensuite du *American Heart Association*, puis de façon régulière du *American College of Sports and Medicine*, soit cinq fois entre 1975 et 1995 (USDHHS 1996). Ces diverses recommandations prenaient bien souvent une forme prescriptive, indiquant la fréquence, la durée et l'intensité des sessions d'activité physique. Au cours des années 1980 et 1990, les recherches épidémiologiques, prospectives et cliniques entraînèrent un changement de paradigme en matière d'activité physique (Comité scientifique Kino-Québec 1999). Abandonnant les plans d'entraînement rigoureusement définis, on s'est progressivement tourné vers des formulations plus souples et mieux adaptées aux gens. Le rapport du *Surgeon's General* de 1996 (USDHHS 1996) a permis de diffuser largement cette nouvelle façon de voir et fit autorité (Comité scientifique Kino-Québec 1999). Cette recommandation est : tous les adultes devraient pratiquer 30 minutes d'activités physiques à une intensité modérée de façon quotidienne (Comité scientifique Kino-Québec 1999 ; USDHHS 1996). C'est la consécration du concept de mode de vie sain qui s'appuie sur la définition suivante de l'activité physique : « ...comprend toute forme de mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et résultant en une augmentation de la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos. Cette définition s'applique aux activités physiques associées au travail ou à une occupation professionnelle, aux loisirs, aux sports, aux travaux ménagers et autres composantes de la vie de tous les jours » (Bouchard et Shephard 1993 *cité dans* Comité scientifique de Kino-Québec 1999, p.8).

Selon l'OMS (WHO 2003), la pratique régulière est une composante majeure de la prévention des maladies chroniques. Des styles de vie sédentaires augmentent toutes les causes de mortalité, double le risque de maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'obésité et augmente substantiellement le risque de cancer du colon,

d'hypertension, d'ostéoporose, de dépression et d'anxiété. Au moins 60 % de la population mondiale ne rencontrerait pas la recommandation de 30 minutes d'activité physique modérée par jour et le risque de maladies cardiovasculaires augmente de 1,5 fois pour ces personnes. Il est estimé que l'inactivité physique occasionne 2 millions de décès annuellement dans le monde, réparti également entre les hommes et les femmes. Les coûts en soins médicaux associés à l'inactivité physique sont estimés à 75 milliards de dollars aux États-Unis.

En lien avec l'obésité, certaines évidences indiquent que la pratique régulière de l'activité physique aurait même un effet sur la santé indépendamment du poids (Blair et Church 2004 ; Blair et Brodney 1999). Cet aspect a été décrit à la section 1.5.1.1.

Ainsi, bien que les bénéfices d'une saine alimentation et de la pratique régulière de l'activité physique soient connus depuis longtemps, il aura peut-être fallu que les maladies chroniques arrivent à dépasser les maladies infectieuses comme cause de mortalité sur la planète (WHO 2003), pour que l'importance des habitudes de vie soit mise à l'agenda. La section 1.4 de cette thèse a traité de la transition qui s'est opérée dans le mode de vie des gens partout sur la planète et qui semble faire consensus comme facteur principal de l'épidémie d'obésité. Cet aspect est fortement mis en lumière dans le rapport de l'OMS/FAO (WHO 2003), rapport qui a d'ailleurs servi de base scientifique à la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (OMS 2004). Cette stratégie marque un moment important dans la problématique de l'obésité et la promotion des modes de vie sain car elle invite instamment les États membres à définir, appliquer et évaluer les mesures recommandées dans la stratégie (OMS 2004). En outre, on peut saisir l'essence et l'importance de cette stratégie dans l'énoncé de son but :

« Le but de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé est de promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application de mesures durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial qui, ensemble, réduiront la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. Ces mesures s'inscrivent

dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement définis par l'ONU et offrent un potentiel immense pour améliorer la santé publique partout dans le monde. » (OMS 2004, p. 7)

1.7.3 Modifier les habitudes de vie : tout un défi !

La science et l'art de l'éducation à la santé et de la modification des comportements sont éclectiques, évoluent rapidement et reflètent un amalgame d'approches, de stratégies et de méthodes issues de diverses disciplines : médicale, psychologique et sociale (Glanz *et al.* 2002 ; Baum 2002). Ces disciplines se distinguent par leur vision de la santé et leur façon de définir les problèmes de santé, par les interventions qu'elles préconisent et même la manière de définir le succès (Labonté 1992). Bien que ces perspectives soient parfois présentées de façon indépendante l'une de l'autre ou encore, comparées comme trois solitudes, elles tendent maintenant de plus en plus à être amalgamées ou combinées pour se fondre dans une perspective dite globale (Glanz *et al.* 2002).

Bien qu'à la fin du XIX^e siècle, les approches macro-sociales en santé publique aient déjà favorisé la solution de grands problèmes de santé, les années 1970 et 1980 furent marquées par un engouement pour les approches individuelles, ayant pour effet d'éclipser l'attention sur les déterminants sociaux de la santé (Glanz *et al.* 2002). L'évaluation des grandes campagnes en santé du cœur dans les années 1980 a probablement joué un rôle important pour ré-équilibrer la contribution des diverses perspectives. Ainsi, Baum (2002) décrit comment la première génération des grandes campagnes en santé du cœur a influencé la seconde. Elle rapporte, qu'outre de nombreuses difficultés méthodologiques, ces évaluations ont permis de mettre en lumière plusieurs aspects importants : la participation des communautés, l'utilisation de multiples stratégies, les politiques et modifications environnementales et la prise en compte des grands déterminants sociaux notamment le niveau de revenu. Ainsi, durant la seconde génération, les campagnes en santé du cœur ont été planifiées à partir de modèle éco-environnementaux et ont incorporé le développement des capacités et la participation des communautés. Cette auteure donne comme exemple le programme canadien de démonstration en santé du cœur.

Ainsi, bien que les modèles éco-environnementaux soient de plus en plus populaires et nécessaires de l'avis de certains (Baum 2002 ; Sallis et Owen 2002), les interventions visant le changement de comportement individuel demeurent un sujet d'actualité. L'important corpus de connaissances ainsi que la présence de nombreux articles de recommandations autour des services préventifs individuels est une manifestation de cet intérêt. Ces services sont dispensés par les praticiens en cabinet et visent à modifier certaines habitudes de vie séparément ou ensemble (*Multiple Health Risks Factor Interventions in Primary Care*), dont l'alimentation et la pratique d'activités physiques (Golstein *et al.* 2004 ; USPSTF 2003 a, b ; USPSTF 2002 ; Eden *et al.* 2002). Le groupe de travail (USPSTF *Counseling and Behavioral Interventions Work Group*) recommande d'ailleurs l'utilisation d'un modèle (*Five A's for Behavioral Counseling and Health Behavior Change*) pour guider l'action (Whitlock *et al.* 2002), qui s'inspire de théories et modèles existants. Goldstein et coll. (2004) concluent que les évidences sur l'efficacité de ces interventions sont encore limitées.

En fait, les théories de changement de comportement qui sous-tendent ces interventions ont beaucoup évolué et proliféré durant les dernières décennies. Lors de la préparation de la première édition de leur volume, Glanz et coll. (2002) ont effectué une revue de 116 articles publiés entre 1986 et 1988 dans deux périodiques importants en éducation à la santé. Elles ont répertorié 51 formulations théoriques distinctes. Pour préparer la seconde édition, elles ont revu 526 articles publiés entre 1992 et 1994 dans 24 périodiques dans le domaine de l'éducation à la santé, la médecine et les sciences du comportement et y ont recensé 66 théories et modèles différents !

Les premiers modèles de changement de comportement basés sur la séquence connaissance-attitude-comportement (KAP pour Knowledge – Attitude – Practice) se sont avérés insatisfaisants et plusieurs autres modèles plus sophistiqués ont ensuite été développés (Baum 2002). Dans la revue effectuée par Glanz et coll. (2002) pour la troisième édition de leur volume, dix théories et modèles ont clairement émergé

comme étant les plus utilisés, dont deux nettement plus dominant : la théorie sociale cognitive de Bandura et le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente. Les autres étaient le modèle des croyances à la santé (Health Belief Model), la théorie du soutien et des réseaux sociaux, la communication patient-intervenant, la théorie de l'action raisonnée (Theory of Reasoned Action), la théorie de l'action planifiée (Theory of Planned Behavior), le stress et le *coping*, l'organisation communautaire, les modèles écologiques et de l'écologie sociale et la théorie de la diffusion des innovations (Glanz *et al.* 2002). Elder et coll. (1999), qui ont revu les théories et les approches de changement de comportement, indiquent que ces diverses théories et modèles issus pour la plupart de la psychologie ont en commun quelques concepts-clés : l'intention, les barrières au changement, les habiletés, les attentes, les normes, les objectifs ou standards personnels et la confiance de pouvoir performer le comportement.

Rothman (2004), invité récemment à commenter le rôle des théories dans les interventions de changement de comportements, estime que la spécification des méthodes qui favorisent un changement durable et l'innovation dans les théories ont été modestes. Les chercheurs sont toujours en quête d'un large éventail de théories tandis qu'il y a eu peu de progrès dans la démonstration de la valeur d'une théorie ou l'autre. Ainsi, bien que les chercheurs dénoncent le développement d'interventions qui ne sont pas basées sur des théories, les praticiens de leur côté critiquent l'abondance des théories et des modèles qui n'ont pas de lien probant avec le succès des interventions. On parle donc d'un fossé entre les chercheurs et les praticiens du changement de comportement (Rothman 2004 ; Glanz *et al.* 2002).

Ammerman et coll. (2002) ont effectué une revue systématique de l'efficacité des interventions nutritionnelles. Parmi les composantes de l'intervention qui semblent particulièrement favorables pour produire des résultats positifs, le recours à la théorie ne ressort pas parmi les plus importantes. La fixation d'objectifs et l'intervention en petit groupe sont les deux composantes les plus prometteuses.

En ce qui concerne l'obésité, Friedman et Brownell ont mis en lumière en 1995 l'importance de développer des interventions en se basant sur des modèles théoriques. Toutefois, Jeffery (2004), un chercheur prolifique dans le domaine de l'obésité, fait un bilan plutôt négatif de son recours à la théorie. Il expose les écueils rencontrés dans la plupart des évaluations d'intervention qu'il a menées, lesquelles incorporaient divers concepts issus des théories de changement de comportement, comme par exemple, l'efficacité personnelle, les étapes de changement, les barrières, les objectifs, le soutien social, etc. Néanmoins, lorsqu'on se réfère à la complexité des causes de l'obésité et des multiples déterminants des comportements alimentaires (voir section 1.3), il apparaît clairement que la multiplicité des déterminants plaide en faveur de l'utilisation de théories et modèles. Cependant, chacun d'eux apparaît limité et en l'absence de données probantes sur l'un ou l'autre, le concepteur d'intervention tend à recourir à plusieurs théories. De plus, les évidences nous indiquent clairement que les problèmes reliés au poids découlent de déterminants personnels variés mais aussi de facteurs environnementaux. Ainsi, bien que les personnes aux prises avec des problèmes reliés au poids puissent bénéficier d'interventions de changement de comportement, cette seule orientation ne pourra entraîner que des résultats limités.

1.8 Un nouveau paradigme sur le poids

1.8.1 La naissance du NPP

Deux nutritionnistes des États-Unis, suivies ensuite par d'autres, ont beaucoup écrit et travaillé à développer le nouveau paradigme sur le poids (NPP) : il s'agit de Ellen Parham et de Francis Berg. Berg a beaucoup fait connaître le mouvement du *nondietering* (Berg 1992) et Parham est la première à avoir parlé en 1996 d'un « nouveau paradigme » (Parham 1996). Cette dernière est aussi celle qui a formulé les postulats de base du NPP. Berg a, quant à elle, formalisé cette nouvelle façon de faire et lui a attribué le nom de Health-at-Any-Size (H@AS) paradigm¹⁰ (Berg 1999,

¹⁰ Dans cette thèse en langue française, nous avons choisi d'utiliser l'expression nouveau paradigme sur le poids (NPP).

Berg et Marchessault 2000), d'où la désignation nouveau paradigme sur le poids. Elle le décrit ainsi :

«...is about being healthy at the size we are. It is about wellness and wholeness for each individual, including intellectual, physical, emotional, social, and spiritual development. It is about eating in normal, healthy ways, being well-nourished, and living actively, each in our own way. It is about self-acceptance, self-respect, feeling good about who we are. And it is about acceptance and respect for others, and an appreciation of their size diversity.»
(Berg 1999, p. 74)

Parham relate les origines du NPP ; elle expose comment, selon elle, la pensée sur l'obésité a successivement passé d'un modèle moral à un modèle médical puis au modèle politique. Ainsi, le **modèle moral** voit la grosseur comme un problème de paresse, de faiblesse et de gloutonnerie et l'excès de gras comme la conséquence d'un comportement de manque de volonté de trop manger. Le remède est d'exercer la volonté de manger moins. Le **modèle médical** voit la grosseur comme une maladie et propose le recours à des contrôles externes pour solutionner le problème; les contrôles externes sont les plans de diète, les prescriptions d'exercice et autres conseils. Il se veut une alternative au blâme engendré par le modèle moral mais il n'est pas pour autant neutre dans ses valeurs. Selon Parham (1996), des individus et des groupes ayant des intérêts financiers ont jugé avantageux de joindre le train médical. S'est ainsi développée une gigantesque industrie de l'amaigrissement utilisant les risques médicaux pour justifier le recours aux diètes. La mise à jour de ce stratagème a donné naissance au modèle politique. Les deux modèles, moral et médical, se combinent pour constituer le paradigme traditionnel des traitements où la vision de la grosseur est : l'obésité c'est mauvais, le niveau d'adiposité relève du contrôle personnel et les personnes qui ne parviennent pas à être minces manquent de volonté, sont non-compliantes et moralement faibles.

Puis, le **modèle politique** se développe parallèlement à la montée d'autres mouvements des droits humains vers 1960. Un mouvement des « droits des grosses personnes » voit le jour. Au départ, ce mouvement a été alimenté par le mouvement

des femmes (Orbach 1978 ; Chernin 1981 ; Wolf 1991) qui considérait que la course à la minceur n'était rien de moins qu'une conspiration pour garder les femmes « occupées » à maigrir afin qu'elles ne revendiquent rien sur le plan politique (les grosses femmes étant vues comme puissantes sur le plan politique). Mais selon Sobal (1999), le mouvement du *size acceptance* est le produit de plusieurs mouvements précurseurs, ceux portant sur la race, la sexualité et le mouvement féministe. Il est concerné par les inégalités, la stigmatisation et la discrimination. La NAAFA (*National Association to Advance Fat Acceptance*), appelée antérieurement *National Association to Aid Fat Americans*, a été fondée en 1969. En 1984, commence la publication de la revue *Radiance*, revue spécialisée qui met en évidence des grosses femmes. Puis en 1992, J. McVoy, spécialiste des troubles de l'alimentation, fonde avec d'autres collègues l'association AHELP (*Association for the Health Enhancement of Large Persons*). Ainsi, Parham (1996) considère que le leadership du NPP est venu au départ de psychologues et d'intervenants, puis sont venus ensuite des appuis d'organismes officiels tels que l'*American Dietetic Association* et la *Society for Nutrition Education*.

En plus des mouvements précurseurs qui ont favorisé son émergence, le mouvement du *size acceptance*, a bénéficié de la montée d'un autre mouvement, celui du *nondietering* qui est venu catalyser l'attention et les ressources autour du poids (Sobal 1999). Le *nondietering* devint un proche allié du *size acceptance*, même si leurs origines diffèrent et qu'ils furent portés par des leaders différents. Sobal (1999) estime que cette interaction a probablement porté le développement des deux mouvements au-delà de leur potentiel individuel respectif. Parham (1996) présente le NPP comme étant issus de deux mouvements : le *size acceptance* et le *nondietering*. La figure 7 illustre l'architecture du NPP. On voit les deux réalités difficiles à réfuter sur lesquelles reposent les deux mouvements, soit l'efficacité mitigée de la majorité des interventions individuelles pour perdre du poids et la difficulté à demeurer mince dans un environnement caractérisé par l'abondance qui favorise la consommation. On constate que les deux mouvements se superposent en partie. Le *size acceptance* est une dimension incontournable du NPP tandis que le *nondietering* a une présence

variable selon les auteurs et les instigateurs de programme. Les prochaines sections présenteront à quoi correspondent ces deux mouvements et comment leurs prémisses s'appliquent dans les interventions dites inspirées du NPP.

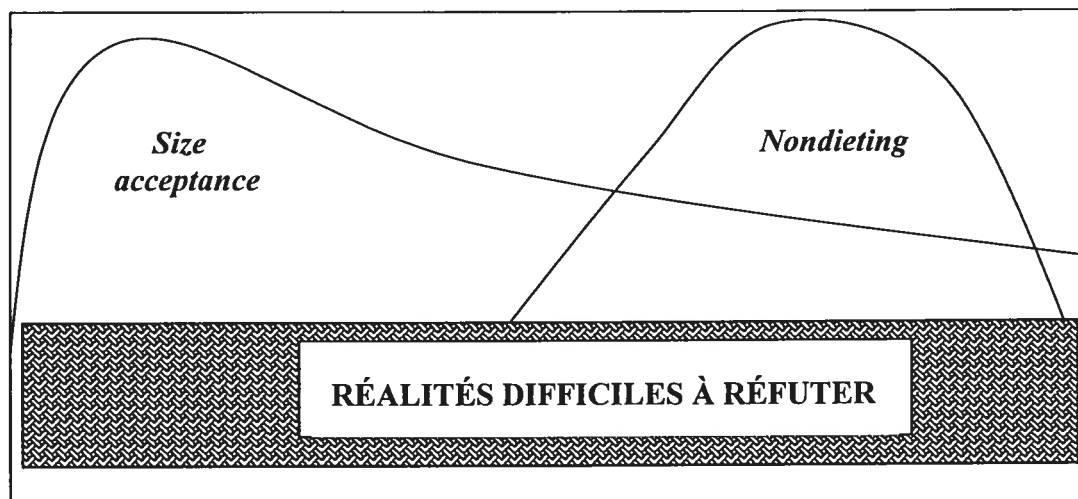


Figure 7 – Architecture du nouveau paradigme sur le poids

Source : Traduit de Parham (1996)

Après avoir décrit ces deux mouvements, une section portera sur l'*empowerment*. Même si Berg et Parham n'ont pas utilisé le terme *empowerment* ou n'ont pas fait référence directement au terme *empowerment*, elles présentent une philosophie dans laquelle la position et le rôle des personnes qui vivent une difficulté en regard de leur poids ainsi que la dynamique entre ces personnes et les intervenants s'apparente tout à fait à l'*empowerment* (Parham 1996, 1999 ; Berg 1999, 2000). On verra d'ailleurs qu'une auteure faisant partie du groupe des développeurs du NPP s'y accole clairement (Omichinski 1995). Ceci nous amène à présenter le mouvement de l'*empowerment* comme un troisième mouvement lié au NPP.

Mais comme toute chose en développement, d'entrée de jeu il n'y a pas une ligne pure, claire et totalement distincte. Les écrits sur le NPP s'entrecoupent, convergent et se contredisent parfois puisqu'avant que le NPP soit dûment constitué, diverses personnes prennent la parole au nom de cette nouvelle approche. Par exemple en 1992, Foreyt et Goodrick deux chercheurs bien connus en obésité, publient *Living*

Without Dieting. Proposant jusqu'alors une approche médicale traditionnelle, ils annoncent leur virage vers une approche de gestion du poids sans diète (« *weight management without dieting* »). Sans faire allusion à la notion de paradigme et en ne se référant aucunement aux auteurs cités dans cette thèse en lien avec le NPP, ils exposent pourtant le même argumentaire : échec des traitements traditionnels, cycle de pertes et gains de poids, discrimination envers les grosses personnes, etc. et présentent « leur » approche : approche de groupe qui favorise le soutien du thérapeute et des pairs ; arrêt du recours aux diètes et normalisation de l'alimentation ; augmentation graduelle de l'activité physique : réduction graduelle de la consommation d'aliments gras ; acceptation du poids atteint avec l'approche alimentaire et d'activité physique prudente (Foreyt et Goodrick 1993). L'évaluation de leur intervention de groupe ne s'avérera toutefois pas très fructueuse (voir la section 1.11.2 et le tableau III) (Goodrick *et al.* 1998).

Une autre approche prétendra à l'appellation de nouveau paradigme sur le poids. Gast et Hawks (1998) décrivent le « *intuitive eating paradigm* » et le qualifient de « *new weight loss paradigm* », appellation qui indique clairement que l'objectif visé est la perte de poids. Cette approche met l'accent sur une manière de concevoir l'alimentation qui est différente de la vision traditionnelle, mais toujours en ayant pour but la perte de poids. Ces auteurs disent d'ailleurs qu'une des limites de ce paradigme est qu'il promet lui aussi la minceur mais sans faire la démonstration que les moyens proposés permettent d'obtenir un meilleur résultat que les interventions du paradigme traditionnel (Gast et Hawks 1998). Mais revenons à notre description.

1.8.1.1 Le mouvement du *size acceptance*

Le *size acceptance* signifie se connaître et connaître son corps de manière à jouir de ses forces et de ses beautés et voir de façon objective ses limites et ses faiblesses (Parham 1996). Il est issu des deux mouvements qui remet le plus en question les valeurs dominantes de notre culture en rejetant le principe que le « gros » est mauvais. Les puristes de cette branche vont même jusqu'à répudier des expressions

comme « les problèmes de poids » et mettre au défi la nécessité même de changer de poids.

Pour Parham (1996), cet élément est la partie la plus unique et difficile du paradigme. En effet, il n'est pas facile de parler d'acceptation. La perception immédiate que suscite le mot soulève le désaccord car il confronte des valeurs profondément ancrées de nos sociétés (Parham 1996). Comme nous l'avons vu, le poids et les formes du corps sont partiellement déterminées par la génétique, alors que les comportements alimentaires et d'activité physique le sont par l'environnement. Bien que la littérature scientifique soit claire à cet égard, on a malgré tout tendance à présumer que les déterminants du poids sont principalement sous le contrôle personnel (Brownell 1991). Par exemple, dans l'imaginaire populaire, les croustilles s'en vont directement grossir les capitons de graisse et on peut les faire fondre en se disciplinant et en prenant les « brûleurs de graisse » vendus par le docteur Burn ! Ou encore, on croit qu'en se privant de nourriture, on n'ajoutera pas de graisse disgracieuse sur le corps, mais on oublie qu'on ne fournira alors pas l'énergie nécessaire au fonctionnement des cellules. Certaines personnes en viennent à penser que si, au cours d'une journée quelconque, elles ne pratiquent pas une activité sportive intensive, elles peuvent tout simplement s'abstenir de manger, l'énergie ne servant qu'à mouvoir le corps et non pas à le faire vivre.

La majorité des gens tendent à avoir une perception peu réaliste de la régulation du poids et cette perception n'est pas nécessairement corrigée par les professionnels, qui jusqu'à un certain point, endossent les mêmes préjugés comme nous l'avons vu dans la section sur les conséquences psychosociales (Harris *et al.* 1999 ; Hoppé et Ogden 1997, Oberrieder *et al.* 1995, Olson *et al.* 1994 ; Agell et Rothblum 1991; Rand et McGregor 1990 ; Petermelj-Taylor 1989 ; Price *et al.* 1987, Maiman *et al.* 1979, Maddox et Liederman 1969). En conséquence, on confond souvent acceptation avec complaisance et laisser-aller, ce qu'il faut éviter (Wilson 1996). La croyance que le poids est sous le contrôle personnel nourrit les préjugés. On entendra dire de quelqu'un qui a pris quelques kilos qu'il s'est laissé aller ! On peut aussi définir

l'acceptation comme étant un processus actif d'affirmation de soi, et non pas comme un état passif de résignation et d'apitoiement sur soi. Loin de signifier qu'il ne faille pas s'améliorer, ce qui est généralement le piège dans la compréhension de ce fondement, cette acceptation est la base sur laquelle se construit l'amélioration de soi (Parham 1996). Elle implique un processus émotionnel ainsi que des changements cognitifs et comportementaux (Wilson 1996). L'acceptation est un élément qui évolue en synergie avec d'autres éléments tels l'estime de soi, l'efficacité personnelle et l'*empowerment*.

En fait, le *size acceptance* est la pierre angulaire du NPP et Parham (1996) considère sa présence comme un critère incontournable pour déterminer si un modèle, programme ou une approche fait partie du nouveau paradigme.

1.8.1.2 - Le mouvement du *nondietering*

Le deuxième mouvement, le *nondietering*, rejette systématiquement l'utilisation des restrictions alimentaires devant mener à la perte de poids (Berg 2000 ; Parham 1996). Les tenants du NPP considèrent que le corps possède un système de régulation interne qui se manifeste par des signaux clairs de faim et de satiété, et qui fonctionne bien pour la majorité des personnes. Le problème vient plutôt de l'intériorisation de normes corporelles irréalistes qui amènent le mangeur à nier ses mécanismes internes et à surinvestir ses cognitions (Berg 2000). Le *nondietering* prend toutefois diverses formes selon que l'on préconise ou non des changements dans le poids. Ainsi, cela va d'une extrême où l'on s'intéresse essentiellement au bien-être psychologique sans accorder une grande place aux habitudes de vie, aucun changement de poids n'est préconisé et le plus important est d'éviter les effets négatifs des restrictions alimentaires. À l'autre extrême, l'accent est mis simplement sur l'adoption de saines habitudes de vie en faisant la promotion d'une perte de poids modeste si la santé physique ou émotionnelle est menacée. Il est cependant clair qu'en ce qui concerne les moyens proposés, aucun intervenant prétendant travailler sous la coupole du NPP n'utilisera de restrictions alimentaires (Parham 1996).

Ainsi, les objectifs poursuivis dans l'approche alimentaire sous le NPP sont : favoriser l'écoute des signaux corporels, soit les contrôles internes de l'alimentation ; décourager le recours aux diètes ; légaliser tous les aliments ; identifier quand l'acte alimentaire répond aux émotions et aux facteurs environnementaux plutôt qu'aux signaux internes ; découvrir et mettre en pratique des moyens appropriés pour répondre aux besoins émotifs et aux pressions à manger de nature environnementale (Parham 1996). Parham (1996) souligne que les nutritionnistes, les éducateurs en nutrition et les autres professionnels de la santé tendent davantage à travailler selon les préceptes de ce second mouvement. Quelle est la place de la qualité de l'alimentation dans le NPP ? Selon Parham (1996), il y a une diversité d'opinions parmi les protagonistes du NPP sur ce point. Plusieurs prétendent que les personnes obèses ont été ensevelies sous les conseils nutritionnels et que de poursuivre dans cette voie serait comme perpétuer la restriction et deviendrait un élément d'obstruction aux nouveaux apprentissages. D'autres, notamment les nutritionnistes, insistent sur le fait que la qualité nutritionnelle est incontournable pour améliorer la santé et qu'indépendamment de la perte de poids elle sera bénéfique.

Quant à l'activité physique, en général les tenants du NPP en sont de grands promoteurs (Parham 1996 ; Lyons et Burgard 1990). Ils abordent le sujet avec une approche qui est cohérente avec l'ensemble de l'approche et en conséquence encouragent les personnes à découvrir des formes de mouvement qui donnent du plaisir et sont compatibles avec les habiletés des personnes. L'activité physique est donc encouragée pour ses bénéfices sur la santé physique et mentale et dans une perspective de découverte de soi-même et non pas avec l'objectif de perdre des kilos coûte que coûte.

En résumé, une intervention s'inspirant du NPP vise avant tout à ce que la personne s'accepte telle qu'elle est, avec son corps comme il est, et avec ses forces et ses faiblesses. S'accepter n'est pas se résigner, il s'agit d'une condition pour investir dans son cheminement personnel (Wilson 1996). Ceci est une composante essentielle et incontournable de l'approche. Le NPP favorise aussi l'adoption de saines habitudes

de vie. Une perte de poids modeste est envisagée par certains tenants de l'approche mais pas par tous (Parham 1996).

1.8.1.3 Le mouvement de l'*empowerment*

Pour Omichinski (1995), l'*empowerment* est vraiment la notion centrale du NPP par opposition au modèle médical. Elle se sert clairement de l'expression « modèle d'*empowerment* » pour le contraster avec le « modèle médical ». Par exemple, dans le modèle médical on s'attend à la « compliance » du patient alors que dans le modèle basé sur l'*empowerment*, on s'attend à une « augmentation du niveau de conscience ». On parlera de « choix » dans le NPP alors qu'on parle de « volonté » dans le modèle traditionnel. Une intervention qui favorise l'*empowerment* vise à ce que la personne identifie quels sont ses besoins, comment elle souhaite organiser sa vie, ce qu'elle doit faire pour y arriver en terme de processus personnel, familial et social. Toutes les dimensions de la personne sont impliquées dans cette démarche, ses croyances, ses attitudes, sa perception d'elle-même et du monde.

De nombreuses définitions ont été proposées pour *empowerment*. Rappaport (1987) définit l'*empowerment* comme étant la possibilité pour les personnes de mieux contrôler leur vie, et Breton (1989) ajoute : ou de devenir les agents de leur propre destinée. Ainsi, l'*empowerment* peut être vu comme un processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté.

Le paradigme traditionnel voit en général la personne obèse comme incapable de solutionner son problème par elle-même (Parham 1996). Elle est plutôt vue comme dépendante de l'aide extérieure pour lui concocter une nouvelle solution. Cette solution sera non seulement préparée à son intention, mais il faudra en plus motiver la personne à l'utiliser et à la maintenir. Cette façon de réaliser l'intervention clinique relève du modèle paternaliste où la personne est perçue comme très peu apte à solutionner elle-même son problème (Achterberg et Trenkner 1990 ; Parham 1990).

Dans le modèle paternaliste, on voit le comportement humain comme étant réglé par des forces extérieures, l'individu n'étant responsable ni des causes, ni des solutions à son problème. Il n'est pas perçu comme étant autonome, mais plutôt vulnérable. Le modèle médical, empruntant parfois au modèle paternaliste, place le professionnel en position dominante à cause de son savoir et de son pouvoir de solutionner. Le professionnel assume donc l'entière responsabilité des décisions concernant ses clients. En pratique, il exécute l'analyse de la situation, la prescription d'un plan de diète, la prescription d'exercice, la prescription d'un médicament ou d'un traitement et l'application d'une pression afin d'améliorer « rapidement » ou de prévenir les problèmes de santé. Ce modèle favorise la dépendance des clients plutôt que leur propre prise en charge (Achterberg et Trenkner 1990).

Dans le cas où l'intervention n'est pas réalisée par un professionnel de la santé, mais qu'il s'agit d'une clinique non professionnelle ou d'un expert en vente, comme c'est souvent le cas dans le domaine de l'obésité, la personne est aussi « prise en charge ». La prise en charge est même parfois très serrée lorsqu'une garantie de résultats aura été donnée dès le départ. Cependant dans cette dernière situation, au lieu de conseils professionnels la solution relèvera de dispositifs, de procédés ou de produits, dont l'efficacité est la plupart du temps non scientifiquement démontrée (Schaefer et Mongeau 2000). Ainsi, sur le plan de l'autonomie de la personne, que l'on soit en face d'un expert du domaine de la santé ou d'un expert de la vente, l'expertise domine et ainsi l'expert diagnostique, propose et contrôle. Dans les deux cas, la personne concernée joue un rôle passif, soit d'être le récipiendaire du miracle et des bons conseils. Et si la personne obèse qui en est à sa X^e tentative d'amaigrissement recherche encore une telle prise en charge par l'expert, c'est qu'elle se sent impuissante face à son problème. Les tenants du NPP ne considèrent pas la demande de prise en charge justifiée pour autant. Au contraire, elle témoigne justement du besoin impérieux de favoriser l'*empowerment* des personnes aux prises avec un problème de poids (Berg 1999).

1.8.2 Les postulats fondamentaux du NPP

Au départ, la formulation de cette nouvelle vision était fragmentaire, variable selon les auteurs et peu appuyée scientifiquement. Puis, peu à peu, elle a été précisée, uniformisée davantage et, par la suite, les applications sous forme d'intervention de groupe ont été évaluées. Au-delà de la description générale faite par Ellen Parham, les pré suppositions du NPP ne sont pas faciles à cerner de façon claire. Mentionnons que les auteurs qui ont écrit sur le NPP et ses postulats ont beaucoup utilisé la comparaison entre les paramètres de l'approche traditionnelle et ceux du NPP :

Omichinski 1993	<i>diet thinking - nondiet thinking</i>
Omichinski 1995	<i>medical model - empowerment model</i>
Parham 1996	<i>traditional weight paradigm - new weight paradigm</i>
Satter 1996	<i>current « control » paradigm - emerging « trust » paradigm</i>
Robison 1997	<i>current paradigm - alternative paradigm</i>
Miller et Jacob 2001	<i>traditional weight loss paradigm - H@AS paradigm</i>

Nous tenterons donc de dégager ses fondements par l'analyse de plusieurs textes. Récemment, l'approche a été décrite dans les livres scientifiques sur l'obésité par Foster et McGuckin (2002) et par Foster (2002). Ces auteurs ne sont pas des instigateurs ou des praticiens du NPP mais plutôt des observateurs. Leur analyse résume bien les divers écrits et les ont amenés à dégager trois prémisses au NPP : 1) les méthodes pour maigrir sont inefficaces, 2) les méthodes pour maigrir sont néfastes, et 3) les croyances de tout temps sur les causes et les conséquences de l'obésité sont erronées.

Une précision importante doit être faite au préalable. La notion de *nondietsing* découle de la notion de *dietsing* que McFarlane et coll. (1999) ont défini comme étant « les tentatives visant à restreindre l'apport alimentaire avec l'intention de réduire ou de maintenir le poids ou la corpulence du corps » (traduction libre) (p. 261). *Dietsing*, terme court, simple et évocateur n'a pas vraiment d'équivalent en langue française. De plus, l'utilisation qui en est généralement faite englobe un univers plus large que la simple restriction alimentaire, elle comprend un ensemble de stratégies de perte de poids : produits, cliniques, gourous, services et moyens de toutes sortes. L'élément commun à tous ces moyens est la restriction alimentaire avouée ou non avouée qui est la seule composante pouvant amener une perte de poids significative. Ainsi, les auteurs ne sont généralement pas très explicites quant aux méthodes précises sur lesquels ils s'expriment, entraînant de la confusion notamment lorsqu'on expose les postulats du NPP. Ne pouvant être plus explicite que nos sources, « diètes » pourra englober ou faire référence à d'autres méthodes.

1.8.2.1 Les méthodes pour maigrir sont inefficaces

Une des forces qui a exercé le plus de pression pour faire émerger le NPP est l'évidence que les « diètes » n'arrivent pas à produire l'effet escompté, soit la perte de poids à long terme. Comme nous l'avons déjà abordé, le peu de résultats à long-terme des diverses méthodes est documenté depuis très longtemps. Déjà en 1979, Stunkard et Penick avaient sonné l'alarme. De nombreuses revues du sujet ont appuyé de nouveau ce constat (WHO 2000 ; Anderson *et al.* 2001 ; Jeffery *et al.* 2000 ; Ayaad et Anderson 2000 ; Miller *et al.* 1997 ; Garner et Wooley 1991 ; Wadden *et al.* 1989). Ainsi, les tenants du NPP demandent comment on peut en toute honnêteté diriger les gens vers une solution qui détient un si faible potentiel de réussite ? (McFarlane *et al.* 1999 ; Brownell 1991, 1993 ; Brownell et Wadden 1992 ; Brownell et Rodin 1994 ; Parham 1996 ; Omichinski 1995 ; Garner et Wooley 1991 ; Hirschmann et Munter 1988 ; Ernsberger et Haskew 1987 ; Wooley et Wooley 1984 ; Orbach 1978).

Démontrer les risques de l'obésité sur la santé est une chose, démontrer son corollaire, c'est-à-dire que la perte de poids est bénéfique pour réduire la morbidité et/ou la mortalité en est une autre. Dans leur revue des grandes études d'observation ayant examiné la perte de poids, Blair et Lee (1998) n'arrivent pas à démontrer de bénéfices clairs en terme d'espérance de vie, plusieurs études démontrant même un risque plus élevé de mortalité. Les auteurs invitent à ne pas conclure d'emblée que la perte de poids est délétère pour tous et dans tous les cas, différentes lacunes sur le plan méthodologique pouvant expliquer ces résultats. Ils n'ont tout de même pas d'explications pour certains résultats, par exemple, ceux issus de la grande étude MRFIT : une perte de poids égale ou supérieure à 5 % du poids chez des hommes appartenant au tiers supérieur du groupe en terme d'IMC ($IMC > 28,8 \text{ kg/m}^2$) a entraîné un risque de mortalité cardiovasculaire de 11 % supérieur, et un risque de mortalité toutes causes de 62 % supérieur comparativement aux hommes de poids stable (Blair *et al.* 1993 *cité dans* Blair et Lee 1998).

Récemment, des instances médicales ont énoncé des recommandations à l'effet qu'une perte de poids variant entre 5 % et 15 % du poids de la personne est suffisante pour améliorer la santé (*American Health Foundation's Expert Panel on Healthy Weight cité dans* ADA 1997 ; NHLBI 2000 ; Basdevant *et al.* 1998). En adoptant une vision plus modérée de la perte de poids, laquelle peut être obtenue sans méthodes draconiennes et en entraînant considérablement moins de préjudices, les tenants du paradigme traditionnel et du NPP se rapprochent dans leur visée.

1.8.2.2 Les méthodes pour maigrir sont néfastes

Un second argument fort soutenu par les tenants du nouveau paradigme est que les « diètes » engendrent des conséquences nuisibles de différents ordres : physique, comportementale, psychologique et sociale. Divers auteurs ont répertorié des conséquences physiques associées aux diverses méthodes pour maigrir. En 1999, Berg les a revues en détail ; elle note des conséquences à court terme et à long terme, et d'ampleur différente, allant de conséquences mineures jusqu'à la mort. Les conséquences à court terme telles que la constipation ou la diarrhée, l'hypotension,

les maux de tête, les étourdissements, l'intolérance au froid, les crampes musculaires, la perte de cheveux, etc. (Valdez *et al.* 2002 ; Berg 1999 ; Rasio 1970) sont considérées comme mineures si la cure est ponctuelle et de courte durée. Mais lorsque maigrir devient un mode de vie, comme c'est le cas pour certaines personnes, tout bénins que soient ces manifestations physiques, elles affectent la productivité (Petersmark et Smith 1989).

Gregg et Williamson (2002) expliquent que les conséquences de la perte de poids dépendent grandement de la méthode utilisée, de sa nature et de sa sévérité. Par exemple, des arrêts cardiaques, l'arythmie cardiaque et des déséquilibres électrolytiques ont été associés avec l'utilisation des VLCD (CDC 1998, Pi-Sunyer 1993, Wadden *et al.* 1990 cité dans Gregg et Williamson 2002). Durant plus de 25 ans, des décès ont été associés avec l'utilisation des VLCD (Berg 1999). L'épisode le plus douloureux est certainement les 58 décès survenus durant la décennie 1970, dû à la mauvaise qualité des protéines contenues dans les suppléments alimentaires (Wadden *et al.* 1990). Plus récemment, au début des années 1980, six décès sont survenus avec la diète liquide de Cambridge (Berg 1999).

D'autres types de traitements ont aussi causé la mort. Berg (1999) relate le difficile épisode des médicaments amaigrissants *Redux* et *Phen-Fen*, qu'environ 6 à 7 millions de personnes ont pris et dont 25 % ont développé des effets secondaires graves, l'hypertension pulmonaire primitive et la valvulopathie. De nombreux décès sont survenus et surviennent encore malgré que la drogue ait été retirée du marché en 1997. Actuellement, un peu partout aux États-Unis des recours collectifs permettent à des victimes d'être indemnisées (Berg 1999 ; Mundy 2001). Et tel que vu à la section 1.6.3, la sibutramine est actuellement sur la sellette (Santé Canada 2002 ; Afssaps 2002).

D'autres conséquences physiques peu banales liées à la perte de poids sont documentées. Certaines études ont identifié une densité minérale réduite chez des femmes qui manifestaient de la restriction cognitive (Van Loan *et al.* 2000) alors que

l'occurrence de ce problème est bien démontrée chez les femmes qui présentent un trouble de l'alimentation, ceci en conjonction avec des désordres du cycle menstruel (Putukian 1994 ; Nattiv *et al.* 1994). La perte de poids est aussi associée à la perte de masse osseuse, laquelle est à son tour un facteur de risque d'ostéoporose (Langlois *et al.* 2001, 1996 ; Felson 1993). La restriction cognitive a aussi été mise en relation avec le développement de désordres du cycle menstruel (Selzer *et al.* 1996 ; Barr *et al.* 1994 ; Schweiger *et al.* 1992). La formation de calculs biliaires est un risque établi des restrictions alimentaires dans les cas où elles engendrent une perte de poids de plus de 1,5 kg par semaine (Gregg et Williamson 2002). La peur de gagner du poids constitue une barrière à l'arrêt de comportements préjudiciables tels que le tabagisme (King *et al.* 2000). Quelques études ont démontré que la présence d'anxiété reliée à l'appréhension du jugement de son corps constituerait une barrière à la pratique d'activité physique (Ransdell *et al.* 1998 ; Frederick et Morrison 1996 ; McAuley *et al.* 1995 ; Hart *et al.* 1989).

On entend parfois que la préoccupation à l'égard du poids peut être bénéfique, en augmentant la motivation à bien manger, à faire de l'activité physique afin de garder un poids sain. Quelques études ont démontré que les personnes qui tentent de perdre du poids présentaient un meilleur profil nutritionnel (Lowry *et al.* 2000 ; Wardle *et al.* 2000). Il serait cependant plus juste de dire que la question est controversée, car lorsque la détresse associée à l'image corporelle s'accroît, les conséquences sont plutôt négatives (Schwartz et Brownell 2004).

À plus long terme, les tenants du NPP s'inquiètent du « syndrome du yoyo », qui est un patron récurrent de gains et de pertes de poids. En se basant sur les travaux de divers auteurs, notamment le *Minnesota Starvation Study* (Keys *et al.* 1950), ils considèrent que la réduction du métabolisme de base associée aux restrictions alimentaires sévères est à l'origine de l'obésité iatrogénique (Hawks et Gast 1998). Les restrictions alimentaires sévères provoquent une mobilisation de la masse musculaire, qui entraîne une réduction du métabolisme de base. Une fois celui-ci abaissé, si la consommation alimentaire demeure la même, le gain de poids est

inévitables. Survient alors le fragile état de post-obèse (Leibel *et al.* 1995). La crainte manifestée par les tenants du NPP au regard « syndrome du yoyo », soit que les cycles répétés de pertes et de gains de poids finissent par nuire au contrôle du poids, a obtenu récemment de forts appuis scientifiques. En effet, diverses études prospectives associent variation du poids et gain de poids ultérieur tant chez les jeunes (Field *et al.* 2003 ; Field *et al.* 2000 ; Stice *et al.* 1999) que chez les adultes (Kroke *et al.* 2002 ; Field *et al.* 2001 ; Korkeila *et al.* 1999 ; Pasman *et al.* 1999 ; Coakley *et al.* 1998 ; French *et al.* 1995b ; French *et al.* 1994). Par exemple, les résultats de l'étude de Kroke et coll. (2002) indiquent qu'après avoir contrôlé pour l'âge et l'IMC en pré-intervention, la variation du poids (*weight cycling*)¹¹ était le prédicteur le plus important chez les hommes d'un futur gain de poids d'au moins 2 kg (RC = 5,68, IC = 3,97-8,13), ceci parmi une longue liste de facteurs potentiels. Chez les femmes, une perte de poids antérieure était le prédicteur le plus important d'un futur gain de poids d'au moins 2 kg (RC = 5,29, IC = 4,19-6,69), suivi par la variation du poids (*weight cycling*) (RC = 3,32, IC = 2,38-4,62). Field et coll. (2001) ont démontré que des femmes qualifiées de « *mild weight cyclers* » et les « *severe weight cyclers* »¹² avaient pris respectivement environ 1,8 kg et 3,4 kg de plus que leurs pairs sur une période de six ans. Les études de Field et coll. (2000) et de Stice et coll. (1999) démontrent une augmentation significative du poids moyen des adolescents et de la proportion de jeunes dans la catégorie de l'obésité chez les adolescents qui ont fait des tentatives de perte de poids comparativement à ceux qui n'en ont pas faites. L'étude de Korkeila et coll. (1999) montre, entre autres, que les femmes d'âge moyen faisant l'usage de diètes couraient un risque significativement plus élevé de gain de poids substantiel à long terme, comparativement aux femmes qui ne faisaient pas de diètes. Selon cette même étude, le risque de gain de poids tend à augmenter dans pratiquement tous les groupes de sujets à l'étude, initialement de poids normal, et qui ont eu recours à l'amaigrissement.

¹¹ Dans cette étude, le « *weight cycling* » est défini comme un gain et une perte de poids intentionnels de 5 kg et plus chacun dans les deux années précédant la cueillette de données pré-intervention.

¹² Dans ce cas-ci, les « *severe weight cyclers* » sont les personnes qui ont perdu de façon intentionnelle quatre fois 9,1 kg ou plus entre 18 et 30 ans. Les « *mild weight cyclers* » ont perdu 4,5 kg ou plus, trois fois ou plus mais n'atteignent pas le critère du *severe weight cycling*.

Pour les tenants du paradigme traditionnel, les manifestations du « syndrome du yoyo » demeurent un argument controversé. Or, certaines études ne démontrent pas d'effets délétères de la restriction alimentaire, contrairement à d'autres. Les conclusions d'une récente revue sur le « syndrome du yoyo » rédigée par Atkinson et Stern (1998), des chercheurs du paradigme traditionnel, tendent toutefois à appuyer les mises en garde des tenants du nouveau paradigme. En effet, ils concluent que les effets délétères à court terme du « syndrome du yoyo » sont rares, voire absents en ce qui a trait au poids, à la composition corporelle, à la distribution du gras, au métabolisme de l'énergie et aux risques cardiovasculaires. Ils exposent que les humains seraient très bien adaptés aux cycles d'abondance et de disette. En revanche, ils indiquent qu'on ne peut être assuré de l'innocuité des cycles de restrictions alimentaires à long terme, notamment parce que peu d'études à long terme viennent éclairer cette question et parce que les cycles de perte de poids sont aussi le fait de personnes minces pour qui il n'y a évidemment pas d'indication d'amaigrissement. En fait, la difficulté de démontrer une relation causale en rapport avec le « syndrome du yoyo » tient d'abord au fait qu'il s'agit d'un concept complexe à définir et à mesurer (Atkinson et Stern 1998). Pour définir le concept de façon précise, de manière à bien le contrôler dans les études, il faudrait considérer simultanément les éléments suivants : le nombre de cycles, la quantité de poids perdu et/ou regagné par cycles, la longueur de chaque cycle et de l'intervalle entre chacun, la méthode d'amaigrissement utilisé, l'ampleur de la restriction énergétique engendrée par la méthode, le poids initial de la personne, sa composition corporelle, ses conditions de santé, etc. (Atkinson et Stern 1998 ; NIH 1994). Il va sans dire qu'il s'agit là d'une question difficile et coûteuse à étudier.

Sur le plan des comportements, les tenants du nouveau paradigme argumentent que le recours aux méthodes d'amaigrissement perturbe la capacité du mangeur à laisser agir ses mécanismes naturels de régulation de l'apport alimentaire. En favorisant le recours aux signaux alimentaires externes du corps, les mangeurs deviennent de plus en plus des mangeurs cognitifs. Et lorsqu'ils sont préoccupés par leur poids, on dit qu'ils sont en restriction cognitive qui déstabilise la relation qu'entretiennent les

personnes avec la nourriture (Apfeldorfer et Zermatti 2001). Le recours fréquent à la restriction alimentaire est un facteur de prédiction des troubles de l'alimentation, surtout de la compulsions alimentaires (McFarlane *et al.* 1999 ; Robison 1997 ; Parham 1996 ; Hawks et Richins 1994 ; Polivy et Herman 1985). Au plan psychologique, des liens ont été établis entre le recours à l'amaigrissement et la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, l'isolement social, la préoccupation à l'égard du poids et de la nourriture, ainsi qu'une pauvre image et estime de soi (McFarlane *et al.* 1999 ; Parham 1996 ; Garner et Wooley 1991). Et que penser des effets des tentatives à répétition sur la confiance en soi ? À force d'essayer, on réussit, pensent certains (p. ex. : à mesure que s'accroît le nombre de tentatives pour arrêter de fumer, s'accroît la probabilité de réussir). Les tenants du nouveau paradigme, tout comme l'OMS, mettent en évidence le sentiment d'échec et le sentiment d'impuissance que ressentent ceux et celles qui recommencent l'expérience de la perte de poids à répétition (WHO 2000 ; Polivy et Herman 1999 ; Foreyt et Goodrick 1993).

1.8.2.3 Les croyances de tout temps sur les causes et les conséquences de l'obésité sont incorrectes

L'argument principal avancé pour traiter l'obésité est qu'il s'agit d'une condition fortement associée à diverses pathologies, ainsi qu'à une réduction de l'espérance de vie sans oublier l'impact sur la qualité de vie des individus. Bien sûr, personne n'oserait penser que l'obésité n'affecte en rien la santé. En effet, les évidences scientifiques sont plus convaincantes concernant l'impact négatif de l'excès de poids sur la morbidité que sur la mortalité (Visscher et Seidell 2001). La liste des pathologies associées à l'obésité est longue, mais les tenants du NPP juge qu'il n'est pas simple de documenter les conséquences d'une condition aussi hétérogène que l'obésité, sur laquelle intervient une foule de facteurs qu'on ne peut prendre complètement en considération (Ernsberger et Koletsky 1999 ; Miller 1999 ; Parham 1996 ; Ernsberger et Haskew 1987). Ainsi des questions importantes sont sans réponse : par exemple, pourquoi, à grosseur égale, y-a-t-il une si grande variabilité dans les conséquences ? Les conséquences physiologiques sont-elles attribuables à l'excès de poids comme tel, ou bien à des comportements qui auraient comme

conséquence à la fois un gain de poids et certaines pathologies ? (Ernsberger et Koletsky 1999 ; Miller 1999 ; Hawks et Gast 1998). Qu'en est-il de la santé des personnes, génétiquement grosses, qui maintiennent un poids stable et ont de bonnes habitudes de vie ? (Gaesser 1999 ; Lamarche *et al.* 1992 ; Tremblay *et al.* 1991) Quel est le lien entre le poids, les conséquences physiques et les conséquences psychosociales ? Par exemple, une étude récente sur l'évaluation d'un programme découlant du NPP a démontré que même sans perte de poids, les participantes à ce programme ont amélioré leur santé métabolique autant que celles qui avaient maigri dans le groupe témoin (Bacon *et al.* 2002).

L'association entre le poids et la réduction de l'espérance de vie n'est pas clairement démontrée. En effet, des résultats contradictoires émanent des différentes études qui mettent en relation l'IMC et la mortalité. Bien que l'association entre l'obésité franche ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et la mortalité soulève peu de doutes, les évidences sont moins probantes pour un IMC se situant entre 25 et 28 kg/m^2 (Kassirer et Angell 1998 ; Troiano *et al.* 1996).

En fait, que ça soit dans l'étude de la morbidité ou de la mortalité associées au poids, plusieurs variables confondantes ne sont pas toujours prises en considération dans les études, comme le statut socioéconomique qui est fortement associé à une réduction de l'espérance de vie ou encore à la sédentarité (Ernsberger et Koletsky 1999 ; Kassirer et Angell 1998 ; Ernsberger et Haskew 1987). Les tenants du nouveau paradigme considèrent donc que les auteurs du paradigme traditionnel tendent à exagérer les problèmes associés à l'obésité et n'y apportent pas les nuances requises (Berg 1999 ; Ernsberger et Koletsky 1999 ; Parham 1996 ; Ernberger et Haskew 1987).

Un dernier élément sur lequel les tenants des deux paradigmes concerne l'indication à maigrir selon qu'on est un homme ou une femme, compte tenu des différences dans les conséquences associées au poids selon le sexe. Les hommes accumulent la graisse à l'abdomen, et ce type d'accumulation est particulièrement préjudiciable comparativement à l'accumulation de type gynoïde (cuisses, hanches, fesses) que l'on retrouve chez les femmes particulièrement avant la ménopause (Kuczmarski et Flegal

2000 ; Pi-Sunyer 2000 ; WHO 2000 ; NHLBI 2000 ; Pascot *et al.* 1999 ; Santé et Bien-être social Canada 1991 ; Kopelman 1994 ; Kissebah *et al.* 1989). Ainsi, comment peut-on expliquer que l'information médicale ne fasse pas une distinction systématique du risque selon le sexe et l'âge? Les données sont pourtant claires, ce sont les femmes qui font vivre l'industrie de l'amaigrissement, alors que ce sont les hommes qui sont plus à risque.

En conclusion, bien que les nouvelles recommandations scientifiques orientent vers une perte de poids modérée (NHLBI 2000), beaucoup de professionnels et l'industrie de l'amaigrissement font toujours la promotion d'une perte de poids importante. Les tenants du NPP questionnent l'insistance de cette approche à encourager une perte de poids importante, ainsi que sur les méthodes proposées, dans un contexte où celle-ci est pratiquement impossible à obtenir de façon durable ; dans le cas où elle est atteinte, de ne pouvoir compter de manière assurée sur des bénéfices. Et ceci sans même considérer les effets secondaires. En effet, l'important est l'amélioration de la santé physique et mentale des individus.

1.8.2.4 Le verre à moitié plein ou à moitié vide

Les perspectives respectives des tenants des deux paradigmes s'articulent autour de la notion du risque : les tenants du paradigme traditionnel estiment que les effets de l'obésité sont si importants que l'incertitude sur les effets à long terme du « syndrome du yoyo » est peu préoccupant (Atkinson et Stern 1998 ; NIH 1994). Quant aux tenants du NPP, ils évaluent que « le jeu n'en vaut pas la chandelle », considérant particulièrement le caractère virtuel du succès permanent de la perte de poids. On constate ici que malgré l'examen des mêmes évidences, la science comme telle ne permet pas de trancher les débats et les controverses. C'est là que les paradigmes font toute la différence : l'examen des évidences n'est pas fait selon la même perspective. C'est donc dans l'arbitrage du risque que se campent les positions respectives des protagonistes. Ainsi, les tenants de l'approche traditionnelle manipulent la « recette » (la combinaison des éléments du traitement et la modification de leurs paramètres),

en croyant arriver à l'améliorer, tandis que les tenants du nouveau paradigme ont fait table rase des restrictions alimentaires et de la panoplie de moyens amaigrissants.

1.9 Qu'est-ce qu'un paradigme ?

Puisque la notion de paradigme est centrale à cette thèse, nous jugeons qu'une définition complète du mot « paradigme » est pertinente.

1.9.1 Définition de paradigme

Ce mot, venant du grec *paradeigma*, et signifiant « modèle », « exemple », a été popularisé par Thomas S. Kuhn avec la publication en 1962 de son livre, traduit en 19 langues, *The Structure of Scientific Revolutions*. La thèse de Kuhn a considérablement marqué la philosophie des sciences en modifiant la croyance selon laquelle la connaissance scientifique évolue par une lente et constante accumulation de connaissances qui s'additionnent les unes aux autres. En effet, selon Kuhn, la science connaît alternativement des périodes révolutionnaires et des périodes de relative stabilité (Gagnon et Hébert 2000). En effet, elle évoluerait selon le schéma suivant (Fourez 1988) :

- la phase pré-paradigmatique pendant laquelle une discipline est en train de naître ;
- suivi par la période paradigmatique, appelée « science normale » par Kuhn (1972), durant laquelle l'objet de la science est construit d'une manière relativement stable et ses techniques sont relativement claires ;
- survient ensuite la révolution scientifique, ainsi nommée parce qu'il devient nécessaire de renouveler la discipline en rejetant les présupposés paradigmatiques antérieurs.

Selon Kuhn (1972) un paradigme est **l'ensemble des croyances, des valeurs reconnues et des techniques communes aux membres d'une communauté scientifique donnée. Il s'agit d'un cadre de présuppositions définissant ce qui constitue un problème, une solution et une méthode, qui modèlent et guident le travail des scientifiques dans un domaine concerné.** L'ensemble des chercheurs qui partagent ce consensus se nomme « communauté scientifique » (Gagnon et

Hébert 2000). Bien que l'on puisse considérer cette définition comme étant claire, Masterman, notamment, a relevé 21 sens différents du terme « paradigme » dans la première édition du livre (1962) de Kuhn (Nadeau 1999). Ceci a amené Kuhn à reconsidérer la définition initiale qu'il avait donné au mot « paradigme ». Il a donc rédigé en 1969 une postface pour la seconde édition de son livre, dans laquelle il a reconnu avoir donné deux emplois différents au mot : le sens général donné ci-haut ou un élément isolé de cet ensemble, soit les solutions d'énigmes concrètes aussi appelées « exemples » (Kuhn 1972). Il proposa de remplacer le terme « paradigme » dans son sens général par « matrice disciplinaire ». Mais la suggestion de Kuhn d'utiliser le terme « matrice disciplinaire » fut toutefois peu suivie par ses disciples et commentateurs qui ont en général conservé la première expression (Gagnon et Hébert 2000). Selon Edgar Morin (1991), le mot paradigme a depuis pris un sens vulgarisé. Pour le commun des mortels, il désigne soit le principe, le modèle ou la règle générale, soit l'ensemble des représentations, croyances, idées qui s'illustrent de façon exemplaire ou qu'illustrent des cas exemplaires. Les individus connaissent, pensent et agissent en fonction des paradigmes qui sont prédominants dans leur culture ou sous-culture. En conséquence, un changement de paradigme exige une transformation de la culture.

Le consensus implicite d'un groupe de scientifiques ne s'arrête toutefois pas aux lois, méthodes et techniques. Une discipline scientifique est aussi déterminée par une organisation mentale. En philosophie des sciences, une matrice disciplinaire ou un paradigme, est une structure mentale, consciente ou non, qui sert à classifier le monde pour pouvoir l'aborder (Fourez 1988). Un paradigme implique donc une manière de voir le monde. D'ailleurs, Kuhn (1972) dit que :

« Guidés par un nouveau paradigme, les savants adoptent de nouveaux instruments et leurs regards s'orientent dans une nouvelle direction. Fait encore plus important, durant les révolutions scientifiques, les scientifiques aperçoivent des choses neuves, des choses différentes, alors qu'ils étudient avec des instruments familiers des questions qu'ils avaient déjà examinées. C'est un peu comme si le groupe de spécialistes était transporté sur une autre planète où les objets familiers apparaissent sous une lumière différente et en compagnie d'objets

inconnus. Bien entendu il ne se produit rien de tel : il n'y a pas de déplacement géographique ; à l'extérieur du laboratoire, les affaires quotidiennes suivent leur cour habituel. Néanmoins, les changements de paradigmes font que les scientifiques, dans le domaine de leur recherches, voient tout d'un autre œil. Dans la mesure où ils n'ont accès au monde qu'à travers ce qu'ils voient et font, nous pouvons être amenés à dire qu'après la révolution, les scientifiques réagissent à un monde différent » (Kuhn 1972, p.136).

Ceci se traduirait, toujours selon Kuhn (1972), comme de « prendre les choses par l'autre bout » ; « on manipule les mêmes faits qu'auparavant mais en les plaçant dans un système de relations qui est nouveau parce qu'on leur a donné un cadre différent » (Butterfield 1949 *cité par* Kuhn 1962 p. 108).

Selon Casti (1991), l'aspect le plus révolutionnaire de la pensée de Kuhn est d'omettre entièrement des notions telles que la connaissance, la vérité et la réalité extérieure. Selon lui, il n'existe pas à proprement parler d'observations ou de faits « empiriques » ; nous ne percevons les choses qu'en les interprétant et, notre interprétation dépend du paradigme dominant. Un des critiques de Kuhn, Shapere (1984 *cité dans* Casti 1991), l'accuse d'être un relativiste qui rejette l'objectivité et la rationalité des sciences. Selon lui, il est inadéquat de penser que notre façon de voir le monde crée une réalité différente. Porter d'autres lunettes peut déformer notre vision de la réalité mais cela ne crée pas une nouvelle réalité. Margolis (1993) fournit un éclairage intéressant à cette question difficile qu'est l'appréhension de la réalité. Il explique qu'à l'instar des habitudes de vie, comportements répétitifs des individus dans leur quotidien qui s'apparentent à des réponses automatiques, les habitudes de l'esprit (*habits of mind*) sont des réponses enracinées qui surviennent généralement sans une attention consciente. Même si on en prend conscience, elles demeurent difficiles à changer. Margolis (1993) prend soin de différencier les « habitudes de l'esprit » des « points de vue », puisqu'une personne est généralement consciente de ses points de vue, mais elle ne l'est pas pour les habitudes de l'esprit. Selon lui, la composante essentielle d'un paradigme kuhnien, les habitudes de l'esprit, est intrinsèquement invisible, quoique non indétectable.

1.9.2 Les révolutions scientifiques

Revenons plus en détails au schéma selon lequel la science évolue. La science normale ne vise pas à mettre en lumière des phénomènes d'un genre nouveau; au contraire, elle est dirigée vers une connaissance plus approfondie des phénomènes et théories que le paradigme fournit déjà (Kuhn 1972). Elle est donc très féconde sur le plan empirique mais se caractérise par un certain conservatisme théorique (Gagnon et Hébert 2000). Elle a essentiellement pour but de résoudre des énigmes. Une « énigme » est un problème dont on peut raisonnablement espérer qu'on va lui trouver une solution dans un avenir prévisible à l'aide de la représentation du monde, des concepts et des méthodes compris dans le paradigme régnant. Les problèmes dont la solution n'apparaît pas possible dans le cadre du paradigme régnant seront tout simplement mis de côté : on dira qu'ils relèvent d'une autre discipline ou qu'ils apparaissent pour l'instant insolubles, ou encore qu'ils sont insolubles par les méthodes de la science, donc que ces problèmes sont d'ordre métaphysique (Gagnon et Hébert 2000). Les périodes paradigmatiques (science normale) sont caractérisées par un enjeu de pouvoir social important : lorsque les disciplines se sont imposées, elles ont durci leurs concepts, gommé leur origine sociale. Le travail de recherche est alors défini par la référence à un cadre disciplinaire précis et les chercheurs se sentent moins tenus de répondre à des demandes de connaissances venant de la vie externe à la discipline. En conséquence, ils jouissent d'une relative indépendance face au contexte social dans lequel ils évoluent (Fourrez 1988). La science normale est celle que pratique la majorité des scientifiques (Gagnon et Hébert 2000).

Certaines énigmes résistent cependant aux tentatives faites par les scientifiques. Ceux-ci prennent alors conscience de la présence d'une anomalie, c'est-à-dire l'impression que la nature, d'une manière ou d'une autre, contredit les résultats attendus dans le cadre du paradigme qui gouverne la science normale (Kuhn 1972). Quand l'absence de solutions persiste, malgré les diverses tentatives pour lesquelles les voies et les moyens ont varié, les scientifiques commencent à se demander s'il ne faut pas remettre en question le paradigme lui-même. La discipline scientifique en cause entre alors dans une période de crise, ce qui provoque la recherche de nouvelles

approches, sans que personne ne sache avec certitude s'il faut chercher des modifications mineures au paradigme régnant, ou des modifications majeures, ce qui reviendrait à en définir un totalement nouveau (Gagnon et Hébert 2000). Justement parce qu'elle exige sur une grande échelle une négation du paradigme et des changements majeurs dans les problèmes et les techniques de la science normale, l'émergence de nouvelles théories est généralement précédée par une période de grande insécurité pour les scientifiques. Celle-ci tient à l'impossibilité durable de parvenir aux résultats attendus dans la résolution des énigmes de la science normale. L'échec des règles existantes est le prélude de la recherche de nouvelles règles (Kuhn 1972).

Justement parce que c'est une modification du paradigme, le passage entre deux paradigmes concurrents ne peut se faire par petites étapes, sous l'influence de la logique et d'une expérience neutre. Le passage s'opère par une crise, une rupture paradigmatique. Loin d'être un processus cumulatif, il s'agit d'une reconstruction de tout un nouveau secteur, sur de nouveaux fondements, reconstruction qui change certaines des généralisations théoriques les plus élémentaires. Il y a aussi des différences décisives dans les méthodes de solution. Quand la transition est complète, les spécialistes ont une toute autre manière de considérer leur domaine, incluant ses méthodes et même ses buts. Le passage au nouveau paradigme est une révolution scientifique (Kuhn 1972).

1.9.3 L'incommensurabilité des paradigmes

Les révolutions, en mettant de côté un paradigme pour le remplacer par un autre, proposent une vision du monde non seulement nouvelle, mais tout à fait incompatible avec celle que présentait le paradigme précédent ; on parle donc de l'incommensurabilité des paradigmes. Cela veut dire non seulement qu'ils sont incompatibles, ou ne peuvent être tenus simultanément pour vrais, mais aussi que les mêmes expressions linguistiques y ont des sens tout à fait différents, ce qui rend non pas impossible, mais fort difficile la communication et la discussion entre tenants de paradigmes différents. En d'autres mots, les interlocuteurs n'ont pas de cadre de

référence commun (Gagnon et Hébert 2000). Margolis (1993) qui, tel que présenté, mettait en évidence les habitudes de l'esprit, décrit la survenue de situations conflictuelles. Il est difficile de savoir pourquoi il y a conflit. Pire, ni l'une ni l'autre des parties ne sait pourquoi il devrait essayer de voir les choses comme son adversaire. Ils essaient plutôt de comprendre pourquoi l'autre parti ne se rend pas compte de la faiblesse de sa position. Finalement, l'explication la plus plausible du conflit est que les parties voient le monde de façon bien différente. L'incommensurabilité est ici exprimée par le conflit mais réfère encore aux visions différentes du monde.

1.9.4 Adopter un nouveau paradigme

Quand on est soumis à un paradigme, en accepter un autre est une expérience exigeante, que Kuhn (1972) compare à la conversion, car dit-il, on persiste à croire que l'ancien paradigme parviendra à résoudre tous les problèmes. Les adeptes de paradigmes concurrents ne s'entendent jamais complètement, aucun des partis ne voulant admettre les suppositions non-empiriques dont l'autre a besoin pour rendre valable son point de vue. Chacun peut espérer convertir l'autre à sa conception de la science et ses problèmes mais aucun ne peut espérer prouver son point de vue ; la concurrence entre paradigmes n'est pas le genre de batailles qui puisse se gagner avec des preuves (Kuhn 1972). Celui qui adopte un nouveau paradigme à un stade précoce doit souvent le faire en l'absence de toutes les preuves, ou de la résolution de tous les problèmes. Il faut alors faire confiance au nouveau paradigme pour résoudre les nombreux et importants problèmes qui lui sont posés, simplement parce que l'ancien paradigme s'en est révélé incapable.

Au début, un nouveau candidat au titre de paradigme n'a parfois que quelques partisans et dont les motifs peuvent même être suspects. Néanmoins s'ils sont compétents, ils l'amélioreront, exploreront ses possibilités et donneront une idée de ce que serait d'appartenir à un groupe guidé par lui. S'il s'agit d'un paradigme destiné à percer, le nombre et la valeur de ses arguments augmenteront ; ses adhérents se feront plus nombreux et le développement du nouveau paradigme se poursuivra.

Graduellement, le nombre d'expériences, d'instruments, d'articles et de livres se multipliera. De nouveaux scientifiques se rallieront et de façon ultime, il ne restera que quelques irréductibles (Kuhn 1972).

L'argument le plus lourd pour les adeptes du nouveau paradigme demeure la prétention de résoudre les problèmes qui ont conduit l'ancien paradigme à la crise. Quand il est légitime, cet argument est souvent le plus efficace car il s'adresse à un groupe qui sait que le paradigme régnant est en difficulté. Il n'y a toutefois pas de raison unique pour adopter un nouveau paradigme, chaque scientifique a ses raisons, toutes sortes de raisons et, en général, plusieurs raisons à la fois. Il n'y aura pas de conversion du groupe en bloc, mais plutôt une modification croissante de la distribution des obédiences professionnelles. Ce qu'il importe de comprendre, c'est la manière avec laquelle un ensemble particulier de valeurs communes entre en interaction avec les expériences particulières communes au groupe de spécialistes de telle sorte que la plupart des membres du groupe trouvent finalement qu'un ensemble d'arguments est plus décisif qu'un autre. On trouvera donc qu'une théorie scientifique est meilleure que les précédentes, non seulement parce qu'elle est un meilleur instrument pour cerner et résoudre les énigmes mais aussi parce qu'elle traduit mieux la nature selon les vues du groupe. C'est pourquoi lors des changements de paradigme, il y a généralement un déplacement significatif des critères qui déterminent la légitimité des problèmes et aussi des solutions (Kuhn 1972).

1.9.5 Le nouveau paradigme sur le poids est-il véritablement un « paradigme » ?

Dans la description des fondements du NPP, nous avons mis en lumière les éléments divergents entre les différentes façons d'aborder la problématique du poids. Mais ceci fait-il du NPP, le paradigme H@AS, un nouveau paradigme pour autant ? Pour répondre à cette question et ainsi examiner si le NPP se qualifie pour l'appellation « paradigme », nous ferons l'exercice de mettre en parallèle les éléments de définition de paradigme et la description du NNP.

Éléments de définition d'un paradigme

Ensemble des croyances, des valeurs reconnues et des techniques communes aux membres d'une communauté scientifique donnée. Il s'agit d'un cadre de présuppositions définissant ce qui constitue un problème, une solution et une méthode, qui modèlent et guident le travail des scientifiques dans un domaine concerné (p. 134).

Le consensus est partagé par une communauté scientifique (p. 134).

Un paradigme implique donc une manière de voir le monde (p. 135).

Les changements de paradigmes font que les scientifiques, dans le domaine de leur recherches, voient tout d'un autre œil (p. 136).

Nouveau paradigme sur le poids

Le NPP décrit effectivement des croyances, des valeurs et une nouvelle façon d'intervenir. Il y a des pré suppositions qui permettent de redéfinir le problème et qui guident la solution et les méthodes.

Les valeurs, pré suppositions et méthodes sont partagées par une communauté scientifique, que l'on parle des chercheurs ou des praticiens. Par exemple, au Québec les intervenants se sont regroupés au sein du CAAO. Au Canada, on retrouve des supporteurs du NPP autour de *HUGS* au Manitoba et de *Canada Wyde* en Colombie-Britannique. Aux États-Unis, ils sont regroupés dans l'association *AHELP*, dans la *NAAFA*, dans le *Healthy Weight Network* et d'autres encore.

Considérer que la santé est une ressource pour bien vivre et non le but ultime de la vie et que chaque personne a un potentiel de santé peu importe son poids peut être considéré à la fois comme une manière de voir le monde qui est propre aux tenants du NPP et qui diffère radicalement des traditionalistes.

Éléments de définition d'un paradigme

Les habitudes de l'esprit (habits of mind) sont des réponses enracinées qui surviennent généralement sans une attention consciente. Même si on en prend conscience, elles demeurent difficiles à changer (p. 136).

Une « énigme » est un problème dont on peut raisonnablement espérer qu'on va lui trouver une solution dans un avenir prévisible à l'aide de la représentation du monde, des concepts et des méthodes compris dans le paradigme régnant (p. 137).

Les périodes paradigmatiques (science normale) sont caractérisées par un enjeu de pouvoir social important : lorsque les disciplines se sont imposées, elles ont durci leurs concepts, gommé leur origine sociale (p. 137).

Nouveau paradigme sur le poids

Malgré la reconnaissance de la complexité du problème, de la connaissance partielle des mécanismes causaux et d'une efficacité faible des traitements, le courant scientifique véhicule majoritairement un discours de vérité. Par exemple, la susceptibilité génétique est une connaissance largement acquise. Néanmoins, les grosses personnes sont fréquemment stigmatisées et discriminées par les professionnels car on les juge responsables de leur état. Les habitudes de l'esprit sont bien ancrées.

Certains traditionalistes lorgnent du côté du NPP, ce qui peut être une indication qu'ils envisagent être en face d'une énigme. Les chapitres sur le *nondietsing* qui se sont retrouvés récemment à l'intérieur de livres sur l'obésité témoignent clairement de ce rapprochement (Foster et McGuckin 2002 ; Foster 2002).

On pourrait dire qu'il y a un *establishment* de l'obésité. Un groupe d'experts connus, qui publient abondamment. Il y a peu d'échanges à l'extérieur de ce cercle. Par exemple, les univers de l'obésité et des troubles de l'alimentation sont distincts.

*Éléments de définition d'un
paradigme*

Le travail de recherche est alors défini par la référence à un cadre disciplinaire précis et les chercheurs se sentent moins tenus de répondre à des demandes de connaissances venant de la vie externe à la discipline. En conséquence, ils jouissent d'une relative indépendance face au contexte social dans lequel ils évoluent (p. 137).

Quand l'absence de solutions persiste, malgré les diverses tentatives pour lesquelles les voies et les moyens ont varié, les scientifiques commencent à se demander s'il ne faut pas remettre en question le paradigme lui-même. La discipline scientifique en cause entre alors dans une période de crise... (p. 137)

Nouveau paradigme sur le poids

La recherche des traditionalistes consiste à amalgamer différemment les mêmes composantes ou en en varier la dose dans l'espoir de trouver une meilleure solution. Ils continuent de promouvoir avec ardeur la prise en charge médicale même chez des personnes qui présentent un excès de poids et non de l'obésité. Par exemple, dans le très important rapport « Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults » du NHBLI (1998), on indique que toutes les personnes de 18 ans et plus ayant un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m^2 sont considérées à risque. Strawbridge et coll. (2000) ont très sérieusement questionné ces lignes directrices dans le American Journal of Public Health en mars 2000 dans un article intitulé « New NHBLI Clinical Guidelines for overweight and obesity: Will they promote health ? »

Cette phase n'est pas encore atteinte. Nous ne sommes pas dans une révolution scientifique.

*Éléments de définition d'un
paradigme*

Les révolutions, en mettant de côté un paradigme pour le remplacer par un autre, proposent une vision du monde non seulement nouvelle, mais tout à fait incompatible avec celle que présentait le paradigme précédent ; on parle donc de l'incommensurabilité des paradigmes... Finalement, l'explication la plus plausible du conflit est que les parties voient le monde de façon bien différente (p. 138).

Quand on est soumis à un paradigme, en accepter un autre est une expérience de conversion car on persiste à croire que l'ancien paradigme parviendra à résoudre tous les problèmes. Les adeptes de paradigmes concurrents ne s'entendent jamais complètement... (p. 139)

Celui qui adopte un nouveau paradigme à un stade précoce doit souvent le faire en l'absence de toutes les preuves ou de la résolution de tous les problèmes. Il faut alors faire confiance au nouveau paradigme pour résoudre les nombreux et importants problèmes qui lui sont posés, simplement parce que l'ancien paradigme s'en est révélé incapable. Une décision de ce genre ne relève que de la foi. (p. 139).

Lors des changements de paradigme, il y a généralement un déplacement significatif des critères qui déterminent la légitimité des problèmes et aussi des solutions (p. 140).

Nouveau paradigme sur le poids

Les visions sont parfois plutôt difficiles à réconcilier... Par exemple, certains se demandent comment on peut ne pas vouloir faire maigrir des grosses personnes. Ou encore, un chirurgien qui prescrit l'amaigrissement à une personne en vue d'une chirurgie sans aucunement tenir compte de sa situation globale.

Une telle tension existe chez les nutritionnistes du Québec par exemple. Bon nombre d'entre elles ont été formées au NPP, et elles se sentent parfois, face aux autres, comme si elles « prêchaient » la bonne nouvelle.

Ceci décrit bien la réalité vécue par l'auteur qui travaille depuis 20 ans à accumuler les textes, les exemples, les données empiriques, les résultats d'études issus de diverses disciplines afin de développer peu à peu un argumentaire pour appuyer le NPP. Il a fallu une dose importante de confiance et l'analogie avec la foi décrit bien la situation car cette attitude est irréversible et ne relève pas du choix.

Les articles qui ont proposé une révision des critères pour définir le succès des traitements de l'obésité ainsi que la recommandation du NHLBI d'une perte de poids de l'ordre de 10 % constituent des modifications de critères qui

pourraient être considérés comme un tel déplacement.

Cet exercice comparatif indique que la majorité des éléments de définition et de description du paradigme sont rencontrés. La période actuelle n'est pas encore celle de la révolution scientifique puisque la reconnaissance de l'énigme n'est pas assez largement partagée. Par ailleurs, le NPP lui serait plutôt en phase pré-paradigmatique puisqu'il est en train de naître. Néanmoins, malgré ces quelques restrictions nous argumenterions à l'effet que le NPP se qualifie pour l'appellation de paradigme.

1.10 Les interventions basées sur le NPP

Quels sont les effets obtenus suite aux interventions qui découlent du NPP ? À notre connaissance, les expériences et interventions individuelles découlant du nouveau paradigme n'ont pas été évaluées. Seules les interventions de groupe ont fait l'objet de recherches évaluatives. Nous présenterons une revue des résultats des recherches évaluatives menées sur les programmes s'inspirant du nouveau paradigme. Les résumés des études se retrouvent au tableau III. Cette revue est basée sur 17 études réalisées entre 1988 et 2004.

1.10.1 Le contenu des interventions

Au plan du contenu des interventions, plus de la moitié des programmes présentés dans la présente revue ont une origine commune [le programme de Bacon *et al.* (2002), *Beyond dieting* (Ciliska 1998, 1993, 1990), *Undieting* (Polivy et Herman 1992 ; Hetherington et Davies 1998), *If only I were thin...* (Robinson et Bacon 1996), *HUGS* (Omichinski et Harisson 1995), le programme australien (Roughan *et al.* 1990) et celui de McNamara (1989)]. Tout en présentant des variantes, ils sont tous inspirés de la vision de Orbach (*Fat is a feminist issue*) et de Hirschmann et Munter (*Overcoming Overeating*). Cette lignée de programmes repose en général sur une approche d'intervention éclectique qui prend sa source dans l'approche féministe, mais à laquelle ont été ajoutés des éléments des théories comportementale et

psychodynamique. Les deux courants du paradigme y ont été intégrés : l'acceptation et le *nondietsing*. Ils sont basés sur la nécessité de reprendre du pouvoir et ils accordent donc une place importante à l'*empowerment*. Deux études découlent du programme *Overcoming Overeating*, qui a été adapté pour le milieu de travail (Carrier *et al.* 1994 ; Steinhardt *et al.* 1999).

Puis, quelques études portent sur des programmes qui découlent de l'approche cognitivo-comportementale (Rapoport *et al.* 2000 ; Sbrocco *et al.* 1999 ; Tanco *et al.* 1998). Pour ces programmes, la base est l'approche cognitivo-comportementale, à laquelle on a retiré l'objectif de perte de poids ou de restriction alimentaire. Dans certains de ces programmes, la « légalisation » de la nourriture est un objectif, ce qui est conforme au courant du *nondietsing* (Rapoport *et al.* 2000 ; Tanco *et al.* 1998). Toutefois, dans d'autres cas, ils introduisent en cours d'intervention un plan alimentaire. Ils tentent donc d'amener les participantes à ne plus faire de diète et à respecter leurs contrôles internes, tout en suivant, simultanément, un plan alimentaire (Sbrocco *et al.* 1999).

Quelques-uns ont introduit des prémisses différentes dans leur programme. *The Solution Method* concentre son action sur le développement de certaines habiletés de l'esprit, du corps et sur les habitudes de vie (Mellin *et al.* 1997). Le programme développé par Sbrocco et coll. (1999) est basé sur la théorie de la décision qui amène les participantes à concevoir l'alimentation comme une série de choix. De plus, on tente d'inculquer aux participantes la capacité de faire des attributions spécifiques plutôt que des attributions générales en ce qui a trait aux conséquences des comportements (par exemple : « Manger quand je m'ennuie ne règle pas mon ennui, mais me fait engraisser », plutôt que des attributions générales : « De toute façon, je n'y arriverai jamais »).

1.10.2 L'évaluation des programmes

Les premiers programmes développés, soit n'ont jamais été évalués, soit l'ont été, mais longtemps après leur création. Les plus récentes évaluations ont eu recours à des

devis contrôlés, ce qui est moins fréquemment le cas des études plus anciennes. Ainsi, près de la moitié des études ont été réalisées à partir de devis contrôlés (Bacon *et al.* 2002 ; Rapoport *et al.* 2000 ; Sbrocco *et al.* 1999 ; Hetherington et Davies 1998 ; Goodrick *et al.* 1998 ; Tanco *et al.* 1998 ; Ciliska 1998, 1993, 1990) et une étude utilise un devis quasi-expérimental (Steinhardt *et al.* 1999). Les groupes témoins dans ces huit études se répartissaient comme suit : une étude a dispensé au groupe témoin un « placebo », deux ont utilisé un groupe de comparaison de type « liste d'attente » et six des études ont comparé des interventions (une étude utilisait deux types de groupe témoin). Parmi les autres études, sept comportaient un devis pré-post, et une consistait en une étude ex-post. La taille des effectifs dans les différentes études est variable, allant d'une vingtaine de participantes à près de 400. Le degré d'attrition n'est pas connu dans tous les cas. Finalement, en regard de la durée des suivis effectués dans les études, lesquels nous informent de la persistance des effets, le quart des études ont été réalisées à très court terme (< 6 mois), deux études nous fournissent des résultats jusqu'à 11 mois après l'intervention, sept ont un suivi qui varie de 12 à 23 mois, et finalement, trois études ont suivi les participantes jusqu'à deux ans, dont une jusqu'à trois ans. En résumé, l'ensemble de ces études, dont les devis sont de robustesse différente, mais dont plusieurs sont contrôlés, ont des périodes de suivi variable mais plusieurs études jettent un regard au-delà de 12 mois, un suivi assez long (3 ans) constituant selon nous une bonne base pour qualifier l'efficacité de ce type d'interventions.

Tel qu'indiqué à la page 115, le NPP vise le mieux-être général et aussi des dimensions plus spécifiques comme par exemple la façon de se nourrir ou de pratiquer des activités physiques. Or, mesurer le « mieux-être » en tant que tel n'est pas évident. Dans ces différentes études, le « mieux-être » mental a été opérationnalisé par les variables suivantes : attitudes et comportements obsessionnels face à la nourriture et à l'image de soi, insatisfaction corporelle, estime, affirmation et maîtrise de soi, indice de dépression et anxiété. Le nouveau paradigme vise aussi le « mieux-être » physique, c'est-à-dire la santé, et à ce titre, il a pour objectif l'adoption d'habitudes de vie plus saines comme la pratique régulière d'activités physiques et

une alimentation variée et saine. Huit études ont mesuré les comportements, plus souvent les comportements d'activité physique. Si des effets sont obtenus sur l'attitude, la santé mentale et les comportements, les praticiens et chercheurs du nouveau paradigme posent l'hypothèse que l'impact sera une amélioration du « mieux-être » global, mesurable par les paramètres physiologiques. Cinq études ont mesuré certains paramètres physiologiques. Finalement, la plupart des études ont mesuré le poids. Bien que celui-ci soit rarement un objectif du programme, mesurer son évolution demeure un enjeu central d'évaluation.

Les données ont essentiellement été traitées à l'aide de l'analyse de variance à mesures répétées, et des tests de t lorsque les interactions étaient significatives. Certaines études ont utilisé les scores pré-intervention comme variables de contrôle dans des analyses de covariance. Les études qui ne comprenaient qu'un groupe ont utilisé des tests de t et des intervalles de confiance. Des tests du khi-carré ont été utilisés lorsque des proportions étaient comparées. Quelques analyses de régression ont été exécutées dans la recherche de facteurs prédictifs.

Quant aux effets mesurés, tous les programmes découlant de *Overcoming Overeating* et de *Fat is a Feminist Issue*, soit les programmes de Bacon et coll., *Undieting*, *Beyond Dieting*, *If Only I Were Thin...*, *HUGS*, le programme australien de Roughan et coll. ainsi que celui de McNamara ont montré des résultats assez uniformes, soit une amélioration significative de la majorité des variables mesurées comme l'image corporelle, les comportements alimentaires, l'estime de soi et la dépression. L'effet sur les habitudes de vie est toutefois moins consistant, mais elles ont fait l'objet de mesures moins nombreuses.

Les autres programmes (d'inspiration plus psychologique et ceux basés sur d'autres prémisses) ont montré des résultats moins consistants et se sont avérés moins efficaces. Dans certains cas, les auteurs soulèvent des problèmes méthodologiques liés à la contamination des groupes ou à la déviation thérapeutique (contamination des intervenantes). Dans d'autres cas, les auteurs ont soulevé la possibilité de

l'incohérence conceptuelle, comme par exemple lorsqu'on tente d'amener les participantes à délaisser la restriction alimentaire, mais qu'on propose tout de même un plan alimentaire. Les participantes ont pu trouver difficile de réconcilier les deux positions. Certains chercheurs ont mesuré un nombre restreint de variables, l'opérationnalisation reflétant mal l'univers des construits impliqués dans l'intervention.

Le cumul de ces résultats de recherche allant dans le même sens tend à faire penser que ces programmes présentent une certaine efficacité à améliorer les dimensions psychosociales sans modification du poids. Il est très peu envisageable que tous ces résultats soient le fruit du hasard. Les effets de ces programmes sur les habitudes alimentaires restent toutefois à démontrer. L'impact général sur la santé, qui a commencé à être documenté dans un nombre restreint d'études, doit lui aussi faire l'objet d'autres recherches. Bien entendu, la persistance des effets est un aspect important. On met les approches traditionnelles au défi de démontrer que le résultat obtenu dure au moins cinq ans. Les programmes du nouveau paradigme, pour être reconnus comme supérieurs, doivent aussi donner des résultats persistants. Or, aucune étude n'a documenté les résultats au-delà de trois ans, et seulement quelques-unes se sont rendues au-delà de deux ans.

Tableau III

Tableau synthèse des études évaluatives des programmes de groupe s'apparentant au NPP (par ordre chronologique)

Études expérimentales ou quasi-expérimentales					
Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
Comparaison d'un programme centré sur la santé et le bien-être sans diète (SD), avec un programme centré sur la perte de poids (LEARN Program for Weight Control)(D)	Femmes avec un excès de poids et qui suivent des régimes amaigrissants de façon chronique	<u>Intervention centrée sur la santé et le bien-être (SD) vise à:</u> - démêler la valeur personnelle d'avec le poids; - adopter un mode alimentaire basé sur l'écoute des signaux; - déterminer et transformer les barrières à l'activité physique. Le groupe de soutien vise à développer le soutien, l'autonomie et l'affirmation.	24 renc. hebdomadaires de 1 1/2 heure Renc. mensuel-les de soutien optionnel-les durant 6 mois	<u>Devis contrôlé.</u> <u>Collectes de données</u> pré, mi-terme, post immédiat, et post 1 an. <u>Mesures :</u> Attitudes et comportements alimentaires (EI, EDI-42, Flexible and Rigid Eating Behavior Scales) Image corporelle (Body Image Avoidance Questionnaire BAIQ) Estime de soi (Rosenberg) Dépression (Questionnaire de Beck) Activité physique (Stanford Seven-Day Physical Activity Recall) Poids (kg), tension artérielle, glucose et lipides sanguins	Taux d'abandon : 8 % dans SD c. 41 % dans D. Restriction cognitive ↑ sig. dans D et ↓ sig. dans SD / ↓ sig. du contrôle rigide dans SD / autres variables alimentaires résultats variables. Image corporelle ↓ dans les 2 groupes, mais diff. est plus grande dans SD. Estime de soi ↑ sig. dans SD. Indice de dépression ↑ sig. dans les 2 groupes. Niveau d'intensité et temps passé à l'activité physique ↑ dans les 2 groupes mais pas de diff. sig. après un an / ↑ sig. de la dépense d'énergie totale dans SD et ↓ sig. dans D. Paramètres physiologiques ↓ sig. pour TA systolique, pas de diff. sig. dans TA diastolique pour aucun groupe; ↓ cholestérol total, LDL et TG dans les 2 groupes / ↑ sig. pour HDL dans les 2 groupes; Poids ↓ sig. du poids dans D (5,9 kg), pas de changement sig. de poids dans SD.
Bacon <i>et al.</i> 2002	n SD = 29 D = 23	<u>Intervention centrée sur la perte de poids (D):</u> programme comportemental traditionnel vise la perte de poids à l'aide d'une restriction énergétique modérée, de la tenue d'un journal alimentaire et de la marche.			
Commentaires : Un programme sans diète n'entraînant pas de perte de poids peut améliorer les paramètres physiologiques, les variables psychosociales et le comportement alimentaire, tout autant qu'un programme centré sur la perte de poids. L'attrition a été très faible dans le programme SD comparativement au programme D.					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p>Comparaison de l'approche cognitive-comportementale avec (T) et une approche sans focus sur la perte de poids (SD)</p> <p>Rapport et al. 2000</p>	<p>Femmes avec un excès de poids É.-U. Âge m SD = 49 T = 46 IMC m = 35 n SD = 31 T = 32</p>	<p>Intervention de groupe modifiée qui vise à (SD):</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la gestion du poids (pas la perte de poids) ; - réduire les risques psychosociaux et médicaux. <p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - habitudes alimentaires en 3 étapes : adopter des repas réguliers ; changer le modèle d'une assiette idéale (% des cal. en glucides, lipides, protéines) ; tenter de consommer le nb de portions rec. par le Guide al.) ; - normaliser l'alimentation : éliminer la notion d'aliments défendus, éliminer les diètes ; - développement de l'auto-contrôle ; - acceptation de soi, amélioration de l'image corporelle <p>Programme comportemental traditionnel vise (T) la perte de poids à l'aide d'une restriction énergétique modérée (1200 kcal)</p>	<p>10 renc. hebdomadaires de 2 heures</p>	<p>Devis contrôlé.</p> <p>Collectes de données pré, post immédiat, post 6 mois et post 1 an.</p> <p>Mesures:</p> <p>Attitudes et comportements alimentaires (TFEQ)</p> <p>Compulsion alimentaire (Binge Eating Scale)</p> <p>Image corporelle (2 échelles : Body Satisfaction Scale, Body Image Avoidance Scale BAIQ)</p> <p>Estime de soi (Rosenberg)</p> <p>Bien-être général (GHQ)</p> <p>Dépression (Questionnaire de Beck)</p> <p>Alimentation (EPIC Food Frequency Questionnaire)</p> <p>Activité physique (Techumseh Test + Taylor Questionnaire)</p> <p>Poids (kg), TT, TH, tension artérielle, glucose et lipides sanguins.</p>	<p>Taux d'abandon : 16 %.</p> <p>Variabes alimentaires amélioration dans les 2 groupes, mais pas de diff. sig. entre les groupes.</p> <p>Activité physique amélioration dans les 2 groupes, mais pas de diff. sig. entre les groupes.</p> <p>Variabes psychosociales ↑ sig. scores dans les 2 groupes, mais pas de diff. sig. entre les groupes.</p> <p>Paramètres physiologiques ↓ sig pour lipides, HTA, TT, TH, mais pas de diff. sig. entre les groupes / Pas de diff. sig. pour glucose, TG, et R TT/TH.</p> <p>Poids ↓ sig du poids dans 2 groupes (T = 3,6 kg - SD = 2,0 kg); pas de diff. sig. entre les 2 groupes .</p>

Commentaires : Les intervenantes étaient les mêmes pour les 2 groupes et conséquemment l'approche a probablement été trop semblable dans les 2 groupes. Les intervenantes sont devenues très convaincues de l'approche sans diète et l'auraient transmise dans les 2 groupes. Le groupe sans diète transmet toutefois un cadre alimentaire; est-il présenté de façon directive ou non (?)

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
Diet Free Forever comparé (DFF) avec un programme traditionnel (T)	Employés à temps complet d'une grosse compagnie (2 sites) (2 400 employés)	Intervention de groupe en milieu de travail Intervention sans diète vise à (DFF): - améliorer l'acceptation de soi; - apprendre à s'alimenter en fonction des signaux internes. (Basé sur <i>Overcoming Overeating.</i>)	10 semaines hebdomadaires de 1 heure	Devis quasi-expérimental / 4 groupes : 2 groupes DFF et T ; 1 groupe témoin avec assignation au hasard dans les non-participants et 1 groupe témoin de volontaires Collectes de données pré, post immédiat pour les groupes DFF et T et post 1 an Mesures : Attitudes et comportements alimentaires (2 échelles : <i>Restraint Scale, DEBQ</i>) Image corporelle (<i>Body Preoccupation Scale</i>) Estime de soi (<i>Rosenberg</i>) Poids (kg), tension artérielle, cholestérol sanguin	Au départ, les participantes de DFF et T étaient plus préoccupées, avaient une plus faible estime d'elles-mêmes et étaient plus lourdes que les témoins. Variabes alimentaires ↑ scores de restriction alimentaire dans T et ↓ dans DFF. Image corporelle ↓ dans les 2 groupes. Estime de soi ↑ dans les 2 groupes. Poids et paramètres physiologiques aucun changement dans les 2 groupes.
Steinhardt et al. 1999	É.-U. 50 % F et 50 % H IMC m F = 25,3 H = 28,1 n = 357	Intervention traditionnelle (T) vise la perte de poids à l'aide d'une diète et de l'activité physique; connaissances, moyens pratiques, soutien, rechute, etc.			
Commentaires : Programme peu intensif comparativement aux autres (10 heures c. 25 heures et plus). Même en favorisant une alimentation normale sans restriction, les paramètres physiologiques ne se sont pas détériorés. Le programme traditionnel a permis l'amélioration de plusieurs variables psychosociales.					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p>Programme comportemental basé sur le choix (PCC)* comparé à un programme comportemental traditionnel (T)</p> <p>* Ce programme a été inséré dans cette revue parce qu'il se rapproche du NPP et intègre la notion de choix.</p> <p>Sbrocco et al. 1999</p>	<p>Femmes modérément obèses, entre 30 % et 60 % au-dessus du poids idéal.</p> <p>É.-U.</p> <p>Âge m PCC = 43 T = 39</p> <p>IMC m PCC = 32,5 T = 32,8</p> <p>n = 24</p>	<p>Intervention basée sur le choix (PCC) vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - apprendre à manger et à faire de l'activité physique avec modération en faisant des choix; - faire des attributions spécifiques (plutôt que des attributions générales telles que « Je suis bonne à rien ») afin de régulariser l'alimentation et l'activité physique et favoriser une perte de poids à long terme; - plan alimentaire de 1 800 kcal/sem. - tenue d'un journal alimentaire informatisé pendant les 2 semaines pré et 10 semaines du programme. - réaction immédiate et hebdomadaire sur l'alimentation. <p>Intervention traditionnelle (T) vise une perte de poids substantielle (12 lbs) par un plan alimentaire de 1200 kcal.</p>	<p>13 renc. hebdomadaires de 1 1/2 heure</p>	<p>Devis contrôlé.</p> <p>Collectes de données pré, mi-traitement, post immédiat, post 3 mois, post 6 mois (et post 12 mois pour poids et activité physique)</p> <p>Mesures : Attitudes et comportements alimentaires (2 échelles : <i>Restraint Scale, EDI-2</i>) Image corporelle (<i>EDI</i>) Estime de soi (<i>State Self-Esteem Scale</i>) Dépression (<i>Questionnaire de Beck</i>) Fréquence d'activité physique (<i>Journal</i>) Poids (kg)</p>	<p>Variables alimentaires ↓ sig. de la restriction dans les 2 groupes, mais l'amélioration s'est poursuivie après l'intervention dans PCC / à chaque point de mesure, les scores pour l'échelle de boulimie sont plus élevés dans T. Après 6 mois ↓ sig. dans PCC.</p> <p>Image corporelle ↓ sig. de la restriction dans les 2 groupes, mais l'amélioration s'est poursuivie après l'intervention dans PCC / désir d'être mince ↑ durant l'intervention dans les 2 groupes et ↓ en post dans les 2 groupes, mais de façon sig. dans PCC.</p> <p>Estime de soi tendait à ↑ dans les 2 groupes et après 6 mois, ↑ légère et sig. dans les 2 groupes.</p> <p>Indice de dépression ↓ dans les 2 groupes, mais est retourné au score initial dans PC.</p> <p>Activité physique ↑ équivalente dans les 2 groupes à post 3 mois, mais ensuite ↓ pour T et ↑ supplémentaire dans PCC.</p> <p>Poids hypothèse que PCC perdrait du poids moins rapidement mais de manière plus durable a été vérifiée (dans une perspective de 1 an). ↓ poids équivalente dans les 2 groupes à post 3 mois (6 kg), mais ensuite reprise dans T et ↓ supplémentaire de 4 kg dans PCC..</p>

Commentaire : Groupes très petits (de 5 à 7 participantes). Les deux programmes ont plusieurs aspects en commun : encouragent à manger régulièrement afin d'éviter le cycle restriction-compulsion ; encouragent 30 minutes de marche 3 fois/sem ; tenue d'un journal des activités. Au départ, les scores pour l'estime de soi et l'indice de dépression ne se situaient pas dans une zone critique.

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p>Undieting compare (SD) avec <i>Winning</i> by <i>Losing</i> (T)</p> <p>Hetherington et Davies 1998</p>	<p>Hommes et femmes avec excès de poids</p> <p>R.-U.</p> <p>SD : annonce dans journal T : référé par médecin</p> <p>n SD = 14 T = 9</p>	<p><u>Undieting (SD)</u>: voir Polivy et Herman dans cette revue; a été adapté.</p> <p><u>Winning by Losing (T)</u> vise la perte de poids avec une diète de 1 000 kcal; enseignement de la planification des menus, manger lentement, choix d'aliments faibles en énergie et riches en nutriments; augmenter l'activité physique.</p> <p>Sujet différent à chaque rencontre : sucre, gras, activité physique, etc.</p>	<p>12 rends hebdomadaires d'une durée variant entre 1 et 2 heures</p>	<p>Devis contrôlé.</p> <p>Collectes de données pré et post immédiat.</p> <p><u>Mesures</u> : Préoccupation à l'égard du poids et de la nourriture (<i>EAT-26, EDI, Restraint Eating, DEBQ</i>) Image corporelle (<i>Body Satisfaction Questionnaire</i>) Estime de soi (<i>Rosenberg</i>) Dépression (<i>Questionnaire de Beck</i>) Bien-être (chaque semaine) (<i>Current Thoughts</i>) Poids (chaque semaine) dans groupe T seulement</p>	<p>Taux d'abandon : 45 % dans SD c. 43 % dans T</p> <p>Variables alimentaires ↓ sig. des scores de dishinhibition, manger ses émotions et stimuli externes et perception de faim dans les 2 groupes. Restriction cognitive (3 instruments) ↑ dans T et ↓ dans SD (diff. non sig.), ↑ des scores de boulimie dans T et maintien dans SD (diff. sig.). Image corporelle ↑ sig. dans les 2 groupes, mais plus grande dans SD / désir de minceur plus élevé dans T et ↓ sig. dans SD. Indice de dépression les 2 groupes étaient modérément déprimés au début et le restent. Bien-être ↑ sig. dans les 2 groupes. Poids ↓ sig. de IMC de 2,2 dans T.</p>

Commentaires : N très petit. Court terme.

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
Programme sans diète (SD) comparé au programme LEARN <i>Program for Weight Control (T)</i> Goodrick et al. 1998	Femmes de 25 à 50 ans avec excès de poids et symptômes de compulsions (binge-eating) É.-U. Âge m = 40 IMC m = 33 n = 219	<u>Intervention sans diète (SD) vise à :</u> - comprendre l'origine des cycles de restriction-compulsion; - encourager une alimentation normale; - se désensibiliser des pressions sociales; - se centrer sur la santé; - réparer et améliorer l'estime de soi; - favoriser l'acceptation de son corps; - développer du soutien social constructif; - plan de restructuration des habitudes de vie : alimentation et activité physique. <u>Intervention traditionnelle (T) vise à :</u> - perdre du poids en mangeant 40gr gras/jour - méthodes d'auto-contrôle, contrôle des stimuli, monitoring, soutien social, résolution de problèmes, - marcher jusqu'à 4 à 5 hres/sem	24 renc. hebdomadaires de 1 heure suivies par 26 rencontres bimensuelles dont le contenu était en lien avec la session	Devis contrôlé / 3 groupes : programme sans diète (SD), programme traditionnel (T) et groupe témoin de type « liste d'attente » Collectes de données pré, post 6 mois et post-18 mois Mesures : Compulsion alimentaire (<i>Binge Eating Scale</i>) Fréquence d'activité physique (<i>rappel</i>) Poids (kg)	Compulsion alimentaire ↓ similaire à 6 mois dans les 2 groupes. À 18 mois, ↓ supplémentaire équivalente dans les 2 groupes. Activité physique ↑ à 6 mois du même ordre de grandeur dans les 2 groupes. Poids ↓ de 0,57 kg dans T et ↑ de 1,35 kg dans SD à 6 mois. À 18 mois, gains similaires de 1 kg.
Commentaires : Les auteurs expliquent le peu de succès des 2 programmes par le départ des psychothérapeutes qui ont laissé les diététistes seules pendant 1 an ; - problèmes de traumatismes durant l'enfance chez plusieurs participantes et colère liée au départ des thérapeutes ; - déviation du programme traditionnel à cause de la présence des psychothérapeutes qui avaient une vision féministe ; il pourrait y avoir eu une confusion entre cesser la restriction et adopter une diminution graduelle du gras alimentaire, c'est-à-dire une apparence de « double discours ».					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
Un programme de thérapie cognitive incorporant une approche sans diète, de l'activité physique et des habiletés de coping (SD) comparé à un programme comportemental traditionnel (T)	Femmes obèses avec histoire d'insuccès dans le traitement C.-B., Canada IMC m : 39 n pré = 60 n post = 50 n post 6 mois = 21	<u>Intervention sans diète (SD)</u> <u>visé à :</u> - comprendre ses comportements problématiques; - améliorer le bien-être émotionnel; - promouvoir la pratique régulière d'activité physique; - alimentation normale sans tentative de perte de poids (approche plus thérapeutique; discute de sujets périphériques à la perte de poids, p. ex. : abus sexuel). <u>Intervention traditionnelle (T)</u> <u>visé</u> la perte de poids par l'adoption d'une diète réduite en gras et par l'activité physique (approche plus prescriptive, discussion limitée aux aspects immédiatement liés à la perte de poids).	8 renc. hebdomadaires de 2 heures + 4 renc. (ajoutées vu l'amélioration dans le groupe SD)	Devis contrôlé / 3 groupes : SD, T et groupe témoin de type « liste d'attente » Collectes de données pré, mi-intervention, post immédiat et post 6 mois Mesures : Préoccupation à l'égard du poids et de la nourriture (EDI) Estime de soi (Rosenberg) Dépression (Questionnaire de Beck) Maîtrise de soi (Rosenbaum Self-Control Schedule) Anxiété (State Trait Anxiety Inventory) Fréquence d'activité physique (rappe) Poids (kg)	↑ sig. dans le groupe SD pour les scores de dépression, d'anxiété, pour les attitudes et comportements alimentaires. Poids ↓ sig. dans les 2 groupes d'intervention mais pas les témoins. À 6 mois, les changements étaient maintenus. Les résultats du groupe SD tendent à s'améliorer encore alors qu'il y a un retour vers les score initiaux dans T.
Commentaires : N petit en post 6 mois. Plusieurs différences entre celles qui ont répondu à 6 mois et les non-répondantes.					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p><i>Beyond Dieting</i> (SD) Ciliska 1990, 1993, 1998</p>	<p>Femmes qui présentent un excès de poids et qui suivent des régimes amaigrissants de façon chronique</p> <p>Ontario, Canada</p> <p>Âge m : 39,4</p> <p>Poids : 158-300 lbs</p> <p>n début = 142 n fin = 105 n 6 mois = 53 (moins les témoins)</p>	<p><u>Intervention de groupe (SD) vise à :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - décourager l'adoption de régimes amaigrissants; - encourager une alimentation normale, soit 3 repas par jour et suivre les signaux de faim; - définir la quantité requise d'aliments à partir des signaux de faim et de satiété; - perdre la notion d'aliments défendus; - améliorer l'estime de soi; - favoriser l'acceptation de son corps. <p><u>Groupe éducatif vise à :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> fournir de l'information lors de rencontre de 1 hre 	<p>12 renc. hebdomadaires de 2 heures</p>	<p>Devis contrôlé / 3 groupes : expérimental, groupe éducatif, groupe témoin de type « liste d'attente »</p> <p>Collectes de données pré, post immédiat, post 6 mois et certaines variables 1 an</p> <p><u>Mesures :</u> Attitudes et comportements alimentaires (3 échelles : <i>Restraint Scale, TFEQ, EDI</i>) Estime de soi (2 échelles : <i>Janis et Field's Feelings of Inadequacy, Rosenberg Depression (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)</i>) Ajustement social (<i>Social Adjustment Scale</i>) Tension artérielle, glucose sanguin et lipides sanguins Poids (kg)</p>	<p>De façon générale, les scores des 2 groupes d'intervention ont ↑ sig. en post-test. Les participantes du groupe expérimental ont obtenu des effets plus grands que ceux du groupe éducatif.</p> <p>Variabiles alimentaires et désir de minceur (EDD) scores maintenus.</p> <p>Estime de soi ↑ à 6 mois.</p> <p>Paramètres physiologiques et poids n'ont pas changé pour aucun des groupes.</p>
<p>Commentaires : Groupe expérimental petit : de 6 à 8 participantes. Groupe éducatif plus grand 18 à 21 participantes, rencontres plus courtes 1h c. 2 heures. Persistence des effets dans le temps laisse à désirer. Même en favorisant une alimentation normale sans restriction, les paramètres physiologiques ne se sont pas détériorés.</p>					

Études non expérimentales					
Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<i>The Solution Method</i> Mellin <i>et al.</i> 1997	Personnes entre 23 et 58 ans ayant un excès de poids qui engendrent des conséquences médicales et/ou psychosociales É.-U. Âge m = 43,4 IMC m = 33,1 n = 22	Intervention de groupe vise à : - intégrer 6 habiletés dans son fonctionnement de base : 2 habiletés de l'esprit : - <i>nurturing</i> , - respecter ses limites, 2 habiletés du corps : - acceptation de soi, - s'occuper de sa santé, 2 habiletés liées aux habitudes de vie : - manger sainement, - être maître de sa vie; - développer des modalités de soutien social dans le groupe Approche centrée sur le développement de ces habiletés (distinguer la psychothérapie : « On veut comprendre pourquoi » et l'approche comportementale : « On cherche une solution à court terme »)	2 séries de 12 renc. hebdomadaires de 2 heures S'échelonne sur 18 mois	Devis pré et post. Collectes de données pré, post 3 mois, post 6 mois, post 12 mois et post 24 mois Entrevues et questionnaire à 12 et 24 mois pour mesurer l'intégration des habiletés et le fonctionnement dans différentes sphères de la vie Mesures : Dépression (<i>Questionnaire de Beck</i>) Fréquence d'activité physique (<i>rappel</i>) Tension artérielle (S et D en mmHg) Poids (kg)	Résultats pour 13 participants. Indice de dépression ↓ non sig. Activité physique ↑ progressive et sig. de 189 minutes /semaine d'activité physique de plus que la durée du pré-test. Paramètres physiologiques ↓ sig. de la TA. Poids ↓ poids progressive et sig. à 24 mois de -7,9 kg.
Commentaires : 30 heures d'auto-formation et de certification pour les intervenantes. Correspondance entre le développement des habiletés et les résultats.					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p><i>If Only I Were Thin...</i> Robinson et Bacon 1996</p>	<p>Femmes obèses et/ou qui présentent des problèmes d'image corporelle É.-U. Âge $m = 39$ IMC $m = 34$ $n = 47$</p>	<p>Intervention de groupe vise à : - comprendre l'origine des attitudes négatives à l'égard de l'obésité; - réduire le blâme ressenti à cause de son poids; - examiner les habitudes alimentaires personnelles afin de développer un plan d'action personnalisé; - redéfinir la beauté; - examiner et réduire les restrictions que s'imposent les personnes en regard de leurs activités (dans la vie en général); - développer les habiletés d'affirmation de soi afin de réduire la stigmatisation.</p>	<p>9 rencontres hebdomadaires de 2 heures et 2 rencontres individuelles, à mi-chemin et à la fin (au début, 2 à 3 rencontres individuelles pour faire l'évaluation psychologique)</p>	<p>Devis pré et post. Collecte de données Pré et post immédiat / données accumulées entre 1984 et 1992 lors de 8 groupes réguliers Mesures : Attitudes en regard de l'obésité (<i>Fat Phobia Scale</i>) Estime de soi (<i>Rosenberg</i>) Dépression (<i>Questionnaire de Beck</i>) Restrictions des activités (<i>Restricted Activities Scale</i>)</p>	<p>↑ sig. de tous les scores. Selon 3 méthodes de calcul de la proportion de participantes ayant amélioré leur état, aucune personne n'a subi de détérioration en regard des paramètres mesurés, et jamais plus de 50 % des participantes n'ont présenté aucune amélioration.</p>
<p>Commentaires : Court terme. Mesure de la « vraie vie ».</p>					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p>La lecture du livre <i>Overcoming Overeating</i> (OO)</p> <p>Steinhart et Nagel 1995</p>	<p>Échantillon de convenance de 750 lectrices (sélectionnées au hasard) ayant retour-né le questionnaire placé à la fin du livre. Ces personnes ont reçu un 2^e questionnaire au moins 2 ans après le 1^{er} É.-U.</p> <p>Âge $m = 36,0$</p> <p>$n = 420$</p>	<p><u>OO propose de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre au défi les diktats de la beauté; - éliminer l'utilisation de la nourriture comme calmant (si c'est le cas); - se connecter avec ses signaux, ce qui entraînera une réduction de l'anxiété et du besoin de manger compulsivement. 	<p>2 ans entre le premier questionnaire et le second</p>	<p>Devis pré et post.</p> <p><u>Mesures :</u></p> <p>Échelles bâties à partir des questions du questionnaire;</p> <p>Eating Preoccupation Scale ($\alpha = ,81$)</p> <p>Body Preoccupation Scale ($\alpha = ,73$)</p> <p>Emotional Eating Scale ($\alpha = ,73$)</p>	<p>420 questionnaires ont été retournés (64 %).</p> <p>Les scores sur les 3 échelles ont ↓, tant chez les personnes qui ont cessé de faire des diètes que chez celles qui n'ont pas cessé.</p> <p>L'application des concepts proposés dans le volume est un facteur prédictif des 3 variables dépendantes.</p> <p>Les personnes qui n'ont pas retourné leur questionnaire 2 ans après le premier avaient une préoccupation moindre.</p>

Commentaires : Échantillon de convenance. Uniquement des échelles maison.

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<i>HUGS, a Nondiet Lifestyle Program</i> Omichinski et Harrison 1995	Personnes qui suivent des régimes amaigrissants de façon chronique. 10 villes canadiennes 94 % F et 6 % H Âge m = 43,0 n début = 253 n fin = 208	<u>Intervention de groupe qui vise à :</u> - développer une perspective alternative en regard des régimes amaigrissants; - promouvoir un style de vie sans diète caractérisé par l'acceptation de soi et des comportements alimentaires normaux.	10 renc. hebdomadaires de 1 1/2-2 heures	Devis pré et post. Collectes de données pré et post immédiat Mesures : Échelle maison de 16 items comprenant 2 sous-échelles : acceptation de soi ($\alpha = 0,71$) et Self-Nourishment ($\alpha = 0,66$)	Amélioration sig. pour chacun des 16 items et pour les scores totaux
Commentaires : Échelles maison exclusivement. Court terme.					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p><i>Eat for L.I.F.E</i> (Long term change, Image of self, Fun, Enjoyment of eating)</p> <p><i>Carrier et al. 1994</i></p>	<p>Employés à temps complet d'une grosse usine (2 800 employés)</p> <p>É.-U.</p> <p>77 % F et 33 % H</p> <p>Âge m = 40,0</p> <p>IMC m F = 25,3 H = 28,1</p> <p>n = 79 (données pré et 3 ans)</p>	<p><u>Intervention de groupe en milieu de travail</u> vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduire les comportements de restriction alimentaire; - améliorer l'acceptation et l'estime de soi - identifier les causes et contrôler la compulsion alimentaire; - abandonner les régimes et apprendre à s'alimenter en fonction des signaux internes. <p>(Basée sur <i>Overcoming Overeating</i>)</p>	<p>20 renc. hebdomadaires de 45 minutes /semaine durant 6 mois</p> <p>2 types de suivi durant 2 1/2 ans: groupe de soutien et conférences mensuelles</p>	<p>Devis pré et post / 3 groupes : abandons (sont considérés comme témoins), programme seul et programme et suivi</p> <p>Collectes de données pré et 3 ans après la fin de l'intervention. Une variable mesurée à 3 et 6 mois ainsi qu'à 3 ans</p> <p>Entrevues : début histoire alimentaire; fin satisfaction et effets</p> <p>Mesures : (Échelles maison, sauf pour estime de soi et activité physique): Maîtrise d'un mode d'alimentation basé sur les signaux internes évalué trois mois après le début de l'intervention, six mois et trois ans après la fin de l'intervention Recours aux diètes Acceptation de soi Estime de soi (<i>Rosenberg</i>) Niveau d'activité physique (<i>rappel de 7 jours Blair et al. 1985</i>)</p>	<p>Les participants ont adopté plusieurs aspects d'un comportement alimentaire basé sur le respect des signaux internes.</p> <p>Les 3 groupes ont ↓ sig. le recours aux diètes, ont ↑ leur acceptation de soi ainsi que leur niveau d'activité physique.</p> <p>Seuls les participants (2 groupes) ont eu une ↑ de l'estime de soi.</p>
<p>Commentaires : Persistance des effets durant 3 ans, la plus longue étude. Les effets se manifestent aussi chez ceux qui ont abandonné, mais ils ont été exposés à de l'information diffusée par le service de promotion de la santé de l'usine. De plus, ils ont possiblement été « contaminés » par les participants.</p>					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p><i>Undieting</i></p> <p>Pollivy et Herman 1992</p>	<p>Femmes qui suivent des régimes amaigrissants de façon chronique</p> <p>Ontario, Canada</p> <p>Âge m = 41,3</p> <p>Poids = 162-320 lbs</p> <p>n début = 19</p> <p>n fin = 15</p> <p>n 6 mois = 8</p>	<p><u>Intervention de groupe qui vise à :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - décourager l'adoption de régimes amaigrissants; - faire prendre conscience des comportements induits par les régimes ainsi que de leur effet sur la santé; - encourager une alimentation normale; - changer le rapport à soi et à son corps. 	<p>10 renc. hebdomadaires de 2 heures</p>	<p>Devis pré et post.</p> <p>Collectes de données pré, post immédiat et post 6 mois</p> <p>Mesures :</p> <p>Attitudes et comportements alimentaires (2 échelles, <i>EDI</i> et <i>Restraint Scale</i>)</p> <p>Estime de soi (2 échelles : <i>Janis et Field's Feelings of Inadequacy modifiée, State Self-Esteem Scale</i>)</p> <p>Dépression (<i>Questionnaire de Beck</i>)</p> <p>Ajustement social (<i>Social Adjustment Scale</i>)</p>	<p>↑ des scores pour toutes les variables sauf la satisfaction corporelle. Quoique non significatif, la différence en regard du poids était de + 13 lbs.</p> <p>Après 6 mois, tous les changements de scores et le poids, sauf pour la satisfaction corporelle, s'étaient maintenus chez les 8 participantes. Les résultats pour la satisfaction tendaient à retourner au niveau de départ.</p>
<p>Commentaires : N petit. Le score moyen de dépression en pré se situait à un niveau modéré et s'est amélioré jusqu'à l'atteinte d'un niveau normal. Ceci est aussi considéré comme une amélioration sur le plan clinique.</p>					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
Psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behaviour Roughan et al. 1990	Femmes qui présentent une préoccupation en regard du poids et de la nourriture Australie Âge m = 40,0 IMC m = 31,9 n début = 87 n fin = 56	Intervention de groupe qui vise à : - augmenter le recours aux signaux de faim et de satiété; - accroître le plaisir de manger en réponse à la faim; - abandonner les comportements de restriction alimentaire; - reconnaître les comportements alimentaires qui émergent en réponse à la pression sociale, à une émotion inconfortable ou par habitude; - développer de nouvelles stratégies pour répondre autrement à ces situations; - augmenter l'acceptation de son image corporelle afin de poursuivre d'autres objectifs de vie que l'atteinte du format corporel idéal; - prendre conscience de la pression sociale pour être	10 renc. hebdomadaires de 2 heures	Devis pré et post. Collectes de données pré, post immédiat, post 6 mois, post 1 an et post 2 ans Mesures : Attitudes et comportements alimentaires (EAT-26) Image corporelle (<i>Body and Self Cathexis Scale</i>) Estime de soi (<i>Rosenberg</i>) Dépression (<i>Questionnaire de Beck</i>) Maîtrise de soi (<i>Pearlin</i>) Affirmation de soi (<i>Rathus</i>) Poids (kg)	À la fin du programme et 2 ans après, on note une ↑ sig. des attitudes et comportements alimentaires, de l'image corporelle, de l'estime de soi, de l'indice de dépression, de l'affirmation de soi (tous les indicateurs psychosociaux, sauf la maîtrise de soi). Poids ↓ de 3,1 kg comparativement aux données pré-intervention.

Programme ?	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
McNamara 1989	Jeunes femmes ayant environ 10 lbs au-dessus de leur poids-santé, mais insatisfaites de leur image É.-U. n =16	<u>Intervention de groupe qui vise à</u> : remplacer le recours aux diètes par de saines habitudes de vie, ainsi qu'à améliorer l'estime de soi par l'acceptation de soi et par des attentes réalistes face au corps.	8 renc. hebdomadaires de 1 1/2 heures	Devis ex-post Collecte de données 1 semaine post Questionnaire-maison	88 % ont cessé de suivre des diètes; 68 % ↑ l'activité physique; 81 % ont dit apprécier leur corps davantage; 87 % disent mieux résister à la pression; 81 % réussissent à dire non lorsqu'elles ne veulent pas quelque chose; 80 % arrivent à modifier les attitudes négatives. Changer leur alimentation et se peser moins souvent n'ont pas été modifié chez la majorité de participantes.
Commentaires : Devis très faible. N est petit. Instruments non validés.					

Programme	Population cible	Intervention	Durée	Devis d'évaluation, durée et mesures	Résultats
<p><i>Choisir de maigrir</i></p> <p>Mongeau 1988</p>	<p>Femmes obèses et/ou qui présentent une préoccupation en regard du poids et de la nourriture</p> <p>Québec</p> <p>Age m = 43,8</p> <p>n = 50</p>	<p>Intervention de groupe vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser une prise en charge saine de son problème de poids par une prise de décision éclairée sur le choix de maigrir; - mieux comprendre les facteurs contribuant aux problèmes de poids; - reconnaître et respecter les signaux internes de faim et de satiété; - améliorer ses attitudes et ses comportements relativement à la nourriture et le corps; - augmenter l'estime de soi, la maîtrise de soi, l'efficacité personnelle, la satisfaction dans la vie; - diminuer le sentiment de détresse. 	<p>13 rencontres hebdomadaires de 3 heures et 1 journée intensive de 6 heures</p>	<p>Devis ex-post</p> <p>Moyenne de 27 mois après avoir suivi le programme</p> <p>Entrevue portant sur 10 thèmes rapportant aux différents aspects du programme, questionnaire de connaissances, poids (kg)</p>	<p>Taux de réponse : 65 %.</p> <p>68 % identifient la faim physiologique ; 46 % identifient la raison du désir de manger ; 78 % ont continué après le programme.</p> <p>85 % capable de reconnaître la satiété.</p> <p>85 % sont capables d'identifier les détracteurs qui sont associés à un épisode excessif ; 83 % démontrent une réaction d'affirmation.</p> <p>Entre 54 % et 88 % sont capables de reconnaître une variation du poids sans se peser respectivement en fonction de divers moyens utilisés.</p> <p>27 % ont décidé de ne pas maigrir.</p> <p>46 % font de l'activité physique.</p> <p>20 % ont perdu du poids : 56 % ont maintenu et 24 % ont gagné du poids</p>
<p>Commentaires : Devis faible. Durée de suivi assez importante. Bon taux de réponse.</p>					

CHAPITRE 2-LA PERTINENCE ET LA VALEUR DES PROGRAMMES FONDÉS SUR LE NOUVEAU PARADIGME H@AS : L'EXEMPLE DE CHOISIR DE MAIGRIR ?

L'efficacité des programmes fondés sur le nouveau paradigme a fait l'objet d'un nombre limité d'études. Dans la revue qui précède, on a pu constater que ces programmes se révèlent plutôt efficaces pour améliorer notamment l'attitude et les comportements alimentaires, pour améliorer l'image corporelle et l'estime de soi. Toutefois, les mécanismes par lesquels ce type d'intervention produit des effets n'ont pas été documentés empiriquement et le rôle de ces programmes dans une stratégie globale pour réduire les problèmes liés au poids n'est pas bien établi. En particulier, les caractéristiques de la clientèle qui recherche ces interventions dans un milieu naturel plutôt que contrôlé sont peu connues. De plus, bien qu'il y ait des données utiles et rassurantes au regard de l'efficacité de ces interventions, il ne fait de doute que d'autres études sont nécessaires (Foster et McCuckin 2002 ; Foster 2002 ; Miller et Jacob 2001). On ne sait pas si les effets sont uniformes selon les caractéristiques des personnes (i.e. âge, occupation, scolarité etc.). Ainsi, l'évolution du NPP doit passer par l'étape d'une meilleure compréhension de ce qui se passe intrinsèquement durant l'intervention. Pour mieux comprendre la contribution des programmes fondés sur le NPP, il faut donc passer à une autre génération d'études (Friedman et Brownell 2002, 1995) et s'intéresser à répondre à ces questions. Pour alimenter la réflexion et étoffer des réponses, nous utiliserons l'exemple du programme *Choisir de maigrir ?*

2.1 *Choisir de maigrir ?* : un programme fondé sur le NPP

Choisir de maigrir ? a été développé en 1982 par une équipe du CLSC de Rosemont à Montréal. Cette équipe de professionnels a élaboré un contenu d'intervention collective et multidisciplinaire, qui serait complété par un groupe d'entraide éventuellement. Un historique plus élaboré se trouve à l'annexe 2. Au début de 1983, une première version d'un programme de 30 heures est prête à être livrée. Dès la première expérience, il s'avère que 30 heures sont nettement insuffisantes et le

contenu est réaménagé en 14 rencontres, soit 13 soirées de 3 heures et une journée intensive, pour une durée totale de 45 heures, ce qui en fait un programme parmi les plus intensifs du genre. Un groupe comprend environ 14 participantes. Le programme est animé par deux intervenantes, soit une nutritionniste et une intervenante psychosociale, qui jouent un rôle de facilitation.

Le programme *Choisir de maigrir ?* est basé sur les évidences de la littérature scientifique et respecte les principes et les valeurs du NPP. Il s'échafaude sur un modèle d'intervention (annexe 3) où l'extrant est la qualité de vie, c'est-à-dire une vie dans laquelle l'accent est mis sur une vie pleine et harmonieuse plutôt que sur le poids et l'apparence. Ce modèle basé sur le Health Action Model de Tones (Baum 2002 ; Tones et Tilford 2001 ; Tones 1987) permet de prendre en considération les multiples déterminants, biologique, psychologique et socioculturel, qui contribuent au problème de poids. Au cœur de ce modèle, se trouvent les notions de rapport coûts-bénéfices, de choix et de prise de décision. *Choisir de maigrir ?* comme son nom l'indique, pose donc la question de la pertinence de maigrir, ainsi que des objectifs et des moyens envisagés. Il veut donc interrompre le syndrome du yoyo en remplaçant l'utilisation de diètes miracles par l'adoption de saines habitudes de vie. Il vise une saine gestion du poids par une analyse très large et une prise de décision éclairée sur l'amaigrissement.

Choisir de maigrir ? ne vise pas de façon immédiate la perte de poids. Celle-ci pourrait venir éventuellement lorsqu'un certain nombre de changements se seront opérés chez la personne, notamment la capacité de changer ses habitudes de vie si elles sont en cause. La perte de poids est tributaire de la génétique de la personne et est parfois difficile à atteindre malgré une amélioration des comportements. Le programme favorise la prise en charge du problème par la personne elle-même (*empowerment* individuel) en lui donnant les connaissances et les moyens de se réapproprier sa démarche de changement. En brisant l'isolement et en permettant aux femmes de faire une réflexion collective sur l'environnement socioculturel qui encourage le culte de la minceur, on développe l'*empowerment* collectif.

Le cheminement proposé aux participantes est réalisé à partir d'activités variées, soit l'auto-observation, le partage, les discussions, des lectures et des exercices de toutes sortes. *Choisir de maigrir ?* mise donc sur un processus de croissance personnelle amenant les participantes à effectuer un exercice de prise de décision éclairée, ainsi qu'à élaborer un plan d'action. Il peut en résulter, par exemple, qu'une participante ayant un poids-santé cesse de tenter de perdre du poids à répétition, ou qu'une femme qui présente une forte susceptibilité génétique à l'obésité accepte ce qu'elle ne peut changer, et s'oriente vers des objectifs plus réalistes. Une autre introduira la marche dans ses activités courantes plutôt que de recourir à une restriction alimentaire sévère. Le tableau IV présente le titre et les objectifs visés dans chaque rencontre.

Tableau IV

Titre et objectifs visés dans chacune des rencontres de *Choisir de maigrir ?*

No rencontre	Titre	Objectifs visés
1	Je commence ma démarche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre contact officiellement ▪ Jeter les bases du fonctionnement en groupe ▪ Prendre conscience de sa situation actuelle
2	J'évalue ma consommation alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Savoir se servir d'une table de valeur nutritive ▪ Identifier des forces que l'on possède pour faire cette démarche ▪ Amorcer une prise de conscience des déterminants du comportement alimentaire
3	J'analyse mes habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la prise de conscience des déterminants du comportement alimentaire ▪ Approfondir l'analyse de son comportement alimentaire
4	J'évalue mes besoins énergétiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser le calcul du bilan énergétique ▪ Évaluer son potentiel d'amaigrissement
5	Je mets mon corps en mouvement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se rappeler d'expériences positives en lien avec l'activité physique ▪ Acquérir des connaissances de base sur les bienfaits de l'activité physique ▪ Vivre une expérience positive d'activité physique
6	J'écoute mon corps (<i>Journée intensive de 6 heures</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resserrer les liens entre les participantes ▪ Déterminer le type de mangeuse que l'on est ▪ Comprendre et expérimenter l'écoute des signaux de faim et de satiété ▪ Explorer les différentes dimensions du geste de manger
7	Je prends conscience de l'influence des autres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre conscience de l'influence des autres sur sa relation avec la nourriture et à son corps ▪ Prendre conscience de l'importance du soutien ▪ Envisager de nouvelles façons de réagir aux situations avec les autres

No rencontre	Titre	Objectifs visés
8	J'explore mon image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relativiser l'importance de l'enveloppe corporelle ▪ Faire réfléchir sur les critères de beauté à travers les âges et les cultures et les nôtres ▪ Prendre conscience du rôle des « industries du corps » ▪ Saisir l'ampleur des préjugés et de la discrimination en lien avec le poids
9	J'examine mes motivations à maigrir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les limites du corps face à l'amaigrissement ▪ Amorcer un travail d'analyse des motivations
10	Je choisis l'orientation de ma démarche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire l'analyse des motifs et des obstacles face à l'amaigrissement ▪ Apprendre à bâtir un plan d'action concret et réaliste ▪ Choisir la suite de sa démarche
11	Je nourris mon corps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire connaître sa décision face au choix de maigrir ou non ▪ Connaître des notions alimentaires en lien avec le contrôle du poids et la santé ▪ Évaluer la qualité de son alimentation ▪ Découvrir de nouveaux aliments
12	Je deviens critique face aux diètes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accroître les connaissances sur les PSMA ▪ Devenir critique face aux propositions de PSMA
13	Je précise mon plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire le point sur son cheminement de la session ▪ Partager son plan d'action avec le groupe
14	J'évalue ma démarche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer différents aspects de sa démarche ▪ Rompre avec le groupe et discuter du soutien potentiel

Les résultats attendus de *Choisir de maigrir ?* s'articulent autour d'une qualité de vie améliorée, c'est-à-dire une amélioration de la relation avec la nourriture, une amélioration de la relation avec le corps, une plus grande efficacité personnelle, une plus grande estime de soi, une amélioration des comportements de santé et une plus grande satisfaction dans la vie. Pour y arriver, le programme *Choisir de maigrir ?* s'opérationnalise par trois objectifs généraux d'intervention : l'exploration du problème de poids, une compréhension approfondie, et la recherche et le choix de solutions appropriées. De ceux-ci déclinent une série d'objectifs intermédiaires et spécifiques lesquels sont mis en oeuvre par diverses activités. La maquette complète du programme est présentée à l'annexe 4.

Objectifs généraux et intermédiaires

1. Explorer les diverses dimensions de soi-même et de son problème de poids

- 1.1 Explorer la dimension relative à son poids
- 1.2 Explorer la dimension relative à son alimentation
- 1.3 Explorer la dimension relative à son corps
- 1.4 Apprendre à mieux se connaître soi-même ainsi que son fonctionnement
- 1.5 Prendre conscience de sa dynamique interpersonnelle
- 1.6 Prendre conscience des facteurs environnementaux qui agissent sur l'apparence, le poids et leurs déterminants

2. Comprendre son problème dans toutes ses dimensions

- 2.1 Posséder un bagage de connaissances sur différents aspects des problèmes reliés au poids
- 2.2 Établir les liens entre les composantes de son problème
- 2.3 Identifier les conditions facilitantes et non-facilitantes à sa démarche

3. Déterminer une orientation et des moyens par rapport à son choix de maigrir

- 3.1 Établir une relation signifiante avec les personnes autour de soi
- 3.2 Expérimenter des stratégies prometteuses pour réussir une démarche à l'égard de son poids
- 3.3 Acquérir des habiletés favorisant la résolution du problème

programme soit offert comme il l'est habituellement. Nous ne pouvions pas maintenir une cohorte de participantes en attente d'une intervention disponible pendant un an. Cette procédure aurait de toutes façons entraîné une forte mortalité expérimentale et des réactions compensatoires.

Nous avons donc opté pour un devis quasi-expérimental de type pré-post avec un groupe-témoin. Le groupe témoin était composé de femmes qui ressemblaient « autant que possible » aux participantes de *Choisir de maigrir ?*, par exemple au plan socio-économique, type de milieux de vie, poids et préoccupation à l'égard de leur poids. La figure 9 illustre le devis et le calendrier de la collecte de données. La collecte de données s'est déroulée sur deux saisons, soit à l'hiver 1994 et à l'automne 1994, ceci dans le but de contrer le biais de saisonnalité et d'atteindre la taille d'échantillon requise.

Afin de confirmer que le devis de recherche respectait les règles d'éthique, un certificat d'éthique a été obtenu auprès du comité d'éthique du Groupe interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal en octobre 1993¹³ (annexe 5).

¹³ Bien qu'aujourd'hui les doctorants doivent soumettre leur protocole au CERFM pour approbation, cette procédure était celle en vigueur à l'époque.

	TEMPS 1	TEMPS 2	TEMPS 3
EXP	jan 94 (O1 X1)	avril 94 (O2)	avril 95 (O3)
EXP *	sept 94 (O1 X1)	déc 94 (O2)	déc 95 (O3)
TÉM	mars 94 (O4)	sept 94 (O5)	oct 95 (O6)
TÉM *	nov 94 (O4)	fév 95 (O5)	fév 96 (O6)
X1: "Choisir de Maigrir"			

Figure 9 – Devis et calendrier de la collecte de données

2.2.3 Population à l'étude

Le groupe expérimental était composé de participantes qui s'inscrivent habituellement à *Choisir de maigrir ?*. Il s'agit de femmes d'âge moyen qui ont un surplus de poids qui les dérange, qui sont issues de milieux socio-économiques variés, qui ont des niveaux de scolarité variés et quoiqu'en majorité franchement obèses, une minorité peuvent être à leur poids-santé. Elles ont généralement essayé plusieurs traitements. Elles désirent mieux comprendre leur problème car après autant de tentatives, elles soupçonnent que la solution à leur problème est plus compliquée que prévue. Certaines ne font vraiment plus confiance aux régimes amaigrissants. Plusieurs nourrissent encore l'objectif de maigrir mais elles manifestent une ouverture à d'autres solutions.

Dans le but de généraliser les résultats de l'étude à d'autres établissements de santé qui pourraient éventuellement dispenser le programme, nous avons exclu les endroits où le programme est dispensé sur une base privée considérant qu'une clientèle ayant un niveau socio-économique supérieur s'y présente. Parmi les établissements

participants¹⁴, quatre se situaient en milieu urbain, trois à Montréal et un à Toronto, Ontario, deux se trouvaient en banlieue immédiate de Montréal, deux en milieu semi-urbain, et finalement, deux en milieu rural.

Toujours dans un but de généralisation, nous avons cru bon étudier la clientèle habituelle du programme, et pour ce faire, nous avons choisi d'appliquer un nombre minimum de critères de sélection. Les critères d'exclusion retenus permettaient de ne pas inclure dans l'étude des participantes présentant des caractéristiques exceptionnelles, telle que de très jeunes personnes ou très âgées ou encore des hommes, ce qui pourraient influencer les résultats de l'intervention tant sur le plan individuel ou du groupe. Afin de rendre l'échantillon plus homogène, des critères visaient à exclure de l'étude les femmes suivant un traitement psychologique concomitant, vivant une situation de dépression connue ou présentant un désordre alimentaire. Concernant le poids des participantes, nous avons décidé d'intégrer dans l'étude des femmes de poids variable conformément à ce qui fait habituellement dans le programme. De plus, cette approche a permis d'étudier la relation entre la prise de décision et le poids. Toutefois, nous avons limité l'inclusion à des participantes dont l'IMC > 20 kg/m² afin de ne pas inclure d'anorexiques. Les critères d'inclusion étaient donc les suivants :

- être du sexe féminin ;
- être âgée entre 18 et 65 ans ;
- ne pas suivre de psychothérapie concomitante ;
- ne pas consommer de médication anti-dépressive ;
- ne pas souffrir d'anorexie ou de boulimie¹⁵ ;
- avoir un IMC supérieur à 20 kg/m² ;
- n'avoir jamais suivi *Choisir de maigrir ?*

¹⁴ Pour des raisons de confidentialité, les noms des établissements et régions qui ont participé ne sont pas divulgués. Ils sont disponibles auprès de l'auteure.

¹⁵ L'inclusion du EAT-26 dans les questionnaires a permis de repérer des femmes qui auraient eu recours au vomissement.

Pour le groupe témoin, nous souhaitions recruter des femmes ressemblant le plus possible à celles de *Choisir de maigrir ?*, c'est-à-dire des femmes qui veulent mieux comprendre leur problème d'obésité et/ou d'obsession de la minceur et réduire l'ampleur de leur préoccupation. Nous avons jugé qu'il n'aurait pas été approprié de choisir des personnes qui sont prêtes à tout pour maigrir et qui auraient fréquenté des cliniques de jeûne modifié ou utilisé toute autre stratégie qui entraîne une perte de poids rapide et sans effort. Les sujets témoins ont donc été recrutés par les mêmes moyens que les sujets expérimentaux, soit par une annonce dans le journal, par des dépliants dans les lieux publics et par la publicité dans le centre de santé communautaire local. Cette annonce utilisait le même libellé que la publicité servant à recruter les participantes au programme, sauf qu'elle n'offrait pas de participer à un programme mais plutôt de participer à une étude :

VOTRE POIDS VOUS PRÉOCUPE...?

Vous avez du poids en trop ?
Vous avez essayé plusieurs diètes ou moyens pour maigrir ?
Vous avez réussi à perdre du poids mais vous l'avez repris ?
Vous vous sentez souvent impuissantes face à votre problème ?
Vous désirez mieux comprendre votre problème?

Nous sommes à la recherche de **femmes préoccupées par leur poids**, pour participer à un projet de recherche menée par une étudiante au doctorat de l'Université de Montréal. Votre participation consiste à remplir des questionnaires sur vos perceptions, opinions et sentiments en regard de ce problème. Une récompense¹⁶ vous attend si vous êtes en mesure de participer à l'étude. Nous avons besoin de votre collaboration pour mener à bien ce projet. Il permettra de développer des programmes d'intervention pour répondre à vos besoins.

Téléphonez au (514)

¹⁶ La récompense était un coupon de participation à un tirage pour des prix offerts par des commanditaires de la région.

Les témoins ont été recrutés dans des régions ou des secteurs où le programme n'était pas dispensé. Le choix de secteurs tenait compte de la ressemblance des milieux. Ainsi, nous avons des territoires témoins en milieu urbain ainsi qu'en banlieue, dans une ville moyenne et dans un secteur rural. Les mêmes critères d'inclusion que pour le groupe expérimental ont été utilisés.

2.2.4 Échantillon

Puisqu'il était impossible de constituer un échantillon aléatoire dans cette étude, nous avons utilisé un échantillon de volontaires. D'après Cohen (1988), le calcul d'un plan d'analyse de variance à mesures répétées est basé sur l'*effect size index* obtenu à partir d'un pré-test:

$$f = \sqrt{dl * \frac{F}{N}}$$

où : $f = \text{effect size}$

$dl = \text{degrés de liberté du terme utilisé dans le numérateur}$

$F = \text{ratio de F d'une différence issue d'une étude antérieure}$

$N = \text{échantillon total}$

Puisque nous ne disposions pas de pré-test ou d'étude pilote nous permettant d'apprécier une différence attendue, nous pouvions estimer cette statistique à partir des résultats d'une autre étude qui a utilisé des paramètres semblables avec la même clientèle. En l'occurrence, nous nous sommes basés sur les résultats obtenus sur l'échelle d'ajustement social dans l'étude de Ciliska (1990).

Nous avons aussi tenu compte d'une certaine mortalité expérimentale attendue. Ciliska (1990) a eu un faible taux d'abandon durant le programme (14 %) pour le groupe expérimental. Elle a cependant perdu 41 % des témoins et 51 % et 59 % des sujets expérimentaux dans deux groupes différents au suivi de six mois. Roughan et coll. (1990) ont perdu 36 % de leur groupe après deux ans. Le taux d'abandon calculé pour les 9 derniers groupes au CLSC de Rosemont était de 22 % (données non-publiées). D'après ces résultats, nous avons estimé la mortalité expérimentale à 40 %.

La taille échantillonnale requise pour faire une analyse à mesures répétées à l'aide de tests de t de Student est calculée à l'aide du logiciel NCSS/PASS (Hintze 1991). Basée sur un seuil de signification de 5 % et une puissance de test de 90 %, la taille de l'échantillon requise est de 75 sujets par groupe. Afin de tenir compte de la mortalité expérimentale estimée à un maximum de 40 %, l'échantillon devait donc comporter 125 sujets par groupe. A raison d'une moyenne de 10 participantes par groupe au départ et de 15 groupes, il y aurait un potentiel de 150 participantes pour le groupe expérimental ($10 \times 15 = 150$). Nous avons opté pour un plan d'analyse équilibré, nous devons recruter donc le même nombre de sujets pour le groupe témoin.

Cependant au moment d'effectuer les analyses statistiques, nous avons choisi d'utiliser les analyses multi-niveaux (voir la section 2.2.7), ce qui suppose un calcul échantillonnal différent. Or, le calcul échantillonnal pour des analyses multi-niveaux est compliqué par la présence de données à multiples niveaux ce qui implique de la variabilité intra-individuelle et inter-individuelle (Snijders et Bosker 1999). De plus, ce calcul requiert la connaissance de paramètres qui ne seront connus qu'après l'étude (ex : corrélation intra-classe). Toutefois, nous apportons à l'appui de la grosseur de l'échantillon initial les éléments suivants. D'abord, Snijders et Bosker (1999) proposent une « règle du pouce », soit qu'avec un échantillon de 100 individus, il est possible de tester une variété de modèles incluant des intercepts et des pentes. Ensuite, en se référant à Cohen (1992) et en se basant sur un alpha de 0,05, on peut s'attendre à un *effect size index* moyen dans le cas d'analyses de régression multiple impliquant jusqu'à 8 prédicteurs avec un échantillon de 107 individus. Ce nombre est en-deça de notre échantillon. Finalement, nous avons effectué des calculs de puissance à l'aide du logiciel GPower version 2.0 de Paul et Erdfelder (1992). Nous avons testé la puissance de l'étude pour un modèle multivarié à mesures répétées qui posséderait un *effect size index* moyen et un alpha de 0,05 avec des numérateurs variant entre 2 et 4 et des dénominateurs variant entre 145 et 165. Les résultats ont varié entre 0,9873 et 0,9960, indiquant une bonne puissance.

Enfin, une autre question relativement à l'échantillon est soulevée par notre devis. L'échantillon s'apparente à des grappes, des participantes dans divers centres communautaires. Ce point n'a pas été pris en considération avant l'étude. Cependant, lors des analyses nous avons examiné les résultats selon les divers sites et aucune différence entre les groupes n'était présente. Nous avons donc considéré qu'il était justifié de regrouper les participantes dans un seul groupe expérimental.

2.2.5 Instruments de collecte

La liste complète des variables à l'étude ainsi que leurs caractéristiques se trouve au tableau V. L'opérationnalisation des concepts du programme, soit l'atteinte d'une meilleure qualité de vie, du bien-être, d'un cheminement vers une vie pleine et harmonieuse plutôt que la perte de poids et l'amélioration de l'apparence, a nécessité de recourir à de nombreuses variables. Cette exigence, couplée avec le contexte d'un nouveau paradigme, d'une étude réalisée en langue française et du souhait de se comparer à d'autres résultats de recherche a imposé un défi important au plan du choix des indicateurs. Compte-tenu de la nécessité de sélectionner autant que possible des indicateurs validés pour augmenter la validité des résultats, mais en raison des contraintes énumérées ci-haut, nous avons choisi des instruments existants validés et avons développé et validé de nouveaux instruments pour notre étude.

Les attitudes et comportements alimentaires

Deux instruments ont été utilisés pour mesurer les attitudes et les comportements alimentaires, le *Eating Attitude Test* de Garner et Garfinkel (1979) et une échelle maison pour le comportement de manger en réponse à ses émotions (*Emotional Eating*). Le *Eating Attitude Test* sert à identifier les personnes à risque de développer un trouble de l'alimentation. Il a été utilisé avec des populations cliniques et non cliniques, des personnes de poids normal et avec surpoids.

Tableau V
 Liste des variables dans l'évaluation de *Choisir de maigrir ?*
 par ordre d'apparition

Variables	Nb d'items	Type	Situation dans l'instrument (Cah no ^a - no question)
Attitudes alimentaires (EAT-26)	26	Likert - 6	Cah Ins ^b - 7
Âge au début problème	1	continue	Cah Ins - 9a
Événement associé au début problème	1	catégorielle	Cah Ins - 9b
Âge à la première diète	1	continue	Cah Ins - 10a
Nombre et type de diètes	18	ordinale	Cah Ins - 10b
Fait attention quelle proportion du temps	1	ordinale	Cah Ins - 10c
Lectures et émission	8	catégorielle et ordinale	Cah Ins - 12
Préoccupation de la mère	3	ordinale	Cah Ins - 13
Préoccupation du père	3	ordinale	Cah Ins - 14
Poids, taille et objectifs de perte poids	2	catégorielle	Cah Ins - 15
État de santé	5	catégorielle	Cah Ins - 16
Activité physique	1	ordinale	Cah Ins - 17
Âge	1	continue	Cah Ins - 19
Langue	1	catégorielle	Cah Ins - 20
État civil	1	catégorielle	Cah Ins - 21a
Nombre d'enfants et âge	2	catégorielle	Cah Ins - 21b
Niveau de scolarité	1	catégorielle	Cah Ins - 22
Occupation	1	catégorielle	Cah Ins - 23
Type de travail	1	catégorielle	Cah Ins - 23
Revenu	1	ordinale	Cah Ins - 24
Milieu de vie	1	catégorielle	Cah Ins - 25
Croyances sur l'obésité	9	Likert - 5	Cah 1 - 1
Image corporelle	15	Likert - 5	Cah 1 - 2
Estime de soi (Rosenberg)	10	Likert - 4	Cah 1 - 3
Emotional eating	7	Likert - 5	Cah 2 - 1
Connaissances	13	V-F	Cah 3 - 1 a-m
Connaissance des comportements favorables	2	ordinale	Cah 3 - 1 n-o
Connaissances des obstacles	2	choix multiples	Cah 3 - 1 p-q
Indice de dépression (BDI Beck)	21	ordinale	Cah 3 - 2
Efficacité personnelle	17	Likert - 5	Cah 3 - 3
Connaissances	2	catégorielle	Cah Ins - 4-5
Choix de maigrir	20	catégorielle	Cah 4 - 8-9

^a Cah no: cahier 1, 2, 3 ou 4

^b Cah Ins : cahier d'inscription

Outre un caractère global, l'échelle comprend trois sous-dimensions, dont deux ont été utilisées dans cette étude : tendance à se mettre à la diète et boulimie et préoccupation concernant la nourriture. Une version canadienne-française est disponible et a fait l'objet d'une validation par Leichner et coll. (1994). Cette version possède une bonne consistance interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,86 pour l'échelle complète, 0,85 pour la sous-échelle de tendance à se mettre à la diète et 0,62 pour celle de boulimie et préoccupation concernant la nourriture. Les coefficients alpha obtenus dans notre étude sont respectivement de 0,79, 0,76 et 0,69.

La seconde échelle utilisée pour cerner les attitudes et comportements alimentaires était une échelle servant à mesurer le fait de manger en réponse à ses émotions (Faith *et al.* 1997). Cette échelle est issue d'un questionnaire portant sur les comportements alimentaires dysfonctionnels de 34 items développés par la co-conceptrice du programme *Choisir de maigrir ?* et validé auprès de 93 participantes du programme en 1992. Les coefficients alpha de Cronbach pour deux administrations étaient de 0,88 et 0,84 et le coefficient de corrélation test-retest de 0,83 après trois jours. Suite à une analyse factorielle, sept items correspondant au concept d'intérêt sont ressortis, par exemple : « Je mange parce que je suis joyeuse ou pour fêter une bonne nouvelle », « Je mange beaucoup et sans être attentive en présence des autres », « Je mange pour me consoler, me reconforter ». Ces items sont semblables à ceux que l'on retrouve dans d'autres échelles mesurant ce concept en langue anglaise qui ont été publiées plus tard (Arnow *et al.* 1995). Lors de la collecte de données initiale de la présente étude, l'échelle a présenté une très bonne consistance interne avec un coefficient alpha de 0,85.

Image corporelle

Au moment de bâtir l'instrument de collecte de données, on retrouvait dans la littérature scientifique deux approches pour mesurer l'image corporelle : une reflétant l'appréciation globale du corps et l'autre appréciant chacune des parties du corps prises séparément. Pour respecter l'esprit de *Choisir de maigrir ?*, il nous est apparu plus approprié de mesurer l'appréciation du corps plus globalement. Mais aucun

questionnaire en langue française n'était disponible. Un questionnaire a été construit et validé en même temps que celui sur les comportements alimentaires dysfonctionnels par la co-conceptrice du programme. L'échelle développée emprunte plusieurs questions du *Body Shape Questionnaire* (Cooper 1987) dont les validités concurrente et discriminante sont bonnes et s'inspire de deux des sous-échelles pertinentes du *Eating Disorders Inventory* (EDI) de Garner et coll. (1983) dont les coefficients de Cronbach sont de 0,85 et 0,91. Le nouveau questionnaire possède 15 items, voici quelques exemples : « Je suis préoccupée par mon image lorsque je passe devant un miroir », « J'évite de faire certains sports à cause de l'habillement (ex. maillot de bain) ». Lors de la validation en 1992, les coefficients alpha ont été de 0,83 pour deux administrations et le coefficient test-retest de 0,86.

Estime de soi

L'estime de soi a été mesurée par l'échelle de Rosenberg (1979) traduite par Vallières et Vallerand (1990). Il s'agit d'un questionnaire comportant 10 questions. Selon les données rapportées par Vallières et coll. (1990), la consistance interne était de 0,70, 0,89, 0,90 et 0,83 dans quatre études différentes. Le coefficient test-retest était de 0,88. Ce questionnaire a été utilisé avec succès chez des clientèles obèses notamment par Ciliska (1990) et Roughan et coll. (1990).

Efficacité personnelle

L'efficacité personnelle est un concept issu de la théorie de sociale cognitive développée par Bandura (1977). Cette théorie s'enracine dans une perspective selon laquelle trois types de facteurs interagissent dans l'existence humaine : le comportement, les facteurs personnels (processus cognitifs, émotionnels et biologiques) et l'environnement. Selon cette théorie, le changement et le maintien du comportement seraient attribuable à deux éléments : la croyance qu'une modification de comportement amènera les résultats attendus et la croyance que la personne possède en regard de ses capacités à adopter le comportement désiré. Cette croyance influence ses aspirations, ses choix, sa vulnérabilité au stress et à la dépression, son niveau d'effort et de persévérance, sa résilience face à l'adversité.

L'efficacité personnelle se réfère à ce deuxième élément et se rattache donc à la perception de la capacité d'agir. En lien avec le nouveau paradigme, ce concept s'apparente à l'« *empowerment* ». L'efficacité personnelle a été mesurée dans plusieurs études en rapport avec le poids (Prochaska *et al.* 1992 ; Stotland et Zuroff 1991 ; Clark *et al.* 1991 ; Bernier et Avard 1986 ; Glynn et Ruderman 1986 ; Forster et Jeffery 1986 ; Mitchell et Stuart 1984). Toutefois, pour être conforme aux travaux de Bandura (1977), l'opérationnalisation du concept doit permettre de mesurer la capacité perçue de performer un comportement spécifique dans une circonstance donnée. Ceci suggère le développement d'échelles spécifiques. De plus, les échelles d'efficacité personnelle existantes au moment de développer l'instrument de collecte mesuraient la capacité « ...de ne pas déroger de son régime », ce qui n'est pas compatible avec la vision du programme *Choisir de maigrir ?* qui veut rompre avec la restriction alimentaire et la notion de diètes. Pour ces raisons, il a fallu développer un instrument spécifique pour cette étude.

L'échelle sur l'efficacité personnelle a été développée en se basant sur divers comportements valorisés dans le programme, par exemple : « Prendre le temps de déguster et de manger lentement même en présence d'une abondance de nourriture », « Lorsqu'une personne me harcèle au sujet de mon poids, tenter d'identifier pourquoi elle fait cela », « Me donner quelques minutes de réflexion lorsque quelqu'un m'incite à manger ». L'échelle a été validée en même temps que celle sur les comportements alimentaires dysfonctionnels et l'image corporelle par la co-conceptrice du programme. Les coefficients alpha de Cronbach ont été de 0,81 et 0,82 pour les deux administrations et le coefficient test-retest de 0,61. Trois facteurs ont été identifiés : les stratégies alimentaires, l'affirmation de soi et l'auto-suffisance (Mongeau 1993).

Dépression

Dans différentes études en regard du poids, une variation de l'indice de dépression a été notée. Dans notre étude, nous avons utilisé l'inventaire de Beck (DBI) (Beck *et al.* 1961), version canadienne-française validée par Bourque et Beaudette (1982) pour mesurer la dépression. L'inventaire de Beck se rapporte aux attitudes cliniques associées à la dépression et met en évidence trois principaux modes d'abstraction des

états dépressifs: l'affect négatif envers soi, les difficultés physiologiques et les troubles d'humeur. L'échelle originale est composée de 21 questions et sa forme abrégée en possède 12. La version de Bourque et Beaudette (1982) qui a été utilisée est une traduction de la version originale. Sa consistance interne est élevée tel que l'indique le coefficient alpha de Cronbach de 0,92 obtenu par ces auteurs. La fidélité test-retest était de 0,62. Le questionnaire a été utilisé dans des situations très variées (Gauthier *et al.* 1982). Il fut utilisé avec succès et avec des clientèles très semblables par Roughan et coll. (1990), Marcus et coll. (1988) et Telch et coll. (1990).

Les connaissances et les croyances sur l'obésité et ses solutions

Ces questionnaires ont été utilisés dans le programme *Choisir de Maigrir* depuis plusieurs années. Ils sont bien compris et produisent des résultats constants d'un groupe à l'autre, ce qui permet d'assumer leur validité de contenu.

La pratique de l'activité physique

Cette variable a été mesurée par une question à choix multiples portant sur la fréquence de l'activité physique effectuée pendant au moins vingt minutes durant les loisirs. La question est similaire à celle validée par Gionet et Godin (1989).

La décision de maigrir

Sans surprise, nous n'avons pas repéré dans la littérature d'échelle pour mesurer le concept de prise de décision en regard de l'amaigrissement. Nous avons donc développé une mesure en se basant sur le modèle de prise de décision (*Decision-Making Model DDM*) de Janis & Mann (1977). La mesure est réalisée à l'aide d'une série de quatre questions qui visent à saisir si la personne a fait une prise de décision éclairée ou non en regard du fait d'entamer ou non une démarche pour maigrir ou non. La première porte sur le choix comme tel à partir d'une question à cinq choix de réponse : « 1) J'ai le choix et j'ai décidé de maigrir ; 2) J'ai le choix et j'ai décidé de ne pas maigrir ; 3) Je n'ai pas pris de décision ; 4-) Je n'ai pas le choix, il faut que je maigrisse ; 5) Je n'ai pas le choix, je n'y arrive pas. »

Puis, deux questions cherchent à préciser le processus par lequel les participantes sont arrivées à cette décision. Finalement, une dernière question permet de cerner les incongruités possibles (par exemple, vouloir maigrir et être à son poids-santé). De ces trois questions, huit items ont été regroupés dans une échelle de balance décisionnelle en se basant sur la théorie de Janis & Mann (1977) et sur les travaux de O'Connor (1995), qui mesure la qualité des décisions en regard de divers problèmes reliés à la santé ou à des traitements potentiels. Cette échelle comporte des questions comme : « Peut-il survenir des conséquences graves ou désagréables si je ne maigris pas ? », « Ai-je examiné à fond toutes les solutions possibles autre que maigrir ? », « Ai-je évalué attentivement les avantages et les inconvénients de l'amaigrissement ? ». La consistance interne de cette échelle lors de notre administration était élevée avec un coefficient alpha de 0,89.

Poids et taille

Pour les participantes du groupe expérimental, le poids et la taille ont été mesurés par l'intervenant à l'aide d'un pèse-personne de type médical et d'une toise respectivement. Le pèse-personne faisait l'objet d'un calibrage selon les procédures instaurées dans chaque centre de santé. Pour les participantes du groupe témoin, l'assistant de recherche utilisait un pèse-personne disponible sur place et s'assurait que ce soit le même aux trois temps.

Dans un article sur les difficultés méthodologiques dans les études portant sur l'obésité, Kraemer (1990) recommandait d'uniformiser la mesure utilisée pour l'obésité et préconisait l'utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci a été calculé pour chaque participante selon la formule suivante :

$$\text{Indice de masse corporelle (IMC)} = \frac{\text{Poids (kg)}}{[\text{Taille (m)}]^2}$$

2.2.6 Procédures

Une lettre d'invitation à participer a été envoyée aux directeurs généraux de divers CLSC et centres de santé du Québec et de l'Ontario francophone qui offraient déjà le

programme *Choisir de maigrir ?* dans leur programmation habituelle. Une rencontre d'information a été organisée à l'intention des intervenants mandatés par les établissements ayant répondu positivement à l'invitation. Durant cette rencontre, les différentes procédures de l'étude ont été expliquées par l'auteur. Celle-ci a offert son soutien et des coordonnées pour la rejoindre au besoin. Cette rencontre s'est tenue à la fin de l'automne 1993.

Le recrutement des participantes des groupes *Choisir de maigrir ?* s'est fait à partir d'annonces parues dans le journal local de chaque région où se trouvaient un établissement participant ou par référence d'anciennes participantes ou d'intervenants. Les femmes intéressées à suivre le programme étaient invitées à une soirée d'information. Les modalités du programme et de l'étude leur étaient expliquées. A la fin de cette soirée, le questionnaire d'inscription qui permettait de vérifier leur admissibilité leur était remis pour qu'elles puissent le remplir chez-elles à tête reposée et sans pression. Elles recevaient aussi un texte décrivant les objectifs du programme ainsi qu'une lettre de consentement (annexe 7a) à rapporter avec le questionnaire. Les femmes intéressées à participer rapportaient leur questionnaire au centre. Les intervenantes vérifiaient les critères d'admissibilité puis confirmaient la participation par téléphone dans la semaine suivant la soirée d'inscription. Certaines femmes ne répondant aux critères d'inclusion de l'étude mais qui semblaient disposées à faire la démarche (par exemple, une femme de 67 ans) étaient incluses dans le groupe mais pas dans l'étude.

Les questionnaires, relativement volumineux ont été remplis en deux temps pour réduire la fatigue et éviter de diminuer la motivation des femmes à rester dans le programme. Ainsi, ils ont été remplis au début des 1^{ère} et 2^e rencontres. Les questionnaires du temps 2 ont été remplis à la 14^e rencontre. Les questionnaires ont été administrés par les intervenants qui dispensaient le programme. Il était impossible de procéder autrement pour des raisons administratives. Nous étions conscients que ceci contribue à un biais potentiel de désirabilité sociale ainsi qu'au biais d'attentes de l'expérimentateur. Les précautions habituelles pour préserver la confidentialité

(questionnaire codé) ont été prises et expliquées aux participantes. Une pause était faite afin de réduire l'effet de fatigue. Les mesures anthropométriques étaient faites en privé à tour de rôle pendant qu'elles remplissaient les questionnaires. Les instruments disponibles dans les centres de santé ont été utilisés. Les intervenants se sont assurés d'utiliser les mêmes pèse-personnes pour les trois collectes.

Le programme a été dispensé de façon similaire dans chaque établissement. Afin d'assurer l'uniformité au niveau du contenu et des stratégies d'intervention, tous les intervenants ont reçu une formation. Ils disposaient d'un guide d'intervention (CAAO 2003) ainsi que de cassettes vidéo d'une session complète du programme, ce qui permettait de saisir la philosophie, les modalités d'intervention, les objectifs et les activités du programme. Afin de s'assurer du bon déroulement du programme dans chaque site, un monitoring de l'intervention a été fait à l'aide de formulaires fournis aux intervenants.

Une procédure relativement similaire a été utilisée auprès du groupe témoin. Deux assistantes de recherche ont été embauchées et formées par l'auteur. Suite à l'annonce parue dans les journaux locaux ainsi que des dépliants distribués dans des endroits stratégiques des régions témoins, les femmes intéressées à participer à l'étude téléphonaient à l'assistante de recherche. Celle-ci expliquait l'étude et vérifiait leur admissibilité. Puisqu'il n'aurait pas été approprié d'identifier par téléphone les femmes qui auraient pu présenter un désordre alimentaire, l'exclusion a été faite ultérieurement, à partir des questions sur le vomissement dans le questionnaire EAT-26. Les femmes admissibles et intéressées ont ensuite été convoquées à une rencontre, de jour ou de soir selon leur convenance, durant laquelle elles remplissaient les lettres de consentement (annexe 7b) et les questionnaires. Les participantes étaient pesées et mesurées en privé à tour de rôle. Les pèse-personnes utilisés dans les groupes témoins dépendaient du lieu où se déroulait la collecte. Les assistantes de recherche se sont assurées d'utiliser le même aux trois temps. Pour les témoins, nous avons estimé qu'un tirage ajouterait un élément d'intérêt à rester dans l'étude. A cet égard, les prix de participation étaient de plus en plus gros à mesure que

le temps passait. À chaque collecte de données, un coupon était donc rempli par les participantes présentes.

Afin de retracer le maximum de participantes après 12 mois, il a été prévu de distribuer à la dernière rencontre du programme, et à la 2^e rencontre de collecte de données pour les participantes témoins, des cartes de changement d'adresse à retourner à l'auteur afin de pouvoir les recontacter malgré un déménagement. Un mois avant la troisième collecte de données, l'auteur a relancé les intervenants mandatés de chaque centre et les deux assistants de recherche afin qu'ils mettent en branle la relance du temps 3. Ils ont invité par téléphone les participantes à participer à une soirée de retrouvailles qui s'est tenue quelques semaines plus tard. Les participantes ont rempli les questionnaires et ont été pesées. Pour les participantes ayant fait *Choisir de maigrir ?*, le désir de se rencontrer constituait un bon incitatif pour venir à cette soirée. Cet incitatif n'était cependant pas très puissant chez les témoins, il fallait compter sur le coupon de tirage et le sens du volontariat des femmes.

2.2.7 Analyses statistiques

Les essais communautaires présentent des défis intéressants sur le plan méthodologique. Thompson et coll. (2003) soulèvent la difficulté de mener des essais randomisés dans le contexte communautaire. Ils argumentent que malgré les diverses menaces à la validité interne inhérentes à l'absence de randomisation dans les devis quasi-expérimentaux, les chercheurs ont mis en œuvre diverses stratégies pour produire des résultats crédibles. La mortalité expérimentale rencontrée dans les études d'intervention telle que la notre représente aussi un défi important. En effet, la puissance statistique inhérente aux méthodes d'analyses traditionnelles pour prendre en charge les données à mesures répétées est considérablement affectée par le nombre décroissant de participants d'une collecte de données à l'autre. Initialement, nous envisagions l'utilisation de l'analyse de variance à mesures répétées. Récemment, la venue des analyses multi-niveaux ou hiérarchiques présentaient une nouvelle avenue pour contrer cette difficulté.

Les analyses multi-niveaux, d'abord utilisées dans les domaines de l'éducation, de la démographie et de la sociologie, permettent l'examen simultané des effets de variables relatives au groupe et à l'individu dans l'étude des extrants au niveau de l'individu (Diez-Roux 2000). Elles consistent en une extension de modèles de régression linéaire, appliquées à des données qui sont structurées hiérarchiquement. Ce type d'analyse est devenu populaire en santé publique avec la venue des modèles de type écologique qui exigent justement la prise en charge simultanée de variables à de multiples niveaux. En plus de cette application et de nombreuses autres, les analyses multi-niveaux conviennent aux situations où l'on retrouve des sources imbriquées de variabilité, comme dans les études où l'on fait des observations répétées dans le temps, car elles tiennent compte des différentes sources de variabilités sans en confondre les effets (Diez-Roux 2000 ; Raudenbush et Bryck 2002). En outre, l'application de cette technique permet d'inclure les données de toutes les participantes à tous les temps de l'étude et de spécifier un modèle qui inclut un effet aléatoire pour l'intercept. Contrairement aux analyses qui utilisent la moyenne du groupe, cette particularité permet aux individus de varier les uns des autres pour chacune des variables.

2.3 Les articles

Cette thèse comporte trois articles scientifiques. Dans un premier temps, on s'est intéressé à mieux cerner la clientèle des femmes qui s'inscrivent à *Choisir de maigrir ?*. Ainsi, dans le premier article intitulé « *Understanding the zeitgeist around weight loss : The profile of women who sign up for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm* », on a documenté le profil des participantes du programme, soit le groupe expérimental seulement, et on a comparé certaines de leurs caractéristiques avec celles de la population en général. Compte tenu du caractère descriptif de cette étude, nous n'avions pas d'hypothèses.

Le deuxième article dont le titre est « *Short-term and 12-month impact of a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm on anthropometric and psychosocial outcomes* » est le centre névralgique de la thèse car c'est l'article qui décrit les effets

du programme. Ainsi, à l'aide d'analyses multi-niveaux, nous avons examiné chez les participantes du programme *Choisir de maigrir ?* et chez les témoins, comment évoluent différentes variables psychosociales, comme l'image corporelle, certaines attitudes alimentaires, l'efficacité personnelle, l'indice de dépression, la pratique d'activité physique et le poids. Nous avons contrôlé pour l'effet de certaines variables de confusion, l'âge, le niveau de scolarité, l'occupation et l'IMC au début du programme. Nous avons aussi cherché à voir s'il y avait des effets de confusion de certaines variables. Les hypothèses étaient les suivantes :

H1) Le programme *Choisir de maigrir ?* entraînera une modification des connaissances concernant l'obésité, ses causes, ses conséquences et son traitement chez les participantes à la fin du programme et un an après.

H2) Le programme *Choisir de maigrir ?* améliorera la perception de l'image corporelle, l'efficacité personnelle, l'estime de soi, l'indice de dépression, les comportements et attitudes alimentaires chez les participantes à la fin du programme et un an après.

H3) Le programme *Choisir de maigrir ?* entraînera un changement positif au niveau de la pratique de l'activité physique chez les participantes après un an. Cette amélioration sera plus marquée chez les participantes ayant amélioré le niveau des paramètres psychosociaux.

H4) Le programme *Choisir de maigrir ?* permettra une perte de poids légère ou un maintien du poids chez les participantes à la fin du programme et un an après.

Enfin, le troisième et dernier article, « *Decision-making as a predictor of the success of a nondieting approach : A quasi-experimental study* » examine la contribution d'un concept important de *Choisir de maigrir ?*. En fait, dans cet article, nous cherchons à confirmer ou infirmer l'hypothèse suivante :

H5) Le programme *Choisir de maigrir ?* améliorera les paramètres psychosociaux et les comportements de façon supérieure chez les participantes ayant fait une prise de décision éclairée.

Article 1

*Understanding the zeitgeist around weight loss : The profile of women who sign up
for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm*

Lyne Mongeau

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada.

Lise Gauvin

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Canada

Michèle Rivard

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Canada

Article soumis à *Public Health Nutrition*

Article 1
Contribution des auteurs

Titre de l'article : *Understanding the zeitgeist around weight loss : The profile of women who sign up for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm*

Article en préparation pour soumission à *Public Health Nutrition*

- **Lyne Mongeau** a eu l'idée originale de l'article, a préparé la recherche, développé les instruments, géré la collecte des données, réalisé les analyses et rédigé l'article.
- **Lise Gauvin**, a contribué au développement de l'idée de l'article, a supervisé les analyses et a collaboré à la rédaction.
- **Michèle Rivard** a collaboré aux analyses et apporté des commentaires à l'interprétation. Elle a aussi révisé l'article.

Article 1
Accord des co-auteurs

1. **Étudiante** : Lyne Mongeau
Programme : 348111-00 Doctorat en santé publique – Orientation promotion de la santé

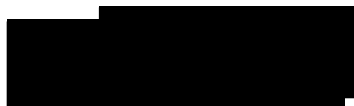
2. **Auteurs** : Lyne Mongeau
Lise Gauvin
Michèle Rivard

Titre de l'article : *Understanding the zeitgeist around weight loss : The profile of women who sign up for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm*

En préparation pour *Public Health Nutrition*

3. À titre de co-auteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Lyne Mongeau inclut cet article dans sa thèse de doctorat intitulée : « La contribution des programmes fondés sur un nouveau paradigme dans une stratégie globale pour réduire les problèmes reliés au poids ».

Lise Gauvin



Signature

9 sept. 2003

Date

Michèle Rivard



Signature

9 sept. 03

Date

Abstract

This paper established the profile of women who sign up for an alternative community-based weight-management program ascribing to the Health at Any Size (H@AS) paradigm. A sample of 167 women recruited into this program completed self-report questionnaires and participated in anthropometric assessments. Results showed that two-third of woman had a BMI of 30 kg/m^2 or more and that average EAT-26 scores neared the eating disorder risk cut-off point. Younger participant women were more likely to have a university education and participants were also more likely to report working outside the home than comparison women. We conclude that woman who search for alternatives to dieting are obese, highly preoccupied by their weight and have made numerous weight control attempts. Even if universal access to the program was assured, there was a higher proportion of more educated women who signed-up for the program.

Understanding the zeitgeist around weight loss : The profile of women who sign up for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm

Weight loss is an important preoccupation for many people (Gordon 2000). At each minute, numerous men and women put themselves on a diet, buy a weight loss product, or take medication to lose weight. Some of those adopting weight loss tactics are obese and may be at high risk of morbidity whereas others may be only slightly overweight or have a healthy weight. Since the prevalence of obesity is growing in most industrialized countries, it is now considered a public health problem, and has even been referred to as an epidemic (WHO 2000). While weight management is often positioned as a public health problem, little is known about the population segments that seek out and use various weight management approaches even though information about program uptake would aid in public health planning and intervention. The purpose of this paper is therefore to better understand the current zeitgeist around weight management by drawing a profile of women who sign up for a community-based program ascribing to the Health at Any Size (H@AS) paradigm.

Background

Within the traditional weight control paradigm, excess weight is considered a risk for morbidity and mortality and, the appropriate treatment is thus to lose weight. To reach this goal, health care professionals often recommend low calorie diets in combination with exercise intervention and behaviour modification (National Heart, Lung, and Blood Institute 2000). In addition to interventions performed by health care professionals, the weight loss industry offers numerous methods, products, and

programs to consumers (Marketdata Enterprises 2002). Regardless of whether they have received medical advice regarding weight management, people of varying weights pursue the same ultimate goal of losing weight. And while attempting to lose weight, they encounter the same challenge : weight loss is often achieved in the short term but long term weight management is elusive (Ayyad & Anderson 2000). After numerous attempts and possibly weight cycling, enthusiasm toward the goal of losing weight dampens. As a result, a select sub-group of persons seek out alternatives for real or perceived weight problems.

One such alternative, focused on non-dieting, has gained support among researchers and interventionists over the last two decades (Foster & McGuckin 2002). Originally referred to simply “a new approach”, then “a new paradigm” because of its radically different perspective on weight, it was eventually coined as the “Health at Any Size” paradigm (H@AS ; Berg & Marchessault 2000). The paradigm was initially described in bits and pieces by numerous authors (Orbach 1978; McBride 1988; Hirschmann & Munter 1988; Kano 1989; Ciliska 1990; Parham 1990, 1996, 1999; Berg 1992; Foreyt & Goodrick 1993; Hawks & Richins 1994; Satter 1996; Robison 1997; Gast & Hawks 1998; Omichinski 1999; Senekal *et al.* 1999; McFarlane *et al.* 1999) and subsequently more thoroughly by other authors (Ersnberger & Koletski 2000, Part 1 et 2; Berg 2000). According to Foster and McGuckin (2002) as well as Miller (2001) the H@AS approach, encompasses three basic assumptions. The first premise is that dieting is associated with negative physical and psychological consequences, like reduction of metabolism and lean mass, weight cycling and binge eating (Parham 1996; Garner & Wooley 1991; Polivy & Herman 1983, 1985).

Secondly, dieting is not considered to be an adequate or effective solution to excess weight or obesity. Since body weight is not solely determined by one's will, wishful thinking about modifying weight and body change is counterproductive (Parham 1996; Brownell 1991). Weight is largely influenced by genetic predisposition (Pérusse 2000) and by environment, that has been called recently a "toxic environment" (Brownell 2002; Després 2002). Considering this complex etiology and the ineffectiveness of current approaches, intervention has to be oriented towards the adoption of healthy behaviors change rather than the pursuit of esthetic imperatives. And finally, the third assumption proposes that although it is clear that fatness is negatively associated with health, there are probable confounding factors that have lead to misleading and exaggerate threats (Ersnberger & Koletsky 1999). For example, Miller (1999) has proposed that metabolic fitness might be an independent factor for health above and beyond fat mass. Some authors consider that the association between weight loss and mortality is frankly controversial (Blair & Lee 1998).

In practical terms, H@AS programs or counseling aim at increasing awareness about dieting's harmful effects, at educating people about the determinants of body weight, at using internal cues to guide eating behaviors, at improving attitudes regarding body image, self-esteem, and food, and body obsession, and at increasing pleasurable and fitness-oriented physical activity. In keeping with a view that obese persons are able to take charge of their problem, advocates of the H@AS view the person as responsible for selecting the goals and the means towards weight management (Parham 1990, 1996). In the last two decades, numerous trials of varying

methodological quality have evaluated the effects of the H@AS programs (Wolf & DeBlassie 1982/83; Ryan & Roughan 1984; McNamara 1989; Ciliska 1990, 1998; Roughan *et al.* 1990; Polivy et Herman 1992; Carrier *et al.* 1994; Omichinski et Harrison 1995; Robinson et Bacon 1996; Mellin *et al.* 1997; Hetherington & Davies 1998; Tanco *et al.* 1998; Goodrick *et al.* 1998; Sbrocco *et al.* 1999; Rapoport *et al.* 2000; Bacon *et al.* 2002). Recently, Miller (2001) and Foster and McGuckin (2002) reviewed these results. While noting some limitations and calling for more research, both reviews consider the non-dieting approaches as an «*exciting advance in the care of overweight persons*» (Foster & McGuckin, 2002, p.510) and a «*more realistic and long-term approach to lifestyle*» (Miller, 2001, p.43).

Despite the positive results emerging from recent literature reviews and the frenzy created by the H@AS approach, several questions remained unanswered. In particular, very little is known about the characteristics of persons who sign up for a H@AS intervention. More importantly, it is not known whether or not these persons are representative of the general population or whether one subgroup in the population tends to uptake these programs to a greater extent. Obtaining such information will be useful in any effort to expand the availability of these programs and in determining their potential in influencing population prevalence of obesity. The specific purpose of this study was therefore to establish the profile of women who sign up for an alternative community-based weight-management program. The data for this article were collected within the context of an evaluation project on the effects of just such a program called “*About losing weight ?*”. The study employed a quasi-experimental design wherein 7 local community centers across the

province of Quebec and 2 health centers in the province of Ontario dispensed the program. The “*About losing weight ?*” (ALW) program (“*Choisir de maigrir ?*”, see CAAO 2003) was developed in 1982 at a local community health center in the Rosemont district of Montréal, Canada. It was constructed mostly upon Orbach’s indications (1978) incorporating tools from different psychological approaches: cognitive-behavioral, psychodynamic, humanistic and systemic approaches, and transactional analysis. Until 1990, it was modified to respect the growing knowledge base (Orbach 1986; Hirschmann & Munter 1988; Kano 1989; Ciliska 1990; Parham 1990). The goal of the program is to bring participants to reconsider the way in which they deal with their weight. Over the course of the 14 weekly sessions, participants are introduced to observation tools that will help disentangle facts and perceptions about food and physical activity behaviors, and about value as a person regardless of overweight status. Early in the program the goal of reducing food obsession is pursued by having participants stop dieting and regulate diet quality and quantity according to internal cues of hunger, satiation, and taste preferences. Then, the emphasis is put on identifying barriers and opportunities while speculating about what life could be if it was not lead by weight preoccupation. Ultimately, the program brings each person to make a reasoned choice about losing weight and to plan the best path to an optimal physical and mental health. ALW is based on empowerment principles. Thus the role of facilitators is critical in delivering adequately the program. Prior to program implementation, a dietician and a psychologist or a social worker are provided with intensive training and ongoing support through written instructions and videos.

Methods

Recruitment, data collection, and participants

Persons in the experimental arm of the evaluation project were invited to participate in a study through ads in local newspapers that read as follows : «...*are you frustrated with dieting, do you feel bad about your body image, and you continually fighting with what you eat...then sign up for our new "About losing weight ?" program*». Women interested in participating attended an information session that explained the program and the study. Minimal fee covering the costs of printed materials had to be paid to join the program. Then, the women interested in enrolling in the program completed an enrollment questionnaire that allowed for screening of participants not corresponding to the inclusion criteria : being female, aged between 18 and 65 years, not currently being in psychotherapy, not currently taking anti-depression medication, not having an eating disorder, having a BMI over 20 kg/m², and never having been enrolled in the program "*About losing weight ?*". Given the public service mission of the community health centers, women not meeting selection criteria were allowed to enroll in the program but not in the study. This was the case of one or two persons per site. Informed consent was obtained from women meeting selection criteria for the study.

A sample of 167 women from nine community health centers was eventually enrolled into the experimental arm of the program. Mean age was 42.7 years (*Mdn* = 43.0, *SD* = 11.0) and mean weight was 87.1 kg (*Mdn* = 84.4, *SD* = 18.0) and mean BMI 33.7 kg/m² (*Mdn* = 32.5, *SD* = 6.4). The majority of women (84 %) had seen a physician

in the previous year: 18 % were told they had high cholesterol, 9 % high blood sugar level, and 27 % hypertension. Moreover, 42 % indicated that they took medication (e.g., anti-hypertensive medication). The majority was French speaking and 23 % resided in medium size towns (10 000 to 100 000 inhabitants), whereas 29 % resided in rural areas (including small towns of less than 10 000 persons). Local community health centers¹⁷ through which the program was offered were located in areas servicing populations from the full spectrum of material and social deprivation. That is, inspection of indicators of poverty/wealth and social problems developed by Pampalon and Raymond (2000)¹⁸ for the local community health centers in the study showed that the seven centers were distributed along the full range of quintiles of both material and social deprivation. This information suggests that women from all socioeconomic groups had an opportunity to enroll in the program.

Assessment

Given that the purpose of this paper was to establish a profile of persons enrolling for a specific H@AS program, we were mainly interested in eating attitudes and body weight. Anthropometrics measures were taken (including height and weight from which BMI was determined). In addition, a questionnaire package was completed by the participant which included a weight history, personal attitudes and beliefs about

¹⁷ The information on the level of deprivation was not available for the two health centers located in Ontario.

¹⁸ A full description of the indicators can be found on the Web Site of the Ministry of Health and Social Services (www.msss.gouv.qc.ca). Briefly though, using data from the 1996 Canadian census, these authors developed indicators of material deprivation (e.g., average income) and social deprivation (e.g., number of single-headed families) of population serviced in each catchment area of local community health centers; values were subsequently transformed into quintiles. Thus, an intervention planner or researcher can gauge the degree of material and social deprivation experienced by the population living in the catchment area of interest.

body weight regulation, health status, exercise behaviors, depression, and sociodemographic information.

Eating attitudes. Eating attitudes were measured by the Eating Attitude Test (EAT-26) which provides an overall score which allows for the identification of persons at risk of currently having an eating disorder (Garner & Garfinkel 1979). Scores are available for three subscales, two of which were used in the present study, namely «dieting» and «bulimia and food preoccupation». The French translation of the scale has good internal consistency with alpha coefficients of 0.86 for the whole scale, 0.85 for the «dieting» subscale and 0.62 for the «bulimia and food preoccupation» subscale (Leichner *et al.* 1994). In the current study, corresponding internal consistency coefficients were 0.79, 0.76, and 0.69.

Weight history. Questions regarding weight history included age at which weight problems began, age at which weight control tactics were first adopted, exposure to parents weight control, detailed history of weight loss attempts, weight loss goals, and interest into the topic of weight loss as demonstrated by magazines and books read as well and television and radio shows audited. The questions were deemed to have good face validity by 20 health professionals having dispensed the “*About losing weight ?*” program over several years.

Knowledge and beliefs about body weight regulation. Four blocks of questions were included: questions about knowledge regarding weight control (17 items, alpha = 0.84); causes and solutions to obesity and reasons for undertaking the program (one multiple choices question for each) had good face-validity according to health professionals.

Health status. A short medical history to determine if participants had consulted a physician in the previous year, had been told that they had high blood sugar or diabetes, high cholesterol, hypertension, and were consuming medication.

Exercise behaviors. The frequency of physical activity sessions lasting 20 to 30 minutes in duration during leisure time in the previous four months was measured by a validated question used in survey research in Quebec. A validity study demonstrated that this question has good concurrent validity with physiological measures of fitness (Gionet et Godin 1989).

Depression. Depression was measured by the BDI, Beck Depression Inventory (Beck *et al.* 1961). The French translation was used (Bourque & Beaudet 1982) which has a good reliability with an alpha coefficient of 0.92 and a test-retest coefficient of 0.62. In the current study, the internal consistency was 0.84. According to Beck, scores between 10 and 18 among patients having an affective disorder indicate mild to moderate depression and for individuals in the general population, a score above 16 indicates being at risk for having a depressive disorder (Riley 1995).

Data analysis

In an effort to draw a meaningful profile of program participants, data from participants were compared to population data from the 1998 Quebec's Health and Social Survey (Daveluy *et al.* 2000) and other normative data. In particular, we compared eating attitudes and depression scores through one-sample t-tests using published normative scores (Leichner *et al.* 1994; Wadden 2002) as comparison values. Proportions of persons in the sample with varying educational achievement,

living arrangements, occupations, BMIs, and exercise behaviors were compared with proportions obtained from population data (Daveluy *et al.* 2000) through Goodness-of-fit chi-square tests. For purpose of comparability with population data, we performed separate comparisons as function of age groups when data were available.

Results

Program participants have a history of weight management problems. Forty percent report having a weight problem at age 15 and 73 % before they reached their 26th birthday. A significant proportion of program participants began their weight loss attempts very young with 23 % having dieted by age 15 years. Among women currently aged 25 to 44 years, average age for the first attempt at weight loss was 20.4 years old whereas among women aged 45 to 64 years this age was much higher at 28.6 years. About 25 % of program participants declared having been exposed to parental influence about weight control, this influence coming more often from their mother than father. Seventeen percent indicated that their mother was often/very often on a diet, 20 % recalled that their mother talked negatively of her own body and weight, and finally 27 % revealed receiving negative comments about their weight or direct incitation to lose weight from their mother. In contrast, the proportion for fathers were respectively 5 %, 3 %, and 11 %.

Table 1 presents results regarding weight loss attempts. Numerous tactics were used, the highest frequencies not being for the most radical methods. Nevertheless, 25 % of participants had tried at least once a 1000 cal or less/day diet, 46 % had tried a diet

based on specific foods (e.g. grapefruit, vegetable soup, etc.), 48 % had attempted a protein-modified fast, 45 % had taken anorectic products, 18 % had resorted to injections, and finally 17 % had ingested diuretics. Weight loss objectives were of losing less than 10 % of body weight in about 8 % of woman, while 36 % of the woman hoped to lose between 11 % and 20 % of their body weight, and another 36 % wanted to lose 21 % to 30 % of their body weight. The rest of the group, which represented about 20 % of the sample, aimed to lose more than 31 % of their body weight. Weight goals were positively associated with BMI indicating that heavier women wished to lose more weight.

Regarding interest in the topic of weight loss, one very popular French book on weight obsession (*“À dix kilos du bonheur”* –“10 Kilogrammes Away from Happiness”) had been read by one program participant on five (19 %). Other books had not been read by many women. However, magazines seemed more popular with almost half of program participants (43 %) having often or very often read articles on obesity and weight loss. Tuning to television and radio shows on obesity and weight loss were often or very often mentioned by one third of women (34 %).

Woman’s beliefs about causes of excess weight were numerous. «Lack of physical activity» was the most often mentioned cause of excess weight (by 68 % of participants), and the next most often mentioned causes of excess weight were «choice of food» and «quantity of food» (59 % for both). «Relation to food» as a cause of excess weight was mentioned by 43 %, and next, a «psychosocial barrier to weight loss» was named by 25 % (e.g.: not wanting to be attractive, not being able to

say no to food solicitations). Only 18 % of participants mentioned heredity as a cause of obesity. For the participants, the best way to solve a weight problem is « to change food behaviors» as mentioned by 84 % of them whereas 70 % indicated «to understand the psychological source of the problem», 41 % answered «to change ways of thinking», and 32 % responded that «much physical activity is needed». By contrast, only 23 % mentioned that «dieting was a good solution», and less than 1 % indicated «eat very little».

Group participants were quite knowledgeable regarding weight control mechanisms with a mean score of 27 points on a possible total of 40 on the knowledge scale. However, there was an apparent lack of knowledge in this sample regarding importance of complex carbohydrates in the diet (55 % responded correctly to this question), gender differences in expected percent of fatness (56 % having a correct answer), wishful thinking about losing weight with localized exercises and massages (34 % having correct answers), and believing that stomach shrinks when eating less (31 % having a correct answer). In contrast, questions about the health consequences of obesity, weight loss mechanics, and the risk of yo-yo dieting were answered correctly in much greater proportions (83 %, 94 %, 80 %, 79 %, 76 %, 81 % and, 94 %).

The participants enrolling in the program presented significant differences with the general population. Table 2 presents the socio-demographic profile of participants compared to the general population of Quebecers. Participants who signed up for the H@AS program had higher educational level than the general population and this

was true for both younger ($\chi^2 (2, N = 83) = 7.14, p = .028$) and older women ($\chi^2 (2, N = 68) = 12.01, p = .002$). In the younger group of women (25-44 years) but not for the older ones, more women that sign-up for the program lived alone than in the general population (18.1 % vs. 8.8 %) ($\chi^2 (1, N = 83) = 8.89, p = .003$). Occupation also differed, with a greater proportion of the program participants working outside the home in comparison to the general population ($\chi^2 (4, N = 154) = 43.93, p < 0005$).

Most women (63 % to 79 % depending on age group) signing up for the program were classified as obese (BMI ≥ 30) which, of course, differs significantly from obesity rates in the general population that vary from 12 % to 18 % (25-34 years old: $\chi^2 (1, N = 33) = 137.97, p < 0005$; 35-44 years old: $\chi^2 (1, N = 47) = 107.37, p < 005$; 45-54 years old: $\chi^2 (1, N = 40) = 132.75, p < 0005$; 55-64 years old: $\chi^2 (1, N = 27) = 50.58, p < 0005$) (table 3).

For eating attitudes, participants were compared to controls in validation studies for which the mean score served as reference value. Woman who signed-up for the program had scores on the total scale and two subscales of the EAT-26 that were significantly higher than the reference values ($p < .0005$ for all three) (table 4). The proportion of participants having a depression score higher than 16.0 for the BDI was of 17 %, which is not different ($\chi^2 (1, N = 167) = .725, p = .395$) than the results reported by Wadden and Phelan (2002). In fact, these authors indicated that 20 % of obese women consulting for weight reduction reported significant symptoms of

depression, although fewer than 10% are likely to meet the DMS-IV criteria for major depressive episode.

Finally, and surprisingly, the women signing-up for the program and having a BMI of 27 or higher presented a higher frequency of physical activity ($\chi^2 (2, N = 2) = 9.26, p = .010$) than the general population of women of the same weight category.

Proportion of women with a frequency of physical activity of 3 times per week was 22 % for participants and 20 % in the general population of heavier women. For one to two times weekly, proportions were of 33 % vs. 23 % and for less than 3 times monthly, they were of 46 % vs. 58 %.

Discussion

The purposes of this paper were to draw a profile of women who sign up for a community-based program ascribing to the Health at Any Size (H@AS) paradigm and to compare this profile with that of the general population. Our results showed that two-third of woman were obese and that average EAT-26 scores neared the eating disorder risk cut-off point. We also demonstrated that a somewhat higher proportion of younger participant women than comparison women had a university education. Further, our findings show that there is an important proportion of women, with and without excess weight, who seek methods and products to lose weight and therefore sign up for a H@AS program.

Results of this study indicate that women ascribing to the new weight paradigm present very important weight preoccupation. They have being active in trying several strategies to deal with this problem for many years without success. Thus, women who get involved in programs inspired by the H@AS paradigm seems to present similar characteristics: middle-aged women, with a BMI in the obesity range, presenting disturbed eating patterns and showing some signs of affective vulnerability. Mean age of our sample is similar to that of other studies dealing with the H@AS paradigm programs (42.7 vs. 39 or 40 years old) (Bacon *et al.* 2002; Roughan *et al.* 1990; Ciliska 1990; Sbrocco *et al.* 1999; Robinson & Bacon 1996 ; Goodrick *et al.* 1998). Weight characteristics are also quite similar to those of extant studies with study participants mean weight being of 87.1 kg vs. 86 kg through 99 kg (Bacon *et al.* 2002; Roughan *et al.* 1990; Ciliska 1990 ; Rapoport *et al.* 2000 ; Sbrocco *et al.* 1999; Robinson & Bacon 1996; Goodrick *et al.* 1998) and BMI of 33.7 kg/m² vs. BMI ranging from 32 kg/m² to 36 kg/m² in other studies (Bacon *et al.* 2002; Roughan *et al.* 1990; Rapoport *et al.* 2000; Sbrocco *et al.* 1999; Robinson & Bacon 1996; Goodrick *et al.* 1998.). Few studies reported other socio-demographic characteristics, making further comparisons between study populations impossible. Many researchers mentioned high baseline eating disturbances but the many different scales used to measure the phenomenon make direct comparison impossible. For depression, uniformity of measure with the BDI scale allows for comparison. Women ascribing to the H@AS programs present high scores on a depression scale suggesting that weight and body disparagement is associated with mood and affective functioning. In this sample, mean score on BDI was of 8.68 (*SD* 6.9) vs. 6.75 through 14.7 in other studies (Bacon *et al.* 2002 ; Roughan *et al.* 1990; Rapoport

et al. 2000.; Sbrocco *et al.* 1999; Robinson & Bacon 1996 ; Polivy & Herman 1992) indicating a risk for having a depressive disorder (Riley 1995). Whereas early studies were unable to demonstrate differences in psychological functioning between obese and nonobese persons (Friedman & Brownell 1995; Stunkard & Wadden 1992), recent studies in the general population support the existence of such a relationship. For example, Carpenter *et al.* (2000) examined the relationship between body weight and depression, suicidal ideation and suicide attempts in an adult sample of 40,289 persons. Results indicated that obese women ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) were 37 % more likely to have experienced major depression, 20 % more likely to have had suicidal ideation, and 23 % more likely to have made suicide attempts than were average weight women ($20.8 \text{ kg/m}^2 \leq BMI \leq 29.9 \text{ kg/m}^2$). Surprisingly, in men, being underweight not obese, was associated with these negative outcomes in this study.

In line with this last fact, weight history of women ascribing to the new weight paradigm reflects a significant burden. As these results and those of other researchers demonstrate (Orbach 1978; Hirschmann & Munter 1988; Polivy & Herman 1999; Polivy & Herman 1985; Ciliska 1990), women searching desperately to lose weight have often been oriented by their mothers at a young age towards dieting and weight dissatisfaction, have experienced multiple tactics of weight loss, have read articles and watched numerous T.V. shows on weight, have devoted time, money, and a great deal of energy - a significant proportion of their life has revolved around the issue of weight. And on top of this negative end result, obese people are considered responsible for their situation as indicated by studies on weight discrimination and prejudices (Puhl & Brownell 2001).

Our results indicate that, while obesity is widespread in the population, a significant proportion of women who ascribe to the new weight paradigm programs come from the most educated strata of society. Since the different sites of our study covered the full range of quintiles of material and social deprivation, we would have hypothesized that the distribution of the educational level of our participants would have been similar to the one in the general population. In other studies of new weight paradigm programs that reported the educational level of participants, we note much variation in the proportion of university-educated persons : 39 % (Bacon *et al.* 2002), 24 % (Goodrick *et al.* 1998), and 11 % (Rapoport *et al.* 2000). Different reasons could explain this finding: women with lower levels of education may be skeptic about this intervention, and maybe still searching for methods that “guarantee” weight loss. It is also possible that they are uninformed or misinformed of the existence of the program maybe because the publicity strategy does not fit the characteristics of this category of women. Finally, they may harbor a lack of trust in the health center services in general. These issues merit further investigation regardless of the reason underlying this finding, as it raises the problem of disparities in health services use and availability (House & Williams 2000). Since obesity is a chronic problem, and a very important public health problem, careful examination of the accessibility issue should be considered in the delivery of H@AS programs. In general, restricted access to health care is considered as potentially avoidable and commonly viewed as unacceptable (Tones & Tilford 2001). Empowering the individuals, despite its limited potential to reduce health inequalities, is nevertheless one part of what could be done (Potvin *et al.* 2002). Since the program “*About losing weight ?*” is based on

empowerment principles, it is important that lower socioeconomic status women have equal access to it.

References

- Ayyad, C., & Anderson, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews*, 1, 113-119.
- Bacon, L., Keim, N.L., Van Loan, M.D., Derricote, M., Gale, B., Kazacks, A., & Stern, J.S.(2002). Evaluating a “non-diet” wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 854-865.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berg, F.M. (2000). *Women Afraid to Eat. Breaking Free in Today's Weight-Obsessed World*. Hettinger: Healthy Weight Network.
- Berg, F.(1992) Nondiet movement gains strength, *Healthy Weight Journal (formerly Obesity and Health)*, 6(5):85-90.
- Berg, F.M., & Marchessault, G. (2000). Naming the revolution. *Healthy Weight Journal*, 14, 10-11.
- Blair, S.N., & Lee, I.M. (1998). Weight loss and risk of mortality. In G.A. Bray, C. Bouchard & W.P.T. James (Eds.), *Handbook of Obesity* (chap. 38, pp. 805-818). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Brownell, K. (2002). The Environment and Obesity. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook* (2nd., chap. 78, pp. 433-438).New York: Guilford Press.
- Brownell, K.D. (1991). Personal Responsibility and Control Over our Bodies : When Expectation Exceeds Reality. *Health Psychology*, 10, 303-310.
- Collectif action alternative en obésité (CAAO). (2003) *Choisir de maigrir. Un guide d'intervention*. Montréal: Collectif action alternative en obésité.
- Carrier, K.M., Steinhardt, M.A., & Bowman, S. (1994). Rethinking traditional weight management programs: A 3-year follow-up evaluation of a new approach. *The Journal of Psychology*, 128, 517-535.

Chevalier, S. & Sauvageau, Y.(2000). Caractéristiques de la population. Dans Institut de la statistique du Québec (Ed.), *Enquête sociale et de santé 1998* (chap. 2, pp. 77-93), Québec: Gouvernement du Québec.

Ciliska, D. (1990). *Beyond dieting. Psychoeducational interventions for chronically obese women : A nondieting approach*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Ciliska, D. (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 119-135.

Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., & Lapointe, F. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998* (2^e éd.), Institut de la statistique du Québec (Ed.), Québec : Les publications du Québec.

Després, J.P. (2002). The metabolic syndrome. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook* (2^e ed., chap. 86, pp. 477-483).New York: Guilford Press.

Ernsberger, P., & Koletsky, R.J. (1999). Biomedical rationale for a wellness approach to obesity : An alternative to a focus on weight loss. *Journal of Social Issues*, 55, 221-260.

Foreyt, J.P., & Goodrick, G.K. (1993). Weight management without dieting. *Nutrition Today*, March/April, pp 4-9.

Foster, G.D., & McGuckin, B.G. (2002). Nondieting approaches : Principles, Practices, and Evidence. In T.A. Wadden & A.J. Stunkard (Eds.), *Handbook of Obesity Treatment* (chap. 24, pp 494-512). New York: Guilford Press.

Friedman, M.A., & Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 11, 3-20.

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychiatric Medecine*, 9, 273-279.

Garner, D.M., & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729-780.

Gast, J., & Hawks, S.R. (1998). Weight loss education : the challenge of a new paradigm. *Health Education & Behavior*, 25, 464-473.

Gionet, N.J., & Godin, G. (1989). Self-reported exercise behavior of employees: A validity study. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 969-973.

Goodrick, G.K., Carlos Ponton II, W.S., Kimball, K.T., Reeves, R.S., & Foreyt, J.P. (1998). Nondieting versus dieting for overweight binge-eating women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 363-368.

- Gordon, R.A. (2000). *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Hawks, S.R., & Richins, P. (1994). Toward a new paradigm for the management of obesity. *Journal Health Education*, 25,147-153.
- Hetherington, M., & Davies, M. (1998). Weight management : A comparison between non-dieting and dieting approaches. *Health Psychological Update*, 32, 33-39.
- Hirschmann, JR., & Munter, C.H. (1988). *Overcoming Overeating. Living Free in a World of Food*. New York: Addison-Wesley Pub.
- House, J.S., & Williams, D.R. (2000). Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. In Smedley B.D. & Syme S.L. (Eds.), *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research* (chap. 2, pp. 80-124). Washington DC : National Academy Press. Retrieved February 20, 2003, from <http://books.nap.edu/catalog/9939.html>
- Kano, S. (1989). *Making Peace With Food. Freeing yourself from the diet-weight obsession*. New York: Harper & Row.
- Ledoux, M., & Rivard, M.(2000). Poids corporel. Dans Institut de la statistique du Québec (Ed.), *Enquête sociale et de santé 1998* (chap. 8, pp. 185-199), Québec: Gouvernement du Québec.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gotheil, N.(1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39, 49-54.
- Marketdata Enterprises, Inc. (2002, October) *The U.S. Weight loss and diet Control Market* (7th Ed.). Tampa, FL: Author.
- McBride, A.B. (1988). Fat: a women's issue in search of a holistic approach to treatment. *Holistic Nursing Practice*, 3, 9-15.
- McFarlane, T., Polivy, J., & McCabe, R.E. (1999). Help, not harm : psychological foundation for a non-dieting approach toward health. *Journal of Social Issues*, 55, 261-276.
- McNamara, K.(1989). A structured group program for repeat dieters. *Journal for Specialists in Group Work*, 14, 141-150.
- Mellin, L., Croughan-Minihane, M., & Dickey, L. (1997). The Solution Method : 2-year trends in weight, blood pressure, exercise, depression, and functioning of adults trained in development skills. *Journal of the American Dietetic Association*, 97, 1133-1138.

Miller, W.C. (1999). Fitness and fatness in relation to health : implications for a paradigm shift. *Journal of Social Issues*, 55, 207-219.

Miller, W.C., & Jacob, A.V. (2001). The health at any size paradigm for obesity treatment : the scientific evidence. *Obesity Reviews*, 12, 37-45.

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2000). *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults : The Evidence Report* (NIH Publication No. 98-4083). Retrieved September 3, 1999, from http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.htm

Omichinski, L., & Harrison, K. (1995). Reduction of dieting attitudes and practices after participation in a non-diet lifestyle program. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 56,81-85.

Omichinski, L. (1999). *You count, calories don't*. Portage La Prairie, Manitoba, Canada: HUGS International.

Orbach, S. (1978). *Fat is a Feminist Issue. A self-help guide for compulsive eating*. New York: Berkley Books.

Orbach, S. (1986). *Fat is a Feminist Issue II: A Program to Conquer Compulsive Overeating*. New York: Berkley Books.

Pageau, M., Choinière, R., Ferland, M., & Sauvageau, Y. (2001) *Portrait de santé. le Québec et ses régions*. Institut national de santé publique du Québec (Ed.), Montréal: Les Publications du Québec.

Pampalon, R., & Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies Chroniques au Canada*, 21(3). Retrieved April 26, 2002, from http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic213/cd213b_f.html

Parham, E. (1999). Promoting body size acceptance in weight management counselling. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 920-5.

Parham, E. (1996). Is there a new weight paradigm ? *Nutrition Today*, 31,155-161.

Parham, E.S. (1990) Applying a philosophy of nutrition education to weight control. *Journal of Nutrition Education*, 22,194-197.

Pérusse, L. (2000). Les bases génétiques de l'obésité humaine : résultats des études d'épidémiologie génétique. *Annales d'endocrinologie*, 61(S1), 24-30.

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

- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Binging and fasting: A causal analysis. *American Psychology*, 40, 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1983). *Breaking the Diet Habit*. New-York: Basic Books.
- Potvin, L., Lessard R., & Fournier, P. (2002). Inégalités sociales de santé. Un partenariat de recherche et de formation. *Revue canadienne de santé publique*, 93, 134-137.
- Puhl, R., & Brownell, K.D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9, 788- 805.
- Rapoport, L., Clark, M., & Wardle, J. (2000). Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *International Journal of Obesity*, 24, 1726-1737.
- Riley, A.W. (1995). Identification of psychological problems of patients with eating and weight-related disorders in general medical settings. In D.B.Allison (Ed.), *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems. Measure, Theory, and Research*. (chap. 13, pp. 493-514), Thousand Oaks: Sage Publications.
- Robison, J. (1997). Weight management : Shifting the paradigm. *Journal of Health Education*, 28, 28-34.
- Robinson, B.E., & Bacon, J.G. (1996). The « If only I were thin... » treatment program : decreasing the stigmatizing effects of fatness. *Professional Psychology : Research and Practice*, 27, 175-183.
- Roughan, P., Seddon, E., & Vernon-Roberts, J. (1990). Long term effects of a psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behavior. *International Journal of Obesity*, 14, 135-147.
- Satter, E. (1996). Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children, *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 60-864.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R.C., Stone, J.M., & Lewis, E.L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss : Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 260-266.
- Senekal, M., Albertse, E.C., Momberg, D.J., Groenewald, C.J., & Visser, E.M. (1999). A multidimensional weight-management program for woman. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 1257-1264.

Stunkard, A.J., & Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, S524-S532.

Tanco, S., Linden, W., & Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *International Journal Eating Disorders*, 23, 325-339.

Tones, K., & Tilford, S. (2001) *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity* (3rd ed.). Cheltenham, UK: Nelson Thornes Ltd.

Wadden, T.A., & Phelan, S. (2002). Behavioral assessment of the obese patient. In T.A. Wadden & A.J. Stunkard (Eds.), *Handbook of Obesity Treatment* (chap. 10, pp. 186-226), New-York: Guilford Press.

WHO (1998). *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*. Technical report series N° 894. World Health Organization. Geneva.

Wolf, P.R., & DeBlassie, R.R (1982/1983). A comparison of holistic and behavioral group approaches in facilitating weight loss, personality change and self-concept change in adult women, *Journal of Obesity and Weight Regulation*, 2, 195-202.

Table 1 - Weight loss tactics used by participants (N=167)

Tactics	3 attempts or more % (n)	1 attempt % (n)	None % (n)
Diets			
Diet of more than 1000 cal/day	63.4 (90)	15.5 (22)	21.1 (30)
Diet of 1000 cal or less/day	49.3 (70)	20.4 (29)	30.3 (43)
Diet based on some type of food (e. g. Grapefruit)	24.3 (34)	21.4 (30)	54.3 (76)
Protein-Modified fast	17,9 (25)	30,0 (42)	52,1 (73)
Total fast	5.1 (7)	5.1 (7)	89.7 (122)
Products			
Meal replacement	46.1 (71)	25.3 (39)	28.6 (44)
Anorectics	21.9 (33)	23.2 (35)	55.0 (83)
Diuretics	16.6 (24)	11.0 (16)	72.4 (105)
Gum, fiber pills, drops and laxatives	14.6 (21)	6.9 (10)	78.5 (113)
Injections	8.3 (12)	9.7 (14)	82.1 (119)
Programs/services			
Weight Watchers, Minçavi	49.0 (75)	24.2 (37)	26.8 (41)
Physical activity	22.6 (31)	19.0 (26)	58.4 (80)
Overeaters Anonymous	6.4 (9)	11.4 (16)	82.1 (115)
Nutri-system	5.6 (8)	18.2 (26)	76.2 (109)
Kilo-control (dietician clinics)	5.2 (7)	10.4 (14)	84.4 (114)
Health professionals			
Consultation with a physician	40.7 (59)	22.8 (33)	36.6 (53)
Consultation with a dietician	25.5 (38)	36.9 (55)	37.6 (56)
Consultation with a psychologists, psychotherapist	1.5 (2)	9.0 (12)	89.5 (119)

Table 2 - Comparison of participants' socio-demographic characteristics with reference population

Variables	Participants % (n)	Comparison population %	p value
Educational level^a			
25-44 0-13 ^c	32.5 (27)	46.3	0.028
College	42.2 (35)	36.4	
University	25.3 (21)	17.4	
45-64 0-13 ^c	42.6 (29)	62.9	0.002
College	36.8 (25)	24.7	
University	20.6 (14)	12.5	
Living alone^b			
25-44	18.1 (15)	8.8	0.003
45-64	14.7 (10)	15.9	0.788
Occupation^c			
Work outside the home	57.8 (89)	44.5	<0.0005
Homemaker	17.5 (27)	25.9	
Retired	8.4 (13)	12.2	
Student	3.9 (6)	13.0	
Without employment	12.3 (19)	4.4	

^a The comparison group for educational level is adult women from Quebec, 1996 for the same age group (Pageau et al., 2001); N for participants ≠ 167 because 8 participants had missing values and 6 were aged between 18 and 24,99 years and therefore are excluded of this analysis.

^b The comparison group for living alone is adult women from Quebec, 1996 for the same age group (Pageau et al., 2001).

^c The comparison group for occupation is adult women of 15 years and older from Quebec, 1998 (Chevalier & Sauvageau, 2000); N for participants ≠ 167 because 13 participants had missing values.

Table 3 - Comparison of participants' rates of obesity with reference population

Age group	% of obesity	Participants ^a	Comparison population ^b	p value
		% (n)	%	
25-34 ^b	BMI 20,0-29,9	21.9(7)	87.9	<0.0005
	BMI ≥ 30	78.8(26)	12.1	
35-44	BMI 20,0-29,9	36.2(17)	87.0	<0.0005
	BMI ≥ 30	63.8(30)	13.0	
45-54 ^b	BMI 20,0-29,9	22.5(9)	85.9	<0.0005
	BMI ≥ 30	77.5(31)	14.1	
55-64	BMI 20,0-29,9	29.6(8)	82.1	<0.0005
	BMI ≥ 30	70.4(19)	17.9	

^a N = 167 because 14 participants had missing values and 6 were aged between 18 and 24,99 years and therefore excluded of this analysis.

^b Comparison population is adult women from Quebec, 1998 (Ledoux et Rivard, 2000), of the same age group whose BMI ≥ 20 kg/m².

Table 4 - Comparison of participants' scores on eating attitudes with reference population

Variables	Participants % (n)	Comparison population %	p value
Eating attitudes			
Subscale «Dieting»	11.4 (160)	7.1 ^a	<0.0005
Subscale «Bulimia and food preoccupation»	3.3 (160)	1.0 ^a	<0.0005
Total score on EAT-26	16.0 (160)	9.9 ^a	<0.0005
Total score on EAT-26	16.0 (160)	7.87 ^b	<0.0005

^a Comparison population is the female comparison group in the original article on EAT-26 by Garner *et al.* (1982)

^b Comparison population is the French control group in the French-Canadian validation study by Leichner *et al.* (1994)

Article 2

*Short-term and 12-month impact of a program ascribing to the Health at Any Size
Paradigm on anthropometric and psychosocial outcomes*

Lyne Mongeau

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada.

Lise Gauvin

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Canada

Michèle Rivard

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Canada

Article soumis à *International Journal of Obesity*

Article 2
Contribution des auteurs

Titre de l'article : *Short-term and 12-month impact of a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm on anthropometric and psychosocial outcomes*

Article soumis à *International Journal of Obesity*

- **Lyne Mongeau** a préparé la recherche, développé les instruments, géré la collecte des données, participé à l'analyse des données, interprété les données et rédigé l'article.
- **Lise Gauvin** a dirigé les analyses de données et a collaboré à la rédaction.
- **Michèle Rivard** a apporté ses commentaires à l'interprétation des données. Elle a aussi révisé l'article.

Article 2
Accord des co-auteurs

1. **Étudiante :** Lyne Mongeau
Programme : 348111-00 Doctorat en santé publique – Orientation
Promotion de la santé

2. **Auteurs :** Lyne Mongeau
Lise Gauvin
Michèle Rivard

Titre de l'article : *Short-term and 12-month impact of a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm on anthropometric and psychosocial outcomes*

Article soumis à International Journal of Obesity

3. À titre de co-auteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Lyne Mongeau inclut cet article dans sa thèse de doctorat intitulée : « La contribution des programmes fondés sur un nouveau paradigme dans une stratégie globale pour réduire les problèmes reliés au poids ».

Lise Gauvin  _____ 9 sept. 2003
Signature Date

Michèle Rivard  _____ 9 sept. 03
Signature Date

Running head : EVALUATION OF A H@AS PROGRAM

Short-term and 12-month impact of a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm on anthropometric and psychosocial outcomes

Lyne Mongeau^{1,2}, Lise Gauvin^{2,3}, and Michèle Rivard^{2,3}

1 Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada;

2 Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Québec, Canada;

3 GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Interdisciplinary Research Group on Health), Montréal, Québec, Canada.

Postal address :

Institut national de santé publique du Québec, 4835 av., Christophe Colomb suite 200, Montréal, Québec, Canada H2J 3G8

Corresponding author: Lyne Mongeau, Institut national de santé publique du Québec, 4835 av., Christophe Colomb suite 200, Montréal, Québec, Canada H2J 3G8. 514-597-0606 #4416 (voice) 514-597-1616 (fax) E-mail: lyne.mongeau@inspq.qc.ca

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the effects of “*About losing weight ?*”, a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm (H@AS), on eating behaviors, body image, self-esteem, self-efficacy, physical activity involvement, and body mass index.

DESIGN: Quasi-experimental design. The intervention was offered at local community health centers whereas the no intervention control participants were recruited in local community health centers not offering the intervention.

PARTICIPANTS: Middle-aged, obese women who were chronic dieters (n = 286).

INTERVENTION: Four months of weekly health education and group discussions focused on a nondieting approach to weight loss.

MEASURES: Anthropometric data (weight, height), eating behaviors (EAT-26, emotional eating), physical activity, and psychosocial dimensions (body image, self-esteem, self-efficacy, depression). Measures were obtained at baseline, at the end of the program, and 12-months later.

RESULTS: The program resulted in significant and sustained improvements in body image and knowledge as well as less stable improvements in emotional eating and self-esteem. At 12-months, improvements in dieting, self-efficacy, and depression were also observed. Bulimic tendencies decreased but these tendencies were not be maintained over 12-months. There were no significant reductions in body mass index although a greater proportion of persons in the control group increased their weight.

CONCLUSIONS: The program “*About losing weight ?*” produces positive effects on eating behaviors and psychosocial variables but no significant change in weight status.

Keywords: nondieting, eating behaviors, obesity, weight preoccupation, new weight paradigm

Introduction

Obesity is now considered an epidemic in several industrialized countries and its control constitutes an important public health challenge (WHO 2000). Studies testing the efficacy of various methods of weight control show disappointing results with modest short-term outcomes and limited maintenance over an extended follow-up period (Wadden 1989; Garner & Wooley 1991; Anderson *et al.* 2001; Ayaad & Anderson 2000). In light of these setbacks, alternative weight management methods are being developed and tested. The purpose of this paper is to examine the impact of one such alternative program on eating behaviors, physical activity, psychosocial dimensions, and body mass index. The target program is called “*About losing weight ?*” and ascribes to the Health at Any Size (H@AS) paradigm.

Rationale

The prevalence of obesity is increasing even though obesity is not a new problem. In fact, numerous methods, programs, and products of all kinds are available to the public (Marketdata 2002). Some products and services are based on sound scientific knowledge whereas others are more akin to quackery. With the unfortunate rise in the number of obese persons and sensationalistic media coverage of the phenomenon, weight control methods have become very widespread (FTC 2002) even though sustained weight loss remains elusive.

Milestones in the development of the H@AS paradigm

In the mind of many persons, the most important determinant of body weight is what and how much food one consumes. Consequently, the general view about

the best way to alter one's weight, is to diet. While this solution is viewed as the key to eliminating the problem, paradoxically it may generate a new one: excessive food and weight preoccupation which can eventually lead to disordered eating, which in turn can exacerbate weight problems. In fact, weight and food intake are regulated by very intricate and complex mechanisms (Blundell 2002). Altering food consumption seems to disturb this fragile equilibrium. From a biological standpoint, excessive energy deprivation awakens defense mechanisms aimed at protecting the body from starvation (Hirsch *et al.* 1998; Keesey 1995; Gibbs 1996). From a behavioral standpoint, food restriction may promote an intense focus on food and even irrational desire for food leading to hyperphagia (Urbszat *et al.* 2002; Polivy 1996,1985). The activation of these two processes in the context of an obesogenic environment may explain why long term weight control is so difficult to achieve.

Further to disturbances in metabolism and eating behaviors, self-efficacy may become so deteriorated that weight control becomes an unreachable goal for many dieters. These observations lead to the development of the notion that dieting is counter-productive to physical and mental health. In fact during the 1970s, the counter-productivity of dieting coupled with the view that women should be empowered to take control over their bodies, lead to the development of self-help groups on body, weight, and food issues (Parham 1996).

From these group experiences, emerged a new way of thinking about health and weight: the H@AS paradigm. Its proponents suggest that weight management must occur through a completely different pathway from traditional weight loss

methods based on caloric restriction (Orbach 1978; Hirschmann & Munter 1988; Kano 1989; Ciliska 1990; Parham 1990, 1996, 1999; Berg 1992, 2000; Berg & Marchessault 2000; McFarlane *et al.* 1999; Omichinski 1999; Ersnberger & Koletski 2000, Part 1 & 2). The H@AS paradigm espouses three basic assumptions: 1) dieting is ineffective; 2) dieting is harmful; and 3) beliefs about the cause and consequences of obesity are based on a narrow view of health which is not solely dependent on weight (Foster & McGuckin 2002; Parham 1996). Hence, this paradigm "...is about being healthy at the size we are. It is about wellness and wholeness for each individual, including intellectual, physical, emotional, social, and spiritual development. It is about eating in normal, healthy ways, being well-nourished, and living actively, each in our own way. It is about self-acceptance, self-respect, feeling good about who we are. And it is about acceptance and respect for others, and an appreciation of their size diversity" (Berg 1999, p. 74). In line with these assumptions, interventions based on the H@AS paradigm have the following aims: increasing awareness about dieting's harmful effects, educating people about changeable and non-changeable determinants of body weight, improving attitudes regarding body image and self-esteem, promoting self-acceptance, using internal cues to guide eating behaviors, and increasing pleasurable and health-oriented physical activity and eating habits.

Another distinguishing feature of programs based on the H@AS paradigm is individual and collective empowerment. Rappaport (1987) defines empowerment as "a process, a mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their affairs" (p.122). Chronic dieters often become very dependent upon external factors and are unable to see life without constant dieting, features

that could be related to powerlessness (Wallerstein 1992). It has been suggested that this dependency and constant reliance on dieting is associated with low self-esteem, limited self-efficacy, and depression (Johnson 2002). In keeping with this view, advocates of the H@AS attempt to engage obese persons in taking charge of their weight problem and to actively choose the best weight management strategies for their unique biological, occupational, familial, and personal circumstances (Parham 1990, 1996). Furthermore, working with women in a group setting aims at building collective empowerment towards modifying socio-cultural, physical, and economic environments that fuel obesity and drive for thinness. The empowerment process leading to social change is aimed at supporting the maintenance of intervention effects across time.

Efficacy data pertaining to programs based on the H@AS paradigm

In the United States, Australia, Canada, and elsewhere several programs espousing the H@AS approach have been developed and tested (Wolf & DeBlassie 1982/83; Ryan & Roughan 1984; Mongeau 1988; McNamara 1989; Ciliska 1990, 1998; Roughan *et al.* 1990; Polivy & Herman 1992; Carrier *et al.* 1994; Omichinski & Harrison 1995; Robinson & Bacon 1996; Mellin *et al.* 1997; Hetherington & Davies, 1998; Tanco *et al.* 1998; Goodrick *et al.* 1998; Sbrocco *et al.* 1999; Rapoport *et al.* 2000; Bacon *et al.* 2002). Miller (2001) and Foster and McGuckin (2002) performed systematic reviews of these studies. The latter concluded that while there was significant variation in the content of the interventions tested and in the quality of research designs, "...non-dieting programs favorably affect self-esteem, mood, and body image, but result in little change in body weight." (Foster and McGuckin 2002, p. 506). Both reviews also

suggest that more research is required to fully understand the impact of programs based on the H@AS paradigm and the processes underlying any changes resulting from implementation of interventions.

The present investigation

In an effort to further understand the impact of H@AS programs on weight-related problems, the purpose of this article is to examine the effects of a specific H@AS program called “*About losing weight ?*” (ALW) (“*Choisir de maigrir ?*”, see CAAO 2003¹⁹) on eating behaviors, physical activity involvement, body image, self-esteem, self-efficacy, depression, and body mass index in a sample of female chronic dieters. The ALW program was developed in 1982 at a local community health center in the Rosemont district of Montréal, Canada. It was constructed using Orbach’s (1978) guidelines and incorporated tools from different psychological approaches including cognitive-behavioral, psychodynamic, humanistic and systemic approaches, and transactional analysis. Since its creation, the program has been modified periodically to incorporate growing knowledge and experiences (Orbach 1986; Hirschmann & Munter 1988; Kano 1989; Ciliska 1990; Parham 1990). Over the course of sessions (see Table 1), participants are introduced to observational tools that help disentangle facts and perceptions about food, physical activity behaviors, and one’s value as a person despite overweight status. Early in the program, the goal of reducing food obsession is pursued by having participants stop dieting and regulate diet quality and quantity according to internal cues of hunger, satiety, and taste preferences. Then, progressively the emphasis is put on identifying barriers and opportunities

¹⁹ A copy of the Intervention Manual is available from the first author.

while speculating about what life could be if it was not lead by weight preoccupation.

Insert Table 1

One original feature of the ALW program resides in bringing participants to make an informed decision about losing weight and subsequently to develop a personalized plan towards optimal physical and mental health. This choice concept is based upon Janis and Mann (1977) decision-making construct and is implemented with the intention of empowering women. Reviewing the literature on empowerment and chronic diseases, Fester and Anderson (1995) indicated that the empowerment philosophy is based on the assumption that to be healthy, people must be able to bring about changes, have a better control, and make decisions both in their personal behaviors as in their social situations. And, as mentioned by Wallerstein (1992), the psychosocial literature has supported the variable of control as an important health-enhancer. Hence, choice is embedded in the empowerment process (Rodwell 1996; Tones & Tilford 2001). Knowledge is also considered an essential ingredient of the empowerment process as chronic dieters must have appropriate knowledge about how the body works and on what are the implications of constantly manipulating ones metabolism. However, as Freire (1974) has demonstrated, to achieve empowerment, health information must be accompanied by consciousness raising to bring about “critical thinking” (Wallerstein 1992). Thus, a substantial body of knowledge about biology and nutrition is included in the intervention package so that women can be more critical about their environment and better resist to pressure in face of constant renewal of diet industry.

Methods

Design of the study

This study employed a quasi-experimental design in which 7 local community centers across the province of Quebec and 2 health centers in the province of Ontario, Canada, dispensed the ALW program (see Mongeau *et al.*, in review for a more thorough comparison of the population sample). Participants inclusion criteria in the study were: being female, aged between 18 and 65 years, not currently in psychotherapy, not currently taking anti-depression medication, not having an eating disorder, having a BMI over 20 kg/m², and never having been enrolled in the program ALW. Given the public service mission of the community health centers, women not meeting selection criteria were allowed to enroll in the program but not in the study. This was the case of one or two persons per site. Since most health centers would have declined to participate in a controlled study for ethical reasons, control participants were recruited in 4 locations where the program was not available. These locations were chosen base on the socio-demographic characteristics of the experimental territories. The study was approved by the ethic committee of the University of Montréal.

Intervention

ALW includes 15 weekly health education and group discussion sessions each lasting between 150 and 180 minutes. Sessions are lead by two facilitators, a dietician and a psychologist or a social worker. As outlined in Table 1, sessions are designed to meet several objectives: 1) to explore the different dimensions of one's self and of one's weight issues, 2) to understand one's problem in a variety of perspectives, 3) to develop and define a personalized orientation towards loosing weight or not loosing weight and to identify means for achieving this

orientation. One session (# 7) lasts a full day and includes activities around the important theme of hunger and satiety cues. Since the context of a full day allowed for eliminating external cues for eating (clock, schedule, availability of food everywhere, food ads, etc.), the detection of internal cues was facilitated. To meet the empowerment aim of the program, the way in which the leadership is exercised by the facilitators was critical for the development of the autonomy and the self-efficacy of participants (Wallerstein 1992; Rodwell 1996; Nosko & Breton 1997-98). Hence, much effort was invested in training of facilitators. Every professional who dispensed the ALW program participated in a 14-hour intensive training seminar. Upon delivery of the program, they received ongoing support through telephone discussions, written instructions and videos. Special training was added for the purpose of the study, by the way of a meeting, phone and written instructions.

Participants

Figure 1 illustrates the dynamics of participant recruitment and participant retention in the study. From a pool of 311 participants who enrolled in the study, 184 (59 %) were recruited in experimental sites and 127 (41 %) were recruited in control sites. Being a women was an eligibility criterion, hence the 2 men were excluded from the study. Other exclusion for the experimental participants were for taking anti-depressive medication, being in psychotherapy, and having participated in the program before. There were no exclusions for the control group since it was not possible to screen people prior to attendance at the meeting. There was a similar drop-out rate in the experimental and control groups over the course of the program delivery (20 % vs 17 %), but the drop-out rate was lower in the experimental sites at 12-month follow-up (37 % vs 43 %). There were no

differences between the completers and study drop-outs on socio-demographic characteristics, BMI, age of onset of overweight, age at the first diet, weight loss attempts score, and health status.

Insert Figure 1

Program delivery and attrition

Table 2 presents the characteristics of the program delivery for each health centre. Overall, the program was offered in 16 different groups, mostly in the evening time (81 %) and distributed evenly between fall and winter time. For 12 groups out of 16 (75 %), there were two facilitators present, a majority of them were women, and for 14 out of 16 groups (81 %), the program was dispensed over 14 or 15 sessions. The mean participation rate for all groups was 92 %, ranging from 87 % in one health centre to 98 % in another centre. One woman in 4 participated in 100 % of sessions whereas 41 % assisted to 90 % or more of the program sessions. Globally, 91 % participated in 70 % or more of the sessions.

Insert Table 2

Measures

Anthropometrics measures. Height and weight were measured by a facilitator or research assistant with the medical equipment available in the health center and control sites. BMI was estimated by performing the following calculation: weight (kg) / height (m²).

Eating attitudes and behaviors. Eating attitudes were measured with the Eating Attitude Test (EAT-26) which provides an overall score allowing for the identification of persons at risk of currently having an eating disorder (Garner & Garfinkel 1979). Scores are also available for three subscales, two of which were used in the present study, namely «dieting» and «bulimia and food

preoccupation». The French translation of the scale has good internal consistency with Cronbach alpha coefficients of 0.86 for the whole scale, 0.85 for the «dieting» subscale and 0.62 for the «bulimia and food preoccupation» subscale (Leichner *et al.* 1994). In the current study, corresponding internal consistency coefficients were good with Cronbach alphas equal to 0.79, 0.76, and 0.69 respectively.

An emotional eating scale was developed by the investigators for this study. The scale consisted of 7 items scale focusing on the extent to which eating was stimulated by emotional cues such as boredom, anger, sadness. Internal consistency of the scale was high (Cronbach alpha= 0.85).

Body image. Body image was measured by a 15-item scale developed by the investigators to tap into the way body image is addressed in the program. Items were inspired by items from the *Body Shape Questionnaire* (Cooper 1987) and from two subscales of the *Eating Disorders Inventory* (EDI, Garner *et al.* 1983) and included statements dealing with avoidance of doing selected activities (e.g., swimming), being obsessed by the idea that people look at their body, or accepting that the body is functional even though it is overweight, etc. The Cronbach alpha coefficient for this scale was high at 0.85.

Depression. Depression was measured by the Beck Depression Inventory (BDI, Beck *et al.* 1961). The French translation was used (Bourque & Beaudette 1982) which has good reliability with an Cronbach alpha coefficient of 0.92 and a test-retest coefficient of 0.62. In the current study, the internal consistency was 0.84. For individuals in the general population, a score above 16 indicates being at risk for having a depressive disorder (Riley 1995).

Self-esteem. Self-esteem was been measured with the well-known 10-item Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg 1979), which measure global self-esteem. The French translation from Vallières and Vallerand (1990) was used. Coefficients of internal consistency were of 0.70, 0.89, 0.90, and 0.83 in 4 different studies. In the present study, the Cronbach alpha coefficient was 0.84.

Self-efficacy. A 17-item scale developed in a previous study (Mongeau 1993) was used to measure self-efficacy for using weight-control strategies promoted in the program. In accordance with the construct, items measured the capacity to perform a behavior in a specific context: estimating how one is able to stop eating when feeling just full even though there is some food left in the plate, or estimating how one is able to eat slowly even if there is food in abundance. Internal consistency was high with coefficients of 0.81 et 0.82 and the test-retest coefficient was 0.61 (Mongeau 1993). In the current study, internal consistency coefficient was 0.86.

Exercise behaviors. Exercise behavior was measured by using a single validated question about the frequency of physical activity bouts lasting between 20 to 30 minutes during leisure time in the previous four months (Gionet & Godin 1989). A validity study demonstrated that this question has good concurrent validity with physiological measures of fitness (Gionet & Godin 1989).

Knowledge. The knowledge scale consisted of 17 items including 13 true or false questions, 2 hypothetical scenarios about the most appropriate strategies for healthy weight management, and 2 multiple choice questions. Administration of these questions at baseline and at the end of the program was used for many years as an intervention component to allow participants to appreciate their increased knowledge. Questions address knowledge about causes and consequences of

obesity, consequences of excessive energetic restriction, biomechanics of weight lost, barriers for behavior change, and the best strategies for a healthy weight management. According to health professionals, the scale has good face validity. Internal consistency coefficient in this study was 0.80.

Utilization of weight loss methods. A scale was developed to measure utilization of various weight loss products, programs, services, etc.. The use of four different categories of weight loss methods was examined: trying a variety of food restriction (5 items), testing a variety of products (5 items), attending clinics and programs (5 items), and consulting health professionals (3 items). For each category a score was constructed given the frequency of use of the method. At baseline, women were asked to indicate the frequency of serious use (at least one month) of each method over the course of her life (never, once, more than once). At the one-year post-test, they were ask to recall the frequency of methods used within the last year. Then, the scores were summed. Total scores range from 0 to 36. The internal consistency of the total scale was 0.77.

Weight History and Sociodemographic Characteristics. In addition, the questionnaire package included a detailed weight history, parent's influence on dieting, prior experiences of weight lost, personal attitudes and beliefs about body weight regulation, health status, and socio-demographic information.

Procedures

A letter was sent to the director of the experimental health centers to request their participation in the study. Upon agreement of the director of the center, a center-based facilitator was identified. His/her responsibilities would eventually include recruitment, implementation of the ALW program along with another

professional, and data collection. All center-based facilitators were invited to attend a meeting organized by the principal investigator to discuss the study protocol. The protocol included the following steps: 1) recruitment of participants in two waves, fall and winter, to control for any seasonal variation and to monitor achieving planned sample size; 2) scheduling of 15 sessions (which is one more than the regular program package; one session was added to compensate for the time needed to complete the questionnaires), and reorganizing the format of the first two sessions to fit-in the assessments; 3) explanation of the procedures pertaining to participant recruitment and briefing (information session, post-tests, etc.); 4) instructions on how to collect data and how to perform anthropometric measures; 5) presentation of the monitoring procedures of the implementation of each session : were all the activities carried out ? Did the context and discussion follow its usual course ? etc. The different forms (consent forms, attendance form, etc). and the questionnaire package were examined and discussed. Facilitators were also informed on when to expect a mailing with all the material. Finally, health-center facilitators were instructed to call the first investigator for assistance at any time during the study.

About 3 weeks before the anticipated start date of the program, participants were recruited into the program through ads in local newspapers that read as follows : *«...are you frustrated with dieting, do you feel bad about your body image, and are you continually fighting with what you eat...then sign up for "About losing weight ?" program»*. Women interested in participating attended an information session that explained the program and the study. The program was free of charge in most centers whereas minimal fees covering the costs of printed materials had

to be paid to join the program in other centers. Then, persons interested in joining the program completed an enrollment questionnaire that allowed for screening of participants not corresponding to the inclusion criteria. In the following week, a confirmation of participation was made by phone. During the first session, informed consent was obtained from women meeting selection criteria for the study and the first half of the questionnaire package was completed. Due to the length of the questionnaire package, the second half was completed at the beginning of the second meeting.

A reminder letter, new forms, and questionnaires were forwarded to all centers offering the program prior to the commencement of the winter offering. A few months before the one-year post-test, a second reminder letter was mailed out to the facilitators to ask them to implement post-testing questionnaire administration. The facilitator contacted women having completed the program by telephone to invite them to participate in a follow-up meeting. During this meeting participants completed the questionnaire package and were weighed. Afterwards, they were allowed to participate in a group discussion because of their high interest in knowing how others had fared.

For the control group of the study, 2 research assistants were hired and trained by the principal investigator. Following the same time frame as the experimental group, control participants were recruited through newspaper ads. The wording used for the ads was similar to the one for recruitment of program participants although control participants were invited to share their views in the context of a study rather than a program. Ads appeared in local newspapers, on flyers

distributed in drugstores, in health centres, and in medical clinics. When potential participants called-in, a research assistant verified that the person met eligibility criteria, and if so, the person was invited to participate in a questionnaire administration session during the day time or in evening. During this session, the research assistant first provided further explanations about the study, asked participants to complete the questionnaire package, and performed anthropometrics measurements. In recognition of their efforts, participants were given tickets for a prize drawing. The same procedure was repeated for the 3 testing sessions.

Data analysis

Like most community-based intervention studies, the data set included several challenging features for data analysis (Thompson *et al.* 2003). Specifically, while participant drop-out from the study was comparable to the attrition rates of other studies (Ciliska 1990), the initial and final sample sizes differed substantially. In order to deal with this challenge, we adopted multilevel modeling techniques (Diez-Roux 2000; Raudenbush & Bryk 2002) to analyze the data. Application of this technique allowed us to include all data provided by participants at any time during the investigation and to specify a model that included one random effect for the intercept thus allowing participants to differ from one another on various outcomes at baseline.

Our overall goals in analyzing the data were to determine what if any impact the ALW program had on the outcome variables, and whether or not any program effects were confounded by socio-demographic variables or baseline body mass

index.²⁰ Thus, we first ran a null model which allowed us to estimate the size of the intraclass correlation. This information indicates what proportion of the variance in the outcome measure was at the within-person level and what proportion was at the between person level. Next, we tested a model that accounted for change across time and for membership in the experimental and control conditions. Our interest here was clearly in detecting the presence of an interaction between group and change across time. Then, we added in variables representing age (dichotomous, 1 = equal or above 45 years, 0 = below 45 years), education (1 = university degree, 0 = otherwise), and occupation (1 = employed outside the home, 0 = otherwise). We examined whether or not any intervention effects decreased or disappeared. Finally, we examined if intervention effects decreased or disappeared upon addition of baseline BMI into the equation that already included age, education, and occupation.

Results

Sample characteristics

Table 3 shows socio-demographic characteristics of experimental and control groups at baseline. About 97 % of participants were French speaking. While participants in the groups were similar on age, BMI, occupation, family income, conjugal and parental status, they were significantly different in education. Program participants had a higher educational level than control participants, with 30 % having completed a university degree against 17 % for the controls ($p = 0.04$). The majority of women, 84 % of participants and 79 % of controls had seen a physician in the previous year: 18 % of participants were told they had high

²⁰ It should be noted that even though groups were not different at baseline, we decided to conduct analyses while controlling for socio-demographic variables and BMI to provide the most stringent test possible of intervention effects. This choice was indicated upon the need to overcome limitations associated with the absence of randomization.

cholesterol (26 % for the controls), 9 % high blood sugar level (16 % for the controls), and 27 % hypertension (22 % for the controls). Moreover, 42 % of participants and 37 % of controls indicated that they took some medication (e.g., mainly anti-hypertensive or diabetes medication).

Insert Table 3

The weight characteristics of the sample at baseline appear in Table 4. The two groups were very similar on most variables. Weight problems, either weight gain or weight preoccupation, began at around the age of 20 years. On average, weight loss attempts began about 2 years after onset of weight problems or weight preoccupation. More than half of participants identified another event (e.g. an emotional problem, a difficult family or work situation, or a health problem) which co-occurred with the appearance of the weight problem. Participants indicated having been influenced indirectly or directly by parents about weight issues. In fact, almost one in four participants reported having been directly prompted by their mother to lose weight and one in ten participants reported that their father offered such prompts. Study participants recall having tried very hard and very frequently to lose weight with control participants having a slightly higher score on attempts to lose weight in comparison to program participants (12.6 vs 10.6, $p = 0.013$). Study participants also tried to control their weight and their food by themselves, around 20 % indicate that they controlled what they ate about 75% of the time (18.5 % vs 25.2 %), and some said they have control over food intake all the time (5.1 % vs. 7.6 %).

Insert Table 4

Finally, while study participants were quite knowledgeable regarding weight control mechanisms (mean score of 27 out of a possible 40 points on the

knowledge questionnaire), participants still entertained unreasonably high objectives (Table 4). In fact, even if the weight loss recommendations for health benefits consist of losing about 10 % of initial weight (NHLBI 2000), fewer than 10 % of participants had such a humble goal. The majority of women (71 %) wanted to lose between 10 % and 40 % of their baseline weight

Impact of the program on psychosocial outcomes

The intraclass correlation coefficients for the dependent variables varied between 0.43 and 0.57, except for BMI which was 0.95. For most variables, the intraclass correlation hovered around 0.50 suggesting that about half of the variability in the outcome was at the between person level (differences between persons) and the other half was at the within-person level (change across time).

Table 5 presents a summary of findings and Table 6 shows the predicted values for all dependent variables across experimental and control groups at different times. To best capture the impact of the intervention, the first block in the Table 6 presents coefficients of the model accounting only for change across time and group membership. The second block presents coefficients associated with time and group main effects and interaction but controlling for age, education, and occupation. The third block depicts coefficients associated with the model including BMI at baseline as an additional confounding variable. For sake of simplicity and focus, we present only summary results. We discuss results by regrouping outcomes that showed similar impacts as a result of the program.

For body image, emotional eating, self-esteem, and knowledge about weight loss, we observed that the program resulted in significant and sustained improvements. That is, the program was associated with immediate improvements in body image,

self-esteem, and knowledge about weight loss, as well as a decrease in emotional eating. While these effects did not show further improvements at the 12-month follow-up measurement, they did not decrease either. In other words, the coefficients capturing immediate and 12-month changes from baseline were not different from one another. The addition of age, education, occupation, and BMI to the model did not significantly decrease effects on body image and knowledge and thus showed no confounding effects. In sum, the ALW program resulted in significant and sustained improvements in body image, emotional eating, self-esteem, and knowledge about weight loss.

For the dieting subscale of the EAT-26, self-efficacy, and depression, we observed selected significant effects. That is, while there were no immediate effects on these variables, at 12-month follow-up self-efficacy had significantly increased in comparison to baseline and dieting and depression had significantly decreased from baseline. For self-efficacy and depression, addition of variables accounting for age, education, occupation, and BMI rendered the immediate effects of the program significant (thus suggesting an improvement in these variables). For dieting, the initial pattern of findings was unchanged by the addition of any other variables. In sum, the ALW program results in long-term improvements in dieting, self-efficacy, and depression, but the short-term impact of the program was limited or non-existent.

In regard of depression, 21 % of the women, 17 % of the experimental group and 26 % of the control group ($\chi^2(1) = 3.2, p = 0.075$), presented a score of 16 or more on BDI at baseline, which is considered to be the cutoff point of the risk of

having a depressive disorder when measured with the BDI (Riley 1995). After the program, these proportions decreased to 5 % and 20 % ($\chi^2(1) = 16.5, p < 0.0005$) and to 4 % and 11 % at 12-month ($\chi^2(1) = 4.8, p = 0.028$) thus suggesting that participation in the program was associated with a decrease in risk of clinical depression.

For the bulimia subscale of the EAT-26, we observed that the program resulted in significant decreases immediately following the program but these effects were not sustained following the program. Interestingly, addition of the baseline BMI variable rendered the 12-months effects statistically significant. Thus the ALW program appears to decrease bulimic tendencies but these tendencies may not be maintained across time.

Insert Table 5 and Table 6

Impact of the ALW program on weight and physical activity

For body mass index and likelihood of involvement in physical activity, we observed no significant program effects. Addition of confounding variables to the equation did not change the pattern of findings. Therefore, the ALW program did not have an impact on increasing likelihood of involvement in physical activity or decreasing body mass index.

Interestingly, even though the program appeared to be successful in alleviating pressure to lose weight (as evidenced by improved body image, decreased dieting, and improved self-esteem), it did not result in weight gain for most experimental participants. After the intervention, the weight of 60 % of experimental

participants was at ± 2 kg of baseline weight, in comparison to 48 % of the controls. Results also indicated that 28 % of experimental participants (vs. 20 % for controls) had a moderate weight loss, defined as 10 % of mean baseline weight (i.e. 9 kg for this sample). A moderate weight gain (between 2 and 9 kg), was noted in 13 % of experimental participants vs. 28 % of control group participants ($\chi^2(4) = 10.9, p = 0.027$). After 12 months, 25 % of the experimental participants (vs 36 %) had a stable weight, and 36 % had lost weight (vs. 19 %). About twice as many experimental participants in comparison to control participants presented a weight gain of 9 kg or more (10 % vs. 5 %) ($\chi^2(4) = 8.6, p = 0.072$).

Discussion

This study examined the impact of a program called “*About losing weight ?*” that ascribes to the Health at Any Size (H@AS) paradigm and has, for central theme, the decision-making process of losing weight or not. Results indicate that the ALW program improved body image, self-esteem, eating behaviors (notably emotional eating and perhaps bulimic tendencies), and knowledge as measured after the intervention, and that many of these changes were sustained over a 12-month period. Effects on depression, self-efficacy, and dieting, while being absent immediately following the intervention, emerged at 12-month follow-up. There was no significant increase in physical activity involvement. As for weight, BMI did not decrease but the proportions of women with a stable weight and those who had a moderate weight loss were higher than in the control group.

These findings are very much in line with those of several studies demonstrating that body image can be favorably affected by programs ascribing to the H@AS

paradigm (Hetherington & Davies 1998; Bacon *et al.* 2002; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990; Sbrocco *et al.* 1999). The improvement in body image is likely linked with the promotion of body acceptance, which is considered to be an integral component of the H@AS paradigm (Parham 1996). Similarly, self-esteem is the psychosocial dimension that seems to have been more consistently and positively affected by the nondieting approach in extant studies (Hetherington & Davies 1998; Bacon *et al.* 2002; Ciliska 1990; Polivy & Herman 1992; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990; Carrier *et al.* 1994).

The self-acceptance theme of these programs is a likely mediator of this effect. Knowledge was substantially improved following the program, a finding that mirrors extant literature. To our knowledge it is the first time self-efficacy is measured in the context of this approach. The use of a specially designed scale to measure self-efficacy, which appropriately depicts H@AS paradigm, allows to better appraise if the strategies promoted in the program can be adopted by the participants. Our results indicates that it is the case. However a delay was needed to integrate these strategies in one's lifestyle since results immediately after the program were not significant.

Several studies of nondieting approaches have indicated positive results on eating behaviors (Bacon *et al.* 2002; Ciliska 1990; Polivy & Herman 1992; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990), but these results appear to be less consistent and, difficult to compare because of the great variety of assessments instruments used (EI, EDI, EDI-42, EAT-26, TFEQ, Flexible and Rigid eating Behavior Scales, Restraint Scale). Accordingly, in this study, we observed that emotional eating

decreased following the program and that this decrease was maintained across 12-months. However, while bulimic tendencies dropped immediately post-program, these improvements were not maintained across 12 months. For dieting, significant effects emerged only after 12 months. These findings suggest that behavioral change is more difficult to achieve than changes in attitudes toward the body and knowledge. Alternatively, it is possible that programs ascribing to the H@AS paradigm attempt to bring out a healthy relationship with food (e.g. legalizing food, identifying what one feels like eating, respecting satiety, considering that the body is not solely the result of what one eats, being able to choose freely a variety of food, etc) and that our measures did not tap into these specific dimensions of eating behaviors. Future research is required to address what if any behavioral tendencies are modified as a results of a H@AS program.

With respect to depression, several programs ascribing to the H@AS paradigm have also positively influenced depression (Ciliska 1990; Polivy & Herman 1992, Robinson & Bacon 1996; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990; Sbrocco *et al.* 1999). Our results indicate that, at baseline almost one woman in 4 had a depression score in the risk zone. It is possible that enrolling in a program for preoccupied women (i.e. experimental group) or alternatively, not being able to get into a program perceived as helpful (i.e. control group)²¹, could both have amplified the feeling of depression, and thus afterward regressing back to the mean. However, the association between depression and obesity and weight preoccupation has been frequently demonstrated in large population studies

²¹ Participants in the control group were informed when calling-in and by the consent form that they were enrolling in a study as control participants and that another group of women were participating to an intervention. And if asked, the research assistant would explain that this particular health center did not provide the ALW program.

(Carpenter *et al.* 2000; Istvan *et al.* 1992). Polivy and Herman (1992) also noted high mean depression scores in participants enrolling in a non-dieting program.

While participants initially scored in the pathological range, mean scores returned to within normal ranges after the intervention. Future research is required to disentangle the complex and perhaps bi-directional relationship between depression and obesity.

The only other health behavior that was assessed in our study is physical activity involvement, and we could not demonstrate any significant improvement. Since reducing physical inactivity in the general population is a monumental and ongoing challenge (Dunn & Blair 2002), the absence of any significant changes is not surprising. Obese persons face unique barriers to initiation and maintenance of physical activity involvement. Community support in the form of adapted resources for physical activity in this specific population may be required to observe sustained changes in activity behavior. More recent studies on H@AS paradigm have evaluated the frequency of physical activity but results are mixed (Bacon *et al.* 2002; Rapoport *et al.* 2000; Sbrocco *et al.* 1999; Goodrick *et al.* 1998; Tanco *et al.* 1998; Mellin *et al.* 1997; Carrier *et al.* 1994). H@AS programs may be further improved through the addition of exercise counseling components.

Lastly, given the urgency of dealing with the obesity epidemic (WHO 2000), it is important to discuss the absence of any substantial changes in body mass index. Clearly, programs ascribing to H@AS paradigm do not aim at achieving immediate weight loss (Parham 1996). Rather they aim at changing the approach to weight management which in turn could lead to weight loss, hopefully to

weight maintenance but yet more fundamental, adoption of healthier eating habits and physical activity. The above findings suggest that the goal of changing the approach to weight management in this sample of chronic dieters was largely achieved. The results of this study suggest that a H@AS program may contribute to weight stabilization in a population of chronic dieters but that it does not contribute to weight loss within a 12-month period. This is somewhat disheartening as there is an emerging consensus that public health interventions in the obesity area must simultaneously pursue the goals of weight loss, self-acceptance, and behavioral self-regulation. Extant literature and the current findings suggest that other interventions may need to be coupled with H@AS programs to achieve all of these goals. Future efforts should be directed at this goal.

Some strengths and limitations of the present study should be underscored. First, our study was not randomized thus limiting ability to infer cause-effect relationships between the program and subsequent outcomes. Notwithstanding this limitation, selected authors (Thompson *et al.*, 2003) argue that quasi-experimental designs may be the best compromise in the context of community trials because they maximize the benefits of experimentation while maintaining feasibility. In addition, we note that experimental and control participants did not differ in substantial ways this strengthening our ability to draw inferences. Finally, we used a statistical approach that would maximize the use of the data yielded from our study (Raudenbush & Bryk 2002). A second limitation pertains to measurement. Most of the data is self-report data which may have response bias and error. In future studies, incorporation of experience sampling methods which

allow for *in situ* monitoring of thoughts, feelings, and behaviors may be helpful in further substantiating findings

Conclusion

The present study shows that a program ascribing to the H@AS paradigm can have a positive impact on psychosocial variables, selected eating tendencies even though no substantial reductions in weight occur. While these findings are encouraging, it is unclear what processes underlie any observed changes. In this regard, the most important challenge facing researchers in this area pertains to developing a better conceptualization of the theoretical model of change underlying the H@AS. Echoing comments made by other researchers, we encourage researchers to further document the impact of interventions by exploring moderator and mediators of intervention effects (Baranowski *et al.* 1997). Only when we have a better understanding of how interventions work will we be able to halt and reverse the rising incidence of obesity in industrialized nations.

Acknowledgements : This research was supported in part by grants from the Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal and from the Ordre Professionnel des Diététistes du Québec. The authors would like to thank Marie-Claude Paquette for her helpful comments on an earlier version of the manuscript. We also acknowledge the group facilitators for their assistance in data collection and Nathalie Bernier for assistance in data entry.

References

- Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance : a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nut* 2001; 74: 579-584.
- Ayyad C, Anderson T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev* 2000;1: 113-119.
- Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazacks A, Stern JS. Evaluating a “non-diet” wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *Int J Ob* 2002; 26: 854-865.
- Baranowski T, Lin LS, Wetter DW, Resnicow K, Hearn MD. Theory as mediating variables: Why aren't community interventions working as desired? *Ann Epidemiol* 1997; S7: S89-S95.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychi* 1961; 4: 561-571.
- Berg FM. Integrated approach: Health at any Size. *Healthy Weight J* 1999;13: 74-80.
- Berg FM. *Women Afraid to Eat. Breaking Free in Today's Weight-Obsessed World*. Healthy Weight Network: Hettinger, 2000.
- Berg F. Nondiet movement gains strength, *Healthy Weight J* (formerly *Obesity and Health*), 1992; 6(5): 85-90.
- Berg FM, Marchessault G. Naming the revolution. *Healthy Weight J* 2000; 14, 10-11.
- Blundell JE. A Psychobiological system approach to appetite and weight control. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Guilford Press: New York, 2002, pp 43-49.
- Bourque P, Beaudette D. Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Rev Can Scien Comp* 1982;14: 211-218.
- CAAO (Collectif action alternative en obésité) (ed) *Choisir de maigrir ? Guide pour les intervenants*. Collectif action alternative en obésité : Montréal, Québec, Canada, 2003.
- Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relation between obesity and DMS-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90: 251-257.

- Carrier KM, Steinhardt MA, Bowman S. Rethinking traditional weight management programs: A 3-year follow-up evaluation of a new approach. *J Psychol* 1994; 128: 517-535.
- Ciliska D. *Beyond dieting. Psychoeducational interventions for chronically obese women : A nondieting approach*. Brunner/Mazel Publishers: New York, 1990.
- Ciliska D. Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *West J Nurs Res* 1998; 20: 119-135.
- Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eating Dis* 1987; 6(4): 485-494.
- Diez-Roux, AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000; 21: 171-192.
- Dunn AL, Blair SN. Translating evidenced-based physical activity interventions into practice. The 2010 challenge. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 S): 8-9.
- Fester C, Anderson RM. Empowerment: From philosophy to practice. *Pat Educ Couns* 1995; 26: 139-144.
- Foster GD, McGuckin BG. Nondieting approaches: Principles, Practices, and Evidence. In: Wadden TA, Stunkard AJ (eds). Guilford Press: New-York, 2002, pp 494-512.
- Foreyt, J.P., & Goodrick, G.K. Weight management without dieting. *Nut Today* 1993; March/April, pp 4-9.
- Freire P. *La pédagogie des opprimés. Suivi de conscientisation et révolution*. Maspéro : Paris, 1974.
- FTC (Federal Trade Commission). Weight Loss Advertising: An analysis of Current Trends. A Federal trade Commission Staff report. September 2002. Retrieved August 1st 2003, from [http://www3.ftc.gov/bcp/reports/weightloss.pdf]
- Garner DM, Wooley SC. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psy Rev* 1991;11: 729-780.
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Dis* 1983; 2: 15-34.
- Garner DM, Garfinkel PE. Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psy Med* 1979; 9: 273-279.
- Gibbs WW. Interview with Rudolph L. Leibel. *Sci Am*. August 1996. Retrieved September 20th 2002, from

[www.sciam.com/article.cfm?articleID=00087E84-EOCB-1CD9-B4A8809EC588EEDF]

Gionet NJ, Godin G. Self-reported exercise behavior of employees: A validity study. *J Occup Med* 1989; 31: 969-973.

Goodrick GK, Carlos Ponton II WS, Kimball KT, Reeves RS, Foreyt JP. Nondietering versus dietering for overweight binge-eating women. *J Cons Clin Psychol* 1998; 66: 363-368.

Hetherington M, Davies M. Weight management : A comparison between non-dieting and dieting approaches. *Health Psychol Update* 1998; 32: 33-39.

Hirsch J, Hudgins LC, Leibel RL, Rosenbaum M. Diet composition and energy balance in humans. *Am J Clin Nut* 1998; 67: S551-S555.

Hirschmann JR, Munter CH. *Overcoming Overeating. Living Free in a World of Food*. Addison-Wesley Pub: New-York, 1988.

Istvan J, Zavela K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Ob* 1992;16: 999-1003.

Janis IL, Mann L. *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*. Free Press: New-York, 1977.

Johnson C. Obesity, weight management, and self-esteem. In: Wadden TA, Stunkard AJ (eds). *Handbook of Obesity Treatment*. Guilford Press: New-York, 2002, pp 480-493.

Kano S. *Making Peace With Food. Freeing yourself from the diet-weight obsession*. Harper & Row: New-York, 1989.

Keesey RE. A set-point model of body weight regulation. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Guilford Press: New York, 1995, pp 46-50.

Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, Perreault M, Gottheil N. Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone, *Rev Can Psychiatrie* 1994; 39(1): 49-54.

Marketdata Enterprises, Inc. (2002, October) *The U.S. Weight loss and diet Control Market* (7th Ed.). Tampa, FL: Author.

McFarlane T, Polivy J, McCabe RE. Help, not harm: Psychological foundation for a non-dieting approach toward health. *J Soc Issues* 1999; 55: 261-276.

McNamara K. A structured group program for repeat dieters. *J Spec Group Work* 1989; 14: 141-150.

Mellin L, Croughan-Miniane M, Dickey L. The Solution Method : 2-year trends in weight, blood pressure, exercise, depression, and functioning of adults trained in development skills. *J Am Diet Ass* 1997; 97: 1133-1138.

Miller WC, Jacob AV. The health at any size paradigm for obesity treatment : the scientific evidence. *Ob Rev* 2001; 12: 37-45.

Mongeau L. *Choisir de maigrir. À la frontière de la nutrition et de la santé mentale. Diét Action* 1988; 2(5): 18-21.

Mongeau L. *Validation d'un questionnaire sur l'efficacité personnelle en rapport avec le poids corporel. Mémoire de maîtrise. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal: Montréal, 1993.*

Mongeau L, Gauvin L, Rivard M. *Understanding the zeitgeist around weight loss: The profile of women who sign up for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm. Manuscript submitted for publication, 2003.*

NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute). *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults : The Evidence Report* (NIH Publication No. 98-4083), 2000. Retrieved September 3rd 1999, from [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.htm]

Nosco A, Breton M. Applying a strengths, competence and empowerment model. *Groupwork* 1997-98; 10: 55-69.

Omichinski L. *You count, calories don't.* HUGS International: Portage La Prairie, Manitoba, Canada, 1999.

Omichinski L, Harrison K. Reduction of dieting attitudes and practices after participation in a non-diet lifestyle program. *J Can Diet Ass* 1995; 56: 81-85.

Orbach S. *Fat is a Feminist Issue. A self-help guide for compulsive eating.* Berkley Books: New-York, 1978.

Orbach S. *Fat is a Feminist Issue II: A Program to Conquer Compulsive Overeating.* Berkley Books: New-York, 1986.

Parham E. Promoting body size acceptance in weight management counseling. *J Am Diet Assoc* 1999; 99(8): 920-5.

Parham E. Is there a new weight paradigm ? *Nut Today*, 1996; 31(4): 155-161.

Parham ES. Applying a philosophy of nutrition education to weight control. *J Nut Ed* 1990; 22: 194-197.

Polivy J, Herman CP. Undieting: A program to help people stop dieting. *Int J Eating Dis* 1992; 3: 261-268.

Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing: A causal analysis. *Am Psychol* 1985; 40(2): 193-201.

Rappaport J. Terms of empowerment/Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Comm Psy* 1987;15: 121-148.

Rapoport L, Clark M, Wardle J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Ob* 2000; 24: 1726-1737.

Raudenbush SW, Bryk AS. *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. 2nd edn. Sage Publications: Thousand Oaks, CA, 2002.

Riley AW. Identification of psychological problems of patients with eating and weight-related disorders in general medical settings. In: Allison DB (ed). *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems. Measure, Theory, and Research*. Sage Publications: Thousand Oaks, 1995, pp. 493-514.

Robinson BE, Bacon JG. The « If only I were thin... » treatment program : Decreasing the stigmatizing effects of fatness. *Prof Psy : Res Pract* 1996; 27: 175-183.

Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. *J Ad Nurs* 1996; 23: 305-311.

Rosenberg M. *Conceiving the self*. Basic Books: New York, 1979.

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. *Int J Obes*, 1990; 14: 135-147.

Ryan B, Roughan P. Women and weight : A treatment programme for both normal and overweight women preoccupied by eating and related issues. *Aust J Fam The* 1984; 5(4): 267-274.

Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL. Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Cons Clin Psy* 1999; 67: 260-266.

Tanco S, Linden W, Earle T. Well-being and morbid obesity in women : A controlled therapy evaluation. *Int J Eating Dis* 1998; 23: 325-339.

Tones K, Tilford S. *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. 3rd edn. Nelson Thornes Ltd: Cheltenham, UK, 2001.

Thompson B, Coronado G, Snipes SA, Puschel K. Methodologic advances and ongoing challenges in designing community based health promotion programs. *Annu Rev Public Health* 2003; 24: 315-340.

Urbszat D, Herman CP, Polivy J. Eat, drink, and be merry, for tomorrow we diet: effects of anticipated deprivation on food intake in restrained and unrestrained eaters. *J Abnorm Psychol* 2002;111: 396-401

Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, *Int J Psychol* 1990; 25:305-316.

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. *I J Ob* 1989; 13: 39-46.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *Am J Health Prom* 1992; 6: 197-205.

WHO (World Health Organization). Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO technical report series No 894. World Health Organization: Geneva, 2000

Wolf PR, DeBlassie RR. A comparison of holistic and behavioral group approaches in facilitating weight loss, personality change and self-concept change in adult women. *J Ob Weight Regul* 1982/1983; 2: 195-202.

Table 1 - Theme and main objective of each sessions of the study-format of "About losing weight ?"

Session	Theme	Main objective
1	I am taking the first step	Meeting each other and discuss in detail what the program is about. Choosing which weekly discussion each participant will direct. Answering the first part of the questionnaire package.
2	I evaluate my food intake	Answering the second part of the questionnaire package. Discussing content of weekly food diary. Learning how to calculate average daily caloric consumption.
3	I analyze my eating habits	Examining the numerous determinants of food habits and analyzing which ones influence most ones eating habits.
4	I better understand my eating behaviors	Remembering what was the eating behaviors as a kid and track how and why it changed.
5	I assess my energy needs	Comparing food consumption and energy expenditure to determine energy balance and compare it with weight. Understanding the bio-mechanics of weight (including causes and consequences of excess weight) and what happens when food is extensively restricted.
6	I start moving my body	Session lead by a physical activity professional who presents both practical and theoretical material regarding physical activity involvement. Bring participants to feel their body when moving and making physical activity a positive experience. Discussing motivations and barriers to activity.
7	I listen to my body	All-day session (6 hours). Continued analysis of eating habits. Explore hunger and satiety cues. Consolidate the ties between participants to reinforce social support.
8	I am aware of the influence of others	Exploring ones interpersonal relational style and better understand how this interferes eating style and behaviors in general.
9	I explore my body image	Exploring issues about having a highly visible problem (by opposition to other health behavior problems) and also what is the social norm about beauty and fitness.

Session	Theme	Main objective
10	I examine my motivation to lose weight	Preparing to perform the pros and cons work sheet. Explore the difference between will power and motivation, and understand what choice means. Execute a value confrontation.
11	I choose the orientation of my steps	Terminate work on motivation and learning about the way to construct a realistic action plan.
12	I feed my body	Discussing food choices and their impact on health, getting practical information, answering specific questions, taste new foods or recipes.
13	I become critical towards diets	List pros and cons of a variety of weight lost strategies. Discuss criteria for choice of good strategies.
14	I pinpoint my plan of action	Examine the work completed during the session and what is left to be done and how one plans to do it.
15	I evaluate my steps	Saying good bye to each other and discussing the session. Answer the questionnaire package (post-test).

Table 2 - Characteristics of program delivery in health centers participating in the study

Centers	No groups	No participants at the beginning	No drop-outs	Time of day (D=day, E=evening)	Season (F=fall, W=winter)	No facilitators	No sessions	Participation ^a % Mean (min, max)
1	2	19	0	E/E	F/W	2/2	14/15	90.1 (71.4-100.0)
2	2	22	6	D/D	F/W	1/1	13/14	93.7 (71.4-100.0)
3	2	21	13	E/E	F/W	2/2	14/15	87.0 (71.4-100.0)
4	2	18	6	E/E	F/W	2/2	15/15	95.6 (86.7-100.0)
5	1	15	8	E	F	1	15	98.1 (86.7-100.0)
6	2	22	3	D/E	W/W	2/2	13/13	90.7 (46.2-100.0)
7	1	11	3	E	F	2	15	88.3 (80.0-100.0)
8	2	27	18	E/E	F/W	2/2	14/15	95.2 (85.7-100.0)
9	2	12	2	E/E	F/W	2/1	14/15	87.0 (73.3-100.0)
Total	16	167	59	E = 81 % D = 19 %	F = 50 % W = 50 %	2 = 75 % 1 = 25 %	13 = 19 % 14 = 31 % 15 = 50 %	91.6 (46.2-100.0)

^a calculated excluding drop-outs

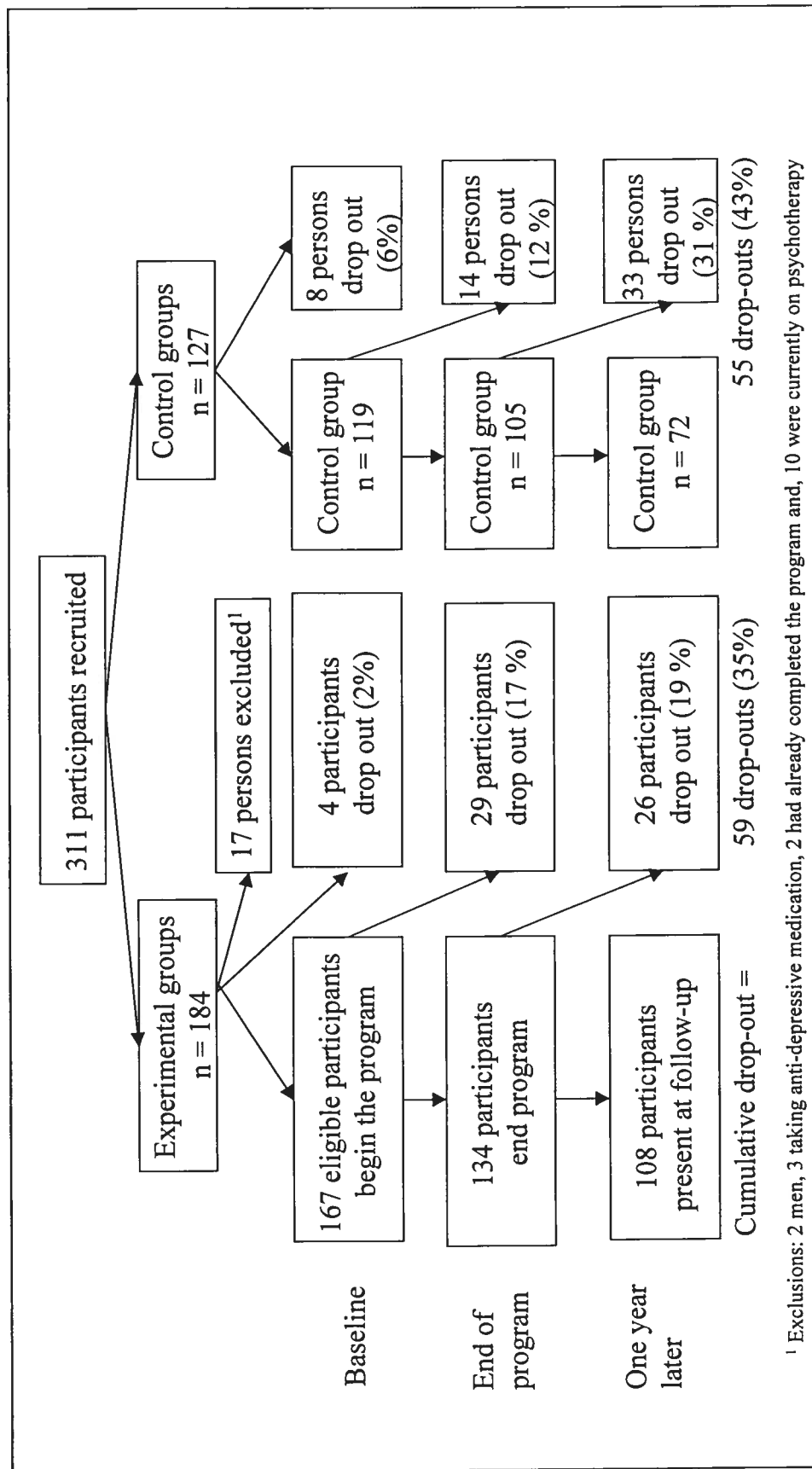


Figure 1 – Flow chart of the study participants

Table 3 – Socio-demographic and anthropometric characteristics of study participants at baseline

Socio-demographic and anthropometric characteristics	n	Experimental mean (s.d.) or %	n	Control mean (s.d.) or %
Age	159	42.7 (11.0)	117	44.2 (10.7)
Weight (kg)	161	87.1 (18.0)	117	88.1 (17.8)
BMI	160	33.7 (6.4)	116	34.4 (6.8)
Education (level completed) ^a	158		117	
Primary school		7.0 %		13.7 %
High school		29.7 %		29.1 %
College		33.5 %		40.2 %
University		29.7 %		17.1 %
Occupation	154		115	
Work full time		36.4 %		44.3 %
Work part time or occasionally		19.5 %		20.0 %
Stay home		17.5 %		13.0 %
Other occupation		26.6 %		22.6 %
Family income	151		112	
20 000\$ or less		24.2 %		19.7 %
More than 20 000\$ to- 60 000\$		54.8 %		60.7 %
60 000\$ or more		21.0 %		19.7 %
Relationship status	158		119	
Married or domestic partnership		69.0 %		74.0 %
Other		31.0 %		26.0 %
Parental status	158		118	
Yes		66.5 %		76.3 %
No		33.5 %		23.7 %

^a $\chi^2 = 8.33(3)$ $p = 0.04$

Table 4 - Weight characteristics of study participants at baseline

Weight characteristics	n	Experimental mean (s.d.) or %	n	Control mean (s.d.) or %
Age of onset of excessive weight gain or preoccupation	158	21.2 (11.6)	116	21.4 (12.2)
Concurrent event with the beginning of the problem	155		119	
Yes		57.4 %		52.9 %
No		19.4 %		18.5 %
Do not know		23.2 %		28.6 %
Age of the first weight loss attempt	158	23.7 (10.8)	118	24.1 (11.3)
Direct incitation by parents to control weight when a kid (often or very often)				
Mother	158	26.6 %	119	21.0 %
Father	151	10.6 %	116	8.6 %
Score on weight loss attempts (0-36) ^a	160	10.6 (6.5)	118	12.6 (6.7)
Weight loss goal in % of baseline weight	153	20.8 (13.5)	111	22.3 (13.4)
0 - 10.9 %		9.2 %		6.3 %
11 - 20.9 %		35.9 %		35.1 %
21 - 30.9 %		35.9 %		34.2 %
31 - 40.9 %		13.1 %		18.0 %
41 - 50.9 %		3.9 %		6.3 %
51 or higher		2.0 %		-

^a t = -2.5 p = 0.013

Table 5 – Effects of the ALW program on psychosocial, behavioral, and anthropometric outcomes while controlling for potential confounding effects

Model	Body image	EAT-26	Dieting	Bulimia	Emotional eating	Self-efficacy	Self-esteem	Depression	Knowledge	Physical activity	BMI (kg/m ²)
1	γ_{00}	18.6***	13.1***	3.9***	22.0***	61.0***	30.9***	11.4***	27.6***	-1.2**	34.2***
	γ_{01}	-2.4	-1.6**	-0.6	0.5	1.3	0.3	-2.1**	1.1*	-0.1	-0.6
	γ_{10}	-4.7***	-3.4***	-1.0***	-0.8	1.1	0.8	-1.5*	0.8	0.3	0.1
	γ_{11}	-1.6	-0.7	-1.2***	-3.8***	2.2	2.0***	-1.5	4.8***	0.5	-0.5
	γ_{20}	-4.3***	-2.5***	-1.4***	-0.5	-1.0	0.0	0.4	-1.1	-0.0	0.5
	γ_{21}	-2.9**	-2.4**	-0.9*	-4.1***	3.7**	2.8***	-3.5**	3.3***	-0.1	-0.5
	γ_{00}	50.2***	19.5***	13.8***	4.2***	22.5***	62.3***	30.0***	12.1***	28.1***	-1.5***
2	γ_{01}	-2.0	-1.4*	-0.5	0.4	1.0	-0.7	-1.5	0.9	-0.1	-0.5
	γ_{10}	-4.7***	-3.5***	-1.2***	-1.1	-0.5	1.2*	-1.4	0.2	0.9	0.3
	γ_{11}	-1.9*	-1.0	-1.3***	-4.2***	3.1**	2.3***	-2.1**	5.1***	0.5	-0.5
	γ_{20}	-5.4***	-3.2***	-1.6***	-1.2	-2.1	0.2	-0.2	-1.2	0.3	0.9**
	γ_{21}	-3.3**	-2.6**	-1.0*	-3.8***	4.0**	3.2***	-3.7***	3.8***	0.0	-0.6
	γ_{00}	19.7***	14.0***	4.2***	22.5***	62.3***	30.0***	12.0***	27.9***	-1.6***	34.8***
	γ_{01}	-2.2	-1.5*	-0.5	0.4	1.0	-0.7	-1.5	1.0*	-0.1	-0.6
3	γ_{10}	-4.7***	-3.5***	-1.1**	-1.0	-0.6	1.1	-1.3	0.2	1.0*	0.3
	γ_{11}	-1.9*	-1.0	-1.4***	-4.3***	3.1**	2.4***	-2.2**	5.0***	0.5	-0.5
	γ_{20}	-5.0***	-3.0**	-1.5**	-0.7	-2.5	-0.0	0.4	-1.1	0.2	0.9*
	γ_{21}	-3.7**	-2.8**	-1.2**	-4.1***	4.3**	3.4***	-4.2***	3.8***	0.3	-0.5

* p<.10 ** p < .05 *** p < .01

Model 1 : $DV_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{ post-program} + \beta_2 \text{ follow-up} + \varepsilon$

$$\beta_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{ group} + \mu_0$$

$$\beta_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{ group}$$

$$\beta_2 = \gamma_{20} + \gamma_{21} \text{ group}$$

Model 2 : $DV_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{ post-program} + \beta_2 \text{ follow-up} + \varepsilon$

$$\beta_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{ group} + \gamma_{02} \text{ age} + \gamma_{03} \text{ university} + \gamma_{04} \text{ work} + \mu_0$$

$$\beta_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{ group} + \gamma_{12} \text{ age} + \gamma_{13} \text{ university} + \gamma_{14} \text{ work}$$

$$\beta_2 = \gamma_{20} + \gamma_{21} \text{ group} + \gamma_{22} \text{ age} + \gamma_{23} \text{ university} + \gamma_{24} \text{ work}$$

Model 3 : $DV_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{ post-program} + \beta_2 \text{ follow-up} + \varepsilon$

$$\beta_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{ group} + \gamma_{02} \text{ age} + \gamma_{03} \text{ university} + \gamma_{04} \text{ work} + \gamma_{05} \text{ Baseline BMI} + \mu_0$$

$$\beta_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{ group} + \gamma_{12} \text{ age} + \gamma_{13} \text{ university} + \gamma_{14} \text{ work} + \gamma_{15} \text{ Baseline BMI}$$

$$\beta_2 = \gamma_{20} + \gamma_{21} \text{ group} + \gamma_{22} \text{ age} + \gamma_{23} \text{ university} + \gamma_{24} \text{ work} + \gamma_{25} \text{ Baseline BMI}$$

Table 6 – Predicted values of outcome variables controlling for potential confounding effects

Model	Group /time	Body image	EAT-26	Dieting	Bulimia	Emotional eating	Self-efficacy	Self-esteem	Depression	Knowledge	Physical activity ^a	BMI
1	Control/Baseline	47.5	18.6	13.1	3.9	22.0	61.0	30.9	11.4	27.6	23.2	34.2
	Experimental/Baseline	48.5	16.2	11.5	3.3	22.5	62.3	31.2	9.3	28.7	21.4	33.6
	Control/Post-prog	47.0	13.9	9.7	2.9	21.2	62.1	31.7	9.9	28.4	28.9	34.3
	Experimental/Post-prog	39.0	9.9	7.4	1.1	17.9	65.6	34.0	6.3	34.3	37.8	33.2
	Control/Follow-up	47.6	14.3	10.6	2.5	21.5	60.0	30.9	11.8	26.5	23.2	34.7
	Experimental/Follow-up	38.3	9.0	6.6	1.0	17.9	65.0	34.0	6.2	30.9	19.8	33.6
2	Control/Baseline	50.2	19.5	13.8	4.2	22.5	62.3	30.0	12.1	28.1	18.2	34.7
	Experimental/Baseline	51.7	17.5	12.4	3.7	22.9	63.3	29.3	10.6	29.0	16.8	34.2
	Control/Post-prog	48.7	14.8	10.3	3.0	21.4	61.8	31.2	10.7	28.3	35.4	35.0
	Experimental/Post-prog	40.9	10.9	7.9	1.2	17.6	65.9	32.8	7.1	34.3	45.0	34.0
	Control/Follow-up	49.7	14.1	10.6	2.6	21.3	60.2	30.2	11.9	26.9	23.1	35.6
	Experimental/Follow-up	40.2	8.8	6.6	1.1	17.9	65.2	32.7	6.7	31.6	21.4	34.5

3	Control/Baseline	50.3	19.7	14.0	4.2	22.5	62.3	30.0	12.0	27.9	20.2	34.8
	Experimental/Baseline	51.8	17.5	12.5	3.7	22.9	63.3	29.3	10.5	28.9	15.4	34.2
	Control/Post-prog	49.0	15.0	10.5	3.1	21.5	61.7	31.1	10.7	28.1	35.4	35.1
	Experimental/Post-prog	41.1	10.9	8.0	1.2	17.6	65.8	32.8	7.0	34.1	45.0	34.0
	Control/Follow-up	50.1	14.7	11.0	2.7	21.8	59.8	30.0	12.4	26.8	19.8	35.7
	Experimental/Follow-up	40.3	8.8	6.7	1.0	18.1	65.1	32.7	6.7	31.6	23.2	34.6

^a Proportion (%) of active women i.e 3 or more physical activity bouts per week lasting between 20 to 30 minutes during leisure time, as measured in the previous four months

Article 3

*Understanding the role of decisional status in moderating and mediating the effects of a Health-at-Any-Size program on psychosocial and anthropometric variables :
A quasi-experimental study*

Lyne Mongeau

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada.

Lise Gauvin

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Canada

Michèle Rivard

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal et
GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Canada

En préparation pour *International Journal of
Behavioral Nutrition and Physical Activity*

Article 3
Contribution des auteurs

Titre de l'article : *Understanding the role of decisional status in moderating and mediating the effects of a Health-at-Any-Size program on psychosocial and anthropometric variables : A quasi-experimental study*

En préparation pour *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*

- **Lyne Mongeau** a préparé la recherche, développé les instruments, géré la collecte des données, collaboré à l'analyse des données, interprété les données et rédigé l'article.
- **Lise Gauvin** a dirigé les analyses et a collaboré à la rédaction.
- **Michèle Rivard** a apporté ses commentaires à l'interprétation des données. Elle a aussi révisé l'article.

Article 3
Accord des co-auteurs

1. **Étudiante :** Lyne Mongeau
Programme : 348111-00 Doctorat en santé publique – Orientation promotion de la santé

2. **Auteurs :** Lyne Mongeau
Lise Gauvin
Michèle Rivard

Titre de l'article : *Understanding the role of decisional status in moderating and mediating the effects of a Health-at-Any-Size program on psychosocial and anthropometric variables : A quasi-experimental study*

En préparation pour International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity

3. À titre de co-auteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Lyne Mongeau inclut cet article dans sa thèse de doctorat intitulée : « La contribution des programmes fondés sur un nouveau paradigme dans une stratégie globale pour réduire les problèmes reliés au poids ».

Lise Gauvin _____  _____ 9 sept. 2003
Signature Date

Michèle Rivard _____  _____ 9 sept. 03
Signature Date

Understanding the role of decisional status in moderating and mediating the effects of a Health-at-Any-Size program on psychosocial and anthropometric variables : A quasi-experimental study

Lyne Mongeau ^{1,2}, Lise Gauvin ^{2,3}, Michèle Rivard ^{2,3}

¹ Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada.

² Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Québec, Canada.

³ GRIS – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Interdisciplinary Research Group on Health), Montréal, Québec, Canada.

Corresponding author: Lyne Mongeau, Institut national de santé publique du Québec, 4835 av., Christophe Colomb suite 200, Montréal, Québec, Canada H2J 3G8. 514-597-0606 #4416 (voice) 514-597-1616 (fax) [REDACTED]

Lise Gauvin [REDACTED] [REDACTED]

Michèle Rivard [REDACTED] [REDACTED]

Abstract

Background

Intervening on obesity and weight preoccupation in the population represent high challenges for public health professionals and clinicians. In the last decade, it has been established that programs based upon the Health-at-Any-Size (H@AS) paradigm produce positive effects on psychosocial variables and eating behaviors in middle age obese women preoccupied by their weight. But very little is known about the variables that mediate (what variables explain the effects) or moderate these effects (whether or not selected persons benefit more from these types of interventions than others). Therefore, we explored the role of one specific variable, decisional status, in moderating and mediating the effects of a program ascribing to the H@AS paradigm on a series of psychosocial and anthropometric variables. Data were analysed with multilevel modeling techniques and chi square test of proportions.

Methods

This study is part of a larger investigation that evaluated the effects of a program ascribing at the H@AS paradigm. In the context of a quasi-experimental design, women were recruited to participate in a program ascribing to the H@AS paradigm at local community centers. Controls were recruited as participants for the study, without receiving intervention, in regions that did not dispense the program. Participants were tested at baseline, after the intervention, and at 12-month on several psychosocial variables (body image, depression, self-efficacy, self-esteem), eating behaviors (emotional eating, EAT-26 and subscales) and anthropometric variables.

Results

Following a 4 step procedure to test for mediation, results showed that decisional status did not act as a mediator of intervention effects. However, decisional status acted as a moderator: women in the experimental group who, by the end of the intervention, had made an informed decision about losing weight or not experienced greater improvements in body image, emotional eating and bulimic tendencies in comparison to women in the control group and women in the experimental group that had not made a decision or who were ambivalent.

Conclusion

Understanding mediator and moderator effects allows for better understanding of interventions. In the context of a healthy weight management intervention, women who participated to the program and made an informed decision about losing weight or not, had greater improvements in body image, in emotional eating and bulimic tendencies.

Background

Rates of obesity are currently rising in many of industrialised nations (WHO 2000). Unfortunately, the efficacy of weight loss methods is limited with short term results not being well maintained across time (Anderson *et al.* 2001; Ayaad & Anderson 2000). In response to this finding, several clinicians and researchers have challenged the frequent use of severe food restriction by suggesting that it is counter-productive to the goal of weight loss and is perhaps even deleterious to health (Garner & Wooley 1991; Polivy & Herman 1985; Berg 1999, 2000). A new paradigm for weight management emerged as a result of these challenges and is known as the Health at Any Size (H@AS) paradigm. Programs based on the H@AS paradigm have been effective in favorably modifying eating attitudes and behaviors and in some cases in stabilizing weight (McNamara 1989; Ciliska 1990, 1998; Roughan *et al* 1990; Polivy & Herman 1992; Carrier *et al* 1994; Omichinski & Harrison 1995; Robinson & Bacon 1996; Mellin *et al* 1997; Hetherington & Davies 1998; Tanco *et al* 1998; Goodrick *et al* 1998; Sbrocco *et al* 1999; Rapoport *et al* 2000; Bacon *et al* 2002; Mongeau *et al.* a, in review). In addition to the challenge of developing effective interventions to deal with the rising obesity epidemic, several researchers (Kraemer 2001; Baranowski *et al.* 1997) have pointed out that very little is known about why any intervention effects are produced and whether or not selected persons benefit more from these types of interventions than others. In other words, they have headed a call for more research into the moderating and mediating role of key psychosocial variables. In keeping with these two trends, we therefore explored the role of one specific variable (decisional status) in moderating/mediating the effects of a program

ascribing to the Health at Any Size (H@AS) paradigm on a series of psychosocial and anthropometric variables.

The challenge of weight management

In face of the growing literature indicating that weight loss methods based on caloric restriction, pharmacological intervention, and self-help materials have limited effects on weight loss (Anderson *et al.* 2001; Ayaad & Anderson 2000; Jeffery *et al.* 2000; Garner & Wooley 1991; Marketdata 2002), selected researchers and interventionists have developed an alternative weight management approach called the Health at Any Size (H@AS) paradigm (Foster & McGuckin 2002; Foster 2002; Miller & Jacob 2001). Emerging from the self-acceptance, non-dieting, and feminist movements, the premises of this weight management paradigm are that : (1) dieting is associated with negative physical and psychological consequences (Parham 1996; Garner & Wooley 1991; Polivy & Herman 1983, 1985); (2) weight is not solely determined by one's will, so acceptance of what cannot be changed is needed to improve well-being (Parham 1996; Wilson 1996); and (3) although it is clear that fatness is negatively associated with health in some individuals, there are probable confounding factors that have lead to misleading and exaggerate threats (Ernsberger & Koletsky 1999; Blair & Lee 1998 ; Ernsberger & Haskew 1987). Results of trials examining the effects of such alternative interventions have demonstrated positive effects on eating behaviors (Bacon *et al.* 2002; Ciliska 1990; Polivy & Herman 1992; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990) and psychosocial variables like body image (Hetherington & Davies 1998; Bacon *et al.* 2002; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990; Sbrocco *et al.* 1999), self-esteem (Hetherington & Davies 1998; Bacon *et al.*

2002; Ciliska 1990; Polivy & Herman 1992; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990; Carrier *et al.* 1994) and depression (Ciliska 1990; Polivy & Herman 1992; Robinson & Bacon 1996; Tanco *et al.* 1998; Roughan *et al.* 1990; Sbrocco *et al.* 1999) even in the absence of weight loss (Foster & McGuckin 2002, Foster 2002, Miller & Jacob 2001). Some trials also demonstrated increase in physical activity (Bacon *et al.* 2002; Mellin *et al.* 1997) and metabolic fitness (Bacon *et al.* 2002). Along these lines, in a previous study (Mongeau *et al.* a, in review), we observed that the ALW program improved body image, self-esteem, eating behaviors (notably emotional eating and perhaps bulimic tendencies), and knowledge as measured after the intervention, and that many of these changes were sustained over a 12-month period even though BMI did not decrease.

Weight problems, choice, and health

While the efficacy of weight management programs has been the focus of investigations for some time, more limited research has examined the key ingredients of effective interventions (Friedman & Brownell 1995, 2002). Decisional status has been identified as one key variable that might mitigate or potentiate intervention effects (Janis & Mann 1977). In this regard, Feste and Anderson (1995), indicate that to maintain their health people must be able to bring about changes, have better control over their life circumstances, and make decisions both about their personal behaviors and their social situations.

Furthermore, research cumulating over the past three decades has supported the idea that choice is associated with perceptions of personal control, positive affect, intrinsic

motivation, and improve well-being (Deci & Ryan 1985; Botti & Iyengar, manuscript in review). Conversely, unsuccessful choosers (Janis & Mann 1977) or the removal of choice (Deci & Ryan 1985) results in negative consequences such as reduced intrinsic motivation and life satisfaction, apathy, helplessness, and even illness (Botti & Iyengar, manuscript in review).

Defining decision-making is problematic. Three broad models of decision-making have been outlined (Charles *et al.* 1997): paternalism, shared-decision-making, and informed choice. Paternalism, as one might imagine, involves choice made for one person by another. This type of approach may be deleterious to the adoption and maintenance of health behaviors and therefore should not be promoted through interventions (Tones & Tilford 2001; Achterberg & Trenkner 1990; Parham 1990). In contrast, shared decision-making assumes a partnership with another person in the decision making process. Informed choice is somewhat different from shared decision-making and involves the transmission of pertinent information to individuals who, with their preferences and perceived utilities, then make an informed decision. In informed decision making, the professional does not contribute to the person's opinion whereas in shared decision making the health professional may exert persuasion. The difference between shared decision making and informed decision making is subtle to measure and may be dependent on the context (Edwards *et al* 2003). However, both shared decision making and informed decision making necessarily imply an active process (i.e., agency) on the part of the individual. According to several theorists, informed decision-making comprises several steps (Gray *et al* 1996; Janis & Mann 1977) :

- identifying the problem;
- defining a goal;
- making broad identification of options;
- evaluating the options;
- using a decision tool;
- making decision;
- preparing and implementing a plan of actions;
- evaluating decision.

Furthermore, when confronted with a decision, a state of uncertainty about a course of action, called “decisional conflict” (Janis & Mann 1977), may arise. Decisional conflict is more likely to occur when the decision involves risk or uncertain outcomes, high-stakes choices with significant potential gains and losses, presence of value tradeoffs in selecting a course of action or anticipated regret (O’Connor 1999). Decision support interventions can help resolve decision conflict and aim at bringing a person to feel she made the right decision (O’Connor 1999). Decision aids can also facilitate the process of decision making. They are defined as “interventions to help people make deliberate choices about health care options (including the status quo) by providing information relevant to a person’s health” (O’Connor *et al.* 1999, p. 731). Examples of decision aids include information leaflets on a disease, tailored risk factor assessment, exercises aimed at clarifying values, filling out a decision balance sheet, coaching on the process of decision-making. (O’Connor *et al.* 1999). The spectrum of decision aids is very broad and there is a debate about what constitutes exactly a decision aid (Edwards *et al.* 2003). Nevertheless, a recent Cochrane review (O’Connor *et al.* 2003) identified more than 200 decision aids for

decision-making on several health issues ranging from hormone therapy replacement to cancer treatment and other forms of screening. Several of these aids were evaluated by randomised control trials and an additional 30 trials are yet to be published. The review indicates that decision aids improve knowledge and realistic expectations, enhance active participation in decision-making, lower decisional conflict, decrease the proportion of people remaining undecided, and improve agreement between values and choice. The effects on persistence and cost-effectiveness remain to be studied (O'Connor *et al.* 2003).

Decision-making, informed choice, and the H@AS paradigm

Interventions ascribing to the H@AS paradigm aim at improving psychological characteristics associated with overcoming perceptions of lack of self-control, such as cognitive and decisional control, self-efficacy, self-esteem, and self-acceptance (Parham 1996, 1999; Berg 1999, 2000; Wilson 1996). In this study, we therefore explicitly measured decisional status (i.e., having made an active decision vs. being undecided or ambivalent) and then explored the role of decisional status in moderating/mediating the effects of a weight management intervention based on the H@AS paradigm on psychosocial and anthropometric variables. The program, called *About loosing weight* (Mongeau *et al.* a, in review) was found to positively influence a series of psychosocial variables. We hypothesised that participants who make an informed decision about “losing weight or not” will have better outcomes than the ones who do not make a decision or for which decision is not informed.

Methods

Design, study population, and procedures

This study is part of a larger investigation to evaluate the effects of the “*About losing weight ?*” (ALW) program. The complete study methodology is described in detail elsewhere (Mongeau *et al* a, b, in review). Briefly, this study used a quasi-experimental design. Local community centers across the province of Quebec and the province of Ontario who did and did not dispense the ALW program recruited participants for the study. Participants were tested at baseline, after the intervention, and at 12-month. The sample was composed of middle-aged women with excess weight and/or significant weight preoccupation, who were chronic dieters, were not currently in psychotherapy, not currently taking anti-depression medication, not having an eating disorder, had a BMI over 20 kg/m², and never had been enrolled in the program ALW in the past.

Experimental participants were recruited by the means of newspaper ads. Women interested in participating attended an information session that explained the program and the study. The program was free of charge in most centers. Then, persons interested in joining the program completed an enrollment questionnaire that allowed for screening of participants not corresponding to the inclusion criteria. Their participation was then confirmed. After recruitment, and signing informed consent, experimental participants were enrolled in the 15 session program. During the first session, the first half of the questionnaire package was completed. Due to the length of the questionnaire package, the second half was completed at the beginning of the

second meeting. They were also completed at the end of the program. Eleven months later, the facilitator contacted women having completed the program by telephone to invite them to participate in a follow-up meeting. During this meeting participants completed the questionnaire package and were weighed. Afterwards, they were allowed to participate in a group discussion because of their high interest in knowing how others had fared.

Control participants were also recruited through newspaper ads although they were invited to participate in a study rather than a program. When potential participants called-in, a research assistant verified that the person met eligibility criteria, and if so was invited to participate in a questionnaire administration session during day time or in evening. During this meeting, participants completed the questionnaire package and were weighed. Afterwards, they were called back twice following the same time frame as the experimental arm. The same procedure was repeated for the 3 testing sessions. In recognition of their efforts, participants were given tickets for a prize drawing.

Intervention

The ALW program includes 14 weekly health education and group discussion sessions each lasting between 150 and 180 minutes (CAAO 2003). The group is lead by two facilitators, a dietician and a psychologist or a social worker. Sessions are designed to meet several objectives: 1) to explore the different dimensions of one-self and of one's weight issues, 2) to understand one's problem in a variety of perspectives, 3) to develop and define an orientation towards losing weight or not

and to identify means for achieving this orientation. One unique feature of the ALW program resides in bringing participants to make an informed decision about losing weight and subsequently to develop a personalized plan towards optimal physical and mental health. Thus, the program is structured somewhat as a decision-making process as described previously in this paper (Gray *et al.* 1996; Janis & Mann 1977). Several decision aids (O'Connor *et al.* 1999) or empowerment techniques (Wallerstein & Bernstein 1988) are utilized during sessions. For example, the program relies upon several self-observation activities (e.g. eating, physical activity, emotions, etc). Self-observation gives participants the central role in gathering, analyzing information about their weight problem and allows for the first and very important step in the process: defining the problem (Kopp 1989). Another important decision-making activity is group discussions. Moreover, a substantial body of knowledge about biology and nutrition is included in the intervention package so that broadens their perspective on solutions options. Two other important empowerment techniques are also used in ALW, that is value clarification exercise (Tones & Tifford 2001) and decisional balance sheet (Janis & Mann 1977).

Measures

Choice about losing weight. A single question with 5 response options was developed to capture whether or not people had made an informed decision about losing weight. This question was based on Janis and Mann (1977) decision-making construct. Persons were asked what about their state of mind regarding weight loss. Response options were as follows: (1) "I am free to choose to lose weigh or not and I have decided to lose weight", (2) "I am free to choose to lose weigh or not and I have

decided not to lose weight for the moment”, (3) “I have not made a choice about losing weight for the time being”, (4) “I have no choice, I must lose weight”, and finally (5) “I do not have the choice but even if I want to lose weight I do not succeed at it”. The 5 choices were then regrouped into 3 categories: informed decision (responses 1 or 2, no decision (response 3, or uninformed decision (responded either 4 or 5).

A decisional conflict scale, also derived from the decisional conflict construct of Janis and Mann (1977), was developed. This 8-item scale assessed certainty or uncertainty about a course of action and served to corroborate the single-item question regarding choice about losing weight. Items bear similarity to items used by O'Connor (1995) in measuring quality of decisions for various health problems (e.g: «Did I properly evaluate the advantages and disadvantages of my actual situation?», «Did I obtain and examine comprehensively all the information I need to evaluate all the possible options?»). The internal consistency of the scale, as measured by Cronbach alpha coefficient, was of 0.89. The score on the certainty or uncertainty scale, assessed for the 227 women present in the sample at baseline, discriminated well between decisional groups with persons reporting an «informed decision» group having a higher score (28.4, SD= 4.9, n= 128) than persons in the «no decision» group (23.1, SD=4.1, n= 51), and persons in the «not informed decision» group (24.9, SD=6.6, n= 48) ($p < 0.0005$).

Psychosocial variables. Eating attitudes were measured with the Eating Attitude Test (EAT-26) which provides an overall score allowing for the identification of persons at risk of currently having an eating disorder (Garner & Garfinkel, 1979). Scores are also available for three subscales, two of which were used in the present study,

namely «dieting» and «bulimia and food preoccupation». The French translation of the scale has good internal consistency with Cronbach alpha coefficients of 0.86 for the whole scale, 0.85 for the «dieting» subscale and 0.62 for the «bulimia and food preoccupation» subscale (Leichner *et al.*, 1994). In the current study, corresponding internal consistency coefficients were good with Cronbach alphas equal to 0.79, 0.76, and 0.69 respectively.

Body image was measured by a 15-item scale developed by the investigators to tap into the way body image is addressed in the program. Items were inspired by items from the *Body Shape Questionnaire* (Cooper 1987) and from two subscales of the *Eating Disorders Inventory* (EDI, Garner *et al.* 1983) and included statements dealing with avoidance of doing selected activities (e.g., swimming), being obsessed by the idea that people look at their body, or accepting that the body is functional even though.

Depression was measured by the Beck Depression Inventory (BDI, Beck *et al.* 1961). For individuals in the general population, a score above 16 indicates being at risk for having a depressive disorder (Riley 1995). Self-esteem was been measured with the well-known 10-item Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg 1979), which measure global self-esteem. A 17-item scale developed in a preceding study (Mongeau 1993) was used to measure self-efficacy for using strategies promoted in the program. In accordance with the construct, items measured the capacity to perform a behavior in a specific context: estimating how one is able to stop eating when feeling just full even though there is some food left in the plate, or estimating how one is able to eat slowly even if there is food in abundance. The knowledge scale consisted of 17 items about causes and consequences of obesity, consequences of excessive energetic restriction,

biomechanics of weight lost, barriers for behavior change, and the best strategies for a healthy weight management.

Exercise behaviors, healthy lifestyle strategies, and weight loss attempts. Exercise behavior was measured by using a single validated question about the frequency of physical activity bouts lasting between 20 to 30 minutes during leisure time in the previous four months (Gionet & Godin, 1989). At the one year post-test, a scale was administered to measure the adoption of behaviors that have been discussed and experimented through the program, for example eating in tune with hunger and satiety cues, take the time to choose and to taste food, relax when necessary, express feelings, ask for help in the hard moments, etc. The scale consisted of ten behavioral strategies for which respondents indicated the frequency of use on a five-point Likert-type scale. Since the program aim at reducing chronic dieting, a scale was developed to measure weight loss attempts. The use of four different categories of weight loss methods was examined: trying a variety of food restriction (5 items), testing a variety of products (5 items), attending clinics and programs (5 items), and consulting health professionals (3 items). For each category a score was constructed given the frequency of use of the method. At baseline, women were asked to indicate the frequency of serious use (at least one month) of each method over the course of her life (never, once, more than once). At the one-year post-test, they were ask to recall the frequency of methods used within the last year. Then, the scores were summed. Total scores range from 0 to 36.

In addition, the questionnaire package included a detailed weight history, parent's influence on dieting, prior experiences of weight lost, personal attitudes and beliefs about body weight regulation, health status, and socio-demographic information.

Height and weight were measured and BMI was estimated by performing the following calculation: weight (kg) / height (m²).

Data analysis

Given the hierarchical structure of the data (i.e., repeated measures nested within persons), we adopted multilevel modeling techniques (Diez-Roux, 2000; Raudenbush & Bryk, 2002) to analyze the data. Application of this technique allowed us to include all data provided by participants at any time during the investigation and to specify a model that included one random effect for the intercept thus allowing participants to differ from one another on various outcomes at baseline.

Our overall goals in analyzing the data were to determine if decisional status (i.e., having made an active decision vs. being undecided or ambivalent) acted as a moderator or mediator variable in the effects of the ALW program on psychosocial and anthropometric variables. Applying strategies proposed by Baron and Kenny (1986), we therefore followed a 4 step procedure to test for mediating effects (see Figure 1) and a 2 step procedure to test for moderating effects. For mediation, we examined successively: (1) we tested whether or not being in the experimental group was associated with a greater likelihood having made an informed decision immediately after the program through a chi-square test of proportions (2 X 2: experimental-control X informed decision-otherwise); this allowed us to examine if the intervention could elicit the proposed mediator (see path a in Figure 1); (2) for each of the dependent variables, we tested whether or not decisional status was

associated with the dependent variable (see path b in Figure 1); (3) for each of the dependent variables of interest, we tested anew whether or not the intervention was associated with significant effects using all participants who had complete data at baseline and immediately following the intervention; this allowed us to show that the intervention was associated with specific effects (see path c in Figure 1); and (4) for those dependent variables where conditions 1, 2, and 3 were met, we entered both membership in the experimental vs. control groups and decisional status; if path a became non significant or was substantially reduced, we conclude that mediation exists. For moderation, we examined in succession: (1) a model that included main effects for intervention and for decisional status; (2) a model including an interaction term expressing membership in the experimental group and having made an informed decision.

Results

Effects for mediation

Chi-square analyses comparing the likelihood of being decided vs. undecided or ambivalent across experimental and control groups showed that women in the experimental group were more likely to be decided than women in the control group. The first condition for mediation is therefore met for all outcome variables. In keeping with findings reported elsewhere (Mongeau *et al.* a, in review), we observed that in comparison to participants in the control group, participants in the experimental group experienced significant improvements in body image, bulimic tendencies, emotional eating, self-esteem, knowledge, and self-efficacy. Thus, for these 7 outcome variables, the path for mediation (path c) was met. Next, we tested

the second condition for mediation for those outcome variables where the first and the third conditions were met. We observed that decisional status was predictive only of emotional eating, knowledge, and body image with women who were decided (regardless of group membership) reporting greater improvement in knowledge, emotional eating, and body image immediately after the program in comparison to women in the control condition. The fourth and final condition for mediation was therefore only tested in for these 3 variables. Analyses showed that none of the variables met the fourth condition for mediation as the initially observed effects of the intervention were neither eliminated nor reduced. Therefore, it appears as though decisional status does not act as a mediator of intervention effects.

Effects for moderation

Tests for moderation though revealed an interesting pattern of findings. For two of the outcome variables, namely emotional eating and body image, we observed a significant interaction effect and a trend for bulimic tendencies (Tables 1, 2, and 3). Plotting of the interactions showed that women in the experimental group who had made an informed decision by the end of the intervention experienced greater improvements in emotional eating and there was a trend for bulimic tendencies (Figures 2 and 3). Figure 4 illustrates that these same women experienced greater improvement in body image than women in the control group and women in the experimental group that had not made a decision or who were ambivalent. These latter experimental women did however experience improvements in body image. In sum, decisional balance acted as a moderator of intervention effects on emotional eating, bulimic tendencies, and body image.

Discussion

The purpose of this study was to explore the role of decisional status about losing weight or not (i.e., having made an active decision vs. being undecided or ambivalent) in moderating/mediating the psychosocial, eating behaviors, and anthropometric outcomes variables of a weight management intervention based on the H@AS paradigm. Results indicate that decisional status did not play a mediating role on any of the outcome variables of the program. However, the analysis revealed a moderating role of having made an active decision, whether this decision was to lose weight or not. The women who participated in the ALW program experienced a significantly greater improvement in body image than women in the control group. But, within the experimental group, women who were able to make an informed decision about the issue of losing weight or not had a greater improvement comparatively to the women who had not made a decision or who were ambivalent. Moreover, women in the experimental group who had made an informed decision by the end of the intervention were the only ones that experienced improvements in emotional eating and bulimic tendencies.

The variables that have been affected by the moderating effect of decisional status, body image, emotional eating and bulimic tendencies, all have in common to be emotion laden. Considering the underlying mental process of decision-making, it is logical to assume that decision making could have reduce the emotional charge experienced by some women participating in the program. As decision-making literature indicates (the Rational Choice Theory), succeeding in making a decision

heightens the perception of freedom and control, because of the broadening of the number of potential options and selection (Krachun *et al.* 2001). For persons who are obese, or perceived themselves as obese, the broadening of choice options may relieve the tension and stress that accompany the apparent moral obligation of losing weight in the context of repeated failure. Instead of having to cope with negative emotions secondary to the absence of control and choice, the decision-making process incorporates emotions as a part of thinking, considering them in the weigh in up of advantages and disadvantages of several options (Baron 2000). So, even a person motivated by emotional hatred would chose the best action to satisfy his emotional demands. Rational choice is a model that describes how to best make a decision with the aims as given. For example, during ALW, participants set a glimpse of several options never looked at, because they always viewed reducing weight as the only acceptable option. Now, they can perceive the possibility of changing several behaviors without the absolute obligation of weight loss. For example, they now may consider several benefits of physical activity even without losing weight, permitting to this behavior to become an acceptable and healthy option. They also foresee that some other changes might be necessary to eventually lose weight, e.g. undertake a step in assertiveness to better say no when useful, postponing the goal of losing weight to later on.

What about the participants that were not able to achieve an informed choice? They could be many reasons why a person is not able to reach the end point of the decision-making process even in the context of a systematic decision-making process and with the use of decision aids. Several external factors could hinder for some

participants some steps of the decision-making process thus compromising the outcome. Other participants could be in a transitions context where they are not able to pursue the process adequately. Some persons could present some personal characteristics that hold back their ability to manage successfully with the process.

Conclusions

Research in weight management interventions has been a discouraging venture. However, the H@As paradigm represents a new option for researchers and clinicians to address this problem. Hence, decision-making and a broader choice perspective about weight issues appears to be one interesting path to successfully reduce emotional eating behaviors and negative body image in chronic dieters.

Competing interests

LM has developed the ALW program. She also acted as a leader in training workshops for professionals who desire to dispense the program. She received honoraries for it as she was hired by a non profit organization to led the training program. LG and MR has no competing interests.

Authors' contributions

LM designed and coordinated the study, conceived the idea of the article, collaborated to the statistical analysis and wrote the article. LG directed the statistical analysis and collaborated to the writing of the article. MR commented on the statistical analysis and revised the article. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This research was supported in part by grants from the Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal and from the Ordre Professionnel des Diététistes du Québec.

References

- Achterberg C, Trenkner LL (1990) Developing a working philosophy of nutrition education. *Journal of Nutrition Education*. 22(4): 189-193.
- Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL (2001) Long-term weight-loss maintenance: A meta-analysis of US studies. *American Journal Clinical Nutrition*. 74: 579-584.
- Ayyad C, Anderson T (2000) Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews*. 1: 113-119.
- Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazacks A, Stern JS(2002) Evaluating a “non-diet” wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International Journal of Obesity*. 26: 854-865.
- Baranowski T, Lin LS, Wetter DW, Resnicow K, Hearn MD (1997) Theory as mediating variables: Why aren't community interventions working as desired? *Annals of Epidemiology*. 1997; S7: S89-S95.
- Baron J (2000) *Thinking and Deciding*. 3rd Ed. Cambridge University Press: Cambridge,UK.
- Baron RM, Kenny DA (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6): 1173-1182.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4: 561-571.
- Berg FM (1999) Health risks associated with weight loss and obesity treatment programs. *Journal of Social Issues*. 55(2): 277-297.
- Berg FM (2000) *Women Afraid to Eat. Breaking Free in Today's Weight-Obsessed World*. Hettinger: Healthy Weight Network.
- Blair SN, Lee IM (1998) Weight loss and risk of mortality. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds), Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 38. pp. 805-818.
- Botti S, Iyengar SS. *Pleasure and pain of choosing: When people prefer choosing at the cost of subsequent well-being*. Manuscript under review. Retrieved August 26th 2003, from [<http://www.Columbia.edu/~ss957/Pleasure+and+Pain.htm>].
- Collectif action alternative en obésité (CAAO). (2003) *Choisir de maigrir. Un guide d'intervention*. Montréal: Collectif action alternative en obésité.

Carrier KM, Steinhardt MA, Bowman S (1994) Rethinking traditional weight management programs: A 3-year follow-up evaluation of a new approach. *The Journal of Psychology*. 128: 517-535.

Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) Shared decision making in the medical encounter : What does it mean ? (Or takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*. 44; 681-692.

Ciliska D (1990) *Beyond dieting. Psychoeducational interventions for chronically obese women : A nondieting approach.* New York: Brunner/Mazel Publishers.

Ciliska D (1998) Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*. 20: 119-135.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6(4): 485-494.

Deci EL, Ryan RM (1985) *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*. Plenum Press: New York.

Diez-Roux, AV (2000) Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health*. 21: 171-192.

Edwards A, Evans R, Elwyn G (2003) Manufactured but not imported: New directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Education and Counseling*. 50: 33-38.

Ernsberger P, Haskew P (1987) Rethinking obesity : An alternative view of its health implications. *Journal of Obesity and Weight Regulation*. 6: 58-137.

Ernsberger P, Koletsky RJ (1999) Biomedical rationale for a wellness approach to obesity : An alternative to a focus on weight loss. *Journal of Social Issues*. 55: 221-260.

Feste C, Anderson RM (1995) Empowerment: From philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*. 26: 139-144.

Foster D (2002) Nondieting approaches. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press: New-York, Chap 109. pp. 604-608.

Foster GD, McGuckin BG (2002) Nondieting approaches: Principles, Practices, and Evidence. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds.). The Guilford Press: New York, Chap. 24. pp 494-512.

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

Friedman MA, Brownell KD (2002) Psychological consequences of obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New-York, Chap. 71. pp. 393-398

Garner DM, Garfinkel PE (1979) Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychiatric Medicine*. 9: 273-279.

Garner DM, Olmsted MP, Polivy J (1983) Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 2: 15-34.

Garner DM, Wooley SC (1991) Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*. 11: 729-780.

Gionet NJ, Godin G (1989) Self-reported exercise behavior of employees: A validity study. *Journal of Occupational Medicine*. 31: 969-973.

Goodrick GK, Carlos Ponton II WS, Kimball KT, Reeves RS, Foreyt JP (1998) Nondietering versus dieting for overweight binge-eating women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66: 363-368.

Gray PCR, Wiedermann PM, Schütz H, Feldman D, Turner R (1996) *The nature and challenges of environmental decision making ; Case studies for Policy Improvement*. Background paper for planning Workshop 17-19 October 1996. National Center for Environmental Decision Making Research, Knoxville TE. Technical Report NCEDR/96-03. Retrieved June 15th 2003, from [www.ncedr.org/pdf/BACKGD5.pdf].

Hetherington M, Davies M (1998) Weight management: A comparison between non-dieting and dieting approaches. *Health Psychological Update*. 32: 33-39.

Janis IL, Mann L (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*. Free Press: New-York.

Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, Hill DR (2000) Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*. 19(1 Suppl): 5-16.

Kopp J (1989) Self-observation: An empowerment strategy in assessment. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*. 70(5): 276-284.

Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D (2001) How do risk factors work together ? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*. 158: 848-856.

Krachun C, Thorngate W, West R (2001) *The rationality of freedom: A study of decision makers perceived freedom of choice*. A Graduate Student Conference on Philosophy of Mind, Philosophy of Language, and Cognitive Science. Carleton

university, September 28-30. Retrieved August 26th 2003, from [http://www.Carleton.ca/iis/PHICS/Proceedings/Krachun.pdf].

Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, Perreault M, Gotheil N (1994) Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. 39 : 49-54.

Marketdata Enterprises, Inc. (2002, October) *The U.S. Weight loss and diet Control Market* (7th Ed.). Tampa, FL: Author.

McNamara K (1989) A structured group program for repeat dieters. *Journal for Specialists in Group Work*. 14: 141-150.

Mellin L, Croughan-Minihane M, Dickey L (1997) The Solution Method: 2-year trends in weight, blood pressure, exercise, depression, and functioning of adults trained in development skills. *Journal of the American Dietetic Association*. 97: 1133-1138.

Miller WC, Jacob AV (2001) The health at any size paradigm for obesity treatment : the scientific evidence. *Obesity Reviews*. 12: 37-45.

Mongeau L (1993) *Validation d'un questionnaire sur l'efficacité personnelle en rapport avec le poids corporel*. Master Thesis. Département de médecine sociale et préventive. Université de Montréal: Montréal.

Mongeau L, Gauvin L, Rivard M. (a) *Short-term and 12-month impact of a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm on anthropometric and psychosocial outcomes*. Manuscript submitted for publication, 2004.

Mongeau L, Gauvin L, Rivard M. (b) *Understanding the zeitgeist around weight loss: The profile of women who sign up for a program ascribing to the Health at Any Size Paradigm*. Manuscript submitted for publication, 2004.

O'Connor A (1999) *Decisional Conflict Scale*. 4th Edition. Retrieved June 16th 2003, from [http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/OHDEC/dcsdoc.pdf].

O'Connor A (1995) Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*. 15(1): 25-30.

O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwisle V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M, Jones J (1999) Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. *British Medical Journal*. 319: 731-734.

O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tait V, Tetroe J, Fiset V, Barry M, Jones J (2003) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systematic Review*. 2: CD001431.

- Omichinski L, Harrison K (1995) Reduction of dieting attitudes and practices after participation in a non-diet lifestyle program. *Journal of the Canadian Dietetic Association*. 56: 81-85.
- Parham E (1999) Promoting body size acceptance in weight management counselling. *Journal of the American Dietetic Association*. 99: 920-5.
- Parham E (1996) Is there a new weight paradigm ? *Nutrition Today*. 31: 155-161.
- Parham ES (1990) Applying a philosophy of nutrition education to weight control. *Journal of Nutrition Education*. 22,194-197.
- Polivy J, Herman CP (1992) Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*. 3: 261-268.
- Polivy J, Herman CP (1985) Binging and fasting: A causal analysis. *American Psychology*. 40: 193-201.
- Polivy J, Herman CP (1983) *Breaking the Diet Habit*. Basic Books: New York.
- Raudenbush SW, Bryk AS (2002) *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. 2nd ed. Sage Publications: Thousand Oaks CA.
- Rapoport L, Clark M, Wardle J (2000) Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *International Journal of Obesity*. 24: 1726-1737.
- Riley AW (1995) Identification of psychological problems of patients with eating and weight-related disorders in general medical settings. In : *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems. Measure, Theory, and Research*. Allison DB (Ed.). Sage Publications: Thousand Oaks, Chap. 13. pp. 493-514.
- Robinson BE, Bacon JG (1996) The « If only I were thin... » treatment program: decreasing the stigmatizing effects of fatness. *Professional Psychology: Research and Practice* 27: 175-183.
- Rosenberg M (1979) *Conceiving the self*. Basic Books: New York.
- Roughan P, Seddon E, Vernon-Roberts J (1990) Long term effects of a psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behavior. *International Journal of Obesity*. 14: 135-147.
- Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL (1999) Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67: 260-266.

Tanco S, Linden W, Earle T (1998) Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *International Journal Eating Disorders*. 23: 325-339.

Tones K, Tilford S (2001) *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity* (3rd ed.). Nelson Thornes Ltd: Cheltenham, UK.

Wallerstein N, Bernstein E (1988) Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*. 15: 379-394.

WHO (2000). *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*. Technical report series N° 894. World Health Organization: Geneva.

Wilson TG (1996) Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*. 27: 417-439.

Figure 1 - Mediation model

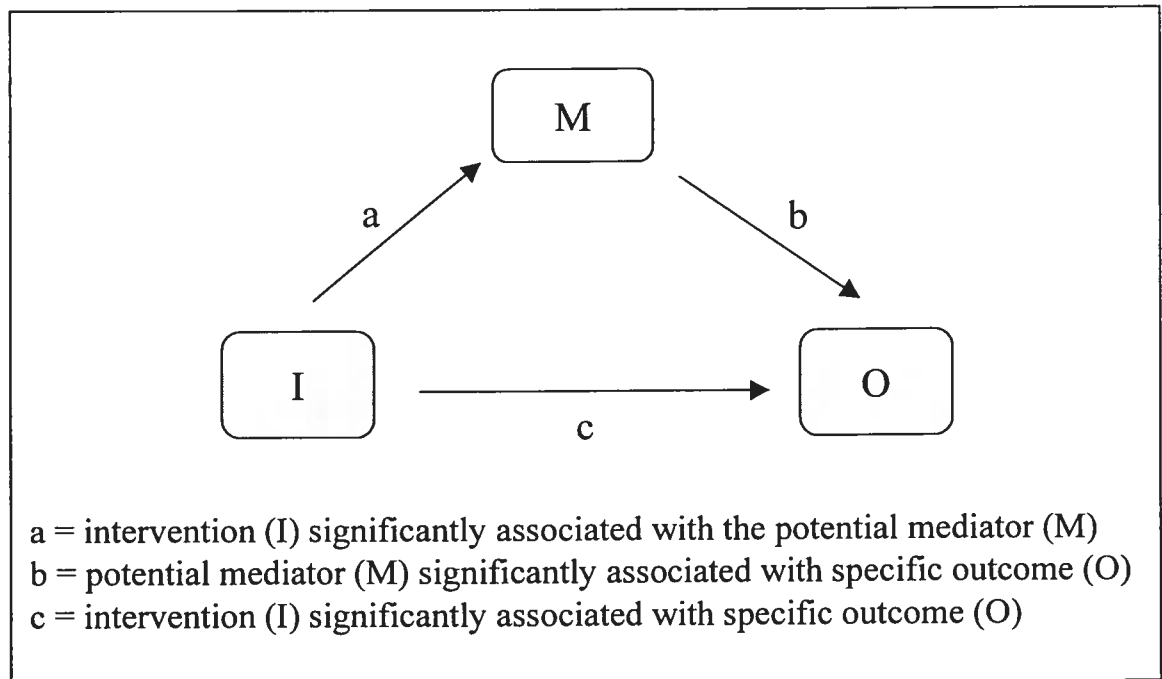


Figure 2 - Predicted pre and post scores for Emotional Eating based on experimental or control group and decisional status (n=210)

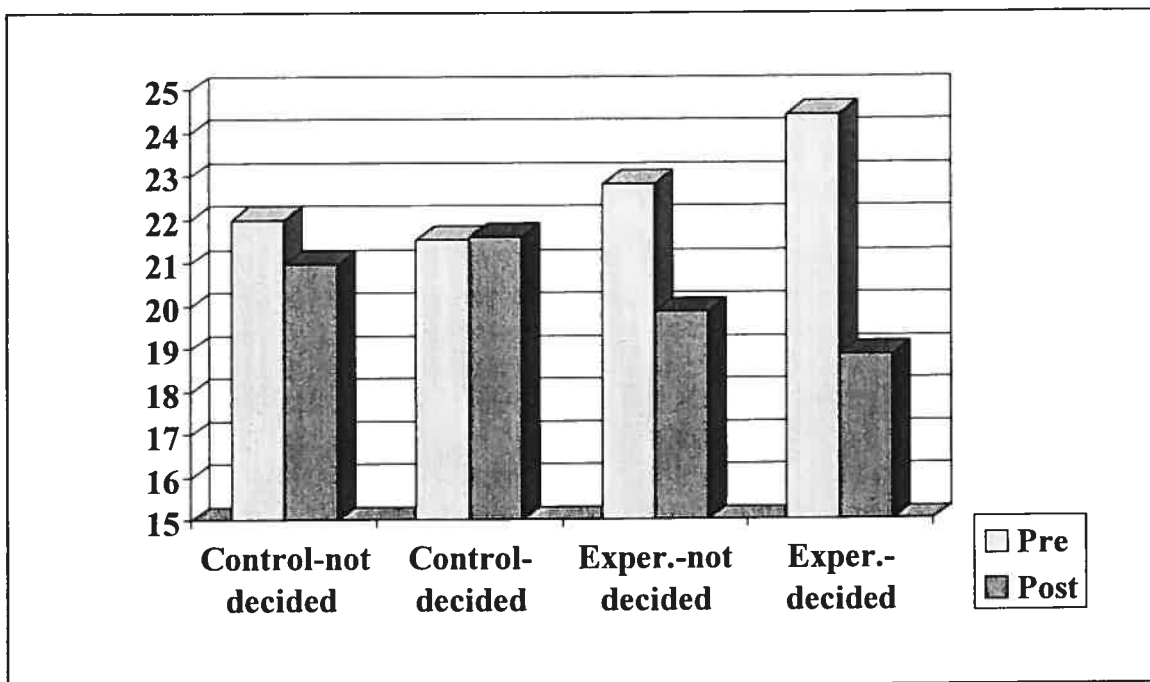


Figure 3 - Predicted pre and post scores for Bulimic Tendencies based on experimental or control group and decisional status (n=210)

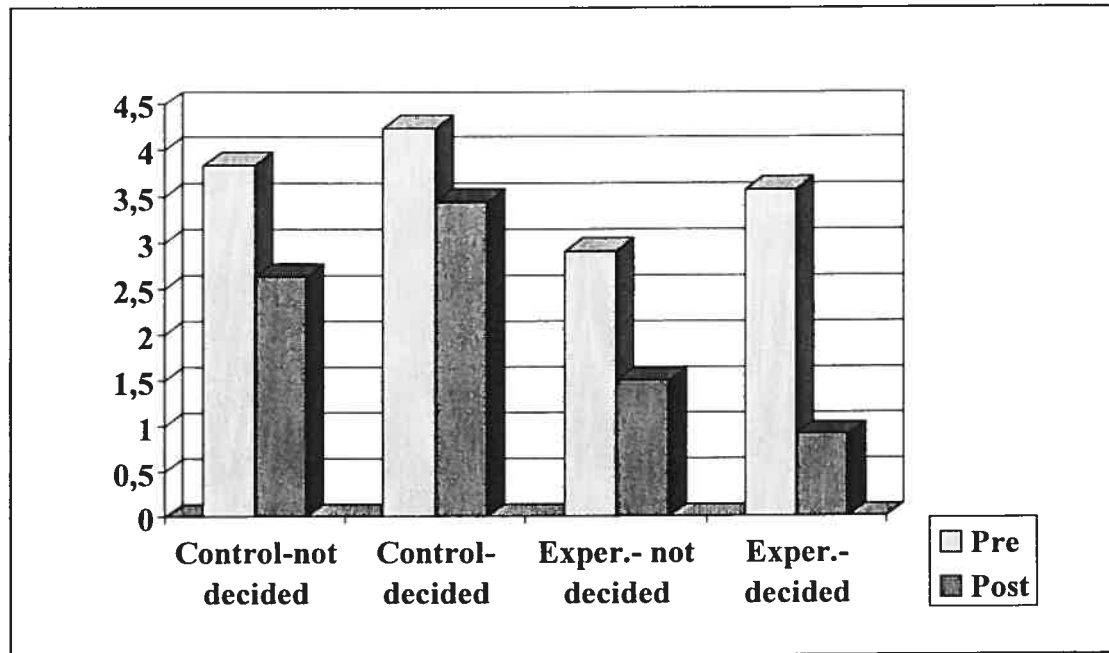


Figure 4 - Predicted pre and post scores for Body Image based on experimental or control group and decisional status (n=210)

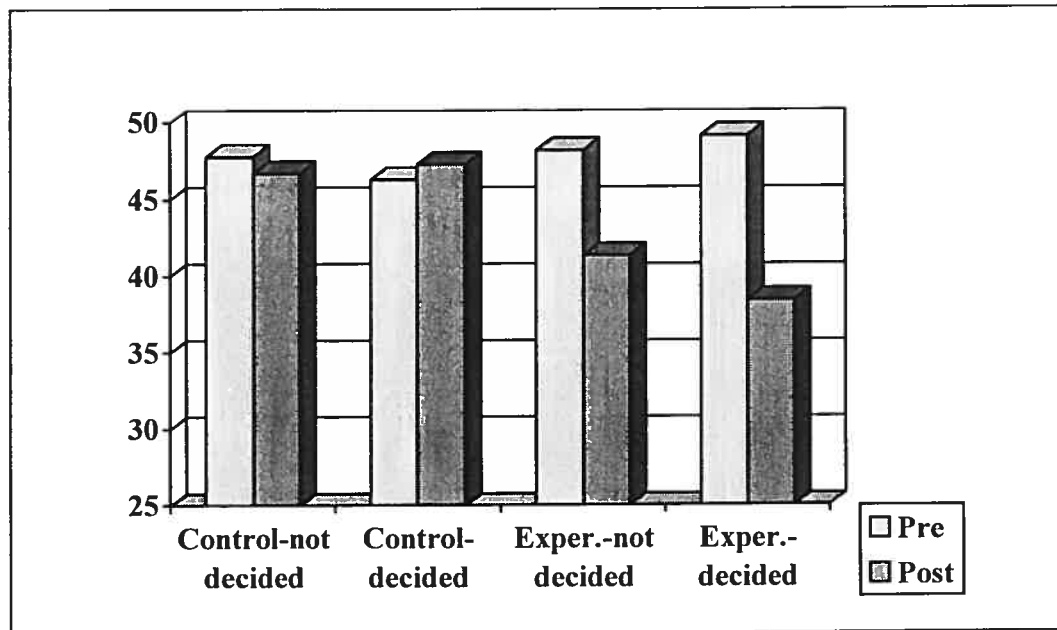


Table 1. Results of multilevel modeling analyses testing for the moderating effects of decisional status on the effects of the program on Emotional Eating (n=210)

Variance Components Between subject	Parameter	Variance Estimates (μ)	Standard Deviation	df	Chi-square	p-value
Baseline	μ_0	20.4	4.5	206	720.8	<0.0005
	E	14.3	3.8			

Within Subject Fixed Effects	Parameter	Coefficient	SE	t-ratio	p-value
Baseline	γ_{00}	22.0	0.7	28.5	<0.0005
	γ_{01}	-0.8	1.3	-0.6	0.524
	γ_{02}	-0.5	1.2	-0.4	0.709
	γ_{03}	2.1	1.7	1.2	0.235
Change	γ_{10}	-1.0	1.0	-1.1	0.274
	γ_{11}	-1.9	1.3	-1.4	0.156
	γ_{12}	1.1	1.4	0.8	0.424
	γ_{13}	-3.7	1.8	2.1	0.038

Final model

Level-1 model: Emotional Eating = $\beta_0 + \beta_1 \text{ Time} + \varepsilon$

Level-2 model:

$$\beta_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{ Condition} + \gamma_{02} \text{ Decisional Status} + \gamma_{03} \text{ Interaction} + \mu_0$$

$$\beta_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{ Condition} + \gamma_{12} \text{ Decisional Status} + \gamma_{13} \text{ Interaction}$$

Table 2 - Results of multilevel modeling analyses testing for the moderating effects of decisional status on the effects of the program on Body Image (n=210)

Variance Components Between subject	Parameter	Variance Estimates (μ)	Standard Deviation	df	Chi-square	p-value
Baseline	μ_0	61.5	7.8	206	753.7	<0.0005
	\underline{E}	40.6	6.4			

Within Subject Fixed Effects	Parameter	Coefficient	SE	t-ratio	p-value
Baseline	γ_{00}	47.8	1.3	36.0	<0.0005
	γ_{01}	0.4	2.2	0.2	0.850
	γ_{02}	-1.5	2.1	-0.7	0.482
	γ_{03}	2.4	3.0	0.8	0.413
Change	γ_{10}	-1.1	1.6	-0.7	0.503
	γ_{11}	-5.8	2.3	-2.5	0.011
	γ_{12}	2.1	1.3	0.9	0.373
	γ_{13}	-5.9	3.0	-2.0	0.049

Final model

Level-1 model: Body Image = $\beta_0 + \beta_1 \text{Time} + \varepsilon$

Level-2 model: $\beta_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{Condition} + \gamma_{02} \text{Decisional Status} + \gamma_{03} \text{Interaction} + \mu_0$
 $\beta_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{Condition} + \gamma_{12} \text{Decisional Status} + \gamma_{13} \text{Interaction}$

Table 3 - Results of multilevel modeling analyses testing for the moderating effects of decisional status on the effects of the program on Bulimics Tendencies (n=210)

Variance Components Between subject	Parameter	Variance Estimates (μ)	Standard Deviation	df	Chi-square	p-value
Baseline	μ_0	5.7	2.4	206	746.0	<0.0005
	E	3.7	1.9			
Within Subject Fixed Effects	Parameter	Coefficient	SE	t-ratio	p-value	
Baseline	γ_{00}	3.8	0.4	9.6	<0.0005	
	γ_{01}	-0.9	0.7	-1.4	0.158	
	γ_{02}	0.4	0.6	0.6	0.538	
	γ_{03}	0.3	0.9	0.3	0.764	
Change	γ_{10}	-1.2	0.5	-2.5	0.014	
	γ_{11}	-0.2	0.7	-0.3	0.738	
	γ_{12}	0.4	0.7	0.6	0.556	
	γ_{13}	-1.7	0.9	-1.8	0.065	

Final model

Level-1 model: Bulimic tendencies = $\beta_0 + \beta_1 \text{Time} + \varepsilon$

Level-2 model: $\beta_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{Condition} + \gamma_{02} \text{Decisional Status} + \gamma_{03} \text{Interaction} + \mu_0$
 $\beta_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{Condition} + \gamma_{12} \text{Decisional Status} + \gamma_{13} \text{Interaction}$

CHAPITRE 3 LE NOUVEAU PARADIGME SUR LE POIDS PEUT-IL CONTRIBUER À RÉDUIRE LES PROBLÈMES RELIÉS AU POIDS ?

3.1 Les problèmes reliés au poids, problèmes d'individus ou problèmes de société : un nouveau défi pour la santé publique

Dans cette thèse nous nous sommes intéressés aux problèmes reliés au poids qui comprennent l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Nous avons vu que l'obésité est une condition complexe, qui dépend de nombreux facteurs. Parmi ces facteurs, il y a ceux dictés par la biologie qui ne se modifient guère. L'obésité est aussi fonction des comportements alimentaires et d'activité physique qui eux, sont modifiables. Ces comportements, comme d'autres, sont soumis aux pressions de l'environnement socio-économique, culturel et politique ainsi qu'à celles des conditions de vie des personnes. Ainsi, une personne peut devenir obèse pour nombre de raisons.

Nous avons aussi constaté que l'environnement et le mode de vie du mangeur moderne ont beaucoup changé. L'arrivée de nombreux dispositifs mécaniques et automatisés tant dans le transport, que dans le travail et les loisirs, a réduit la demande en énergie des individus. De l'autre côté, l'alimentation s'est aussi transformée, et une vaste industrie alimentaire fournit des produits qui répondent aux nouveaux impératifs et aux nouvelles valeurs du monde moderne, lesquels laissent peu de temps et de désir pour la tâche culinaire. Ces nouveaux aliments hautement raffinés, riches en sucres, en gras et pauvres en matières fibreuses, possèdent une haute densité énergétique qui semble perturber les mécanismes de régulation du mangeur. De plus, ils sont l'objet d'une mise en marché agressive et d'une publicité omniprésente.

Par ailleurs, le poids, le corps et l'apparence, constituent aussi des enjeux très importants de cette problématique. De façon générale, le mangeur moderne n'a plus à surmonter la disette et les famines, il doit au contraire gérer l'abondance dans un

environnement où les normes de beauté dictent la minceur. En face d'un paradoxe social évident, où sa génétique a gardé le souvenir de la restriction et en a même fait un mécanisme de défense, le mangeur s'appuie de plus en plus sur ce que lui dicte sa « tête » et de moins en moins respecte les règles de la nature. À cet égard, lorsque celui-ci est profondément préoccupé par son poids, le rôle prépondérant qu'il attribue aux aliments, n'est plus tant celui de le nourrir mais celui de le faire grossir ou de le garder mince.

Ainsi, bien qu'on ne sache pas très bien lequel des facteurs inhérents à ce nouvel environnement prédomine, le résultat de ces transformations est un bilan énergétique positif, où les personnes génétiquement susceptibles prennent facilement du poids et où beaucoup de personnes, grosses ou non, s'inquiètent de leur poids. En conséquence, à l'échelle des populations, la distribution du poids se déplace lentement et sûrement vers la droite, générant ainsi de plus en plus de personnes avec un excès de poids ou une obésité franche. Dans la chaîne causale en jeu, le poids est lui-même un déterminant de la santé, notamment il contribue à diverses maladies chroniques. Ces dernières constituent la première cause de mortalité dans nos sociétés et l'obésité qui s'accroît devient un problème qui suscite maintenant davantage d'intérêt car, combinée au vieillissement de la population, elle risque d'alourdir considérablement le fardeau sanitaire. Quant à la préoccupation excessive à l'égard du poids, quoiqu'on ne puisse affirmer qu'elle est considérée comme un problème de santé publique admis de tous, sa prévalence et les conséquences qu'elle entraîne la mettent résolument sur le chemin de la reconnaissance. Tout au moins, les évidences s'accumulent graduellement démontrant qu'elle entrave l'objectif du maintien d'un poids-santé.

Donc le mangeur est à la frontière de motivations conflictuelles : le corps comme vitrine sociale ou le corps en santé qui offre la plus grande espérance de vie possible. Pour le mangeur, atteindre les deux objectifs simultanément est-il réaliste ? Pour la communauté des mangeurs, comment naviguer entre les impératifs du monde médical qui vise le meilleur bilan sanitaire possible, ceux de l'industrie l'agroalimentaire qui

cherche à satisfaire ses actionnaires et ceux des « industries du corps » qui aspirent à répondre aux « besoins » du consommateur ?

La santé publique s'active à la prévention, à la conservation et à la promotion de la santé. La santé est vue ici comme une ressource qui permet aux individus et aux collectivités de se réaliser. Elle n'est pas simplement absence de maladies. Ainsi, pour réussir sa mission, la santé publique tente de prendre en considération l'ensemble des dimensions d'un problème et d'agir à l'échelle de la société. Jusqu'ici la santé publique a été peu présente sur la scène des problèmes reliés au poids. Ceux-ci ayant été davantage perçus comme des problèmes individuels et médicaux, on a laissé à chaque personne le soin de s'en occuper avec ou sans le soutien du médecin. Maintenant que la problématique tend à être reconnue comme problème de société, que doit faire la santé publique devant une problématique grandissante qui l'interpelle certainement, mais face à laquelle elle est relativement néophyte ?

3.2 Survol des résultats de recherche et leur contribution à l'objectif de la thèse

L'objet de cette thèse était de cerner le rôle joué par les programmes issus du paradigme du H@AS, plus particulièrement le programme *Choisir de maigrir ?*, dans une stratégie globale visant à endiguer les problèmes reliés au poids.

Nous avons d'abord analysé les caractéristiques des femmes qui s'inscrivent à *Choisir de maigrir ?*. Les participantes témoins étaient donc exclues de la première série d'analyses. Nous avons comparé certaines caractéristiques des femmes ayant participé au programme à la population générale des femmes québécoises. Le choix des variables a été guidé par les données disponibles et la plupart sont issues des enquêtes de population menées au Québec.

Les résultats présentés dans le premier article indiquent que la majorité des participantes au programme sont des femmes franchement obèses comparativement à la population féminine du Québec (Ledoux et Rivard 2000). De plus, pour la majorité

d'entre elles, il s'agit d'un problème installé depuis longtemps pour lequel elles sont nombreuses à avoir engagé des actions, et ce, depuis une vingtaine d'années en moyenne. Pour un quart d'entre elles, l'environnement familial semblait propice à influencer leur préoccupation à l'égard du poids. Les participantes au programme rapportent aussi un parcours chargé au chapitre de l'investissement pour perdre du poids : lectures et écoute d'émissions sur le sujet. Mais surtout, leur utilisation de PSMA impressionne. Au moins 40 % des participantes ont rapporté avoir fait au moins trois tentatives durant leur vie, ceci pour cinq sous-catégories de PSMA parmi les 18 listées dans notre indicateur, ceci en plus des tentatives uniques d'une panoplie d'autres PSMA. Leur parcours intensif relativement au domaine de l'amaigrissement pourrait expliquer un score assez élevé au regard de leurs connaissances sur le sujet (27 points sur un total possible de 40). Malgré tout, certains mythes persistent. À titre d'exemple, une majorité croit que la perte de poids localisée est possible ou que le corps féminin possède un pourcentage de gras similaire à celui des hommes.

Pour les comportements et des attitudes à l'égard de l'alimentation, nous avons démontré que les femmes de notre échantillon présentaient un score moyen se situant dans la zone du risque de troubles de l'alimentation (Leichner *et al.* 1994 ; Garner *et al.* 1979). Dans le même sens, près d'une femme sur cinq présentait un score de dépression se situant dans une zone de risque (Riley 1995). Nos résultats indiquent donc une association entre l'obésité, le recours à divers moyens pour tenter de solutionner le problème et une vulnérabilité psychosociale. Ces résultats vont dans le même sens que de nombreux écrits mettant en relation l'obésité et la préoccupation à l'égard du poids (Wadden *et al.* 2002 ; Sobal et Maurer 1999 ; St-Jeor *et al.* 1996), des difficultés au regard de la santé mentale (Johnson 2002 ; Polivy et Herman 1999 ; French *et al.* 1999 ; Polivy 1996) et une relation perturbée avec les aliments (Parham 1996 ; Laessle *et al.* 1996 ; Polivy et Herman 1985). Il est donc juste de considérer que pour de nombreuses femmes obèses, le poids et l'image corporelle constituent un facteur de vulnérabilité important. Celui-ci explique leur recherche de solutions alternatives aux approches traditionnelles proposées par les systèmes de santé et par

le secteur privé, qu'elles ont néanmoins abondamment expérimentées. Ce point constitue un élément de justification du développement des approches alternatives.

En ce qui a trait aux variables socio-démographiques, la comparaison des femmes de notre échantillon à la population en général, a permis de constater certaines différences. Les femmes qui recherchent une approche alternative en matière de poids sont significativement plus instruites que la population en général, sont proportionnellement plus nombreuses à être sur le marché du travail et, chez les plus jeunes de notre échantillon, une proportion plus grande d'entre elles vit seul. Nous suggérons que les femmes instruites se sentent davantage capables de remettre en question la tradition et d'opter pour une alternative qui suppose de bousculer les acquis. Après tant d'années, elles arrivent possiblement à penser que le problème se situe ailleurs que dans leurs prédispositions morales et comportementales. De toute évidence, elles veulent comprendre. D'ailleurs dans les motifs pour s'inscrire à *Choisir de maigrir ?*, plus de la moitié (54 %) indiquent vouloir «comprendre leur problème» comme premier motif. Il est intéressant de constater qu'en totalisant la fréquence des réponses pour les trois premiers motifs pour s'inscrire au programme, « comprendre son problème » est mentionné par 80 % des participantes mais « perdre du poids » et « chercher de la motivation » arrivent presque *ex-aequo*.

En ce qui concerne la participation au marché du travail, il est plausible que les femmes qui travaillent hors du foyer se sentent davantage interpellées en regard de leur image corporelle. Elles ont possiblement une plus grande exposition à des pressions sociales pour avoir une image corporelle conforme aux normes, ceci, à juste titre, une association négative a été démontrée entre l'obésité et la mobilité sociale (Gortmaker *et al.* 1993) ainsi qu'entre l'obésité et la discrimination au travail (Crandall et Biernat 1990). Elles baignent possiblement dans un environnement où l'on parle abondamment de poids et de diète, et par ricochet, sont plus exposées aux nouveautés qui émergent des reportages médias, lesquelles sont discutées sur les lieux de travail, comme le serait par exemple un reportage sur un nouveau programme « différent ». Compte tenu du lien qui existe entre scolarité, occupation et revenu, on

peut supposer que moins de femmes de milieu socio-économique défavorisé ont cherché à s'inscrire au programme. Cet aspect mérite quelques considérations. Lorsque l'on examine l'indice de défavorisation matérielle et sociale des CLSC et centres de santé participants, tel que mesuré avec l'indicateur de Pampalon et Raymond (2000), on constate que ceux-ci couvraient l'éventail des quintiles de défavorisation. Ainsi, on peut donc dire que les localités à l'étude auraient dû permettre l'accès géographique au programme pour les femmes de milieu socio-économiquement défavorisé. De plus, les CLSC et centres de santé offrent le programme sans frais ou à un coût minime, ainsi l'aspect économique ne constituait pas une barrière. Comment expliquer leur moindre participation ? En outre, il est possible que ces femmes ne se sentent pas concernées par la problématique du poids. Certaines études ont déjà mis en évidence que les femmes pauvres et très pauvres sont moins nombreuses à considérer qu'elles ont un problème de poids (McLaren et Gauvin 2002 ; Wardle et Griffith 2001). Il est cependant important de rappeler qu'au Québec, la proportion de personnes dans la catégorie de l'excès de poids diminue à mesure que la scolarité augmente (33 % c. 24 %). Une telle relation n'est pas présente en ce qui a trait au niveau de revenu. En effet, au Québec contrairement à d'autres pays, il y a davantage un problème de maigreur et d'insécurité alimentaire chez les gens très pauvres, la proportion de personnes de poids insuffisant étant proportionnellement plus élevée dans le groupe des personnes très pauvres comparativement au groupe de revenu supérieur (13 % c. 7 %) (Ledoux et Rivard 2000).

D'autres raisons peuvent toutefois expliquer leur moindre participation. Les méthodes de promotion du programme pourraient constituer une explication potentielle. Les procédures de publicité peuvent ne pas être appropriées pour rejoindre la clientèle des femmes moins favorisées. En outre, ces femmes peuvent être moins enclines à lire le journal local. Il est aussi possible qu'elles soient moins enclines à recourir aux services du CLSC parce qu'elles craignent que l'on s'immisce dans leurs affaires personnelles et dans leur vie. Dans un autre ordre d'idée, elles peuvent aussi être davantage attirées par les promesses de « succès garanti ou argent remis », ce qui

n'est pas en vitrine pour un programme fondé sur le NPP comme *Choisir de maigrir ?*. La participation moindre des femmes moins scolarisées est préoccupante. Cette barrière de la part des organisations sanitaires à rejoindre les clientèles défavorisées a déjà été documentée ici (Kosteniuk et Dickinson 2003 ; Frohlich *et al.* 2002) et ailleurs (House et Williams 2000). Il s'agit d'un problème important car si les services et soins de santé présentent un biais d'accès envers les populations vulnérables, celles-ci sont susceptibles de voir leur santé se détériorer encore davantage. Ainsi, sans sous-estimer l'importance d'offrir des interventions aux groupes moins vulnérables, il n'en demeure que ce sont les personnes plus vulnérables qui en ont davantage besoin et celles-ci doivent faire l'objet de nos préoccupations. Nous reviendrons sur ce point au moment d'examiner s'il existe un effet différentiel selon le niveau de scolarité.

La question centrale de cette thèse tourne autour des effets obtenus par les interventions fondées sur le NPP. Ainsi, le deuxième article démontre que *Choisir de maigrir ?*, a permis une amélioration significative et soutenue de plusieurs variables psychosociales, notamment l'image corporelle, manger en réponse à ses émotions, l'estime de soi et les connaissances. L'amélioration est attribuable au programme et s'est maintenue entre la fin de l'intervention et le moment du suivi 12 mois plus tard. De plus, l'addition au modèle de variables pouvant potentiellement expliquer les différences, soient une scolarité universitaire, l'âge (avoir plus de 45 ans), travailler hors du foyer ou avoir un IMC initial égal ou supérieur à 30 kg/m² n'a pas modifié les résultats.

Nous avons aussi mis en évidence des changements significatifs dans les attitudes et les comportements alimentaires ainsi que pour l'efficacité personnelle et la dépression. Dans le cas de ces variables, les effets ne se sont pas manifestés de façon immédiate, mais sont apparus après 12 mois pour l'efficacité personnelle, la dépression et la tendance à se mettre à la diète. Et, lorsque nous avons contrôlé pour les variables de confusion (âge, scolarité, occupation et IMC initial), des effets immédiats sont apparus pour l'efficacité personnelle et la dépression, suggérant un

effet de l'intervention. Des effets immédiats sont survenus au regard de la sous-échelle de boulimie mais la différence avec les témoins n'a pas été maintenue. Les résultats à 12 mois demeuraient toutefois significatifs après l'ajout de l'IMC dans le modèle. La pratique d'activité physique, seule habitude de vie autre que les comportements alimentaires que nous avons mesurée, ne s'est pas modifiée suite à l'intervention.

Finalement, ces changements sont survenus alors que l'IMC moyen est demeuré stable. Toutefois, l'examen de l'IMC par catégories indique que davantage de femmes participant au programme ont maintenu leur poids à l'intérieur d'un intervalle de ± 2 kg, et que davantage d'entre elles ont perdu entre 2 kg et 9 kg. Dans cet échantillon, cette quantité de poids représente 10 % du poids initial, ce qui correspond aux récentes recommandations pour obtenir des bénéfices à la santé (NHLBI 2000). En regard du poids, les résultats confirment l'hypothèse énoncée d'une perte de poids légère ou d'un maintien du poids. Ainsi, bien que le programme n'ait pas parmi ses objectifs premiers la perte de poids, ces résultats sont encourageants.

La troisième étude rapporte les résultats d'un premier regard dans la « boîte noire » du programme, sur un mécanisme d'action particulier et original de l'intervention, soit le rôle de la prise de décision. Ainsi nous avons examiné comment cette variable en particulier pouvait modifier les relations mesurées entre le programme et les variables dépendantes, c'est-à-dire sa contribution comme variable modératrice ou médiatrice des effets obtenus suite au programme. Selon Hess et coll. (2000), une variable médiatrice représente « ...le mécanisme générateur ou le processus par lequel la variable indépendante peut arriver à influencer la variable dépendante » (p. 49). Ainsi, Kraemer et coll. (2001) reprennent l'explication de Baron et Kenny (1986), auteurs émérites des concepts de médiation et de modération, une variable médiatrice explique « comment ou pourquoi » une variable A produit les effets O. Ainsi, une meilleure compréhension des relations entre les variables est indispensable à l'élaboration du modèle causal (Baron et Kenny 1986) ou si on préfère, de la

logique du programme. Quant à la variable modératrice, elle « ...est une variable qui morcelle la variable indépendante en sous-groupes pour lesquels l'influence de la variable indépendante sur la variable dépendante est différente. La variable modératrice interagit avec la variable indépendante de façon telle que l'effet de la variable indépendante ne soit pas le même pour les différents niveaux de la variable modératrice. » (p. 50). Reprenant encore Baron et Kenny (1986), Kraemer et coll. (2001) expliquent que la variable modératrice A spécifie « pour qui ou dans quelles conditions » la variable B fonctionne pour produire les effets O. La variable modératrice affecte la relation entre une autre variable et les effets tandis que la variable médiatrice influence une autre variable directement. Baron et Kenny (1986) décrivent les étapes pour démontrer la modulation et la médiation ainsi que les conditions pour pouvoir conclure que nous sommes bel et bien en présence de l'un ou l'autre de ces effets.

Les résultats de la troisième étude n'indiquent pas la présence d'un rôle de médiation du choix de maigrir sur aucune variable dépendante mais un effet de modulation a été identifié pour des variables dépendantes à forte connotation émotionnelle : l'image corporelle et manger en réponse à ses émotions ainsi qu'une tendance pour la boulimie. On pourrait expliquer ceci par le fait que chez certains groupes d'individus les émotions et le stress sont en lien étroit avec l'alimentation (Faith *et al.* 1997 ; Arnow *et al.* 1995 ; Allison et Heshka 1993) et l'image corporelle est une composante affective importante (Cash 2002 ; Thompson *et al.* 1999). Cheminer par un processus de prise de décision et faire un choix à l'égard de l'amaigrissement, que ce soit maigrir ou non, permet à certaines femmes d'obtenir des effets plus marqués que celles qui n'arrivent pas prendre de décision ou à celles dont la position en regard de leur problème reste nébuleuse. Et *Choisir de maigrir ?*, favorise la réalisation de ce processus. Nous suggérons que le fait de statuer clairement sur un choix en regard de l'amaigrissement ait pu agir sur la composante émotionnelle de la problématique, probablement en la réduisant.

En résumé, on peut conclure que les programmes fondés sur le NPP, tels que *Choisir de maigrir ?*, constituent une intervention efficace pour améliorer certaines dimensions psychosociales et pour améliorer les attitudes et les comportements alimentaires chez des participantes d'âge moyen, un peu plus éduquées que la moyenne et préoccupées par leur poids. Le poids moyen est demeuré stable mais une proportion plus élevée de femmes participant au programme a perdu du poids ou l'a maintenu comparativement aux femmes du groupe témoin. Ainsi, contrairement à bien des interventions visant la perte de poids où les effets bénéfiques disparaissent lorsque le poids est repris (Johnson 2002 ; Wadden *et al.* 1989), on peut présumer que, dans le cas du NPP, les bénéfices ne sont pas seulement associés à la perte de poids.

La plupart des recherches évaluatives sur les effets des programmes inspirés du NPP n'ont pas fait intervenir de variables potentielles de confusion dans leur analyse. Nous avons documenté que les effets du programme *Choisir de maigrir ?*, sont similaires indépendamment de l'âge, de la scolarité, de l'occupation et de l'IMC initial des participantes. Cet aspect constitue une contribution de notre étude, laquelle est importante car indique qu'une clientèle large peut bénéficier de l'intervention. En regard de la participation plus faible des femmes moins scolarisées, nous pouvons nous consoler de constater que le programme pourvoit potentiellement le même effet peu importe le niveau de scolarité. On peut à ce moment s'efforcer de le rendre plus disponible et accessible aux femmes de milieu défavorisé sans craindre d'occasionner des effets d'iniquité de santé. Le premier pas à franchir est de surmonter les barrières potentielles à l'accès différentiel tel que discuté dans notre premier article. À cet égard, la référence au programme par d'autres intervenants du centre de santé serait un moyen à renforcer. Ces derniers pourraient profiter de leur lien de confiance avec ces personnes pour « vendre » l'idée de recourir à cette intervention.

Un corpus a déjà commencé à s'accumuler sur les effets des programmes basés sur le NPP à partir des recherches évaluatives réalisées un peu partout dans le monde. Quel est donc l'intérêt particulier de notre étude ? D'abord, les résultats issus de l'évaluation de *Choisir de maigrir ?*, donc d'un autre programme fondé sur le NPP,

viennent ajouter un appui supplémentaire quant aux bienfaits de cette approche. Une évidence scientifique se construisant à partir de plusieurs résultats concordants, on ne pourrait guère prétendre avoir atteint la saturation à ce stade-ci. Notamment, notre étude est la seule à avoir fait des analyses basées sur divers modèles incluant des variables de confusion. De plus, certains concepts étaient mesurés pour la première fois en lien avec le NPP, notamment l'efficacité personnelle. Cette variable suscite actuellement beaucoup d'intérêt en promotion et en éducation pour la santé (Bandura *et al.* 2003) et il est donc intéressant de l'avoir intégré à cette étude. Évidemment, la particularité de *Choisir de maigrir ?*, est la notion de choix et de prise de décision, concept lié à la notion de prise de pouvoir et qui rejoint les préoccupations de plusieurs praticiens en promotion de la santé. De plus notre étude, a cherché à pénétrer « la boîte noire » pour mieux comprendre comment fonctionne l'intervention, un objectif important en promotion de la santé (Potvin et Richard 2001 ; Kraemer *et al.* 2001 ; Baranowski *et al.* 1997).

Le corpus constitué par les résultats des différentes études évaluatives de programmes fondés sur le NPP est caractérisé par une grande congruence. Ceci suggère certaines choses. D'abord, la constance de ces résultats pourrait être le fruit de l'action des principes sous-jacents au NPP, par exemple rompre avec le cycle de la perte et du regain de poids à répétition, apprécier le corps que l'on a pour ses beautés et sa fonctionnalité, etc. Le cas échéant, ces programmes pourraient présenter le potentiel d'engendrer une transformation chez les participantes. Ceci est évidemment tributaire de l'opérationnalisation adéquate des principes sous-jacents au NPP, chose sur laquelle nous ne pouvons nous prononcer pour chaque étude relevée. Il s'agit d'une piste à explorer davantage. De plus, la concordance des effets mesurés suggère tout de même la présence d'une communauté de pensée autour du NPP. En effet, compte tenu du nombre de lieux et de sous-cultures différentes dans lesquels ces programmes ont été développés et dispensés, ainsi que du nombre et de la diversité des intervenants qui ont agi à titre d'agents de facilitation, davantage de variation n'aurait pas étonné. À cet égard, les quelques résultats discordants suggèrent l'importance d'une application adéquate des principes du NPP. Deux études

(Rapoport *et al* 2000, Goodrick *et al.* 1998) rapportent des difficultés liées aux intervenants dans leur étude. Dans le premier cas, les intervenants étaient les mêmes dans le groupe expérimental de type NPP et dans le groupe témoin basé sur une approche traditionnelle ; dans le second, les psychothérapeutes ont quitté en cours d'intervention laissant les nutritionnistes seules pour dispenser l'intervention, occultant ainsi des dimensions importantes et engendrant un glissement vers l'uniformisation des deux interventions. Dans les deux cas, les auteurs attribuent l'absence de différence significative dans les résultats entre les deux groupes à cet aspect. Ceci nous amène à penser qu'il serait judicieux d'explorer plus à fond le réseau de variables impliquées dans l'intervention, sujet auquel nous reviendrons lors de notre discussion des pistes futures. Dans le sens de ce commentaire, nous avons justement voulu explorer plus spécifiquement le rôle d'un des concepts en jeu dans *Choisir de maigrir ?*, la notion du choix.

Finalement, quel est l'apport de ce travail aux avancées conceptuelles dans le domaine? Le corpus actuel de connaissances en regard du nouveau paradigme et des interventions qui en découlent est peu développé en ce qui a trait à la dimension conceptuelle de l'intervention. Par exemple, les différents auteurs ont peu ou pas explicité le cadre logique de l'intervention, ont peu discuté des relations entre les divers concepts du programme. Mais avant tout, quelle représentation se fait-on de l'être humain aux prises avec un enjeu qui le fait souffrir, à savoir son poids, son image de lui-même et la persistante tentation de manger ? Comment conçoit-on les possibilités qu'il a de se sortir d'une grande dépendance envers les solutions externes dans le but de trouver le chemin qui lui convient et lui permettra de reprendre sa vie en main ? La vision que l'on se fait de l'individu est à la base du modèle conceptuel d'intervention. Notre travail constitue une amorce pour faire avancer le paradigme vers une plus grande spécification théorique.

Bandura (2001) expliquait récemment comment la théorisation en psychologie a subi un changement paradigmatique. Baranowski et coll. (2002) expliquent ainsi ce changement : la conception du comportement humain a évolué d'une vision plutôt

mécaniciste vers une vision de la personne comme agent de contrôle de sa propre vie. Bandura (2001) explicite davantage. Une vision mécaniciste stipule que le comportement est façonné et contrôlé automatiquement et mécaniquement par des stimuli externes. Cette vision a été supplantée par une vision où on considère la conscience comme la substance même de la vie mentale (Bandura 2001 ; Karoly 1995). Un degré élevé de conscience fonctionnelle qui implique une manipulation délibérée de l'information dans le but de sélectionner, construire, réguler et évaluer le cours des actions. Ceci s'actualise par une mobilisation intentionnelle et une utilisation productive des processus sémantiques et pragmatiques des activités, des buts et des autres événements à venir.

Ainsi, partant de cette vision orientée vers l'autodétermination du comportement, le modèle d'intervention de *Choisir de maigrir ?* intègre les éléments fondamentaux que sont la prise de conscience, le contrôle personnel et l'analyse éclairée de l'information (annexe 3). De plus, l'ajout d'éléments issus de l'approche féministe et de la théorie de l'*empowerment*, favorise une convergence vers les concepts clefs de confiance en ses capacités (estime et efficacité personnelle), de choix, de plan d'action et d'autodétermination. La mise en évidence d'un rôle particulier du choix suggère une certaine validation de cette piste conceptuelle relativement à la capacité et aux moyens d'amener des personnes dépendantes et impuissantes à reprendre en main le cours de leur vie.

3.3 Forces et limites de la recherche

La situation quasi-expérimentale mise en place dans cette recherche a permis de bien contrôler plusieurs menaces potentielles à la validité interne et externe. Discutons d'abord du devis retenu. Bien qu'un devis randomisé offre la meilleure validité interne, il n'est pas toujours applicable dans les essais communautaires (Thompson *et al.* 2003 ; Potvin et Richard 2001). Plusieurs difficultés se profilaient à l'horizon en face d'un tel choix. La première approche faite auprès des milieux d'intervention nous a indiqué que le recours à un essai randomisé nous aurait probablement aliéné plusieurs établissements. Ensuite, une étude contrôlée avec un groupe « liste

d'attente » n'aurait pas permis un suivi à long terme, un objectif que nous chérissions. Autre possibilité, offrir un placebo de type groupe éducationnel. En face de ressources limitées, il était impossible d'offrir une autre intervention et ainsi comparer deux ou plusieurs interventions.

Nous avons donc opté pour un devis quasi-expérimental qui a bien servi nos besoins. Le choix du groupe témoin a toutefois constitué un défi. L'idée retenue à cet égard a été de recruter les témoins dans des régions qui ne dispensaient pas le programme. Cette solution permettait de contrôler le biais potentiel de contagion. De plus, nous n'avions pas d'engagement ou de responsabilité dans le fait que ces femmes n'avaient pas accès à l'intervention. Le choix de témoins volontaires, bien que rendant les résultats vulnérables au biais de sélection, s'est néanmoins avéré approprié. Les participantes du groupe témoin ont offert une disponibilité à trois reprises contre une rétribution symbolique. Ceci indique que ces femmes étaient bien disposées envers la recherche et qu'elles devaient y voir un intérêt pour leur démarche personnelle. On pouvait certes s'attendre à des réactions compensatoires. Ce biais chez les témoins renforce ainsi notre comparaison puisque la démonstration d'une différence significative au-delà de ce biais est une assurance supplémentaire de l'attribution des effets à l'intervention. L'attitude favorable des participants à l'étude transparait aussi par un faible taux de données manquantes. Évidemment, la situation expérimentale décrite ne pouvait éliminer certains autres biais associés au contrôle imparfait de l'intervention, comme par exemple celui associé à l'administration de questionnaire avant l'intervention, celui lié aux attentes des expérimentateurs ou encore le biais de sélection inhérent au fait d'avoir des participants volontaires.

Outre des difficultés liées à la mise en place d'une évaluation dans le contexte de « la vraie vie », le devis randomisé pose un problème particulier pour l'évaluation de cette approche. Puisque cette approche répond davantage aux préoccupations de femmes qui présentent un mécontentement ou un doute concernant le bien-fondé de l'approche traditionnelle, un certain biais de sélection est pratiquement inévitable dans l'application d'un devis expérimental. Les participantes intéressées par cette

nouvelle approche pourraient fort bien ne pas être intéressées par une approche traditionnelle et vice-versa. Dans les deux cas, le risque de retrait est grand. Un examen plus approfondi de cette question serait souhaitable. Un premier pas pourrait être la comparaison du profil des participantes qui demeurent dans le programme à celles qui abandonnent.

Notre étude s'est déroulée sur plusieurs sites d'intervention. En plus d'évaluer les effets du programme pour l'ensemble des participantes regroupées il aurait été intéressant d'examiner la variation selon le site afin de mieux connaître l'influence des caractéristiques du secteur, le cas échéant. Des analyses sommaires n'ont pas permis de déceler des différences. Notre capacité d'analyse était relativement limitée à cet égard. Ceci constitue une limite et il serait souhaitable de documenter cet aspect éventuellement.

Au moment de la planification de l'étude, une difficulté se profilait quant aux instruments de mesure. D'entrée de jeu, il y avait la barrière de la langue, plusieurs échelles intéressantes n'étant pas traduites en français. De plus, au plan de la validité de contenu, les instruments existants ont été conçus pour mesurer les concepts sous l'ancien paradigme et en conséquence pouvaient ne pas convenir à notre situation. Un exemple frappant est la mesure de l'efficacité personnelle. L'échelle anglaise disponible mesurait l'efficacité personnelle à respecter sa diète, ce qui bien entendu, ne pouvait convenir à nos besoins. Cette difficulté était particulièrement présente pour les instruments servant à mesurer les construits relatifs à l'alimentation. Au moment de l'élaboration de l'étude, la plupart des instruments existants avaient été développés pour répondre aux besoins des chercheurs du domaine des troubles de l'alimentation. Ainsi, ces instruments ne reflétaient pas très bien comment l'enjeu alimentaire est traité dans l'intervention fondée sur le NPP. Il était cependant irréaliste de développer tous les instruments. De plus, l'utilisation d'instruments dont les propriétés psychométriques n'auraient pas été bien étudiées, aurait menacé la validité des résultats (Contandriopoulos *et al.* 1990). Ainsi, nous avons choisi une approche mixte comprenant des instruments de mesures validés, et d'autres

développés pour nos besoins. Ces derniers ont présenté une bonne qualité psychométrique.

Le programme *Choisir de maigrir ?* a été développé dans un milieu d'intervention, avec les ressources théoriques et humaines disponibles. Ainsi, les règles scientifiques de développement d'un programme n'ont pas été appliquées à la lettre. Comme on l'a vu, cela n'empêche pas qu'il s'agit d'une intervention fort intéressante et fructueuse. Cependant, la formulation théorique étant déficiente au départ, cela a entraîné des difficultés au moment de concevoir l'évaluation. Nous avons tenté le mieux possible de pallier cette difficulté en formulant un modèle théorique d'intervention ainsi qu'un modèle d'évaluation *a posteriori*.

3.4 La santé publique et la réduction des problèmes liés au poids

Selon les experts de l'OMS, les projections accablantes au regard de la progression de la prévalence de l'excès de poids dans les prochaines décennies laissent présager des conséquences et des coûts importants. Une action de santé publique est requise d'urgence (WHO 2000, 2003). De plus, 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 vers le seuil de l'obésité pathologique sera très peu endiguée. Sans actions immédiates, une proportion substantielle et croissante de la population souffrira des complications de l'obésité.

La prévention est une visée privilégiée de la santé publique. Mais comment prévenir l'obésité ? Et comment et pourquoi considérer à la fois la préoccupation excessive à l'égard du poids et l'obésité ? Pourquoi devrait-on promouvoir une approche universelle ? En fait, il faut d'abord comprendre le mécanisme d'action des approches visant l'ensemble de la population. G. Rose (1992) est celui qui a beaucoup promu cette vision. Il dépasserait les objectifs de cette thèse de reprendre de façon détaillée l'argumentaire de G. Rose (1992) en faveur des interventions universelles. Nous en présentons simplement les grandes lignes Son argumentaire est basé sur le lien entre la moyenne dans la population et la prévalence d'un problème de santé. Plus la

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 10 qui trace la relation entre la moyenne et les extrêmes de la courbe.

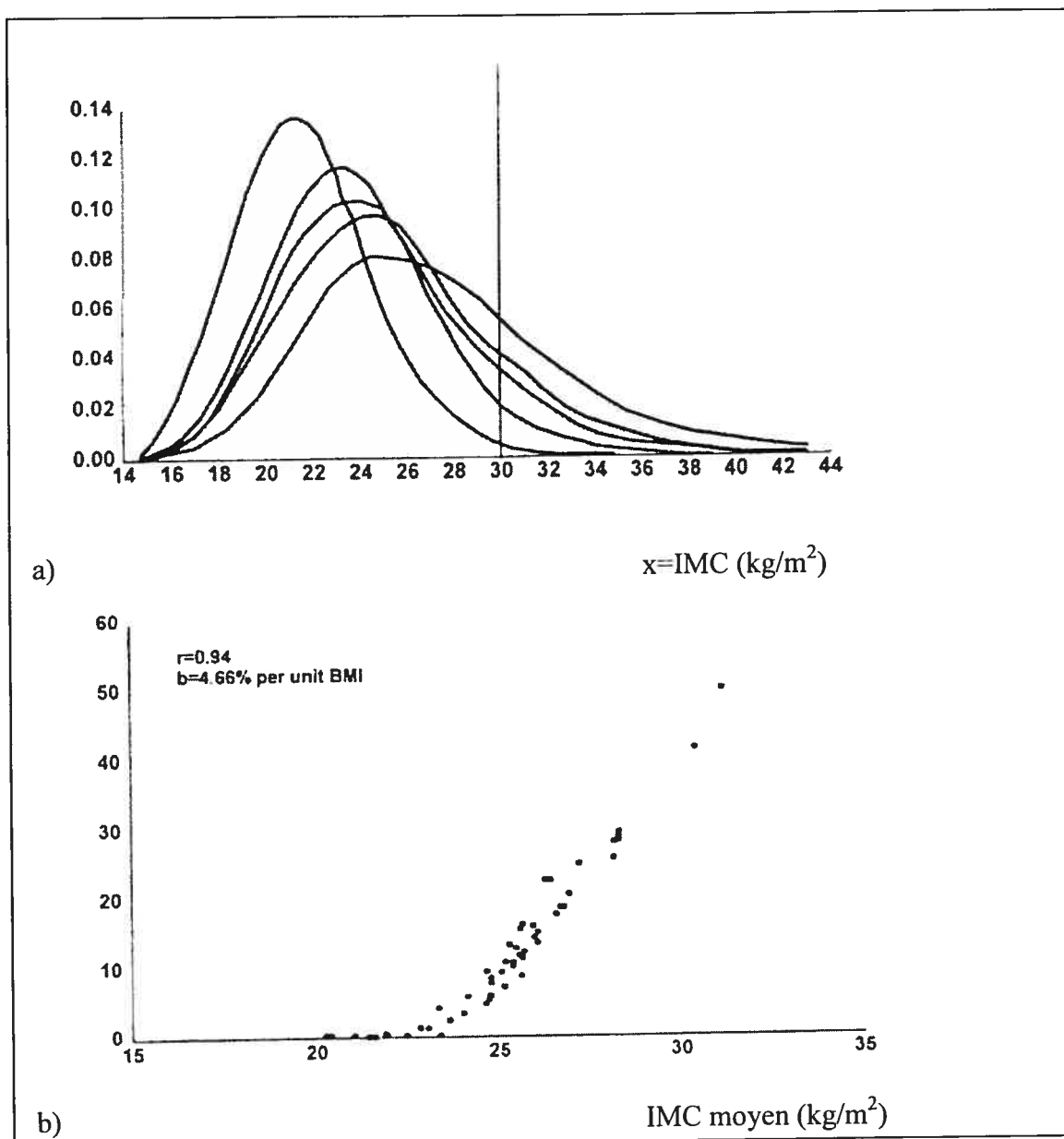


Figure 10 – Illustrations de la relation entre la moyenne de l'IMC dans la population et la prévalence de l'obésité a) Déplacement de la distribution de l'IMC et son effet sur la proportion de personnes obèses b) Corrélation entre la moyenne dans la population et la proportion d'adultes obèses. Données issues de l'Intersalt Study, hommes et femmes de 20 à 59 ans issus de 52 échantillons de populations issus de 32 pays.

Source : WHO 2000.

Dans le graphique a), on peut voir l'effet du déplacement de la distribution de l'IMC. Le point de démarcation de l'IMC 30 kg/m^2 permet d'apprécier l'augmentation de la proportion de personnes obèses à mesure que l'IMC moyen augmente et que la distribution s'aplatit. Le graphique b) présente différemment la même relation, soit la corrélation entre l'IMC moyen des populations et la prévalence d'obésité.

Dans l'étude *Intersalt*, Rose et Day (1990) ont démontré que, lorsque l'IMC moyen d'une population ne dépasse pas 23 kg/m^2 , il y a très peu de personnes obèses ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$). En revanche, à mesure que l'IMC moyen augmente au-dessus de 23 kg/m^2 , la distribution se déplace vers la droite et la proportion des personnes obèses augmente. En effet, Rose a démontré qu'à chaque gain de une unité d'IMC au-dessus de 23 kg/m^2 , 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. Il semble que 23 kg/m^2 soit un bon niveau pour l'IMC moyen pour une population caucasienne, la probabilité de l'augmentation de la prévalence s'accroît considérablement au-delà de ce seuil (WHO 2000). À titre d'exemple, les résultats de l'étude canadienne sur la santé du cœur réalisée 1992, indiquaient que l'IMC moyen des adultes canadiens était de $25,4 \text{ kg/m}^2$ ($25,8 \text{ kg/m}^2$ chez les hommes et $24,9 \text{ kg/m}^2$ 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 surviennent plutôt graduellement avec l'augmentation du poids, la réduction de l'IMC moyen d'une population influencera positivement la situation de 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, bien que 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. La perception d'un faible gain individuel est d'ailleurs une barrière à son adoption.

Un autre argument soulevé par Rose (1992) rejoint un aspect important de cette thèse, soit la réconciliation des deux volets de la problématique, l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. L'intervention auprès de groupes à risque vise à modifier les comportements d'un groupe d'individus considérés déviants, et en conséquence est plus stigmatisante. Berwick (1992 *cité dans* Cohen 2000) parle de la « théorie des pommes gâtées ». À l'inverse, 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 est l'objectif visé. À cet égard, l'OMS souligne l'importance de se soucier des effets pervers potentiels d'une « lutte à l'obésité » qui malheureusement est confondue avec une « lutte aux obèses » (Friedman 2003 ; WHO 2000 ; Hawks et Gast 1998). En effet, pointer du doigt les individus ayant un surpoids ne ferait qu'accroître la stigmatisation. Ainsi, la stratégie globale devrait non seulement éviter de susciter ou d'accroître la préoccupation excessive à l'égard du poids, mais celle-ci doit être une cible d'intervention en elle-même. À cet égard, quelques chercheurs (Irving et Neumark-Stzainer 2002, McLaren 2002 ; Hawks et Gast 1998) ont mis en lumière la nécessité de réconcilier les deux volets du problème, tel que nous le proposons aussi. Cet aspect est d'autant plus important que, tel que discuté précédemment, la préoccupation excessive à l'égard du poids semble constituer un frein à l'atteinte d'un poids-santé.

En considérant les principes et les valeurs sur lesquels se basent l'action de santé publique (MSSS 2003 ; Donnan 2001), on peut espérer qu'une stratégie émanant de ce secteur prendrait en considération les problèmes soulevés en regard des approches traditionnelles de perte de poids. À cet égard, il est intéressant de rappeler ces principes. Ainsi, on peut lire dans le Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 (MSSS 2003) :

« Des valeurs et des principes éthiques sont proposés afin de permettre une dimension éthique à la pratique en santé publique... La promotion du bien commun est une valeur qui occupe une place centrale en santé publique. Il s'agit ici du bien des groupes, des communautés, de toute forme de collectivité ou de la population en général. La santé et le bien-être – notamment l'espérance de vie en bonne santé et la qualité

de vie -, la sécurité et un environnement sain représentent des biens communs particulièrement ciblés. La promotion du bien commun invite à la défense des intérêts à long terme d'une population aux dépens, parfois, de préférences individuelles ou ponctuelles

La bienfaisance et la non-malfaisance constituent deux principes éthiques incontournables qui viennent éclairer la notion de bien commun. La bienfaisance, qui fait place à l'empathie et à la sollicitude devant la maladie ou la souffrance, traduit l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population... La bienfaisance ne se contente toutefois pas de la bonne volonté qui sous-tend l'action, mais exige que soient évalués les bénéfices d'une intervention par rapport aux effets négatifs qu'elle pourrait causer. Quant au principe de non-malfaisance, il sous-tend l'obligation morale de ne pas nuire ni causer du tort aux autres ; il rappelle l'importance de protéger la population contre les méfaits, iatrogéniques ou autres, découlant de certaines interventions ou de l'omission d'agir. Il souligne aussi l'importance de justifier l'intervention d'une manière qui tient compte des effets négatifs, que ceux-ci soient directs ou indirects. Enfin, les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance renvoient, de façon particulière, à des principes d'une autre nature, notamment l'incertitude et la précaution. L'incertitude invite à questionner périodiquement les évidences, même solides, dans la planification des interventions. Le principe de précaution, pour sa part, met en garde contre l'inaction quand les risques pour la santé mal connus ou mal caractérisés, ou encore lorsque les connaissances sur les façons d'intervenir sont lacunaires tandis que les risques sont graves et irréversibles. Si la bienfaisance et la précaution invitent à l'action, la non-malfaisance et l'incertitude convient à la prudence.

L'amélioration de la santé et du bien-être, tout en étant centrée sur le bien commun, repose sur la reconnaissance de la capacité de l'être humain à faire ses propres choix de vie ainsi que sur le respect des personnes et de leur intégrité. Les activités de santé publique s'inscrivent ainsi dans le respect de l'autonomie des personnes, de cette capacité de définir elles-mêmes ce qui est bien, souhaitable, tolérable ou acceptable pour elles-mêmes ou pour les personnes dont elles sont responsables. » (MSSS 2003, pp. 19-20)

Il a donc une quantité d'arguments militant en faveur de la mise en place d'une stratégie globale pour réduire les problèmes liés au poids. Et puisqu'il semble y avoir un consensus important autour de l'action préventive, la santé publique est donc directement interpellée. Le principal argument avancé en faveur de la prévention de l'obésité est qu'il est beaucoup plus judicieux de la prévenir, puisqu'une fois installé

le surplus de poids est difficile à perdre. En effet, nous avons discuté de la difficulté à perdre du poids et à maintenir le nouveau poids. 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.

En face d'une telle complexité, l'OMS préconise le développement d'un plan de gestion de l'obésité qui couvre le continuum complet des actions, mais en accordant une importance décroissante aux quatre composantes suivantes :

- 1) des **actions qui influencent le poids de toute la population** et qui visent à modifier les éléments sociaux, culturels, politiques et physiques de l'environnement ;
- 2) des **actions qui s'adressent à la population déjà aux prises avec un problème de poids** et qui visent trois objectifs :
 - a) le maintien du poids ;
 - b) le traitement des complications ;
 - c) la perte de poids.

L'OMS adopte la terminologie proposée par l'Institut américain de médecine, soit trois axes pour l'intervention préventive :

- 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.

La prévention universelle, à réaliser auprès de l'ensemble de la population, suppose des actions qui ont des effets structurants dans des secteurs variés : l'environnement bâti, l'agroalimentaire, l'influence des médias et de la publicité, la mode et le design. Des exemples d'actions dans le secteur de l'environnement bâti seraient l'aménagement des quartiers, des rues et des parcs pour les rendre plus agréables et sécuritaires pour le vélo, la marche et pour que les enfants puissent y jouer (Booth

et al. 2001 ; IOTF et EASO 2001 ; USDHHS 2001 ; Ball *et al.* 2001 ; French *et al.* 2001 ; WHO 2000 ; Cohen *et al.* 2000 ; Sallis *et al.* 1998 ; King *et al.* 1995) ; placer les escaliers à l'intérieur des édifices pour qu'ils soient plus accessibles ou du moins faire la promotion de leur utilisation à l'intérieur des édifices est une autre stratégie qui fait l'objet de plusieurs projet-pilote (Kerr et McKenna 2000 ; Kerr *et al.* 2001a, b ; Dunn *et al.* 1998 ; Andersen *et al.* 1998). Des réflexions sont entamées pour implanter des actions semblables pour l'aspect alimentaire : une des premières cibles envisagées est d'implanter des politiques alimentaires en milieu scolaire (Dietz et Gortmaker 2001 ; Kumanyika 2001 ; Nestle et Jacobson 2000 ; Cohen *et al.* 2000), de travailler avec les responsables des services alimentaires collectifs pour réduire la taille des portions (Rolls 2003 ; Nielson et Popkin 2003 ; NAHA 2002 ; Young et Nestle 2002 ; French *et al.* 2001 ; Kumanyika 2001), de travailler avec l'industrie alimentaire en vue de modifier les aliments (Young et Swinburn 2002 ; Kumanyika 2001 ; Dwyer et Ouyang 2000 ; Seidell 1999). Certains proposent même de taxer certains aliments (Jacobson et Brownell 2000). Du côté de l'environnement socioculturel, on pense à des restrictions dans la publicité (Dietz et Gortmaker 2001 ; French *et al.* 2001 ; Kumanyika 2001 ; Nestle et Jacobson 2000), au contrôle de l'industrie des produits amaigrissants (Berzins 1999 ; Cogan 1999), ou à mesures plus audacieuses telles que réglementer le format des mannequins qui apparaissent dans les revues (Bosch 1999, 2000). Ce type de travail en est toutefois à ces premiers balbutiements, la faisabilité et l'efficacité de telles actions étant peu connues. L'identification et l'analyse des modifications environnementales qui présentent le meilleur potentiel fait actuellement l'objet d'un projet au Québec, réalisé par l'ASPQ et ses partenaires.

Depuis la fin des années 1990, l'OMS fait un vibrant plaidoyer en faveur de la prévention de l'obésité (WHO 2003, 2000). Plusieurs experts se sont manifestés dans le même sens depuis (Kumanyika *et al.* 2002 ; Kumanyika 2001 ; French *et al.* 2001 ; USDHHS 2001 ; IOTF et EASO 2001 ; Booth *et al.* 2001 ; Nestle et Jacobson 2000 ; Swinburn *et al.* 1999 ; James 1995). Ainsi, plus que jamais, la santé publique est invitée à relever le défi de mettre en œuvre des interventions structurantes visant à

modifier les environnements, et du coup moins recourir aux stratégies plus traditionnelles de santé publique, telles l'éducation sanitaire (IOTF et EASO 2001 ; Booth *et al.* 2001 ; Cohen *et al.* 2000 ; WHO 2000 ; Nestle et Jacobson 2000 ; Swinburn *et al.* 1999).

3.5 La contribution du NPP à la réduction des problèmes liés au poids

Au cœur de notre questionnement se trouve la contribution potentielle des programmes fondés sur le NPP, et notamment au Québec celle de *Choisir de maigrir ?*, à cette stratégie globale pour réduire les problèmes reliés au poids. D'abord, il est important de dire que les programmes fondés sur le NPP sont des interventions de prévention secondaire car les femmes qui y participent sont soit obèses, soit préoccupées par leur poids ou les deux à la fois. Ces programmes peuvent donc constituer un élément important de la prévention sélective, proposée comme seconde cible par l'OMS (WHO 2002). Comme on l'a vu, les programmes fondés sur le NPP produisent des effets bénéfiques sur les comportements alimentaires et le bien-être des personnes. Au demeurant, une stratégie éducative est généralement requise comme complément à des mesures structurantes. Pourquoi donc des interventions de prévention sélective fondées sur le NPP ne pourraient-elles pas être implantées? Différents points positifs militent en ce sens. Le premier est certainement la convergence des valeurs et des principes du NPP et ceux de la santé publique. En mettant en parallèle les postulats du NPP et les valeurs qu'il sous-tend avec les principes et valeurs de la santé publique, la ressemblance est frappante. Ce constat ouvre la porte à une action concertée entre les acteurs de santé publique et les tenants du NPP. La concertation des deux groupes d'acteurs est susceptible notamment de favoriser le respect des dimensions psychosociales de la problématique, si chères aux tenants du NPP. L'autonomie des personnes étant un principe commun aux deux groupes d'acteurs, la stratégie éducative privilégiée pourrait être basée sur l'*empowerment* des personnes et le soutien social. Ce qui dans un contexte de rareté de ressources n'est pas à dédaigner, le réseau de santé n'ayant qu'à investir une fraction de ce qu'il devrait investir dans des ressources plus intensives où les personnes dépendent fortement des professionnels. De plus, même si les actions

structurantes sont ciblées par les experts, les individus continuent de penser que les problèmes reliés au poids sont une question d'ordre personnel. On ne pourra donc effectuer un virage radical vers les actions structurantes sans offrir à la fois des services aux individus concernés, lesquels poursuivront d'ailleurs leur recherche de services. Pourquoi ne pas réaliser une étude évaluative des programmes basés sur le NPP à plus grande échelle plutôt qu'offrir des approches traditionnelles dont la faible efficacité est connue ? À titre d'exemple, et basé sur les données de notre recherche ainsi que sur les autres évidences disponibles dans la littérature scientifique, il serait raisonnable de proposer la mise en œuvre de projets pilotes qui pourraient prendre la forme suivante : implanter dans des communautés diverses mesures structurantes²² comme des politiques alimentaires en milieu scolaire, en garderie et dans certains milieux de travail, des projets d'aménagement de quartiers et d'animation du milieu au plan de l'activité physique, un contrôle des PSMA sur le territoire, le tout complété par diverses mesures éducatives basées sur la philosophie du NPP, dont l'élément premier pourrait être un programme de type NPP offert au centre communautaire, auquel pourraient s'ajouter des mesures de soutien social comme des groupes d'entraide ou des cuisines collectives, des groupes d'achats, des services de traiteurs, etc.. Une communauté de pensée partagée par tous les intervenants et acteurs impliqués dans un tel projet favoriserait une transformation des normes sociales en ce qui a trait à l'image corporelle, à l'alimentation et à la pratique d'activité physique.

Puisque nous convenons que la réduction des problèmes liés au poids doit d'abord reposer sur la prévention universelle, nous ne saurions prétendre que les programmes fondés sur le NPP devraient constituer l'élément central d'une stratégie globale. En se référant au graphique de Rose (1992) (figure 10), l'implantation même à grande échelle, de programmes fondés sur le NPP n'aurait pas le potentiel de déplacer la distribution de l'IMC vers la gauche. En revanche, si implantés de façon suffisamment importante, ils pourraient limiter le déplacement de la distribution vers

²² Bien entendu, certaines mesures structurantes devront être implantées au niveau national.

la droite en favorisant un maintien du poids dans le groupe à haut risque et en évitant ainsi que celui-ci nourrisse continuellement celui des personnes atteintes.

3.6 Pistes futures

Plusieurs connaissances nouvelles ou confirmations d'effets déjà mesurés émanent de cette recherche. Mais de nombreuses questions restent sans réponse. Bien que le corpus d'évidences indique une efficacité des programmes fondés sur le NPP sur les attitudes et les comportements alimentaires, l'image corporelle, l'estime de soi et la dépression, le besoin d'aller plus loin demeure. D'abord, il y a des besoins sur le plan du développement des connaissances liées à l'implantation du NPP. Ainsi, il serait important de mesurer la variabilité de l'intervention et de ses effets afin de comprendre si les effets attendus sont similaires selon les sites et les secteurs. Il serait intéressant de connaître les effets en fonction de différentes variables liées à la dispense du programme par exemple, la présence constante des deux intervenants comparativement à une présence partielle de l'intervenant psychosocial. En regard des effets de l'intervention, nous avons démontré que le programme est efficace sans égard à la scolarité, à l'occupation, à l'IMC initial ainsi que pour les adultes peut importe l'âge. Puisque le programme permet des résultats semblables malgré des variations dans ces paramètres, il serait important de mieux comprendre si des barrières limitent la participation, et le cas échéant lesquelles et comment les contrer. Un examen du profil des participantes ayant abandonné permettrait d'accroître la rétention, l'accessibilité ou de la circonscrire le cas échéant.

En ce qui a trait à l'intervention, on sait peu de choses en regard des composantes du programme, des outils et de la démarche proposée. Des recherches évaluatives qui compareraient des variantes du programme permettraient d'identifier les composantes qui constituent le « principe actif ». En outre, les chercheurs doivent pénétrer la « boîte noire » afin de mieux comprendre comment les effets sont générés. L'examen de nombreuses variables pouvant potentiellement entrer en jeu au niveau des effets produits doivent être étudiées : par exemple mieux comprendre le rôle de la dépression, comment sont obtenus les bons effets sur l'image corporelle et comment

intégrer de nouvelles variables dans les modèles sur le NPP à étudier tel que l'*empowerment* ou l'acceptation qui ne sont que quelques exemples.

Cette intervention est aussi dispensée sur une base individuelle mais en adaptant la séquence et le choix des composantes en fonction de l'évaluation initiale des besoins du client. Cependant, ce type d'intervention n'a fait l'objet d'aucune évaluation. Bien qu'il soit important de savoir quels sont les effets de l'intervention *per se*, les résultats de cette recherche, couplés avec ceux de l'évaluation des interventions de groupe permettraient d'avancer les connaissances théoriques sur les mécanismes de l'intervention.

Tant dans le cas des interventions de groupe que de sa variante en counseling individuel, il faudrait aussi étudier les cohortes de participantes plus longtemps afin de connaître la persistance des effets dans le temps : ceux-ci demeurent-ils les même ? S'atténuent-ils ou encore s'accroissent-ils tel que le suggèrent les résultats de Roughan *et al.* (1990) ? Des recherches de plus longue durée permettraient aussi de comprendre le processus selon lequel se produisent les changements chez les participantes. Par exemple, un processus potentiel serait le suivant : lorsque le recours aux diètes cesse, l'obsession à l'égard des aliments et de l'image corporelle s'atténue, le comportement alimentaire se normalise, les quantités d'aliments consommées diminuent, la qualité alimentaire augmente, le poids diminue. On pourrait tenter d'établir la séquence du changement pour la pratique d'activité physique, pour l'amélioration de l'image corporelle, pour le processus de prise de décision et ainsi de suite. Il s'agit donc d'un champ de recherche relativement inexploité, stimulant et utile pour améliorer l'intervention.

CONCLUSION

Réduire l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids constituent le défi de l'heure. Il s'agit d'un problème complexe enraciné dans tous les domaines de la vie. Ce problème présente un profil particulier. Il met en présence deux entités qui se nourrissent l'une et l'autre : on cherche à ressembler à une image de minceur mais certains moyens semblent entraîner l'effet contraire. De plus, l'environnement encourage la sédentarité et la consommation d'aliments denses en énergie et servis copieusement. Les transformations. La solution à ce problème concerne de nombreux acteurs venant de presque tous les secteurs de la société dont les prérogatives ne convergent pas nécessairement et la plupart des leviers d'action échappent au secteur de la santé.

Ainsi, un consensus d'experts convie tous les secteurs de la société à se mobiliser pour modifier les environnements et le mode de vie moderne. Tout un contrat ! Malgré cette reconnaissance de la responsabilité collective, les individus quant à eux demeurent profondément convaincus que les enjeux du poids, de l'alimentation, de l'activité physique et des soins du corps sont du domaine du privé et doivent être modifiés par des changements d'ordre personnel. Mais les changements de comportements ne sont pas faciles à obtenir et surtout à maintenir. L'offre de produits, services et moyens amaigrissants est orientée vers des solutions au succès éphémère, voire associée à des effets pervers. Une nouvelle vision de l'intervention est proposée. Cette vision considère que la personne est apte à prendre une décision concernant le choix de maigrir ou non, puis le cas échéant, sur l'objectif, le rythme et les moyens d'y arriver. Le programme conçu à partir de cette vision, *Choisir de maigrir ?*, rejoint des femmes obèses, très préoccupées par leur poids, présentant des comportements alimentaires perturbés ainsi que des signes de vulnérabilité affective et ayant un long parcours de tentatives de perte de poids. Au terme de l'intervention, on a noté une amélioration des éléments suivants : l'image corporelle, manger en réponse à ses émotions, l'estime de soi et les connaissances. Un an plus tard, outre le maintien de ces effets, l'efficacité personnelle, la dépression et la

tendance à se mettre à la diète s'étaient améliorés. Ces résultats ont été documentés en l'absence d'une perte de poids moyenne chez les participantes. En revanche, celui-ci est resté stable pour beaucoup d'entre elles. Finalement, la capacité d'effectuer un choix éclairé en regard de l'amaigrissement s'est traduit par des bénéfices supérieurs chez les femmes qui y sont parvenues.

Par ailleurs, tant pour éviter l'accroissement de l'IMC moyen de la population, que pour favoriser la persistance des effets des participantes qui auraient bénéficié du programme *Choisir de maigrir ?*, le secteur de santé publique doit s'activer dans la mise en place de mesures structurantes afin de rendre les environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.

Une nouvelle vision à l'égard des problèmes liés au poids pourrait servir de base à cette stratégie globale d'action. Cette vision consiste à :

- être réaliste et tenir compte des limites imposées par les déterminants biologiques du poids qui ne sont pas modifiables (i.e. la génétique) ;
- agir sur les déterminants environnementaux qui nourrissent le problème par des mesures appropriées, c'est-à-dire des mesures structurantes de nature sociale, politique et économique qui du coup allégeront le fardeau de culpabilité des personnes ;
- encourager une prise en charge individuelle dans les domaines d'ordre véritablement personnel, tel que la gestion alimentaire dans le foyer, l'éducation des enfants, la gestion de son temps, etc. en offrant aux individus des interventions leur permettant de cheminer en ce sens ;
- être attentif aux effets pervers des mesures proposées, la « lutte à l'obésité » pourrait facilement dériver et accentuer la psychose du poids.

C'est à la santé publique que revient d'exercer un rôle de leadership dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie globale. Ses valeurs et principes convergent avec ceux du nouveau paradigme sur le poids. Il serait donc opportun de favoriser une concertation entre les acteurs issus de l'un et de l'autre pour mener des actions au sein des populations afin d'endiguer les deux « épidémies » modernes qui nous menacent.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham S (1983) Height-weight tables : Their sources and development, *Clinical Consultations in Nutrition Support*. 3(4): 5-8.

Achterberg C, Trenkner LL (1990) Developing a working philosophy of nutrition education. *Journal of Nutrition Education*. 22(4): 189-193.

ADA (American Dietetic Association) (1997) Position of the American Dietetic Association: Weight management. *Journal of the American Dietetic Association*. 97(1): 71-4.

Afssaps (Association française de sécurité sanitaire des produits de santé) (2002) Sibutramine (sibutramine) : *Nouvelles conditions de prescription et de délivrance à compter du 2 décembre 2002*. Communiqué de presse. 29 octobre 2002 [En ligne] [[http : //recherche.sante.gouv.fr/search97cgi/s97_cgi ?action=View&VdkVgwkey=](http://recherche.sante.gouv.fr/search97cgi/s97_cgi?action=View&VdkVgwkey=)] (16 janvier 2003).

Agell G, Rothblum ED (1991) Effects of clients obesity and gender on the therapy judgments of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 3: 223-229.

Agras WS (1995) The Big Picture. In : *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems*. Allison B (Ed). Sage Publication: Thousands Oaks, Chap. 15. pp. 561-579.

Ailhaud G, Hauner H (1998) Development of white adipose tissue. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 16. pp. 359-378.

Albu J, Pi-Sunyer FX (1998) Obesity and diabetes. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 32. pp. 697-707.

Allison DA, Heshka S (1993) Emotion and eating in obesity ? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 13(3): 289-295.

Allred JB (1995) Too much of a good thing ? *Journal of the American Dietetic Association*. 95(4): 417-418.

Allon N (1982). The stigma of overweight in everyday life. In : *Psychological Aspects of Obesity : A Handbook*. Wolman B (Ed). Van Nostrand Reinhold : New York, Chap. 7. pp.130-174.

Alvarez-Torices JC, Franch-Nadal J, Alvarez-Guisasola F, Hernandez-Mejia R, Cueto-Espinar A (1993) Self-reported height and weight and prevalence of obesity : Study in a Spanish population, *International Journal of Obesity*. 17(11): 663-667.

Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J (2002) The efficacy of behavioural interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake : A review of evidence. *Preventive Medicine*. 35: 25-41.

Andersen RE, Franckowiak SC, Snyder J, Bartlett SJ, Fontaine KR (1998) Can inexpensive signs encourage the use of stairs? Results from a community intervention. *Annals of Internal Medicine*. 129(5): 363-9.

Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL (2001) Long-term weight-loss maintenance : A meta-analysis of US studies. *American Journal Clinical Nutrition*. 74: 579-584.

Apfeldorfer G (2000) *Maigrir, c'est fou!* Éditions Odile Jacob: Paris, 304 p.

Apfeldorfer G, Zermati J-P (2001) La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. *La Presse Médicale*. 30(32): 1575-1580.

Arnou B, Kenardy J, Agras WS (1995) The Emotional Eating Scale : The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International journal of Eating Disorders*. 18(1): 79-90.

Aronne LJ (2002) Current pharmacological treatment for obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New-York, Chap 99. pp. 551-556.

Arterburn DE, Crane PK, Veenstra DL (2004) The efficacy and safety of sibutramine for weight loss. A systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 164: 994-1003.

ASPQ (Association pour la santé publique du Québec) (2003) *Produits, services et moyens amaigrissants offerts au Québec : Des promesses trop souvent irréalistes*. Communiqué de presse. 6 mai 2003. [En ligne] [<http://www.aspq.org/news/index3.htm>] (7 septembre 2003).

Astrup A (1998) The American paradox: the role of energy-dense fat-reduced food in the increasing prevalence of obesity. *Current Opinions in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 1(6):573-7.

Astrup A, Gøtzsche PC, van de Werken K, Ranneries C, Toubro S, Raben A, Buemann B (1999) Meta-analysis of resting metabolic rate in formerly obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*. 69: 1117-1122.

Astrup A, Ryan L, Grunwald GK, Storgaard M, Saris W, Melanson E, Hill JO (2000) The role of body fat in body fatness : Evidence from preliminary meta-analysis of *ad libitum* low-fat dietary intervention studies. *British Journal of Nutrition*. 83(S1): s25-s32.

Astrup A, Toubro S (2001) When, for whom and how to use sibutramine ? *International Journal of Obesity*. 25(S4): S2-S7.

Atkinson RL, Hubbard VS (1994) Report on the NIH Workshop on pharmacologic treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*. 60: 153-156.

Atkinson RL, Stern JS (1998) Weight cycling. Definitions, mechanisms, and problems with the interpretation. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New-York, Chap. 38. pp. 791-804.

Ayyad C, Anderson T (2000) Long-term efficacy of dietary treatment of obesity : A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews*. 1: 113-119.

Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazacks A, Stern JS (2002) Evaluating a "non-diet" wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International Journal of Obesity*. 26: 854-865.

Ball K, Bauman A, Leslie E, Owen N (2001) Perceived environmental aesthetics and convenience and company are associated with walking for exercise among Australian adults. *Preventive Medicine*. 33(5): 434-40.

Bandura A(1977) Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84(2): 191-215.

Bandura A (2001) Social cognitive theory : An agentic Perspective. *Annual Review of Public Health*. 52: 1-26.

Bandura A, Locke EA (2003) Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*. 88(1): 87-99.

Baranowski T, Lin LS, Wetter DW, Resnicow K, Hearn MD (1997) Theory as mediating variables : Why aren't community interventions working as desired? *Annals of Epidemiology*. S7: S89-S95.

Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J (2002) School-based obesity prevention: a blueprint for taming the epidemic. *American Journal of Health Behavior*. 26(6): 486-93

Baron RM, Kenny DA (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6): 1173-1182.

Barr SI, Prior JC, Vigna YM (1994) Restrained eating and ovulatory disturbances: possible implications for bone health. *American Journal of Clinical Nutrition*. 59(1): 92-7.

Basdevant A, Giachetti I, Martin A, Sérog P, Dillon J-C, Huteau M-R, Rérat A, Strigler F (1998) Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France. *Cahiers de nutrition et de diététique*. 33(S1): 5-48.

Battle EK, Brownell KD (1996) Confronting a rising tide of eating disorders and obesity : Treatment vs. prevention and policy. *Addictive Behaviors*. 21: 755-765.

Baum F (2002) *The New Public Health*. 2nd edition. Oxford University Press : South Melbourne, Au, 607 p.

Beaton GH (1999) Recommended Dietary Intakes : Individuals and Populations. In : *Modern Nutrition in Health and Disease*. Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC (Eds). 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins : Baltimore, MA, Chap. 103. pp 1705-1725.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4: 561-571.

Bell EA, Castellanos VH, Pelkman CL, Thorwart ML, Rolls BJ (1998) Energy density of foods affects energy intake in normal-weight women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 67(3): 412-20.

Berg F (1992) Nondiet movement gains strength. *Healthy Weight Journal (formerly Obesity and Health)*. 6(5): 85-90.

Berg FM (1999) Integrated approach : Health at any Size. *Healthy Weight Journal*. 13: 74-80.

Berg FM (2000) *Women Afraid to Eat. Breaking Free in Today's Weight-Obsessed World*. Healthy Weight Network : Hettinger ND, 376.p.

Berg FM (2001) *Children and Teens Afraid to Eat. Helping Youth in Today's Weight-Obsessed World*. Healthy Weight Network : Hettinger ND, 339 p.

Berg FM, Marchessault G (2000) Naming the revolution. *Healthy Weight Journal*. 14: 10-11.

Bernier M, Avard J (1986) Self-efficacy, outcome and attribution in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy Research*. 10(3): 319-338.

Berzins LG (1999) Protecting the Consumer Through Truth-in-Dieting Laws. *Journal of Social Issues*. 55(2): 371-382.

Birch LL, Fischer JA (1996) The role of experience in the development of children's eating behavior. In : *Why We Eat What We Eat. The Psychology of Eating*. Capaldi EC (Ed), American Psychological Association : Washington, Chap. 5. pp. 113-141.

Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH (1999) The costs of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 160: 483-488.

Björntorp P (1998) Etiology of the metabolic syndrome. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 27. pp. 573-600.

Björntorp P (2001) Do stress reactions cause abdominal obesity and co-morbidities ? *Obesity Reviews*. 2: 73-86.

Björvell H, Rössner S (1985) Long-term treatment of severe obesity : Four-year follow-up of a combined behavioural modification programme. *British medical Journal*. 291: 379-382.

Björvell H, Rössner S (1992) A ten year follow-up of weight change in severely obese subjects treated in a behavioural modification programme. *International Journal of Obesity*. 16: 623-625.

Black AE (1996) Physical activity levels from a meta-analysis of doubly labeled water studies for validating energy intake as measured by dietary assessment. *Nutrition Reviews*. 54(6):170-4.

Blair SN, Church TS (2004) The fitness, obesity, and health equation. Is physical activity the common denominator ? *JAMA*. 292(10): 1232-1234.

Blair SN, Brodney S (1999) Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality : Current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 31:S646-662.

Blair SN, Lee IM (1998) Weight loss and risk of mortality. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds), Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 38. pp. 805-818.

Blundell JE (2002) A psychobiological system approach to appetite and weight control. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New-York, Chap. 8. pp. 43-49.

Blundell JE, Cooling J (1999) High-fat and low-fat (behavioural) phenotypes : biology or environment ? *Proceedings of the Nutrition Society*. 58: 773-777.

Blundell JE, Stubbs RJ (1998) Diet composition and the control of food intake. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 13. pp. 243-272.

Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, Glanz K, Himmelgreen DA, Mudd M, Popkin BM, Rickard KA, St Jeor S, Hays NP (2001) Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutrition Reviews*.59(3 Pt 2): S21-39.

Bosch X (1999) Eating disorders may warrant compulsory hospital admission. *Lancet*. 353(9157): 993.

Bosch X (2000) Please don't pass the paella: eating disorders upset Spain. *Journal of the American Medical Association*. 283(11): 1405, 1409-10.

Bouchard C (1995) Genetics influences on body weight and shape. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap 4. pp. 21-26.

Bouchard C (1997) Genetic factors and body weight regulation. In : *Overweight and Weight Management*. Dalton S (Ed). Aspen Publishers : New-York, pp.161-186.

Bouchard C, Pérusse L (1993) Genetics of obesity. *Annual Review of Nutrition*. 13: 337-354.

Bourque P, Beaudette D (1982) Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*. 14: 211-218.

Bray GA (1990) Obesity : Historical development of scientific and cultural ideas. *International Journal of Obesity*. 14: 909-926.

Bray GA (1998a) Historical framework for the development of ideas about obesity. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds) Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 1. pp. 1-30.

Bray GA (1998b) Classification and evaluation of the overweight patient. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 41. pp. 831-854.

Bray GA (2002) Drug treatment of obesity. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 15. pp. 317-338.

Bray GA, Popkin BM (1998) Dietary fat intake does affect obesity ! *American Journal of Clinical Nutrition*. 68: 1157-1173.

Bresemann BC, Lennon SL, Schulz TL (1999) Obesity and Powerlessness. In : *Appearance and Power*. Johnson KKP, Lennon SL (Eds). Berg : New York, Chap. 9. pp. 173-198.

Breton M (1989) Liberation theology, group work and the right of the poor and oppressed to participate in the life of the community. *Social Work with Groups*. 12(3): 5-18.

Brown PJ, Bentley-Condit VK (1998) Culture, evolution, and obesity. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds), Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 9. pp. 143-155.

Brownell KD (1991) Personal Responsibility and Control Over our Bodies : When Expectation Exceeds Reality. *Health Psychology*. 10(5): 303-310.

Brownell KD (1993) Whether Obesity Should Be Treated ? *Health Psychology*. 12: 339-341.

Brownell KD (1995a) Definition and classification of obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 67. pp 386-391.

Brownell KD (1995b) History of obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 66. pp 381-385.

Brownell K (2002) The Environment and Obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 78. pp. 433-438.

Brownell KD, Rodin J (1994) The dieting maelstrom. Is it possible and advisable to lose weight? *American Psychology*. 49(9): 781-91.

Brownell KD, Wadden TA (1992) Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60(4): 505-17.

Brunner EJ, Marmot MG, Nanchahal K, Shipley MJ, Stansfeld SA, Juneja M, Alberti KGMM (1997) Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome. evidence from the Whitehall II Study. *Diabetologia*. 40: 1341-1349.

Bulik CM, Allison DA (2001) The genetic epidemiology of thinness. *Obesity Reviews*. 2(2): 107-115.

Bulik CM, Allison DA (2002) Constitutional thinness and resistance to obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 4. pp. 22-25.

CAAO (Collectif action alternative en obésité) (1988) Vaincre l'obésité : une mission impossible ? *Diététique en action*. 3(2): 29-32.

CAAO (Collectif action alternative en obésité) (2002) *Le programme Bien dans sa tête bien sa peau. Guide d'intervention sur le poids et l'image corporelle auprès des jeunes en milieu scolaire*. Collectif action alternative en obésité : Montréal. 796 p.

CAAO (Collectif action alternative en obésité) (2003) *Choisir de maigrir ? Guide pour les intervenants*. Collectif action alternative en obésité : Montréal. 351 p. +Annexes.

Cairney J, Wade TJ (1998) Correlates of body weight in the 1994 National Population Health Survey. *International Journal of Obesity*. 22: 584-591.

Capaldi ED (1996) Introduction. In : *Why We Eat What We Eat. The Psychology of Eating*. Capaldi EC (Ed). American Psychological Association : Washington, pp. 3-9.

Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS.(2000). Relation between obesity and DMS-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal Public Health*. 90: 251-257.

Carrier KM, Steinhardt MA, Bowman S (1994) Rethinking traditional weight management programs : A 3-year follow-up evaluation of a new approach. *The Journal of Psychology*. 128: 517-535.

Cash TF (1997) *The Body Image Workbook. An 8-Step Program for Learning to Like your Looks*. New Harbinger Publications: Oakland, 221 p.

Cash T (2002) The management of body image problems. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap 108. pp. 599-603.

Cassell JA (1995) Social and anthropology and nutrition : A different look at obesity in America. *Journal of the American Dietetic Association*. 95(4): 424-427.

Casti J (1991) *Paradigmes perdus. La science en question*. InterÉditions : Paris, 496 p.

CDC (Centre for Disease Control and Prevention) (2000) Données issues du *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. [En ligne] [www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/prev_char.htm] (7 décembre 2002).

Chagnon YC, Rankinen T, Snyder EE, Weisnagel SJ, Perusse L, Bouchard C (2003) The human obesity gene map : The 2002 update. *Obesity Research*. 11(3): 313-67.

Chernin K (1981) *The Obsession. Reflections on the Tyranny of Slenderness*. Harper & Row Publishers : New York, 206 p.

Chou S-Y, Grossman M, Saffer H (2002) *An economical analysis of adult obesity : Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Working paper 9247. National Bureau of Economic Research. [En ligne] [<http://www.nber.org/papers/w9247>] (12 septembre 2004).

Chou S-Y, Grossman M, Saffer H (2004) An economical analysis of adult obesity : Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Health Economics*. 23:565-587.

Cicuttini FM, Spector TD (1998) Obesity, arthritis, and gout. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 35. pp. 741-752.

Ciliska D (1990) *Beyond dieting. Psychoeducational interventions for chronically obese women : A nondieting approach*. Brunner/Mazel Publishers : New York, 165 p.

Ciliska D (1993) Women and obesity. Learning to live with it. *Canadian Family Physician*. 39: 145-152.

Ciliska D (1998) Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*. 20(1): 119-135.

Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS (1991) Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(5) 739-744.

Coakley EH, Rimm EB, Colditz G, Kawachi I, Willett W (1998) Predictors of weight change in men : results from the Health Professionals Follow-up Study. *International Journal of Obesity*. 22(2): 89-96.

Cogan JC (1999) A New National Health Agenda: Providing the Public With Accurate Information. *Journal of Social Issues*. 55 (2): 383-400.

Cohen J (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates : Hillsdale NJ, 567 p.

Cohen J (1992) A power Primer. *Psychological Bulletin*. 112(1): 155-159.

Cohen DA, Scribner RA, Farley TA (2000) A structural model of health behavior : A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine*. 30(2): 146-54.

Comité scientifique de Kino-Québec (1999) *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Direction du sport et de l'activité physique, ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec, 27 p.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P (1990) *Savoir préparer une recherche*. Presses de l'Université de Montréal : Montréal, 196 p.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6(4): 485-494.

Cossrow NH, Jeffery RW, McGuire MT (2001) Understanding weight stigmatization : A focus group study. *Journal of Nutrition Education*. 33(4): 208-14.

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

Christakis G, Miller-Kovach K (1996) Maintenance of weight goal among weight watchers lifetime members. *Nutrition Today*. 31(1): 29-31.

Davies PS, Wells JC, Fieldhouse CA, Day JM, Lucas A (1995) Parental body composition and infant energy expenditure. *American Journal of Clinical Nutrition*. 61(5): 1026-1029.

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

de Castro JM (2000) Eating behavior : Lessons from the real world of humans. *Nutrition*. 16(10): 800-13.

DelPrete LR, Caldwell M, English C, Banspach SW, Lefebvre C (1992) Self-reported and measured weights and heights of participants in community-based weight loss programs. *Journal of the American Dietetic Association*. 92(12): 1483-1486.

Després JP (2002) The metabolic syndrome. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 86. pp. 477-483.

Després JP, Moorjani S, Lupien PJ, Tremblay A, Nadeau A, Bouchard C (1990) Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis*. 10: 497-511.

Devine CM, Connors MM, Sobal J, Bisogni (2003) Sandwiching it in : Spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households. *Social Science & Medicine*. 56: 617-630.

Dietz WH, Gortmaker SL (2001) Preventing obesity in children and adolescents. *Annual Review of Public Health*. 22: 337-53.

Diez-Roux, AV. Multilevel analysis in public health research (2000) *Annual Review of Public Health*. 21: 171-192.

Donnan S (2001) Ethics in public Health. In : *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA (Eds). Oxford University Press : New York, Chap. 2.8.118-124.

Dubé R, Zins M, Brassard P (2002) Alimentation : le profil du consommateur et ses habitudes. *BioClips+*, Direction générale des politiques agroalimentaires, Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation du Québec, 5(3), 7 p.

Dunn AL, Andersen RE, Jakicic JM (1998) Lifestyle physical activity interventions. History, short- and long-term effects, and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*. 15(4): 398-412.

Dwyer JT, Ouyang CM (2000) What can industry do to facilitate dietary and behavioural changes? *British Journal of Nutrition*. 83 (S1): S173-80.

Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM (2002) Does counseling by clinicians improve physical activity ? A summary of the evidence for the U.S. Preventive services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 137(3): 208-215.

Eertmans A, Baeyens F, Van den Bergh O (2001) Food likes and their relative importance in human eating behavior: Review and preliminary suggestions for health promotion. *Health Education Research*. 16(4): 443-56.

Eide R (1982) The relationship between body image, self-image and physical activity. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 29S: 109-112.

Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M (2003) Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 157(8): 733-8.

Ehrenreich B, English D (1982) *Des experts et des femmes*. Éditions du Remue-ménage : Montréal, 347 p.

Elder JP, Ayala GX, Harris S (1999) Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*. 17(4):275-284.

Epel ES, McEwen B, Seeman T, Matthews K, Castellazzo G, Brownell KD, Bell J, Ickovics JR (2000) Stress and body shape : Stress-induced cortisol secretion is consistently greater among women with central fat. *Psychosomatic Medicine*. 62: 623-632.

Ernsberger P, Haskew P (1987) Rethinking obesity : An alternative view of its health implications. *Journal of Obesity and Weight Regulation*. 6: 58-137.

Ernsberger P, Koletsky RJ (1999) Biomedical rationale for a wellness approach to obesity : An alternative to a focus on weight loss. *Journal of Social Issues*. 55(2): 221-260.

Faith MS, Allison DB, Geliebter A (1997) Emotional eating and obesity : Theoretical considerations and practical recommendations. In : *Overweight and Weight Management*. Dalton S (Ed). Aspen Publishers : Gaithersburg, Chap. 17. pp. 439-465.

Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Anderson JJ (1993) Effects of weight and body mass index on bone mineral density in men and women : The Framingham study. *Journal of Bone and Mineral Research*. 8(5): 567-73.

Field AE, Austin SB, Berkey CS, Rockett HR, Colditz GA (2000) *Frequent dieting predicts the development of obesity among preadolescent and adolescent girls and boys*. Annual Conference NAASO 2000, Long Beach, CA.

Field AE, Wing RR, Manson JE, Spiegelman DL, Willett WC (2001) Relationship of a large weight loss to long-term weight change among young and middle-aged US women. *International Journal of Obesity*. 25(8): 1113-21.

Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, Gillman MW, Colditz GA (2003) Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*. 112(4): 900-906.

Fischler C (2001) *L'Homnivore*. Éditions Odile Jacob : Paris. 440 p.

Fischler C (2003) Le paradoxe de l'abondance. *Sciences Humaines*. 135 :22-26.

Flatt JP, Ravussin E, Acheson KJ, Jéquier E (1985) Effects of dietary fat on post-prandial substrate oxidation and on carbohydrate and fat balances. *Journal of Clinical Investigation*. 76: 1019-1024.

Flatt JP, Tremblay A (1998) Energy expenditure and substrate oxidation. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 24. pp. 513-538.

FMCQ (Fondation des maladies du cœur du Québec) (2000) *Du fond du cœur*. Dépliant. Fondation des maladies du cœur du Québec : Montréal.

Foreyt JP, Goodrick GK (1993). Weight management without dieting. *Nutrition Today*. March/April, pp 4-9.

Forster JL, Bloom E, Sorensen G, Jeffery RW, Prineas RJ (1986) Reproductive history and body mass index in black and white women. *Preventive Medicine*. 15(6): 685-691.

Forster JL, Jeffery RW (1986) Gender differences related to weight history, eating patterns, efficacy expectations, self-esteem and weight loss among participants in a weight reduction program. *Addictive Behavior*. 11(2): 141-147.

Foster D (2002) Nondietering approaches. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 109. pp. 604-608.

Foster D, McGuckin BG (2002) Nondietering approaches : Principles, Practices, and Evidence. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds.). The Guilford Press : New York, Chap. 24. pp 494-512.

Fourez G (1988). *La construction des sciences. Introduction à la Philosophie et à l'Éthique des sciences*. Éditions universitaires : Paris, 235 p.

Frederick CM, Morrison CS (1996) Social physique anxiety: personality constructs, motivations, exercise attitudes, and behaviors. *Perceptual and Motor Skills*. 82(3 Pt 1): 963-72

French SA, Jeffery RW (1994) Consequences of dieting to lose weight : Effects on physical and mental health. *Health Psychology*. 13(3): 195-212.

French SA, Jeffery RW, Forster JL, McGovern PG, Kelder SH, Baxter JE (1994) Predictors of weight change over two years among a population of working adults : The Healthy Worker Project. *International Journal of Obesity*. 18(3): 145-54

French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW (1995a) Frequent dieting among adolescents : Psychosocial and health behavior correlates. *American Journal of Public Health*. 85(5): 695-701.

French SA, Jeffery RW, Folsom AR, Williamson DF, Byers T (1995b) Relation of weight variability and intentionality of weight loss to disease history and health-related variables in a population-based sample of women aged 55-69 years. *American Journal Epidemiology*. 142(12): 1306-14.

French SA, Jeffery RW, Murray D (1999) Is dieting good for you? : Prevalence, duration and associated weight and behaviour changes for specific weight loss strategies over four years in US adults. *International Journal of Obesity*. 23(3): 320-7.

French SA, Story M, Jeffery RW (2001) Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*. 22: 309-335.

- Friedman JM (2003) A war to obesity, not the obese. *Science*. 29(5608): 856-858.
- Friedman MA, Brownell KD (1995) Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*. 11: 3-20.
- Friedman MA, Brownell KD (2002) Psychological consequences of obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 71. pp. 393-398.
- Frohlich N, Fransoo R, Roos N (2002) Health service use in the Winnipeg Regional Health Authority: variations across areas in relation to health and socioeconomic status. *Healthcare Management Forum*. Winter;Suppl:9-14.
- Froom P, Melamed S, Benbassat J (1998) Smoking cessation and weight gain. *Journal of Family Practice*. 46(6): 460-464.
- FTC (Federal Trade Commission) (2002) *Weight Loss Advertising: An analysis of Current Trends. A Federal Trade Commission Staff Report*. September 2002. [En ligne] [<http://www3.ftc.gov/bcp/reports/weightloss.pdf>] (1^{er} août 2003)
- Gaesser GA (1999) Thinness and weight loss: beneficial or detrimental to longevity? *Medicine and Science in Sports Exercise*. 31(8): 1118-28.
- Gagnon M, Hébert D (2000) *En quête de la science. Introduction à l'épistémologie*. Fides : Québec, 309 p.
- Ganley RM (1989) Emotion and eating in obesity : A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 8(3): 343-361.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) Eating attitudes test : An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9: 273-279.
- Garner DM, Olmstead MP, Polivy J (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 2(2): 15-34.
- Garner DM, Wooley SC (1991) Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*. 11: 729-780.
- Gast J, Hawks SR (1998) Weight loss education : The challenge of a new paradigm. *Health Education & Behavior*. 25: 464-473.
- Gauthier J, Morin C, Thériault F, Lawson JS (1982) Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*. 3(2): 13-27.

Gibbs WW (1996) Interview with Rudolph L. Leibel. *Scientific American*. August 1996. [En ligne] [www.sciam.com/article.cfm?articleID=00087E84-EOCB-1CD9-B4A8809EC588EEDF] (8 septembre 2002).

Gionet NJ, Godin G (1989) Self-reported exercise behavior of employees: A validity study. *Journal of Occupational Medicine*. 31: 969-973.

Glanz K, Rimer BK, Marcus Lewis F (2002) Theory, research, and practice in health behavior and health education. In : *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Glanz K, Rimer BK, Marcus Lewis F (Eds). Jossey-Bass : San-Francisco, Chap.2, pp. 22-39.

Glasgow RE (2002) Evaluation of theory-based interventions ; The RE-AIM Model. In : *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Glanz K, Rimer BK, Marcus Lewis F (Eds). Jossey-Bass : San-Francisco, Chap.23, pp. 530-544.

Glynn SH, Ruderman AJ (1986) The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy Research*. 10(4): 403-420.

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

Goldfield A, Chrisler JC (1995) Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Perceptual and Motor Skills*. 81: 909-910.

Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J (2004) Multiple behavioural risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*. 27(S2): 61-79.

Goodman N, Dornbusch SM, Richardson SA, Hastorf AH (1963) Variant reactions to physical disabilities. *American Sociological Review*. 28 :429-435.

Goodrick GK, Carlos Ponton II WS, Kimball KT; Reeves RS, Foreyt JP (1998) Nondieting versus dieting for overweight binge-eating women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66: 363-368.

Gordon RA (2000) *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*. Blackwell Publishers : Oxford, 281 p.

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

Green KL, Cameron R, Polivy J, Cooper K, Liu L, Leiter L, Heatherton T (1997) Weight dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults. Canadian

Heart Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal*. 157(S1): S17-S25.

Green LW, Kreuter MW (1991) *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Cie : Mountain View CA, 506 p.

Gregg EW, Williamson DF (2002) The relationship of intentional weight loss to disease incidence and mortality. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds), The Guilford Press : New York, Chap. 7. pp. 125-143.

Grzywacz JG (2000) Work-family spillover and health during midlife : Is managing conflict everything ? *American Journal of Health Promotion*. 14(4): 236-243.

Grzywacz JG, Marks NF (2000) Reconceptualizing the work-family interace : An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*. 5(1): 111-26

Grundy SM (1999) The optimal ratio of fat-to-carbohydrate in the diet. *Annual Review of Nutrition*. 9: 325-341.

Haddock CK, Poston WSC, Dill PL, Foreyt JP, Ericsson M (2002) Pharmacotherapy for obesity : A quantitative analysis of four decades of published randomized clinical trials. *International Journal of Obesity*. 26: 262-273.

Hainer V, Kunesova M, Parizkova J, Stich V, Slaba S (1999) Prevalence and causality of obesity in central and eastern Europe. In : *Progress in Obesity Research : 8*. Guy-Grand B, Ailhaud G (Eds). John Libbey & Cie : London, Chap. 81. pp. 673-683.

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

Harris JE, Hamaday V, Mochan E (1999) Osteopathic family physicians' attitudes, knowledge, and self-reported practices regarding obesity. *Journal of the American Osteopathic Association*. 99: 358-365.

Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ (1989) The measurement of social anxiety. *Journal of Sports and Exercise Psychology*. 11: 94-104.

Hawks SR, Richins P (1994) Toward a new paradigm for the management of obesity. *Journal of Health Education*. 25(3): 147-153.

Hawks SR, Gast J (1998) Weight loss management ; A path lit darkly. *Health Education & Behavior*. 25(3): 371-382.

Heatherton TF, Mahamedi F, Striipe M, Field AE, Keel P (1997) A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(1): 117-25.

Heatherton TF, Striipe M, Wittenberg L (1998) Emotional distress and disinhibited eating : The role of self. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 24: 301-313.

Hebert JC, Clemow L, Pbert L, Ockene IS, Ockene JK (1995) Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measures. *International Journal of Epidemiology*. 24: 389-398.

Heitman BL, Lissner L, Osler M (2000) Do we eat less fat, or just report so ? *International Journal of Obesity*. 24: 435-442.

Heliovaara M, Aromaa A (1981) Parity and obesity. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 35(3): 197-199.

Herman CP, Mack D (1975) Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*. 43(4): 647-60.

Herman CP, Polivy J (1984). A boundary model for the regulation of eating. In : *Eating and Its Disorders*. Stunkard AJ, Stellar E (Eds). Raven Press : New York, pp 141-156.

Heshka S, Greeway F, Anderson JW, Atkinson RL, Hill JO, Phinney SD, Miller-Kovach K, Pi-Sunyer X (2000) Self-help weight loss versus a structured commercial program after 26 weeks : A randomised controlled study. *American Journal of Medicine*. 109(4): 282-287.

Hess U, Sénécal S, Vallerand RJ (2000) Les concepts fondamentaux. Dans : *Méthodes de recherche en psychologie*. Vallerand RJ, Hess U (Eds). Gaëtan Morin Éditeur : Boucherville, Chap. 2. pp.33-56.

Hetherington M, Davies M (1998) Weight management : A comparison between non-dieting and dieting approaches. *Health Psychological Update*. 32: 33-39.

Hill JO (2002) An overview of the etiology of obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 83. pp. 460-466.

Hill A, Roberts J (1998) Body mass index : A comparison between self-reported and measured height and weight. *Journal of Public Health Medicine*. 20(2): 206-10.

Hill JO, Saris WHM (1998) Energy expenditure in physical activity. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 21. pp. 457-474.

Hill JO, Melanson EL, Wyatt HT (2000) Dietary fat intake and regulation of energy balance: Implications for obesity. *Journal of Nutrition*. 130: S284-S288.

Hintze JL (1991) *Power Analysis and Sample Size*, NCSS Ed : Kaysville UT.

Hirschmann JR, Munter CH (1988) *Overcoming Overeating. Living Free in a World of Food*. Addison-Wesley Publishers : NewYork, 259 p.

_____ (s.d.) *Histoire de la lingerie* [En ligne]
[<http://www.chez.com/capsty/histling.htm>] (26 novembre 2002).

Hitayesu F (2003) Le consommateur québécois et ses dépenses alimentaires. *BioClips* +, Direction générale des politiques agroalimentaires. Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation du Québec, 6(2), 12 p.

Hjartåker A, Laake P, Lund E (2001) Body mass index and weight change attempts among adult women. The Norwegian Women and Cancer Study. *European Journal of Public Health*. 11: 141-146.

Hoppé R, Ogden J (1997) Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity*. 21: 141-146.

House JS, Williams DR (2000). Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. Dans : Smedley BD, Syme SL (Eds.). *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. National Academy Press : Washington DC, Chap. 2. pp. 80-124. [En ligne] [<http://books.nap.edu/catalog/9939.html>] (20 février 2003).

Hubbard VS (2000) Defining overweight and obesity : What are the issues ? *American Journal of Clinical Nutrition*. 72: 1067-1068.

IOTF (International Obesity task Force), EASO (European Association for the Study of Obesity) (2002) *Obesity in Europe. The Case For Action*. IOTF : London, 22 p. [En ligne] [<http://www.ietf.org/media/euobesity.pdf>] (25 février 2003).

Ipsos-Reid (2002) *So, what foods are Canadians eating and how healthy do they think they are eating? A profile of Canada's eating and food purchasing habits*. July 10th 2002. [En ligne] [http://www.ipsos-reid.com/media/content/PRE_REL.cfm½] (20 septembre 2003).

Irving LM, Neumark-Sztainer D (2002) Integrating the prevention of eating disorders and obesity : Feasible or futile ? *Preventive Medicine*. 34: 299-309.

Istvan J, Zavela K, Weidner G (1992) Body weight and psychological distress in NHANES I. *International Journal of Obesity*. 16: 999-1003.

Jacobson MF, Brownell KD (2000) Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health. *American Journal of Public Health*.90(6): 854-7.

Jalkanen L, Tuomilehto J, Tanskanen A, Puska P (1987) Accuracy of self-reported body weight compared to measured body weight. A population survey, *Scandinavian Journal of Social Medecine*. 15(3): 191-198.

James WPT (1995) A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity*. 19: S37-S45.

James WPT (2002) A world view of the obesity problem. In *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 74. pp. 411-416.

James WPT (2003) *The Food Chain and Obesity Prevention*. Prevention of Obesity – the global approach. Berzelius Symposium 62. May 26th to 28th 2003, Stockholm, Sweeden.

Janis IL, Mann L (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*. Free Press : New-York, 488 p.

Jebb S (2002) Energy intake and body weight. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 7. pp. 37-42.

Jebb SA (1997) Aetiology of obesity. *British Medical Bulletin*. 53(2): 264-285.

Jebb SA, Murgatroyd PR (1999) Methodologies in energy expenditure. In : *Progress in Obesity Research : 8*. Guy-Grand B, Ailhaud G (Eds). John Libbey & Cie : London, Chap. 47. pp. 393-399.

Jeffery RW, French SA (1998) Epidemic obesity in the United States : Are fast foods and television viewing contributing? *American Journal of Public Health*. 88(2): 277-80

Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, Hill DR (2000) Long-term maintenance of weight loss : Ccurrent status. *Health Psychology*.19(1 Suppl): 5-16.

Jeffery RW (2004) How can health behavior theory be made more useful for intervention research ? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 1: 10. [En ligne] [<http://www.ijbnpa.org/content/1/1/10>] (23 septembre 2004).

Johnson C (2002) Obesity, weight management, and self-esteem. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press : NewYork, Chap. 23. pp 480-493.

Joy Levine M (1997) *I Wish I Were Thin. I Wish I Were fat. The Real Reasons We Overeat and What We Can Do About It*. Vanderbilt Press : New York, 235 p.

Karoly P (1995) Self-control Theory. In : *Theories of Behavior Modification. Exploring Behavior Change*. O'Donohue W, Krasner L (Eds). American Psychological Association : Washington DC, Chap. 10 pp. 259-285.

Kassirer JP, Angell M (1998) Losing weight – An ill-fated New Year's resolution. *The New England Journal of Medicine*. 338: 52-54.

Katch FI, McArdle WD (1985) *Nutrition, masse corporelle et activité physique*. 2^e éd. Edisem : St-Hyacinthe, 278 p.

Katzmarzyk PT, Pérusse L, Rao DC, Bouchard C (2000) Familial risk of overweight and obesity in the Canadian population using the WHO/NIH criteria. *Obesity Research*. 8(2): 194-197.

Keeseey RE (1995) A set-point model of body weight regulation. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, Fairburn CG (Eds). The Guilford Press : New York, Chap.9. pp.46-50.

Keeseey RE, Corbett SW (1984) Metabolic defence of the body weight set-point. In : *Eating and its disorders*. Stunkard AJ, Stellar E (Eds). Raven Press : New York, pp. 87-96.

Kemnitz J (1985) Théorie de la valeur de base du poids. *Médecine Moderne du Canada*. 40(2): OP7-OP12.

Kerr J, McKenna J (2000) A randomized control trial of new tailored walking campaigns in an employee sample. *Journal of Health Community*.5(3): 265-79.

Kerr J, Eves FF, Carroll D (2001a) The influence of poster prompts on stair use : The effects of setting, poster size and content. *British Journal of Health Psychology*. 6 (Part 4): 397-405.

Kerr J, Eves F, Carroll D (2001b) Six-month observational study of prompted stair climbing. *Preventive Medicine*.33(5): 422-7.

Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen F, Taylor HF (1950) *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1385 p.

Khan LK, Serdula MK, Bowman BA, Williamson DF (2001) Use of prescription weight loss pills among U.S. adults in 1996-1998. *Annals of Internal Medicine*. 134: 282-286.

King AC, Jeffery RW, Fridinger F, Dusenbury L, Provence S, Hedlund SA, Spangler K (1995) Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention

through physical activity: issues and opportunities. *Health Education Quarterly*.22(4): 499-511.

King TK, Matacin M, Marcus BH, Bock BC, Tripolone J (2000) Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors*.25(4): 613-8.

Kirkley BG, Burge JC (1989) Dietary restriction in young women : Issues and concerns. *Annals of Behavioral Medicine*. 11: 66-72.

Kissebah AH, Freedman DS, Peiris AN (1989) Health risk of obesity. *Medical Clinics of North America*. 73: 111-138.

Klesges RC (1995) Cigarette smoking and body weight. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, Fairburn CG (Eds). The Guilford Press : New York, Chap 12. pp. 61-64.

Klesges RC, Ward KD, Ray JW, Cutter G, Jacobs DR Jr, Wagenknecht LE (1998) The prospective relationships between smoking and weight in a young, biracial cohort : The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(6): 987-93.

Kolher Riessman C (1998) Women and medicalization : A new perspective. In : *The Politics of Women's Bodies*. Weitz R (Ed). Oxford University Press : New York, Chap. 4. pp. 46-64.

Koopmans HS (1998) Experimental studies on the control of food intake. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 14. pp. 273-311.

Kopelman PG (1994) Hormones and obesity. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*. 8: 549-575.

Korkeila M, Rissanen A, Kaprio J, Sorensen TI, Kosjenvuo M (1999) Weight-loss attempts and risk of major weight gain : a prospective study in Finnish adults. *American Journal of Clinical Nutrition*. 70(6): 965-975.

Kosteniuk JG, Dickinson HD (2003)Tracing the social gradient in the health of Canadians: primary and secondary determinants. *Social Science and Medicine*. 57(2): 263-76.

Kraemer HC, Berkowitz RI, Hammer LD (1990) Methodological difficulties in studies of obesity. *Annals of Behavioral Medicine*. 12(3): 112-124.

Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D (2001) How do risk factors work together ? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*. 158: 848-856.

Kramer FM, Jeffery RW, Foster JL, Snell MK (1989) Long term follow-up of behavioral treatment for obesity : Patterns of weight regain among men and women. *International Journal of Obesity*. 13: 123-126.

Kroke A, Liese AD, Schulz M, Bergmann MM, Klipstein-Grobusch K, Hoffmann K, Boeing H (2002) Recent weight changes and weight cycling as predictors of subsequent two year weight change in a middle-aged cohort. *International Journal of Obesity*. 26(3): 403-9.

Kuczmarski RJ, Flegal KM (2000) Criteria for definition of overweight in transition : background and recommendations for the United States. *American Journal of Clinical Nutrition*. 72: 1074-1081.

Kukowska-Wolk A, Karlsson P, Stolt M, Rossner S (1989) The predictive validity of body mass index based on self-reported weight and height, *International Journal of Obesity*. 13(4): 441-453.

Kumanyika SK (2001) Minisymposium on obesity : Overview and some strategic considerations. *Annual Review of Public Health*. 22: 293-308.

Kumanyika S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF) (2002) Obesity prevention : The case for action. *International Journal of Obesity*. 26 :425-436.

Kuhn TS (1972) *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion : Paris, 246 p.

Kuss CL (1996) 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*. 12: 563-605.

Labonté R (1992) Heart health inequalities in Canada : Models, theory and planning. *Health Promotion International*. 7(2): 119-127.

Laessle RG, Platte P, Schweiger U, Pirke KM (1996) Biological and psychological correlates of intermittent dieting behavior in young women. A model for bulimia nervosa. *Physiology and Behavior*. 60(1): 1-5.

Lafiti R, Kellum JM, De Maria EJ, Sugarmen HJ (2002) Surgical treatment of obesity. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 16. pp. 339-356.

Lakdawalla D, Philipson T (2002) *The growth of obesity and technological change: A theoretical and empirical examination*. Working paper 8946. National Bureau of Economic Research. [En ligne] [<http://www.nber.org/papers/w8946>] (12 septembre 2004).

Lamarche B, Despres JP, Pouliot MC, Moorjani S, Lupien PJ, Theriault G, Tremblay A, Nadeau A, Bouchard C (1992) Is body fat loss a determinant factor in the improvement of carbohydrate and lipid metabolism following aerobic exercise training in obese women? *Metabolism*. 41(11): 1249-56.

Langlois JA, Mussolino ME, Visser M, Looker AC, Harris T, Madans J (2001) Weight loss from maximum body weight among middle-aged and older white women and the risk of hip fracture: the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Osteoporosis International*. 12(9): 763-8.

Langlois JA, Visser M, Davidovic LS, Maggi S, Li G, Harris TB (1998) Hip fracture risk in older white men is associated with change in body weight from age 50 years to old age. *Archives of Internal Medicine*. 158(9): 990-6.

Langlois JA, Harris T, Looker AC, Madans J (1996) Weight change between age 50 years and old age is associated with risk of hip fracture in white women aged 67 years and older. *Archives of Internal Medicine*. 156(9): 989-94.

Lean ME, Han TS, Morrison CE (1995) Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *British Medical Journal*. 311: 158-161.

Ledermann SA (1993) The effect of pregnancy weight gain on later obesity. *Obstetrics and Gynecology*. 82(1): 148-155.

Ledoux M, Lambert J, Reeder BA, Despres JP (1997) Correlation between cardiovascular disease risk factors and simple anthropometric measures. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal*. 157(S1): S46-53.

Ledoux M, Rivard M (2000) Poids corporel. Dans : *Enquête sociale et de santé 1998*. Institut de la statistique du Québec. Gouvernement du Québec : Montréal, Chap. 8. pp. 185-199.

Ledoux M, Mongeau L, Rivard M (2002) Poids et image corporelle. Dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Institut de la statistique du Québec. Gouvernement du Québec : Montréal, Chap. 14. pp. 311-344.

Leibel RL, Rosenbaum M, Hirsch J (1995) Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *New England Journal of Medicine*. 332(10): 621-628.

Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, Perreault M, Gottheil N (1994) Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. 39(1): 49-54.

Lemieux S, Prud'Homme D, Bouchard C, Tremblay A, Després JP (1996) A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *American Journal of Clinical Nutrition*. 64: 685-693.

Lichtman SW, Pisarski K, Berman ER (1992) Discrepancy between self-reported and actual calorie intake and exercise in obese subjects. *New England Journal Medicine*. 327: 1893-1898.

Lissner L, Heitmann BL, Bengtsson C (2000) Population studies of diet and obesity. *British Journal of Nutrition*. 83(S1): sS1-S24.

Louis-Sylvestre J (2002) Bases physiologiques du comportement alimentaire. Dans : *Enseignement de la nutrition. Tome 1- Physiologie*. Collège des Enseignants de Nutrition. [En ligne] [<http://nutrition.unice.fr/picts/appetit.pdf>] (25 décembre 2002).

Lovejoy JC (1998) The influence of sex hormones on obesity across the female life span. *Journal of Women's Health*. 7(10): 1247-1256.

Lowe MR, Miller-Kovach K, Phelan S (2001) Weight-loss maintenance in overweight individuals one to five years following successful completion of a commercial weight loss program. *International Journal of Obesity*. 25: 325-331.

Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL (2000) Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine*. 18(1): 18-27.

Lyons P, Burgard D (1990) *Great Shape*. Palo Alto, CA : Bull Publication.

Maiman LA, Li Wang V, Becker MH, Finlay J, Simonson M (1974) Attitudes toward obesity and the obese among professionals. *Journal of American Dietetic Association*. 74: 331-336.

Maddox GL, Liederman V (1969) Overweight as a social disability with medical implication. *Journal of Medical Education*. 44: 214-220.

Marcus MD, Wing RR, Hopkins J (1988) Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(3): 433-439.

Margolis H. (1993) *Paradigms and Barriers How habits of mind govern scientific beliefs*. University of Chicago Press : Chicago, 267 p.

Marketdata Enterprises Inc. (2002) *The U.S. Weight loss and diet Control Market* (7th Ed.).October 2002. Marketdata Enterprises Inc :Tampa FL. 353 p.

McAuley E, Bane SM, Rudolph DL, Lox CL (1995) Physique anxiety and exercise in middle-aged adults. *Journal Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*. 50(5): P229-35.

McCrorry MA, Fuss PJ, McCallum JE, Yao M, Vinken AG, Hays NP, Roberts SB (1999) Dietary variety within food groups : association with energy intake and body fatness in men and women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 69: 440-47.

McCrorry MA, Fuss PJ, Saltzman E, Roberts SB (2000) Dietary determinants of energy intake and weight regulation in healthy adults. *Journal of Nutrition*. 130: S276-S279.

Macdonald SM, Reeder BA, Chen Y, Despres JP (1997) Obesity in Canada: a descriptive analysis. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal*. 157 (S1): S3-9.

McGinnis JM (1992) The public health burden of a sedentary life style. *Medicine Science Sports Exercise*. 24: 5196-5200.

McFarlane T, Polivy J, McCabe RE (1999) Help, not harm : Psychological foundation for a non-dieting approach toward health. *Journal of Social Issues*. 55: 261-276.

McLaren L (2002) *A life course study of body dissatisfaction in middle-aged women*. Thèse de doctorat. Département de médecine sociale et préventive. Université de Montréal : Montréal, 159 p. + annexes.

McLaren L, Gauvin L (2002) Neighbourhood level versus individual level correlates of women's body dissatisfaction: toward a multilevel understanding of the role of affluence. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56(3): 193-9.

McLaren L, Wardle J (2002) Body image : a life course perspective. In : *A Life Course Approach to Women's Health*. Kuh D, Hardy R (Eds). Oxford University Press : London, Chap. 9.1.

McLean JA, Barr SI (2003) Cognitive dietary restraint is associated with eating behaviors, lifestyle practices, personality characteristics and menstrual irregularity in college women. *Appetite*. 40(2): 185-92.

McNamara K (1989) A structured group program for repeat dieters. *Journal for Specialists in Group Work*. 14: 141-150.

Mela DJ (1999) Food choice and intake : The human factor. *Proceedings of the Nutrition Society*. 58(3): 513-21.

Mela DJ, Rogers PJ (1998) *Food, Eating and Obesity*. Chapman & Hall : London, 225 p.

Melanson K, Dwyer J (2002) Popular diets for treatment of overweight and obesity. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds), The Guilford Press : New York, Chap. 12. pp. 249-282.

Mellin L, Croughan-Minihane M, Dickey L (1997) The Solution Method: 2-year trends in weight, blood pressure, exercise, depression, and functioning of adults trained in development skills. *Journal of American Dietetic Association*. 97(10): 1133-1138.

Miller WC (1999) Fitness and fatness in relation to health : implications for a paradigm shift. *Journal of Social Issues*. 55: 207-219.

Miller WC, Koceja DM, Hamilton EJ (1997) A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity*. 21(10): 941-7.

Miller WC, Jacob AV (2001) The health at any size paradigm for obesity treatment : The scientific evidence. *Obesity Reviews*. 12: 37-45.

Mitchell C, Stuart RB (1984) Effect of self-efficacy on drop-out from obesity treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52: 110-1101.

Mongeau L (1988) Choisir de maigrir. À la frontière de la nutrition et de la santé mentale. *Diététique en action*. 2(5): 18-21.

Mongeau L. *Validation d'un questionnaire sur l'efficacité personnelle en rapport avec le poids corporel*. Mémoire de maîtrise. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal: Montréal, 1993.

Morin E (1991) *La méthode. Tome 4. Les idées*. LeSeuil : Paris, 261 p.

MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec : Québec, 126 p.

Mundy A (2001) *Dispensing with the truth : The Victims, the Drug Companies, and the Dramatic story behind the battle over Fen-Phen*. St. Martin's Press : New York, 400 p.

NAAFA (National Association to Advance Fat Acceptance) (2002) *NAAFA Think Tank: Airlines and Fat Passengers* [En ligne] [<http://www.naafa.org/Convention2002/airlines.html>] (20 septembre 2003).

Nadeau R (1999) *Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie*. Presses universitaires de France : Paris, 863 p.

NAHA (The National Alliance for Nutrition and Activity) (2002) *From wallet to waistline : The hidden costs of supersizing*. NAHA : Washington DC.

Nattiv A, Agostini R, Drinkwater B, Yeager KK (1994) The female athlete triad. The inter-relatedness of disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. *Clinics in Sports Medicine*. 13(2): 405-18.

Nestle M, Jacobson MF (2000) Halting the obesity epidemic : A public health policy approach. *Public Health Reports*. 115: 12-24.

Neumark-Sztainer D, Rock CL, Thornquist MD, Cheskin LJ, Neuhouser ML, Barnett MJ (2000) Weight-control behaviors among adults and adolescents : Associations with dairy intake. *Preventive Medicine*. 30: 381-391.

NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) (2000) *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. Executive Summary. [En ligne] [<http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/>] (18 septembre 2000)

Niedhammer I, Bugel I, Bonenfant S, Goldberg M, Leclerc A (2000) Validity of self-reported weight and height in the French GAZEL cohort, *International Journal of Obesity*. 24: 1111-1118.

Nielsen SJ, Popkin BM (2003) Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. *Journal of the American Medical Association*. 289(4):450-3.

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

NIH (National Institute of Health) (1994) National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Weight cycling. *Journal of the American Medical Association*. 272: 1196-1202.

NIH (National Institute of Health). (1993) National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Very Low Calorie Diets. *Journal of the American Medical Association*, 270: 967-974.

Norgan NG (1997) The beneficial effects of body fat and adipose tissue in humans. *International Journal Eating Disorders*. 21: 738-746.

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

O'Connor A (1995) Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*. 15(1): 25-30.

Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*. 288: 1728-32.

Ohlson LO, Larsson B, Svardsudd K, Welin L, Eriksson H, Wilhelmsen L, Bjorntorp P, Tibblin G (1985) The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus. 13.5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913. *Diabetes*. 34(10):1055-8.

Olson CL, Schumaker HD, Yamn BP (1994) Overweight women delay medical care. *Archives of Family Medicine*. 10: 888-892.

O'Meara S, Riemsma R, Shirran L, Mather L, ter Riet G (2004) A systematic review of the clinical effectiveness of orlistat used for the management of obesity. *ObesityReview*. 5(1): 51-68.

Omichinski L (1993) Diet vs.nondiet thinking on key Issues (Table). *Healthy Weight Journal (formerly Obesity and Health)*. 7(3): p.49.

Omichinski L (1995) New frontiers in nondiet counseling : Empowered clients make healthier choices. *Healthy Weight Journal*, Jan/feb 1995. [En ligne] [<http://www.hugs.com/01facilitator/corp/Milestones/newfrontiers.htm>]. (15 mars 2000).

Omichinski L, Harrison K (1995). Reduction of dieting attitudes and practices after participation in a non-diet lifestyle program. *Journal of the Canadian Dietetic Association*. 56: 81-85.

OMS (1946) *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19-22 juin 1946 par les représentants de 61 États. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no 2 :100. [En ligne] [<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>] (5 août 2003).

OMS (2000) Résolution WHA53.17. *Lutte contre les maladies non transmissibles*. Dans : Cinquante-troisième assemblée mondiale de la santé, Genève 20 mai 2000. Point 12.11 de l'ordre du jour. [En ligne] [http://www.who.int/ncd/mip2000/document/wha_53_17fr.pdf] (5 août 2003).

OMS (2004) Résolution WHA57.17. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Dans : Cinquante-septième assemblée mondiale de la santé, Genève 22 mai 2004. Point 12.6 de l'ordre du jour. [En ligne] [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-fr.pdf] (8juin 2004).

OPDQ (Ordre professionnel des diététistes du Québec) (2000) *Manuel de nutrition clinique de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec*. Ordre professionnel des diététistes du Québec ; Montréal.

Orbach S (1978) *Fat is a Feminist Issue*. A self-help guide for compulsive eating. Berkley Books : New York, 203 p.

Overgaard D, Gyntelberg F, Heitmann B (2004a) Psychological workload and body weight : Is there an association ? A review of the literature. *Occupational Medicine*. 54(1): 35-41.

Overgaard D, Gamborg M, Gyntelberg F, Heitmann B (2004b) Psychological workload is associated with weight gain between 1993 and 1999 : Analysis based on the Danish Nurse Cohort Study. *International Journal of Obesity*. 28: 1072-1081.

Pages jaunes du Québec (2003) s.t. [En ligne] [<http://www.pagesjaunes.ca/searchBusiness.do?action=homeSearch&categorySym=a+maigrissement+%26+surveillance+du+poids&business=&city=&provinceld=Qc>] (19 mai 2003).

Palta M, Prineas RJ, Berman R, Hannan P (1982) Comparison of self-reported and measured height and weight, *American Journal of Epidemiology*. 115(2): 223-230.

Pampalon R, Raymond G (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies Chroniques au Canada*. 21(3). [En ligne] [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic213/cd213b_f.html] (26 avril 2002).

Parham ES (1990) Applying a philosophy of nutrition education to weight control. *Journal of Nutrition Education*. 22: 194-197.

Parham E (1996) Is there a new weight paradigm ? *Nutrition Today*. 31(4): 155-161.

Parham E (1999) Promoting body size acceptance in weight management counselling. *Journal of the American Dietetic Association*. 99: 920-5.

Pařízková J, Hills A (2001) *Childhood Obesity*. CRC Press : Boca Raton, 422 p.

Pascot A, Lemieux S, Prud'homme D, Tremblay A, Bouchard C, Nadeau A, Couillard C, Tchernof A, Bergeron J, Després J (1999) Age-related increase in visceral adipose tissue and the metabolic risk profile of premenopausal women. *Diabetes Care*. 22: 1471-1478.

Pasman WJ, Saris WH, Westerterp-Plantenga MS (1999) Predictors of weight maintenance. *Obesity Research*. 7(1): 43-50.

Paul F, Erdfelder E (1992) *Gpower : A priori, post-hoc, and compromise power analysis for MS-DOS*. Computer program. Bonn, FRG : Bonn University, Dep. Of Psychology.

Perri MG, Nezu AM, Patti ET, Viegner BJ (1992) Improving the Long-term Management of obesity : Theory, Research, and Clinical Guidelines. In : ***Treatment of Severe Obesity by Diet and Lifestyle Modification***. Wadden TA, Van Itallie TB (eds). The Guilford Press : New York, pp. 456-477.

Perri MG, Corsica JA (2002) Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In : ***Handbook of Obesity Treatment***. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds), The Guilford Press : New York, Chap. 17. pp. 357-379.

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

Pérusse L (2000) Les bases génétiques de l'obésité humaine : résultats des études d'épidémiologie génétique. ***Annales d'endocrinologie***. 61(S1):24-30.

Pérusse L, Bouchard C (2000) Gene-diet interactions in obesity. ***American Journal of Clinical Nutrition***. 72(5S): S1285-S1290.

Peternelj-Taylor CA (1989). The effects of patient weight and sex on nurses' perceptions : A proposed model of nurse withdrawal. ***Journal of Advance Nursing***. 14: 744-754.

Petersmarck K, Smith P (1989) ***Toward safe weight loss recommendations for adult weight loss programs in Michigan***. Michigan Health Council. Michigan Department of Public Health : Lansing MI.

Philipson T (2001) The world-wide growth in obesity : An economic research agenda. ***Health Economics***. 10:1-7.

Philipson T, Posner RA (1999) ***The long-run growth in obesity as a function of technological change***. Working paper 7423. National Bureau of Economic Research. [En ligne] [<http://www.nber.org/papers/w7423>] (12 septembre 2004).

Pirie P, Jacobs D, Jeffery R, Hannan P (1981) Distortion in self-reported height and weight data. ***Journal of the American Dietetic Association***. 78(6): 601-606.

Pi-Sunyer FX (2000) Obesity : Criteria and classification. ***Proceedings of the Nutrition Society***. 59: 505-509.

Pi-Sunyer FX (2002) Medical complications of obesity in adults. In : ***Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook***. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 84. pp. 467-472.

Polivy J (1996) Psychological consequences of food restriction. ***Journal of American Dietetic Association***. 96(6): 589-92.

Polivy J, Herman CP (1985) Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychology*. 40: 193-201.

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

Polivy J, Herman CP (1999) The effects of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: the "false hope syndrome". *International Journal of Eating Disorders*. 26(4): 434-47.

Polivy J, Herman CP (2002) Experimental studies of dieting. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 15. pp. 84-87.

Poppitt SD, Swann D, Black AE, Prentice AM (1998) Assessment of selective under-reporting of food intake by both obese and non-obese women in a metabolic facility. *International Journal of Obesity*. 22(4): 303-11.

Potvin L, Richard L (2001) Evaluating community health promotion programmes. In : *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives*. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E (Eds). WHO Regional Publications. European Series, No 92. World health Organization: Copenhagen, Chap. 10. pp.213-240.

Pouliot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, Nadeau A, Lupien PJ (1994) Waist circumference and abdominal sagittal diameter: Best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *American Journal of Cardiology*. 73: 460-468.

Prentice AM (1998) Manipulation of dietary fat and energy density and subsequent effects on substrate flux and food intake. *American Journal of Clinical Nutrition*. 67(S): S535-S541.

Prentice AM, Poppitt SD (1996) Importance of energy density and macronutrients in the regulation of energy intake. *International Journal of Obesity*. 20(S2): S18-S23.

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

Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follick MJ, Abrams DB (1992) Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behavior*. 17: 35-45.

Putukian M (1994) The female triad. Eating disorders, amenorrhea, and osteoporosis. *Medical Clinics of North America*. 78(2): 345-56.

Raber J (1998) Detrimental effects of chronic hypothalamic-pituitary-adrenal axis activation. From obesity to memory deficits. *Molecular Neurobiology*. 18: 1-122.

Ramsay DS, Seeley RJ, Bolles RC, Woods SC (1996) Ingestive homeostasis : The primacy of learning. In : *Why We Eat What We Eat. The Psychology of Eating*. Capaldi EC (Ed). American Psychological Association : Washington, Chap. 1. pp. 11-27.

Rand CS, McGregor AMC (1990) Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*. 83: 1390-1395.

Ransdell LB, Wells CL, Manore MM, Swan PD, Corbin CB (1998) Social physique anxiety in post menopausal women. *Journal of Women Ageing*. 10: 19-39.

Rapoport L, Clark M, Wardle J (2000) Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *International Journal of Obesity*. 24: 1726-1737.

Rappaport J (1987) Terms of empowerment/Exemplars of prevention : Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 15: 121-148.

Rasio E (1970) Répercussions métaboliques du jeûne. *Revue Médicale de Bruxelles*. 26(10): 569-579.

Raudenbush SW, Bryk AS (2002) *Hierarchical Linear Models : Applications and Data Analysis Methods*. 2nd ed., Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 485 p.

Ravussin E (2002) Energy expenditure and body weight. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 10. pp. 55-61.

Rebuffé-Scrive M (1996) The origins of abdominal obesity : Genetic, hormonal and environmental factors. *Canadian Journal of Obesity*. 2: 6-7.

Reed DR (1999) Behavioral modulation of the path from genotype to obesity phenotype. In : *Progress in Obesity Research: 8*. Guy-Grand B, Ailhaud G (Eds). John Libbey & Cie : London, Chap. 25. pp. 199-208.

Reubin A (2002) Age and obesity. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap 81. pp. 449-452.

Richardson SA, Goodman N, Hastorf AH, Dornbusch SM (1961) Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*. 26: 241-247.

Riley AW (1995) Identification of psychological problems of patients with eating and weight-related disorders in general medical settings. In *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems. Measure, Theory, and Research*. Allison DB (Ed). Sage Publications : Thousand Oaks, Chap. 13. pp. 493-514.

Ritenbaugh C, Kumaniyka S, Morabia A, Jeffery R, Antipatis V (1999) *The Causal Web*. [En ligne] [<http://www.iotf.org/graphics/causalweb.tif>] (20 septembre 2000).

Ritenbaugh C (1991) Body size and shape : a dialogue of culture and biology. *Medical Anthropology*. 13: 173-180.

Roberts RJ (1995) Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight ? *Public Health*. 109(4): 275-284.

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

Robinson BE, Bacon JG (1996) The « If only I were thin... » treatment program : decreasing the stigmatizing effects of fatness. *Professional Psychology : Research and Practice*. 27(2): 175-183.

Robison J (1997) Weight management ; Shifting the paradigm. *Journal of Health Education*. 28(1): 28-34.

Rocchini AP (1998) Obesity and blood pressure regulation. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 31. pp. 677-696.

Rolls BJ (2000) The role of energy density in the overconsumption of fat. *Journal of Nutrition*. 130: S268-S271.

Rolls BJ (2003) The Supersizing of America: Portion Size and the Obesity Epidemic. *Nutrition Today*. 38(2):42-53.

Rolls BJ, Bell EA, Castellanos H, Chow M, Pelkman CL, Thorwart ML (1999) Energy density but not fat content of foods affected energy intake in lean and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 96: 863-871.

Rose G (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press : Oxford, UK. 160 p.

Rose G, Day S (1990) The population mean predicts the number of deviant individuals. *British Medical Journal*. 301(6759): 1031-1034.

Rosen DS, Neumark-Stzainer D (1998) Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 23(6): 354-363.

Rosenberg M (1979) *Conceiving the self*. Basic Books: New York.

Rosenzweig MR, Leiman AL (1991) Absorption d'aliments et régulation de l'énergie. Dans : *Psychophysiologie*. Décarie; InterÉditions : Montréal, Chap. 13. pp. 479-503.

Rothman AJ (2004) "Is there nothing more practical than a good theory?": Why innovations and advances in health behavior change will arise if interventions are used to test and refine theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 1: 11. [En ligne] [<http://www.ijbnpa.org/content/1/1/11>] (23 septembre 2004).

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

Sallis JF, Bauman A, Pratt M (1998) Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*. 15(4): 379-97.

Sallis JF, Owen N (2002) Ecological models of health behavior. In : *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Glanz K, Rimer BK, Marcus Lewis F (Eds). Jossey-Bass : San-Francisco, Chap.20, pp. 462-484.

Saltzman E, Benotti PN (1998) The effect of obesity on the cardiovascular system. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 29. pp. 637-650.

Santé Canada (2000) *L'approche Vitalité. Guide des animateurs*. Ministre des travaux publics et des Services gouvernementaux. Service des publications de Santé Canada : Ottawa, N° cat. H39-525/2000F. [En ligne] [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/vitality_approach_f.pdf] (7 septembre 2003).

Santé Canada (2002) *Santé Canada examine l'innocuité de la sibutramine (MERIDIA)*. Avis. 27 mars 2002. [En ligne] [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2002/2002_21f.htm] (16 janvier 2003).

Santé Canada (2003a) *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. Service des publications de Santé Canada: Ottawa, N° cat. H49-179/2003F, 43 p.

Santé Canada (2003b) *Saine alimentation – Le point de vue des consommateurs*. Résumé des résultats de l'étude qualitative. Mai 2003. No cat H44-34/2-2003F-PDF.

Santé Canada (2003c) *Point de vue des consommateurs sur une saine alimentation* – Sommaire de la recherche quantitative. Octobre 2003. No cat H44-55/2003F-PDF.

Santé Canada (2003d) *Santé Canada présente au public ses conclusions sur le profil d'innocuité de MERIDIA© (sibutramine)*. Avis. 28 février 2003. [En ligne] [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2003/2003_07.htm] (25 septembre 2004).

Santé et Bien-être Social Canada (1991) *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité*. Direction générale des services et de la promotion de la santé. Ministère des Approvisionnement et Services Canada : Ottawa, N° cat. H39-201/1991F, 68 p.

Santé et Bien-être social Canada (1993) Stephen T, Fowler Graham D (sous la direction de). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990: Rapport technique*. Ministère des Approvisionnement et Services Canada: Ottawa, p. 360.

Saris WHM (2002) Metabolic effects of exercise in overweight individuals. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). The Guilford Press : New-York, Chap. 89. pp. 495-499.

Satter H (1996) Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children. *Journal of American Dietetic Association*. 96: 860-864.

Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL (1999) Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss : Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67: 260-266.

Schaefer C (1997) *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 : Montréal.

Schaefer C, Mongeau L (2000) *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*. Collectif action alternative en obésité : Montréal, 87 p.

Schlichting P, Hoilund-Carlsen PF, Quade F (1981) Comparison of self-reported height and weight with controlled height and weight in women and men, *International Journal of Obesity*. 5(1): 67-76.

Schulz LO, Schoeller DA (1994) A compilation of total daily energy expenditures and body weights in healthy adults. *American Journal of Clinical Nutrition*. 60(5): 676-681.

Schutz Y, Jéquier É (1998) Resting energy expenditure, thermic effects of food, and total energy expenditure. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 20. pp. 443-456.

Schwartz MB, Brownell KD (2004) Obesity and body image. *Body Image*. 1: 43-56.

Schweiger U, Tuschl RJ, Platte P, Broocks A, Laessle RG, Pirke KM (1992) Everyday eating behavior and menstrual function in young women. *Fertility and Sterility*. 57(4): 771-5.

Seid RP (1994) Too "Close to the Bone": The historical context for women's obsession with slenderness. In : *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Fallon P, Katzman MA, Wooley SC (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 1. pp. 3-16.

Seidell JC (1998) Dietary fat and obesity : An epidemiologic perspective. *American Journal of Clinical Nutrition*. 67(S): S546-S550.

Seidell JC (1999) Prevention of obesity : The role of the food industry. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 9(1): 45-50.

Seidell JC, Flegal KM (1997) Assessing obesity: classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*. 53(2): 238-52.

Seidell JC, Tijhuis (2002) Obesity and quality of life. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, CG Fairburn (Eds), The Guilford Press : New York, Chap. 70. pp. 388-392.

Selzer R, Caust J, Hibbert M, Bowes G, Patton G (1996) The association between secondary amenorrhea and common eating disordered weight control practices in an adolescent population. *Journal of Adolescent Health*. 19(1): 56-61.

Shepherd R (1999) Social determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*. 58: 807-812.

Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC (Eds) (1999) *Modern Nutrition in Health and Disease*. 9th edition. Lippincott Williams & Wilkins : Baltimore, 1951 p.

Silventoinen K, Sans S, Tolonen H, Monterde D, Kuulasmaa K, Kesteloot H, Tuomilehto J for the WHO MONICA Project (2004) Trends in obesity and energy supply in the WHO MONICA Project. *International Journal of Obesity*. 28: 710-718.

Snijders TAB, Bosker RJ (1999) *Multilevel Analysis : An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. Sage Publications : London, 266 p.

Sobal J (1999) The size acceptance movement and the social construction of body weight. In : *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems*. Sobal J, Maurer D (Eds). Aldine De Gruyter : New York, Chap.12. pp. 231-249.

Sobal J, Stunkard AJ (1989) Socioeconomic status and obesity : A review of the literature. *Psychological Bulletin*. 105: 260-275.

Sobal J, Maurer D (1999) Body weight as a social problem. In : *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems*. Sobal J, Maurer D (Eds). Aldine De Gruyter : New York, Chap.1. pp. 3-8.

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

Statistique Canada (2000) Concurrence dans les services de restauration durant les années 1990. *Le Quotidien*, Le vendredi 14 avril 2000. [En ligne] [<http://www.statcan.ca/daily/Francais/000414/q000414a.htm>] (18 août 2003).

Statistique Canada (2002) *Rapport de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000/2001*. [En ligne] [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/122>] (6 août 2003).

Statistique Canada (2003) Dépenses alimentaires des ménages. *Le Quotidien*, Le vendredi 21 février 2003 février. [En ligne] [<http://www.statcan.ca/daily/Francais/000414/q000414a.htm>] (18 août 2003).

Stearns PN (1997) *Fat History. Bodies and beauty in the Modern West*. University Press : New York, 294 p.

Steinhardt MA, Nagel L (1995) Effectiveness of the overcoming overeating approach to the problem of compulsive eating. In : *When Women Stop Hating their Bodies*. Hirschmann JR, Munter CH (Eds), Fawcett Columbine : New York, pp. 329-345.

Steinhardt M, Bezner JR, Adams TB (1999) Outcomes of a traditional weight control program and a non-diet alternative : A one-year comparison. *Journal of Psychology*. 5: 495-513.

Stewart AW, Jackson RT, Ford MA, Beaglehole R (1987) Underestimation of relative weight by use of self-reported height and weight, *American Journal of Epidemiology*. 125(1): 122-126.

Stice ERP, Cameron RP, Killen JD, Hayward C, Taylor CB (1999) Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(6): 967-974.

St-Jeor ST, Silverstein LJ, Shane SR (1996) Obesity. In : *Nutrition and Women's Health*. Krummel DA, Kris-Etherson PM (Eds). Aspen Publishers : New York, Chap. 12. pp. 353-382.

Stotland S, Zuroff DC (1991) Relation between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight control program. *Behavior Therapy*. 22(1): 47-59.

Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ (2000) New NHLBI clinical guidelines for obesity and overweight: will they promote health? *American Journal of Public Health*. 90(3): 340-3.

Strohl KP, Strobel RJ, Parisi RA (1998) Obesity and pulmonary function. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds). Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 34. pp. 725-740.

Stuart RB, Mitchell C (1985) Indirection in the management of obesity : A new treatment rationale. In : *Dietary Treatment and Prevention of Obesity*. Frankle RT (Ed). John Libbey : London, Chap. 5. pp. 31-45.

Stunkard AJ, Penick SB (1979) Behavior modification in the treatment of obesity. The problem of maintaining weight loss. *Archives of General Psychiatry*. 36(7): 801-806.

Swinburn B, Egger G, Raza F (1999) Dissecting obesogenic environments : The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*. 29(6 Pt 1): 563-70.

Tanco S, Linden W, Earle T (1998) Well-being and morbid obesity in women : A controlled therapy evaluation. *International Journal Eating Disorders*. 23: 325-339.

Tavani A, Negri E, La Vecchia C (1994) Determinants of body mass index : A study from northern Italy. *International Journal of Obesity*. 18(7): 497-502.

Telch CF, Agras WS, Rossiter EM, Wilfley D, Kenardy J (1990) Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: an initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58(5): 629-635.

Therrien L (1995) *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Volume 1. Poids corporel. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec, Chap. 7. pp. 109-123.

Thompson JK (1995) Assessment of body image. In : *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems*. Allison B (Ed). Sage Publication: Thousands Oaks, Chap. 4. pp. 119-148.

Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S (1999) *Exacting Beauty. Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbances*. American Psychological Association : Washington, 396 p.

Thompson B, Coronado G, Snipes SA, Puschel K (2003) Methodologic advances and ongoing challenges in designing community based health promotion programs. *Annual Review of Public Health*.24: 315-340.

Timperio A, Cameron-Smith D, Burns C, Crawford D (2000) The public's health response to the obesity epidemic in Australia : Weight concerns and weight control practices of men and women. *Public Health Nutrition*. 3(4): 417-424.

Tones K (1987) Devising strategies for preventing drug misuse : The role of the Health Action Model. *Health Education Research*. 2(4): 305-317.

Tones K, Tilford S (2001) *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Nelson Thornes, Cheltenham, 524 p.

Tremblay A, Despres JP, Maheux J, Pouliot MC, Nadeau A, Moorjani S, Lupien PJ, Bouchard C (1991) Normalization of the metabolic profile in obese women by exercise and a low fat diet. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 23(12): 1326-31.

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

Trustwell AS (1999) Dietary Goals and guidelines : National and international perspectives. In : *Modern Nutrition in Health and Disease*. Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC (Eds). 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins : Baltimore, MA, Chap. 104. pp 1727-1741.

USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (1988) *Surgeon General's Report on Nutrition and Health*. U.S. Department of Health and Human Services publ., PHS 88-50210. Washington, DC : U.S. Government Printing Office.

USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (1996) *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (2001) *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. [Rockville, MD]: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General: Washington. [En ligne] [<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/cover.htm#citation>] (13 février 2002).

USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) (2002) Behavioral counseling in primary care to promote physical activity : Recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*. 137(3): 205-207.

USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) (2003a) Behavioral counseling in primary care to promote healthy diet : Recommendations and rationale. *American Journal of Preventive Medicine*. 24(1): 93-100.

USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) (2003b) Screening for obesity in adults : Recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*. 139(11): 930-932.

Valdez R, Gregg EW, Williamson DF (2002) Effects of weight loss on morbidity and mortality. In : *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, CG Fairburn (Eds), The Guilford Press : New York, Chap. 88. pp. 490-494.

Vallières EF, Vallerand RJ (1990) Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *Journal International de Psychologie*. 25: 305-316.

van den Berg P, Wertheim EH, Thompson JK, Paxton SJ (2002) Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females : A replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*. 32(1): 46-51.

Van Loan MD, Keim NL (2000) Influence of cognitive eating restraint on total-body measurements of bone mineral density and bone mineral content in premenopausal women aged 18-45 years : A cross-sectional study. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2000 72(3): 837-43.

van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB (1986) The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of Eating Disorders*. 5(2): 295-315.

Visscher TLS, Seidell JC (2001) The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health*. 22: 355-75.

Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GD (1989) Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *International Journal of Obesity*. 13 Suppl 2: 39-46.

Wadden TA, Van Itallie TB, Blackburn GL (1990) Responsible and irresponsible use of very-low-calorie diets in the treatment of obesity. *Journal of the American Medical Association*. 263(1): 83-5

Wadden TA, Berkowitz RI (2002) Very-Low-Calorie Diets. In : *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press : New York, Chap. 96. pp. 534-538.

Wadden TA, Osei S (2002) The treatment of obesity : An overview. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 11. pp. 229-248.

Wadden TA, Phelan S (2002) Behavioral assessment of the obese patient. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 10. pp. 186-226.

Wadden TA, Womble LG, Stunkard AJ, Anderson DA (2002) Psychosocial consequences of obesity and weight loss. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 8. pp. 144-172.

Wardle J (1987) Eating style : a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 31(2): 161-169.

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

Wardle J, Griffith J, Johnson F, Rapoport L (2000) Intentional weight control and food choice habits in a national representative sample of adults in the UK. *International Journal of Obesity*. 24: 534-540.

Wardle J, Griffith J (2001) Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55(3): 185-90.

Wardle J, Waller J, Fox E (2002) Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*. 27(4): 561-73.

Waysfeld B, Guy-Grand B (1985) La psychologie de l'obèse. *La pratique Médicale*. 13: 33-36.

Weitz R (1998) A history of women's bodies. In : *The Politics of Women's Bodies*. Weitz R (Ed). Oxford University Press : New York, Chap. 1. pp. 3-11.

Westenhoefer J, Stunkard AJ, Pudel V (1999) Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*. 26(1): 53-64.

Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J (2002) Evaluating primary care behavioral counseling interventions : an evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*. 22:267-284.

WHO (1995) *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series N^o. 854. World Health Organization : Geneva.

WHO (2000) *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series N^o 894. World Health Organization : Geneva, 252 p.

WHO (2003) *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series N^o 916. World Health Organization : Geneva, 149 p.

Willett WC (1998a) Is dietary fat a major determinant of body fat ? *American Journal of Clinical Nutrition*. 67(S): S556-S562.

Willett WC (1998b) Dietary fat and obesity : An unconvincing relation. *American Journal of Clinical Nutrition*. 68: 1149-1150.

Williamson DA, O'Neil PM (1998) Behavioral and psychological correlates of obesity. In : *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (Eds) Marcel Dekker Inc : New York, Chap. 8. pp. 129-142.

Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V (2002) Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*. 26(8): 1075-1082.

Wilmore JH (1995) Variations in physical activity habits and body composition. *International Journal of Obesity*. 19 (S4): S107-S12.

Wilson GT (1994) Behavioral treatment of obesity : Thirty years and counting. *Advances in Behavioural Research and Therapy*. 16: 31-75.

Wilson GT (1995) The controversy over dieting. In : *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, CG Fairburn (Eds), The Guilford Press : New York, Chap. 17. pp. 87-94.

Wilson GT (1996) Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*. 27: 417-439.

Wing RR (2002) Behavioral weight control. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 14. pp. 301-316.

Wolf N (1991) *The Beauty Myth*. Anchor Books : New York, 348 p.

Womble LG, Wang SS, Wadden TA (2002) Commercial and self-help weight loss programs. In : *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press : New York, Chap. 19. pp. 395-415.

Wooley SC, Wooley OW, Dyrenforth SR (1979) Theoretical, practical and social issues in behavioural treatments of obesity. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 12: 3-25.

Wooley SC, Wooley OW (1984) Should Obesity be Treated At All ? In *Eating and its Disorders*. AJ Stunkard, E Stellar (Eds). Raven Press : New York, pp. 185-192.

WW (Weight Watchers) (2001) *Site complet de WW Canada*. [En ligne] [<http://www.weightwatchers.com/international/Canada/French>] (24 août 2001).

Young LR, Nestle M (2002) The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *American Journal of Public Health*. 92(2): 246-9.

Young L, Swinburn B (2002) Impact of the *Pick the Tick* food information programme on the salt content of food in New Zealand. *Health Promotion International*. 17(1): 13-19.

Yu-Poth S, Zhao G, Etherton T, Naglak M, Jonnalagadda S, Kris-Etherton PM (1999) Effects of the National Cholesterol Education Program's Step I and Step II dietary Intervention programs on cardiovascular disease risk factors : A meta-analysis, *American Journal of Clinical Nutrition*. 67: 632-646.

Zhu S, Wang Z, Heshka S, Heo M, Faith MS, Heymsfield SB (2002) Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. *American Journal of Clinical Nutrition*. 76: 743-749.

Zuzanek J (2000) *Les effets de l'emploi du temps et des contraintes de temps sur les relations parents-enfants*. *Sommaire de rapport de recherche présenté à Santé Canada*, Optimum Publications.

ANNEXES

Annexe 1

Autorisations de reproduction

N.B. Toutes les autorisations de reproduction ont été demandées. Cependant, plusieurs demandes sont restées sans réponse. Les certificats obtenus sont présentés.

Invoice

PAGE 1

Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street
New York, NY 10012
USA

Invoice No.
99901958

Invoice Date
09/04/03

TAXPAYER ID
13-2756263

(212)431-9800 FX:(212)966-6708

Sold

To: LYNE MONGEAU DTP MSC PHD
[REDACTED]

Purchase Order Number

Date Ordered
09/04/03

Date Shipped
09/04/03

Payment Due
12/03/03

Salesperson

Terms
0.00/0 NET 90

Notes

Reference

Description

Amount

PERMISSION TO REPRINT FROM: Eating Disorder and Obesity:
A Comprehensive Handbook, 2002, 2nd Ed, Page 44 and 48

50.00

NONEXCLUSIVE ENGLISH LANGUAGE PRINT RIGHTS AS PER ATTACHED,
GRANTED BY THE COPYRIGHT HOLDER FOR ONE-
TIME USE, CONTINGENT ON PAYMENT WITHIN TWELVE WEEKS.
DOES NOT INCLUDE THIRD PARTY MATERIALS CREDITED THEREIN.

***PLEASE SEND A COPY OF THIS INVOICE WITH YOUR PAYMENT IN
U.S. DOLLARS ON A U.S. BANK.

Message

SubTotal

Sales Tax

Shipping

TOTAL

50.00



LETTRE DE CONSENTEMENT

Sujets expérimentaux

J'ai reçu les informations concernant les objectifs et le déroulement de l'évaluation du programme *Choisir de Maigrir*. J'ai compris les bénéfices que je peux en retirer ainsi que les inconvénients possibles s'il y a lieu. On a répondu à toutes mes questions. On m'a informé que ma participation à l'étude est volontaire et que je pourrai me retirer lorsque je le voudrai.

On m'a assuré que la confidentialité serait assurée. Les questionnaires seront codés et la liste des noms correspondants aux codes sera accessible aux chercheurs seulement. De plus, elle sera détruite à la fin de l'étude. Il est convenu qu'à aucun moment et sous aucune considération de l'information pouvant identifier personnellement ne sera révélée.

Conséquemment, j'accepte de

1- compléter la batterie de questionnaires ainsi qu'être mesurée et pesée.

oui non

2- participer à une session de 14 rencontres du programme *Choisir de Maigrir* et de faire du mieux que je peux les exercices et activités du programme.

oui non

3- revenir après un an pour remplir de nouveau la batterie de questionnaires ainsi qu'être mesurée et pesée.

oui non

NOM _____ SIGNATURE _____

Nous vous remercions beaucoup pour votre collaboration.

Pavillon Marguerite d'Youville
2375, chemin de la Côte Ste-Catherine
bureau 6080
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Telex : 05-25134 MTL code DMD
Télécopieur : (514) 343-5645



LETTRE DE CONSENTEMENT

Sujets témoins

J'ai reçu les informations concernant les objectifs et le déroulement de l'évaluation du programme *Choisir de Maigrir*. J'ai compris les bénéfices que je peux en retirer ainsi que les inconvénients possibles s'il y a lieu. On a répondu à toutes mes questions. On m'a informé que ma participation à l'étude est volontaire et que je pourrai me retirer lorsque je le voudrai.

On m'a assuré que la confidentialité serait assurée. Les questionnaires seront codés et la liste des noms correspondants aux codes sera accessible aux chercheurs seulement. De plus, elle sera détruite à la fin de l'étude. Il est convenu qu'à aucun moment et sous aucune considération de l'information pouvant m'identifier personnellement ne sera révélée.

Conséquemment, j'accepte de:

Compléter la batterie de questionnaires ainsi qu'être mesurée et pesée à trois reprises.

oui ___ non ___

NOM _____ SIGNATURE _____

Nous vous remercions beaucoup pour votre collaboration.

Pavillon Marguerite d'Youville
2375, chemin de la Côte Ste-Catherine
bureau 6080
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Telex : 05-25134 MTL code DMD
Télécopieur : (514) 343-5645

Annexe 2

Origine du programme *Choisir de maigrir* ?

Vers la fin des années 1980, le CLSC de Rosemont à Montréal vise à offrir aux personnes qui sont aux prises avec un problème de poids une intervention mieux adaptée à leurs besoins. Les personnes attendent longtemps pour être vues en consultation, elles continuent d'être suivies pendant des mois, voire des années, et les résultats sont très imparfaits. En outre, les intervenants ont le sentiment que l'approche traditionnelle ne convient pas. En 1982, une équipe du CLSC travaille donc à l'élaboration d'un contenu d'intervention collective et multidisciplinaire, laquelle sera complétée par un groupe d'entraide. Certains établissements au Québec ont déjà développé des programmes basés sur une nouvelle vision des problèmes reliés au poids et c'est aussi à ce moment que le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) organise une formation sur l'obésité à l'intention des intervenants de son réseau. Cette effervescence est propice au développement d'un programme novateur. Au début de 1983, une première version d'un programme de 30 heures est prête à être livrée. Dès la première expérience, il s'avère que 30 heures sont nettement insuffisantes et le contenu est réaménagé en 14 rencontres, ce qui en fait un programme parmi les plus intensifs du genre. Puis pendant quelques années encore, au fil des lectures, de l'expérience et du partage avec d'autres intervenants, des ajustements au programme sont apportés.

Un enthousiasme grandit de toutes parts pour ce nouveau programme. Cependant, les intervenants se font questionner, notamment par les médecins, sur la justesse de l'objectif de ce programme développé à l'intention des grosses personnes et qui ne fait pas maigrir. En retour, ce questionnement fait émaner le besoin de se sécuriser professionnellement quant au but du programme et aussi de perfectionner ce mode d'intervention particulier qui tranche avec l'approche plus traditionnelle d'éducation à la santé. Un mouvement pour satisfaire le besoin de soutien émerge donc de la part des intervenants. En 1986, se tient une première rencontre d'intervenants et d'intervenantes qui pratiquent cette nouvelle approche. Les échanges fructueux de ce

groupe mènent à une formalisation du groupe et à la création du Collectif action alternative en obésité (CAAO). Pendant 5 ans se tiennent des réunions régulières, qui permettent de peaufiner l'approche et d'écrire des articles qui suscitent beaucoup d'intérêt. En 1991, le CAAO passera d'un regroupement d'intervenants en un organisme sans but lucratif possédant sa charte et sa pleine autonomie.

Après les demandes d'informations sur le CAAO et sur *Choisir de maigrir ?* viennent les demandes de formation. Les premières personnes formées, vers 1987, l'ont été par l'observation directe d'un groupe. Les demandes de formation se faisant de plus en plus nombreuses et venant maintenant de partout au Québec, l'observation hebdomadaire n'est plus possible. En réponse à cette demande, le CLSC de Rosemont développe en 1991 un séminaire de formation qui est ensuite repris par le CAAO.

Depuis 1982, *Choisir de maigrir ?* a surtout été offert dans les CLSC au Québec et dans les centres de santé communautaires francophones en Ontario. Il a également été offert par des Centres de femmes et aussi à titre privé. À la fin des années 1990, il a été estimé que depuis ses débuts, environ 2 500 femmes avaient suivi le programme

Annexe 3

Modèle d'intervention du programme *Choisir de maigrir ?*

Un cadre ou modèle est un outil qui sert à guider la planification et la réalisation de toute intervention de santé, tels un programme de santé ou une politique publique saine. On peut dire qu'un cadre conceptuel remplit plusieurs fonctions. Il permet de prendre en considération un ensemble de facteurs qui influencent les comportements de santé et l'état de santé, et favorise ainsi la planification d'un bon programme. Et puisque les facteurs en jeu sont souvent nombreux et interreliés, l'application du cadre oriente l'action sur les déterminants les plus importants ou les plus susceptibles d'être modifiés. Il favorise la création d'une structure logique à l'intervention, et facilite l'évaluation en permettant l'identification des variables à l'étude. Finalement, et c'est le cas ici, le modèle d'intervention donne une vue globale de l'intervention et permet aux intervenantes de bien comprendre comment s'articule le programme, quels résultats sont attendus et quelles en sont les limites.

Le modèle retenu pour développer *Choisir de maigrir ?* est le *Health Action Model*, de Keith Tones (1987 ; Tones et Tilford 2001) (il se trouve après ce texte). Ce choix est justifié par le fait que ce cadre comprenait le meilleur éventail des facteurs dont on voulait tenir compte dans *Choisir de maigrir ?*. Notamment, on retrouve dans ce modèle certains concepts qu'aucun autre modèle ne prend en considération, par exemple, les pulsions, élément important dans la problématique du poids. De plus, les notions de rapport coût/bénéfices et de prise de décision, centrales à *Choisir de maigrir ?* ressortent bien. En outre, le *Health Action Model* favorise une compréhension plus globale de la problématique et de ses interrelations avec les autres éléments qui concourent à un changement durable à l'égard du poids et de l'image corporelle (le soutien social et l'action socio-politique). En effet, pour réduire de manière durable les problèmes de santé, diverses actions sont requises, lesquelles doivent de préférence agir en synergie et en complémentarité. Il est illusoire de croire qu'un programme seul, même s'il est très bon, puisse éliminer le problème de

surpoids dans un environnement où les personnes sont sur-sollicitées par la publicité, l'abondance de nourriture peu chère et extrêmement accessible, et sont enclines à adopter un mode de vie sédentaire. Et il est tout aussi illusoire de penser qu'un programme ayant une durée limitée et s'adressant à un groupe restreint de personnes puisse éradiquer l'obsession de la minceur dans une société où tous les modèles féminins ont un indice de masse corporelle en-dessous de la zone normale. Des actions complémentaires agissant en synergie visant l'individu, les environnements, et favorisant le soutien social constituent un amalgame prometteur.

Le modèle d'intervention proposé pour *Choisir de maigrir ?* positionne divers éléments en jeu dans les problèmes reliés au poids. Il est organisé en deux grandes sections : la première, illustrée à gauche du schéma, décrit le programme et s'intéresse au cheminement individuel menant à une prise de décision et à une intention d'agir, et la seconde section, se situant à droite concerne le passage de l'intention à l'action et à la persistance du changement dans le temps par l'action du soutien social et des politiques publiques saines.

1 - Les deux grandes constituantes du modèle

A - Le cheminement individuel

Le cheminement individuel est représenté par un réseau interactif de quatre composantes : les caractéristiques individuelles, le système de croyances, le système motivationnel et le système normatif. Au centre de ce réseau se trouve le traitement de l'information qui, dans le cas de *Choisir de maigrir ?* concerne l'information qui circule via les activités du programme : 1) celle issue des partages entre les participantes, 2) celle venant des lectures ou des exposés, 3) celle tirée de l'observation et de l'expérimentation suscitées par le programme, et finalement 4) celle disponible dans l'environnement. Cette information doit être perçue, reçue, traitée et intégrée par la personne. En plus de devoir traiter l'information pour faire des choix éclairés, il est nécessaire de posséder des habiletés de résolution de problèmes et de prise de décision. Et le processus de traitement de l'information peut

fonctionner dans deux sens : les intrants informationnels peuvent modifier les croyances, ou en créer de nouvelles. En revanche, les croyances peuvent bloquer ou déformer l'information, comme dans le cas d'une fuite défensive. La prise de décision se traduit ensuite généralement par une intention d'agir, laquelle devrait améliorer la qualité de la vie.

B - Le passage de l'intention à l'action

L'intention d'agir d'une personne ne dépend pas que d'elle. Le modèle illustre l'environnement culturel, social, politique, économique dans lequel gravitent les institutions, des services, des normes, etc. Alors que *Choisir de maigrir ?* fournit des intrants nécessaires au cheminement individuel, les forces présentes dans l'environnement doivent être maîtrisées ou modifiées par d'autres moyens. À droite dans le schéma sont illustrés les éléments qui concourent à modifier des facteurs chez les individus (p. ex. : le programme *Choisir de maigrir ?*) mais aussi des actions, politiques publiques saines ou modifications des environnements par diverses mesures, qui visent à changer les environnements afin que « les choix sains soient faciles à faire et les choix moins sains, plus difficiles » (Milio 1981). L'élément intermédiaire est le soutien social qui peut être concrétisé dans notre cas par des groupes d'entraide. Ces groupes peuvent favoriser le maintien des comportements acquis par les individus pendant le programme, mais peuvent permettre de passer à une autre étape, soit de s'engager dans l'action socio-politique et d'agir comme une force de mobilisation pour revendiquer ou soutenir les changements dans les environnements.

2 - Description des éléments du cheminement individuel

A - Les caractéristiques personnelles

Cet élément constitue un ajout au modèle original de Tones (1987), qui tout en considérant implicitement les caractéristiques personnelles, ne les représentait pas comme tel. Il est important de toujours prendre en considération la personne telle

qu'elle est au départ avec son bagage biologique et psychologique, tout en considérant ses expériences antérieures et ce qu'elles ont laissé imprimé dans le conscient et l'inconscient de la personne. C'est ici que pourront être considérés les facteurs étiologiques de nature biologique comme l'hérédité, l'arrêt du tabac, la prise de certains médicaments. Les caractéristiques personnelles sont prises ici dans leur aspect le plus objectif possible, contrairement au système de croyances ou au système motivationnel dans lesquels on pourra retrouver l'interface plus subjective des caractéristiques personnelles. Par exemple, une personne peut avoir de bonnes habiletés sociales à communiquer un message clair à autrui. Elle pourrait toutefois avoir une perception négative de ses habiletés de communication. La formulation du modèle qui situe ces deux éléments de façon distincte permet plus aisément de comprendre la problématique et de cerner où l'action doit être dirigée.

De plus, des facteurs qui qualifient la personne au regard de son environnement, tels que le statut socioéconomique, le type et l'environnement de travail, la famille et les interrelations qui en découlent déterminent aussi ses choix et ses capacités à agir. C'est donc ici que pourront être identifiées les barrières à l'action (facteurs non facilitants) qui se trouvent dans le micro-environnement (proche et en interface direct avec la personne).

B - Le système de croyances

Une croyance est l'action ou le fait de croire qu'une chose est vraie, vraisemblable ou possible (*Le Petit Robert* 1976). On peut dire qu'une croyance est le fait de tenir une proposition pour vraie avec certaines raisons à l'appui, mais sans posséder la preuve qu'elle est vraie. Dans ce sens, on peut dire que la croyance se situe entre l'opinion irréfléchie (non fondée) et la connaissance (Nadeau 1999). La croyance, la connaissance, l'attitude et la perception sont des concepts assez proches les uns des autres. Les connaissances sont caractérisées par l'objectivité, par le fait qu'on peut, hors d'un doute raisonnable, faire une démonstration pour confirmer la relation dont il est question.

En fait, les croyances semblent plus intrinsèques à la personne que les connaissances. On pourrait dire que la croyance est le résultat d'avoir fait siennes certaines connaissances, de les avoir adopter, de les avoir intégrer à son schème de référence.

Selon Fishbein (1976 *cité dans* Tones et Tilford 2001), les croyances présentent deux caractéristiques importantes. D'abord, elles peuvent être saillantes ou latentes. Toutes les croyances ne s'affirmeraient pas du même coup. Les individus auraient un certain nombre de croyances qui opèrent à un moment donné, lesquelles peuvent ensuite et de façon transitoire être remplacées par d'autres, pas nécessairement nouvelles, mais qui étaient auparavant latentes. L'intervention peut, par exemple, tenter de « ramener à la surface » certaines croyances dans le but de favoriser le changement de comportement. L'autre caractéristique est que les croyances n'ont pas toutes la même importance et que leur influence sur le comportement varie.

Dans le système de croyance présenté dans le modèle, quatre types de croyances sont nommés explicitement. Les **croyances attributionnelles** font référence au degré d'acceptabilité qu'une personne démontre envers une relation causale; par exemple, avoir un IMC de 28 cause le diabète de type 2. Cela comprend aussi la croyance qu'une solution agira sur le problème. Il va sans dire que relativement à l'obésité, la croyance en regard du succès de l'intervention débute avec un important déficit. Les trois autres types de croyances réfèrent à la personne. Les **croyances en sa susceptibilité personnelle** sont extrêmement importantes dans les modèles de changement de comportements de santé, car malgré la présence d'une croyance de type attributionnelle, si la personne ne se croit pas susceptible d'être menacée par l'attribut, elle est évidemment moins encline à modifier son comportement. Les **croyances générales par rapport à soi** sont regroupées sous le terme « concept de soi », qui est connu en psychologie comme étant une représentation que la personne se fait d'elle-même; de l'ensemble des idées, des perceptions et des valeurs qui la caractérisent. La **croyance en sa capacité d'agir** a été départagée du concept de soi, concept plus large, car *Choisir de maigrir ?* vise l'accroissement de plusieurs sous-

concepts reliés à la capacité d'agir et qui opérationnalisent l'*empowerment*, tels que l'efficacité personnelle et la maîtrise de soi.

C - Le système motivationnel

Le système motivationnel décrit un système complexe d'éléments qui détermine les attitudes de l'individu à l'égard d'une action spécifique et son intention de l'adopter. Le système de valeurs d'une personne constitue un élément central du système motivationnel et font référence à ce qui est bien, beau, bon et important selon le jugement d'une personne plus ou moins en accord avec le jugement de la société de l'époque (*Le petit Robert* 1976). Les valeurs sont acquises au long du processus de socialisation de la personne. Elles recourent les croyances, mais sont plus larges et plus chargées émotionnellement. Elles représentent les éléments les plus importants dans la vie, ce en fonction de quoi on se comporte et qui oriente ses décisions (Tones 1987). On considère que les valeurs se situent très en amont dans la structure mentale et émotionnelle d'une personne, et comme étant un facteur qui détermine les attitudes. Les attitudes sont beaucoup plus spécifiques et représentent un sentiment favorable ou défavorable envers un objet, une action, un événement (Tones et Tilford 2001). D'une même valeur peuvent découler plusieurs attitudes en lien avec un sujet donné. Il peut donc y avoir un conflit entre des valeurs ou des attitudes. On désigne ceci comme étant la dissonance cognitive (Festinger 1957 *cité dans* Tones et Tilford 2001). La dissonance cognitive est un état de contradiction entre les attitudes, les croyances, les valeurs et les comportements. Cet état crée un inconfort tel que l'individu devient motivé à le réduire (Tones et Tilford 2001). La dissonance est réduite de différentes façons, soit en changeant le comportement, soit par une attitude de négation. Il est possible de se servir de la dissonance cognitive comme levier de changement, c'est-à-dire en faisant apparaître de façon plus saillante les contradictions, notamment par une technique nommée « clarification des valeurs ». Un tel exercice est exécuté dans *Choisir de maigrir ?* à la rencontre 9.

Les pulsions sont une autre composante du système motivationnel. Peu de modèles théoriques incorporent cet élément. Le *Health Action Model* reconnaît que certaines influences fondamentales et puissantes peuvent l'emporter sur des valeurs et des attitudes acquises. Le terme pulsion se réfère à des forces innées, spécifiques à l'espèce telles que la faim, le désir sexuel ou la douleur. Par exemple, une personne peut être tout à fait convaincue de l'importance de se protéger adéquatement lors d'une relation sexuelle, mais passer outre dans un moment de grand désir. Le terme signifie aussi, dans ce contexte, les forces qui découlent de l'assuétude (Tones et Tilford 2001). En lien avec les pulsions, Tones et Tilford (2001) indiquent que dans certains cas, les comportements excessifs (frénésie alimentaire ou alcoolique) ou à risque (sports extrêmes), jouent un peu le même rôle que les pulsions; ils ont cependant un caractère acquis plutôt qu'inné. Prendre des risques représente pour certaines personnes un renforcement positif à repousser encore plus loin la limite ou à la contrôler, sans oublier les effets physiologiques ressentis (sécrétion d'endorphine). Delk (1980 *cité dans* Tones et Tilford 2001) décrit les comportements à haut risque comme une forme de comportement réducteur de tensions ayant un caractère d'addiction associé à la sécrétion d'hormones de stress intoxicantes. Dans ces cas, la croyance en sa susceptibilité n'est plus pertinente comme élément déterminant du changement de comportement, car la susceptibilité devient un ingrédient recherché dans le maintien du comportement (d'où le facteur de renforcement mentionné ci-dessus). La composante des pulsions, ou ses variantes qui passent par les comportements à haut risque comme facteurs de pouvoir ou de contrôle, pose un grand défi aux intervenants, les bases rationnelles du comportement s'en trouvant complètement déboulochées.

L'estime de soi est l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même, de la valeur qu'elle s'accorde. Si le concept de soi représente la somme des perceptions et croyances à l'égard de soi-même, l'estime de soi est la somme des attitudes aux attributs décrits dans le concept de soi. Il s'agit du pendant affectif du concept de soi (Tones 1987).

Le système de croyances et le système motivationnel sont en relation réciproque l'un avec l'autre, en mouvement constant. Les croyances génèrent des attitudes, mais les différents éléments de la motivation affectent les croyances par le biais des mécanismes d'attention sélective ou encore des mécanismes de défense.

D - Le système normatif

Les comportements des individus sont influencés par les réactions anticipées des personnes autour de soi. Ce postulat a été avancé il y a longtemps par Fishbein (1976 *cité dans* Tones et Tilford 2001) et a été depuis considéré comme un déterminant important des comportements. Parmi les personnes autour de soi, il y a les personnes significatives et les pairs, mais il y a aussi toutes les autres personnes dont toutes les opinions confondues constituent la norme sociale. Selon que l'on considère le groupe se situant immédiatement autour de soi ou la société en général, on pourra parler de normes communautaires ou sociales. Chaque milieu de travail ou chaque école possède ses normes. On utilisera parfois l'expression « culture du milieu » pour parler des normes communautaires. Notre société est soumise à de multiples normes, qui constituent en fait ce qui est attendu de nous afin d'être conforme à l'ensemble du groupe. Évidemment, se comporter conformément à la norme est en interaction avec les croyances et les caractéristiques de la personne. Bien que personne ne puisse probablement affirmer être totalement imperméable à ce que les autres pensent, l'importance de ce déterminant du comportement variera selon les personnes.

Il faut se rappeler que la norme est subjective et diffère de la réalité. Par exemple, même si environ 14 % de la population féminine se situe dans la catégorie d'un IMC inférieur à 18,5 kg/m² (Ledoux et Rivard 2000), la présence quasi-unique de mannequins très maigres dans les revues amène à considérer la minceur comme un idéal de beauté et de poids et constitue une norme de poids et de beauté. Encore une fois, cette norme subjective n'a rien à voir avec la réalité. Ceci ne lui enlève pas son importance, et le modèle d'intervention permet de voir qu'elle peut influencer le système de croyances et le système motivationnel. Par exemple, malgré que l'on

puisse connaître la contribution de la génétique à l'obésité, si notre groupe de pairs véhicule que les grosses personnes mangent mal et sont paresseuses, il se peut alors que nous n'arrivions pas à croire à la contribution des gènes, et que nous adoptions une opinion conforme à la norme de notre communauté.

E - Le rapport coûts/bénéfices et la prise de décision

À l'interface des système de croyances et motivationnel se trouve la « balance décisionnelle ». La « balance décisionnelle » est l'élément central de la prise de décision tel qu'élaboré par les théoriciens de la prise de décision Janis et Mann (1977). Il s'agit en fait du rapport entre les avantages (bénéfices) et les désavantages (coûts) du changement pondérés à la lumière des besoins et des valeurs de la personne. De cette balance décisionnelle émerge une décision que l'on croit éclairée parce qu'elle a été prise sur la base d'une analyse complète en tenant compte du maximum de facteurs possibles, soit tous les éléments du modèle, ceci après un processus de prise de conscience, d'exploration et d'analyse approfondie. On pose ensuite l'hypothèse qu'une décision éclairée, peu importe sa nature (maigrir, ne pas maigrir, modifier autre chose que le poids, etc.) devrait mener à une meilleure qualité de vie parce qu'elle aura notamment décreu la dissonance cognitive, qu'elle aura permis de lâcher prise à certains objectifs irréalistes (maigrir va améliorer ma relation de couple), parce qu'elle aura diminué certaines tensions et sentiments négatifs (la honte et la culpabilité), ou parce qu'elle aura donné une orientation claire et une direction aux actions (élaboration du plan d'action).

Références

Janis IL, Mann L (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*. Free Press : New-York, 488 p.

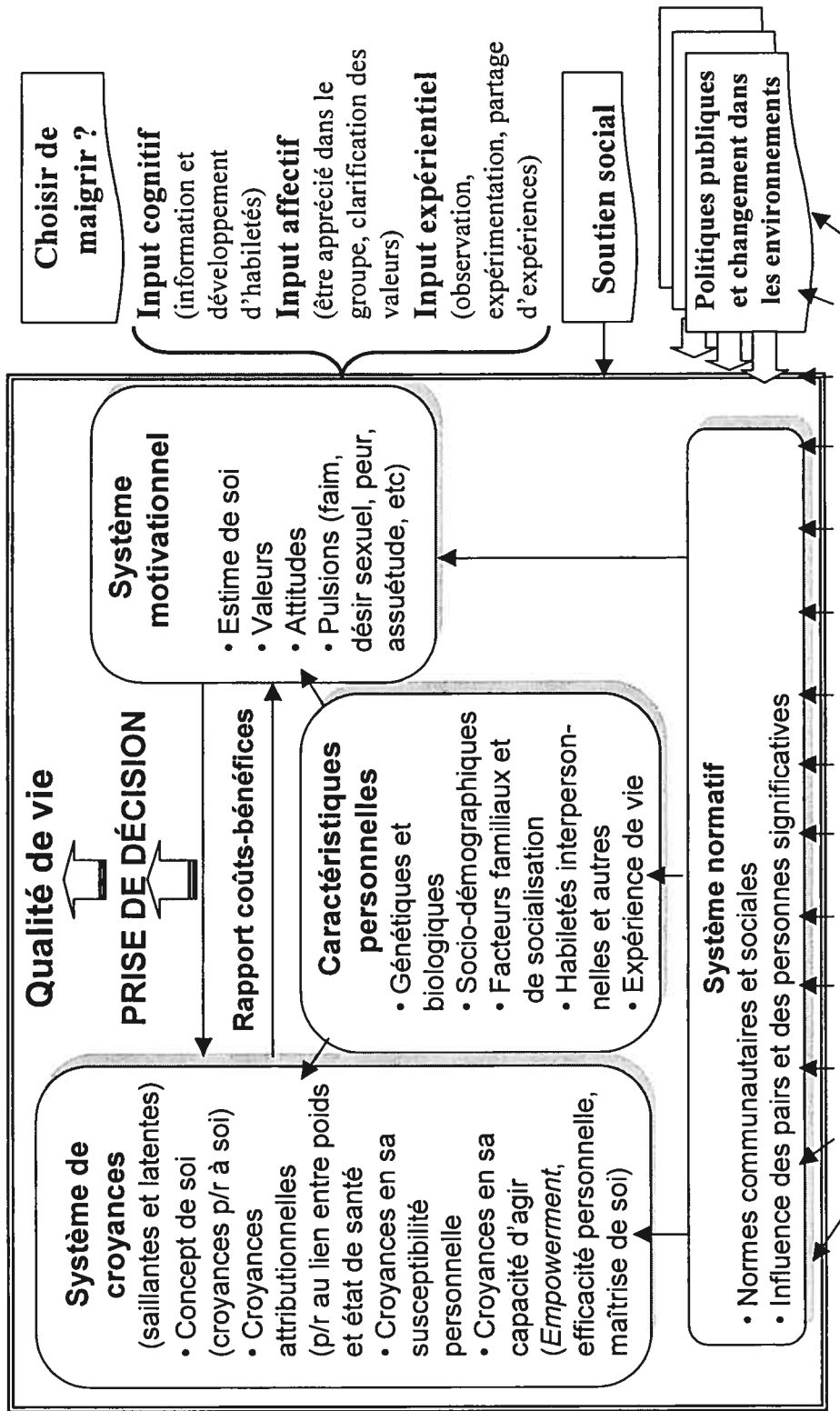
Milio N (1981) *Promoting Health Trough Public Policy*. FA Davis Pub : Philadelphia, 359 p.

Nadeau R (1999) *Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie*. Presses universitaires de France : Paris, 863 p.

Tones K (1987) Devising strategies for preventing drug misuse : The role of the Health Action Model. *Health Education Research*. 2(4): 305-317.

Tones K, Tilford S (2001) *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Nelson Thornes, Cheltenham, 524 p.

Modèle d'intervention du programme Choisir de maigrir ?




Annexe 4

Maquette des objectifs et activités du programme *Choisir de maigrir ?*

Source : *Choisir de maigrir ?* Guide pour les intervenants, CAAO, 2003.

Légende des activités

	= Rencontre
A	= Analyse
IM	= Imagerie mentale
JFP	= Je fais le point
MC	= Mise en commun
MS	= Mise en situation
RM	= Remue-méninges

Objectifs détaillés et activités en lien avec chacun

I. Explorer les diverses dimensions de soi-même et de son problème de poids

I.1 Explorer la dimension relative à son poids

- | | |
|---|--|
| 1.1.1 connaître son poids au début du programme | R1 Pesée |
| 1.1.2 susciter une prise de conscience sur les sentiments et les comportements générés par la pesée | R1-R2 Pesée
R2 Réflexion sur le pèse-personne |
| 1.1.3 examiner l'effet de son poids et de son apparence dans ses rapports avec les autres | R3 IM Retour aux origines
R7 MS Les autres... face à mon corps...
R8 Atelier – Culture et image corporelle
R9 IM Rêve sur l'obésité et le poids désiré |
| 1.1.4 déterminer son indice de masse corporelle (IMC) | R4 Exposé sur le bilan énergétique |
| 1.1.5 examiner l'effet de son poids et de son apparence dans ses choix de vie | R8 Atelier – Culture et image corporelle
R9 Exposé – résistances physiologiques...
R9 IM Rêve sur l'obésité et le poids désiré |

I.2 Explorer la dimension relative à son alimentation

- | | |
|---|--|
| 1.2.1 prendre conscience de son rapport à la nourriture | R1 IM La maison de mes rêves
R2-R3-R4 Journal alimentaire
R3 IM Retour aux origines |
| 1.2.2 prendre conscience de la quantité et de la qualité des aliments consommés | R1 Journal alimentaire (1 ^{re} version)
R1 A Alimentation en fonction du GAC |
| 1.2.3 calculer son apport énergétique quotidien moyen | R2 A quantitative du journal alimentaire |
| 1.2.4 déterminer les causes des débordements alimentaires | R2-R3-R4 Journal alimentaire
R6 Type de mangeur ou mangeuse |
| 1.2.5 définir quel type de mangeuse on est | R6 Type de mangeur ou mangeuse |

I.3 Explorer la dimension relative à son corps

1.3.1 explorer le rapport que l'on entretient avec son corps	R2 R3 R4 R6 R7 R8 R9 R10 R11 R12 Petit moment pour se centrer R3 Présentation du journal des activités R5 On passe à l'action R5 Retour sur ce qui vient d'être vécu R7 J'observe mon corps R8 Exercice avec la pâte à modeler R8 Atelier – Culture et image corporelle R9 Exposé – résistances physiologiques... R9 IM Rêve sur l'obésité et le poids désiré
1.3.2 prendre conscience de la quantité et du type d'activités physiques pratiquées	R3 Journal des activités R5 Mon niveau d'activité physique...
1.3.3 calculer sa dépense énergétique quotidienne moyenne	R4 Calcul de la dépense énergétique...
1.3.4 faire le bilan de son expérience passée et présente relativement à l'activité physique	R5 Mon niveau d'activité physique...
1.3.5 explorer les sensations corporelles associées au mouvement	R5 On passe à l'action
1.3.6 explorer les sensations corporelles associées aux signaux de faim et de satiété	R6 Exercice sur la vraie faim
1.3.7 prendre conscience du rôle des organes et des sens dans le geste de manger	R6 Activité sur les sens

I.4 Apprendre à mieux se connaître soi-même ainsi que son fonctionnement

1.4.1 explorer ses réactions face à la nouveauté	R1 R2 R3 R4 R6 R7 R8 R9 R10 R11 Consignes R2 R3 R4 R6 R7 R8 R9 R10 R11 Bilan quotidien des consignes R6 Activité sur les sens R8 Exercice avec la pâte à modeler R11 Dégustation
1.4.2 prendre conscience de son degré de connaissance de soi-même	R2 Mes forces et mes qualités R3 Exposé sur les besoins R7 Identification des personnes-soutien R9 Réflexion sur mes valeurs
1.4.3 prendre conscience de l'utilisation de son temps	R3 Journal des activités
1.4.4 se référer à des expériences antérieures pour anticiper l'avenir	R10 A de ma motivation... R12 Devenir critique face aux PSMA

1.5 Prendre conscience de sa dynamique interpersonnelle

- 1.5.1 prendre conscience de sa façon d'entrer en relation et d'entretenir des relations avec les autres **R7** MS Les autres... face à mon corps...
- 1.5.2 examiner sa façon de réagir envers soi-même et les autres dans des situations difficiles **R7** MS Les autres... face à mon corps...
- 1.5.3 prendre conscience de la quantité et de la qualité de ses relations avec les autres **R7** Identification des personnes-soutien

1.6 Prendre conscience des facteurs environnementaux qui agissent sur l'apparence, le poids et leurs déterminants

- 1.6.1 prendre conscience de l'influence de l'environnement sur ses attitudes et comportements en lien avec le corps **R2-R3-R4** Journal alimentaire
R5 Mon niveau d'activité physique...
- 1.6.2 explorer l'influence des facteurs socioculturels et économiques sur la relation avec le corps **R8** Atelier – Culture et image corporelle
- 1.6.3 prendre conscience des pratiques des « industries du corps » **R8** Atelier – Culture et image corporelle

2. Comprendre son problème dans toutes ses dimensions

2.1 Posséder un bagage de connaissances sur différents aspects des problèmes liés au poids

- EN LIEN AVEC L'OBÉSITÉ **R4** Exposé sur le bilan énergétique
- 2.1.1 connaître la définition de l'obésité et de l'excès de poids
- 2.1.2 connaître les seuils de poids qui délimitent le risque pour la santé **R4** Exposé sur le bilan énergétique
- 2.1.3 apprécier avec justesse les conséquences de l'excès de poids sur la santé physique et mentale **R4** Exposé sur le bilan énergétique
- 2.1.4 connaître les causes physiologiques du gain de poids **R4** Exposé sur le bilan énergétique
R9 Exposé – résistances physiologiques...
- 2.1.5 connaître quelques théories qui expliquent l'obésité **R6** Type de mangeur ou mangeuse
R6 Atelier – sur le geste de manger
R9 Mon moi

2.1 Posséder un bagage de connaissances sur différents aspects des problèmes reliés au poids (suite)

- 2.1.6 examiner les enjeux reliés aux préjugés et à la discrimination à l'égard de l'obésité **R8** Atelier – Culture et image corporelle
-
- EN LIEN AVEC LA RÉGULATION DU POIDS **R2** A quantitative du journal alimentaire
- 2.1.7 avoir un aperçu de la valeur énergétique des aliments
-
- 2.1.8 connaître les variations du poids corporel et les limites de la pesée **R2** Réflexion sur le pèse-personne
-
- 2.1.9 connaître les signaux qui initient ou amènent la cessation de l'acte de manger **R3** RM sur les raisons... mange
-
- 2.1.10 distinguer les contrôles internes d'avec les contrôles externes **R3** RM sur les raisons... mange
R6 J'arrête de manger quand...
R6 Exposé sur le système digestif
-
- 2.1.11 comprendre l'action des multiples facteurs qui déterminent les besoins énergétiques **R4** Exposé sur les besoins énergétiques
R4 Calcul de la dépense énergétique...
-
- 2.1.12 comprendre comment se fait la régulation de l'apport alimentaire et du poids **R4** Exposé sur le bilan énergétique
R6 Exposé sur le système digestif
R9 Exposé – résistances physiologiques...
-
- 2.1.13 comprendre la mécanique de l'amaigrissement **R4** Exposé sur le bilan énergétique
-
- 2.1.14 comprendre les conséquences des traitements inadéquats pour maigrir **R4** Exposé sur le bilan énergétique
R12 Devenir critique face aux PSMA
-
- 2.1.15 comprendre la contribution de l'activité physique au contrôle du poids **R5** Recommandations sur l'activité physique
-
- 2.1.16 comprendre le fonctionnement du système digestif **R6** Exposé sur le système digestif
-
- EN LIEN AVEC LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE **R3** RM sur les raisons... mange
- 2.1.17 dresser une liste des motivations pour manger
-
- 2.1.18 connaître les différences entre les types de mangeuses **R6** Type de mangeur ou mangeuse
-
- EN LIEN AVEC LA SANTÉ **R3** Exposé sur les besoins
- 2.1.19 comprendre l'action des déterminants sur les comportements de santé **R5** Mon niveau d'activité physique...
R9 Réflexion sur mes valeurs
R9 Volonté ou motivation

2.1 Posséder un bagage de connaissances sur différents aspects des problèmes reliés au poids (suite)

- 2.1.20 connaître les bienfaits de saines habitudes de vie sur la santé **R5** Recommandations sur l'activité physique
- 2.1.21 connaître les recommandations du *Guide canadien de pratique de l'activité physique* **R5** Recommandations sur l'activité physique
- 2.1.22 connaître les recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* **R11** Exposé sur l'alimentation

2.2 Établir les liens entre les composantes de son problème

- 2.2.1 préciser les éléments problématiques de son comportement alimentaire **R1** Retour sur **IM** La maison de mes rêves
R1 Journal alimentaire (1^{re} version)
R2-R3-R4 Journal alimentaire
R2 A du journal alimentaire
R3 Retour sur **IM** Le retour aux origines
R6 Type de mangeur ou mangeuse
- 2.2.2 évaluer l'impact de son choix d'aliments sur son poids **R2** **A** quantitative du journal alimentaire
- 2.2.3 identifier les facteurs qui génèrent les comportements alimentaires problématiques **R2-R3-R4** Journal alimentaire
R2 A du journal alimentaire
R3 Retour sur **IM** Le retour aux origines
- 2.2.4 faire la relation entre ses besoins non satisfaits et la compensation alimentaire **R3** Exposé sur les besoins
- 2.2.5 connaître les raisons qui motivent ou nuisent à la pratique d'activités physiques **R5** Mon niveau d'activité physique...
- 2.2.6 estimer la contribution de la pratique d'activités physiques sur son poids **R5** Recommandations sur l'activité physique
- 2.2.7 examiner son problème à la lumière de certaines théories expliquant le comportement alimentaire et/ou l'obésité **R6** Type de mangeur ou mangeuse
R6 Atelier sur le geste de manger
R9 Mon moi
- 2.2.8 effectuer une synthèse à partir d'un ensemble d'éléments qui contribuent au surplus de poids **R6** **JFP** sur mon surplus de poids
R8 **JFP** sur mon rapport avec les autres
R9 **JFP** sur mon rapport avec mon corps
R10 **A** de ma motivation...
R10 **JFP** sur mon potentiel de changement
R11 **JFP** sur mon alimentation
R12 **JFP** sur les consignes
- 2.2.9 pondérer l'importance des différents éléments relatifs à son problème **R10** **A** de ma motivation...

2.3 Identifier les conditions facilitantes et non facilitantes à sa démarche

- | | |
|--|---|
| 2.3.1 analyser ses tentatives antérieures de perte de poids | R9 Grille d'analyse de ma motivation...
R10 MC de la grille d'analyse |
| 2.3.2 découvrir les opportunités et les barrières à sa démarche de changement | R1-R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11
Consignes
R3 A du journal alimentaire
R9 Réflexion sur mes valeurs
R9 Grille d'analyse de ma motivation...
R10 MC de la grille d'analyse |
| 2.3.3 examiner son attitude face à soi-même | R1-R14 Questionnaire de connaissances
R2 Mes forces et mes qualités
R7 J'observe mon corps |
| 2.3.4 comprendre l'effet de l'environnement sur les comportements de santé | R3 A du journal alimentaire
R12 Devenir critique face aux PSMA |
| 2.3.5 cerner les éléments qui ont influencé son développement personnel | R3 IM Retour aux origines
R8 Atelier – Culture et image corporelle |
| 2.3.6 comprendre où l'on se situe dans la pyramide des besoins | R3 Exposé sur les besoins |
| 2.3.7 découvrir des facteurs de motivation et des obstacles inconscients à sa démarche de changement | R3 Exposé sur les besoins
R6 Atelier sur le geste de manger
R7 J'observe mon corps
R9 Réflexion sur mes valeurs
R9 Mon moi
R9 Grille d'analyse de ma motivation...
R10 MC de la grille d'analyse |
| 2.3.8 estimer une probabilité théorique de perte de poids (potentiel d'amaigrissement) | R4 Calcul de la dépense énergétique...
R9 Exposé – résistances physiologiques... |
| 2.3.9 cerner quelles sont ses valeurs les plus importantes | R9 Réflexion sur mes valeurs |

3. Déterminer une orientation et des moyens par rapport à son choix de maigrir

3.1 Établir une relation significative avec les personnes autour de soi

- | | |
|--|--|
| 3.1.1 favoriser l'implication des participantes dans la vie du groupe | R1-R2 Contrat de vie de groupe
R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12
Échange |
| 3.1.2 relater ses expériences antérieures relativement à son poids | R1 Présentation des participantes
R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12
Échange |
| 3.1.3 exprimer ses attentes et ses appréhensions face à la démarche | R1 Présentation des participantes |
| 3.1.4 partager ses émotions et ses expériences avec les autres | R1 Retour sur IM La maison de mes rêves
R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12
Échange
R3 Retour sur IM Le retour aux origines
R5 Retour sur ce qui vient d'être vécu
R6 Impressions de la journée intensive
R8 Retour sur les exercices miroir...
R9 Mon moi
R12 Devenir critique face aux PSMA
R13 Photo-langage |
| 3.1.5 développer la capacité de jouer un rôle actif dans l'entraide | R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12
Échange |
| 3.1.6 favoriser les liens d'entraide et le soutien mutuel entre les participantes | R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12
Échange
R2 A quantitative du journal alimentaire
R4 Calcul de la dépense énergétique...
R6 Repas journée intensive
R8 Retour sur les exercices miroir et pâte à modeler
R13 Mon plan d'action
R14 Échange final... |
| 3.1.7 comprendre ses réactions envers soi-même et les autres | R7 MS Les autres... face à mon corps... |
| 3.1.8 identifier les personnes dont les agissements nous démobilisent | R7 MS Les autres... face à mon corps...
R7 Identification des personnes-soutien |
| 3.1.9 décoder les motivations d'autrui à présenter certains comportements envers soi | R7 MS Les autres... face à mon corps... |

3.1 Établir une relation significative avec les personnes autour de soi (suite)

- 3.1.10 améliorer son répertoire de réponses dans ses interactions avec son environnement **R7** MS Les autres... face à mon corps...
R8 Atelier – Culture et image corporelle
- 3.1.11 identifier les personnes susceptibles de nous soutenir **R7** Identification des personnes-soutien
- 3.1.12 formuler une demande de soutien claire à une personne **R7** Identification des personnes-soutien
- 3.1.13 se solidariser avec ses pairs pour agir socialement **R8** Atelier – Culture et image corporelle
R12 Devenir critique face aux PSMA

3.2 Expérimenter des stratégies prometteuses pour réussir une démarche à l'égard de son poids

- 3.2.1 apprendre à tirer parti de différents outils et moyens pouvant contribuer à la réussite de sa démarche **R1-R2** Pesée
R2 Réflexion sur le pèse-personne
R1-R14 IM La maison de mes rêves
R2 A quantitative du journal alimentaire
R2-R3-F4 Journal alimentaire
R2 IM Le retour aux origines
R9 IM Rêve sur l'obésité et le poids désiré
R11 A Alimentation en fonction GAC
R12 Devenir critique face aux PSMA
- 3.2.2 développer une relation plus saine avec son corps **R5** Mon niveau d'activité physique...
R5 On passe à l'action
R8 Retour sur les exercices miroir et pâte à modeler
R9 Exposé – résistances physiologiques
- 3.2.3 vivre une expérience positive de pratique de l'activité physique **R5** On passe à l'action
- 3.2.4 repérer ses signaux physiologiques de faim et de satiété **R6** Exposé sur la vraie faim
R6 J'arrête de manger quand...
- 3.2.5 être capable de satisfaire ses goûts et besoins gustatifs **R6** Repas journée intensive
R6 Exposé sur le système digestif
R6 Activité sur les sens
R11 Exposé sur l'alimentation

3.2 Expérimenter des stratégies prometteuses pour réussir une démarche à l'égard de son poids (suite)

- 3.2.6 développer une relation plus équilibrée avec les aliments
- R6** Repas journée intensive
 - R6** Exposé sur le système digestif
 - R6** Activité sur les sens
 - R11** Exposé sur l'alimentation
- 3.2.7 apprivoiser son image corporelle
- R7** J'observe mon corps
 - R8** Exercice avec la pâte à modeler
 - R9** Exposé – résistances physiologiques...
 - R9** Mon moi
 - R9 IM** Rêve sur l'obésité et le poids désiré
- 3.2.8 apprécier la découverte de nouveaux aliments
- R11** Dégustation
- 3.2.9 acquérir des habiletés pratiques sur la planification, l'achat et la préparation des aliments
- R11** Exposé sur l'alimentation

3.3 Acquérir des habiletés favorisant la résolution du problème

- 3.3.1 effectuer la recherche de solutions concrètes à intégrer dans sa vie
- R1-R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11**
 - Consignes
 - R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11**
 - Bilan quotidien des consignes
 - R6 JFP** sur mon surplus de poids
 - R8 JFP** sur mon rapport avec les autres
 - R9 JFP** sur mon rapport avec mon corps
 - R10 JFP** sur mon potentiel de changement
 - R10** Plan d'action personnel...
 - R11 JFP** sur mon alimentation
 - R12 JFP** sur les consignes
- 3.3.2 apprendre à se relaxer, à se centrer et à se maîtriser
- R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12**
 - Petit moment pour se centrer
 - R6** Exercice sur la vraie faim
 - R8** Exercice avec la pâte à modeler

3.3 Acquérir des habiletés favorisant la résolution du problème (suite)

3.3.3 faire l'évaluation de diverses situations afin de dégager des constats

~~R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12~~

Échange

~~R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11~~

Bilan des consignes

~~R3~~ ~~A~~ du journal alimentaire

~~R5~~ Retour sur ce qui vient d'être vécu

~~R6~~ Écoute des signaux...

~~R6~~ Impression de la journée intensive

~~R9~~ Grille d'analyse de ma motivation...

~~R10~~ MC de la grille d'analyse

~~R12~~ Devenir critique face aux PSMA

~~R13~~ Photo-langage

~~R13~~ Évaluation de la session

~~R14~~ IM La maison de mes rêves et échange

3.3.4 évaluer les forces et les limites des nouvelles solutions

~~R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12~~

Échange

~~R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11~~

Bilan des consignes

~~R10~~ Plan d'action personnel...

3.3.5 repérer les forces utiles chez soi pour effectuer sa démarche

~~R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11-R12~~

Échange

~~R3~~ Mes forces et mes qualités

~~R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11~~

Bilan des consignes

~~R5~~ Retour sur ce qui vient d'être vécu

~~R10~~ Plan d'action personnel...

~~R14~~ Questionnaire de connaissances

3.3.6 remettre en question des principes ancrés depuis longtemps

~~R1-R2-R3-R4-R6-R7-R8-R9-R10-R11~~

Consignes

~~R2~~ Réflexion sur le pèse-personne

~~R6~~ Repas journée intensive

~~R8~~ Exercice avec la pâte à modeler

3.4 Examiner les options quant au choix de maigrir

- 3.4.1 inventorier les avantages et désavantages du changement **R9** Grille d'analyse de ma motivation...
R10 MC de la grille d'analyse
- 3.4.2 pondérer l'importance relative des avantages et des désavantages du changement **R10** A de ma motivation
- 3.4.3 connaître différentes options possibles face au choix de maigrir **R10** A de ma motivation
- 3.4.4 déterminer le meilleur choix pour soi à ce moment-ci relativement à l'amaigrissement **R10** A de ma motivation
- 3.4.5 connaître les ressources susceptibles d'être utiles dans sa démarche **R5** Mon niveau d'activité physique...
R12 Devenir critique face aux PSMA
R13 Mon plan d'action
R14 Échange final...

3.5 Établir son propre plan d'action pour poursuivre sa démarche

- 3.5.1 comprendre l'importance de se bâtir un plan d'action **R10** Établir un plan d'action
- 3.5.2 connaître les caractéristiques d'un bon plan d'action (comprenant des moyens adaptés aux objectifs, pourvu d'indices d'évaluation et qui est réaliste) **R10** Établir un plan d'action
- 3.5.3 déterminer ses objectifs, des moyens et des façons d'évaluer sa démarche **R10** Plan d'action personnel...

Annexe 5

Certificat d'éthique

Annexe 6

Questionnaires de l'évaluation de *Choisir de maigrir ?*

Participants expérimentaux

- Temps 1 : Cahier d'inscription
Cahier 1, 2 et 3
- Temps 2 Cahier 1, 2, 3 et 4
- Temps 3 Cahier 1, 2, 3 et 4 (le 2^e)

Participants témoins

- Temps 1 : Cahier d'informations générales
Cahier 1, 2 et 3
- Temps 2 Cahier 1, 2, 3 et 4
- Temps 3 Cahier 1, 2, 3 et 4 (le 2^e)

"CHOISIR DE MAIGRIR"

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

**Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal**

VOS OBJECTIFS ET MOTIVATIONS

La première partie de ce questionnaire se rapporte aux objectifs et motivations qui vous amènent à vouloir vous inscrire au programme «Choisir de Maigrir».

1. Comment avez-vous été informée du programme «Choisir de Maigrir»?

Journal 1 Amie(s), parent(s) 2 Intervenant(e) du CLSC ou du centre 3
Intervenant extérieur (Md., psychologue, etc.) 4 Autre: _____

2. Pourquoi voulez-vous participer au programme «Choisir de Maigrir»? **Indiquer les trois principales raisons par ordre d'importance dans les trois cases ci-dessous.**

- 1 Perdre du poids
- 2 Comprendre votre problème
- 3 Chercher de la motivation
- 4 Rencontrer des gens qui partagent le même problème
- 5 Avoir une diète équilibrée
- 6 Suivre un programme à prix abordable
- 7 Essayer une autre méthode

Autre(s): _____

Première raison Deuxième raison Troisième raison

3. Qu'est-ce qui vous motive à vouloir solutionner votre problème de poids? (**cochez 3 cases maximum**)

- 1 Je veux améliorer ma santé
- 2 Je veux prévenir des problèmes de santé
- 3 Je veux m'habiller plus facilement
- 4 Je veux me sentir mieux dans mon corps
- 5 Je veux me sentir mieux dans ma peau
- 6 Je veux améliorer ma relation de couple
- 7 Je veux en finir avec mon obsession
- 8 Je veux avoir plus confiance en moi
- 9 C'est un défi que je me donne
- 10 Ça ferait plaisir à certaines personnes qui: _____

Autre(s): _____

4. En général, quelles sont les principales causes d'un problème de poids? (**cochez 3 cases maximum**)

- 1 Un problème de glandes
- 2 La prise de certains médicaments
- 3 Le choix des aliments
- 4 La quantité d'aliments
- 5 La relation avec les aliments
- 6 Le manque d'exercice
- 7 L'hérédité
- 8 Le surplus de poids cache quelque chose
- 9 Le corps ne réagit plus aux diètes

Autre(s): _____

1 2 3

4

5 6

7 8

9 10

11 12

13 14

15 16

15 16

17

18 19

20 21

20 21

22 23

5. En général, quelles sont les meilleures solutions à un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Suivre un régime alimentaire
 - 02 Modifier les comportements liés à l'alimentation
 - 03 Comprendre la source psychologique de son problème
 - 04 Écouter les animatrices et les spécialistes
 - 05 Manger très peu
 - 06 Changer ses façons de penser
 - 07 Faire beaucoup d'activité physique
 - 08 Prendre soin de soi
 - 09 Se faire davantage confiance
- Autres: _____

24 25

26 27

28 29

6. Pour solutionner votre problème de poids, êtes-vous prête à apporter des changements dans:

	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>ne s'applique pas</i>
Votre relation de couple	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos relations familiales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos relations sociales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos conditions de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Votre utilisation du temps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos activités	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

30

31

32

33

34

35

VOS ATTITUDES ET VOS COMPORTEMENTS

Dans la prochaine partie, on aimerait savoir comment vous percevez votre relation avec les aliments.

7. Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

	<i>tou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>
• Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse.....	1	2	3	4	5	6
• J'arrive de manger quand j'ai faim.....	1	2	3	4	5	6
• Je suis trop préoccupée par la nourriture.....	1	2	3	4	5	6
• J'ai eu des excès de glotonnerie* durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger.....	1	2	3	4	5	6
• Je découpe mes aliments en petits morceaux.....	1	2	3	4	5	6
• J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange.....	1	2	3	4	5	6
• J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).....	1	2	3	4	5	6

36

37

38

39

40

41

42

(* consommation d'une grande quantité d'énergie en peu de temps)

	<i>tou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	
• Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 43
• Je vomis après avoir mangé	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 44
• Je me sens très coupable après avoir mangé	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 45
• Le désir d'être plus mince me préoccupe	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 46
• Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 47
• Les autres pensent que je suis trop mince	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 48
• Je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 49
• Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 50
• J'évite de manger des aliments sucrés	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 51
• Je mange des aliments diététiques*	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 52
• J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 53
• Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 54
• Je sens que les autres me poussent à manger	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 55
• J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 56
• Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 57
• Je m'oblige à me mettre à la diète	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 58
• J'aime avoir l'estomac vide	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 59
• J'aime essayer des aliments nouveaux et riches	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 60
• Je ressens le besoin de vomir après les repas	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 61

(* aliments légers réduits en sucre, en gras)

8. Quelles sont vos réactions les plus fréquentes lorsque les gens vous font des remarques sur votre poids ou votre régime? (cochez 3 cases maximum)

- 88 Personne ne me fait de remarques sur mon poids (passez à la question 9)
 - 01 Je me décourage
 - 02 Je me justifie
 - 03 Je me fâche
 - 04 J'essaie d'expliquer ma démarche
 - 05 Je me ferme
 - 06 Je me referme sur moi-même
 - 07 Je me confie à une personne de confiance
 - 08 J'essaie de comprendre les motifs de cette personne
 - 09 Je mange encore plus
 - 10 Je me prive encore plus
- Autre(s): _____

62 63
64 65
66 67

VOTRE HISTOIRE DE POIDS

Nous aimerions maintenant en savoir davantage sur l'évolution de votre problème de poids.

9. • A quel âge avez-vous commencé à prendre du poids ou à être préoccupée par votre poids?

_____ ans

68 69

• Est-ce qu'un événement important s'est produit à peu près au même moment?

oui 1 non 2 je ne sais pas 3

Lequel? _____

70
71 72

10. a) Quel âge avez-vous au moment de votre première tentative de perte de poids?

_____ ans

73 74

b) Nous aimerions savoir quel genre de régime(s), de programme(s) ou de produit(s) vous avez utilisé pour perdre du poids. **Ne tenez compte que des tentatives importantes ayant duré 1 mois ou plus.**

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les régimes suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• régime de 1000 cal ou moins/jour	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	75
• régime de plus de 1000 cal/jour	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	76
• régime à base de certains aliments (pamplemousse, soupe, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	77
• jeûne modifié aux protéines	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	78
• jeûne total	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	79

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les médicaments ou produits suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• coupe-faim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 50
• diurétiques (pilules qui font uriner)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 51
• série d'injections	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 52
• gommages, pastilles, gélules de fibres, laxatifs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 53
• substituts de repas (boulette en poudre, barres)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 54

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les programmes suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• Nutri-système	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 55
• Keto-control	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 56
• Weight Watchers, Mycavi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 57
• Activité physique (Aerobius...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 58
• Centre-mangeurs anonymes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 59

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait en consultant un ou une:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• Médecin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 60
• Diététiste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 61
• Psychologue, psychomotricien(ne)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 62

Afin de maigrir, avez-vous utilisé d'autre(s) moyen(s) durant un mois ou plus?
Si oui, lesquels?

c) À l'exception des tentatives énumérées ci-dessus, quelle proportion temps durant la dernière année avez-vous «fait attention» pour ne pas engraisser (couper les portions, ne pas manger de dessert, de pain, etc.)

Tout le temps 4 le 3/4 du temps 3 la 1/2 du temps 2 le 1/4 du temps 1 jamais 0

d) Avez-vous suivi les programmes suivants:

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| «Choisir de Maigrir» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| «Au-delà des diètes» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| «Votre poids vous pese» (Université de Mtl) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Actuellement, suivez-vous un régime ou une autre démarche en rapport avec votre poids?

oui non

↓

Spécifiez: _____

97

12. a) Avez-vous lu les livres suivants portant sur le sujet de l'obésité et de l'obsession de la minceur?

- | | oui | non | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----|
| • «À dix kilos du bonheur» de Danielle Bourque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 98 |
| • «Maigrir: la fin de l'obsession» de Suzie Orbach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 99 |
| • «Maigrir sans obsession» de Suzie Orbach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 100 |
| • «Une promenade en montagnes russes» de Pierrette Beaudoin et Sandra Conway-LeBlanc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 101 |
| • «La faim en soi» de Jean-Louis Yaïch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 102 |
| • «Défense et illustration de la toutoune québécoise» de Francine Allard | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 103 |

Autre(s): _____

104

b) Lisez-vous les articles des revues populaires portant sur le sujet de l'obésité et l'obsession de la minceur?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

106

c) Avez-vous écouté des émissions de télévision ou de radio portant sur le sujet de l'obésité et l'obsession de la minceur («Parler pour parler», «Enjeux»)?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

107

13. • Votre mère a-t-elle suivi beaucoup de régimes pour maigrir durant sa vie (il peut s'agir d'une autre personne féminine qui vous a élevé)?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

108

• Parlait-elle souvent négativement de son corps et de son poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

109

• Passait-elle des commentaires sur votre poids ou vous incitait-elle à surveiller votre poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

110

14. • **Votre père a-t-il suivi beaucoup de régimes pour maigrir durant sa vie? (Il peut s'agir d'une autre personne masculine qui vous a élevé)**

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

• Parlait-il souvent négativement de son corps et de son poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

• Passait-il des commentaires sur votre poids ou vous incitait-il à surveiller votre poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

15. • Combien mesurez-vous?

_____ pieds et pouces ou _____ mètres et centimètres

• Combien pesez-vous?

_____ livres ou _____ kilogrammes

• Combien désirez-vous peser?

_____ livres ou _____ kilogrammes

Dans cette dernière partie, vous trouverez des questions générales.

16. a) Avez-vous consulté un médecin durant la dernière année?

oui 1 non 2 (passez à la question #16b)



Vous a-t-il dit que:

• votre taux de cholestérol sanguin était trop élevé

oui 1 non 2

• votre taux de sucre dans le sang était trop élevé (ou que vous étiez diabétique)

oui 1 non 2

• votre tension artérielle était trop élevée

oui 1 non 2

b) Prenez-vous des médicaments?

oui 1 non 2



Lesquels? _____

111

112

113

114 115 116

117 118 119

120

121

122

123

124

125 126

127 128

129 130

17. Au cours des quatre derniers mois, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique pendant au moins 20 minutes durant vos loisirs?

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|---|
| aucune fois | <input type="checkbox"/> | 1 | une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 5 |
| moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 2 | deux fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 6 |
| environ une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 3 | trois fois et plus par semaine | <input type="checkbox"/> | 7 |
| environ 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> | 4 | | | |

131

18. • Actuellement, vivez-vous une situation difficile à laquelle vous devez consacrer beaucoup de votre temps, de vos pensées et de votre énergie?

oui 1 non 2



Spécifiez _____

132

133 134

• Actuellement, consultez-vous un(e) psychiatre, psychologue, travailleur(se) sociale ou psychothérapeute?

oui 1 non 2

135 136

19. En quelle année êtes-vous née?

20. Quelle est votre langue maternelle?

français 1 anglais 2 autre: _____

137

21. • Avec qui habitez-vous?

- 1 un conjoint
- 2 un conjoint et enfant(s)
- 3 un ou des enfants
- 4 d'autres personnes qu'un conjoint ou enfant(s)
- 5 seule

138

• Avez-vous des enfants?

oui 1 non 2



quel est leur âge? _____

139

140

22. Quel est votre niveau de scolarité?

- 1 Quelques années de primaire
- 2 Primaire complété
- 3 Quelques années de secondaire
- 4 Secondaire complété
- 5 Études non complétées dans une école de métiers, un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières ou une école normale
- 6 Études complétées dans une école de métiers, un collège commercial privée, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières ou une école normale
- 7 Études universitaires non complétées
- 8 Études universitaires complétées (certificat, baccalauréat, maîtrise ou doctorat acquis)

141

23. • Quelle est votre occupation?

- 1 Emploi rémunéré temps plein
- 2 Emploi rémunéré temps partiel
- 3 Travail saisonnier
- 4 Recherche d'emploi
- 5 Études
- 6 Retraite
- 7 Tenir maison
- 8 Congé maternité, maladie ou sans solde

142

• Lorsque vous travaillez, quel genre de travail faites-vous?

143 144

24. Quel est le revenu total de votre ménage pour la dernière année?

- | | |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> moins de 5.000\$ | 5 <input type="checkbox"/> entre 30.000\$ et 40.000\$ |
| 1 <input type="checkbox"/> entre 5.000\$ et 10.000\$ | 6 <input type="checkbox"/> entre 40.000\$ et 60.000\$ |
| 2 <input type="checkbox"/> entre 10.000\$ et 15.000\$ | 7 <input type="checkbox"/> plus de 60.000\$ |
| 3 <input type="checkbox"/> entre 15.000\$ et 20.000\$ | 8 <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| 4 <input type="checkbox"/> entre 20.000\$ et 30.000\$ | |

145

25. Habitez-vous:

à la campagne?

non ou:

146



votre ville ou votre village compte:

- 2 moins de 10.000 habitants
- 3 entre 10.000 et 30.000 habitants
- 4 entre 30.000 et 100.000 habitants
- 5 plus de 100.000 habitants

Merci!

"CHOISIR DE MAIGRIR"

CAHIER D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal

VOS OBJECTIFS ET MOTIVATIONS

La première partie de ce questionnaire se rapporte aux objectifs et motivations qui vous amènent à solutionner votre problème de poids.

ne rien
écrire ici

1 2 3

1. Qu'est-ce qui vous motive à vouloir solutionner votre problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Je veux améliorer ma santé
- 02 Je veux prévenir des problèmes de santé
- 03 Je veux m'habiller plus facilement
- 04 Je veux me sentir mieux dans mon corps
- 05 Je veux me sentir mieux dans ma peau
- 06 Je veux améliorer ma relation de couple
- 07 Je veux en finir avec mon obsession
- 08 Je veux avoir plus confiance en moi
- 09 C'est un défi que je me donne
- 10 Ça ferait plaisir à certaines personnes (qui: _____)
Autre(s): _____

396 397

398 399

400 401

402

2. En général, quelles sont les principales causes d'un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Un problème de glandes
- 02 La prise de certains médicaments
- 03 Le choix des aliments que je mange
- 04 La quantité d'aliments que je mange
- 05 La relation avec les aliments
- 06 Le manque d'exercice
- 07 L'hérédité
- 08 Le surplus de poids cache quelque chose
- 09 Le corps ne réagit plus aux diètes
Autre(s): _____

403 404

405 406

407 408

3. En général, quelles sont les meilleures solutions à un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Suivre un régime alimentaire
- 02 Modifier les comportements reliés à l'alimentation
- 03 Comprendre la source psychologique de son problème
- 04 Écouter les animatrices et les spécialistes
- 05 Manger très peu
- 06 Changer ses façons de penser
- 07 Faire beaucoup d'activité physique
- 08 Prendre soin de soi
- 09 Se faire davantage confiance
Autre(s): _____

409 410

411 412

413 414

5. Pour solutionner votre problème de poids, êtes-vous prête à apporter des changements dans:

	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>ne s'applique pas</i>	
Votre relation de couple	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 30
Vos relations familiales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 31
Vos relations sociales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 32
Vos conditions de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 33
Votre utilisation du temps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 34
Vos activités	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 35

VOS ATTITUDES ET VOS COMPORTEMENTS

Les prochaines questions portent sur votre relation avec les aliments.

6. Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

	<i>tou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	
• Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 36
• J'évite de manger quand j'ai faim.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 37
• Je suis trop préoccupée par la nourriture.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 38
• J'ai eu des excès de glotonnerie* durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 39
• Je découpe mes aliments en petits morceaux.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 40
• J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 41
• J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 42
• Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 43
• Je vomis après avoir mangé.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 44
• Je me sens très coupable après avoir mangé.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 45
• Le désir d'être plus mince me préoccupe.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 46
• Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 47
• Les autres pensent que je suis trop mince.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 48

(* consommation d'une grande quantité de nourriture en peu de temps)

	<i>tou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	ne rien écrire ici
• Je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps	1	2	3	4	5	6	└ 49
• Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas	1	2	3	4	5	6	└ 50
• J'évite de manger des aliments sucrés	1	2	3	4	5	6	└ 51
• Je mange des aliments diététiques*	1	2	3	4	5	6	└ 52
• J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie	1	2	3	4	5	6	└ 53
• Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation	1	2	3	4	5	6	└ 54
• Je sens que les autres me poussent à manger	1	2	3	4	5	6	└ 55
• J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture	1	2	3	4	5	6	└ 56
• Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries	1	2	3	4	5	6	└ 57
• Je m'oblige à me mettre à la diète	1	2	3	4	5	6	└ 58
• J'aime avoir l'estomac vide	1	2	3	4	5	6	└ 59
• J'aime essayer des aliments nouveaux et riches	1	2	3	4	5	6	└ 60
• Je ressens le besoin de vomir après les repas	1	2	3	4	5	6	└ 61

(aliments légers, réduits en sucre, en gras)*

7. Quelles sont vos réactions les plus fréquentes lorsque les gens vous font des remarques sur votre poids ou votre régime? (cochez 3 cases maximum)

- 88 Personne ne me fait de remarques sur mon poids (passez à la question 8)
 - 01 Je me décourage
 - 02 Je me justifie
 - 03 Je me fâche
 - 04 J'essaie d'expliquer ma démarche
 - 05 Je m'affirme
 - 06 Je me referme sur moi-même
 - 07 Je me confie à une personne de confiance
 - 08 J'essaie de comprendre les motifs de cette personne
 - 09 Je mange encore plus
 - 10 Je me prive encore plus
- Autre(s): _____

└ └
62 63
└ └
64 65
└ └
66 67

VOTRE HISTOIRE DE POIDS

ne rien
écrire ici

Nous aimerions maintenant en connaître davantage sur l'évolution de votre problème de poids.

8. • A quel âge avez-vous commencé à prendre du poids ou à être préoccupée par votre poids?

_____ ans

┌──┐
68 69

- Est-ce qu'un événement important s'est produit à peu près au même moment?

oui

non

je ne sais pas



Lequel? _____

┌──┐ 70

┌──┐
71 72

9. a) Quel âge aviez-vous au moment de votre première tentative de perte de poids?

_____ ans

┌──┐
73 74

- b) Quel genre de régime(s), de programme(s) ou de produit(s) avez-vous utilisé pour perdre du poids? **Ne tenez compte que des tentatives importantes ayant duré 1 mois ou plus.**

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les régimes suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• régime de 1000 cal. ou moins/jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 75
• régime de plus de 1000 cal./jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 76
• régime à base de certains aliments (pamplemousse, soupe, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 77
• jeûne modifié aux protéines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 78
• jeûne total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 79

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les médicaments ou produits suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• «coupe-faim»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 80
• diurétiques (pilules qui font uriner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 81
• série d'injections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 82
• gommes, pastilles, pilules de fibres, laxatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 83
• substituts de repas (lait fouetté en poudre, barres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	┌──┐ 84

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les programmes suivants:

ne rien
écrire ici

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• Nutri-système	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85
• Kilo-control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86
• Weight Watchers. Minçavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
• Activité physique (Nautilus,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
• Outre-mangeurs anonymes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89

Afin de maigrir, combien de tentative(s) avez-vous fait en consultant un ou une:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90
• Diététiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91
• Psychologue, psychothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92

**Afin de maigrir, avez-vous utilisé d'autre(s) moyen(s) durant un mois ou plus?
Si oui, lesquels?**

93 94

c) À l'exception des tentatives énumérées ci-dessus, quelle proportion du temps **durant la dernière année** avez-vous «fait attention» pour ne pas engraisser (couper les portions, ne pas manger de dessert, de pain, etc.)

Tout le temps le 3/4 du temps la 1/2 du temps le 1/4 du temps jamais

95

d) Avez-vous déjà suivi les programmes suivants:

	<i>oui</i>	<i>non</i>
«Choisir de Maigrir»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Au-delà des diètes»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Votre poids vous pèse» (Université de Mtl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Actuellement, suivez-vous un régime ou une autre démarche en rapport avec votre poids?

oui non

↓
Spécifiez: _____

96 97

11. a) Avez-vous lu les livres suivants portant sur le sujet de l'obésité et de l'obsession de la minceur?

- | | <i>oui</i> | <i>non</i> | ne rien
écrire ici |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| • «À dix kilos du bonheur» de Danielle Bourque | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └─ 98 |
| • «Maigrir: la fin de l'obsession» de Suzie Orbach | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └─ 99 |
| • «Maigrir sans obsession» de Suzie Orbach | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └─ 100 |
| • «Une promenade en montagnes russes» de Pierrette Beaudoin
et Sandra Conway-LeBlanc | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └─ 111 |
| • «La faim en soi» de Jean-Louis Yaich | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └─ 112 |
| • «Défense et illustration de la toutoute québécoise» de Francine
Allard | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └─ 113 |

Autre(s): _____

└─ 104 115

b) Vous arrive-t-il de lire des articles dans des revues populaires portant sur le sujet de l'obésité et l'obsession de la minceur?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 106

c) Vous arrive-t-il d'écouter des émissions de télévision ou de radio portant sur le sujet de l'obésité et l'obsession de la minceur? («Parler pour parler», «Enjeux»)

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 117

12. • **Votre mère** a-t-elle suivi beaucoup de régimes pour maigrir durant sa vie? (Il peut s'agir d'une autre personne féminine qui vous a élevé)

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 108

• **Votre mère** parlait-elle souvent négativement de son corps et de son poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 109

• **Votre mère** passait-elle des commentaires sur votre poids ou vous incitait-elle à surveiller votre poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 110

13. • **Votre père** a-t-il suivi beaucoup de régimes pour maigrir durant sa vie? (Il peut s'agir d'une autre personne masculine qui vous a élevé)

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 111

• **Votre père** parlait-il souvent négativement de son corps et de son poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 112

• **Votre père** passait-il des commentaires sur votre poids ou vous incitait-il à surveiller votre poids?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4 └─ 113

ne rien
écrire ici

14. • Combien pesez-vous?

_____ livres ou _____ kilogrammes

114 115 116

• Combien désirez-vous peser?

_____ livres ou _____ kilogrammes

117 118 119

VOTRE PROFIL

Dans cette dernière partie, vous trouverez des questions générales.

15. a) Avez-vous consulté un médecin durant la dernière année?

oui 1 non 2 (passez à la question #15b)
↓

120

Vous a-t-il dit que:

• votre taux de cholestérol sanguin était trop élevé

oui 1 non 2

121

• votre taux de sucre dans le sang était trop élevé (ou que vous étiez diabétique)

oui 1 non 2

122

• votre tension artérielle était trop élevée

oui 1 non 2

123

b) Prenez-vous des médicaments?

oui 1 non 2
↓

124

Lesquels? _____

125 126
127 128
129 130

16. Au cours des quatre derniers mois, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique pendant au moins 20 minutes durant vos loisirs?

aucune fois 1 une fois par semaine 5
moins d'une fois par mois 2 deux fois par semaine 6
environ une fois par mois 3 trois fois et plus par semaine 7
environ 2 à 3 fois par mois 4

131

17. • Actuellement, vivez-vous une situation difficile à laquelle vous devez consacrer beaucoup de votre temps, de vos pensées et de votre énergie?

oui 1 non 2

↓

Spécifiez: _____

• Actuellement, consultez-vous un(e) psychiatre, psychologue, travailleur(se) sociale ou psychothérapeute?

oui 1 non 2

18. En quelle année êtes-vous née?

19. Quelle est votre langue maternelle?

français 1 anglais 2 autre: _____

20. • Avec qui habitez-vous?

- 1 un conjoint
- 2 un conjoint et enfant(s)
- 3 un ou des enfants
- 4 d'autres personnes qu'un conjoint ou enfant(s)
- 5 seule

• Avez-vous des enfants?

oui 1 non 2

↓

quel est leur âge? _____

21. Quel est votre niveau de scolarité?

- 1 Quelques années de primaire
- 2 Primaire complété
- 3 Quelques années de secondaire
- 4 Secondaire complété
- 5 Études non complétées dans une école de métiers, un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières ou une école normale
- 6 Études complétées dans une école de métiers, un collège commercial privée, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières ou une école normale
- 7 Études universitaires non complétées
- 8 Études universitaires complétées (certificat, baccalauréat, maîtrise ou doctorat acquis)

ne rien
écrire ici

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

22. • Quelle est votre occupation?

- 1 Emploi rémunéré temps plein
- 2 Emploi rémunéré temps partiel
- 3 Travail saisonnier
- 4 Recherche d'emploi
- 5 Études
- 6 Retraite
- 7 Tenir maison
- 8 Congé maternité, maladie ou sans solde

• Lorsque vous travaillez, quel genre de travail faites-vous?

23. Quel est le revenu total de votre ménage pour la dernière année?

- 0 moins de 5.000S
- 1 entre 5.000S et 10.000S
- 2 entre 10.000S et 15.000S
- 3 entre 15.000S et 20.000S
- 4 entre 20.000S et 30.000S
- 5 entre 30.000S et 40.000S
- 6 entre 40.000S et 60.000S
- 7 plus de 60.000
- 8 je ne sais pas

24. Habitez-vous:

a la campagne?

non oui

▼
votre ville ou votre village compte:

- 2 moins de 10.000 habitants
- 3 entre 10.000 et 30.000 habitants
- 4 entre 30.000 et 100.000 habitants
- 5 plus de 100.000 habitants

ne rien
écrire ici

142

143 144

145 146

145

146

Merci!

"CHOISIR DE MAIGRIR"

CAHIER NO.1

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal

ne rien
écrire ici
0,1,8

1. VOICI DES CHOSES QUE L'ON ENTENDS SOUVENT AU SUJET DE L'OBESITÉ ET DE L'AMAIGRISSEMENT

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés qui suivent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	<i>fortement en accord</i>	<i>en accord</i>	<i>ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>en désaccord</i>	<i>fortement en désaccord</i>	
• Il n'y a rien à faire contre l'obésité5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	147
• Maigrir est une question de volonté.....5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	148
• Être mince ou gros, c'est une question de chance5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	149
• Une personne devient obèse parce qu'elle mange beaucoup.....5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	150
• Si une personne reçoit des encouragements elle arrivera à maigrir5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	151
• Il peut y avoir des raisons inconscientes qui amènent une personne à grossir5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	152
• Si une personne grossit, c'est qu'elle se laisse aller5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	153
• Changer des choses dans la vie est tellement difficile que cela explique qu'on puisse devenir gros.....5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	154
• Il s'agit de se donner les moyens pour arriver à maigrir.....5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/>	155

2. VOUS TROUVEREZ MAINTENANT DES ÉNONCÉS SE RAPPORTANT À LA PERCEPTION QUE VOUS AVEZ DE VOTRE CORPS.

Lisez chaque phrase très attentivement puis encerclez le chiffre qui représente le mieux comment vous vous êtes sentie par rapport à votre corps durant les deux derniers mois. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	<i>jamaïs</i>	<i>rarement</i>	<i>quelques fois</i>	<i>souvent</i>	<i>très souvent</i>	
• Je suis préoccupée par mon apparence au point de penser me mettre à la diète1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	156
• Pendant les repas, je pense que je suis grosse1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	157
• J'accepte de ne pas pouvoir modifier mon corps comme je le voudrais.....1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	158
• Je pleure à l'idée que j'ai du poids en trop.....1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	159

	<i>jamais</i>	<i>rarement</i>	<i>quelques fois</i>	<i>souvent</i>	<i>très souvent</i>	ne rien écrire ici
• Je mérite les désagréments qui m'arrivent parce que je suis grosse.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 160
• Lorsque je suis en public, j'ai l'impression que tout le monde me regarde.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 161
• J'évite de faire certains sports à cause de l'habillement (ex. maillot de bain).....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 162
• Je pense aux choses positives que fait mon corps (travailler, s'amuser, enfanter).....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 163
• J'ai honte de mon corps.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 164
• Je suis préoccupée par mon image lorsque je passe devant un miroir.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 165
• Je considère que mon corps accomplit ce que j'attends de lui.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 166
• Je suis insatisfaite de certaines parties de mon corps.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 167
• Lorsque je cours ou bouge, je pense à ma graisse qui bouge.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 168
• J'accorde plus d'importance à la santé qu'à l'apparence physique.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 169
• J'ai le désir de me retrouver dans le corps de quelqu'un d'autre.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 170

3. CHAQUE PERSONNE A UNE OPINION D'ELLE-MÊME. NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE LA VÔTRE.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, encerclez la réponse qui correspond le mieux à ce qui vous pensez.

	<i>tout à fait en désaccord</i>	<i>plutôt en désaccord</i>	<i>plutôt en accord</i>	<i>tout à fait en accord</i>	
• Je pense que je suis une personne de valeur au moins égale à n'importe qui d'autre.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 171
• Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 172
• Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme une ratée.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 173

ne rien
écrire ici

FRUITS ET LÉGUMES:

	PORTION MOYENNE	PORTION			FRÉQUENCE					
		-	=	+	j	s	m	a	ps	
fruits frais	1									
fruits en conserve	1/2 tasse									
fruits séchés (raisins, dattes, etc)	1/4 tasse									
compote ou salade de fruits	1/2 tasse									
jus de fruits	1/2 tasse									
légumes cuits (carotte, brocoli, etc)	1/2 tasse ou 1									
pomme de terre (purée, bouillie)	1/2 tasse ou 1									
pomme de terre frite	10 frites									
légumes crus (céleri, carotte, concombre)	1/2 tasse ou 1									
salade	1 tasse									
jus de légumes ou tomates	1/2 tasse									
soupe aux légumes	1 tasse									

- 181
- 182
- 183
- 184
- 185
- 186
- 187
- 188
- 189
- 190
- 191
- 192

VIANDES ET SUBSTITUTS:

	PORTION MOYENNE	PORTION			FRÉQUENCE					
		-	=	+	j	s	m	a	ps	
boeuf (steak, viande hachée etc)	4 onces*									
poulet ou dinde	4 onces*									
porc	4 onces*									
poisson grillé, poché ou en conserve	4 onces*									
poisson pane	4 onces*									
fruits de mer (crevettes, homard, etc)	4 onces*									
viande froide (jambon, poitrine de dinde)	2 tranches									
viande pressée (bologne, poulet pressé)	2 tranches									
saucisses (boeuf, porc)	2									
bacon	2 tranches									
légumineuses (lentilles, fèves au lard, etc)	1 tasse									
tofu	4 onces*									
noix et graines (amandes, arachides, etc)	1,4 tasse									
beurre d'arachide	1 c. table									
oeuf	1									

- 193
- 194
- 195
- 196
- 197
- 198
- 199
- 200
- 201
- 202
- 203
- 204
- 205
- 206
- 207

* 4 onces équivalent à la grosseur d'un paquet de cartes

PAIN ET CÉRÉALES:

	PORTION MOYENNE	PORTION			FRÉQUENCE				pj
		-	=	+	j	s	m	a	
pain blanc	1 tranche								
pain de blé entier ou multi-grains	1 tranche								
craquelins (biscuits soda, ritz...)	4								
bagel, muffin anglais, pain pita	1								
crêpe	1								
céréales chaudes (grauau, crème de blé)	1/2 tasse								
céréales froides	3/4 tasse								
riz, pâtes alimentaires	1/2 tasse								
biscuits secs	4								
biscuits (autres types)	2								
beigne	1								
gâteau, carré	1 morceau								
tarte	1/6								
muffin	1								
pâtisserie française	1								
pâtisserie réduite en gras et en sucre	1								

- 208
- 209
- 210
- 211
- 212
- 213
- 214
- 215
- 216
- 217
- 218
- 219
- 220
- 221
- 222
- 223

LAIT ET PRODUITS LAITIERS:

	PORTION MOYENNE	PORTION			FRÉQUENCE				pj
		-	=	+	j	s	m	a	
lait 3.25%, 2%	8 onces								
lait 1%, 0%	8 onces								
lait au chocolat	8 onces								
yogourt, yogourt et lait glacé	1/2 tasse								
crème glacée	1/2 tasse								
fromage faible en gras	1 once								
fromage régulier (cheddar, mozzarella, etc)	1 once								
soupe au lait (crème de champignon, etc)	1 tasse								
pouding au lait (riz, tapioca, pouding au chocolat)	1/2 tasse								
sauce béchamel	1/4 tasse								
lait pour café	1 godet								
crème à café	1 godet								
crème fouettée	1/4 tasse								

- 224
- 225
- 226
- 227
- 228
- 229
- 230
- 231
- 232
- 233
- 234
- 235
- 236

AUTRES ALIMENTS:

	PORTION MOYENNE	PORTION			FRÉQUENCE				
		-	=	+	j	s	m	a	pi
croustilles	1 sac (80 gr.)								
chocolat	1 tablette								
bonbon (dur. menthe, jujubes, etc.)	5								
pizza	2 pointes medium								
mets chinois*									
mets mexicains*									
met santé rapide*									
hot-dog	1								
hamburger	1								
repas congelé	1								
tourtière, pâté au poulet, quiche, etc	1/6								
beurre ou margarine (sur pain, légumes et à la cuisson)	1 c. thé								
vinaigrette, mayonnaise rég.	1 c. table								
vinaigrette, mayonnaise lég.	1 c. table								
sauce (brune, BBQ en sachet)	1/4 tasse								
sauce maison (gravy)	1/4 tasse								
trempe à la crème sûre ou au fromage à la crème	1/4 tasse								

- └ 237
- └ 238
- └ 239
- └ 240
- └ 241
- └ 242
- └ 243
- └ 244
- └ 245
- └ 246
- └ 247
- └ 248
- └ 249
- └ 250
- └ 251
- └ 252
- └ 253

* n'indiquez pas de portion

BREUVAGES:

	PORTION MOYENNE	PORTION			FREQUENCE				
		-	=	+	j	s	m	a	pi
boisson aux fruits	8 onces								
boisson gazeuse régulière (coke, 7-up, etc)	8 onces								
boisson gazeuse diète	8 onces								
café, thé	8 onces								
bière	1								
vin	3 onces								
spiritueux (gin, vodka, etc)	1 once								

- └ 254
- └ 255
- └ 256
- └ 257
- └ 258
- └ 259
- └ 260

Merci!

"CHOISIR DE MAIGRIR"

CAHIER NO.2

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

**Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal**

1. NOUS VOUS PRÉSENTONS ICI DES SITUATIONS ALIMENTAIRES.

Après avoir lu chaque phrase attentivement, encerclez le chiffre qui correspond à la fréquence à laquelle ces situations se sont présentées au cours des deux derniers mois. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	<i>très souvent</i>	<i>souvent</i>	<i>quelques fois</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais</i>	
• Je pense tellement à la nourriture que ça m'empêche de fonctionner.....	5	4	3	2	1	261
• Je mange trop lorsque je suis avec certaines personnes.....	5	4	3	2	1	262
• Je mange pour me calmer.....	5	4	3	2	1	263
• Il y a des personnes à qui je ne peux dire non lorsqu'elles m'offrent de la nourriture.....	5	4	3	2	1	264
• Si je mange un aliment très riche en calories je suis déçue et je continue à manger n'importe comment le reste de la journée.....	5	4	3	2	1	265
• À chaque repas, je me dis que je ne dois pas prendre de dessert.....	5	4	3	2	1	266
• J'ai le droit d'avoir mes propres goûts alimentaires.....	5	4	3	2	1	267
• Je ne me rends pas compte de la façon dont je mange en présence des autres.....	5	4	3	2	1	268
• Je mange pour me donner de l'énergie et du courage en face d'une grosse tâche.....	5	4	3	2	1	269
• Lorsque j'ai des moments libres à la maison, mes pensées se dirigent rapidement vers la nourriture.....	5	4	3	2	1	270
• Lorsque je suis invitée, je mange plus qu'à ma faim pour ne pas déplaire aux hôtes.....	5	4	3	2	1	271
• Je mange lorsque je m'ennuie.....	5	4	3	2	1	272
• Lorsque quelqu'un passe un commentaire désobligeant sur les grosses personnes, ça me fait manger davantage.....	5	4	3	2	1	273
• Je mange parce que c'est l'heure.....	5	4	3	2	1	274
• Avant de commencer à manger, j'évalue à combien de nourriture j'ai droit.....	5	4	3	2	1	275
• J'apprécie les aliments que j'ai pris le temps de choisir.....	5	4	3	2	1	276

	<i>très souvent</i>	<i>souvent</i>	<i>quelques fois</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais</i>	ne rien écrire ici
• Quand je mange des aliments que j'aime, j'en prends deux fois et je me sens bourrée.....	5	4	3	2	1	└ 277
• La nourriture semble "m'appeler" du réfrigérateur, des restaurants, des comptoirs et je ne peux pas résister.....	5	4	3	2	1	└ 278
• Lorsque je suis contrariée, je mange.....	5	4	3	2	1	└ 279
• Lorsque je mange, je ne peux pas laisser de la nourriture dans mon assiette.....	5	4	3	2	1	└ 280
• Je déjeune même si je n'ai pas faim.....	5	4	3	2	1	└ 281
• Lorsque j'achète mes aliments préférés, je ne peux les conserver longtemps sans les manger.....	5	4	3	2	1	└ 282
• Lorsque je mange un aliment défendu j'ai l'impression que je ne peux pas m'arrêter.....	5	4	3	2	1	└ 283
• Je mange pour me consoler, me reconforter.....	5	4	3	2	1	└ 284
• Je prévois de manger en cas d'avoir faim.....	5	4	3	2	1	└ 285
• Quand je commence à manger je pense immédiatement à mon poids et j'ai des regrets.....	5	4	3	2	1	└ 286
• Même en prenant les portions permises par mon régime, j'ai quand même l'impression qu'il y a trop de nourriture.....	5	4	3	2	1	└ 287
• Je ne peux pas décider de ma portion à l'avance, c'est en mangeant que je ressens quand j'en ai assez.....	5	4	3	2	1	└ 288
• Je mange parce que je suis joyeuse ou pour fêter une bonne nouvelle.....	5	4	3	2	1	└ 289
• Je fais facilement la différence entre une vraie faim et une fausse faim.....	5	4	3	2	1	└ 290
• Il y a certains aliments dont je me prive.....	5	4	3	2	1	└ 291

2. LES PERSONNES IMPORTANTES QUI VIVENT AUTOUR DE NOUS ONT UNE CERTAINE INFLUENCE SUR NOS DÉCISIONS.

Parmi les personnes suivantes, indiquez quelle est la personne ou groupe de personnes dont l'opinion a le plus d'importance pour vous.

- 1 mon conjoint
- 2 mes parents
- 3 mes enfants
- 4 mes collègues
- 5 mes amis (es)
- 6 mon médecin

└ 292

Est-ce que cette personne ou ce groupe de personnes pense:

	<i>très probable</i>	<i>probable</i>	<i>pas sûr</i>	<i>improbable</i>	<i>très improbable</i>	
• que vous devriez suivre un régime pour maigrir:	5	4	3	2	1	└ 293
• que vous devriez vous accepter telle que vous êtes	5	4	3	2	1	└ 294
• que vous devriez mieux comprendre votre problème avant d'entreprendre une démarche concernant votre poids.....	5	4	3	2	1	└ 295

Parmi les personnes suivantes, indiquez quelle est la deuxième personne ou groupe de personnes dont l'opinion a le plus d'importance pour vous.

- 1 mon conjoint
- 2 mes parents
- 3 mes enfants
- 4 mes collègues
- 5 mes amis (es)
- 6 mon médecin

└ 296

Est-ce que cette personne ou ce groupe de personnes pense:

	<i>très probable</i>	<i>probable</i>	<i>pas sûr</i>	<i>improbable</i>	<i>très improbable</i>	
• que vous devriez suivre un régime pour maigrir:	5	4	3	2	1	└ 297
• que vous devriez vous accepter telle que vous êtes	5	4	3	2	1	└ 298
• que vous devriez mieux comprendre votre problème avant d'entreprendre une démarche concernant votre poids.....	5	4	3	2	1	└ 299

3. TOUS LES GENS PENSENT ET AGISSENT DIFFÉREMMENT. CES QUESTIONS ONT ÉTÉ CONÇUES AFIN DE DÉCOUVRIR COMMENT DIFFÉRENTES PERSONNES PERÇOIVENT LEUR FAÇON DE PENSER ET D'AGIR.

S'il vous plaît, veuillez lire chaque énoncé et encerclez le chiffre qui indique le mieux si un énoncé décrit bien ou pas votre façon de penser ou votre comportement. Un énoncé peut varier entre ce qui vous ressemble le moins et ce qui vous ressemble le plus. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous désirons savoir de quelle façon ces énoncés s'appliquent à vous.

	<i>très différent de moi</i>	<i>plutôt différent de moi</i>	<i>quelque peu différent de moi</i>	<i>quelque peu semblable à moi</i>	<i>plutôt semblable à moi</i>	<i>très semblable à moi</i>	
• Quand je fais un travail ennuyant, je pense aux parties moins ennuyantes du travail et à la récompense que je recevrai lorsque j'aurai terminé.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 300
• Quand je dois faire quelque chose qui me rend anxieuse, j'essaie de visualiser comment je vais surmonter mon anxiété.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 301
• En changeant ma façon de penser, je suis souvent capable de changer mes sentiments au sujet de presque n'importe quoi.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 302
• Je trouve souvent difficile de surmonter mes sentiments de nervosité et de tension sans aide extérieure.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 303
• Quand je me sens déprimée, j'essaie de penser à des événements agréables.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 304
• Je ne peux m'empêcher de penser aux erreurs que j'ai commises.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 305
• Quand je suis confrontée à un problème difficile j'essaie de l'aborder de façon systématique.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 306
• Habituellement, je fais plus vite ce que je suis supposée de faire quand quelqu'un me pousse dans le dos.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 307
• Lorsque je suis confrontée à une décision difficile je préfère la remettre à plus tard, même si j'ai tous les faits en main.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 308
• Lorsque j'ai de la difficulté à me concentrer, je cherche des moyens d'augmenter ma concentration.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 309

ne rien
écrire ici

très différent de moi *plutôt différent de moi* *quelque peu différent* *quelque peu semblable* *plutôt semblable à moi* *très semblable à moi*

- Quand j'ai l'intention de travailler, je mets de côté tout ce qui n'a pas de rapport à mon travail..... 1 2 3 4 5 6 310
- Quand j'essaie de me défaire d'une mauvaise habitude, j'essaie d'abord de trouver toutes les raisons qui font que j'ai cette habitude..... 1 2 3 4 5 6 311
- Lorsqu'une pensée désagréable me tracasse, j'essaie de penser à quelque chose d'agréable 1 2 3 4 5 6 312
- Si je fumais deux paquets de cigarettes par jour, j'aurais besoin d'une aide extérieure pour arrêter de fumer..... 1 2 3 4 5 6 313
- Quand j'ai le cafard, j'essaie d'agir de façon enjouée afin que mon humeur change..... 1 2 3 4 5 6 314
- Si je traînais des tranquillisants avec moi, j'en prendrais un chaque fois que je me sentirais tendue et nerveuse 1 2 3 4 5 6 315
- Quand je suis déprimée, j'essaie de m'occuper à des choses que j'aime..... 1 2 3 4 5 6 316
- J'ai tendance à remettre à plus tard les tâches désagréables même si je peux les faire immédiatement..... 1 2 3 4 5 6 317
- J'ai besoin d'une aide extérieure pour me défaire de certaines de mes mauvaises habitudes 1 2 3 4 5 6 318
- Quand j'ai de la difficulté à m'installer et à faire un travail, j'essaie de trouver des moyens pour m'aider à m'y mettre..... 1 2 3 4 5 6 319
- Bien que cela me rende malheureuse, je ne peux m'empêcher de penser à toutes sortes de catastrophes possibles..... 1 2 3 4 5 6 320
- Je préfère finir un travail que je dois faire avant d'entreprendre les choses que j'aime vraiment 1 2 3 4 5 6 321
- Quand je ressens une douleur-physique, j'essaie de ne pas y penser 1 2 3 4 5 6 322
- J'ai une meilleure estime de moi-même lorsque je suis capable de vaincre une mauvaise habitude..... 1 2 3 4 5 6 323

ne rien
écrire ici

	<i>très différent de moi</i>	<i>plutôt différent de moi</i>	<i>quelque peu différent</i>	<i>quelque peu semblable</i>	<i>plutôt semblable à moi</i>	<i>très semblable à moi</i>	
• Pour surmonter les sentiments négatifs associés à un échec, je me dis souvent que ce n'est pas catastrophique et que j'y peux quelque chose	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 324
• Quand je sens que je suis trop impulsive, je me dis d'arrêter et de réfléchir avant de faire quoique ce soit	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 325
• Même quand je suis terriblement fâchée contre quelqu'un, je pèse mes actions avec beaucoup de prudence	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 326
• Confrontée au besoin de prendre une décision, je trouve habituellement toutes les solutions au lieu de décider rapidement et spontanément	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 327
• Habituellement, je fais d'abord les choses que j'aime réellement même s'il y a des choses plus urgentes à faire	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 328
• Quand je réalise que je vais être inévitablement en retard à une importante réunion, je me dis de rester calme	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 329
• Quand je ressens une douleur dans mon corps, j'essaie de détourner mes pensées de cette douleur	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 330
• Lorsque je suis devant plusieurs choses à faire, je planifie habituellement mon travail	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 331
• Quand je manque d'argent, je décide de noter toutes mes dépenses afin de faire un budget	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 332
• Si je trouve difficile de me concentrer sur une tâche, je la divise en petits segments	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 333
• Très souvent, je ne peux surmonter les pensées désagréables qui me dérangent, me tracassent	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 334
• Quand j'ai faim et que je n'ai pas l'occasion de manger, j'essaie de ne pas y penser	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 335

Merci!

"CHOISIR DE MAIGRIR"

CAHIER NO. 3

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

**Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal**

1. CES QUESTIONS PORTENT SUR L'OBÉSITÉ, L'AMAIGRISSEMENT ET L'ALIMENTATION

ne rien écrire ici

Pour les prochaines questions, indiquez si la phrase est vraie ou fausse:

- | | vrai | faux | |
|--|----------------------------|----------------------------|-------|
| • Les aliments sucrés font plus engraisser que les aliments gras | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 336 |
| • Une bonne alimentation doit contenir une grand proportion de glucides complexes (pain, pâtes, riz, pommes de terre, céréales..) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 337 |
| • Un repas contenant beaucoup de fibres retarde le retour de la faim | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 338 |
| • Une personne ronde augmente beaucoup ses chances de développer des maladies du coeur | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 339 |
| • Il est normal que les femmes aient un pourcentage de graisse beaucoup plus élevé que les hommes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 340 |
| • La présence d'un surplus de poids important et situé à l'abdomen augmente beaucoup le risque de problème de santé (cholestérol dans le sang, tension artérielle élevé, diabète, maladies cardiaques) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 341 |
| • Si on mange moins pendant un bout de temps, l'estomac rapetisse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 342 |
| • Il est possible de perdre de la graisse aux endroits désirés par des exercices et des massages | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 343 |
| • Un régime à 500 calories par jour permet de perdre beaucoup d'eau et de muscles | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 344 |
| • Un individu qui a suivi plusieurs régimes très sévères durant de longues périodes peut développer une résistance à l'amaigrissement | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 345 |
| • En théorie, un individu qui dépense 2000 calories par jour et qui mange 1500 calories maigrira de 1 livre par semaine | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 346 |
| • Les variations fréquentes de poids peuvent être plus dommageables pour la santé qu'un léger surpoids que l'on garde toute la vie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 347 |
| • Lorsque l'on est fatigué d'avoir fait beaucoup de ménage dans la maison, c'est un signe qu'on a dépensé beaucoup de calories | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | └ 348 |

Indiquez la solution qui aiderait le plus Madame A à solutionner son problème (cochez une seule case)

ne rien
écrire ici

- Mme A va dans une soirée sociale et un buffet est servi pour le souper...
 - Mme A se sert et prend de tout car elle se dit qu'il est important d'en profiter
 - Mme A se dépêche d'y aller en premier afin de pouvoir y retourner et passer inaperçue
 - Mme A va se servir avec des aliments faibles en calories
 - Comme Mme A presque jeûné durant la journée en prévision de l'événement, elle oublie sa démarche et se laisse aller
 - Mme A prend le temps de choisir les aliments dont elle a le goût et mange jusqu'à ce qu'elle aie atteint sa satiété et même en-dessous pour prendre un petit dessert

- Mme A et sa belle-sœur ont entrepris une démarche de perte de poids il y a quelque temps. Mme A reçoit un appel de sa belle-sœur qui lui annonce avoir perdu 1 1/2 kg (3 1/2 lbs) cette semaine. Mme A a perdu 1 2 kg (1 lb) et cet appel la décourage...
 - Mme A rappelle sa belle-soeur pour lui expliquer qu'elle a eu deux repas au restaurant dans la semaine qui ont nui à sa démarche
 - Mme A invite sa belle-soeur pour une jasette où elle lui explique comment elle s'est sentie suite à son appel et comment elle aimerait que les choses se passent entre elles à l'avenir
 - Mme A se dit "au diable la démarche" et elle se paye un bon dessert le soir même
 - Mme A décide de prendre un peu de temps pour se relaxer et refaire sa pensée positive
 - Mme A sort pour marcher et elle fait trois fois son circuit habituel dans l'espoir de perdre davantage de poids

349

350

Voici deux histoires. Selon vous, quelle est la principale difficulté que rencontre Madame X dans sa démarche de perte de poids. Indiquez le chiffre qui correspond à la bonne réponse.

1. elle ne reçoit pas de soutien de son entourage
 2. elle a peur d'être mince
 3. son corps résiste à l'amaigrissement
 4. elle accorde peu d'importance à la santé
 5. elle a un problème psychologique
 6. je ne sais pas
- Madame X a fait plusieurs régimes sévères: jeûne, régime aux protéines liquides et programme de surveillance de poids (WW). Lors de ses dernières tentatives pour maigrir, elle maigrissant très peu en mangeant strictement ses 1000 calories par jour. Son mari et sa famille l'encouragent. Elle est très motivée à maintenir une bonne santé et prends du temps pour s'occuper d'elle.

Quelle est sa principale difficulté: _____

351

- Madame X a tenté plusieurs fois de maigrir en diminuant ses portions et en faisant de la marche. Elle a perdu à chaque fois une quinzaine de kilos (35 livres). Malgré qu'il lui restait encore 10 kilos (23 livres) à perdre pour atteindre son objectif, elle n'y arrive jamais. Son mari la sort au restaurant, lui amène du chocolat en lui disant que c'est pour la récompenser. Elle n'est plus capable de poursuivre son programme. Elle souhaite pourtant maigrir car dans sa famille il y a du diabète et elle veut faire attention à sa santé.

Quelle est sa principale difficulté: _____

352

2. NOUS AIMERIONS SAVOIR COMMENT VOUS VOUS ÊTES SENTIE DERNIÈREMENT.

Lisez attentivement tous les énoncés de chaque groupe, puis cochez vis-à-vis l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes sentie au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, cochez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

- Je ne me sens pas triste
- Je me sens triste
- Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir
- Je suis si triste que je ne peux le supporter └ 353

- Je ne suis pas particulièrement découragée par l'avenir
- Je me sens découragée par l'avenir
- J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
- J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer └ 354

- Je ne me considère pas comme une ratée
- J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
- Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs
- J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie └ 355

- Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
- Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie
- Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
- Tout me rend insatisfaite ou m'ennui └ 356

- Je ne me sens pas particulièrement coupable
- Je me sens coupable une bonne partie du temps
- Je me sens coupable la plupart du temps
- Je me sens continuellement coupable └ 357

- Je n'ai pas l'impression d'être punie
- J'ai l'impression que je pourrais être punie
- Je m'attends à être punie
- J'ai l'impression d'être punie └ 358

- Je n'ai pas l'impression d'être déçue de moi
- Je suis déçue de moi
- Je suis dégoûtée de moi
- Je me hais └ 359

- Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
- Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
- Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
- Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent └ 360

- Je ne pense aucunement à me suicider
- J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'au bout
- J'aimerais me suicider
- J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion └ 361

- Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
- Je pleure plus qu'avant
- Je pleure continuellement maintenant
- Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable └─ 362
- Je ne suis pas plus irritée maintenant qu'auparavant
- Je suis agacée ou irritée plus facilement qu'auparavant
- Je suis continuellement irritée
- Je ne suis plus du tout irritée par les choses qui m'irritaient auparavant └─ 363
- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
- Je suis moins intéressée par les gens qu'autrefois
- J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
- J'ai perdu tout mon intérêt pour les gens └─ 364
- Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
- Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant
- J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
- Je ne peux plus prendre de décisions └─ 365
- Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
- J'ai peur de paraître vieille ou peu attrayante
- J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayante
- J'ai l'impression d'être laide └─ 366
- Je peux travailler aussi bien qu'avant
- Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
- Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
- Je ne peux faire aucun travail └─ 367
- Je dors aussi bien que d'habitude
- Je ne dors pas aussi bien qu'avant
- Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
- Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir └─ 368
- Je ne me sens pas plus fatiguée qu'à l'accoutumé
- Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
- Je me fatigue pour un rien
- Je suis trop fatiguée pour faire quoi que ce soit └─ 369
- Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
- Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
- Mon appétit a beaucoup diminué
- Je n'ai plus d'appétit du tout └─ 370
- Je n'ai pas perdu de poids dernièrement
- J'ai perdu plus de 5 livres
- J'ai perdu plus de 10 livres
- J'ai perdu plus de 15 livres └─ 371
- Je suis présentement un régime: Oui: ___ Non: ___

- Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
- Je suis préoccupée par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation
- Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est impossible de penser à autre chose
- Je suis tellement préoccupée par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose

- Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
- J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
- J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
- J'ai perdu tout désir sexuel

ne rien écrire ici

└ 372

└ 373

3. NOUS AVONS UNE PERCEPTION DE CE QUE NOUS SOMMES CAPABLES DE FAIRE. LES PROCHAINS ÉNONCÉS SE RAPPORTENT À DES SITUATIONS ALIMENTAIRES.

Après avoir lu attentivement un énoncé, indiquez à quel point vous vous sentez capable ou incapable d'accomplir cette chose au cours des 4 prochaines semaines. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	très incapable	incapable	plus ou moins capable	capable	très capable	
• Écouter ma vraie faim, s'il y a de la nourriture à la fin d'une soirée sociale	1	2	3	4	5	└ 374
• M'affirmer si une personne me fait une remarque désobligeante sur mon poids.....	1	2	3	4	5	└ 375
• Laisser de la nourriture dans mon assiette lorsque je sens que j'en ai assez	1	2	3	4	5	└ 376
• Identifier ce que je ressens lorsque je veux manger sans avoir faim	1	2	3	4	5	└ 377
• Balancer le pour et le contre lorsque je dois prendre une décision concernant mon poids.....	1	2	3	4	5	└ 378
• M'engager dans des expériences qui me tentent même si je ne suis pas à mon poids désiré.....	1	2	3	4	5	└ 379
• Prendre du temps pour me faire plaisir autrement qu'en mangeant même lorsque mes obligations sont nombreuses	1	2	3	4	5	└ 380
• Faire appel à une personne de confiance pour parler lorsque j'en ressens le besoin.....	1	2	3	4	5	└ 381
• Prendre le temps de déguster et de manger lentement, même en présence d'une nourriture abondante	1	2	3	4	5	└ 382
• Dans les moments où mon poids me préoccupe, ne pas entreprendre de restrictions alimentaires sévères.....	1	2	3	4	5	└ 383

ne rien écrire ici

	<i>très incapable</i>	<i>incapable</i>	<i>plus ou moins capable</i>	<i>capable</i>	<i>très capable</i>	
• Identifier ce que j'ai le goût de manger avant de préparer le repas ou de le commander.....	1	2	3	4	5	└ 384
• Me donner quelques minutes de réflexion lorsque quelqu'un m'incite à manger.....	1	2	3	4	5	└ 385
• Dans un moment de découragement, me dire que je ne peux pas toujours réussir du premier coup.....	1	2	3	4	5	└ 386
• Lorsqu'une personne me harcèle au sujet de mon poids, tenter d'identifier pourquoi elle fait cela.....	1	2	3	4	5	└ 387
• Avant de manger, prendre le temps de me donner des conditions pour rendre le repas agréable.....	1	2	3	4	5	└ 388
• M'extérioriser autrement qu'en mangeant lorsque je suis contrariée, fâchée ou déçue.....	1	2	3	4	5	└ 389
• Avoir un mot positif pour moi-même même si mon corps ne correspond pas à mes désirs.....	1	2	3	4	5	└ 390

4. LES CINQ DERNIÈRES QUESTIONS PORTENT SUR VOTRE VIE EN GÉNÉRAL

Nous présentons énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, encerclez le chiffre qui correspond à votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	<i>fortement en désaccord</i>	<i>en désaccord</i>	<i>légèrement en désaccord</i>	<i>ni en désaccord, ni en accord</i>	<i>légèrement en accord</i>	<i>en accord</i>	<i>très en accord</i>	
• En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.....	1	2	3	4	5	6	7	└ 391
• Mes conditions de vie sont excellentes.....	1	2	3	4	5	6	7	└ 392
• Je suis satisfaite de ma vie.....	1	2	3	4	5	6	7	└ 393
• Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.....	1	2	3	4	5	6	7	└ 394
• Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.....	1	2	3	4	5	6	7	└ 395

Merci!

"CHOISIR DE MAIGRIR"

CAHIER NO. 4

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal

VOS OBJECTIFS ET MOTIVATIONS

ne rien
écrire ici

La première partie de ce questionnaire se rapporte aux objectifs et motivations qui vous amènent à vouloir solutionner votre problème de poids?

1 2 3

1. Comment avez-vous été informée de cette étude?

Journal Amie(s), parent(s) Intervenant(e) du CLSC
Autre(s): _____

4

2. Qu'est-ce qui vous motive à vouloir solutionner votre problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Je veux améliorer ma santé
 - 02 Je veux prévenir des problèmes de santé
 - 03 Je veux m'habiller plus facilement
 - 04 Je veux me sentir mieux dans mon corps
 - 05 Je veux me sentir mieux dans ma peau
 - 06 Je veux améliorer ma relation de couple
 - 07 Je veux en finir avec mon obsession
 - 08 Je veux avoir plus confiance en moi
 - 09 C'est un défi que je me donne
 - 10 Ça ferait plaisir à certaines personnes (qui: _____)
- Autre(s): _____

11 12
13 14
15 16
17

3. En général, quelles sont les principales causes d'un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Un problème de glandes
 - 02 La prise de certains médicaments
 - 03 Le choix des aliments que je mange
 - 04 La quantité d'aliments que je mange
 - 05 La relation avec les aliments
 - 06 Le manque d'exercice
 - 07 L'hérédité
 - 08 Le surplus de poids cache quelque chose
 - 09 Le corps ne réagit plus aux diètes
- Autre(s): _____

18 19
20 21
22 23

4. En général, quelles sont les meilleures solutions à un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Suivre un régime alimentaire
 - 02 Modifier les comportements reliés à l'alimentation
 - 03 Comprendre la source psychologique de son problème
 - 04 Écouter les animatrices et les spécialistes
 - 05 Manger très peu
 - 06 Changer ses façons de penser
 - 07 Faire beaucoup d'activité physique
 - 08 Prendre soin de soi
 - 09 Se faire davantage confiance
- Autre(s): _____

24 25
26 27
28 29

4. Pour solutionner votre problème de poids, êtes-vous prête à apporter des changements dans:

	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>ne s'applique pas</i>
Votre relation de couple	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos relations familiales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos relations sociales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos conditions de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Votre utilisation du temps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vos activités	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ne rien
écrire ici

415
 416
 417
 418
 419
 420

VOS ATTITUDES ET VOS COMPORTEMENTS

Les prochaines questions portent sur votre relation avec les aliments.

5. Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

	<i>tou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	
• Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 421
• J'évite de manger quand j'ai faim	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 422
• Je suis trop préoccupée par la nourriture.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 423
• J'ai eu des excès de glotonnerie* durant les- quels je me sentais incapable d'arrêter de manger.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 424
• Je découpe mes aliments en petits morceaux	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 425
• J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 426
• J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 427
• Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 428
• Je vomis après avoir mangé	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 429
• Je me sens très coupable après avoir mangé	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 430
• Le désir d'être plus mince me préoccupe.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 431
• Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 432
• Les autres pensent que je suis trop mince.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 433

(* consommation d'une grande quantité de nourriture en peu de temps)

	<i>sou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	ne rien écrire ici
• Je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps	1	2	3	4	5	6	└ 434
• Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas	1	2	3	4	5	6	└ 435
• J'évite de manger des aliments sucrés	1	2	3	4	5	6	└ 436
• Je mange des aliments diététiques*	1	2	3	4	5	6	└ 437
• J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie	1	2	3	4	5	6	└ 438
• Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation	1	2	3	4	5	6	└ 439
• Je sens que les autres me poussent à manger	1	2	3	4	5	6	└ 440
• J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture	1	2	3	4	5	6	└ 441
• Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries	1	2	3	4	5	6	└ 442
• Je m'oblige à me mettre à la diète	1	2	3	4	5	6	└ 443
• J'aime avoir l'estomac vide	1	2	3	4	5	6	└ 444
• J'aime essayer des aliments nouveaux et riches	1	2	3	4	5	6	└ 445
• Je ressens le besoin de vomir après les repas	1	2	3	4	5	6	└ 446

(* aliments légers, réduits en sucre, en gras)

6. Quelles sont vos réactions les plus fréquentes lorsque les gens vous font des remarques sur votre poids ou votre régime? (cochez 3 cases maximum)

- 88 Personne ne me fait de remarques sur mon poids (passez à la question 9)
- 01 Je me décourage
- 02 Je me justifie
- 03 Je me fâche
- 04 J'essaie d'expliquer ma démarche
- 05 Je m'affirme
- 06 Je me referme sur moi-même
- 07 Je me confie à une personne de confiance
- 08 J'essaie de comprendre les motifs de cette personne
- 09 Je mange encore plus
- 10 Je me prive encore plus
- Autre(s): _____

└ └ └
447 448
└ └ └
449 450
└ └ └
451 452

ne rien
écrire ici

7. Au cours des quatre derniers mois, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique pendant au moins 20 minutes durant vos loisirs?

- aucune fois 1
- moins d'une fois par mois 2
- environ une fois par mois 3
- environ 2 à 3 fois par mois 4
- une fois par semaine 5
- deux fois par semaine 6
- trois fois et plus par semaine 7

453

Nous aimerions mieux comprendre la décision que vous avez prise concernant le choix de maigrir. Evidemment, il est possible que ce choix change dans quelque temps pour diverses raisons. Nous nous intéressons à votre situation telle que vous la percevez maintenant.

8. Indiquer votre décision concernant le choix de maigrir.

- J'ai le choix et j'ai pris la décision de maigrir.
- J'ai le choix et j'ai pris la décision de ne pas maigrir pour le moment.
- Je n'ai pas pris de décision pour le moment.
- Je n'ai pas le choix, il faut que je maigrisse.
- Je n'ai pas le choix, même si je veux maigrir, je n'y arrive pas.

454

9. Encercler le chiffre qui correspond à votre réponse.

	<i>certainement oui</i>	<i>oui</i>	<i>pas sûre</i>	<i>non</i>	<i>certainement non</i>	
• Peut-il survenir des conséquences graves ou désagréables si je ne maigris pas	5	4	3	2	1	455
• Peut-il survenir des conséquences graves ou désagréables si je maigris	5	4	3	2	1	456
• Est-ce possible et réaliste de trouver une ou des meilleure(s) solution(s) autre que maigrir.....	5	4	3	2	1	457
• Ai-je suffisamment de temps pour chercher d'autres solutions	5	4	3	2	1	458

10. Encercler le chiffre qui correspond à votre réponse.

	<i>oui, très</i>	<i>oui</i>	<i>plus ou moins</i>	<i>non</i>	<i>pas du tout</i>	
• Ai-je examiné à fond toutes les solutions possibles autre que maigrir.....	5	4	3	2	1	459
• Ai-je suffisamment réfléchi aux objectifs que je veux atteindre et aux valeurs importantes pour moi qui sont impliquées dans le choix de maigrir ou non.....	5	4	3	2	1	460

	<i>oui, très</i>	<i>oui</i>	<i>plus ou moins</i>	<i>non</i>	<i>pas du tout</i>	
• Ai-je évalué attentivement les avantages et les inconvénients de ma situation actuelle5	4	3	2	1		rien écrire ici └ 461
• Ai-je évalué attentivement les avantages et les inconvénients de l'amaigrissement.....5	4	3	2	1		└ 462
• Ai-je reçu et examine à fond l'information nécessaire pour évaluer les autres solutions5	4	3	2	1		└ 463
• Ai-je tenu compte de cette information même dans le cas où elle allait à l'encontre du choix de maigrir5	4	3	2	1		└ 464
• Ai-je ré-examiné les avantages et les inconvénients des autres solutions5	4	3	2	1		└ 465
• Ai-je fais un plan d'action concret et détaillé qui tient compte des difficultés à venir5	4	3	2	1		└ 466

11. Indiquer votre réponse en encerclant le chiffre approprié.

	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>je ne sais pas</i>			
a. Je suis à mon poids santé (IMC entre 20 et 27) (si oui, passez à la question "e")	1	2	3	└ 467		
	<i>certainement oui</i>	<i>oui</i>	<i>pas sûre</i>	<i>non</i>	<i>certainement non</i>	
b. Mon surplus de poids est situé surtout aux cuisses, aux hanches et aux fesses.....5	4	3	2	1		└ 468
c. Mon poids est trop élevé mais stable depuis plusieurs années5	4	3	2	1		└ 469
d. Il y a beaucoup de grosses personnes dans ma famille5	4	3	2	1		└ 470
e. Il m'est très difficile de maigrir, pour y parvenir, il faut que je mange très peu (1.000 calories ou moins) ou que je fasse beaucoup d'activité physique (2 heures par jour ou plus).....5	4	3	2	1		└ 471
f. L'amaigrissement présente beaucoup de désavantages pour moi, je dois d'abord travailler sur ces désavantages5	4	3	2	1		└ 472
g. Ma situation actuelle présente beaucoup d'avantages; je risque beaucoup en maigrissant5	4	3	2	1		└ 473

MERCI BEAUCOUP!

"CHOISIR DE MAIGRIR"

CAHIER NO. 4

**Évaluation réalisée par Lyne Mongeau, étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université de Montréal**

**Cette étude est financée par la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et par le
Centre de recherche en promotion de la santé de Montréal**

VOS OBJECTIFS ET MOTIVATIONS

La première partie de ce questionnaire se rapporte aux motivations qui vous amènent à vouloir solutionner votre problème de poids ainsi qu'aux moyens pour y arriver.

ne rien
écrire ici

0,13

1 2 3

1. Qu'est-ce qui vous motive à vouloir solutionner votre problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Je veux améliorer ma santé
- 02 Je veux prévenir des problèmes de santé
- 03 Je veux m'habiller plus facilement
- 04 Je veux me sentir mieux dans mon corps
- 05 Je veux me sentir mieux dans ma peau
- 06 Je veux améliorer ma relation de couple
- 07 Je veux en finir avec mon obsession
- 08 Je veux avoir plus confiance en moi
- 09 C'est un défi que je me donne
- 10 Ça ferait plaisir à certaines personnes (qui: _____)
Autre(s): _____

1 1 1

396 397

1 1 1

398 399

1 1 1

400 401

1 1 1

402

2. En général, quelles sont les principales causes d'un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Un problème de glandes
- 02 La prise de certains médicaments
- 03 Le choix des aliments que je mange
- 04 La quantité d'aliments que je mange
- 05 La relation avec les aliments
- 06 Le manque d'exercice
- 07 L'hérédité
- 08 Le surplus de poids cache quelque chose
- 09 Le corps ne réagit plus aux diètes
Autre(s): _____

1 1 1

403 404

1 1 1

405 406

1 1 1

407 408

3. En général, quelles sont les meilleures solutions à un problème de poids? (cochez 3 cases maximum)

- 01 Suivre un régime alimentaire
- 02 Modifier les comportements reliés à l'alimentation
- 03 Comprendre la source psychologique de son problème
- 04 Écouter les animatrices et les spécialistes
- 05 Manger très peu
- 06 Changer ses façons de penser
- 07 Faire beaucoup d'activité physique
- 08 Prendre soin de soi
- 09 Se faire davantage confiance
Autre(s): _____

1 1 1

409 410

1 1 1

411 412

1 1 1

413 414

VOS ATTITUDES ET VOS COMPORTEMENTS

ne rien
écrire ici

Les prochaines questions portent sur votre relation avec les aliments et avec les gens qui vous entourent.

4. Quelles sont vos réactions les plus fréquentes lorsque les gens vous font des remarques sur votre poids ou votre régime? (cochez 3 cases maximum)

88 Personne ne me fait de remarques sur mon poids (passez à la question 5)

01 Je me décourage

02 Je me justifie

03 Je me fâche

04 J'essaie d'expliquer ma démarche

05 Je m'affirme

06 Je me referme sur moi-même

07 Je me confie à une personne de confiance

08 J'essaie de comprendre les motifs de cette personne

09 Je mange encore plus

10 Je me prive encore plus

Autre(s): _____

┌ ┌ ┌

415 416

┌ ┌ ┌

417 418

┌ ┌ ┌

419 420

5. Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

	<i>ou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	
• Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse	1	2	3	4	5	6	┌ 421
• J'évite de manger quand j'ai faim	1	2	3	4	5	6	┌ 422
• Je suis trop préoccupée par la nourriture.....	1	2	3	4	5	6	┌ 423
• J'ai eu des excès de glotonnerie* durant les- quels je me sentais incapable d'arrêter de manger.....	1	2	3	4	5	6	┌ 424
• Je découpe mes aliments en petits morceaux	1	2	3	4	5	6	┌ 425
• J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange.....	1	2	3	4	5	6	┌ 426
• J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).....	1	2	3	4	5	6	┌ 427
• Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage	1	2	3	4	5	6	┌ 428
• Je vomis après avoir mangé.....	1	2	3	4	5	6	┌ 429
• Je me sens très coupable après avoir mangé	1	2	3	4	5	6	┌ 430

(* consommation d'une grande quantité de nourriture en peu de temps)

	<i>tou- jours</i>	<i>très souvent</i>	<i>sou- vent</i>	<i>par- fois</i>	<i>rare- ment</i>	<i>jamais</i>	ne rien écrire ici
• Le désir d'être plus mince me préoccupe.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 431
• Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 432
• Les autres pensent que je suis trop mince.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 433
• Je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 434
• Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 435
• J'évite de manger des aliments sucrés.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 436
• Je mange des aliments diététiques*.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 437
• J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 438
• Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 439
• Je sens que les autres me poussent à manger.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 440
• J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 441
• Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 442
• Je m'oblige à me mettre à la diète.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 443
• J'aime avoir l'estomac vide.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 444
• J'aime essayer des aliments nouveaux et riches.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 445
• Je ressens le besoin de vomir après les repas.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 446

(* aliments légers, réduits en sucre, en gras)

6. Au cours des quatre derniers mois, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique pendant au moins 20 minutes durant vos loisirs?

- | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| aucune fois | <input type="checkbox"/> 1 | aucune fois | une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 5 |
| moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> 2 | moins d'une fois par mois | deux fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6 |
| environ une fois par mois | <input type="checkbox"/> 3 | environ une fois par mois | trois fois et plus par semaine | <input type="checkbox"/> 7 |
| environ 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> 4 | | | |

447

VOTRE HISTOIRE DE POIDS

ne rien
écrire ici

Nous aimerions maintenant en savoir davantage sur l'évolution de votre problème de poids depuis un an.

7. a) Si tel est le cas, quel genre de régime(s), de programme(s) ou de produit(s) avez-vous utilisé pour perdre du poids. **Ne tenez compte que des tentatives importantes ayant duré 1 mois ou plus.**

Depuis un an, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les régimes suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• régime de 1000 cal. ou moins/jour	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 448
• régime de plus de 1000 cal./jour	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 449
• régime à base de certains aliments (pamplemousse, soupe, ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 450
• jeûne modifié aux protéines	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 451
• jeûne total	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 452

Depuis un an, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les médicaments ou produits suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• «coupe-faim»	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 453
• diurétiques (pilules qui font uriner)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 454
• série d'injections	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 455
• gommes, pastilles, pilules de fibres, laxatifs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 456
• substituts de repas (lait fouetté en poudre, barres)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 457

Depuis un an, combien de tentative(s) avez-vous fait avec les programmes suivants:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• Nutri-système	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 458
• Kilo-control	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 459
• Weight Watchers, Minçavi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 460
• Activité physique (Nautilus,...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 461
• Outre-mangeurs anonymes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	└─ 462

Depuis un an, combien de tentative(s) avez-vous fait en consultant un ou une:

	<i>aucune</i>	<i>1 tentative</i>	<i>plus d'une tentative</i>	
• Médecin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	└─ 463
• Diététiste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	└─ 464
• Psychologue, psychothérapeute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	└─ 465

b) Depuis un an, avez-vous utilisé, durant un mois ou plus, d'autre(s) moyen(s) pour maigrir qui ne sont énumérés pas dans la liste précédente? Si oui, lesquels?

c) À l'exception des tentatives énumérées ci-dessus, quelle proportion du temps durant la **dernière année** avez-vous «fait attention» pour ne pas engraisser (couper les portions, ne pas manger de dessert, de pain, etc.)

Tout le temps 4 le 3/4 du temps 3 la 1/2 du temps 2 le 1/4 du temps 1 jamais 0

8. Actuellement, suivez-vous un régime ou une autre démarche en rapport avec votre poids?

oui non 01



Spécifiez: _____

9. a) Durant la dernière année, avez-vous lu les livres suivants portant sur le sujet de l'obésité et de l'obsession de la minceur?

	<i>oui</i>	<i>non</i>	
• «À dix kilos du bonheur» de Danielle Bourque	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	└─ 471
• «Maigrir: la fin de l'obsession» de Suzie Orbach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	└─ 472
• «Maigrir sans obsession» de Suzie Orbach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	└─ 473
• «Une promenade en montagnes russes» de Pierrette Beaudoin et Sandra Conway-LeBlanc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	└─ 474
• «La faim en soi» de Jean-Louis Yaïch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	└─ 475
• «Défense et illustration de la toutoune québécoise» de Francine Allard	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	└─ 476

Autre(s): _____

ne rien écrire ici

└─ 463

└─ 464

└─ 465

└─ 466

466 467

└─ 468

└─ 469

469 470

└─ 471

└─ 472

└─ 473

└─ 474

└─ 475

└─ 476

└─ 477

477 478

b) Durant la dernière année, avez-vous lu les articles des revues populaires portant sur le sujet de l'obésité et l'obsession de la minceur?

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

ne rien écrire ici

479

c) Durant la dernière année, avez-vous écouté des émissions de télévision ou de radio portant sur le sujet de l'obésité et l'obsession de la minceur? («Jeannette tout court», «Claire Lamarche»)

jamais 0 presque jamais 1 quelques fois 2 souvent 3 très souvent 4

480

Nous aimerions mieux comprendre la décision que vous avez prise concernant le choix de maigrir. Evidemment, il est possible que ce choix ait changé depuis l'année dernière pour diverses raisons. Nous nous intéressons à votre situation telle que vous la percevez maintenant.

10. Indiquer votre décision concernant le choix de maigrir.

- 1 J'ai le choix et j'ai pris la décision de maigrir.
- 2 J'ai le choix et j'ai pris la décision de ne pas maigrir pour le moment.
- 3 Je n'ai pas pris de décision pour le moment.
- 4 Je n'ai pas le choix, il faut que je maigrisse.
- 5 Je n'ai pas le choix, même si je veux maigrir, je n'y arrive pas.

481

Nous aimerions savoir quelles stratégies vous utilisez actuellement en rapport avec votre poids et votre santé.

11. Encercler le chiffre qui correspond le mieux à la fréquence avec laquelle vous faites les choses suivantes:

	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais	
• Identifier si vous avez une vraie ou une fausse faim	5	4	3	2	1	482
• Faire une activité satisfaisante lors d'une fausse faim	5	4	3	2	1	483
• Arrêter de manger lorsque vous avez atteint la satiété	5	4	3	2	1	484
• Goûter aux aliments	5	4	3	2	1	485
• Choisir les aliments dont vous avez le goût	5	4	3	2	1	486
• Vous relaxer au besoin	5	4	3	2	1	487
• Bouger au besoin	5	4	3	2	1	488
• Exprimer ce que vous ressentez	5	4	3	2	1	489
• Changer vos discours négatifs en discours positifs	5	4	3	2	1	490
• Demander de l'aide lors des moments difficiles	5	4	3	2	1	491

VOUS AVEZ TERMINÉ, MERCI BEAUCOUP!

Annexe 7

- Annexe 7a Lettre de consentement – participants expérimentaux
Annexe 7b Lettre de consentement – participants témoins