

Université de Montréal

Ce mémoire de maîtrise intitulé :
Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de
gestion du poids

Présenté par :
Paul-Guy Duhamel, Dt.P.

Mémoire présenté à Faculté des études supérieures et postdoctorales
En vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sociologie

2010/01/11

© Paul-Guy Duhamel, 2010

Mémoire de maîtrise de Paul-Guy Duhamel, Dt.P.
Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de
gestion du poids

Identification du Jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de
gestion du poids

Présenté par :
Paul-Guy Duhamel, Dt.P.

A été évalué par :

Deena White
.....
Présidente rapporteur

Marie Marquis
.....
Membre du jury

Johanne Collin
.....
directrice de recherche

Résumé

L'augmentation observée de la prévalence du surpoids et de l'obésité au Québec comme ailleurs en Occident inquiète tant les gouvernements que les autorités médicales. Afin de contenir ce phénomène qui est désormais décrit comme une pandémie d'obésité, ces organisations y sont allées de différentes initiatives et recommandations, dans un contexte d'inefficacité avérée des interventions de gestion de poids à caractère clinique et d'émergence de stratégies de prévention dont l'efficacité et la sécurité à long terme restent encore à démontrer. **Méthode** : L'objet de cette recherche a été de décrire l'évolution du discours des organismes officiels de santé au Québec en matière de gestion du poids par l'analyse de contenu. Cette analyse a eu recours à une grille de plus de 160 documents produits au cours des 60 dernières années par les gouvernements, les autorités professionnelles et les médias québécois. **Résultats et discussion** : L'analyse révèle que l'évolution du discours de ces organisations s'inscrit dans trois continuums : le pathologique (une évolution, une gradation, une inflation étymologique du sens qui est donné au poids problématique); la surveillance (avec l'établissement de critères rationnels, la surveillance d'abord individuelle est devenue collective et s'est institutionnalisée); la responsabilisation (la responsabilité du poids s'est déplacée de l'individu vers le collectif puis vers le social). Ces continuums illustrent un déplacement de la manière de conceptualiser le poids de la sphère privée vers la sphère publique. Cette analyse révèle aussi qu'il y a à l'œuvre un exercice disciplinaire propre à une moralisation qui s'appuie sur la prémisse que l'augmentation de la prévalence touche toute la population de manière égale. Or, il n'en est rien.

Mots clés

poids, poids problématique, obésité, surpoids, alimentation, nutrition, médecine, activité physique, malbouffe, moralisation

Abstract

The increase in overweight and obesity prevalence observed in Quebec as elsewhere worries governments and medical authorities. In order to contain what is described as an "obesity pandemic", Quebec public health organisations have proposed a number of recommendations despite the fact that long-term safety of clinical interventions have proven inefficient, and prevention strategies to manage weight undetermined. **Objective:** To examine the evolution of public discourses about weight management by Quebec's public health organisations in order to identify if there is a moral standard being constructed and discuss what this reveals about modern societies. **Method:** Through content analysis of over 160 official documents produced by government, public health organisations and the media over the last 60 years, this thesis will describe and analyze weight management discourses of Quebec's official health organisations. **Results and Discussion:** The evolution of public weight management discourses by official public health organisations can best be described using three distinct continuums which all illustrate a shift from the private domain to the public one in the way weight problems are conceptualised. These continuums are: the pathological, or the etymological evolution of meaning given to the problematic weight; surveillance, in that rational criteria has been established and surveillance is no longer in the realm of the personal but rather has become a problem of the collective and in so doing, has become institutionalised; and finally, responsibility, where weight management has migrated from the individual through to the collective and then firmly into the social domain. This analysis illustrates that the disciplinary exercise of weight management, which functions as a moralizing process, considers the increase in overweight and obesity prevalence is across the population. However, such is not the case.

Key words

weight, problematic weight, obesity, overweight, food, nutrition, medecine, physical activity, junkfood.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| IDENTIFICATION DU JURY..... | 2 |
| RÉSUMÉ..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| TABLE DES MATIÈRES | 5 |
| REMERCIEMENTS | 7 |
| ABRÉVIATIONS | 9 |
| 1 INTRODUCTION | 10 |
| 2 PROBLÉMATIQUE | 14 |
| 2.1 La prévalence : Le poids prend du poids..... | 15 |
| 2.2 L'excès de poids comme facteur de risque. | 18 |
| 2.3 D'un facteur à une maladie à une épidémie | 19 |
| 2.4 Conséquences économiques liées au risque | 21 |
| 2.5 Le poids qui dérange | 22 |
| 2.6 Traiter ce poids? | 24 |
| 2.7 Le poids dans les sciences sociales | 27 |
| 3 LE CADRE CONCEPTUEL..... | 31 |
| 3.1 Construction de l'identité..... | 33 |
| 3.2 La surveillance du corps : une gestion du domaine privée vers la sphère publique..... | 38 |
| 3.3 Une crise de moralité..... | 40 |
| 4 MÉTHODOLOGIE | 45 |
| 4.1 Choix de la méthode..... | 45 |
| 4.2 Les sources à analyser | 46 |
| 4.3 La grille de lecture..... | 53 |
| 5 RÉSULTATS | 56 |
| 5.1 Comment définit-on le poids problématique? | 56 |
| 5.2 En quels termes parle-t-on du poids problématique?..... | 62 |
| 5.3 Comment explique-t-on le poids problématique? | 69 |
| 5.4 Quelles sont les raisons invoquées pour intervenir? | 76 |
| 5.5 De quelle nature est l'intervention sur le poids? | 84 |
| 5.6 Quels sont les acteurs de l'intervention?..... | 95 |
| 5.7 Quelles sont les cibles de l'intervention?..... | 99 |
| 5.8 À quel moment intervient-on sur le poids?..... | 102 |

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de
gestion du poids

| | |
|---|-----|
| 5.9 Synthèse de l'analyse | 105 |
| 6 ANALYSE ET DISCUSSION..... | 106 |
| 6.1 Retour sur la finalité | 106 |
| 6.2 L'évolution du discours des autorités de santé du Québec en matière de gestion du poids..... | 106 |
| 6.3 Y a-t-il moralisation de la gestion du poids?..... | 122 |
| 6.4 La moralisation : une construction en marche? | 125 |
| 7 CONCLUSION | 131 |
| 7.1 Les limites de cette recherche..... | 131 |
| 7.2 Aux limites du processus disciplinaire ? | 134 |
| 7.3 Vers un autre modèle explicatif? | 138 |
| ANNEXES | 160 |
| Liste des documents analysés | 161 |

Remerciements

S'il y a officiellement un seul auteur, la production d'un mémoire de maîtrise est d'abord et avant tout une œuvre collective. Il importe donc de remercier celles et ceux qui ont contribué à mener l'exercice à son terme.

D'abord, j'aimerais chaleureusement remercier ma directrice, Madame Johanne Collin. Elle a accepté de m'accompagner, dans des circonstances particulières, afin que je puisse enfin relever ce défi stimulant. Mes remerciements vont aussi à Monsieur Arnaud Sales et Mesdames Andrée Demers, Deena White et Marie-Françoise Dauphin qui ont rendu possible ce retour à la maîtrise.

Ma conjointe, Christine Hernandez, a droit, elle aussi, à toute mon appréciation. Elle a dû et su conjuguer, au fil des ans, ses obligations personnelles et professionnelles avec nos responsabilités parentales, ce mémoire et ma « caverne ». J'ai aussi une importante dette de gratitude à l'endroit de mes parents, Monique et François, qui ont généreusement accepté de jouer très activement leur rôle de grands-parents afin que je puisse avoir du temps à consacrer à ce projet.

Sur le plan professionnel, mes remerciements vont notamment à mesdames Céline Rousseau et Josée Chamberland. Toutes deux ont généreusement accepté de partager leur nouveau directeur nutrition avec ce mémoire de maîtrise.

J'aimerais aussi remercier celles et ceux qui ont jalonné ce parcours. Madame Elspeth Probyn, qui m'a amené, au détour d'un cours, à m'intéresser à la sociologie; mesdames Louise Thibault et feu Susan Morgan qui m'ont encouragé à entreprendre cette route hors des sentiers battus; madame Denise Couture qui a contribué à ce que je puisse oser commencer la rédaction de ce mémoire; messieurs Allen Grieco, Peter Scholliers, Claude Fischler et Madame Marie Marquis qui m'ont encouragé à reprendre ma maîtrise et à la mener à terme; Pascale Duhamel et Christine Hernandez qui ont fait la révision de ce mémoire, madame Stéphanie Clausmann qui en a fait la correction grammaticale et madame Barbara Parker qui a corrigé le résumé en anglais.

Mémoire de maîtrise de Paul-Guy Duhamel, Dt.P.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Que dire aussi de ces incontournables sources d'inspiration à qui je dédie ce mémoire. Il y a feu ma grand-mère, Yvette, mais aussi, et de plus en plus, ma fille Salomé et mon fils Tobias.

Mais, j'offre d'abord et avant tout ce travail à celui qui sans le savoir m'a tantôt servi de source d'inspiration, tantôt de modèle, tantôt de repoussoir, et à partir duquel j'ai forgé mon identité et que je suis devenu qui je suis.

Papa, cette maîtrise, elle est pour toi.

Abréviations

| | |
|-------|---|
| AMC | Association médicale canadienne |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| DSC | Département de santé communautaire |
| EIACA | Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes |
| ESCC | Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes |
| GAC | Guide alimentaire canadien |
| GTPPP | Groupe de travail provincial sur la problématique du poids |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| MCV | Maladies cardio-vasculaires |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| OPDQ | Ordre professionnel des diététistes du Québec |
| PAG | Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids |
| PSMA | Produits, services et méthodes amaigrissantes |
| RCO | Réseau canadien de l'obésité |

1 Introduction

Jeune stagiaire en voie de devenir diététiste, j'ai été confronté à la dure réalité que vivent des patients qui doivent introduire des modifications à leurs habitudes alimentaires à la suite d'un problème de santé. Rapidement, j'ai constaté la grande résistance des personnes visées par ces modifications. Plusieurs patients rencontrés affirmaient ne pas vouloir changer leur alimentation prétextant qu'ils ne pourraient plus manger « comme chez maman » ou comme les ami-e-s. De toute évidence, il y avait une dimension identitaire à l'acte de manger, dimension qui n'avait jamais fait l'objet d'une préoccupation dans mon parcours académique en diététique.

D'autre part, je constatais que la pratique de ma profession empruntait un mode prescriptif qui se rapprochait plus de la religion (permis et interdits) que de l'éducation. J'ai donc compris qu'il y avait plus à la nutrition que la seule science de répondre aux besoins physiologiques pour rétablir et maintenir la santé. Il y avait là une autre réalité à l'œuvre dans l'acte de manger. C'est la quête de cette autre réalité qui m'a amené à la sociologie.

Au même moment, certaines voix se faisaient entendre au Québec au sujet de l'échec des techniques de perte de poids. Le Collectif Action Alternative en Obésité, devenu aujourd'hui *Équilibre*, rappelait que perdre du poids n'était pas chose simple. De fait, au début des années 1990, un nombre croissant de chercheurs soulignaient, chiffres à l'appui, que les interventions cliniques qui visent à corriger le poids en agissant sur la balance énergétique (alimentation et/ou activité physique) ne fonctionnent pas. Cette affirmation semble aujourd'hui faire l'unanimité des autorités médicales et nutritionnelles.

En effet, toutes s'accordent pour reconnaître que les succès à long terme de ce type d'intervention demeurent, au mieux, modestes et souvent non concluantes. Il en va de même pour les interventions cliniques qui combinent la modification des différentes habitudes de vie sur le long terme. Force est de reconnaître également que les différentes stratégies dites cliniques, développées au fil des ans, n'ont pas

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

su renverser, stopper ou encore ralentir la progression de la prévalence de l'obésité. Seules les interventions dites comportementales sont créditées d'une certaine efficacité pourvu que les sujets aient démontré une réelle volonté de changement et une réelle compréhension des enjeux.

Malgré une efficacité somme toute très modeste et des données probantes qui ne permettent pas de tirer de conclusions, les organismes qui balisent les interventions des professionnels de la santé continuent à produire des guides de pratiques en matière de gestion du poids. Les plus récentes recommandations en matière de gestion des problèmes liés à l'excédent de poids sont à l'effet de favoriser l'intervention clinique multidisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, nutritionniste et kinésologue) qui s'accompagne d'un suivi à long terme (Dent R et al 2007). Comme se le demande Aphramor (Aphramor L 2005a), est-il nécessaire, voire éthique, d'intervenir pour normaliser le poids, alors que tous les modes d'intervention se révèlent inefficaces, voire dangereux? À quoi peut-on alors attribuer cette intensification de l'intervention? Pourquoi et comment peut-on interpréter cela? Voilà le paradoxe à l'origine de cette recherche.

Comme une question vient rarement seule, d'autres ont émergé au fil de cette réflexion. La section de la problématique leur est consacrée. Ce sera l'occasion de décrire ce que disent d'une part les sciences de la santé, puis, d'autre part, les sciences sociales qui s'intéressent à la problématique du poids.

Ainsi, comme on le verra, le sens et la valeur attribués au poids problématique ont changé au fil des ans et en particulier au cours des dernières années. S'il n'y a pas si longtemps il était un facteur associé à des pathologies, les autorités sanitaires parlent aujourd'hui du poids problématique non seulement comme d'une maladie, mais empruntent au champ des maladies transmissibles et infectieuses, tout un vocabulaire pour décrire l'évolution du poids problématique et les conséquences qui y sont associées. La prise de poids collective est devenue une épidémie, une pandémie. Pourtant, et bien que ces conséquences soient néfastes à la santé, le poids problématique est rarement une maladie et n'est pas une maladie dite transmissible ou infectieuse. Que signifie ce glissement sémantique?

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Il y a unanimité tant auprès des chercheurs que des groupes de professionnels de la santé sur le besoin urgent de travailler, d'intervenir sur une base préventive, donc d'intervenir afin que le poids problématique ne se développe pas et ainsi éviter l'intervention clinique qui se solde généralement par un échec. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de nombreux intervenants recommandent l'adoption de politiques de prévention qui feraient la promotion des modes de vie sains et des changements de comportement axés notamment sur une surveillance régulière du poids. À titre de président de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec de 2002 à 2008, j'ai activement contribué à ce discours¹.

Pourtant, ceux-là mêmes qui émettent cette recommandation, aujourd'hui au cœur des plans d'action gouvernementaux, reconnaissent que le niveau de connaissances en matière de prévention afin d'identifier les meilleures approches est, au mieux, insuffisant. La société est néanmoins passée d'une stratégie clinique à une stratégie de santé publique, mais en ayant toujours essentiellement recours aux mêmes outils d'interventions que ceux utilisés dans un cadre clinique

¹ Voici un aperçu des prises de position et mémoires que j'ai défendus à titre de président de l'OPDQ :

Janvier 2004 Les nouveaux enjeux liés à l'innocuité alimentaire - Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec à la Commission sur l'Agriculture, les pêcheries et l'alimentation de l'Assemblée nationale du Québec

Août 2007 Une approche professionnelle intégrée, multidisciplinaire et préventive à privilégier pour les secteurs agricole et agroalimentaire Mémoire conjoint de: l'Ordre des agronomes du Québec, l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec, l'Ordre des chimistes du Québec et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

Document présenté à la Commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois

Septembre 2007 Pour remettre le citoyen au cœur de l'assiette! Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec présenté à la Commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois

Novembre 2007 Consultation publique sur les conditions de vie des aînés: un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec présenté au Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

et dont l'efficacité fort modeste est régulièrement soulignée. Que cela dit-il des motivations et des actions des différentes autorités sanitaires?

Certes, le poids moyen de la population s'accroît et atteint aujourd'hui des niveaux nuisibles au bien-être. Cependant, cette crise du poids problématique n'est pas uniforme. Elle se manifeste de manière différente, que l'on soit en France, en Allemagne, en Grande-Bretagne, aux États-Unis ou au Canada. À l'intérieur même de ces nations, il y a d'importantes disparités dans la prévalence du poids problématique selon les régions, le niveau socio-économique, le niveau de formation et entre les hommes et les femmes. Or, si les autorités reconnaissent ces disparités, elles en font peu ou pas état dans leurs prises de position et leurs plans d'action. Que révèle cette absence de questionnement face à ce phénomène bien connu et bien documenté?

Une longue réflexion a permis d'identifier que la seule manière de répondre à toutes ces questions n'était pas de leur répondre, une à une directement, mais bien de les regarder autrement. C'est ainsi qu'est venue l'idée (je la dois à monsieur Claude Fischler avec lequel j'ai discuté lors de ma participation à l'Université Européenne d'été de l'Institut Européen d'Histoire de Cultures de l'Alimentation) d'étudier l'évolution du discours des organismes officiels de santé au Québec en matière de gestion du poids. Il s'agit donc d'un effort de conciliation de toutes ces questions.

De cette première section émergeront le cadre conceptuel, l'ensemble des questions de recherche et le cadre analytique.

La deuxième section porte alors sur l'analyse de l'ensemble des documents retenus pour cette recherche. La section est importante, car c'est ici que doivent apparaître, si tel est le cas, les grandes tendances qui caractérisent une évolution du discours.

La dernière section se veut une discussion au sujet des résultats obtenus. Plus encore, j'ose faire une interprétation personnelle de la situation du poids dans nos sociétés.

2 Problématique

Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité² augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain (OMS 2006).

Les autorités en matière de santé s'inquiètent de cette évolution. En effet, au début du vingtième siècle l'essentiel de la charge de morbidité était associé aux maladies dites transmissibles ou aiguës. Face à ce défi, les sciences de la santé ont développé des stratégies d'interventions cliniques et d'hygiène publique (eau potable, gestion des eaux usées, salubrité des lieux publics, etc.) souvent fort efficaces de telle sorte qu'aujourd'hui, le profil de morbidité de nos sociétés a profondément changé. Ainsi, l'essentiel de la charge de morbidité est maintenant attribuable aux maladies chroniques. La situation actuelle est telle que l'OMS affirme que nous faisons face à une épidémie de maladies chroniques pour lesquelles l'excès de poids a été identifié comme un facteur de risque déterminant. L'OMS note que cette épidémie est manifestement liée à des habitudes alimentaires universelles et à la consommation accrue d'aliments industriels gras ou salés (OMS 2002).

² Puisque les définitions servent de point de départ aux démonstrations et que ce mémoire porte un regard sur un secteur d'activité normé, il s'avère important, d'entrée de jeu, de venir préciser l'usage usuel du vocabulaire du poids.

Selon une pluralité de sources médicales (Chagnon-Decelles 2000, Santé Canada 2003, Association médicale canadienne 2006), la normalité du poids d'un individu est généralement déterminée par l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC, ou indice de Quételet, correspond à la masse, en kilogrammes, d'un individu divisé par le carré de la taille, en mètres, de ce même individu.

Lorsque l'indice varie entre 18,5 et 24,9, le poids est dit normal ou désirable puisque, selon les études épidémiologiques, il est associé au moindre risque relatif de morbidité et de mortalité. En de ça de 18,5, le poids est qualifié d'insuffisant et est associé à plusieurs problèmes de santé tels que la sous-alimentation, l'ostéoporose, les maladies respiratoires et divers troubles alimentaires. Un tel poids peut aussi résulter d'une maladie sous-jacente non diagnostiquée. Lorsque l'IMC est au-dessus de 25, le poids est dit excédentaire ou en surplus. On parlera alors de surpoids ou d'embonpoint. Il sera question d'obésité lorsque l'IMC sera supérieur à 30. Au-delà de 40, l'obésité sera qualifiée de morbide. Cette obésité morbide fera, à son tour, l'objet d'une catégorisation.

Au-dessus de 25, plus l'IMC sera élevé, plus le risque relatif de morbidité et mortalité sera important.

2.1 La prévalence : Le poids prend du poids

Que les statistiques soient mondiales, américaines, canadiennes ou québécoises, elles démontrent toutes que la prévalence de la surcharge pondérale croît. Selon les dernières estimations mondiales³ de l'OMS pour 2005 (OMS 2006), environ 1,6 milliard d'adultes (âgés de 15 ans et plus) avaient un surpoids et au moins 400 millions d'adultes étaient obèses. Au cours de la même période, au moins 20 millions d'enfants de moins de cinq ans avaient un surpoids. On observe, à l'échelle mondiale, que pour la première fois de l'histoire de l'humanité, le nombre de personnes qui accusent un surpoids dépasse le nombre de personnes en situation de sous-nutrition (854 millions de personnes) (FAO 2006).

Tous les experts s'entendent pour affirmer que l'augmentation de la prévalence de l'excès de poids est une tendance lourde qui ne montre aucun fléchissement (Eckel R H. 2003). Ainsi, selon les pronostics actuels de l'OMS (2006), quelque 2,3 milliards d'adultes auront un surpoids et plus de 700 millions seront obèses.

Ce constat est lourd. Cette prise de poids collective ainsi que les risques de développer une maladie chronique qui en découlent, n'auront pour effet que d'accroître encore plus les dépenses en soins de santé et d'augmenter la pression sur les différents systèmes de prestation de soins déjà lourdement hypothéqués. Si après un siècle où l'espérance de vie des hommes et des femmes au Canada est passée respectivement de 47 et 50 ans (Norris S 2000) à 77,8 et 82,6 ans (Statistiques Canada 2006), l'état actuel de la situation est tel, selon les experts mandatés par l'Association médicale canadienne, que les enfants d'aujourd'hui vivront moins longtemps que leurs parents (Canadian Medical Association 2006).

³ Tout au long de ce mémoire, une différenciation entre le surpoids et l'obésité est faite. Le surpoids et ses synonymes, embonpoint, pré-obèse ou encore l'expression « au-dessus de son poids » décrivent les indices de masse corporels (IMC) situés entre 25 et 30. Pour cette catégorie, les experts de l'OMS parlent de risque accru, par rapport aux IMC situées entre 18,5 et 25, de développer des problèmes de santé. Dès que l'IMC dépasse 30, il sera question d'obésité. L'obésité, tel qu'indiqué dans la note précédente, fera également l'objet d'une classification. Les différents types d'obésité seront associés à un risque élevé, très élevé et extrêmement élevé de développer des problèmes de santé. La différence entre le surpoids et l'obésité tient donc à une question de niveau de risque (Mongeau L et Al. 2005).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

La situation qui prévaut aux États-Unis n'est rien de moins que spectaculaire. Au début des années 1980, la prévalence de l'obésité (IMC > 30) était à peine supérieure à 15 %. Dix ans plus tard, cette prévalence grimpait à près de 25 % (USA 2001). Depuis 1998, au moins le tiers de la population était obèse (Obesity Task Force 1998) et la progression ne montre aucun signe de ralentissement. En 2005, c'est plus de 70 % de la population de 15 ans et plus qui accuse un surpoids (IMC \geq 25) (OMS 2005).

Le portrait canadien est à peine moins spectaculaire. La prévalence de l'obésité en 1972 était d'environ 11 %, en 1980, de moins de 15 %. En 1990, les études canadiennes révèlent une prévalence de l'obésité de 15 %, en 2000, de 20 % puis en 2005, de 24 %. Chez les enfants, la prévalence de l'obésité est passée d'environ 3 % en 1978/79 à 8 % en 2004. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004 révèle qu'environ 59 % de la population serait en situation de surpoids (Katzmarzyk P T 2007).

Avec la Colombie-Britannique, le Québec se démarque de la tendance qui s'observe ailleurs en Amérique du Nord. En effet, si la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité augmente depuis les années 1970, la progression est moins marquée au Québec. En 1987, la prévalence de l'embonpoint chez les hommes était de 35 % et chez les femmes de 20 %. En 2003, cette prévalence passait respectivement à 41 % et 25 % (Mongeau L et Al 2005). L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 2,2) faisait passer la prévalence moyenne de l'embonpoint au Québec en 2004 à 41 % (Statistique Canada 2004).

Quant à l'obésité, la prévalence au Québec passait, chez les hommes comme chez les femmes, d'environ 7 % en 1987 à 14 % en 2003 (Mongeau L et Al 2005). En 2004, elle sautait à 21,9 % (Mongeau L et Al 2005).

De l'opinion des experts en santé publique, en matière de poids, la situation québécoise n'est pas meilleure qu'ailleurs en Amérique du Nord. Le poids moyen au Québec croît au même rythme que celui des autres Nord-américains, mais avec quelques années de retard. Si rien n'est fait, la situation qui pourrait prévaloir au Québec d'ici quelque temps est celle qui prévaut déjà ailleurs aujourd'hui.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Toutefois, il est important de noter, contrairement à ce que laissent entendre les acteurs majeurs de la lutte à l'obésité, dont les gouvernements, que cette prise de poids n'est pas uniforme. En effet, si le phénomène de la prise de poids touche toute la population, au Québec comme en France, certains semblent encore protéger. Au Québec, si la prévalence de l'embonpoint augmente avec le revenu, celle de l'obésité diminue. Ainsi, chez les individus à revenus élevés⁴, cette incidence est de 11,6 % en 2003 contre 17,8 % pour ceux à bas revenus⁵ (Mongeau L et Al 2005). Pendant cette même période en France, on notait une surreprésentation des obèses dans les ménages à faible revenu avec une incidence de 12 % contre 8 % pour les mieux nantis (de Saint Pol T 2009).

En France et au Québec, la scolarisation a un effet encore plus marqué sur la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Au Québec, cette prévalence est respectivement de 30,9 % et de 9 % chez les plus scolarisés⁶. En France, l'obésité touchera 5 % de ces derniers. Par contre, chez les Québécois moins scolarisés⁷, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité oscille autour de 36 % et de 20 % (Mongeau L et Al 2005). En France, la prévalence de l'obésité sera de 15 % chez les moins scolarisés (de Saint Pol T 2009).

Que l'on soit en France ou au Québec, il apparaît que les régions urbaines sont moins touchées par la problématique de poids excédentaire que les régions rurales ou ressources (Mongeau L et Al 2005) (de Saint Pol T 2009).

Si Mongeau et ses collègues (2004) ne dénotent pas de différence significative entre les deux sexes en matière d'obésité, il en va autrement pour le surpoids (embonpoint). Celui-ci est « beaucoup plus prévalent que l'obésité et significativement plus élevé chez les hommes (41 %) que chez les femmes (25 %). Cette différence selon le sexe pour l'embonpoint est constatée depuis

⁴ 60000 \$ et plus/ 1-2 personnes

⁵ 15000 \$/1-2 personnes à 30000 \$/5 personnes

⁶ Diplôme universitaire

⁷ Pas de diplôme secondaire

1987, et ceci, pour chaque année d'enquête » (1987 à 2003) (Mongeau L et Al 2005).

La France de 2003 montre une différence entre les hommes et les femmes. Le surpoids est surtout une histoire masculine. La prévalence y est de 34,8 % chez les Français, mais tombe à 21,2 % chez les Françaises. L'obésité est à peine plus une histoire de femmes que d'hommes. Parmi elles, la prévalence est de 10,2 % alors que pour les hommes, elle est de 9,8 % (de Saint Pol T 2009).

2.2 L'excès de poids comme facteur de risque.

L'excès de poids comme facteur de risque du développement de certaines pathologies⁸ fait l'objet d'un très large consensus au sein de la communauté médicale et scientifique (Calle EE et al 1999; Dey DJ et al 2001; Santé Canada ; Singh PN & KD. 1998). Ainsi, l'OMS observe que le surpoids et l'obésité entraînent de graves conséquences pour la santé et ces risques augmentent progressivement selon l'importance de la surcharge pondérale (OMS 2006). Cette surcharge pondérale est un facteur de risque notamment des maladies chroniques suivantes :

- Les maladies cardiovasculaires (principalement cardiopathie et accident vasculaire cérébral), qui sont déjà la première cause de décès dans le monde (17 millions de morts par an);
- Le diabète, qui a rapidement pris des proportions épidémiques. L'OMS prévoit que les décès dus au diabète augmenteront de plus de 50 % dans le monde au cours des dix prochaines années;
- Les troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose;
- Certains cancers (endomètre, sein et côlon).

Les lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes de Santé Canada, font, à quelques pathologies près, le même portrait causal.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

L'OMS affirme que quelque 60 % des décès dans le monde et 47 % de la charge mondiale de morbidité seraient attribuables aux maladies chroniques et que d'ici 2020, ces chiffres pourraient atteindre 73 % et 60 %. En 2002, une étude du groupe bancaire UBS Warburg affirmait que 300 000 décès aux États-Unis étaient reliés à l'obésité (UBS Warburg Décembre 2002).

Les différents observateurs et responsables de santé publique notent que non seulement les maladies chroniques liées à la surcharge pondérale sont responsables de l'essentiel de la charge de morbidité, mais qu'elles frappent en outre plus tôt dans la vie (ce serait notamment le cas du diabète de type 2. Jusqu'à récemment associé aux adultes, ce type de diabète frappe maintenant un nombre croissant de jeunes âgés de moins de 18 ans), mais réduit également l'espérance de vie ainsi que le nombre d'années durant lesquelles les personnes peuvent vivre en santé (Canadian Medical Association 2006; Conseil canadien sur la santé mars, 2007). Selon une étude britannique, les personnes obèses avaient une espérance de vie en moyenne réduite de 9 ans (House of Commons Health Committee 2002-2003). De plus, la mortalité et la morbidité croîtraient à mesure que l'IMC augmente, mais que cette augmentation est nettement plus marquée lorsque l'IMC est supérieur à 30 (OPDQ 2000).

L'excès de poids s'accompagne également de plusieurs conséquences psychosociales engendrées par les préjugés et la stigmatisation. Ces conséquences s'observeraient dans toutes les couches de la société, chez les deux sexes, à tous les âges. De l'opinion de certains, les préjugés envers l'obésité constitueraient la dernière forme de préjugés socialement acceptée dans nos sociétés (OPDQ 2000).

2.3 D'un facteur à une maladie à une épidémie

Jusqu'à récemment, la surcharge pondérale était essentiellement présentée comme un facteur de risque associé à une ou plusieurs maladies (comorbidité). Or, en 1985, un groupe d'experts mandatés par le National Institut of Health s'est penché sur la problématique du surpoids, en particulier sur la morbidité, la mortalité qui y sont associées de même que sur les demandes de remboursement

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

de frais de santé qui y sont liées et qui ont été effectuées auprès des compagnies d'assurance. Il en est venu à la conclusion que si le poids excède le poids désirable de 20 % et plus, l'excédent de poids devient obésité et maladie (Eckel R H. 2003). Certains auteurs vont plus loin.

Si l'obésité est généralement présentée comme un facteur de risque important pour nombre de pathologies (Bray G A. 2004), elle est également définie comme la maladie de la surnutrition ou encore comme une conséquence métabolique du déséquilibre nutritionnel (Drewnowsky A & Warren-Mears V-A. 2003). D'autres, comme Bray, affirment que la surcharge pondérale (IMC > 25) est rien de moins qu'une maladie chronique qui afflige aujourd'hui 60 % des Américains.

Selon certains endocrinologues, un nouveau syndrome frappe 47 millions de Nord-Américains : le syndrome métabolique (Extensio 2009). Selon l'OMS, il s'agit d'une combinaison de facteurs augmentant sérieusement les risques de diabète, de maladies du cœur, ainsi que des maladies en découlant : insuffisance rénale, affection de la rétine de l'œil, etc. Il se manifeste quand, chez la même personne, on retrouve au moins un des facteurs suivants : intolérance au glucose, diabète de type 2, résistance à l'insuline et au moins 2 des facteurs suivants : hypertension, obésité, lipides sanguins élevés (dyslipidémie), microalbuminurie (protéines dans les urines).

Compte tenu de l'importance du nombre de personnes qui accusent un surpoids – l'OMS et les experts de santé publique parlent d'épidémie d'obésité – et des problèmes de santé qui y sont généralement associés et de l'augmentation de la mortalité qui en découle, ce symptôme, ce facteur de risque qu'est l'excès de poids n'est plus qu'un simple problème cosmétique, de perception ou d'image corporelle (Canadian Medical Association 2006). L'excédent de poids est devenu une maladie, souvent grave, qui doit être traitée sans délai.

Comme on peut le constater, au cours des vingt dernières années, il y a eu évolution sémantique importante et rapide autour de l'obésité. De manifestation biologique, à facteur de risque, à maladie, il est maintenant question d'épidémie ou crise de l'obésité.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Le recours aux expressions de crise ou d'épidémie pour décrire l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité, pour certains, n'est rien de moins qu'une métaphore pour justifier la mise en œuvre d'actions dites urgentes. Elle implique que cette manifestation (l'augmentation de la prévalence du surpoids) a des répercussions majeures pour les institutions et les cultures (Lindenbaum S & Kuru 2001). Elle évoque l'émotivité associée aux épidémies de maladies infectieuses et rend légitime le recours aux mêmes types d'action que pour ces maladies infectieuses, mais surtout l'intervention publique.

Cette évolution suscite la réflexion. Elle permettrait certes la stigmatisation puis les actions à prendre à cause des risques, des dangers que le surpoids et l'obésité représentent tant pour ceux qui en sont atteints que pour la société dans son ensemble (Gard M & Wright J 2005). Mais, cette évolution n'est pas celle d'une pathologie. Par analogie, on assiste à la description d'une problématique bien réelle par le recours à ces termes propres à la médecine. Ainsi, ce changement terminologique progressif pourrait bien être un exemple de médicalisation. De fait, il pourrait y avoir une attribution de causes et de solutions médicales à un problème dont les causes sont d'ordre non médical (Collin J. 2007).

2.4 Conséquences économiques liées au risque

En 1999, l'Association médicale canadienne publiait une étude sur les coûts associés à l'obésité (incluant les coûts directs — médicaments, frais d'hospitalisation et frais médicaux directement attribuables à l'obésité —, les coûts non matériels — coûts pour l'individu en matière de réduction de la qualité de vie — et les coûts indirects — perte de revenus imputable à l'absentéisme ou à la maladie, coûts liés au chômage et à l'invalidité) réalisée dans certains pays, dont le Canada, les États-Unis, la France et l'Australie (Birmingham CL et al 1999). Établis à partir de la prévalence d'un IMC ≥ 27 et en tenant compte de 10 maladies concomitantes de l'obésité, les coûts directs de l'obésité au Canada sont estimés à 1,8 milliard de dollars, soit 2,4 % des dépenses totales de soins de santé au Canada.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Six ans plus tard, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, estimait que le coût total des maladies, des handicaps et des décès au Canada dus aux maladies chroniques (dont plusieurs sont intimement liés à l'excès de poids) s'élève à plus de 80 milliards de dollars annuellement dont 28 attribuables aux maladies cardiovasculaires, 14 au diabète et ses complications, 13 au cancer, 8 aux maladies respiratoires et 1,8 milliard à l'obésité (Chronic disease prevention). À titre indicatif, le budget 2005-2006 du gouvernement du Québec alloué à la santé était de 20,9 milliards (Gouvernement du Québec).

Il se dépenserait annuellement aux États-Unis quelque 33 milliards en programmes de perte de poids, dont les diètes, les programmes d'activité physique et de modification de comportement (Espinoza G & Scott S 2002).

2.5 Le poids qui dérange

Cette préoccupation bien réelle pour le poids s'observe partout en Amérique du Nord. Selon un sondage effectué aux États-Unis en 1950, seulement 7 % des hommes et 14 % des femmes cherchaient à perdre du poids. Les résultats obtenus en 1956 et 1969 sont restés essentiellement les mêmes (Dwyer JT & Mayer J 1970). Par contre, en 1985, le National Health Interview Survey divulguait qu'aux États-Unis, si 56 % des femmes et 27 % des hommes de poids normal estimaient accuser un excès de poids, 35 % des adultes américains (44 % de femmes et 25 % d'hommes) ont avoué chercher à perdre du poids (National Dairy Council July-August, 1991).

Les adolescents semblent également montrer de l'insatisfaction à l'endroit de leur apparence physique. Dans sa revue de littérature, Moore (Moore D. C. 1993) rapporte qu'environ les deux tiers des filles américaines, tous âges confondus, sont mécontentes de leurs poids. Les garçons du même groupe d'âge montrent qu'ils sont tout aussi préoccupés par leur apparence corporelle. Le tiers d'entre eux ne sont pas heureux de leur poids. Contrairement aux filles, les garçons voudraient généralement être plus gros, plus forts. Ceci serait particulièrement vrai pour les sportifs. Chez les jeunes hommes et les jeunes femmes, il y a le même souci de modifier son apparence afin de la rendre plus acceptable.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Les enfants n'échappent pas non plus à cette préoccupation. Dès l'école primaire, ils auraient une opinion sur ce qu'est une apparence corporelle désirable et des moyens à prendre pour l'obtenir. Dans leur étude de 1989, Maloney et ses collaborateurs (Maloney M et al 1989) ont montré que 69 % des enfants d'âge scolaire (318 enfants du primaire — 3^e à la 6^e année — de la classe moyenne de Cincinnati) indiquaient que leur mère avait à un moment ou à un autre suivi un régime amaigrissant. Treize pour cent d'entre eux estimaient que leurs mères accusaient un surpoids contre 18 % quand il s'agissait de leurs pères. Lorsque les enquêteurs leur demandaient comment ils se voyaient, 45 % ont reconnu vouloir être plus minces, 37 % ont admis avoir déjà tenté de perdre du poids et 7 % montraient des signes d'anorexie nerveuse. En 1992, selon une étude faite auprès d'enfants âgés de 9 à 11 ans de l'État de l'Iowa, sans distinction de classe socio-économique, plus de 61 % d'entre eux se pesaient tous les matins, 41 % disaient recourir aux régimes amaigrissants, environ 60 % étaient inquiets de devenir obèses et 52 % se sentaient coupables de manger des aliments pouvant les faire grossir (Gustafon-Larson AN & Terry RD 1992).

En 1987, 74,2 % des Québécoises de 15 à 24 et 65,4 % de celles âgées de 65 ans et plus affirmaient désirer perdre du poids. Par contre, la proportion des Québécois qui désiraient perdre du poids se situait autour de 50 % et variait peu en fonction de l'âge. Cinq ans plus tard, chez les plus de 15 ans, 75 % des femmes et 56 % des hommes affirmaient vouloir un poids inférieur à celui qu'ils ont déclaré. Quatre-vingt-un pour cent des femmes affichant un poids santé et 23 % de celles qui avaient un poids insuffisant souhaitaient peser moins (Enquête Santé Québec 1992). Les hommes d'un poids santé, quant à eux, aimeraient dans 31 % des cas gagner du poids (3 % chez les femmes).

Ailleurs au Canada, le portrait est à peine différent. « En tout, 60 % des Canadiennes cherchent à perdre du poids, dont 33 % ayant un poids santé » (Institut national de nutrition 1995). Parmi ceux et celles qui ont un IMC supérieur à 27, « 60 % des femmes et 40 % des hommes s'efforcent de perdre du poids (Institut national de nutrition 1995). Si 75 % des hommes invoquent des

raisons de santé pour perdre du poids, 50 % des femmes ciblent l'apparence et les autres parlent d'apparence et de santé » (Institut national de nutrition 1995).

2.6 Traiter ce poids?

L'intervention visant à corriger le poids agit sur ce que les experts appellent la « balance énergétique ». Elle met en relation l'énergie ingérée (alimentation) avec l'énergie dépensée (activité). L'effet souhaité pourra être obtenu et agissant sur l'un et/ou l'autre de ces pôles. Ainsi, pour un gain de poids, cette balance devra être positive alors que pour une perte de poids, cette balance devra être négative.

L'expérience démontre que la gestion du poids n'est pas seulement cette équation mathématique. Une foule d'autres facteurs (génétiques, psychologiques, physiologiques, culturels ou encore environnementaux) affectent le poids et complexifient considérablement sa gestion (American Dietetic Association 2002) (GTPPP 2004,) à telle enseigne que bon nombre de professionnels de la santé reconnaissent aujourd'hui qu'il y a peu de problématiques médicales aussi frustrantes à traiter que l'excédent de poids (Eckel R H. 2003).

Malgré l'incroyable développement des connaissances liées au poids, un fait demeure. La pierre angulaire de toute intervention sérieuse qui a pour objet d'améliorer le statut pondéral⁹ est la modification des habitudes de vie, dont l'alimentation et l'activité physique (American Dietetic Association 2002) (Eckel R H. 2003) (Canadian Medical Association 2006). Or, les autorités, médicales comme nutritionnelles, s'accordent toutes pour reconnaître que les succès à long terme de ce type d'intervention demeure, au mieux, modeste.

Les revues de la littérature qui se sont penchées sur l'efficacité de la modification des habitudes alimentaires afin d'améliorer le statut pondéral, révèlent que les données disponibles qui attesteraient cette efficacité sont limitées et manquent d'homogénéité. Les périodes post-intervention au cours desquelles on cherche à

⁹ Les experts ne parlent plus de normaliser ou de corriger le poids. Il appert qu'en situation d'excédent de poids, une perte d'au moins 5 % maintenue pour une période supérieure à 2 ans permet de produire des bénéfices mesurables et ressentis en matière de santé (JADA 2002).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

établir si le poids perdu est maintenu, sont au mieux de 12 mois alors qu'elles devraient être de 12, 36 et 60 mois (Mongeau L et al 2004). De plus, ces études connaissent généralement un taux d'abandon très élevé, ce qui en réduit la validité statistique. Les plus optimistes leur accordent un taux de réussite médian de 15 % auquel s'ajouterait un effet adjuvant lorsque les interventions s'accompagnent de thérapie de groupe, de modification de comportement et d'un suivi actif (Ayyad C & Anderson T 2000), alors que d'autres se limitent à dire que l'efficacité réelle de ce type d'intervention échappe tant aux patients qu'aux professionnels de la santé (Jeffrey Rw et al 2000). Force est de constater qu'il n'existe aucune intervention axée uniquement sur l'alimentation qui soit vraiment efficace (Mendelson R et al 2007) (Avenell A et al 2004).

L'intervention qui vise l'amélioration du poids grâce à l'activité physique est certes fondée scientifiquement. Néanmoins, les preuves de son efficacité, en particulier quant à la prévention de la prise de poids post intervention, demeurent peu concluantes. Il en serait de même pour les programmes d'activité physique visant le maintien d'un poids santé (Prud'homme D et al 2007).

Les interventions dites comportementales qui misent sur la modification des modes d'alimentation, le renforcement positif, les objectifs réalistes et la gestion du stress auraient produit des retombées intéressantes. Cependant, les études sur l'efficacité de ce type d'intervention observent que les participants à ces études démontraient une réelle volonté de changement et une réelle compréhension des enjeux (Vallis M 2007). Ainsi, il est maintenant recommandé d'attester la réelle volonté de changement de la personne présentant un excès de poids avant d'amorcer tout traitement (Dent R et al 2007). Il est également recommandé d'offrir à cette personne un soutien éducatif qui l'aidera tout au long du processus de modification du comportement (Vallis M 2007).

Si l'intervention qui se concentre sur un seul facteur de risque se révèle peu efficace, la combinaison d'approches axées sur les habitudes de vie pourrait s'avérer plus prometteuse. Cependant, les données actuelles démontrent, ici aussi, un taux d'abandon très élevé de la part des participants, limitant du coup la

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

mesure de l'efficacité réelle de ce type d'intervention¹⁰. Néanmoins, les données probantes peu nombreuses et celles qualifiées de non concluantes confirmeraient la pertinence d'une intervention combinée en matière d'habitude de vie (Norris SL & Zhang X et al 2004; Vance VA et al 2007) qui mise sur le long terme (American Dietetic Association August 2002). Sur ces mêmes bases, les plus récentes recommandations en matière de gestion du surpoids favorisent l'intervention clinique multidisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, nutritionniste et kinésologue) qui s'accompagne d'un suivi à long terme (Dent R et al 2007).

En ce qui a trait aux autres types d'interventions, tels le traitement pharmacologique et la chirurgie, ils peuvent être pertinents dans certaines circonstances et en complément à la combinaison d'approches qui visent à modifier les habitudes de vie. Il est à noter que leur efficacité et leur innocuité à long terme restent encore à démontrer (Canadian Medical Association 2006).

La faible efficacité attribuée aux interventions des professionnels de la santé en matière de gestion du poids agirait comme un incitatif pour le public à recourir aux solutions faciles qui font l'objet d'importants battages publicitaires (Eckel R H. 2003). Or ces produits, services et méthodes amaigrissantes (PSMA) sont généralement peu efficaces, nuisent à une prise en charge saine du poids (Mongeau L et al 2004) et sont hors de prix (Tsai AG & Wadden TA 2005).

Puisque les différentes stratégies dites cliniques, développées au fil des ans, n'ont pas su renverser, stopper ou encore ralentir la progression de la prévalence de l'obésité (Noël PH & Pugh JA 2002), que l'efficacité à long terme de ces stratégies est, au mieux, fort limitée, et en considération des risques importants pour la santé que représente l'obésité, l'Association médicale canadienne recommandait dès 1999 de privilégier les actions qui misent sur la prévention du problème (Douketis JD et al 1999). Depuis, il y a unanimité tant du côté des chercheurs que des groupes de professionnels de la santé pour que les gouvernements adoptent des stratégies de prévention intensives et immédiates pour prévenir

¹⁰ Il appert qu'une des raisons expliquant les hauts taux d'abandon des programmes d'interventions qui misent sur les saines habitudes de vie serait que ce type de service n'est pas remboursé par les compagnies d'assurances aux États-Unis (Tsai 2006).

l'augmentation de la prévalence des poids excédentaires (Canadian Medical Association 2006) (American Dietetic Association 2002). Du même souffle, le comité d'experts de l'association médicale canadienne reconnaissait par ailleurs que le niveau de connaissances en matière de prévention afin d'identifier les meilleures approches étaient, au mieux, insuffisant (Canadian Medical Association 2006).

Des gouvernements ont entendu l'appel de l'urgence d'agir en prévention et y ont répondu, malgré le peu de données concluantes justifiant ce type d'action. Ainsi, en 2006, le Québec rendait public son Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids, « investir pour l'avenir ». Ce plan touche sept ministères sur cinq axes différents : favoriser la saine alimentation, favoriser un mode de vie physiquement actif, promouvoir des normes sociales favorables, améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids et favoriser la recherche et le transfert de connaissances. Du coup, il annonce une intensification de la surveillance du poids par la santé publique.

2.7 Le poids dans les sciences sociales

Ainsi, les écrits issus des sciences de la santé, de manière quasi unanime, illustrent avec grande efficacité, l'accroissement de la prévalence de l'obésité dans nos sociétés occidentales. Cette même littérature fait grand état des risques, voire les périls à la santé que représente cette épidémie. Selon les tenants de ce discours, il n'y a aucun doute que l'épidémie d'obésité est essentiellement causée par des habitudes de vie inactive, la culture du fast-food et le changement de nos habitudes alimentaires (Rich E & Evans J 2005). Enfin, cette littérature insiste sur l'urgence d'intervenir, mais surtout de prévenir l'obésité, bien que, dans un cas comme dans l'autre, l'inefficacité des interventions (95 % d'inefficacité) (Aphramor L 2005b) proposées est reconnue.

Ceux-ci ne représentent cependant pas la seule perspective développée sur le sujet. Un autre pan de la littérature regroupe des écrits issus des sciences sociales et qui développent une perspective critique, soit de l'action soit de l'intention, du

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

discours des sciences de la santé en matière de normalisation du poids et en particulier celui des professionnels, identifient ses apparentes contradictions et les mettent en exergue.

La littérature critique de l'action argue que les liens entre l'excédent de poids et la santé ne sont pas aussi clairs que ce que les autorités en santé l'affirment. Certains vont jusqu'à dénoncer les positions et les discours selon lesquels l'Occident vit une crise ou une épidémie d'obésité. Plus encore, ils prêtent des intentions morales, politiques et culturelles aux tenants de la normalisation pondérale.

Cette réflexion, vieille d'à peine plus de vingt ans, est menée par un nombre grandissant de chercheurs provenant de divers champs d'intérêt (médecine, nutrition, sociologie, droit, etc.). Elle repose sur un paradoxe clairement établi et reconnu par les autorités de santé quelles qu'elles soient : Est-il nécessaire, voire éthique, d'intervenir pour normaliser le poids, alors que tous les modes d'intervention se révèlent inefficaces, voire dangereux (Aphramor L 2005a)?

Les auteurs vont jusqu'à questionner les fondements mêmes de la soi-disant crise de l'obésité. Bien que les statistiques soient édifiantes, ils osent observer que ce gain de poids, tant dénoncé par les autorités de santé publique, correspond, chez les Américains, à un excédent de 10 calories par jour (soit l'équivalent d'un « Big Mac » tous les deux mois) ou encore à quelques minutes de marche en moins quotidiennement. Les liens entre le poids, en particulier l'excédent de poids, et la morbidité ou encore la mortalité seraient, de l'avis de ceux-ci, hautement spéculatifs (Campos P et al 2006) (Aphramor L 2005b).

Les limites de la démonstration scientifique justifiant une intervention en obésité seraient, selon eux, fort bien étayées. De plus, il est difficile de prétendre que les habitudes de vie (alimentation et activité physique) soient responsables de la situation dénoncée. Ainsi, plusieurs études (Rich E & Evans J 2005), (Campos P et al 2006), (Ernsberger P & Koletsky RJ 1999) suggèrent que l'actuelle rhétorique au sujet de la crise de l'obésité est davantage motivée par des questions de

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

culture et de politique que par le risque réel de l'augmentation du poids représente pour la santé publique.

D'autres auteurs vont encore plus loin. De longue date déjà, il est connu que l'obésité est fortement reliée au statut socioéconomique (Ernsberger P & Koletsky RJ 1999). Il n'est donc pas surprenant que le phénomène de l'obésité se manifeste aux États-Unis d'abord et surtout au sein des populations défavorisées économiquement, mais également chez les immigrants. Plusieurs voient dans le « traquage » de l'obésité une tentative de non seulement renforcer les frontières de la moralité à l'endroit des minorités et des défavorisés (Beisel N. 1997) (Oliver JE & Lee T. 2005), mais aussi de maintenir une discrimination sociale (Carr D & Friedman MA 2005). D'autres y perçoivent le déplacement de l'anxiété liée aux changements des rôles entre les hommes et les femmes (Beisel N. 1997) (Morone J. 2003) et un moyen de culpabiliser les femmes qui ont fait le choix de travailler au lieu de s'occuper uniquement des enfants.

Ernsberger et Koletsky (Ernsberger P & Koletsky RJ 1999) se sont intéressés aux chefs de file en matière de prévention et de traitement de l'obésité aux États-Unis. Dans une étude publiée en 1999, ils ont démontré que les membres du « National Task Force for the Prevention and Treatment of Obesity », un comité gouvernemental, avaient tous des liens d'emploi avec des programmes de perte de poids liés à des modifications des habitudes de vie. De plus, ils étaient tous membres de conseils consultatifs d'entreprises (pharmaceutiques ou de perte de poids) qui ont à gagner à voir l'intervention sur le poids s'intensifier. En regardant les avis et les prises de position de ce comité, les auteurs notent qu'il y a, en effet, un à priori favorable à l'intervention pour corriger le surpoids et l'obésité.

Par conséquent, il n'est pas surprenant que Campos et al. (Campos P et al 2006) observent que le climat qui prévaut en matière d'obésité s'apparente à la panique morale qui caractériserait les périodes marquées par les changements sociaux rapides. Ceci impliquerait exagération, fabrication des risques, recours aux analogies liées aux désastres et projection des anxiétés sociales sur des groupes stigmatisés (femmes, immigrants, pauvres) (Cohen Stanley 1972) (Goode E & Ben-Yehuda N. 1994).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Si Crossley (2004) note que l'obésité est un sujet d'intérêt évident pour la sociologie, il demeure que rares sont les écrits qui vont au-delà de la seule critique de l'action pour scruter les dispositifs à l'œuvre. Ceux qui le font s'intéressent à l'intention, à la motivation, qui sous-tend l'action des autorités.

Parmi ceux-ci, il y a ceux qui ont abordé spécifiquement le sujet de la moralisation de l'intervention sur le poids. Selon Austin (Austin SB 1999), en refusant de considérer que le corps, l'alimentation, la diète et la culture se croisent dans une intersection complexe, la santé publique rend légitime l'obsession de nos sociétés pour les régimes amaigrissants et l'asservissement au gras, et crée les conditions nécessaires pour le développement des désordres alimentaires.

Rich et ses collaborateurs (Rich E & Evans J 2005) observent que la santé publique considère de manière différente d'une part le cancer et le Sida et d'autre part l'obésité. Dans le premier cas, la piste de la moralité et de la dimension éthique serait rapidement abordée. Ce lien serait nettement plus flou lorsqu'il est question d'obésité. Il serait donc sous-jacent au discours sur l'intervention. Néanmoins, et parce que l'obésité est considérée comme une problématique qui nécessite l'intervention médicale, elle s'inscrit aussi dans un ordre moral et politique (Saguy A & Almelding A 2005).

S'il y a peu d'écrits qui portent directement sur le thème de l'obésité en sociologie, la question s'inscrit d'emblée dans la perspective d'analyse du discours de la santé publique et de la moralisation. Les chefs de file de cette perspective sont notamment Lupton, Coveney, Turner et Poulain. Ces derniers s'attardent à comprendre le sous-texte derrière l'intervention des autorités de santé et de santé publique en matière de médecine et de nutrition. Ils effleurent certes la question du poids et de l'obésité. Cependant, rares sont les écrits qui en font leur objet central d'analyse. Ce sera donc l'objet de ce mémoire.

3 Le cadre conceptuel

Que l'on soit du secteur des sciences de la santé ou encore des sciences humaines, la question du poids soulève un grand intérêt, voire les passions. Les opinions sont souvent tranchées, quelques fois opposées.

Il y a d'abord des faits que personne ne conteste.

Dans un premier temps, le poids moyen observé a pris du poids depuis les années 1960. Cette évolution, si elle se note partout dans les pays industrialisés, n'est pas uniforme. Le rythme de prise de poids montre des variations entre les hommes et les femmes, entre les niveaux d'éducation, entre les statuts socio-économiques, entre les milieux de vie (urbain ou rural). Il y a également des différences notables entre les nations. Le phénomène n'est donc pas uniforme.

Dans un second, tous reconnaissent que le poids excédentaire peut avoir et, dans certains cas, a un impact nuisible, voire grave sur la santé. Néanmoins, notons que ce lien est quelques fois qualifié de spéculatif.

Enfin, la nature dynamique du poids semble également faire unanimité. Il s'agirait donc d'une balance où d'un côté il y a l'énergie ingérée (l'alimentation) et de l'autre, l'énergie dépensée (l'activité). Lorsque la quantité d'énergie ingérée dépasse celle dépensée, il y aura gain de poids. À l'inverse, il y aura perte de poids. Par contre, lorsque la quantité d'énergie dépensée et ingérée s'équivalent, le poids sera stable. Au fil des lectures, on constate qu'il y a des facteurs qui peuvent influencer sur cette balance dont on parle peu.

Ce qui a changé et qui fait l'objet de débats, c'est la manière de conceptualiser le poids et le poids excédentaire, la tolérance à ce dernier, puis enfin, le mode d'intervention. C'est sur cette dimension de la problématique du poids que porte la présente recherche.

Donc, au fil de cette même période, le poids acquiert un nouveau rôle. Qu'il soit problématique ou non, il devient une préoccupation. En conséquence, le poids se

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

mesure, devient indicateur puis outil de surveillance qui, le cas échéant, justifie une intervention.

Ce nouveau rôle s'accompagne d'une modification dans le type d'intérêt qu'on accorde au poids. Initialement, il appert que le poids revêt une nature plus individuelle, plus personnelle. Sans nécessairement disparaître, cette dimension semble s'estomper à la faveur d'un discours plus médical. Ainsi, le poids excédentaire deviendra tour à tour facteur de risque associé à une ou plusieurs maladies, facteur de risque prédictif de maladies, maladie, épidémie puis pandémie.

Quelques soit le sens attribué au poids hors norme ou au poids problématique, l'intervention qui vise à le normaliser connaît des succès fort mitigés. L'action clinique est qualifiée au mieux de peu efficace alors que l'approche populationnelle demeure avec d'importants niveaux d'incertitudes et d'inconnus. Malgré tout, il y a une volonté bien réelle à intervenir.

La question de recherche

On assiste donc à une évolution importante et rapide des discours des autorités de santé en matière de gestion du poids. L'objet de cette recherche sera donc d'examiner l'évolution de ce discours notamment émanant des organismes de santé qui agissent au Québec. Dans la mesure du possible, l'analyse de l'évolution du discours devra apporter un éclairage sur les dimensions suivantes :

- Quel est le discours des autorités de santé du Québec en matière de gestion du poids?
- Comment évolue ce discours?
- Dans cette évolution du discours, y a-t-il, à l'œuvre, une moralisation? Dans l'affirmative, quelles formes prend-elle, comment évolue-t-elle et à quelles fins?

Soulignons que l'objet de cette recherche n'est pas d'analyser et de critiquer directement et seulement l'intervention sur le poids, mais plutôt le contexte

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

normatif dans lequel elle s'inscrit. Par conséquent, le cadre conceptuel a donc ici pour objet de proposer une structure analytique qui permette de révéler l'évolution du contexte normatif et, le cas échéant, de le caractériser. Il comprend d'abord des postulats, de « relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes » (Laramée A. 1991). Ceux-ci traduisent une vision, des concepts qui permettent de cerner et de classer le phénomène à l'étude (Mace G. 2000) et de vérifier s'il s'applique à l'objet de cette recherche.

À la lumière des lectures faites, trois concepts paraissent centraux au contexte qui s'applique à la gestion du poids et à l'analyse qui s'en suivra. Il y a celui de l'identité en son sens sociologique, c'est-à-dire « un fait de conscience qui différencie les individus entre eux et, ensuite, les attributs d'un groupe qui lui confère une spécificité » (Etienne J 2004). Puis, il y a celui de la surveillance dans un contexte de construction et de gestion du risque. Enfin, le dernier concept qui sera utilisé sera celui de la moralisation, essentiellement en faisant référence au modèle proposé par Foucault.

3.1 Construction de l'identité

« We have bodies, but we are also, in a specific sence, bodies ; our embodiment is a necessary requirement of our social identification so that it would be ludicrous to say « I have arrived and I have brought my body with me » » (Turner B 1996)

De tout temps, le rapport au corps a été le sujet d'une grande préoccupation. Les différentes règles de gestion du corps se retrouvent au cœur des éléments fondateurs des civilisations. Parmi celles-ci, la réglementation liée à l'alimentation a pour objet de non seulement maîtriser les pulsions, mais surtout de participer à un acte fondateur d'une identité. Le corps conforme devient incarnation des valeurs nationales et de ségrégation. Voici quelques exemples.

L'identité juive reposerait notamment sur le fait qu'il n'y aurait qu'un seul dieu et que celui aurait été choisi, « entre tous les peuples, un seul pour être son peuple et a conclu une alliance avec lui » (Soler J 1996). Les différentes règles, dont

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

celles qui portent sur l'alimentation et, selon le principe d'incorporation¹¹, sur le corps auraient pour objet de s'assurer du respect de cette alliance et par conséquent de l'altérité. Le corps juif devient donc le miroir de cette alliance.

En Grèce, la diète était une manière de penser la conduite humaine. Elle caractérisait la manière dont l'existence était menée et permettait de fixer un ensemble de règles dans un but de préservation et de conformation aux fonctions d'une certaine nature. La diète n'avait pas pour finalité de conduire la vie aussi loin que possible dans le temps ni aussi haut que possible dans les performances, mais plutôt de la rendre utile et heureuse dans les limites qui lui étaient fixées (Foucault M 1984).

Élément de la diète, le régime se définissait sur un double registre : celui de la bonne santé et celui de la bonne tenue de l'âme. Elles s'induisent l'une l'autre. La résolution de suivre un régime mesuré et raisonnable ainsi que l'application qu'on y met révèlent une indispensable fermeté morale. Pour Hippocrate, le régime devait couvrir cinq domaines de l'activité humaine : les exercices, les aliments, les boissons, le sommeil et les rapports sexuels (Foucault M 1984).

« La pratique du régime comme art de vivre est bien autre chose qu'un ensemble de préoccupations destinées à éviter les maladies ou à achever d'en guérir. C'est toute une manière de se constituer comme sujet qui a, de son corps, le souci juste, nécessaire et suffisant. Souci qui traverse la vie quotidienne; qui fait des activités majeures ou courantes de l'existence un enjeu la fois de santé et de morale; qui définit entre le corps et les éléments qui l'entourent une stratégie circonstancielle; et qui vise enfin à armer l'individu lui-même d'une conduite rationnelle » ((Foucault M 1984) p.143).

Certes, la diététique constituait déjà le nécessaire accompagnement de la médecine. Mais elle était bien plus. Elle rassemblait l'ensemble des règles de vie

¹¹ Principe d'incorporation : « En incorporant les aliments, nous les faisons accéder au comble de l'intériorité. C'est bien ce qu'entend la sagesse des nations lorsqu'elle dit que nous sommes ce que nous mangeons; à tout le moins, ce que nous mangeons devient nous-même » (Fischler 2001)

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

(tant pour l'individu seul que celui en relation avec ses semblables) afin de perpétuer une certaine cohésion sociale et du coup de renforcer l'altérité. Ce faisant, le corps grec devient blindé, ce qui permet un contrôle tant sur ce qui y entre que sur ces différentes manifestations. Les Grecs s'alimentent et entretiennent leurs corps en conformité avec l'image qu'ils ont de leurs divinités. Le corps conforme devient incarnation des valeurs nationales et de ségrégation.

Quant aux Romains, ils portaient aux comportements alimentaires une attention extrême. Ils définissaient les autres (barbares) par leurs écarts au modèle « civique » de l'homme civilisé donc du Romain libre. Ce comportement alimentaire est un gage qui sert à situer chacun dans le temps, l'espace et la société. À l'instar de la civilisation grecque, le corps romain est lui aussi devenu une incarnation des valeurs romaines, d'où le fameux « dis moi ce que tu manges et je te dirai ce que tu es » (Dupont F 1996).

Le Moyen Âge voit la dimension de norme sociale, religieuse et de code de comportement de la diététique se renforcer. Le mode d'alimentation sert dorénavant à désigner l'appartenance sociale. Avec la renaissance et les temps modernes et la montée des nationalismes, ce principe hautement politique n'a cessé de se renforcer.

La rationalisation de l'alimentation

Dans la foulée du Siècle des lumières et des grandes découvertes scientifiques notamment en biologie puis en médecine, une certaine rationalité en matière d'entretien corporel émerge. Le fruit de ces premières recherches a servi d'assise à un nouveau mouvement aux États-Unis, les « New England food reformers ». Leur objectif était de rationaliser les pratiques alimentaires de la classe ouvrière américaine (Fischler C 2001a) et d'intégrer les masses immigrantes à la société américaine.

Ce mouvement est à l'origine des départements de « Home economics » qui deviendront, pour l'essentiel, les départements de Nutrition d'aujourd'hui, et qui ont formé les premières diététistes modernes. C'est à ces départements qu'on doit

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

les premiers guides alimentaires fondés sur des principes scientifiques, dont l'Américain qui remonte à 1917¹².

Si la manière de manger permet d'entretenir le corps, de l'inscrire dans une identité précise et de le préserver, encore faut-il s'assurer d'un approvisionnement nécessaire à cette fin. Les Égyptiens avaient compris l'importance d'assurer à chacun une quantité suffisante de nourriture afin de garantir l'ordre social. « L'homme qui a le ventre vide est un potentiel accusateur »¹³ (Bresciani E 1996).

Marquée par des cycles de famines et d'abondance, une des principales préoccupations des nations aura été d'abord d'assurer leur autonomie alimentaire. L'idéalisation de cette quête se constate par une représentation du corps qui, jusqu'à récemment, valorisait l'« embonpoint ».

Lupton, en se référant à Élias (Lupton D 1996), note que le processus progressif de civilisation des appétits émerge au 18^e siècle, période au cours de laquelle l'approvisionnement alimentaire se sécurise, que les pratiques culinaires se développent et que les différentes cours adoptent des pratiques qui les distinguent des classes inférieures. Les innovations du 19^e et le 20^e siècle en matière de production, de distribution et de conservation des aliments ont notamment permis à l'occident de se soustraire au cycle des privations alimentaires. Avec l'accès à une nouvelle richesse et à un approvisionnement alimentaire stable, voire en croissance, le corps « embonpoint » idéalisé depuis des générations se démocratise. Il devient accessible au plus grand nombre.

¹² Ce guide visait non seulement l'amélioration de la santé des Américains, mais également l'amélioration de la productivité de la force ouvrière. Près d'un siècle plus tard, le discours s'est certes renouvelé, mais demeure fondamentalement le même. Ainsi, la mission de Santé Canada est d'aider « les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé » et que l'atteinte de cet objectif peut être attesté par la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé (Santé Canada. 2006.). Sans le dire, on souhaite préserver la force productive du pays. Un des moyens mis en œuvre par Santé Canada pour atteindre cet objectif est le Guide alimentaire canadien (GAC) dont la dernière mouture a été rendue publique en février 2007.

¹³ Maxime de Ptahhotep

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Si à une certaine époque, la réalité dure et biologique du corps était éludée par les sciences humaines, il appert qu'aujourd'hui, il en va autrement : le corps ne peut plus être considéré seulement comme une réalité donnée. Le corps est aussi, comme on vient de le constater, le produit d'un certain savoir et d'un certain discours qui sont l'un et l'autre en perpétuel changement. Dans cette perspective, la médecine dite scientifique est un important dispositif de savoir et de discours qui contribuent efficacement à l'exclusion d'autres modes explicatifs du fonctionnement du corps et des maladies (Lupton D 2003).

Turner, en 1992, développait la notion de société somatique pour laquelle le corps est une métaphore de l'organisation sociale et de ses anxiétés. Ainsi, le recours à la culture et aux activités politiques, activités centrales des sociétés somatiques, permet la régulation, la surveillance et le contrôle de ces corps. Le corps peut donc être vu comme des collections de pratiques ou de techniques corporelles qui sont autant de manières de réguler le corps tant dans le temps que dans l'espace. Le corps n'est plus simplement formé par les relations sociales, mais il entre dans la construction de ces relations, facilité et limité à la fois par des facteurs historiques, culturels et politiques. La manière dont l'État met en œuvre la surveillance et le contrôle des corps et la façon dont les individus intègrent les notions d'autorégulation et de discipline du corps sont au cœur de la sociologie de la médecine (Lupton D 2003).

Selon Lupton, le corps civilisé est une construction où le corps se contient, socialement déterminé et conforme aux dominantes de comportement et d'apparence. À l'opposé, le corps grotesque se manifeste par l'absence de contention, de règles ou de contrôle le rendant ainsi « animal ». La distinction entre l'un et l'autre se manifeste par la capacité d'exposer son niveau d'incorporation des valeurs dominantes à savoir, en Occident, le savoir et le contrôle individuels (Lupton D 1996).

Si les tatouages et les perçages sont des marques évidences d'une culture sur le corps, il y en a d'autres qui sont telles des inscriptions dans le corps. Ainsi, la manière de se tenir, de se mouvoir et de paraître requiert des années de travail et

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

de pratique (Mauss M. 1950). La dimension du corps n'échappe pas à cette logique. Le poids est donc lui aussi un marqueur social.

De fait, des études récentes démontrent qu'aux États-Unis, 46 % des femmes sont au régime contre 33 % des hommes (Bish CL et al 2005). Ces études indiquent que le poids traduit ou trahit certaines valeurs. Les grosses personnes symbolisent l'indulgence, la glotonnerie, et la débauche dans l'esprit de plusieurs Américains (Schwartz MB et al 2003). Toujours selon Schwartz et al, les enfants gros donnent une mauvaise image de leurs parents (si ces derniers sont gros, ils seraient de mauvais modèles; s'ils sont minces, ils sont négligents). Il est clairement établi que chez les enfants, les corps gros (hors-norme) sont associés à la solitude, la paresse, la tristesse, la stupidité, la laideur et la saleté. L'obésité est présentée comme un signe de mauvais caractère et de personnalité faible.

La société de consommation contribue à son tour à assigner des qualités, des vertus au corps. Ainsi, la minceur et la fermeté sont devenues fortement liées au contrôle moral, à l'autocontrôle, à l'autodiscipline et au soin de soi. En contrepartie, l'absence de contrôle, le manque d'exercice, le surpoids, que ce soit chez l'homme ou chez la femme, sont devenus grotesques, sources de moquerie et de honte.

Le poids corporel symbolise le lien particulier à l'autorestriction : le corps mince fait foi de contrôle alors que le corps en surpoids est associé au manque de volonté et à la faiblesse individuelle (Lupton D 2003).

Pour Crossley, l'accroissement de la prévalence de l'excès de poids est contraire aux idées sociales dominantes (Crossley N 2004). La théorie de la corporalité ou encore de la conscience corporelle pour expliquer l'engouement pour la minceur ne peut être que superficielle. D'autres forces sont à l'œuvre.

3.2 La surveillance du corps : une gestion du domaine privée vers la sphère publique

Poulain (Poulain JP 2002) constate, à l'instar de plusieurs autres, qu'en Occident, le vingtième siècle s'est caractérisé par d'importantes mutations : déstructuration

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

(notamment de la famille traditionnelle et le travail au féminin), désocialisation (montée de l'individualisme), désinstitutionalisation (dont une certaine laïcisation), désimplantation, déritualisation, délocalisation (dont un certain modèle du développement urbain), déréglementation, etc. C'est comme s'il y avait une volonté générale de défaire les idées, les institutions et les structures du passé inadapté au présent. À cela s'ajoutent la victoire du capitalisme et la globalisation des marchés.

Tout concorde à une baisse des contraintes sociales. Or, cette « liberté anomique est aussi un tiraillement anxieux » (Fichler, 1979). Cette liberté anomique renvoie à une crise du système normatif à laquelle s'ajoute une contradiction entre différents discours : hygiéniste, identitaire, hédoniste, esthétique, etc. Il résulterait de cette anomie une créativité collective ou individuelle orientée vers une expérience possible pour laquelle la conscience collective ne disposerait d'aucun concept régulateur. Or, Becks (Becks U 2003a) nous affirme que le risque surgit lorsque la nature et la tradition perdent leur emprise, et qu'on doit décider de son propre chef. La vérité n'est plus révélée ni traditionnelle, elle est construite dans l'expérience de la réalité.

Comme mentionné plus tôt, le corps et par conséquent le poids étaient jadis normés et sous la surveillance d'institutions à caractère privé, telles la religion, la communauté ou encore la famille, lesquelles sont aujourd'hui soit remises en question ou disparues. En absence de ce système normatif, se pourrait-il alors que la crise, l'épidémie d'obésité, soit perçue comme le corollaire, la conséquence de cette anomie? En tel cas et compte tenu des risques potentiels évoqués plus tôt, une action systémique, publique s'imposerait.

« The risks which are selected by society as requiring attention may therefore have no relation to 'real' danger but are culturally identified as important [...] The imperative to do something, to remove the source of a health risk, however tenuous, impels action. » (Lupton, 1995)

Si Foucault affirme qu'il y a eu un rêve politique à la peste, c'est-à-dire de rendre possible la pénétration du règlement jusque dans les plus fins détails de

l'existence, que la peste, comme forme réelle et imaginaire de désordre a eu pour corrélatif médical et politique la discipline (Foucault M. 1975), ne pourrait-on pas en dire autant de l'obésité? Le corps n'est-il pas l'ultime site du contrôle, de la surveillance et de régulation politique et idéologique? Par le corps et ses comportements (dont l'alimentation et l'activité physique), l'appareil étatique dont la médecine détermine la limite des comportements acceptables, les enregistre, punit les écarts à ces limites afin de rendre les corps utiles tant d'un point de vue politique, productif qu'économique. L'émergence de la clinique comme discipline a contribué à concevoir la maladie comme un problème politique et économique pour les sociétés. Elle n'est plus un problème individuel. La maladie requiert dorénavant des mesures de contrôles sociales. La maladie est partie du corps social au lieu du corps individuel. À ce titre, la déviance est identifiée et nécessite une forme de contrôle pour le bien et la santé de toute la population.

3.3 Une crise de moralité

L'anomie ne remet pas en question que le système normatif. Il met en scène une véritable crise de la moralité. Ainsi, selon Eberstadt, du Hoover Institute, le fait que les parents, particulièrement les mères, ne seraient plus à la maison fait en sorte qu'elles ne seraient plus en mesure de voir à l'éducation et à l'encadrement de leurs enfants. Ces derniers seraient donc laissés à eux-mêmes et, selon elle, cette absence serait liée à l'émergence de certaines problématiques, dont la délinquance juvénile, la violence à l'école et l'obésité (Eberstadt M 2001).

Critser abonde un peu dans le même sens (Critser G 2003). Il estime que la perte de la « maîtrise de soi » (self-control), cause principale de la prise de poids collective, serait intimement liée à l'intégration massive des femmes dans le monde du travail au cours des années 1960. Cette nouvelle donne ferait que les parents seraient à la fois moins présents auprès des enfants notamment pour surveiller la prise alimentaire et plus enclins à s'alimenter à l'extérieur du foyer, ce qui, selon lui, mène nécessairement à cette épidémie d'obésité. Shanahan, commentatrice australienne des valeurs familiales, affirme quant à elle que l'épidémie d'obésité est essentiellement liée à la dilution du leadership moral chrétien (Shanahan A 1997). Ce sont là quelques exemples parmi d'autres qui

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

permettent à Gard & Wright (Gard M & Wright J 2005) de constater que plusieurs commentateurs américains de l'épidémie d'obésité attribuent ce phénomène aux faiblesses des individus et en particulier en matière de glotonnerie et de paresse.

La crise de l'obésité ne serait donc pas simplement un effet de la société. Elle générerait de la déviance et, par conséquent, elle menacerait l'ordre et l'efficacité sociales (Crossley N 2004). Elle serait la manifestation d'une crise de la moralité. En ce sens, la moralité dont il est question ici est proche de celle définie par Foucault.

La moralité

Si la moralité réfère aux modes, aux manières de faire d'un individu, un sujet, on constatera alors que cette définition est en droite ligne avec celle que propose Foucault et dont il est question plus tôt.

Elle ferait référence aux modalités par lesquelles les individus se soumettent, plus ou moins, à un ensemble de règles ou de valeurs d'action proposées par divers appareils et par des institutions (Église, État). C'est la moralité des comportements, un mode de subjectivation. C'est la manière dont on doit se conduire, se constituer soi-même comme sujet moral agissant en référence aux éléments prescriptifs qui constituent le code (Foucault M. 1975).

En parlant du savoir médical qui ne se contente pas de décrire le corps, Armstrong (Armstrong D. 1983) avance l'idée que la moralisation, la manière de constituer un sujet moral, passe par un système disciplinaire.

La discipline

La discipline, explique Foucault (1975), serait un pouvoir qui, au lieu de soutirer et de prélever, a pour fonction majeure de « dresser »; ou sans doute, de dresser pour mieux prélever et soutirer davantage. Elle n'enchaîne pas les forces pour les réduire. Elle cherche à les lier tout ensemble, de manière à les multiplier et à les utiliser. La discipline n'est pas un pouvoir triomphant. Elle est modeste, soupçonneuse et fonctionne sur le mode d'une économie calculée, mais permanente.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Les disciplines investissent les institutions, les pratiques et les discours de manière à les relier les uns aux autres en ajustant leur coordination et en augmentant leur efficacité. Au fur et à mesure que la discipline se déploie à l'échelle du corps social, les effets de pouvoir s'incarnent dans les corps des individus qui deviennent à leur tour des instruments de son approfondissement et de son élargissement. Autrement dit, la discipline fabrique des individus (les constitue en sujets) : elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui cible les individus à la fois comme objets et comme instruments de son exercice (Foucault M. 1975).

Pour Foucault (1975), le succès de la discipline tient sans doute à l'usage d'instruments simples : le regard hiérarchique, la sanction normalisante et l'examen (la surveillance).

3.3.1 Pourquoi le corps et le poids?

Le Breton (1997) explique que le corps, façonné par le contexte social et culturel dans lequel baigne l'acteur, est ce vecteur sémantique par lequel se construit l'évidence de sa relation au monde. À travers son corps, l'individu fait du monde la mesure de son expérience. « Il transforme en un tissu familier et cohérent, disponible à son action et perméable à sa compréhension. Émetteur ou récepteur, le corps produit continuellement du sens, il insère ainsi activement l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné » (Le Breton D. 1997).

Le corps a certes également une composante biologique. Mais il n'en est pas le seul déterminant. Il est à la fois, modelé par l'éducation reçue, par les processus d'identification et par un déterminisme qui obéit à un ordre biologique. Ces modelages se mêlent, s'entremêlent et interagissent ensemble pour devenir un enchevêtrement souvent inextricable. Il n'est donc pas surprenant de voir ce corps pesé, découpé, dissous à la recherche des preuves, des manifestations et des conséquences de ces modelages. Les qualités des individus sont déduites par le corps et ses composantes. Le corps se fait signalement, « témoin à charge de celui qui l'incarne. L'homme est sans prise contre cette nature qui le révèle » (Le Breton D. 1997). Pourtant, il n'est pas une donnée sans équivoque.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Par le principe de l'incorporation (Fischler C 2001a), le corps devient, ni plus ni moins, que ce qui est mangé. Il en acquiert également toutes les qualités, intrinsèques comme extrinsèques. Dans ce contexte, les habitudes alimentaires d'un individu et le corps qui en découle peuvent être mesurés, pesés, disséqués. Ils deviennent des témoins à charge d'un modelage en cours. Un bon modelage produira un bon corps et vice versa.

D'ailleurs, Coveney (2000) affirme que les liens entre l'alimentation et le corps préoccuperaient l'humanité depuis les temps immémoriaux. Tout au long de l'histoire, ce lien serait à la base de différents codes de conduites personnelles, codes que Foucault nomme « rapports à soi » ou encore éthiques dans la relation du sujet avec lui-même et qui détermineraient comment l'individu doit se constituer lui-même en sujet moral par ses propres actions, la manière à travers laquelle il se donne lui-même comme objet à connaître, à déchiffrer, à transformer, à éprouver, à contrôler, à perfectionner. Or, cette éthique n'est pas inventée par l'individu, mais elle est socialement et historiquement déterminée.

Il n'est donc pas surprenant de noter que pour Coveney, la nutrition fonctionne pour les sujets modernes comme une discipline scientifique et spirituelle. Elle sert à la fois en fournissant un savoir rationnel au sujet du corps et des aliments que les individus peuvent objectiver. Puis elle fournit aussi une discipline spirituelle. Cette dernière correspond aux moyens que les individus doivent mettre en œuvre pour se conformer aux bonnes manières de se comporter (Coveney J. 2000). Les sujets modernes et leurs choix alimentaires sont donc à la fois cibles et effet du système de pensée qui institue ces disciplines.

Le savoir au sujet des modes alimentaires cherche toujours à se développer au niveau des habitudes humaines, des désirs, des déficiences, des motivations, des constituants corporels et ainsi de suite. Ces modes alimentaires seraient aussi effets puisqu'ils sont également le produit de la mise en œuvre d'un certain savoir (Coveney J. 2000).

Dans ce cadre, puisqu'il en est la conséquence, le poids d'un individu devient pour le savoir médical, le témoin privilégié de la mise en œuvre de différents savoirs,

dont ceux reliés aux modes alimentaires, des soins apportés, mais surtout des manières que l'individu a de se constituer comme sujet.

L'action gouvernementale pour discipliner

Toujours dans son exemple de la peste, Foucault relate que « derrière les dispositifs disciplinaires, se lit la hantise des contagions, de la peste, des révoltes, des crimes, du vagabondage, des désertions, des gens qui apparaissent et disparaissent vivent et meurent dans le désordre » (Foucault M. 1975).

Ainsi, la discipline a pour principale fonction de dresser peut-être avec l'objectif de mieux prélever et de soutirer davantage. Cette discipline n'en est pas une de masse. Foucault suggère que la discipline sépare, analyse, différencie, et pousse des procédés de décomposition jusqu'aux singularités nécessaires. La discipline dresse ces petites spécificités, par d'humbles procédés, néanmoins permanents afin de fabriquer des individus qui deviennent ainsi à la fois objet et instrument de son exercice.

Pour certains auteurs, dont Lupton et Peterson, le discours de la santé publique présente le corps comme étant en danger perpétuel, comme une problématique menaçante toujours sur le point d'être hors contrôle et qui donc représente un danger imminent pour toute la société (la pédagogie du danger) (Peterson A. 1996). Afin de mettre le corps à l'abri de ces menaces, on l'a contraint à un code de conduite, d'hygiène (du lavage à la quarantaine), à une limitation de ses déplacements (le cas du SIDA) ou encore à l'isolement.

Depuis que l'obésité est un sujet d'actualité et fait l'objet d'une intervention ciblée tant par les autorités en santé publique que par les gouvernements, certains constatent que l'exercice de culpabilisation des individus et des sociétés (entreprises agroalimentaires notamment) contribue à la moralisation de l'obésité la rendant à la fois indésirable et évitable (Saguy A & Almelding A 2005).

4 Méthodologie

4.1 Choix de la méthode

Afin de mieux rendre compte d'une évolution des discours publics des autorités de santé en matière de gestion du poids, et en particulier le discours normatif, l'analyse qualitative de type documentaire paraît la mieux indiquée. Ce type de technique favorise l'observation des processus d'évolution des concepts, des connaissances et des pratiques (Cellard A 1997) pendant une période donnée. Elle permet d'ajouter la dimension du temps à la compréhension de l'action humaine qui nous intéresse ici. De plus, cette technique permet d'éliminer en grande partie l'influence que pourrait avoir le chercheur.

Cependant, la qualité de ce type d'analyse repose grandement, voire essentiellement, sur la qualité des documents sélectionnés. Il est donc important de s'assurer que les documents retenus soient d'une grande fiabilité tant dans leur contenu que par la réputation de leurs auteurs (Cellard A 1997). Puisqu'il est question des discours des autorités de santé au Québec, les documents choisis devront également faire autorité dans le secteur de la gestion du poids de même qu'être représentatifs des principaux courants dans ce secteur d'activité. Les critères de sélections seront détaillés à la section des sources à analyser.

Puisqu'il est question de caractériser le discours public des autorités de santé du Québec en matière de gestion du poids, de démontrer comment ce dernier évolue, de déterminer, le cas échéant, s'il y a, à l'œuvre, une moralisation et de la caractériser, la démarche analytique la mieux indiquée, selon Deslauriers (Deslauriers JP 1997) serait celle de l'induction analytique. Celle-ci, par un mode de collecte de données, « a pour but de mettre à jour les éléments fondamentaux d'un phénomène et d'en déduire, si possible, une explication universelle » (Deslauriers JP 1997).

Cette méthode procède à l'inverse de l'hypothético-déductive. Il s'agit ici de travailler de bas en haut, en commençant par les faits pour ensuite élaborer les concepts théoriques puis des propositions (Kidder LH 1981). Le matériel de

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

recherche sera par la suite décomposé en fonction de catégories de codages issues de la problématique, des questions de recherche d'une part et à travers l'exploration de ce matériel de recherche. Ces catégories de codages seront précisées à la section intitulée grille de lecture.

C'est ainsi, selon Huberman et Miles (1991), qu'un phénomène comme celui de l'évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids peut être étudié et cerné dans ses composantes fondamentales afin d'éventuellement mener à l'ébauche de relations logiques entre ces mêmes composantes (Huberman AM 1991).

4.2 Les sources à analyser

Afin de bien refléter l'évolution du discours des autorités en santé en matière de gestion du poids, il a été décidé d'analyser non seulement les documents gouvernementaux qui traitent de ce sujet, les documents normatifs et les guides professionnels de pratiques, mais aussi les articles et les retranscriptions de reportages diffusés par les médias de masse. Ce dernier groupe d'écrits s'est avéré nécessaire afin de mieux cerner les discours des autorités de santé là où ils se diffusent et se déploient.

Ainsi, d'un côté, on se penchera sur les documents produits par les organismes officiels de santé publique qui orientent l'ensemble de l'action au Québec. Ces documents sont donc produits par les instances fédérale et provinciale. De l'autre, on examinera les documents à caractère normatif issus des organismes canadiens regroupant les professionnels de l'intervention (ordres, collèges et associations). Ceux-ci devront donner les balises des interventions qui ont pour objectif de normaliser le poids, telles que pratiquées par les professionnels visés.

Enfin, on examinera les documents issus des médias. Pour cet exercice, ils devront provenir de médias canadiens, québécois, exclusivement francophones. Ces médias seront essentiellement de niveau national, imprimés ou électroniques, parfois local, mais qui ont toujours fait l'objet d'une diffusion que pendant la période couverte par cette étude soit jusqu'à juin 2008.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

La grille d'analyse devant permettre de déterminer s'il y a eu évolution du discours et si oui, en quoi, sera la même quel que soit le type de document analysé.

4.2.1 Les documents gouvernementaux

Au Canada, la compétence en matière de santé est partagée entre deux paliers de gouvernement : le fédéral et le provincial (Braën a. 2002). Généralement, le rôle du fédéral se concentre de manière non exclusive sur les activités de prévention. Quant à lui, le provincial a d'abord la responsabilité de l'organisation et de la dispensation des soins. Puis il joue un rôle grandissant en prévention. Dans ce contexte légal, il est impératif de consacrer une large part aux documents pertinents à cette recherche issus de ces deux paliers de gouvernement.

Au niveau fédéral, le gouvernement canadien a, depuis longtemps, amorcé une réflexion riche et significative en matière de santé publique. Cette réflexion est d'autant plus importante qu'elle a une importance déterminante sur les actions en matière de santé publique et de prévention partout au pays.

Ainsi, depuis 1944, le gouvernement canadien diffuse un guide sur ce qu'il considère être une alimentation pertinente au maintien de la santé. C'est le Guide alimentaire canadien. Les deux dernières versions (1992 et 2007) s'accompagnent d'un guide d'information précisant certains fondements de ceux-ci et les objectifs visés. Quant au Guide alimentaire qui précède l'édition de 1992, peu d'information semble encore accessible. Il faudra donc se rabattre sur l'historique disponible sur le site web de Santé Canada.

Outre le Guide, il y a aussi le Rapport Lalonde et la Charte d'Ottawa. L'un et l'autre ont influencé une pléiade d'actions, ici comme ailleurs, sur le poids ou l'une de ses composantes principales : l'alimentation et l'activité physique.

Au niveau provincial, le gouvernement du Québec a lui aussi une production de documents et de politiques. Ceux-ci orientent de manière plus précise les actions en santé publique et en prévention qui s'adresse à sa population.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Depuis le tournant des années 1980-1990, le Québec se dote de stratégies nationales de santé publique. Avant cette date, chaque département de santé communautaire — DSC — (alors rattaché à un hôpital) développait un plan qui lui était unique. Afin de rendre compte de l'évolution des discours, il aurait fallu tous les documents produits par l'ensemble des DSC pendant cette même période. Or, il appert que ces plans n'auraient pas tous été archivés de manière à en faciliter la consultation. L'analyse de ce type de document aurait été fastidieuse, voire impossible.

Il est donc proposé ici de limiter l'analyse aux seuls documents qui ont une portée provinciale (en opposition à locale ou régionale). Il sera donc question des plans d'action nationaux en santé publique déployés depuis la fin des années 1980. À cela s'ajoutera le Plan d'action gouvernemental sur la promotion des saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité, rendu public à l'automne 2006, et la politique sur les saines habitudes de vie en milieu scolaire, qui date de septembre 2007.

Les descriptions des documents gouvernementaux analysés se retrouvent en annexe.

4.2.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Il existe pléthore de textes qui prétendent avoir une valeur normative de l'intervention en matière de gestion du poids. Ils sont produits par autant d'organismes, privés comme publics, à but lucratif ou non. Face à cette manne, un choix devait s'effectuer afin de s'assurer que les documents retenus représentent le mieux et le plus fidèlement possible la norme d'intervention en matière de gestion du poids.

C'est pourquoi l'analyse portera uniquement sur les documents qui ont une valeur légale de norme professionnelle, de guides qui balisent l'intervention corrective en matière de poids. Ce sont ces mêmes normes qui pourront être utilisées, le cas échéant, par les entités légalement autorisées à le faire afin d'attester de la compétence d'un professionnel dans le secteur de la gestion du poids.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Ceux-ci seront produits par des regroupements de professionnels de la santé : l'Association médicale canadienne (AMC), le Collège des Médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ).

Il eut été utile et pertinent d'élargir le nombre de regroupements afin d'enrichir l'analyse. Certes, légalement la responsabilité de la détermination du traitement revient aux médecins et aux diététistes. Cependant, l'activité liée à l'intervention pour corriger le poids ne leur est pas exclusivement réservée. D'autres groupes d'intervenants (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes et kinésiologues) peuvent intervenir et, à la lumière de l'intensité médiatique, le font. Mais force est de constater que peu prennent le temps de proposer une approche normalisée en la matière.

Ce dernier constat rappelle également que l'établissement d'une norme d'intervention n'est pas qu'une question de rationalité. Elle est également et peut-être surtout une question de politique.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec a une littérature riche en matière d'intervention sur le poids. Les manuels de nutrition clinique, normes d'intervention, existent depuis la fin des années 1980. Il sera alors possible de voir l'évolution du discours normatif sur une période d'environ 20 ans.

Les descriptions des documents normatifs et guides de pratique analysés se retrouvent en annexe.

4.2.3 Les écrits journalistiques

Une recherche initiale au moyen du moteur de recherche « bibliobranchée¹⁴ » avec les mots clefs poids, surpoids, obésité, activité physique, et malbouffe a révélé que pour la seule période indexée (1980 à aujourd'hui), donc plus restreinte que la période couverte par les documents gouvernementaux, il y aurait plus de 6000

¹⁴ Bibliobranché est une banque de données électroniques qui indexe quotidiennement la production journalistique québécoise, canadienne et internationale, notamment celle diffusée dans les journaux, les fils de presse, les retranscriptions d'émissions télévisées et radiophoniques, les publications spécialisées transcrites

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

documents potentiellement en lien avec le sujet de ce mémoire. L'analyse d'une telle masse de documents aurait été impossible. D'autres critères de sélections devaient être appliqués afin de restreindre ce nombre.

Le premier de ces critères de sélection stipulait que le document en son entier devait être disponible et accessible en format numérisé (ex. format PDF). Ainsi, si la banque de données répertorie la production journalistique depuis 1980, cette production n'est pas nécessairement accessible en format électronique. Cette part a été retranchée. Ce premier niveau de restriction permet de réduire le nombre d'articles à près de 5000.

Le second critère de sélection a été de retrouver dans le titre de l'article une allusion claire à l'obésité ou encore à l'intervention corrective en matière d'obésité. Ceci c'est avéré nécessaire afin d'éliminer les articles qui portaient notamment sur les problèmes de poids de telle ou telle autre vedette ou encore ceux où le mot poids faisait référence à un sens autre que celui de ce mémoire (ex. le poids des choses, d'une décision, etc.).

L'intervention sur le poids peut prendre aussi différentes orientations. Ainsi, les productions médiatiques peuvent tantôt traiter du dernier régime à la mode, tantôt présenter les nouveaux trucs pour se débarrasser des kilos accumulés pendant la saison des fêtes de fin d'année ou tout simplement pour bien paraître dans son maillot lorsque la belle saison arrive.

Les productions médiatiques devaient donc être en lien ou faire écho avec les préoccupations que l'on retrouve dans les documents gouvernementaux en matière d'intervention sur le poids. À tout le moins, ces articles devaient porter un éclairage sur l'évolution de la pensée en matière d'intervention sur le poids.

Les deux derniers critères de sélections ont permis de réduire le nombre d'articles à moins de 1000.

Enfin, puisque l'essentiel de la production des instances officielles en santé qui traitent de la problématique du poids, en particulier du poids excédentaire, ne

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de
gestion du poids

date que de 2002, il a été décidé de réduire les articles qu'à la période 2002-2008. De la sorte, 80 articles et reportages seront analysés.

Il s'agit là d'un nombre suffisamment important pour dessiner une tendance tout en étant suffisamment restreint pour que l'analyse soit faite dans des délais raisonnables.

Les descriptions des écrits journalistiques se retrouvent en annexe

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Tableau 1. Listes des documents analysés

| Période de parution | Documents gouvernementaux | | Documents normatifs que guides de pratique | | Écrits journalistiques Nb |
|---------------------|---------------------------|--|--|--|------------------------------|
| | Nb | Titre | Nb | Titre | |
| 1940 - 1949 | 1 | Historique des guides alimentaire au Canada, 1942-1992, Gouvernement du Canada, | | | |
| 1950 - 1959 | | | | | |
| 1950 - 1969 | | | | | |
| 1970 - 1979 | 1 | Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde) | | | |
| 1980 - 1989 | 1 | La charte d'Ottawa | 2 | Manuel de nutrition clinique / Monique D. Gélinas et collaborateurs, Montréal : Corporation professionnelle des diététistes du Québec, L'obésité : diagnostic, classification et traitement, mise à jour des notions et des principes, Corporation professionnelle des médecins du Québec | |
| 1990 - 1994 | 1 | La politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec La Politique de la santé et du bien-être: une évaluation de sa mise en oeuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002, Gouvernement du Québec | 1 | Manuel de nutrition clinique / sous la direction de Monique Daigneault Gélinas et al.: Corporation professionnelle des diététistes du Québec | |
| 1995 - 1999 | 2 | Des priorités nationales de Santé publiques 1997-2002, Gouvernement du Québec Guide canadien de l'activité physique, 1998, Gouvernement du Canada | 2 | Manuel de nutrition clinique / sous la direction de Diane Chagnon Deselles et de Monique Daigneault Gélinas ; assistées de Louise Lavallées Côté et al.: Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1997-, 20 pages Periodic health examination, 1999 update: 1.Detection, prevention and treatment of obesity, Association médicale canadienne | 2 |
| 2000 - 2004 | 1 | Programme nationale de Santé publique 2003-2012, Gouvernement du Québec | 1 | Manuel de nutrition clinique en ligne, Ordre professionnel des diététistes du Québec. révision 2000, section Obésité et contrôle du poids, 25 pages | 41 |
| 2005 - 2008 | 4 | Rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec 2005, Produire la santé, Gouvernement du Québec Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir, Gouvernement du Québec Stratégie pancanadienne intégrée en matière des modes de vie sains, octobre 2005, Gouvernement du Canada Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, manuel à l'intention des communicateurs et des éducateurs, 2007 | 1 | 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children, 2007, Association médicale canadienne, 117 pages | 44 |

4.3 La grille de lecture

Ce mémoire porte donc sur l'Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids. Il fallait donc que la grille puisse mettre en lumière une telle évolution en lien avec les éléments issus du cadre conceptuel, en particulier les concepts liés à l'identité et à la surveillance. Dans ce contexte, les mots interrogatifs usuels (où, quand, comment, pourquoi, combien, quel, lequel, qui, par qui, qu'est-ce) ont servi de base à cette grille et ils ont été balisés afin de mieux rendre compte d'une évolution.

Par un processus itératif, des balises ont été identifiées et celles-ci sont devenues autant de questions et sous-questions. Ce processus a été mené entre les documents à analyser et ceux consultés pour l'élaboration de la méthodologie. Différences et similitudes dans les affirmations sur le poids et sur les interventions proposées qui en découlent tout au long de la période couverte par lesdits documents (soit de 1942 à 2007 avec une attention particulière aux vingt plus récentes années) ont été révélées.

Quant au concept de la moralisation et à ses éléments constitutifs, il a été jugé plus pertinent de répondre à l'invitation de Foucault. Ainsi, la démarche privilégiée ici relève d'une forme d'archéologie des résultats issus de l'analyse issue des catégories qui découlent des concepts d'identité et de surveillance.

De cet exercice, il y a eu deux catégories de questions propres à chaque concept. Pour le concept d'identité, trois questions où il est essentiellement question de définition et de catégorisation. Le concept de surveillance a été, quant à lui, décliné en cinq questions, toutes orientées sur les conditions de l'intervention. Les questions associées à ces deux catégories ont été à leur tour divisées en sous-questions.

Construction de l'identité

4.3.1 Comment définit-on le poids problématique?

La possibilité d'analyser le discours sur le poids problématique sous-tend qu'il y a quelque chose de tel qu'un poids problématique. Or, comment définit-on cette notion de poids problématique et en vertu de quoi? Quels en sont les critères? Sont-ils objectivés et officiels, telles les normes biomédicales ou encore esthétiques?

4.3.2 En quels termes parle-t-on du poids problématique?

Certes, le poids problématique peut faire l'objet d'une définition. Mais, comment présente-t-on cette problématique, comment en parle-t-on, comment en traite-t-on? Le vocabulaire du poids problématique est-il stable ou évolue-t-il?

4.3.3 Comment explique-t-on le poids problématique?

Puisqu'on en parle et qu'on le définit, peut-on expliquer l'avènement du poids problématique (son étiologie), notamment l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité? S'agit-il d'un dérèglement physiologique ou est-ce attribuable à un ou des facteurs extérieurs? Si oui, lesquels?

La surveillance des corps

4.3.4 Quelles sont les raisons invoquées pour intervenir?

Si le poids est un problème, il mérite probablement une intervention afin de le corriger. Si intervention il doit y avoir, pourquoi intervient-on et quelles sont les raisons invoquées?

4.3.5 De quelle nature est l'intervention sur le poids?

Une fois l'intervention justifiée, quel type d'interventions est privilégié pour corriger le poids problématique? Ainsi, sera-t-il, par exemple, question d'agir sur l'un ou l'autre côté de la balance énergétique où l'énergie ingérée (alimentation) est mise en opposition avec l'énergie dépensée (activité physique)? De quelle manière cherchera-t-on à agir sur chacun des côtés de cette balance énergétique?

4.3.6 Quels sont les acteurs de l'intervention?

La revue de littérature révèle qu'au cours des vingt dernières années, les acteurs, ceux qui sont interpellés au premier chef pour agir sur le poids, ont changé. Y a-t-il concordance avec ce qui figure dans les documents à analyser?

4.3.7 Quelles sont les cibles de l'intervention?

Certes, il y a des acteurs pour intervenir sur le poids problématique. Mais sur quoi, sur qui, intervient-on? Agit-on uniquement sur la personne qui a un poids problématique, ou la cible de l'intervention est-elle plus large?

4.3.8 À quel moment intervient-on sur le poids?

Enfin, lorsque requise, à quel moment l'intervention doit-elle prendre place? Avant que le poids soit hors-norme ou dès qu'il est constaté?

5 Résultats

5.1 Comment définit-on le poids problématique?

5.1.1 Les documents gouvernementaux

De 1942, année de parution du premier précurseur de ce qui deviendra le Guide alimentaire, à 2005, les documents gouvernementaux sont silencieux quant à ce qui constitue un poids problématique. Certes, en 1944, les règles alimentaires du Canada se disent fondées sur « l'obtention d'une silhouette tout à fait acceptable » (Santé Canada 2007b). Soixante ans plus tard et après la publication de 13 documents gouvernementaux en santé publique, dont quatre depuis l'année 2000, la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* brisera ce silence. Ainsi, un des objectifs de cette stratégie est d'augmenter de 20 % d'ici 2015, la proportion « Canadiens ayant un poids "normal" », soit un indice de masse corporelle de 18,5 à 24,9, selon les données recueillies par l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'ESCC, et selon les indicateurs de la santé de Statistique Canada/l'ICIS » (Santé Canada 2005), référence directe aux *Lignes directrices canadiennes pour la classification des poids* (Santé Canada 2003). Ce document officiel du gouvernement détermine ce que sont la normalité pondérale et les poids problématiques.

La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* annonce que dans le cadre de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) « les résultats des indices de masse corporelle mesurés » (Santé Canada 2005) seront disponibles, ce qui indique que le poids fera aussi l'objet d'une mesure systématique. L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. De 2001 à 2007, cette collecte de donnée s'effectuera tous les deux ans. À partir de 2008, elle deviendra annuelle (Statistique Canada 2008).

Par la suite, tous les documents gouvernementaux feront une référence directe ou indirecte aux lignes directrices canadiennes sur la classification des poids ou

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

encore aux paramètres issus de l'OMS. La notion de surveillance se raffine. Si initialement le poids est déclaré par le participant à l'étude, aujourd'hui, il est susceptible d'être mesuré par l'enquêteur comme dans le cas de l'ESCC.

Non seulement mesure-t-on le poids, mais on y rattache, en particulier avec le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention des problèmes liés au poids, un objectif de performance à atteindre. Ainsi, le gouvernement du Québec annoncera que « l'objectif de prévalence à atteindre d'ici 2012 est de réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité chez les jeunes et les adultes » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006)p. 14).

Certes, dès 2003, le programme national de santé publique du Québec mentionne que les problématiques du poids comprennent également celles « liées à une préoccupation excessive liée au poids » (Direction nationale de la santé publique 2003). Il mentionne également que le poids est un paramètre de santé qui mérite surveillance. Pourtant, il ne définit pas ce qui constitue un poids problématique.

Enfin, notons que le poids problématique défini selon des paramètres psychologiques tels que « préoccupation excessive liée au poids » (Direction nationale de la santé publique 2003) ou encore « le désir omniprésent de la minceur » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006) s'observe seulement dans les documents produits par le gouvernement du Québec. Les documents produits par le gouvernement fédéral sont muets au sujet de cette dimension.

Dans les documents gouvernementaux, l'IMC s'est donc imposé comme la méthode pour définir le poids problématique. Par contre, on observe que les valeurs qui constituent les poids problématiques ont fluctué.

Selon des documents consultés et leurs références, les poids dits normaux ont d'abord été identifiés par l'ensemble des autorités de santé publique comme correspondant à un IMC de 20 à 24,9. Puis, en 2005, la *Stratégie pancanadienne*

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

intégrée en matière de modes de vie sains a légèrement modifié ces seuils en les faisant passer à un écart de 18,5 à 24,9 (Santé Canada 2005).

Ainsi, les Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes (Santé Canada 2003) indiquent que lorsque l'IMC se situe entre 18,5 et 24,9, le poids est dit normal et représente un moindre risque pour la santé. S'il est inférieur à 18,5 (poids insuffisant) ou supérieur à 25, le poids devient problématique. De 25 à 29,9, il est excédentaire. Au-delà de 30, on parle d'obésité. Cette obésité fait à son tour l'objet d'une classification : obésité classe I (30,0 - 34,9), obésité classe II (35,0 - 39,9) et obésité classe III (40,0 et plus).

Tel que mentionné plus tôt, cette définition précise deviendra celle à laquelle tous se réfèrent à compter de 2005.

5.1.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Les documents normatifs et guides de pratique encadrent l'intervention, déterminent les règles, les normes de pratiques des professionnels qui oeuvrent dans ce champ d'activité. Ces normes servent, le cas échéant, à évaluer la qualité et la pertinence des actions de ces professionnels.

En santé publique, une définition du poids permet de suivre son évolution et, dans une certaine mesure, la qualité des actions qui ont pour objet le poids. Dans le domaine de l'intervention clinique, cette définition viendra déterminer s'il doit y avoir une action à caractère médical, de quelle intensité et de quelle durée. Ainsi, le geste clinique s'avère hautement normatif.

Les plus anciens guides disponibles aux fins de cette étude proposent une définition de la normalité pondérale et du poids problématique. Ainsi, selon le premier manuel de nutrition clinique de l'OPDQ (Gélinas M. D. 1987), le poids hors-norme y est décrit comme « un état de l'organisme caractérisé par un dépôt excessif de tissus adipeux (plus de 20 à 25 % du poids corporel chez l'homme adulte et plus de 30 % chez la femme adulte) secondaire à l'augmentation substantielle de la taille des adipocytes [...] et, dans certains cas, à l'augmentation de leur nombre »(Gélinas M. D. 1987). Les médecins définiront ce poids

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

essentiellement selon les mêmes paramètres en 1988 (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). L'un et l'autre ont comme méthode commune d'évaluation et de diagnostic l'IMC.

Le poids exprimé en termes esthétiques ou en termes plus « psychologisants » est invisible dans l'ensemble des documents normatifs, sauf ceux produits après 2000. Ainsi, à la section de la définition de l'obésité de son manuel de nutrition clinique en ligne (site web), l'OPDQ indiquera qu'il y a « une obésité subjective qui renvoie à un malaise vécu, une insatisfaction [...] à la gêne et à la honte que l'on porte comme fardeau » (Chagnon-Decelles D. 2000a).

Par contre, l'Association médicale canadienne, dans ses normes de pratiques de 2006, optera pour une position moins subjective. Elle affirmera que « l'obésité ne devrait plus être vue comme un problème esthétique ou d'image corporelle » (Canadian Medical Association 2006). Pour elle, le poids hors-norme se détecte notamment par l'IMC et le tour de taille¹⁵.

Fort de cette affirmation, l'AMC suggère de mettre sur pied un système national de surveillance et de dépistage qui enregistrerait minimalement les deux mesures mentionnées plus tôt, de manière systématique, et ce, dès l'âge de deux ans (Canadian Medical Association 2006).

5.1.3 Les écrits journalistiques

Au cours des dix dernières années, plus d'un millier de reportages ont traité, de près ou de loin, de la problématique du poids. Cependant, de la sélection retenue, moins du quart de ceux-ci démontrent une volonté de définir ce qui peut constituer un poids problématique.

De 1999 à 2008, cette définition s'exprime essentiellement, quand elle s'exprime, en termes associés à la surveillance. Ainsi, dans le quotidien La Presse du 17

¹⁵ Le tour de taille (en cm) est utilisé afin de caractériser le type d'obésité. Bien que la norme de tour de taille fasse toujours l'objet de discussions (les seuils proposés sont pour les femmes un tour de taille supérieur à 88 cm et de 102 cm pour les hommes), il est recommandé de l'utiliser pour dépister les problèmes de santé reliés au poids (Canadian Medical Association, 2006)

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

février 2002, on peut lire qu'il fallait « tirer la sonnette d'alarme » en raison de l'épidémie d'obésité qui sévit¹⁶. Le 6 octobre 2003, le *Droit* relate que le taux d'obésité avait doublé chez les femmes en 15 ans¹⁷. La Tribune du 16 juin 2004 note que 19,5 % des jeunes Canadiens faisaient de l'embonpoint, un chiffre qui s'ajoute aux 7,8 % qui étaient obèses¹⁸. Deux ans plus tard, Marie-Claude Lortie de La Presse relate que plus du quart des jeunes canadiens âgés de 2 à 17 ans « sont trop » gros¹⁹. Quant à lui, Le Devoir note en octobre 2006, au sujet du plan « investir pour l'avenir » qu'il faut réduire d'ici 2012, le taux de prévalence de l'obésité de 2 % au Québec et celui de l'embonpoint de 5 %²⁰.

L'autre thème utilisé pour expliquer ce qui constitue un poids problématique est celui de l'inquiétude. Il y a celui mentionné plus tôt de « *tirer la sonnette d'alarme* ». La Presse Canadienne en août 2005 observe que les Canadiens placent désormais l'obésité parmi leurs sources principales de préoccupation en matière de santé²¹. La Voix de l'Est rappelle en mars 2006 qu'en raison de l'obésité, l'espérance de vie fléchirait²². À l'automne de la même année, La Presse souligne que le poids, en raison de l'émergence de la lutte à l'obésité, est devenu la question de l'heure²³.

Par contre, malgré ce discours il y a également assez peu d'intérêt pour la norme de poids dans les écrits journalistiques. Sur les 80 articles, seulement trois font

¹⁶ Bérubé N. 2002/10/02. Obésité: les médecins incapables de combattre le fléau. *La Presse*:p.84

¹⁷ Presse Canadienne. 2003/10/06. Le taux d'obésité a doublé chez les femmes en 15 ans. *Le Droit*:Page Santé 23

¹⁸ Presse Canadienne. 2004/06/16. L'Obésité remplace le tabagisme. 30 ans plus tard, le principal problème pour la santé a changé de visage". *La Tribune* A7

¹⁹ Lortie M-C. 2006/04/10. Épidémie d'obésité. Guérir les âmes avant l'assiette. *La Presse*:Actuel 2

²⁰ Bourgault-Coté G. 2006/10/24. Des millions pour aider les Québécois à resserrer la ceinture d'un cran. Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon ajouteront 200 millions chacun dans la lutte contre l'embonpoint. *Le Devoir*:A 4

²¹ Presse Canadienne. 2005/08/21. Les Canadiens placent l'obésité parmi leurs préoccupations. *Progrès-Dimanche*:page C 4

²² Vallée C. 2006/03/17. Lutte contre l'obésité. Des restos passent à l'attaque. *La voix de l'est*:page 15

²³ Coté E. 2006/11/30. Un lobby anti-obésité est né. *La Presse*:Page A 17

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

référence à une norme de poids. De ceux-là, deux l'expliquent en termes d'accumulation de graisses corporelles (2002, 2005) et un seul (2005) se réfère à la norme médicale « IMC » pour indiquer qu'il y a embonpoint lorsque l'IMC est supérieur à 25.

L'absence de la dimension esthétique s'explique notamment par l'exclusion des reportages qui portaient sur les régimes de l'heure et les meilleures techniques pour perdre du poids. Notons néanmoins que les articles retenus ne font pas de référence à la notion de préoccupation pour les problématiques liées au poids comme l'esthétique et la mode. On préfère rappeler, à l'instar du reportage de la SRC télévision d'avril 2007, que l'obésité n'est plus une simple question d'esthétique. Par conséquent, le poids problématique est donc constitué essentiellement en termes de surveillance et de préoccupation de santé. Du coup, le poids s'en trouve donc rationalisé et désincarné.

En résumé

On assiste ici à une mutation du discours. Initialement, la question du poids problématique paraît avoir une dimension essentiellement esthétique. Les documents analysés ne permettent pas de déterminer si ce type de préoccupation cède le pas à celui de la santé. Par contre, que ce soit dans les milieux gouvernementaux ou dans les milieux professionnels de l'intervention, le poids problématique est désormais mesuré et déterminé. Progressivement, il fait l'objet d'une objectivation. Ainsi, il existe maintenant quelque chose de tel qu'une norme de poids que ce soit en fonction de l'âge, du sexe et aussi de l'origine. Cette norme de poids se mesure grâce à des outils standardisés, notamment l'IMC et le tour de taille.

Ces mesures dites objectives permettent une meilleure identification, un repérage, une surveillance plus efficace des poids qui dérogent à ladite norme. Ce discours se manifeste d'abord chez les professionnels de la santé. Puis, il pénètre les documents des gouvernements et se diffuse progressivement dans les écrits journalistiques de masse.

Par contre, les documents analysés ne font pas tous part de leur préférence en regard de l'intensité de ladite surveillance. Néanmoins, le poids problématique semble être devenu un indice en santé comme le PIB (Produit intérieur brut) l'est en économie.

5.2 En quels termes parle-t-on du poids problématique?

5.2.1 Les documents gouvernementaux

Tel que vu dans la section précédente et si on se fie aux premières éditions du Guide alimentaire canadien, la problématique du poids en serait une essentiellement esthétique. Il faudra attendre 1974 et le Rapport Lalonde pour voir le poids présenté comme un facteur de risque associé à une pathologie. Ainsi, « la victime type (des maladies coronariennes) est l'obèse qui ne fait guère d'exercice, qui consomme trop de graisses » (Lalonde M 1974). On y affirmera également que « les facteurs (les maladies des artères coronaires) en sont pourtant bien connus : patrimoine génétique, absence relative d'hormones estrogènes chez l'homme, l'usage du tabac, l'obésité [...] » (Lalonde M 1974).

Dix-huit ans plus tard, la politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec tiendra un discours semblable à savoir que le poids problématique est un facteur de risque associé à une ou des maladies. En parlant de l'émergence des maladies dites de civilisation ou chroniques, on lira que « l'obésité et la sédentarité favorisent aussi l'hypertension et l'hypercholestérolémie » (ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1992). Dix ans plus tard, en 2002, dans son évaluation de la mise en œuvre de sa politique de la santé et du bien-être de 1992, le gouvernement québécois parlera de l'obésité approximativement dans les mêmes termes.

Par contre, à compter de 2003, on assiste à un changement dans le discours du gouvernement québécois. Parlant de l'obésité, on dira qu'en plus « d'être en soi une maladie, elle est un facteur de risque associé avec le diabète de type II, les MCV et le cancer » (Direction nationale de la santé publique 2003). Toujours dans ce document, l'obésité figure dorénavant comme une maladie chronique au même titre que le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Cette même année, le gouvernement du Québec produit son programme de Santé publique 2003-2012. Si l'obésité y est présentée comme un facteur de risque associé aux maladies cardiovasculaires, au cancer du sein après la ménopause et au diabète, on la compte aussi parmi les maladies chroniques. Celles-ci, dont l'obésité, seraient « responsables de plus de 70 % des décès » au Québec (Direction nationale de la santé publique 2003).

Deux ans plus tard, soit en 2006, ce gouvernement dépose *Investir pour l'avenir*, son Plan d'action de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problématiques liées au poids (PAG). Sans surprise, ce document présente les problématiques liées aux poids dans à peu près les mêmes termes que les deux documents qui le précèdent. Ainsi, « le tabagisme, l'alimentation inadéquate et la sédentarité représenteraient les trois premières causes de décès » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). L'obésité est donc un facteur de risque. D'ailleurs, on peut lire également qu'étant donné « que les risques de problèmes de santé sont plus importants lorsque l'accumulation de poids se situe à l'abdomen [...] L'embonpoint chez les hommes constitue un risque sociosanitaire sérieux » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

Bien qu'on n'y traite pas du poids comme d'une maladie à l'instar des documents publiés en 2003, le PAG se réfère à un vocabulaire associé aux maladies pour en parler. Plus encore, on y lit que « la fréquence de l'obésité est en augmentation à tel point que l'OMS qualifie la situation d'épidémie, voire de pandémie » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). On emploie donc un vocabulaire analogue à celui utilisé pour les maladies infectieuses pour traiter d'une problématique qui ne se transmet pas, qui n'est pas contagieuse.

Au niveau canadien, au cours de la même période, l'évolution de la présentation du poids problématique est plus modérée. On n'y présente pas la problématique en terme d'épidémie ou de pandémie, ni comme une maladie. On en traite plutôt comme d'un « problème de santé » (Santé Canada 2005). Par contre, la plus récente version du Guide alimentaire canadien (2007), sans présenter l'obésité comme une maladie, l'assimile clairement à cette notion. Ainsi, on y lit qu'en consommant les quantités recommandées des aliments, on dit contribuer à

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

« réduire le risque d'obésité, de diabète de type 2, de maladies du cœur, de certains types de cancer et d'ostéoporose » (Santé Canada 2007, 1998).

5.2.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Si on se fie aux documents analysés, le poids problématique est présenté autrement que seulement par ses liens à des problèmes de santé. Ainsi, dans ses éditions de 1987 à 1997, le manuel de nutrition clinique de l'OPDQ en parle en termes de « dépôt excessif de tissus adipeux » (Chagnon-Decelles D 1997; Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991). Les organismes qui balisent la pratique des médecins ne font pas cette nuance.

Cela dit, et sans surprise, les organismes normatifs ont recours essentiellement à un vocabulaire associé à la maladie pour présenter le poids problématique. En 1988, on dira qu'il « existe un lien entre l'excédent de poids et l'apparition ou l'aggravation de certaines pathologies » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). En 1999, il devient « un facteur important associé à plusieurs pathologies » (Douketis JD et al 1999), puis en 2006 l'obésité est « un facteur clef pour plusieurs maladies chroniques » (Canadian Medical Association 2006). Ainsi, le poids problématique est passé d'un « lien » à un « facteur important » pour devenir un « facteur clef » dans le développement de diverses maladies.

Si l'OPDQ, dès 2000, fait référence à ce que l'OMS appelle « la nécessité de prévenir et de gérer l'épidémie d'obésité » (Chagnon-Decelles D. 2000a), le poids problématique présenté comme maladie apparaît clairement qu'à partir de 2006. Avant, on dira, en parlant de la problématique qu'elle est « si importante qu'elle mérite qu'on s'y attarde par elle-même » (Douketis JD et al 1999) ou, en décrivant la croissance de la prévalence « qu'elle fait écho à une épidémie » (Douketis JD et al 1999).

À compter de 2006, l'Association médicale canadienne dira que « l'obésité est devenue le trouble nutritionnel le plus prévalent au monde éclipant la sous-nutrition et les maladies infectieuses ». Plus encore, « l'obésité a atteint des niveaux épidémiques » (Canadian Medical Association 2006).

5.2.3 Les écrits journalistiques

Quand vient le temps de présenter la problématique du poids, les reportages retenus se regroupent autour de deux pôles majeurs, et ce, de manière assez stable au cours des dix dernières années.

Le premier pôle est celui où le poids problématique est un facteur de risque associé à une ou plusieurs pathologies ou encore que « l'obésité a des conséquences importantes sur notre état de santé »²⁴. Comme dans les documents gouvernementaux, il est essentiellement question, tous médias confondus, du fait que l'obésité cause notamment « une série de maladies qui font courir un risque accru de diabète, de maladies cardiaques, d'hypertension et d'autres problèmes de santé courants »²⁵. Ainsi, ce discours du facteur de risque se voit régulièrement jumelé à un autre qui porte sur les conséquences de ces maladies.

La description de ces conséquences fait toujours usage d'un discours prudent. Ainsi, cette conséquence de l'obésité va du « risque plus élevé de mettre au monde des bébés affectés de malformités [sic] cardiaques ou autres déficiences [sic] congénitales » chez « les femmes obèses ou ayant tendance à l'embonpoint »²⁶, au fait que les « maladies chroniques qui sont souvent causées par l'obésité, seront (d'ici 15 ans) responsables de presque 75 % des décès dans le monde »²⁷ et que les maladies associées à l'obésité « affectent aussi l'espérance et la qualité de vie »²⁸. Cette dernière conséquence semble réversible.

²⁴ Côté J. 2003/12/14. Lutte à l'obésité: Du pain sur la plaque. Ibid.:Page Actuel 4

²⁵ Presse Canadienne. 1999/04/13. L'obésité une maladie. *Le Devoir*:Page A 4

²⁶ AP P. 2003/05/04. L'obésité augmenterait le risque de malformation à la naissance. *La Presse Canadienne*

²⁷ Krol A. 2005/06/02. Organisation Mondiale de la Santé - L'Obésité entraîne une forte progression des maladies chroniques. *La Presse*:Page A 15

²⁸ Presse Canadienne. 2005/09/30. Une crise de santé publique. Au Québec, un jeune sur quatre âgé de 6 à 16 ans présente un surplus de poids (embonpoint ou obésité). Ibid.:Page A 19

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Par exemple, « la vie sexuelle des hommes obèses souffrant de troubles de l'érection s'améliore lorsqu'ils font de l'exercice et perdent du poids »²⁹.

L'obésité présentée comme maladie apparaît très tôt dans le recueil de reportages. Ainsi, dès 1999, un groupe de médecins souhaite que « l'obésité soit reconnue comme une maladie et traitée comme telle »³⁰. On dira d'elle qu'elle est « un problème de société au même titre que la cigarette et l'alcool au volant »³¹. Puis, en 2004, on rapporte que « le service de santé publique américain, Medicare, reconnaît désormais l'obésité comme une maladie »³². Par la suite, on lit de l'obésité qu'elle « est un tueur silencieux »³³.

En y regardant de plus près, on constate que les articles où l'obésité est présentée comme une maladie ont recours à un discours catastrophe. Par exemple, parlant de l'obésité, il sera question d'un problème « pire que la malnutrition et les maladies infectieuses »³⁴. Par conséquent, il faut « enrayer la montée de l'obésité »³⁵. S'il est question des conséquences de l'obésité, on lit que « la génération qui suit risque d'être globalement en moins bonne santé que la génération actuelle »³⁶.

Or, ce discours catastrophe est caractéristique de ce qui constitue le deuxième pôle, celui de la problématique du poids à titre d'épidémie, de crise. 50 % des

²⁹ Agence France Presse. 2004/06/27. Obésité: Poids moindre, meilleure vie sexuelle. *Le Soleil* Québec:Page A 13

³⁰ Presse Canadienne. 1999/04/13. L'obésité une maladie. *Le Devoir*:Page A 4

³¹ Presse Canadienne. 2004/03/01. L'Institut national de santé publique part en guerre contre l'obésité. *La voix de l'est*:Santé Page 10

³² Agence France Presse. 2004/07/17. L'Obésité classée comme maladie. *La Presse*:Page A 7

³³ Robin J. 2006/07/14. L'Obésité chez les jeunes. *Le Droit*:Page 15

³⁴ Ricard-Châtelain B. 2004/04/08. Le centre de recherche sur l'obésité prend de l'expansion Investissement de 12,5 millions pour devenir un chef de file dans le domaine. *Le Soleil*:Page A 9

³⁵ Presse Canadienne. Accord à l'OMS sur une stratégie mondiale contr l'obésité. *Le Quotidien* Page 28

³⁶ Beauchemin M. 2007/06/07. Québec entreprend sa lutte contre l'obésité; Adoption de la Loi du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. *La Tribune*:Page 15

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

articles y font référence. Au début de la période recensée, « un nouveau regroupement de médecins veut que l'obésité soit reconnue comme une maladie et traitée comme telle »³⁷. Plus encore, ces médecins affirment que « l'épidémie d'obésité cause actuellement une série de maladies qui font courir un risque accru de diabète, de maladies cardiaques, d'hypertension et d'autres problèmes de santé courants »³⁸. Le « fléau de l'obésité est en voie de devenir la principale cause de mortalité »³⁹.

Rapidement, le ton et le vocabulaire catastrophe et militaire sont associés au thème de l'épidémie. En 2006, Michel Venne souligne qu'il est « urgent de combattre l'obésité »⁴⁰. Cette urgence d'agir s'inscrit dans un contexte où quelque temps auparavant, on entendait dans un reportage de la SRC télévision, au sujet d'un nouveau médicament, que « la guerre à l'obésité est déclarée »⁴¹. Puis, en 2007, à l'occasion de l'annonce de la mise en œuvre de sa politique-cadre pour la promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire, c'est au tour du gouvernement du Québec de déclarer la guerre à l'obésité⁴².

D'extrêmement préoccupant qu'il était à l'hiver 2006, il devient, à l'hiver 2007, (Progrès dimanche) « une épidémie qui dépasse l'individu »⁴³. Plus encore, dans le Devoir, le lecteur apprend que « le surpoids des jeunes risque de conduire tout droit vers la catastrophe »⁴⁴.

³⁷ Presse Canadienne. 1999/04/13. L'obésité une maladie. *Le Devoir*:Page A 4

³⁸ Ibid.

³⁹ Associated Press. 2004/05/11. L'obésité s'étend dans le monde. *La voix de l'est*:Page 28

⁴⁰ Venne M. 2006/02/03. Libre opinion: L'obésité, une responsabilité collective. *Le Devoir*:Page A 8

⁴¹ Kovacs C. 2004/11/10. La guerre contre l'obésité: Un nouveau type de médicament alimente tous les espoirs. Montréal: Société Radio-Canada Télévision

⁴² Presse Canadienne. 2007/09/13. Québec déclare la guerre à l'obésité. *Le Droit*:Actualités Page 8

⁴³ Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17

⁴⁴ Rioux Soucy L-M. 2007. Les enfants vivront moins vieux que leurs parents. *Le Devoir*:Page A 5

En résumé

À la lumière des documents consultés, officiels, normatifs et médiatiques, on pourrait considérer que le poids problématique est apparu tardivement comme une véritable préoccupation médicale. La manière d'en parler, de le présenter, a bien changé en peu de temps.

D'une dimension plus esthétique, le poids problématique a d'abord été présenté comme un facteur de risque associé à des pathologies. Puis, il est devenu maladie « par lui-même et non plus seulement à titre de manifestation secondaire d'un autre dérèglement tel l'hérédité, les maladies mentales, etc. » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988).

Observons aussi qu'avant 1999, le poids problématique était associé à une série de pathologies. Or, depuis, ces mêmes pathologies sont qualifiées de maladies chroniques ou encore de civilisation (Québec 2003).

La croissance de la problématique du poids, dans les pays industrialisés comme ailleurs, inquiète à ce point que la présenter uniquement à titre de maladie ne suffit plus. À la même époque où les médecins en parlent en tant que maladie, le poids problématique et en particulier l'obésité acquiert le statut d'épidémie. En 2000, ce sont aussi les diététistes qui affirment que la prévalence du poids problématique atteint des niveaux épidémiques. En 2006, le gouvernement québécois dira, dans son plan d'action, que « la fréquence de l'obésité est en augmentation à tel point que l'OMS a qualifié la situation d'épidémie, voire de pandémie » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

Au cours des ans, la présentation du poids problématique a donc évolué. Sans contredit, le sens étymologique du poids problématique et de ses synonymes, dont l'obésité et le surpoids, s'est enrichi. Il s'accompagne plus que jamais de la nécessité d'une intervention urgente et importante.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Si l'évolution de la présentation de la problématique du poids chez les trois types de sources se ressemble, des différences de ton s'observent. Les documents gouvernementaux présentent ce poids comme un objet de surveillance et avec la progression du phénomène, le ton prend un sens d'urgence. Ce sens de l'urgence est plus important au Québec qu'il ne l'est au fédéral, peut-être parce que la responsabilité de la prestation de service en santé est du ressort du Québec. Chez les professionnels, le caractère urgent qu'on observe tient probablement ici à la complexité de la problématique, à la faible efficacité de l'intervention et à l'augmentation du nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'une intervention. En ce qui a trait aux médias de masse, en écho de ce qui se dit dans les milieux interpellés par la problématique, ils tiennent un discours catastrophe où le poids excédentaire est devenu un ennemi à abattre.

Quel que soit le pôle retenu, notons que l'obésité a toujours une conséquence, un effet, important ou très grave, quelques fois réversible. Peut-être pourrions-nous dire que la problématique du poids est présentée dans l'ensemble des documents sur un continuum, un gradient de danger dont les conséquences ne cessent de s'aggraver.

5.3 Comment explique-t-on le poids problématique?

5.3.1 Les documents gouvernementaux

Avant 2003, l'ensemble des documents de santé publique qui se penchent sur la problématique du poids propose comme explication au phénomène de l'augmentation de la prévalence un manque de discipline individuel.

Ainsi, le Rapport Lalonde affirme qu'il « nous apparaît maintenant manifeste que [...] la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément [...] constitue des préalables essentiels à la réalisation d'une vie meilleure, plus longue et plus saine pour un nombre accru de Canadiens ». Et d'ajouter : « la liste ci-après nous fait voir l'origine de certaines maladies et les conséquences funestes des risques auxquels l'individu s'expose délibérément sous forme d'abus : la surconsommation d'alcool en société [...] prédispose aux accidents et à l'obésité; la suralimentation prédispose à l'obésité et ses conséquences; le manque

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

d'exercice aggrave les maladies des artères [...] et prédispose à l'obésité » (Lalonde M 1974).

En 1986, la Charte d'Ottawa tient un discours similaire. Ainsi, les signataires soutiennent qu'il « faut chercher le moyen d'inciter les individus à se préoccuper davantage de leur propre état de santé physique et mentale et atténuer les risques auxquels ils s'exposent en négligeant leurs modes de vie » (OMS 1986). Et pour cause, puisque le gouvernement québécois ajoutait en 2003 que « les habitudes de vie sont en lien avec le développement d'un ensemble de problèmes, dont les maladies cardiovasculaires » (Direction nationale de la santé publique 2003).

Par contre, à compter de 2003, l'explication de la problématique du poids se complexifie. Outre les facteurs qu'on attribue à l'individu, il appert que l'obésité comporte « plusieurs déterminants, dont l'âge, le sexe et l'hérédité » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2003). Plus encore, il y aurait des liens « entre la qualité de l'environnement et plusieurs maladies chroniques » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2003).

Cette nuance dans le modèle explicatif prend une autre tournure. En 2006, « la problématique du poids va au-delà des facteurs individuels » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). Ainsi, le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids, on attribue aux parents « un rôle dans l'acquisition des saines habitudes de vie » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). Sans renier les autres pistes explicatives, on laisse sous-entendre que si les habitudes de vie des jeunes ne sont pas saines, ce serait notamment la responsabilité des parents.

L'analyse des documents produits par les deux paliers de gouvernement révèle une différence fort intéressante. Le gouvernement du Québec reconnaît comme prioritaire la mise en place d'environnements « qui favorisent une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour les jeunes et leurs familles, et ce, afin de prévenir les problèmes reliés au poids » (Ministère de la

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Santé et des services sociaux du Québec 2006). Ces environnements doivent contribuer à « favoriser la saine alimentation [...] un mode de vie actif [...] comprendre des normes sociales favorables [...] améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids [...] favoriser le transfert de connaissances » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). On reconnaît donc que le poids problématique est de nature complexe.

Par contre, dans leur ensemble, les documents produits par le fédéral proposent essentiellement un seul modèle explicatif au poids devenu problématique. Ainsi, « les personnes obèses ont tendance à avoir des loisirs sédentaires et à consommer peu de fruits et de légumes » (Santé Canada 2005). Dans le Guide alimentaire canadien de 2007, la réduction de l'activité physique et la mauvaise alimentation sont présentées comme des causes de la prise de poids et de l'obésité (Santé Canada 2007, 1998). Le poids problématique est ici, pour le fédéral, le fait des mauvais comportements de l'individu.

5.3.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Les professionnels de l'intervention que sont les médecins et les diététistes expliquent l'avènement du poids problématique par un « bilan énergétique positif » (Gélinas M. D. 1987). Ce « déséquilibre énergétique où l'apport excède la dépense » (Chagnon-Decelles D. 2000a) ferait notamment appel à la régulation de l'appétit et à des facteurs individuels et psychologiques.

Si les documents normatifs et guides de pratique les plus anciens voient dans le poids problématique le résultat d'un bilan « énergétique positif, lequel peut résulter de l'action de multiples facteurs » (hérédité, lésions de l'hypothalamus, désordres endocriniens, médicaments, facteurs psychologiques, etc.) (Gélinas M. D. 1987), les plus récents estiment qu'il n'est pas simplement la conséquence de comportements individuels. Ils diront que « l'ensemble des facteurs explicatifs sont encore mal compris. [...] Ce désordre [...] fait appel à des facteurs individuels physiologiques, psychologiques ainsi qu'à des facteurs environnementaux » (Chagnon-Decelles D. 2000b). Notons que parmi les facteurs environnementaux,

la famille est mise en cause. « Le milieu familial est le premier milieu où se construit le cadre de référence alimentaire » (Chagnon-Decelles D. 2000b).

Sans nier l'importance du caractère individuel, les documents normatifs et guides de pratique soulignent que « les études transversales indiquent une association entre le statut socio-économique et le poids » et que cette « relation serait bidirectionnelle » (Chagnon-Decelles D. 2000b). « L'augmentation importante de la prévalence de l'obésité est plus le fait d'une modification environnementale et culturelle que du ressort de la génétique » (Lau D C.W. 2007). Néanmoins, le poids problématique, dont l'obésité, « demeure un problème de balance énergétique positive sur une longue période » (Lau D C.W. 2007), donc un problème essentiellement individuel bien que l'environnement dans lequel ce dernier se trouve joue un rôle fort important.

Lorsqu'il est question de culture comme facteur explicatif du développement des problématiques du poids, les auteurs semblent d'abord faire référence aux savoirs (savoir choisir et savoir préparer des aliments) et aux repères (le cadre de vie comme la sédentarité) qui sont en mutation, voire en disparition, et qui sont, à terme, potentiellement nuisibles à la santé des individus. Ces facteurs explicatifs sont émergents.

5.3.3 Les écrits journalistiques

De l'ensemble des reportages retenus, un peu plus de la moitié de ceux-ci font état d'une explication à la problématique du poids. L'intérêt pour cette question semble constant du début à la fin de la période étudiée.

L'explication à la problématique du poids n'est jamais une conséquence d'une pathologie ou d'un dérèglement biopathologique. Elle semble toujours être d'abord la conséquence d'un acte, d'une volonté humaine.

Ainsi, on dira alors que le poids problématique, dont l'obésité, « est causé par un déséquilibre énergétique »⁴⁵. Il est le résultat d'une « mauvaise alimentation et à

⁴⁵ Presse Canadienne. 1999/04/13. L'obésité une maladie. Ibid.:Page A 4

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

l'activité physique »⁴⁶. Il est attribuable à « l'oisiveté, la passivité et les mauvaises habitudes alimentaires »⁴⁷. « L'obésité est le résultat de mauvaises habitudes de vie, telles que la malnutrition et le tabagisme »⁴⁸. Ainsi, « on ne vient pas au monde obèse, mais on semble le devenir de plus en plus après la naissance »⁴⁹. Il n'est pas surprenant alors que certains affirment que « nous sommes un peu responsables »⁵⁰ de la situation actuelle.

Si nous sommes tous un peu responsables, les parents le seraient un peu plus que les autres. On leur attribue une préférence pour que « leurs enfants fassent autre chose que de l'éducation physique »⁵¹. Une part de la responsabilité du contexte de surpoids reviendrait à « l'attitude des mères face à la nutrition »⁵² ou « aux mauvaises habitudes prises à la maison »⁵³. Plus encore, le président du comité de la Chambre des communes sur la santé des enfants « déplore le manque d'implication des parents dans la guerre contre les kilos en trop »⁵⁴.

Si elle n'est pas seulement le fait de la volonté individuelle, les écrits journalistiques expliquent la problématique du poids par des phénomènes extérieurs à l'individu et face auxquels il est vulnérable, voire impuissant. Ainsi, la « publicité et la distribution d'aliments riches en gras et faibles en valeur

⁴⁶ Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

⁴⁷ Morin M. 2002/05/29. L'ABC de l'obésité. *La Tribune*:Page A 10

⁴⁸ Guimond E. 2004/09/24. L'épidémie d'obésité. *La Presse*:Actuel Page 4

⁴⁹ Larocque A. 2006/08/25. L'Ère de l'obésité. *Le Droit*:Forum Page 8

⁵⁰ Allard P. 2005/07/11. Obésité au menu. *Ibid.*:Forum Page 5

⁵¹ Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

⁵² Gervais R. 2002/06/17. Obésité chez les enfants: Les parents montrés du doigt. *La Presse*:Page E 32

⁵³ Jean M. 2004/07/21. L'invasion de la malbouffe dans les écoles secondaires. La malbouffe servie dans les écoles à la demande des adolescents: L'obésité est en train de devenir le mal du siècle,. *Le Téléjournal / Le Point*

⁵⁴ Rioux Soucy L-M. 2007. Les enfants vivront moins vieux que leurs parents. *Le Devoir*:Page A 5

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

nutritive »⁵⁵ seraient responsables du poids problématique. Nathalie Collard dira que « notre environnement est une machine à fabriquer des obèses »⁵⁶. Autrement dit, « nous vivons dans une culture qui fait la promotion de la glotonnerie »⁵⁷. Afin d'illustrer ces dires, certains noteront que « la nourriture est partout [...] et l'inactivité est en croissance »⁵⁸.

La paire que forment la sédentarité et la mauvaise alimentation comme facteurs explicatifs revient constamment tout au long de la période. Certains affirmeront qu'il s'agit là d'un lien évident. « Moins on fait de l'exercice, moins on mange bien et plus on risque d'excéder son poids normal »⁵⁹. Par conséquent, « l'Association médicale canadienne recommande une série de mesures pour combattre la sédentarité et la suralimentation »⁶⁰.

Que ce soit, notamment à cause de la publicité qu'on y retrouve, qui incite à manger plus⁶¹, la télévision comme facteur de sédentarisation revient souvent. On dira d'ailleurs que « l'écoute de la télévision est associée à l'obésité tant chez les hommes que chez les femmes [...], le lien entre l'ordinateur et l'obésité existe, mais est moins évident »⁶².

Seulement deux fois, il sera question d'autres déterminants de la problématique du poids et chaque fois ce sera pour aborder la question de la pauvreté. Ainsi, « les gens qui naissent en milieux pauvres mangent peu et triment dur. Quand

⁵⁵ Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

⁵⁶ Collard N. 2002/05/27. Obésité: Le québec sous surveillance. *La Presse*:Actuel Page B 1

⁵⁷ Presse Canadienne. 2003/10/06. Le taux d'obésité a doublé chez les femmes en 15 ans. *Le Droit*:Page Santé 23

⁵⁸ Caouette M. 2004/02/29. Un projet pour contrer le problème de l'obésité. C'est devenu un mal de société qui serait pire que la malnutrition et le tabagisme, croient les experts. *Le Soleil*:Santé Page A 11

⁵⁹ Larocque A. 2006/08/25. L'Ère de l'obésité. *Le Droit*:Forum Page 8

⁶⁰ Raunet D. 2007/04/10. Les médecins canadiens partent en guerre contre l'obésité. *SRC Radio, bulletin national et international*:18h00 HAE

⁶¹ Coté E. 2006/08/23. La télé fait engraisser les enfants. *La Presse*:Page A 3

⁶² Lévesque L. 2008/06/19. Tous les loisirs sédentaires n'entraînent pas l'obésité. *Le Nouvelliste*:Actualités Page 35

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

leur situation économique s'améliore, ils se mettent à manger plus mal et à bouger moins. Ils ne dépensent plus les calories ingurgitées »⁶³.

En résumé

En termes d'explication, force est de reconnaître que les trois types de documents retenus tiennent, à quelques subtilités près, un discours commun. Ainsi, les documents gouvernementaux expliquent la problématique du poids excédentaire comme de la résultante de choix, de mauvais choix, faits par les individus. Ils considèrent qu'il faut créer des environnements où il est possible de faire des bons choix. Quant aux documents normatifs, ils centrent leur explication sur les facteurs qui influencent la balance énergétique. Dans cette équation, les choix individuels, sans en être un facteur exclusif, jouent un rôle prépondérant. C'est donc à ce niveau qu'il faut agir. Enfin, pour les médias de masse, la problématique du poids est essentiellement la conséquence d'un acte, d'une volonté individuelle.

Mis côte à côte, on constate que le poids problématique est présenté comme la résultante de la responsabilité défaillante de l'individu à faire de bons choix ou encore celle de l'environnement à rendre ces bons choix accessibles et possibles. Cette explication est la plus fréquente dans les trois types de documents.

La capacité d'agir de manière responsable, et de bien le faire, est le fruit d'un apprentissage. Il y a donc ici un premier niveau de nuance. La responsabilité n'est plus unique. Elle est partagée. Elle est d'abord et surtout partagée avec les parents. Par conséquent, le poids problématique met donc en cause les parents qui n'exerceraient pas adéquatement ou pleinement ce rôle, cette responsabilité.

Mais, la responsabilité du poids problématique incombe aussi, mais dans une mesure moins définie, moins précise, à des facteurs qualifiés d'environnementaux. Que ce soit la télévision, la sédentarité, ou le statut socio-économique, ils sont

⁶³ Morin A. 2007/11/08. L'obésité des enfants, une "crise" mondiale. *Le Soleil:Actualités* Page 11

tous présentés comme interférant avec l'exercice, la capacité de faire de bon choix. L'individu est, en quelque sorte, la victime d'une situation qui lui échappe.

De l'individu seul maître de ses gestes, à l'individu subordonné à son environnement, l'explication dominante à la problématique du poids s'inscrit donc sur un continuum de la responsabilité, de la capacité de faire des bons choix.

5.4 Quelles sont les raisons invoquées pour intervenir?

5.4.1 Les documents gouvernementaux

Outre les règles alimentaires de 1944 où les recommandations n'étaient plus « fondées sur le respect des normes alimentaires, mais sur l'obtention d'une silhouette tout à fait acceptable » (Santé Canada 2007b), l'ensemble des prises de position gouvernementales justifie l'intervention pour corriger le poids prioritairement pour des raisons de prévention, puis des raisons économiques et quelques fois pour des raisons médicales (en lien avec une pathologie).

L'argument de la prévention dans les documents analysés remonte à 1982. En effet, selon un document mis en ligne par Santé Canada en 2006, le Guide alimentaire de 1982 mentionnait que le régime alimentaire faisait « partie des actions à prendre pour prévenir les maladies chroniques reliées à l'alimentation » (Santé Canada 2007b).

Entre 1982 et 2005, il sera question à plusieurs reprises d'effectuer des interventions « surtout avant l'émergence des maladies et des problèmes en agissant sur le renforcement des facteurs de protection de la santé et du bien-être » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1997). Dans ce contexte, les autorités invitent « l'ensemble des partenaires, publics et privés, à intensifier les efforts pour faire la promotion des saines habitudes de vie comme l'alimentation et l'activité physique » (Direction nationale de la santé publique 2003). Cependant, bien qu'on puisse comprendre que par la promotion des saines habitudes de vie il est notamment question de la prévention des problèmes reliés au poids, notons qu'au cours de cette période, lorsqu'il est question nommément de justifier l'intervention sur le poids, il sera question alors de « réduire la

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

prévalence de l'excès de poids » (Direction nationale de la santé publique 2003) chez les adultes, mais travailler à la prévention chez les enfants » (Direction nationale de la santé publique 2003).

La prévention des poids problématiques auprès de l'ensemble de la population comme justification de l'intervention apparaît pour une première fois dans la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Cette stratégie vise alors « une augmentation de 20 % de la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, qui mangent sainement et qui ont un poids santé » (Santé Canada 2005). En 2006, avec son Plan d'action *Investir dans l'avenir*, le gouvernement du Québec fait de la prévention des problèmes reliés au poids « un secteur prioritaire d'action » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

Certes, la prévention des poids problématiques peut se justifier afin de réduire l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, dont les problèmes reliés au poids. Mais, force est de reconnaître que le justificatif le plus puissant est de nature économique. La réduction de la prévalence de l'excès de poids est régulièrement mise en lien avec la nécessité de ralentir ou de réduire la part croissante du budget que consacre l'état à la santé.

Le Rapport Lalonde, au milieu des années 1970, met la table en rappelant l'importance et la pertinence de la prévention. Ainsi, « si la prévention réussit à diminuer la fréquence de maladie, le coût des services actuels s'en trouvera réduit ou à tout le moins le taux d'augmentation sera réduit » (Lalonde M 1974). Le rapport laisse entendre que les économies dégagées par la prévention pourraient être consacrées à l'amélioration des services de santé offerts.

La santé représente « la première dépense en importance du gouvernement » du Québec (Direction nationale de la santé publique 2003). De plus, « les pathologies, les incapacités, et les décès liés aux maladies chroniques coûtent au Canada plus de 80 milliards de dollars par années » (Santé Canada 2005).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Ces chiffres sont impressionnants. Les observateurs s'entendent pour dire que si la tendance se maintient, ils continueront de croître. Par conséquent, « les coûts associés au traitement et à la maîtrise des maladies chroniques, y compris les problèmes reliés au poids, atteindront donc bientôt un niveau insoutenable pour la société, et cela amputera une part du financement que doit consacrer l'état aux autres secteurs » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). Une action corrective s'impose donc!

Certes, la prévention pour des raisons de bien-être est une justification dominante. Par contre, l'analyse suggère que la réelle justification de l'intervention notamment en prévention serait de contribuer plus efficacement au contrôle des coûts liés au fonctionnement du système de santé.

5.4.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Les documents normatifs et guides de pratique se classent en deux groupes. Il y a ceux d'avant 1999 et il y a ceux qui viennent après.

Les documents du premier groupe proposent deux types de justification à l'intervention. Que ce soit les diététistes ou les médecins, les documents affirment d'abord qu'il faut « aider la personne dans sa démarche pour perdre du poids » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). Puis, on intervient pour des raisons médicales parce que le poids, « au-delà de la norme [...] est associé à des pathologies » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). L'intervention peut avoir lieu également afin d'obtenir « un degré d'adiposité en deçà des critères diagnostiques de l'obésité » (Ordre professionnel des diététistes du Québec 1987 à 1997).

À compter de 1999, lorsqu'on se penche sur le modèle justificatif, deux écoles de pensées se distinguent. L'une est orientée sur le bien-être perçu (comment on se sent) et l'autre sur la santé objectivée (argument lié à la santé, à l'absence de maladie).

La première école de pensée, de la « bonne santé et d'un bien-être général » (Chagnon-Decelles D. 2000a), est essentiellement le fait des diététistes. En 1997,

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

ces dernières disaient que l'intervention était nécessaire afin d'aider la personne dans sa démarche lorsqu'il y a insatisfaction liée au poids afin de notamment « d'amener une réduction de l'obsession à l'égard des aliments » (Chagnon-Decelles D. 2000a).

La deuxième école est largement plus dominante. Certes, l'intervention doit se faire pour réduire « les symptômes associés aux maladies chroniques » (Douketis JD et al 1999). Mais le discours centré sur la prévention des maladies s'impose malgré le fait que « peu d'études attestent de l'efficacité de la prévention de l'obésité » (Douketis JD et al 1999). Compte tenu des risques et des conséquences associés au poids hors-norme, l'intervention préventive devient la piste d'action à privilégier.

Sept ans plus tard, soit en 2006, la prévention n'est plus une action à privilégier. Malgré un niveau de connaissance toujours qualifié d'incomplet, la prévention devient nécessaire quand « le surpoids est jumelé à un ou plusieurs paramètres biochimiques [...] anormaux » (Canadian Medical Association 2006). Plus encore, « la prévention intensive et immédiate (sweeping) et les stratégies d'interventions sont requises pour ralentir et peut-être même pour renverser l'augmentation alarmante de la prévalence de l'obésité au Canada » (Canadian Medical Association 2006).

Au tournant des années 2000, la justification la mieux appuyée devient, au tournant des années 2000 clairement économique. Si, en 1999, l'intervention était nécessaire pour « réduire les coûts associés à la pharmacothérapie reliée au traitement des maladies chroniques » (Douketis JD et al 1999), en 2006, elle s'impose pour réduire la croissance des dépenses en santé. On dira alors que « l'épidémie d'obésité exerce une grande pression sur la santé de la population » (Canadian Medical Association 2006).

5.4.3 Les écrits journalistiques

La justification de l'intervention ne semble intéresser qu'une petite part des extraits sélectionnés. De fait, seulement le quart d'entre eux abordent la question.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Quand ils le font, c'est l'argument économique qui s'impose, loin devant celui de la prévention.

Dès 1999, les écrits journalistiques rapportaient qu'en fonction des seules données disponibles les frais directs et indirects du traitement de l'obésité au pays étaient estimés à 1,8 milliard de dollars⁶⁴ annuellement. Mais ces données étant partielles, on estimait que les coûts réels se rapprochaient plus des quatre milliards⁶⁵.

Si globalement la part des coûts de santé attribuable à l'obésité est de 2,4 % en 1999⁶⁶, elle passe à 7 % en 2004⁶⁷. En 2000, l'obésité aurait absorbé 5,8 % du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec⁶⁸.

Pendant ce temps, aux États-Unis, « les dépenses de santé liées au surpoids représentent 5,04 % des dépenses de santé totales »⁶⁹. La facture médicale d'un individu qui accuse un surpoids y serait de 40 % supérieure à celle d'une personne de poids normal⁷⁰. De plus, 300 000 décès annuellement seraient attribués dans ce pays à l'obésité, soit presque autant de décès reliés à la cigarette⁷¹.

Avec une telle facture, plusieurs articles font état du défi que cela représente pour la pérennité du système de soins de santé. Certains diront que « les maladies attribuables à l'obésité vont peser lourd sur notre système de santé »⁷². On dira

⁶⁴ Presse Canadienne. 1999/02/23. Au Canada le traitement de l'obésité coûte 1,8 milliard \$". *Le Quotidien*:Page 11

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ricard-Châtelain B. 2004/04/08. Le centre de recherche sur l'obésité prend de l'expansion Investissement de 12,5 millions pour devenir un chef de file dans le domaine. *Le Soleil*:Page A 9

⁶⁸ Coté E. 2006/11/30. Un lobby anti-obésité est né. *La Presse*:Page A 17

⁶⁹ Presse Canadienne. 2006/10/23. Problème de taille aux États-Unis. L'obésité coûte 90 milliards par année. *Le Soleil*:Page 17

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Bloomberg. 2002/06/22. L'obésité au menu. *La Presse*:Actuel Page A 25

⁷² Buekert D. 2002/05/09. Les Canadiens prennent du poids, L'obésité gagne du terrain, selon Statistique Canada. Ibid.:Page A 8

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

même que d'ici peu, « cela deviendra insoutenable pour le système de santé »⁷³ et que si le problème des maladies dues à l'embonpoint et à l'obésité s'étend aux jeunes, le « système de santé craquera »⁷⁴. Le Magazine Commerce lance en décembre 2006, un message similaire. Sur un ton plus affirmatif, il titrait que si rien n'est fait pour enrayer la problématique de l'obésité, « c'est l'ensemble du régime de soins qui va éclater »⁷⁵. Il y a donc, selon La Presse, urgence publique⁷⁶.

On ne peut s'empêcher d'observer que ce discours alarmiste paraît dans les écrits journalistiques dans la foulée de la publication du Papport Perrault pour mobiliser les efforts en préventions (septembre 2005) et le Plan *Investir pour l'avenir* du gouvernement du Québec en octobre 2006.

Quant au discours sur la nécessité d'intervenir à des fins de prévention, non seulement les écrits journalistiques semblent y recourir moins fréquemment que l'argument économique, mais lorsqu'ils en font part, il est nettement moins catastrophique. De plus, de 1999 à 2006, le discours préventif évolue.

Initialement, la prévention de l'obésité était rattachée à la morbidité qui lui est généralement associée. On dira alors qu'il y a « urgence à prévenir l'obésité, source de maladies plus graves encore »⁷⁷. Ces maladies dont on doit prévenir le développement sont dites chroniques comme « les troubles cardiovasculaires [...] le cancer et le diabète »⁷⁸.

⁷³ Caouette M. 2004/02/29. Un projet pour contrer le problème de l'obésité. C'est devenu un mal de société qui serait pire que la malnutrition et le tabagisme, croient les experts. *Le Soleil*:Santé Page A 11

⁷⁴ Allard P. 2005/07/11. Obésité au menu. *Le Droit*:Forum Page 5

⁷⁵ Noël K. 2006/12. Obésité Collective. *Commerce* vol. 107 Page 40

⁷⁶ 2005/09/30. Une crise de santé publique. *La Presse*:Forum Page A 19

⁷⁷ Lemieux L. 2002/11/28. Des médecins réclament un centre de prévention; Les proportions pandémiques de l'obésité et du diabète sèment l'inquiétude. *Le Soleil*:Page A 3

⁷⁸ Associated Press. 2003/03/16. Lutter contre l'obésité; Moins de 10% des calories devraient provenir du sucre. *La Presse*:Actuel Santé Page B 3

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

À compter de 2004, il n'est plus seulement question d'intervenir pour prévenir des maladies associées à l'obésité. On prévient en amont. Ainsi, la prévention se justifie par l'importance de « ralentir la croissance de l'obésité et les autres maladies liées à la mauvaise alimentation et au manque d'activité physique tels le diabète, le cancer, l'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires »⁷⁹. On se doit de « lutter contre les maladies liées à un mauvais régime alimentaire »⁸⁰. Puis il sera question de mettre l'accent « sur la prévention en luttant contre la sédentarité »⁸¹, et la malbouffe « qui risque de réduire l'espérance de vie des Américains, une première depuis 200 ans »⁸².

Quelle que soit la justification apportée à la prévention, il s'agit là « d'un travail de persévérance pour sensibiliser les populations »⁸³.

En résumé

Quel que soit le groupe, le discours de la justification de l'intervention repose en totalité ou en bonne partie sur un argumentaire économique. Le poids problématique coûte cher, trop cher. Une rationalisation des coûts s'impose.

Cela dit, quelques différences s'observent au sein des trois groupes. Les documents émis par les gouvernements font d'abord le choix de la prévention. Ce qui fait l'objet de la prévention semble principalement tourné vers ce que les acteurs de santé publique appellent les déterminants de la santé. En matière de poids, ces déterminants sont l'activité physique et l'alimentation. Lorsque ceux-ci sont regroupés, on parlera alors de saines habitudes de vie. Rapidement, la

⁷⁹ Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32

⁸⁰ Presse Canadienne. Accord à l'OMS sur une stratégie mondiale contr l'obésité. *Le Quotidien* Page 28

⁸¹ Guimond E. 2004/09/24. L'épidémie d'obésité. *La Presse*:Actuel Page 4

⁸² Arnould F. 2005/03/17. L'obésité tue: L'espérance de vie des Américains pourrait reculer de 2 à 5 ans. *Le Téléjournal*

⁸³ Beauchemin M. 2007/06/07. Québec entreprend sa lutte contre l'obésité; Adoption de la Loi du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. *La Tribune*:Page 15

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

prévention passe par la promotion des saines habitudes de vie. Mais cette action trouve aussi sa justification par l'argument économique. La nécessité de contrôler la progression des coûts de santé paraît sous-jacente à toutes les initiatives.

Les documents normatifs et guides de pratique, quant à eux, montrent une certaine préférence pour des actions requises par des raisons médicales, qu'elles soient la réduction de symptômes ou des paramètres biochimiques anormaux. L'intervention à ce niveau peut aussi s'expliquer par l'accompagnement de personnes insatisfaites de leur poids. L'argumentaire de la prévention, bien qu'il paraisse fort, est récent. Il semble plus tourné vers la prévention des poids problématiques eux-mêmes et des problèmes de santé qui y sont associés. En ce sens, il ressemble plus à un constat d'échec de l'intervention thérapeutique en matière de correction pondérale.

Quant à eux, les écrits journalistiques jouent très fortement l'argument économique pour intervenir en matière de poids. Cette intervention doit se produire essentiellement pour freiner les dépenses et les coûts sociaux, directs et indirects, qu'engendrent l'obésité et les problèmes reliés au poids. L'objet de la prévention a, dans le cas des médias de masse, évolué. De la prévention des pathologies pour lesquelles le poids est un facteur causal, il s'est d'abord transformé en prévention également du poids devenu une pathologie. Puis au cours des quatre dernières années, la prévention a ciblé les habitudes de vie et en particulier l'alimentation et la sédentarité.

Ainsi, si en toile de fond, l'argument de la rationalité économique (discours qu'on pourrait qualifier de dominant) s'impose pour assurer la pérennité du système de santé, il se décline dans un discours qui mise sur la responsabilité à deux facettes. La première serait celle de la responsabilité de poser les bons gestes (promotion des saines habitudes de vie). La seconde, réciproque de la première, serait celle de la responsabilité de ne pas tomber dans de mauvaises habitudes. En conséquence, le discours de la responsabilité individuelle s'avère prescriptif, voire manichéen.

5.5 De quelle nature est l'intervention sur le poids?

5.5.1 Les documents gouvernementaux

Les organismes gouvernementaux envisagent plusieurs types d'intervention pour corriger le poids. L'analyse ne permet pas d'identifier une évolution nette dans les types d'intervention privilégiés par ces organismes officiels. Certes, des préférences s'observent, mais dans l'ensemble, nous devons conclure qu'il n'y a pas une nature d'intervention qui soit mise de l'avant, mais plutôt des interventions à facette multiple.

Malgré les appels répétés de certains groupes, dont la coalition contre l'obésité morbide (<http://www.lepoidsquitue.com/>) et en dépôt de l'avis de 2005 de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) du gouvernement du Québec, (Hassen-Khodja Raouf & Lance Jean-Marie 2005)⁸⁴, le corpus de documents officiels reste silencieux sur la question des interventions biomécaniques. Il serait surprenant que ce silence perdure encore longtemps⁸⁵.

Une seule tendance, quoique faible, s'observe. Il s'agit d'une certaine diminution de l'intérêt de la part des organismes gouvernementaux pour les interventions correctrices à caractère individuel qui visent spécifiquement la balance énergétique par un mélange de diète et de régime d'activité physique.

Les premières actions correctives de cette nature remontent, dans les documents analysés, à 1961. Ils ont consisté à associer la « notion de portion à certains types d'aliments » (Santé Canada 2007b) dans le Guide alimentaire canadien. Puis en 1977, ce sont des « portions et des intervalles de portions font leur apparition pour tous les groupes (alimentaire) » (Santé Canada 2007b).

⁸⁴ L'AETMIS recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de produire un plan d'action pour accroître la capacité d'accès à ce type de chirurgie tout en respectant des critères d'accès précis.

⁸⁵ De fait, en 2009, quelque temps après avoir écrit ces lignes, le gouvernement du Québec dévoilait son plan d'action au sujet de l'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-932-01.pdf>)

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

L'activité physique, l'autre composante de la balance énergétique, est mise également à contribution. On dira alors qu'il faut « promouvoir la régularité et la constance de l'activité physique » (ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1992). Il ne faut pas croire que le tandem activité physique et alimentation à un niveau individuel pour intervenir sur le poids n'existe que depuis 1992. Il faut simplement comprendre qu'avant cette date, ce couple d'intervention ne figure pas dans les documents gouvernementaux.

À compter de 1997, « on reconnaît les limites de l'intervention centrée sur la personne » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1997). L'intervention visera alors « les habitudes de vie et les comportements » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1997) dont l'alimentation et l'activité physique. D'ailleurs, en 1974, le Rapport Lalonde rappelle, dans une perspective de prévention des maladies coronariennes prématurées, l'importance de maintenir les subventions afin « d'assurer des services tant sur la participation de masse à des loisirs que sur celui des sports de compétition » (Lalonde M 1974).

Ceci étant, l'intervention ou plutôt le cocktail d'interventions privilégiées par les organismes publics semble miser sur deux types d'actions. Il y a tout d'abord l'éducation qui consiste dans le transfert d'habiletés qui a pour finalité la prise de décision éclairée. Ce sont les saines habitudes de vie. D'ailleurs, le Rapport Lalonde les décrit comme étant « l'ensemble de décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle » (Lalonde M 1974).

La Charte d'Ottawa vient renforcer cette nécessité éducative en santé mais aussi le soutien au développement individuel. Elle perfectionne « les aptitudes indispensables à la vie. [...] Elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci » (OMS 1986). Les interventions en milieu de vie, notamment en milieu scolaire, sont dites essentielles puisqu'elles permettraient « d'intégrer des actions qui visent l'ensemble des habitudes de vie, dont l'alimentation et l'activité physique » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2003).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Puis, il y a l'action environnementale. Elle a pour finalité de créer des milieux qui facilitent l'acquisition et l'exercice des saines habitudes de vie. Elle représente « l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent, en tout ou en partie, à la maîtrise de chacun » (Lalonde M 1974). D'ailleurs, la Charte d'Ottawa précise que cela comprend « une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains » (OMS 1986).

Afin d'établir ces conditions favorables à la santé et au bien-être, les priorités nationales de santé publique du Québec précisent que les méthodes à privilégier « sont l'action communautaire, l'éducation, le changement social, la communication stratégique, le marketing social et l'action politique » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1997). Il faut rendre les choix sains plus simples. Pour y arriver, « la modification des environnements ne peut être envisagée sans la mise en œuvre de réglementations, de législation et de politiques publiques favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2003).

Sous le vocable des environnements favorables, la Charte d'Ottawa rappelle qu'elles comprennent aussi les « facteurs économiques, sociaux et culturels » (OMS 1986). Pourtant, outre cette charte, les documents demeurent dans l'ensemble silencieux ou évasifs lorsqu'il est question de préciser la nature des actions qui devraient être prises dans ce champ d'activité. Par exemple, il sera question de « promotion de normes sociales favorables » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006) sans aller plus loin dans l'énoncé d'intention.

Globalement, les organismes gouvernementaux centrent leur action sur les actions pressenties comme étant efficaces. À cette fin disent-ils, pour « amener un changement effectif, notamment en ce qui concerne les habitudes de vie, il faut intervenir sur les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions de vie qui favorisent l'adoption des saines habitudes de vie. Le but est de rendre les choix santé durables, conviviaux et faciles à faire » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

5.5.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Sans surprise, les documents normatifs et guides de pratique des professionnels de l'intervention que sont les médecins et les diététistes sont plus axés sur les actions plus individuelles de la problématique du poids.

Dans ce contexte, l'intervention est principalement fondée sur « l'acquisition de saines habitudes alimentaires » et sur « un programme d'activité physique » (Chagnon-Decelles D 1997; Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988; Gélinas M. D. 1987). À cela, peut s'ajouter la thérapie de groupe où les participants trouveront un « soutien moral » (Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991). « L'intervention de groupe qui s'adresse aux personnes préoccupées par leur poids permet de briser l'isolement, favorise le soutien social, la résolution des problèmes, l'affirmation et l'estime de soi »(Chagnon-Decelles D 1997).

En 1999, l'Association médicale canadienne émettra des réserves quant à l'efficacité de l'intervention centrée sur l'acquisition de saines habitudes alimentaires et sur un programme d'activité physique (Douketis JD et al 1999).

À compter de 2000, l'intervention incorporera des dimensions propres à la stratégie éducative. L'intervention sur le poids se fait notamment par la normalisation du lien à l'alimentation, la correction des comportements alimentaires, l'amélioration des habiletés et des connaissances en matière de préparation des aliments, permettre aux personnes de reprendre du pouvoir sur leurs choix et sur leurs vies, d'améliorer « l'estime de soi [...] l'image corporelle et [...] les relations interpersonnelles » (Chagnon-Decelles D. 2000a). C'est ce que L'Association médicale canadienne appelle une intervention de type *lifestyle* ou habitude de vie. En plus des éléments mentionnés, cette approche comprend également la thérapie cognitivo-behaviorale par un psychologue ou un psychiatre (Canadian Medical Association 2006).

L'intervention biomécanique qui, légalement, est une exclusivité du corps médical, retient peu l'intérêt de ces mêmes médecins. Que ce soit le CMQ en 1987 (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988) ou l'AMC en 1999 (Douketis JD et al 1999), ces organisations émettaient des réserves quant à

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

l'efficacité de l'intervention pharmacologique pour contrôler le poids. La chirurgie pouvait être envisagée, selon le CMQ, dans des circonstances très précises (notamment des personnes âgées de 18 à 55 ans et dont l'IMC est au moins de 37) (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988).

À compter de 2006, avec ses normes de pratique clinique (Canadian Medical Association 2006), l'Association médicale canadienne montre une ouverture vers ce type d'intervention. Elle affirme qu'il est possible de recourir à la pharmacothérapie pour atteindre ou maintenir des poids dès que l'IMC est égal ou supérieur à 27 avec facteurs de risque ou si l'IMC est de 30 et plus. Quant à la chirurgie, les critères d'exclusion, ici aussi, deviennent un peu plus libéraux. L'AMC envisage d'y recourir si l'IMC est égal ou supérieur à 35 en présence de facteurs de risque, ou si l'IMC est égal ou supérieur à 40.

Il est à prévoir cependant que dans les années à venir, l'intervention de nature biomécanique devienne encore plus accessible. D'une part, les chirurgies pourraient être plus accessibles pour les raisons précisées au début de la section 8.5.1. D'autre part, dans un éditorial paru dans le *British Medical Journal* du 25 novembre 2008 (Lean ME 2008), ME Lean, professeur de nutrition humaine à la faculté de médecine de l'Université de Glasgow affirmait que parmi la multitude des produits et services qui visent le contrôle et la perte de poids, seuls la diète, l'exercice, certaines drogues (Orlistat et le Sibutramine) et la chirurgie sont sécuritaires, efficaces et avec un rapport coût/efficacité acceptable. Cette affirmation s'est rapidement vue reprise par un grand nombre de publications, tant du secteur de la médecine, de l'obésité que de l'industrie pharmaceutique.

5.5.3 Les écrits journalistiques

La nature de l'intervention qui vise à corriger la problématique du poids est un sujet très prisé des extraits médiatiques étudiés. Plus de 60 % de ceux-ci abordent la question. Les thèmes les plus fréquents sont ceux de la balance énergétique, de l'éducation et de l'environnement.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Un seul article sélectionné fait référence à la possibilité de recourir à la pharmacopée⁸⁶. Un autre rapporte l'engagement du ministre de la Santé et des Services sociaux de produire un plan d'action dont l'objectif est de rendre la chirurgie dite bariatrique accessible à tous ceux qui le requièrent⁸⁷. Somme toute, les écrits journalistiques s'intéressent assez peu à cette voie qui, de l'opinion de certains experts, est promise à un certain avenir (Lean ME 2008).

Près de 75 % des articles qui abordent la question de la nature de l'intervention font référence à la modification de la balance énergétique. Quel que soit l'article, le média ou la période, ce discours rappelle la nécessité pour les individus d'agir des deux côtés de cette balance énergétique. On dira alors que « l'alimentation doit s'améliorer ainsi que l'activité physique »⁸⁸ ou encore on proposera d'amener les gens « à manger de manière plus saine et à faire davantage d'activité physique »⁸⁹. Parfois le ton est plus direct. Ainsi, il faut « dire non au junk food et s'activer 30 minutes par jour »⁹⁰. Ces articles se retrouvent essentiellement au cours de la période 1999-2006.

S'il est question principalement de l'activité physique, les discours s'avèrent essentiellement généraux et marqués par deux types de messages. Le premier traite de « l'importance d'augmenter le niveau d'activité physique »⁹¹ ⁹² des individus. Quelques fois, le discours se précise jusqu'à donner une cible à atteindre. Ainsi, au printemps 2002, il était question « d'augmenter l'activité

⁸⁶ Kovacs C. 2004/11/10. La guerre contre l'obésité: Un nouveau type de médicament alimente tous les espoirs. Montréal: Société Radio-Canada Télévision

⁸⁷ Samson C. 2008/02/16. Obésité morbide, Plan d'action pour juin. *Le Soleil*

⁸⁸ Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

⁸⁹ Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32

⁹⁰ de la Sablonnière J. 2004/10/09. Jacinthe Côté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien*:Page 41

⁹¹ Laurin R. 2002/04/05. Obésité: l'école aura un rôle à jouer. *Le Droit*:Page 6

⁹² Presse Canadienne. 2002/04/06. En croisade contre l'obésité, Ottawa lance deux guides destinés aux jeunes. *Le Soleil*:Page A 12

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

physique à 90 minutes par jour »⁹³. À l'automne 2004, « il fallait s'activer de 30 minutes »⁹⁴ quotidiennement.

Par contre, le discours centré sur l'alimentation, s'il est quelques fois généraliste, « l'alimentation doit s'améliorer »⁹⁵ ou « promouvoir des régimes alimentaires plus équilibrés »⁹⁶, s'avère généralement plus ciblé, clairement manichéen et essentiellement négatif.

On lira qu'il faudra « limiter la part du sucre dans les calories ingérées »⁹⁷ ou encore « restreindre l'accès au fast food dans les écoles »⁹⁸, envoyer « des messages clairs contre la mauvaise alimentation »⁹⁹, travailler à « la réduction du gras, du sucre et du sel dans les aliments transformés »¹⁰⁰. Par conséquent, « l'industrie agroalimentaire devra s'ajuster »¹⁰¹.

En comparaison, le discours à caractère positif est joué avec assez peu de force. Il sera question du fait « que les menus devraient inclure des choix plus sains et des

⁹³ Presse Canadienne. 2002/04/06. En croisade contre l'obésité, Ottawa lance deux guides destinés aux jeunes. *Le Soleil*:Page A 12

⁹⁴ de la Sablonnière J. 2004/10/09. Jacinthe Côté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien*:Page 41

⁹⁵ Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

⁹⁶ Associated Press. 2003/03/01. L'obésité n'est plus l'apanage des américains. *Le Devoir*:Page A 4

⁹⁷ Associated Press. 2003/03/16. Lutter contre l'obésité; Moins de 10% des calories devraient provenir du sucre. *La Presse*:Actuel Santé Page B 3

⁹⁸ Lévesque L. 2004/02/10. L'industrie et le gouvernement sont invités à lutter contre l'obésité.

⁹⁹ Krol A. 2004/02/26. L'obésité au Canada semble se stabiliser *La Presse*:Page A 8

¹⁰⁰ Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32

¹⁰¹ Rioux Soucy L-M. 2007. Les enfants vivront moins vieux que leurs parents. *Le Devoir*:Page A 5

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

portions plus petites »¹⁰², de la nécessité d'augmenter de la consommation « de fruits et légumes »¹⁰³, ou « d'encourager l'offre d'aliments sains »¹⁰⁴.

Cette apparente opposition donne à penser que l'alimentation ne peut être que bonne ou mauvaise, sans aucune nuance possible.

Les messages sur l'importance de l'éducation ou des approches environnementales pour enrayer la problématique du poids se retrouvent également dans environ 75 % des extraits qui abordent la dimension de la nature de l'intervention. Par contre, on semble y faire référence bien plus fréquemment depuis 2005.

L'intervention de nature éducative a évolué au cours de la période 1999-2008. Initialement, elle se limitait à « l'amélioration de la circulation de l'information »¹⁰⁵, à « encourager nos jeunes à vivre une vie plus saine »¹⁰⁶. Puis, il y a eu un appel à l'action qui s'est teinté d'un air de nostalgie. Au printemps 2002, on pouvait lire dans la Tribune qu'il fallait « revenir à de saines habitudes alimentaires »¹⁰⁷. À l'automne 2004, il fallait « retrouver le goût de cuisiner »¹⁰⁸. C'est, comme l'annonce Marie-Claude Lortie, « toute une rééducation qui est nécessaire »¹⁰⁹. Il n'est donc pas surprenant de constater que l'action à caractère éducatif vise progressivement deux nouvelles cibles : le secteur scolaire et les parents.

¹⁰² Bloomberg. 2002/06/22. L'obésité au menu. *La Presse:Actuel* Page A 25

¹⁰³ Bérubé N. 2002/10/02. Obésité: les médecins incapables de combattre le fléau. *Ibid.*:p.84

¹⁰⁴ Deglise F. 2005/09/29. 800 millions pour combattre l'obésité chez les jeunes. La Fondation Lucie et André Chagnon propose d'investir 400 millions si Québec en fait autant. *Le Devoir*:Page A 1

¹⁰⁵ Laurin R. 2002/04/05. Obésité: l'école aura un rôle à jouer. *Le Droit*:Page 6

¹⁰⁶ Presse Canadienne. 2002/04/06. En croisade contre l'obésité, Ottawa lance deux guides destinés aux jeunes. *Le Soleil*:Page A 12

¹⁰⁷ Morin M. 2002/05/29. L'ABC de l'obésité. *La Tribune*:Page A 10

¹⁰⁸ de la Sablonnière J. 2004/10/09. Jacinthe Coté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien*:Page 41

¹⁰⁹ Lortie M-C. 2006/04/10. Épidémie d'obésité. Guérir les âmes avant l'assiette. *La Presse:Actuel* 2

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Considérant que « la lutte à l'obésité passe par l'apprentissage dès le plus jeune âge »¹¹⁰, les mesures éducatives à l'endroit des jeunes prennent une grande importance surtout à la fin de la période étudiée. Dans ce contexte, l'école est le centre de l'attention. D'ailleurs, à l'hiver 2005, on dira que « l'école peut contribuer à réduire de moitié l'obésité chez les enfants »¹¹¹. Dans ce cadre, il est question de prendre le temps consacré dans le cursus scolaire à la religion et à la morale pour « combler les carences en éducation des saines habitudes de vie »¹¹² et de « former les consommateurs à mieux identifier la malbouffe »¹¹³.

Les mesures de formations dépassent le seul cadre de l'école. Les parents aussi sont visés. À l'hiver 2006, on indiquait que tant l'éducation que la promotion de la santé « devait également se faire auprès des adultes »¹¹⁴. À l'automne 2007, nous pouvions lire dans *Le Droit*, que pour « lutter efficacement contre l'obésité, il faudra faire en même temps l'éducation des jeunes et des familles »¹¹⁵.

Les interventions de nature environnementale ont, elles aussi évolué. Initialement, les écrits journalistiques y font vraiment peu référence. Quand ils le font, il y a une nette préférence pour les termes généraux du type « tout le monde a un rôle pour garder les enfants actifs »¹¹⁶ ou encore pour « rendre les environnements plus favorables »¹¹⁷.

¹¹⁰ Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32

¹¹¹ Chabot DM. 2005/02/22. Lutter contre l'obésité dès l'enfance à l'école. *Le Téléjournal*

¹¹² Deglise F. 2005/09/15. Lutte contre l'obésité: l'éducation physique devrait remplacer la religion. *Le Devoir*:Page A 3

¹¹³ Deglise F. 2005/09/29. 800 millions pour combattre l'obésité chez les jeunes. La Fondation Lucie et André Chagnon propose d'investir 400 millions si Québec en fait autant. *Le Devoir*:Page A 1

¹¹⁴ Venne M. 2006/02/03. Libre opinion: L'obésité, une responsabilité collective. *Ibid.*:Page A 8

¹¹⁵ Presse Canadienne. 2007/09/13. Québec déclare la guerre à l'obésité. *Le Droit*:Actualités Page 8

¹¹⁶ Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

¹¹⁷ Presse Canadienne. 2004/03/01. L'Institut national de santé publique part en guerre contre l'obésité. *La voix de l'est*:Santé Page 10

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Avec le temps, la notion d'intervention de nature environnementale se précise. À l'automne 2003, il est question d'interdire « les campagnes de publicité en alimentation »¹¹⁸. Au printemps 2004, certains proposaient d'exercer « un contrôle plus grand des campagnes de promotion »¹¹⁹. D'autres vont jusqu'à suggérer d'imposer « une taxe sur la malbouffe »¹²⁰.

Les mesures environnementales comprennent également l'ensemble des mesures qui ont pour objet de « soutenir les individus dans l'acquisition de saines habitudes de vie »¹²¹, dont l'aménagement « des espaces de loisir et de réseaux de transport actifs dans les villes »¹²². La responsabilité de créer ces conditions nécessaires est clairement attribuée « aux gouvernements, aux organisations sociales et aux entreprises »¹²³.

En résumé

La nature de l'intervention sur le poids s'inscrit, à l'instar des explications apportées pour expliquer la problématique du poids¹²⁴, dans le continuum de la responsabilisation. Ici, les pôles opposés sont occupés, d'un côté, par la responsabilisation exercée par les professionnels de l'intervention et, de l'autre,

¹¹⁸ Coté J. 2003/12/14. Lutte à l'obésité: Du pain sur la plache. *La Presse*:Page Actuel 4

¹¹⁹ Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32

¹²⁰ Morin A. 2007/11/08. L'obésité des enfants, une "crise" mondiale. *Le Soleil*:Actualités Page 11

¹²¹ Krol A. 2005/06/02. Organisation Mondiale de la Santé - L'Obésité entraîne une forte progression des maladies chroniques. *La Presse*:Page A 15

¹²² Deglise F. 2005/09/29. 800 millions pour combattre l'obésité chez les jeunes. La Fondation Lucie et André Chagnon propose d'investir 400 millions si Québec en fait autant. *Le Devoir*:Page A 1

¹²³ Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17

¹²⁴ À la question *comment explique-t-on le poids problématique* (point 7.3), l'analyse révélait une évolution de la notion de la responsabilité. Ainsi, de l'individu seul maître de ses gestes, à l'individu subordonné à son environnement, l'explication dominante à la problématique du poids s'inscrit sur un continuum de la responsabilité, de la capacité de faire des bons choix.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

par celle enseignée par les gouvernements. Quant à eux, les médias valsent entre ces deux pôles et quelques fois, vont plus loin.

Le premier pôle pourrait être caractérisé par la responsabilisation de l'individu. Dans ce cadre, cet individu doit être entraîné à faire de « bons choix ». Ceux-ci sont d'abord alimentaires et en matière d'activité physique. Le bon choix, s'il n'est pas précisé dans les documents des professionnels de la santé, l'est, par contre, dans les extraits médiatiques. Dans ce dernier cas, ces bons choix sont généralement décrits en termes prescriptifs.

Le deuxième pôle serait celui de la responsabilisation des institutions. Ici, il est question de rendre les « bons choix » faciles et accessibles de telle sorte que l'acquisition de bonnes habitudes et le maintien de ceux-ci seront possibles. Il sera question ici de politique et de législation afin de rendre les environnements favorables à la santé. D'ailleurs, la recherche de ces environnements fait place à une certaine nostalgie. Plusieurs observations constatent qu'avec les modes de vie actuels, il y aurait quelque chose d'essentiel à la santé qui se serait perdu. Est-ce un art de vivre, un mode de vie plus simple, une codification de modes alimentaires mieux respectés et reconnus? Quoi qu'il en soit, il appert qu'il y a un certain impératif à « le » retrouver afin de rendre possible l'expression d'un savoir sain.

Ce pôle est clairement positionné comme étant le corollaire indispensable et indissociable du premier pôle. Sans celui-ci, l'expression individuelle des saines habitudes de vie devient mission quasi impossible.

Que ce soit dans le cadre du premier ou du second pôle, la formation, l'éducation, est un outil fondamental. On éduque les acteurs des deux pôles à rendre les bons choix possibles et souhaitables. Cette éducation est l'outil de choix pour se réapproprier un savoir en perdition, rendre sa vie en main et la retirer du cycle d'impartition et de déresponsabilisation qui semble dominer aujourd'hui.

5.6 Quels sont les acteurs de l'intervention?

5.6.1 Les documents gouvernementaux

Pour intervenir sur le poids, selon les documents qu'ils ont produits, les organismes officiels de la santé misent sur une approche qui fait appel à toute une gamme d'intervenants et non pas seulement l'individu aux prises avec un poids problématique.

Seuls les premiers documents font état de l'individu comme seul acteur de l'intervention. Ainsi, les tout premiers guides alimentaires étaient accompagnés d'une fiche de pointage afin de notamment « suivre ce qui est mangé d'un jour à l'autre » et « consigner tous les repas de la semaine afin de constater les progrès et établir des comparaisons » (Santé Canada 2007b). Puis, ils sont devenus des répertoires de recommandations et d'actions à mettre en œuvre par l'individu « sous les conseils d'éducateurs et de communicateurs » (Santé Canada 2007, 1998).

Cette transition de l'individu seul vers l'individu soutenu se retrouve au cœur de la Charte d'Ottawa. Ainsi, la promotion de la santé y est présentée comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». « Les individus constituent la principale ressource sanitaire à [...] soutenir » et à qui « donner les moyens de demeurer en bonne santé » (OMS 1986).

Pour renforcer le « potentiel des personnes », (Direction nationale de la santé publique 2003) à demeurer en bonne santé, la promotion de la santé « exige l'action de tous les intervenants » (OMS 1986), des gouvernements nationaux aux élus locaux, des professionnels de la santé aux acteurs économiques, des enseignants aux médias. Dans l'ensemble, les programmes de santé publique, qu'ils proviennent de Québec ou d'Ottawa, reprennent à leur compte cette idée de l'action globale par tous et pour tous afin de contribuer significativement à l'amélioration de l'état de santé général de la population.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Il en va de même pour la promotion des saines habitudes de vie et donc de la prévention des problématiques liées au poids. En 2006, le gouvernement du Québec, dans son Plan d'action *Investir pour l'avenir*, rappelle que « l'amélioration des habitudes de vie et la création d'environnements facilitant leur adoption ou leur maintien sont l'affaire de tous. Elles nécessitent la contribution de nombreux acteurs gouvernementaux, communautaires, associatifs et individuels » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

Dans ce cadre, le rôle dévolu aux professionnels de la santé, bien qu'important, est rarement décrit de manière spécifique. Plutôt, on dira que « les professionnels de la santé sont visés par le plan » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006) ou encore on leur indiquera de donner « une information professionnelle initiale claire et continue en nutrition » et de « fournir des messages clairs et cohérents en faveur de l'activité physique ».

5.6.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Sans surprise, les professionnels de l'intervention font appel d'abord à l'individu lui-même. Les normes d'intervention en nutrition (de 1987 à aujourd'hui) et en médecine sont bien plus équivoques. Pour le CMQ, « la personne doit acquérir de nouvelles habitudes de vie » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). Soit, mais selon les diététistes, « il faut d'abord vérifier les raisons et les motivations de l'individu » (Chagnon-Decelles D 1997; Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991).

D'ailleurs, en 2002, dans sa position officielle sur la question, l'American Dietetic Association rappelait que peu d'interventions étaient aussi frustrantes que celle qui vise la normalisation du poids. Face à cette grande difficulté, il importait, par-dessus tout, d'attester l'intérêt réel de la personne à vouloir perdre du poids. La dimension de la responsabilité de l'individu est donc centrale dans l'intervention de ces professionnels (American Dietetic Association 2002).

L'exercice de la gestion du poids n'est pas exclusif à l'individu. Cette responsabilité est partagée entre la personne traitée et un ou des intervenants (Douketis JD et al 1999). Le CMQ précise que ces derniers peuvent être notamment médecin,

diététiste, psychologue ou autre (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). Elle peut aussi être partagée entre les personnes traitées elles-mêmes à travers de petits groupes d'entraide (Chagnon-Decelles D. 2000a).

Le texte normatif le plus récent en matière de problématique du poids, celui de l'Association médicale canadienne, rappelle qu'il « est question ici essentiellement de l'individu, de l'équipe de professionnels de la santé et de psychologues » (Canadian Medical Association 2006). Du même souffle, l'AMC souligne l'importance qu'il y ait une chaîne de leaders politiques, locaux et nationaux, afin de mieux disséminer le message du traitement et de la prévention des problèmes liés au poids (Canadian Medical Association 2006).

5.6.3 Les écrits journalistiques

Si les reportages sélectionnés ont beaucoup à dire sur la présentation de la problématique, comment on l'explique et sur la nature de l'intervention, ils sont très discrets lorsqu'il est question de déterminer à qui faire appel pour intervenir sur le poids. Sur 80 articles, 11 traitent de la question.

Ces 11 articles soulignent unanimement que l'intervention sur le poids doit faire appel aux individus en partage avec tous les acteurs de la société. On dira que « tout le monde doit participer à la réflexion qui nous mènera à revoir l'organisation de villes »¹²⁵ ou encore que « l'industrie agroalimentaire doit s'attabler avec l'OMS et d'autres pour aborder sérieusement le problème (de l'obésité) »¹²⁶. Mais « une participation importante des pouvoirs publics »

¹²⁵ Collard N. 2002/05/27. Obésité: Le québec sous surveillance. *La Presse*: Actuel Page B 1

¹²⁶ Associated Press. 2003/03/16. Lutter contre l'obésité; Moins de 10% des calories devraient provenir du sucre. *Ibid.*: Actuel Santé Page B 3

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

¹²⁷demeure centrale pour que « la population perde ses kilos en trop »¹²⁸. L'obésité est « devenue une responsabilité collective »¹²⁹.

La différence entre les articles, s'il y en a une, tient dans le ton. Tous les articles font état de la nécessité de l'action ou encore mentionnent que « l'état doit jouer un rôle prépondérant »¹³⁰. Par contre, dès que le discours médiatique dépasse la seule intervention des paliers gouvernementaux, il se fait bien plus insistant. On lira que « l'industrie agroalimentaire doit s'attabler »¹³¹ ou qu'il devient « urgent de mettre sur pied une stratégie qui mobilisera »¹³² tous les acteurs de la société.

En résumé

Quel que soit le regroupement étudié, il ressort clairement de cette analyse qu'il y a progressivement un déplacement, un élargissement de la notion d'acteur de l'intervention. De l'individu seul intervenant capable d'agir sur son poids, cette responsabilité s'est partagée par un ensemble d'acteurs. L'action de l'individu est non seulement soutenue, mais elle ne peut avoir lieu sans ce soutien.

Il y a ici aussi un continuum de la responsabilisation. D'un côté, il y a l'individu et de l'autre, la société en son entier. Par contre, ce continuum est nettement déséquilibré et en faveur de la responsabilité collective.

¹²⁷ Lévesque L. 2004/02/10. L'industrie et le gouvernement sont invités à lutter contre l'obésité.

¹²⁸ Caouette M. 2004/02/29. Un projet pour contrer le problème de l'obésité. C'est devenu un mal de société qui serait pire que la malnutrition et le tabagisme, croient les experts. *Le Soleil*:Santé Page A 11

¹²⁹ Noël K. 2006/12. Obésité Collective. *Commerce* vol. 107 Page 40

¹³⁰ Venne M. 2006/02/03. Libre opinion: L'obésité, une responsabilité collective. *Le Devoir*:Page A 8

¹³¹ Associated Press. 2003/03/16. Lutter contre l'obésité; Moins de 10% des calories devraient provenir du sucre. *La Presse*:Actuel Santé Page B 3

¹³² Breton P. 2005/09/29. 400 millions pour combattre l'obésité. L'ancien magnat de Videotron promet une somme colossale...si Québec égale la mise. *La Tribune*:Actualités Page B 1

5.7 Quelles sont les cibles de l'intervention?

5.7.1 Les documents gouvernementaux

Si la section précédente s'intéressait à la question du « qui est mobilisé » pour agir, cette section porte sur le lieu de l'intervention.

Au cours de la période étudiée, le secteur de la santé a vu son ou ses sites d'interventions quelque peu changer ou à tout le moins se préciser. Ainsi, et bien qu'ils n'en disent rien, nous pouvons déduire que les premiers guides alimentaires, de par leur vocation d'éducation individuelle, avaient pour site d'intervention l'individu. Il faudra attendre le Rapport Lalonde pour voir ce site d'intervention, ainsi que d'autres, clairement évoqués. « Le progrès a été surtout attribuable à la modification des comportements et à l'évolution des milieux et c'est vers ces facteurs que nous devons surtout nous tourner si nous voulons poursuivre notre marche en avant » (Lalonde M 1974). Il est donc clairement question d'agir sur l'individu et sur son milieu, sans nécessairement le préciser.

Douze ans plus tard, la Charte d'Ottawa vient décrire un peu plus les différents sites d'interventions. Il y est notamment question de législation, de politiques fiscales et de changements organisationnels afin de favoriser « davantage la santé et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants » (OMS 1986). Les mêmes outils sont mis de l'avant afin que les communautés participent davantage « à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé » (OMS 1986). Il sera également question d'agir sur les ressources humaines et physiques des communautés « pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples et susceptibles de renforcer la participation et le contrôle public dans les questions sanitaires » (OMS 1986). De deux sites dans le Rapport Lalonde, il y en a maintenant trois : le milieu de vie, l'individu et sa communauté. À noter également que ces sites d'interventions sont élaborés avec la notion avouée de surveillance.

Par la suite, les sites d'action se précisent. Pour agir sur les individus, il sera notamment question de recourir à des « cliniques préventives et efficaces » et

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

« renforcer l'accès à des aliments sains et à une offre d'activité physique » (Québec 2003). En même temps, il faudra « mobiliser l'ensemble des partenaires pour agir » (Québec 2003).

Puis, le site d'intervention qu'est l'individu se voit morcelé. Ainsi, la Stratégie pancanadienne ciblera particulièrement les enfants et les jeunes (Santé Canada 2005). On n'y parle plus seulement de communauté, mais aussi de familles. Ainsi, « les jeunes de 6 à 25 ans et leurs familles sont les premiers visés par les mesures à mettre en place » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

Le site d'intervention se spécialise également. Il ne concerne plus la personne susceptible de connaître un problème de poids. Le Plan d'action *Investir dans l'avenir* du gouvernement du Québec recommande aussi de « favoriser auprès des intervenants des milieux de santé, scolaire et sportif le transfert de connaissances sur les problèmes reliés au poids » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

Le milieu qui était devenu communauté se voit avec le Plan d'action *Investir dans l'avenir* du gouvernement du Québec lui aussi morcelé et spécialisé. Afin de favoriser la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, il sera notamment question de travailler avec l'industrie agroalimentaire, la restauration, les services de garde, le milieu scolaire et les municipalités (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

De deux sites d'actions généraux, l'individu et son milieu, il est dorénavant question de cibles d'actions plus précises, plus circonscrites, afin de rendre lesdits choix sains plus faciles, plus accessibles et afin également d'en faciliter la surveillance.

5.7.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Quant aux médecins et aux diététistes, ils privilégient d'abord une approche dite comportementale afin de corriger le comportement des individus qui ont un problème de poids. « L'individu doit être motivé et comprendre le but et la

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

modalité du traitement » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). Plus encore, l'Association médicale canadienne, dans sa norme d'intervention de gestion du poids, affirme qu'il faut mesurer le niveau d'intention avant d'entreprendre une action pondéroc corrective. L'action ne devrait être faite que chez les individus qui ont une intention d'au moins 5 sur une échelle de 10 (Canadian Medical Association 2006).

L'intervention ne se fait pas seulement sur l'individu, elle s'élargit à son entourage immédiat. Il faut également « vérifier la présence d'un appui social, que ce soit l'implication du conjoint, des membres de la famille, des séances de counseling en groupe » (Chagnon-Decelles D 1997; Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991).

À compter de 2006, les médecins envisagent que le site d'intervention puisse être autre chose que l'individu. Ainsi, que le site d'intervention pourra être aussi la famille et l'école (Canadian Medical Association 2006).

5.7.3 Les écrits journalistiques

La question du site d'intervention est à peu près inexistante dans les écrits journalistiques. Seulement trois articles sur les quatre-vingts effleurent le sujet sans réels liens. On dira alors qu'il faut « agir à la maison où les parents servent de modèle, où l'encadrement est souvent négocié avec l'enfant »¹³³. On dira également que « les thérapies de groupes sont préférables »¹³⁴ aux actions dites individuelles. Enfin, il faudra « poser des gestes pour améliorer la qualité de la nourriture ». ¹³⁵

En résumé

Que ce soit du côté gouvernemental ou des professionnels de l'intervention, on assiste à une spécialisation du site de l'intervention. Ainsi, du côté des organismes

¹³³ Guimond E. 2004/09/24. L'épidémie d'obésité. *La Presse*:Actuel Page 4

¹³⁴ Brousseau-Pouliot V. 2005/06/18. Dix conseil pour venir à bout de l'obésité. *Le Soleil*

¹³⁵ Venne M. 2006/02/03. Libre opinion: L'obésité, une responsabilité collective. *Le Devoir*:Page A 8

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

gouvernementaux il n'est plus simplement question de l'individu et son milieu, mais d'une multiplication des cibles mieux circonscrites : les jeunes, les enfants, leurs parents, les professionnels, etc. Tout est mis en œuvre pour mieux mesurer et, par conséquent, mieux surveiller. Quant aux professionnels de l'intervention, il n'est plus question de seulement s'intéresser à l'individu. L'intervention se limite d'abord à seulement l'individu motivé. Puis, pour ce public mieux ciblé, il s'élargit à l'entourage immédiat de cet individu. Ici aussi s'observe un phénomène de spécialisation.

Compte tenu de l'absence quasi absolue des médias dans ce débat, il apparaît plus sage de ne pas en tenir compte.

La logique du continuum s'impose ici aussi. Il sera alors qualifié de continuum de la surveillance. Ainsi, ce continuum s'étend de l'individu en passant par sa famille, son milieu de travail, son milieu de formation, sa municipalité, ses services jusqu'à l'action politique. L'action prend place partout afin de rendre les « bons » choix, les choix sains faciles, accessibles et permanents. Le site de l'intervention facilite la surveillance, mais surtout s'avère mieux articulé pour favoriser une meilleure responsabilisation.

5.8 À quel moment intervient-on sur le poids?

5.8.1 Les documents gouvernementaux

Le sujet de moment de l'intervention sur le poids demeure celui le moins documenté de la part des organismes de santé publique. Lorsque ceux-ci abordent la question, les propos s'avèrent fort succincts. Néanmoins, malgré ce manque de diversité, il y a une nette préférence pour une intervention en amont du problème, pour la prévention.

La prévention peut se tenir à différents moments. Elle peut être en « prévention des maladies chroniques » (Québec 2003). La modification des habitudes de vie en prévention peut prendre place, « que le problème soit observé ou non » (Santé Canada 2005). Mais généralement, la prévention prend place partout, et ce, dès la

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

petite enfance et tout au long de la vie et dans tous les milieux où les gens vivent (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

L'action préventive au moment de l'enfance n'est pas le propre du Plan d'action du gouvernement du Québec. Près de 30 ans auparavant, le Rapport Lalonde observait que c'est pendant la période 5 à 14 ans « que l'on adopte certaines habitudes et attitudes qui se reflèteront sur la santé de l'individu tout au cours de sa vie [...] Ce serait donc une grave erreur que de négliger sur le plan de la santé, l'éducation de 5 à 14 ans » (Lalonde M 1974).

Dans tous les cas, la prévention s'avère cruciale, car elle permet à la population « d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière » (OMS 1986).

De cette analyse, la prévention des problèmes liés au poids devrait prendre préférentiellement place au moment de l'enfance pour ensuite se prolonger tout au long de la vie. C'est une question d'éducation et de renforcement.

5.8.2 Les documents normatifs et guides de pratique

Contrairement aux documents officiels, les documents normatifs et guides de pratique s'expriment volontiers sur le moment de l'intervention. Deux tendances s'observent. Il y a d'abord les médecins qui recommandent de traiter « les personnes dont l'IMC est de 26 à 27, si elles sont de type androïde ou s'il y a présence de pathologie ou de problèmes psychologiques » (Canadian Medical Association 2006; Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). On traite également les personnes non obèses qui « présentent une hyperglycémie, une hypertension artérielle ou un gain de poids récent » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988).

Enfants, adolescents et adultes sont traités « dès que leur IMC excède 27 » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988). Plus encore, l'Association médicale canadienne recommande très fortement de mettre en œuvre des stratégies de traitement et de prévention du surpoids et de l'obésité

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

chez les enfants, les adolescents et les adultes (Canadian Medical Association 2006) .

La deuxième tendance semble plus le fait des diététistes. Si les deux groupes de professionnels sont appelés à intervenir dès que le poids est hors-norme « afin d'atteindre et de maintenir un degré d'adiposité en deçà ou le plus près possible des critères diagnostics de l'obésité » (Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991), les diététistes interviennent aussi « lorsque le poids est perçu comme un problème qu'il soit hors-norme ou non afin de travailler l'acceptation de l'image corporelle » (Chagnon-Decelles D. 2000b).

L'action des professionnels de la santé a lieu essentiellement à partir du moment où le poids est hors-norme ou perçu comme pouvant l'être. Cela dit, les documents les plus récents rappellent l'importance de la prévention dès l'enfance.

5.8.3 Les écrits journalistiques

Les reportages sélectionnés sont muets sur le moment où l'intervention devrait prendre place.

En résumé

De l'analyse, il appert qu'il y a deux temps forts pour que l'intervention se produise. D'une part, les organismes gouvernementaux choisissent l'intervention en amont de la problématique. Quant à eux, les professionnels de la santé optent pour une intervention de nature plus corrective. Néanmoins, l'un et l'autre reconnaissent la pertinence d'agir de manière préventive.

On note ici aussi que les actions prennent place, se produisent, dans une forme de continuum de la responsabilisation. Ainsi, les premières actions, celles des organismes gouvernementaux, devraient se produire d'abord dès l'enfance puis tout au long de la vie et ont pour objectif de responsabiliser. Les deuxième actions se produisent à tout âge, dès que le poids problématique se constate, signifiant une potentielle défaillance des mécanismes de responsabilisation

individuelle. Ces différents types d'intervention et les moments où ils se mettent en route sont des manifestations d'une forme de surveillance du poids.

5.9 Synthèse de l'analyse

Des huit questions posées, trois tendances se dégagent de l'analyse.

La première tient de la grande cohérence des propos. En effet, malgré la diversité des sources, les différences de fond et de forme qui s'observent relèvent essentiellement du choix des verbes, les uns privilégiant les verbes d'action et la revendication musclée alors que les autres préfèrent le recours aux verbes « mous »¹³⁶ et à la mobilisation par la conciliation.

La seconde tendance tient de la convergence des propos autour de trois grands pôles structurés sous la forme de continuum. Il s'agit des continuums de la « pathologisation » où la problématique du poids évolue d'une appréciation personnelle à un facteur de risque puis à la notion de pandémie; de la surveillance dans lequel le poids passe d'une notion qui revêt un caractère subjectif à une mesure objective puis à un statut d'indicateur de santé; et enfin celui de la responsabilisation où le poids, initialement de responsabilité individuelle, est devenu une responsabilité tantôt professionnelle tantôt collective et qui mobilise tous les acteurs de la société. Ces continuums qui seront analysés en plus en profondeur dans le prochain chapitre (analyse et discussion) sont autant de manières de représenter l'évolution des actions dans le temps et l'espace.

Enfin, la troisième tendance tient à la dynamique commune aux trois continuums. Pour chacun d'eux, on observe que si initialement le poids relevait de la sphère du privé, il s'est déplacé vers la sphère publique où il fait l'objet de toutes les attentions.

¹³⁶ L'expression « verbe mou » a été utilisée en octobre 2006 par Madame Louise Harel afin de qualifier le plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids. Elle était alors critique de l'Opposition officielle en matière de santé.

6 Analyse et Discussion

6.1 Retour sur la finalité

L'objet de cette recherche était d'examiner l'évolution du discours des organismes de santé au Québec en matière de gestion du poids. Dans ce cadre, la caractérisation de ce discours ainsi que son évolution constituaient une première étape. Puis, nous devons déterminer si, à travers ce discours nous pouvions voir une moralisation à l'œuvre et en tel cas, qu'est-ce que ce discours nous dit des sociétés occidentales dont fait partie la société québécoise.

Outre ces questions initiales, la recension des écrits avait mis en lumière quelques interrogations demeurées sans réponses. Ainsi, que signifie l'absence de questionnement face aux disparités de la prévalence de l'obésité entre groupes sociaux, régions et pays? Par ailleurs, pourquoi observe-t-on ce glissement sémantique au cours des quarante dernières années?

Enfin, il serait heureux de suggérer une explication face à l'insistance et à l'intensification de l'intervention médicale et paramédicale alors que, de l'aveu même de ces groupes, l'efficacité de l'intervention sur le poids serait, au mieux, toute relative. Il en va de même pour des plans d'action gouvernementaux, notamment afin de proposer un éclairage sur les motivations derrière ces gestes.

6.2 L'évolution du discours des autorités de santé du Québec en matière de gestion du poids

L'exercice de répondre à la première question demande d'examiner des documents qui ont été produits au cours d'une large période de temps. Par conséquent, il coulait de source de procéder simultanément à la caractérisation de l'évolution de ce discours.

Tel qu'annoncé, le discours des autorités de santé au Québec s'inscrit dans trois continuums différents : celui de la pathologisation, de la surveillance et celui de la responsabilisation. Si chacun de ces continuums a son évolution propre, ceux-ci partagent une dynamique commune : de la sphère privée où il était

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

essentiellement une question personnelle, le poids a migré vers la sphère médicale où il a acquis une valeur médicale. Puis, il est passé à la sphère publique où il fait l'objet de toutes les attentions.

La notion de continuum dont il est question ici fait référence au sens qu'en donne Collin (Collin J. 2007) dans son analyse sur l'accroissement du recours aux médicaments. Il s'agit d'une évolution qui se dispose dans une continuité. Ainsi, elle observe que la santé n'est plus un objectif, mais une véritable norme dont l'évolution peut se disposer sur un continuum où d'un côté, il y a la santé parfaite et de l'autre, la maladie avérée. Il en est de même pour le poids, voici comment.

6.2.1 Le continuum de la pathologisation

Le sens attribué à la notion de poids hors-norme ou de poids problématique au cours de la période étudiée a fait l'objet d'une évolution fort importante. D'une appréciation individuelle et subjective, le poids s'est vu doté d'une structure normative complexe qui permet de le qualifier.

Cette qualification, à son tour, s'inscrit sur un continuum borné d'un côté par son identification à un simple facteur de risque et, de l'autre, par son assimilation à une véritable épidémie, voire, pandémie. C'est à mi-chemin entre ces deux pôles sémantiques et temporels que le poids problématique sera identifié, à compter des années 1990, comme une maladie. Cette évolution du sens donné au poids s'inscrit notamment dans un contexte où les systèmes de santé, tant d'ici qu'ailleurs en Occident, sont présentés comme étant à risque d'étouffement, d'implosion en raison des conséquences qu'a ce poids sur une foule de pathologies devenues chroniques. Le poids ne se mesure plus uniquement en termes de kg ou de kg/m², mais aussi en dollars dépensés et économisés. Notre avenir collectif dépendrait de ce poids.

On constate une évolution, une gradation, une inflation étymologique dans le sens qui est donné au poids problématique. Il est également vu comme un facteur économique rattaché à la survie de notre économie. À chaque nouveau sens que le poids prend, non seulement le mode et le site d'intervention qui en découlent

s'adaptent et évoluent, mais cette évolution commande ce changement dans l'intervention. En quelque sorte, il y a un continuum de la pathologisation.

Signification du glissement sémantique

Ce glissement sémantique qu'est le continuum de la pathologisation s'inscrit dans une pratique bien connue. Il s'agit de celle où le corps, de tout temps, s'est vu attribuer la fonction de miroir qui révèle la manière dont l'existence est menée et du niveau de conformité aux règles qui régissent le corps.

Le poids, par le processus de rationalisation scientifique subi au fil des ans, est devenu une unité mesurable de cette conformité aux règles qui régissent le corps. Il permet de différencier les individus les uns des autres par une dimension intérieure, inscrite dans le corps : leur poids. Il y a ceux qui accusent un poids hors-norme et les autres. De par la qualité attribuée au poids hors-norme, il y aura intériorisation de la différence. Le continuum de la pathologisation met le poids, donc l'individu, sur un continuum où à une extrémité il est normal donc en santé et à l'autre, il est forcément hors-norme et donc malade ou potentiellement malade. De ce positionnement découlera la nature des moyens à mettre en œuvre pour corriger la situation.

Le virage vers le social

Ce continuum de la pathologisation met en lumière un déplacement d'un autre type. Tant que le poids gravite du côté de la normalité, les difficultés qui y seraient liées et les actions qui en découlent demeurent de l'ordre de l'individuel, du privé. Par contre, dès que le poids hors-norme est associé à une maladie, à une épidémie ou pire, à une pandémie, soit l'autre extrémité du continuum, il ne saurait plus être question d'actions individuelles et privées puisqu'elles « dépassent l'individu »¹³⁷. Les actions correctrices glissent donc dans le domaine public.

En ce sens, ce continuum de la pathologisation est, pour Foucault, une technique de pouvoir. Elle rend clairement visibles les moyens de coercition qui s'appliquent

¹³⁷ Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

et sur qui ils s'appliquent. Ce continuum justifie de prendre l'individu, de le soumettre et de le modifier. Ce processus « fait de lui un objet » (Foucault M. 1984) et un sujet.

En fait, le continuum de pathologisation illustre ce que Foucault nommait le regard hiérarchique : une collection de techniques qui induisent des effets de pouvoir. Il est un opérateur qui transforme les individus afin d'avoir prise sur leur conduite et de reconduire jusqu'à eux les effets du pouvoir, de les offrir à une connaissance, de les modifier.

L'ensemble de ces techniques balise les frontières entre le « même » et « l'autre », le normal et le pathologique, le conforme et le non conforme. Ce sont des pratiques où le « sujet est soit divisé à l'intérieur de lui-même, soit divisé des autres » (Foucault M. 1984). Pour Foucault, ces pratiques font référence aux manières de définir l'Autre problématique, qui attire une volonté d'intervention pouvant prendre diverses formes, l'Autre autour duquel se sont constitués des problèmes de société.

Le glissement sémantique et les pratiques divisantes qui en découlent objectivent les individus dans certains discours et les assujettissent à certaines identités : l'anormalité (par rapport à un ordre normatif – imposition d'une exigence à l'existence) et l'anomalie (les spécificités qui s'écartent de la norme – qui ne sont pas dans la norme).

Ces procédés investissent pour l'essentiel, le dressage des corps et la manipulation des discours. Foucault identifie ces procédés comme des technologies de pouvoir (Otero M. 2003a).

La norme de poids

On constate aujourd'hui que l'IMC s'est imposé comme la méthode pour définir le poids problématique. Cette mesure permet d'étayer ce qui est conforme et ce qui ne l'est pas. Plus encore, depuis que le poids excessif est devenu une maladie, cette classification pondérale permet de différencier le normal du pathologique.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Si ce classement est en vigueur depuis 2005, il a fluctué dans le temps et il est appelé à évoluer. Avant 2005, les poids dits normaux correspondaient à un IMC de 20 à 24,9. La primauté actuelle de l'IMC semble remise en cause. Une nouvelle mesure émerge qui serait un meilleur prédicteur de problèmes de santé : le tour de taille (Canadian Medical Association 2006).

Cette norme est d'abord opérationnalisée chez les professionnels de la santé. Puis, elle pénètre les documents des gouvernements et se diffuse progressivement dans les écrits journalistiques de masse. L'outil, initialement clinique, en est un aujourd'hui de santé publique. Ce déploiement du corps privé à l'échelle du corps social, a pour effet que le pouvoir s'est maintenant incarné dans les corps des individus qui deviennent à leur tour des instruments de son approfondissement et de son élargissement.

On assiste ici à une objectivation de l'évaluation du poids. Cette norme, bien qu'en constante évolution, permet une meilleure identification, un repérage des lieux d'intervention, une surveillance plus efficace des poids qui dérogent et, en conséquence, du type d'intervention corrective requis. Avec elle, le poids problématique est devenu un indice en santé comme le PIB (Produit intérieur brut) l'est en économie, et invite à l'intervention.

La description du poids hors-norme

Tel que mentionné plus tôt, la classification pondérale permet de différencier le poids dit normal du poids hors-norme. Cette classification catégorise aussi les différents types de poids hors-norme. Par contre, le poids hors-norme, quel qu'il soit, est maintenant qualifié de pathologique.

Le poids hors-norme n'a pas toujours été cette pathologie, ce « tueur silencieux »¹³⁸. Le vocabulaire qui lui est associé a évolué. De fait, les premiers documents, telles les premières éditions du Guide alimentaire canadien, décrivent le poids hors-norme en terme d'esthétique.

¹³⁸ Robin J. 2006/07/14. L'Obésité chez les jeunes. *Le Droit*:Page 15

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Ensuite émerge un discours progressivement plus médical. Il aura été un facteur de risque associé au développement potentiel de certaines pathologies. On dira « qu'il y a un lien entre l'excédent de poids et l'apparition ou l'aggravation de certaines pathologies » (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988) ou alors que l'obésité favorise « l'hypertension et l'hypercholestérolémie » (ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1992). Puis, il sera un « facteur important associé à plusieurs pathologies » (Douketis JD et al 1999), un « facteur clef pour plusieurs maladies chroniques » (Canadian Medical Association 2006). Le poids hors-norme devient un problème de santé « pire que la malnutrition et les maladies infectieuses »¹³⁹.

Le poids hors-norme présenté comme maladie dans les documents analysés ne date que de la fin des années 1990. D'une revendication d'un regroupement de médecins, ce statut de maladie s'est par la suite généralisé. La notion de poids hors-norme comme maladie sera officielle en 2004, lorsque le Medicare américain reconnaîtra publiquement « l'obésité comme une maladie »¹⁴⁰. Le poids hors-norme comme maladie ou comme maladie grave ne suffit plus pour décrire la situation qui prévaut. Non seulement sera-t-il, comme on l'a vu précédemment, une maladie, mais il sera décrit comme une maladie devenue chronique. Ainsi, le programme national de santé publique 2003-2012 du Québec affirme que les maladies chroniques, dont l'obésité, seraient « responsables de plus de 70 % des décès » dans la province (Direction nationale de la santé publique 2003).

Face à l'augmentation de la prévalence du surpoids, le recours au discours morbide évolue. On dira alors que l'obésité a atteint des niveaux épidémiques (Canadian Medical Association 2006; Chagnon-Decelles D. 2000a). La situation est telle que l'OMS la qualifie « d'épidémie, voire de pandémie » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

¹³⁹ Ricard-Châtelain B. 2004/04/08. Le centre de recherche sur l'obésité prend de l'expansion Investissement de 12,5 millions pour devenir un chef de file dans le domaine. *Le Soleil*:Page A 9

¹⁴⁰ Agence France Presse. 2004/07/17. L'Obésité classée comme maladie. *La Presse*:Page A 7

6.2.2 Un continuum de surveillance

Initialement, le poids problématique tenait notamment à des raisons esthétiques. Ainsi, les principes du guide alimentaire de 1944 misaient « plutôt sur l'obtention d'une silhouette tout à fait acceptable »¹⁴¹. Sans nécessairement perdre cette dimension, le poids est progressivement devenu aussi un objet de préoccupation médicale dont la description qu'elle en fait a évolué au cours des ans.

D'un poids décrit comme normal ou hors-norme, il y a eu objectivation de la mesure. Par le recours à des critères objectifs, rationnels et documentés, la normalité pondérale est maintenant déterminée par le recours à l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI en anglais) puisque c'est lui qui décrit le mieux la relation entre le poids et le risque pour la santé.

Cette relation entre le poids et le risque pour la santé a été à son tour caractérisée par des seuils d'interventions. Or, ces seuils ont à leur tour évolué. Ainsi, le seuil à partir duquel les premières interventions pour corriger le poids sont requises est plus sensible aujourd'hui (IMC > 25) que dans les années 1980/1990 (IMC > 27).

Une fois la mesure et les seuils d'intervention déterminés, on assiste à l'émergence de la dimension de la surveillance explicite du poids pour dépister plus efficacement les individus qui accusent un poids hors-norme afin de le normaliser. D'une déclaration dans le cadre des recensements nationaux, à des mesures physiques dans le cadre d'études plus ciblées, aujourd'hui, les autorités médicales veulent des registres nationaux du poids.

Ainsi avant 2003, l'une des plus importantes sources sur l'état pondéral au pays émanait des enquêtes de Statistiques Canada et des enquêtes Santé Québec. Dans un cas comme dans l'autre, les deux mesures essentielles pour déterminer l'IMC que sont le poids et la taille étaient déclarées par les participants. Il s'agissait donc de données alléguées. Or, il y a consensus au sein de la

¹⁴¹ Santé Canada. 2007b. *Historique des guides alimentaire au Canada, 1942-1992*, . http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/hist/fg_history-histoire_ga-fra.php

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

communauté scientifique sur le fait que les participants à ce type d'étude ont une nette tendance à sous-estimer leur poids.

Afin de corriger cette lacune, l'ESCC adoptait à compter de 2002, une mesure exacte du poids à l'aide d'un « pèse-personne de qualité » (Statistique Canada 2008). Le niveau de précision s'est donc accru. Si de 2001 à 2007, cette collecte de données avait lieu tous les deux ans, elle est annuelle depuis 2008 (Statistique Canada 2008). Le niveau de surveillance s'intensifie.

Cet examen de la situation du poids ne se contente plus de décrire l'état pondéral de la nation. Il est un paramètre qui mérite surveillance (Direction nationale de la santé publique 2003). On y rattache dorénavant des objectifs de performance à atteindre. Ainsi, au Québec « l'objectif de prévalence à atteindre d'ici 2012 est de réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité chez les jeunes et les adultes » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006).

L'amélioration de la qualité des données statistiques ne suffirait plus. Certains, à l'instar de l'Association médicale canadienne, réclament une surveillance encore plus « performante ». Parce que « l'obésité ne devrait plus être vue comme un problème esthétique ou d'image corporelle » (Canadian Medical Association 2006), cette association recommande de mettre sur pied un système national de surveillance et de dépistage qui enregistrerait minimalement les deux mesures mentionnées plus tôt, de manière systématique, et ce, dès l'âge de deux ans (Canadian Medical Association 2006).

Cette surveillance déborde le seul cadre du monde médical. Elle est maintenant l'affaire de tous, que l'on soit gouvernement, municipalité, industrie, employeur, communauté, école, famille, individu, aliment ou activité. Tous sont devenus intervenants, moyens d'intervention et sites d'intervention. Si toutes ces recommandations étaient mises en œuvre, le poids ferait donc l'objet de toutes les surveillances.

Avec la capacité de décrire, puis de nommer, l'intervention se rationalise. Cet effort ne se limite pas à la description. Elle devient une mesure qui identifie les

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

seuils de la normalité et de l'intervention. L'identification des seuils de normalité et d'intervention se généralise peu à peu à toute la population. Tout le monde est appelé à devenir mesuré et mesureur.

Cet examen, cette surveillance du poids, met en évidence qu'il y a à l'œuvre des « mécanismes profonds grâce auxquels les organisations et les systèmes qui constituent le tissu social maintiennent les structures et coordonnent les jeux réglés auxquels se résument du point de vue sociologique les activités de leurs membres » (Crozier M. 1980). De même que le notait Otero au sujet de la psychothérapie, il pourrait être dit que cette surveillance du poids révèle une régulation qui fait appel à des mécanismes (une norme, des statistiques, un éventuel registre du poids) plus ou moins naturels ou neutres, « susceptibles d'apporter une certaine coordination interne au fonctionnement d'un ensemble complexe » (Otero M. 2003a). Cet ensemble est disséminé à tous les niveaux de la société, mais centralisé à l'intérieur d'organisations, d'institutions ou d'appareils (l'État, l'école, la famille, l'usine, le bureau, l'Église, le système de santé, les écrits journalistiques, etc.). La normalisation du poids devient ainsi un instrument qui contribue à rendre cohérent un ensemble hétéroclite de pratiques et de discours (Otero M. 2003a).

On assiste donc à la mise sur pied d'un continuum de surveillance qui est, cette fois-ci à deux niveaux : le premier empirique et le second, systématique.

Le premier niveau, l'empirique, s'intéresse au poids allégué, au poids perçu. Dans ce cas-ci, le continuum serait bordé d'un côté par le poids perçu par l'individu. C'est celui dont il est probablement question dans les premiers Guides par les préoccupations d'ordre esthétique (Santé Canada 2007b), par des affirmations du type « aider la personne dans sa démarche pour perdre du poids » (Gélinas M. D. 1991) ou encore qu'il « y a une obésité subjective qui renvoie à un malaise vécu, une insatisfaction [...] à la gêne et à la honte que l'on porte comme fardeau » (Chagnon-Decelles D. 2000a). Puis, ce niveau serait borné de l'autre côté par les grandes enquêtes de santé publique, tant celle de Santé Québec que celle de Statistique Canada, lesquelles comptent essentiellement sur des données révélées par les personnes sondées et qui s'inscrivent donc dans cette zone de subjectivité.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Ainsi, d'un côté, le poids de l'individu demeure dans un environnement privé, personnel. De l'autre, il y a le poids révélé qui devient public. La lutte au poids excédentaire est une « responsabilité collective »¹⁴². Les statistiques qui illustrent l'augmentation de la prévalence des problèmes de surpoids et le discours qui en découle et qui fait appel à l'image de la pandémie pour la décrire soulignent avec insistance que nous serions tous, collectivement, à risque d'accuser un surpoids. Le poids révélé par les statistiques n'est plus le poids moyen. Il est devenu notre poids collectif, à tous.

L'autre niveau, le systématique, opère de la même manière. Il s'agit du poids mesuré, vérifié comparé. La justesse du poids est déterminée par un outil de mesure, l'IMC dont il a été fait mention dans le continuum de la pathologisation. Ce niveau systématique est borné, lui aussi, d'un côté, par le poids quantifié au niveau de l'individu. C'est celui qui, selon l'AMC, devrait faire l'objet d'un système national de surveillance qui enregistrerait minimalement les mesures d'IMC (Canadian Medical Association 2006). Déjà dans cette observation, on observe un glissement vers l'autre pôle de ce continuum, le poids quantifié au niveau public. La systématisation de la mesure ne se limite plus qu'à l'individu, elle devient collective. Et elle le devient par l'intention de développer un registre national et par la collecte annuelle de mesures directes sur le poids de l'ESCC.

Ces deux niveaux ne sont distincts que pour des raisons d'analyse. Dans les faits, ils sont étroitement entrelacés. On constate alors que le poids de l'individu, comme objet de la surveillance, revêt une grande complexité qui tient à la fois d'un processus de subjectivation et d'objectivation. La surveillance ne s'exerce plus seulement au niveau de l'individu, mais surtout maintenant au niveau collectif. L'individu n'est plus le seul propriétaire de son poids. Il en partage maintenant la propriété avec un ensemble social.

Virage vers le social

De ce déplacement du poids de la sphère privée vers la sphère publique, on constate que, non seulement la surveillance devient plus complexe, mais le

¹⁴² Côté E. 2006/11/30. Un lobby anti-obésité est né. *La Presse*:Page A 17

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

nombre d'intervenants augmente. Le poids ne relève plus uniquement de l'individu et parfois, de son professionnel de la santé. En effet, les gouvernements mettent en œuvre des plans d'action avec des objectifs de résultats afin de ramener le poids collectif dans une norme acceptable. Ces documents font appel à une pléiade de compétences, de l'individu à la municipalité, du professionnel de la santé à l'industrie. Tel que mentionné plus tôt, le poids et en particulier le poids excédentaire est une responsabilité collective.

La multiplication des intervenants permet non seulement de mieux suivre le poids des individus, de mieux les qualifier et de les classer. Ce processus d'individualisation et de différenciation basé sur le poids contribue à assujettir des identités et, en conséquence, contribue à des actions qui peuvent être assimilées, dans certains cas, à de la correction, à de la punition.

Cette intensification de la surveillance serait, selon Foucault, un dispositif qui contraint le jeu du regard; un appareil où les techniques qui permettent de voir induisent des effets de pouvoir, et où, en retour, les moyens de coercition rendent clairement visibles ceux sur qui ils s'appliquent (Foucault M. 1975). Cette surveillance serait alors, elle aussi, une technologie de pouvoir qui permet l'exercice de la discipline.

Cette surveillance doit se faire en fonction de ce qui est surveillé et du comment il est surveillé. À mesure que l'objet de la surveillance devient complexe, que le nombre d'intervenants augmente et que l'objet est divisé, les tâches de surveillance deviennent plus nécessaires et difficiles. Cette surveillance devient alors une fonction précise qui fait partie intégrante du processus et le double sur tout son cheminement.

L'examen permet de qualifier, de classer et de punir. Les processus d'individualisation et de différenciation permettent d'identifier et de classer les sujets. Ils contribuent à instaurer, d'une part des inégalités réelles entre les sujets et entre les groupes et, d'autre part, des clivages à l'intérieur des sujets eux-mêmes par leur assujettissement à certaines identités plutôt qu'à d'autres (Otero M. 2003a).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Si la discipline demeure dans le non visible, l'examen impose à ceux qu'il soumet un principe de visibilité. Ils sont vus. Ils deviennent des cas. Finalement, l'examen est au centre des procédures qui constituent l'individu comme effet et objet de pouvoir, comme effet et objet de savoir (Foucault M. 1975).

Il y a donc ici aussi un continuum, celui de la surveillance. Initialement du ressort de l'individu, la surveillance aujourd'hui est faite par tous, à l'endroit de tous, en fonction de critères désincarnés, mais rationnels.

6.2.3 Un continuum de responsabilisation

L'intervention qui recherchait la normalisation du poids s'est considérablement complexifiée. D'abord, elle est le fait de l'individu qui se croit hors-norme. Puis, avec la rationalisation de la mesure du poids hors-norme, cette détermination s'est professionnalisée, elle s'est médicalisée. Avec l'acquisition du statut de maladie, puis d'épidémie et de pandémie, la responsabilité de déterminer le statut de poids problématique appartient dorénavant aux professionnels de la question et aux gouvernements qu'ils conseillent.

La responsabilisation progressive s'observe aussi au niveau du site où l'intervention doit avoir lieu. Initialement, elle ne regarde que l'individu. Puis le site de l'intervention s'élargit pour inclure les proches, la famille, les milieux de vie, les aliments et les activités physiques et ainsi de suite. La responsabilisation n'est plus individuelle, elle devient collective.

L'évolution de la responsabilisation se voit aussi dans le type d'intervention. Bien que le poids hors-norme puisse résulter d'un dérèglement pathologique, il est généralement décrit comme la conséquence d'un acte, d'une volonté individuelle et par un encadrement social inadéquat, attribuable notamment aux parents. L'intervention prend alors un caractère disciplinaire qui se caractérise notamment par l'émergence du concept des conditions nécessaires pour l'individu de faire les bons choix : éducation, formation, accès, environnement favorable. Il sera alors question d'« acquisition de saines habitudes alimentaires » et de « programme d'activité physique » (Chagnon-Decelles D 1997; Corporation professionnelle des médecins du Québec 1988; Gélinas M. D. 1987). À cela, pourra s'ajouter la

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

« thérapie de groupe » afin de soutenir le moral des personnes qui cherchent à régulariser leur poids (Chagnon-Decelles D 1997; Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991). Ces différentes interventions perfectionnent « les aptitudes indispensables à la vie. [...] Elles permettent aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci » (OMS 1986). Pour « lutter efficacement contre l'obésité, il faudra faire en même temps l'éducation des jeunes et des familles »¹⁴³.

La recherche du poids normal est nécessairement tributaire de cette notion de faire les bons choix et que ceux-ci soient accessibles et valorisés socialement. Cette capacité à faire les bons choix est une forme de responsabilisation de l'individu, mais aussi de son milieu et des institutions qui s'y trouvent.

La plus récente édition du Guide alimentaire canadien s'inscrit dans la continuité de ce concept. À sa dernière page, il est écrit : « Bien manger et être actif comportent de nombreux avantages : une meilleure santé globale; une sensation de bien-être et une diminution du risque de maladie; une meilleure apparence; un poids santé; un regain d'énergie; un renforcement des muscles et des os » (Santé Canada 2007a). En d'autres mots, le sujet moral aura une discipline de vie conforme à ces grands principes.

Pour y arriver, « Les individus constituent la principale ressource sanitaire à [...] soutenir » et à qui « donner les moyens de demeurer en bonne santé » (OMS 1986). Néanmoins, cette action devrait avoir lieu « sous les conseils d'éducateurs et de communicateurs » (Santé Canada 2007, 1998). La sanction normalisante est certes l'affaire des professionnels de la santé, mais pas de manière exclusive.

Le virage vers le social

Ainsi, le « dressage » ne peut plus se limiter qu'au seul individu. « On reconnaît les limites de l'intervention centrée sur la personne » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1997). Les autorités médicales du pays émettront des réserves quant à l'efficacité de l'intervention centrée sur l'acquisition de saines

¹⁴³ Presse Canadienne. 2007/09/13. Québec déclare la guerre à l'obésité. *Le Droit*:Actualités Page 8

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

habitudes alimentaires et sur un programme d'activité physique (Douketis JD et al 1999). Le dressage ne peut plus se faire par l'individu seul ou par le professionnel de la santé. Il s'élargit à l'entourage. Pour cela, il faudra « vérifier la présence d'un appui social, que ce soit l'implication du conjoint, des membres de la famille, des séances de counseling en groupe » (Chagnon-Decelles D 1997; Gélinas M. D. 1987; Gélinas M. D. 1991). Le dressage nécessite « désormais la contribution de nombreux acteurs gouvernementaux, communautaires, associatifs et individuels » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006). L'obésité est « devenue une responsabilité collective »¹⁴⁴.

Le dressage par la responsabilisation s'étend de telle sorte qu'il pourra être plus facile pour les individus en « dressage » de mettre en oeuvre leurs aptitudes acquises et ainsi de faire les bons choix. Ainsi, « une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités » (OMS 1986) permettra de faire des choix sains. Plus encore, « la modification des environnements ne peut être envisagée sans la mise en oeuvre de réglementations, de législations et de politiques publiques favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie » (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2003). Pour ce faire, on développera des Stratégies pancanadiennes intégrées en matière des modes de vie sains (Santé Canada 2005). Mieux encore, il y aura un Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2006) qui mobilisera sept ministères et agences gouvernementales. La responsabilité de créer ces conditions nécessaires est clairement attribuée « aux gouvernements, aux organisations sociales et aux entreprises »¹⁴⁵.

Tout ce dressage des individus, des institutions et des milieux semble devenu nécessaire afin de retrouver quelque chose qui se serait perdu en conséquence de quoi l'anomalie aurait pris la juste place de la norme. N'est-il pas question de

¹⁴⁴ Noël K. 2006/12. Obésité Collective. *Commerce* vol. 107 Page 40

¹⁴⁵ Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

surexposition à la malbouffe, d'ère de la malbouffe, en opposition à la bonne bouffe? Face à cette menace, il faut donc « revenir à de saines habitudes alimentaires »¹⁴⁶ et « retrouver le goût de cuisiner »¹⁴⁷. Bref, c'est « *toute une rééducation qui est nécessaire* »¹⁴⁸.

On parlera alors de l'importance de la normalisation du lien à l'alimentation, de la correction des comportements alimentaires, de l'amélioration des habiletés et des connaissances en matière de préparation des aliments et l'augmentation du niveau d'activité physique et le développement de meilleures relations interpersonnelles. On mentionnera qu'il faut de permettre aux personnes de reprendre du pouvoir sur leurs choix et sur leurs vies (Chagnon-Decelles D. 2000a). Ce type d'intervention, dite *lifestyle* par l'AMC, prévoit le recours à la thérapie cognitivo-behaviorale par un psychologue ou un psychiatre (Canadian Medical Association 2006). Si l'éducation est toujours au cœur de toutes les interventions, elle s'accompagne dorénavant d'une forme de reprogrammation.

Si tout cet effort d'apprentissage intensif, multiplié, plusieurs fois répété ne suffit plus, la reprogrammation peut maintenant aller plus loin. Elle peut maintenant s'inscrire dans la chair. Bien qu'encore peu pratiqué, le dressage des individus obèses pour qu'ils deviennent des sujets moraux pourra passer par la pharmacothérapie et la chirurgie. Depuis 2006, avec ses normes de pratiques cliniques (Canadian Medical Association 2006), l'Association médicale canadienne montre une ouverture vers le recours à celles-ci.

À l'évidence, le poids fait l'objet d'une sanction normalisante qui s'inscrit aussi sur un continuum qui peut être qualifié de la responsabilisation. Mais ce continuum se déploie sur deux axes. Le premier axe regroupe d'un côté, la responsabilisation qui s'exprime au niveau de l'individu et de l'autre, celle qui s'exprime au niveau de l'organisation sociale. Le second axe de ce continuum permet de faire une

¹⁴⁶ Morin M. 2002/05/29. L'ABC de l'obésité. *La Tribune*:Page A 10

¹⁴⁷ de la Sablonnière J. 2004/10/09. Jacinthe Coté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien*:Page 41

¹⁴⁸ Lortie M-C. 2006/04/10. Épidémie d'obésité. Guérir les âmes avant l'assiette. *La Presse*:Actuel 2

distinction entre, d'un côté, l'acteur de l'intervention et de l'autre, le site de l'intervention.

Ainsi, l'individu pourra être acteur de sa propre responsabilisation. Grâce à la correction, à l'apprentissage et au dressage, l'individu apprend à faire des bons choix et à les mettre en œuvre. L'individu pourra devenir le site de l'intervention. Le remodelage sera subordonné à une autorité, celui des professionnels de la santé. Il interviendra dans la chair, pour que puisse s'exprimer le bon choix.

Il en va de même pour l'organisation sociale. D'un côté, l'organisation sociale, donc les institutions qui la composent, est moteur du changement. Puis, de l'autre côté, ces institutions de l'organisation sociale sont les cibles de l'intervention menée par les autorités gouvernementales. On comprendra ici que l'action, loin d'être volontaire, relève plus de la nature politique ou législative à laquelle l'organisation sociale sera soumise.

6.2.4 Que révèle l'absence de questionnement face à la disparité de la prévalence de l'obésité?

Cette absence de questionnement peut s'expliquer par les éléments constitutifs de ce continuum de la responsabilisation. Les différents types d'actions qui y sont rattachés sont les éléments d'un ensemble disciplinaire qui qualifie et réprime. Il fonctionne comme un petit système pénal. Tous sont égaux face à ce système et il n'y a pas lieu de se questionner sur la disparité et les facteurs qui en sont responsables. Tout ce qui s'éloigne de la norme de poids fait l'objet d'un châtement qui a pour fonction de corriger cet écart. La responsabilisation est un véritable dressage, une sanction normalisante pour tous.

À travers ces observations, nous retrouvons les éléments d'un système disciplinaire tel que décrit par Foucault. Au cœur de celui-ci, il y aurait un petit mécanisme pénal qui bénéficie d'une sorte de privilège de justice, avec ses lois propres, ses délits spécifiés, ses formes particulières de sanction, ses instances de jugement. La discipline occupe un espace que l'appareil légal laisse vide. « Elle qualifie et réprime un ensemble de conduites que leur relative indifférence faisait échapper aux grands systèmes de châtement » (Foucault M. 1975).

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Ce qui relève de la pénalité disciplinaire c'est tout ce qui est inadéquat à la règle, tout ce qui s'en éloigne, les écarts. Le châtiment disciplinaire a pour fonction de réduire ces écarts. Il est essentiellement correctif. La punition ici est de l'ordre de l'exercice, de l'apprentissage intensif, multiplié, plusieurs fois répété. Il est obtenu par la mécanique d'un dressage.

La question de la sanction normalisante renvoie donc à la nature de l'intervention sur le poids, mais elle réside aussi dans le choix de la personne qui fait l'intervention et dans le site de l'intervention.

Ces trois continuums s'articulent les uns avec les autres pour former un même appareil. Ainsi, avec le continuum de la pathologisation, les moyens de coercition et sur qui ils s'appliquent sont clairement rendus visibles. Ce continuum justifie de prendre l'individu, de le soumettre et de le modifier. Il fait de lui un objet et un sujet. Le Continuum de la surveillance rend clairement visible le sujet qui s'éloigne de la norme et qui, en conséquence, doit être soumis à un dressage. Enfin, le continuum de la responsabilisation vient qualifier et réprimer un ensemble de conduites, identifie qui dresser afin de réduire les écarts à la norme. En somme, ces trois continuums sont autant de technologies du pouvoir qui permettent l'établissement et l'exercice d'un système disciplinaire.

6.3 Y a-t-il moralisation de la gestion du poids?

Si la moralité réfère aux modes, aux manières de faire d'un individu, un sujet, on constatera alors que le mode de gestion du poids proposée par les autorités officielles de santé du Québec peut être assimilé à la moralité. De fait, au fil des ans, on assiste à la construction d'un code de conduite du poids progressivement plus complexe, plus riche et plus prescriptif qui met en scène toutes les constituantes de la société.

En parlant du savoir médical qui ne se contente pas de décrire le corps, Armstrong (Armstrong D. 1983) avance l'idée que la moralisation, la manière de constituer

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

un sujet moral, passe par un système disciplinaire qui est bel et bien à l'œuvre dans le cas de la gestion du poids.

Pour Foucault (1975), le succès de la discipline tient sans doute à l'usage d'instruments simples : le regard hiérarchique, la sanction normalisante et l'examen (la surveillance). Or, comme nous l'avons vu précédemment et pour les raisons déjà mentionnées, ces trois instruments sont déjà présents dans le discours de la gestion du poids par les organismes de santé au Québec. Le regard hiérarchique correspond ici au continuum de la pathologisation, l'examen correspondant au continuum de la surveillance. Enfin, celui de la sanction normalisante nous renvoie au continuum de la responsabilisation.

L'intervention médicale et paramédicale

Pour constituer cet individu en sujet, le pouvoir moral, par l'exercice disciplinaire, s'exprime à travers une pléiade d'institutions, dont la médicale et la paramédicale, et de pratiques de manière à les relier les unes aux autres, à les rendre toutes responsables de la situation pondérale et à les interpeller à l'action. La discipline du poids normal se déploie à l'échelle du corps social, les effets de pouvoir s'incarnent dans les corps des individus qui deviennent à leur tour des instruments de son approfondissement et de son élargissement. Par des procédés complexes, la discipline pondérale fait appel à des valeurs positives tels la santé physique et mentale, l'autonomie, le bien-être, l'épanouissement personnel, l'apparence extérieure et la satisfaction des besoins. Il fait tout cela en mettant à profit les discours de la vérité élaborés dans le cadre des disciplines scientifiques (Otero M. 2003a) que sont notamment la médecine et la nutrition.

Puis, ce discours scientifique de la santé passe et soutient l'action notamment « par la mise en place d'infrastructures permettant d'adopter des comportements sains »¹⁴⁹. La responsabilité de ce déploiement des conditions favorables aux

¹⁴⁹ Noël K. 2006/12. Obésité Collective. *Commerce* vol. 107 Page 40

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

saines habitudes de vie incombe « à l'État, aux organisations sociales et aux entreprises »¹⁵⁰

Par conséquent, et comme l'illustre l'analyse, les grandes stratégies fédérales, nationales et locales qui visent une normalisation du poids, cherchent quotidiennement et activement à constituer les individus en sujet par la dépendance ou le contrôle. Par les objectifs que ces stratégies se donnent¹⁵¹, on doit comprendre que l'intensification de l'intervention médicale et paramédicale traduit une attente croissante à l'endroit des individus pour qu'ils répondent aux exigences des divers mécanismes et institutions de régulation qu'est celui de la santé. Ces structures « complexes de la régulation assujettissent les individus en structurant le champ de leurs conduites possibles par leurs constitutions en sujets, si l'on peut dire en sujets de la régulation » (Otero M. 2003a).

Avec l'essor qu'elle a pris aujourd'hui, la prévention des problèmes reliés au poids, dont sa gestion, est devenue aujourd'hui, paraphasant Foucault (1975), une technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objets et pour instrument de son exercice. Dans ce contexte, le poids hors-norme n'est pas essentiel. Ce qui importe, c'est le dispositif médical et paramédical autour du poids qui révèle un ensemble de stratégies politiques ou technologiques qui visent la constitution des individus en sujets. Il s'agit alors d'une collection de gestes de préservation d'un ordre établi en réponse à ce qui est perçu comme une menace : vieillissement de la population, diminution de la productivité, augmentation des coûts, etc.

¹⁵⁰ Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17

¹⁵¹ À titre d'exemple, notons que la Stratégie pancanadienne intégrée en matière des modes de vie sains (2005) vise une augmentation de 20 % de la proportion des Canadiens qui font de l'activité physique, mangent sainement et ont un poids sain.

Quant au plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de la prévention des problèmes reliés au poids (2006) les objectifs sont de : réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité chez les jeunes et les adultes ; réduire de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint chez les jeunes et les adultes.

6.4 La moralisation : une construction en marche?

Le processus de moralisation à l'œuvre dans les organismes officiels de santé au Québec n'est pas sans précédent. Il s'inscrit dans une continuité d'actions qui rappelle celles qui existaient en Angleterre au 18^e et au 19^e siècle.

Turner (1982) note qu'à cette époque, la consommation irrationnelle et non régulée des couches sociales exposées à l'abondance était perçue comme incompatible avec l'exercice des responsabilités professionnelles. Cette affirmation reposait alors sur la conviction que les mécanismes de la réflexion (« order of the mind ») étaient endommagés par une digestion dérégulée par cette consommation irrationnelle. Selon Lupton (1996), ce système découlerait de la médecine hippocratique où l'on attribuait à la composition et la qualité des aliments des effets sur les fonctions organiques et sur l'esprit.

Toujours au 18^e siècle, dans le monde catholique où la glotonnerie était passible de damnation, ou dans la sphère du protestantisme où l'obésité est associée à l'absence de sens moral (worthlessness) (Turner B 1992), la valeur attribuée aux choix diététiques relevait de constructions traditionnelles transmises par le discours religieux. Lupton (1996) note, à l'instar de Foucault (1975), que ce sens moral s'est largement sécularisé dans les sociétés occidentales. En ce qui concerne le poids, il est passé du discours religieux à celui de la santé publique, dont celui de la médecine.

Cette sécularisation serait liée au développement théorique aux 18^e et 19^e siècles de la démographie, de la diététique, de la biologie et de l'eugénisme. Turner (1992) note que ces dernières allaient, main dans la main, avec les anxiétés sociales et politiques au sujet des effets des classes ouvrières non seulement sur la démocratie parlementaire et l'ordre social, mais surtout sur les bases biologiques de la société civilisée. Ces sciences auraient permis le calcul rationnel sur le corps et, du coup, l'utilisation de la science dans l'appareillage du contrôle social (Turner B 1992). Tel aurait été également l'objectif visé par les premiers programmes diététiques.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Certes, la médecine contemporaine repose sur des principes scientifiques d'objectivité et d'altruisme (Lupton D 2003). Ceci ne prévient pourtant pas ses praticiens d'être perméables à l'ordre social dans lequel ils travaillent. Leurs jugements reposent aussi sur les valeurs liées notamment au genre, à la classe sociale, à l'ethnicité, à l'âge, à l'attrait physique et au type de pathologie (par exemple si elle est méritée ou non) (Lupton D 2003). Poulain (2002) relate que pléthore d'études démontrent la perméabilité des acteurs du système de santé aux valeurs dominantes et l'influence déterminante de celle-ci sur la façon dont ils conçoivent leurs rôles de professionnels.

Lorsqu'il est question du poids, « de nombreuses études soulignent l'existence d'attitude négative à l'égard des obèses, de la part de personnel médical ou paramédical à l'intérieur des institutions de santé [...] ou encore chez les étudiants en médecine » (Poulain JP 2002). Ainsi, en matière de poids, le monde médical et paramédical serait, lui aussi, un outil de moralisation et de contrôle social.

La santé publique participerait aussi à cette stratégie. En effet, les programmes de promotion des saines habitudes de vie ont pour objectif de préserver un ordre économique menacé par une explosion des coûts directs et indirects associés aux poids problématiques qui atteindront des niveaux insoutenables, comme l'affirment de nombreux organismes, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La préservation de cet ordre économique contribue à celle de l'ordre social.

Ce modèle requiert donc des individus qu'ils tiennent compte des faits scientifiques dans l'ensemble de leurs choix afin de prévenir le développement de la maladie et de toujours tendre vers la santé parfaite. D'ailleurs, Coveney (Coveney J. 2000) affirme que l'information scientifique diffusée par les experts a pour objet d'élever les consciences de manière à promouvoir la santé et prévenir les maladies. Cette approche, pour fonctionner, repose sur l'auto-réflexion et l'auto régulation.

Cahnman associe l'obésité à la faiblesse morale. Selon lui, la stigmatisation dont fait l'objet l'obésité serait la conséquence du « rejet et de la disgrâce qui sont

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

associés à ce qui est vu (l'obésité) comme étant une déformation physique et une aberration comportementale » (Cahnman W.J. 1968). Lupton (1996), dans son étude sur le discours de la santé publique, observe que les individus incapables d'intégrer les avertissements des promoteurs de la santé sont généralement dépeints comme irrationnels et démontrant un manque de maîtrise de soi. Les individus ayant un problème lié au poids tomberaient dans cette catégorie. C'est ce que notent également Gard et Wright (2005) dans leur analyse du discours entourant l'épidémie d'obésité. Les problèmes liés au poids seraient essentiellement le produit d'individus qui faillissent et qui sont faibles. L'analyse des plus récentes stratégies déployées pour freiner l'épidémie d'obésité démontre qu'elles sont en réponse à cette faillite.

On assisterait donc à la canalisation de l'anxiété générée par l'augmentation de la prévalence du poids hors norme et des menaces qu'elle comporte pour le maintien de l'équilibre fragile de la société vers des choix plus idéologiques où les efforts individuels pour préserver la santé doivent s'ouvrir à un contexte plus large (Lupton D. 1993). Ces mesures de contrôle individuel déployées à l'ensemble de la population seraient, selon Lupton (Lupton D. 1999) parmi les formes les plus sophistiquées de régulation.

La problématique actuelle du poids et la compréhension qu'en ont les organisations officielles de la santé au Québec s'inscrivent dans cette continuité.

L'analyse des documents produits par les organismes officiels de santé au Québec et de leurs reflets dans les médias de masse met en lumière une démarche de gestion du poids qui relevant de la moralisation et qui va en s'intensifiant. Ce processus fait référence à l'ensemble des règles, des valeurs et des actions proposées et auxquelles les individus sont invités à se soumettre afin de devenir sujet. Peut-on aller jusqu'à dire citoyen responsable? Cette moralisation s'articule autour de trois continuums : la pathologisation, la surveillance et enfin la responsabilisation.

Le premier continuum, celui de la pathologisation, traite du sens attribué à la notion de poids hors-norme ou de poids problématique. D'abord esthétique,

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

l'intervention qui en découlait fait l'objet de peu d'écrits et donne à penser qu'elle dépendait essentiellement de l'appréciation que l'individu avait de lui-même. Puis, cette notion a acquis la valeur de facteur de risque de certaines maladies. L'intervention sur le poids semble d'abord avoir lieu en conséquence d'une pathologie diagnostiquée. Par la suite, elle prend place en prévention de ces maladies. Dans la seconde moitié des années 1990, le poids problématique acquiert le statut de maladie. Depuis peu, compte tenu de l'augmentation de sa prévalence, le poids problématique est présenté comme une épidémie et maintenant, une pandémie.

Cet exercice consistant à nommer et à qualifier le poids problématique rend visibles les moyens de coercition qui s'appliquent et sur qui ils s'appliquent. Ce continuum justifie de prendre l'individu, de le soumettre et de le modifier. Ce processus « fait de lui un objet »(Foucault M. 1984) de l'intervention et un sujet. Le glissement sémantique vers une intensification de la gravité de la situation vient appuyer l'intensification de l'intervention et un déplacement de cette intervention. Face à la gravité de la situation, cette intervention, d'abord individuelle, fait maintenant place à une intervention publique.

Le second continuum, celui de la surveillance, consacre le poids comme un objet de préoccupation médicale. Initialement, d'un poids ressenti comme normal ou non, le poids a été objectivé par le recours à des critères mesurés, rationnels et documentés. Ainsi, la normalité pondérale est maintenant décrite, déterminée notamment par le recours à l'indice de masse corporelle (IMC, ou BMI en anglais).

Cette description a permis l'émergence de la surveillance explicite du poids afin de dépister plus efficacement les individus qui accusent un poids hors-norme. D'une déclaration dans le cadre des recensements nationaux, à des mesures physiques prises dans le cadre d'études plus ciblées, les autorités médicales veulent maintenant des registres nationaux du poids.

Cette surveillance déborde du cadre médical. Elle est maintenant l'affaire de tous, gouvernement, municipalités, industries, employeurs, communautés, écoles,

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

familles et individus confondus. Tous sont devenus intervenants, moyens d'intervention et sites d'intervention.

La responsabilisation constitue le troisième continuum. D'abord, le fait de l'individu qui se croit hors-norme, avec la rationalisation de la mesure, cette détermination s'est professionnalisée, elle s'est médicalisée. Avec l'acquisition du statut de maladie, puis d'épidémie et de pandémie, la responsabilité de déterminer le statut de poids problématique appartient dorénavant aux professionnels de la question et aux gouvernements qu'ils conseillent.

La responsabilisation progressive s'observe aussi au niveau du site où l'intervention doit avoir lieu. Initialement, elle ne regarde que l'individu. Puis le site de l'intervention s'élargit pour inclure les proches, la famille, les milieux de vie, les aliments et les activités physiques et ainsi de suite. La responsabilisation n'est plus individuelle, elle devient collective.

Le continuum de la responsabilisation s'inscrit précisément dans cette mouvance qui vise essentiellement, voire exclusivement, à réduire le niveau d'anxiété par le renforcement de la capacité des individus à faire de bons choix, soit par la maîtrise de soi et la capacité individuelle de faire de bons choix, soit en rendant ces bons choix possibles. Une responsabilisation mieux ciblée autorise une meilleure surveillance et un meilleur contrôle. Il en découle donc un potentiel vers une meilleure régulation. Cette régulation, opérée tant par la médecine que la santé publique, fait de la « santé, non seulement un objectif, mais une véritable norme » (Collin J. 2007). Dans ce contexte, les processus d'intervention et de prévention de la maladie avérée viseraient essentiellement à « contrer la détérioration des fonctions physiques, morales et sociales » (Collin J. 2007).

Il y a une dynamique commune aux trois continuums. Pour chacun, s'observe le déplacement de la manière de conceptualiser le poids et les interventions qui s'y rattachent. De la sphère privée où le poids était essentiellement une question personnelle, le poids a migré vers la sphère médicale où il a acquis une valeur médicale. Puis, il est passé à la sphère publique où il fait l'objet de l'attention non

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

seulement des gouvernements, mais aussi de toutes les instances, des organismes communautaires aux entreprises.

L'analyse suggère que l'intensification de la moralisation pourrait fort bien ne pas produire les résultats escomptés. De fait, l'intensification des interventions suggère que nous sommes tous à risque d'accuser un surpoids. Or, les unes après les autres, les études révèlent que la prise de poids n'est pas uniforme. Le poids hors-norme se manifeste de manière différente que l'on soit une femme ou un homme, que l'on vienne de la ville ou des régions rurales, que l'on soit d'un pays ou d'un autre, que l'on soit plus ou moins éduqué et que l'on ait plus ou moins accès à la richesse matérielle.

Parce que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est bien réelle et que cette augmentation cause de véritables problèmes de santé, parfois très graves, il devient important de reconnaître cette disparité dans la prise de poids et d'en comprendre les raisons. La dernière section de ce mémoire s'inscrit dans cette orientation.

7 Conclusion

7.1 Les limites de cette recherche

L'approche analytique retenue dans le cadre de ce mémoire a été, rappelons-le, celle de l'induction analytique. Or, une des critiques les plus fréquentes et les plus sévères à l'endroit de ce modèle est qu'il réduit « les limites du cas étudié de sorte qu'il se trouve coupé de toute influence extérieure et en vient à s'expliquer par lui-même »(Deslauriers JP 1997). Ainsi, il pourrait être noté que d'autres types de documents auraient pu contribuer à rendre l'analyse plus fondée.

D'entrée de jeu, il a été reconnu que le corpus de textes officiels était petit. Il est vrai que la quantité de textes gouvernementaux et professionnels qui portent sur la problématique du poids, si en croissance ces dernières années, reste cependant fort restreint. Néanmoins, compte tenu de leur portée et des actions qui en découlent, lesquelles transcendent toute la société, ce sont des ouvrages majeurs, incontournables. Néanmoins, dans un souci de mieux rendre compte de la portée de ces actions et améliorer la représentativité du corpus, il a été décidé d'y associer un volet reflet médiatique.

Cependant, deux autres types de documents auraient pu être envisagés pour cette recherche.

Tout d'abord, nous aurions pu inclure d'autres organisations, tel le Réseau canadien de l'obésité (RCN) (<http://www.obesitereseau.ca/>), dont la mission est la réduction des conséquences humaines et économiques de l'obésité pour les Canadiens par des collaborations qui contribueront à l'avancement des connaissances en matière de prévention et de traitement de l'obésité. Le RCN fédère plusieurs organisations dont les principales universités du pays, plusieurs institutions gouvernementales (fédérales et provinciales), des centres hospitaliers et des organismes à but non lucratif (associés soit à la lutte à un type de pathologie – p. ex. : fondation des maladies du cœur, ou à l'industrie agroalimentaire — p. ex : producteurs laitiers du Canada). Le RCN se présente

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

comme le promoteur, auprès des décideurs, de l'augmentation des sommes monétaires accordées à la lutte contre l'obésité.

Aux États-Unis, l'Obesity Society (<http://www.obesity.org/>) joue essentiellement une fonction similaire. En plus, elle fait de l'enseignement (auprès des intervenants, des décideurs et du public) une dimension importante son mandat.

Il aurait été, par contre, mal avisé de les inclure puisque l'un et l'autre font notamment de la lutte à l'obésité une opération de positionnement stratégique de leurs membres. La lutte à l'obésité devient un enjeu de leurs actions de même que du développement des interventions tant à un niveau clinique que populationnelle. On assiste donc ici à une multiplication de recommandations et de suggestions en matière d'intervention et à une promotion de l'intervention.

Il ne s'agit pas ici d'être naïf à l'endroit des organismes retenus. Certains, voire plusieurs, sont régulièrement accusés de défendre les intérêts de leurs membres. Cependant, l'angle est singulièrement différent. Le groupe des organismes retenus a produit des documents qui ont valeur quasi légale. De plus, ce sont les documents de références utilisés par les organismes qui ont le mandat légal octroyé par les gouvernements de réguler l'intervention, dans ce cas-ci, à caractère médical. En quelque sorte, ils ont le mandat de déterminer la mesure-étalon qui servira dans la détermination de la valeur de l'ensemble des autres approches en matière de gestion du poids.

L'hypothèse que les prises de position du RCO et de l'Obesity Society influencent les normes de pratique officielles et les prises de position gouvernementales est certes intéressante. Mais, elle représente en soi un projet de recherche.

L'industrie agroalimentaire contribue également fortement à la diffusion de documents qui contribuent à la diffusion de savoirs et à la promotion de certains types d'actions en matière de poids. Déjà, il existe pléthore d'ouvrages qui accusent cette industrie d'être responsable de la crise de l'obésité. *Toxic Obésité, malbouffe, maladie : enquête sur les vrais coupables* (Flammarion 2007) de l'auteur William Reymond, *Fat Land: How Americans Became the Fattest People in*

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

the World (First Mariner 2003) Par Greg Critser ou encore le documentaire choc *Supersize Me* (2004) de Morgan Spurlock, n'en sont que quelques exemples. Il aurait donc été intéressant de se pencher sur le discours de ce champ formidablement riche afin d'en déterminer les grandes tendances tout en évitant la tentation du procès.

Mais voilà. L'industrie agroalimentaire est un secteur d'activité démesuré. Elle comporte des joueurs locaux, régionaux, nationaux et internationaux, tous plus gros et plus petits les uns que les autres. Tous n'ont pas les mêmes moyens ni les mêmes intentions commerciales. En ce sens, il aurait été intellectuellement inapproprié de comparer le discours en matière de poids d'une boulangerie locale (boulangerie Première Moisson) et une entreprise mondiale (par exemple Danone, Kraft, ou Nestlé) qui finance la recherche en nutrition de même que des symposiums.

L'industrie agroalimentaire est un univers en soi. Il est clair que lui agit aussi sur le discours public sur la gestion du poids. Cependant, compte tenu de sa taille démesurée et de sa complexité propre de même que de l'extraordinaire diversité des milieux où elle se trouve, cette industrie mérite qu'on s'y attarde en tant que tel avec tous les égards et toutes les précautions nécessaires. Le cadre de cette recherche n'était donc pas adapté à cette réalité.

Compte tenu de ladite pandémie d'obésité, il pourrait être reproché à ce mémoire de ne pas contribuer à déterminer les causes, les racines de ce mal. Or, le but premier de l'induction analytique n'est pas de rechercher les causes d'un problème, mais bien de mettre en lumière les liens significatifs. Or, c'est précisément ce que fait ce mémoire et c'est sa principale contribution. Il vient décrire la nature de l'action et le contexte dans lequel il s'inscrit.

Subjectivité

Il est vrai que je ne suis pas neutre face à ce sujet. Pour certains, je manquerai d'objectivité puisqu'à titre de diététiste/nutritionniste, je contribue au discours. Pour d'autres, je ne rendrai pas suffisamment bien compte des efforts déployés en matière de gestion du poids par les professionnels de la santé.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

D'entrée de jeu, j'ai annoncé que cette recherche découle d'un questionnement personnel, cheminement qui ne m'est pas unique. Il y a une interaction entre mon sujet et moi. Au lieu de l'ignorer, je l'ai canalisée. Pour ce faire et éviter les pièges de la subjectivité, j'ai eu recours à un processus méthodologique rigoureux qui partait d'abord d'une revue de littérature exhaustive. Elle s'appuie sur une connaissance approfondie du contexte et de la diversité des perspectives. L'analyse qui en a découlé est essentiellement de nature descriptive puis réflexive. Ce travail a permis d'établir une généralisation des résultats spécifique au contexte.

C'est précisément ce travail réflexif et la généralisation qui s'en est suivie qui ont permis d'ouvrir la réflexion sur une nouvelle piste de réflexion sur la problématique du poids actuelle.

7.2 Aux limites du processus disciplinaire ?

Par la multiplication des initiatives de surveillance et des moyens souhaités par certains groupes, nous assistons à l'émergence d'un nouvel usage pour le poids. Au cours des dernières années, nous assistons à l'instrumentalisation sans précédent du poids par l'appareil médico-scientifique.

Lupton (2003) explique que dans la foulée des découvertes entourant le code génétique et le fonctionnement de l'ADN, on assiste à une multiplication des métaphores cherchant à réduire le corps à sa dimension génétique. Si nous transposons cette observation au poids, nous pourrions affirmer qu'avec l'abondante littérature épidémiologique, le corps a été en quelque sorte réduit à sa seule dimension pondérale. Cette réduction n'est pas sans intérêt.

Le corps réduit à la dimension isolée et ciblée qu'est le poids offre tous les avantages de la rigueur du traitement scientifique. Le poids devient à son tour miroir de l'âme et un site incontournable du mode de régulation médico-scientifique tant individuel que des populations. Ceci s'observe notamment dans le déplacement du site de l'intervention, d'une sphère strictement privée, vers une sphère publique où tout est soumis au regard de l'autre et des autres.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Le poids, pour les autorités publiques et professionnelles, par les avantages documentaires et statistiques qu'il offre, permet d'attester du maintien d'un certain ordre social. Cet ordre repose essentiellement sur un appareil économique qui se dit menacé par l'explosion des coûts de soins de santé et en particulier ceux associés aux maladies pour lesquels un poids excédentaire serait un facteur aggravant. Le tout s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population.

Le présent exercice démontre que la gestion du poids pratiquée par les instances officielles, fût-elle gouvernementale ou professionnelle, s'inscrit dans un objectif de responsabiliser les individus et tous les acteurs de la société, à faire des choix sensés pour rester en santé, l'entretenir ou encore pour la retrouver. L'élargissement du champ d'action à l'ensemble de la société, s'inscrit dans un mouvement d'intensification et de complexification des actions à poser au niveau de l'individu pour le discipliner afin de préserver un poids optimal dans une perspective de protection de la santé. Cette responsabilisation s'opère essentiellement par des activités d'éducation et de formation. Cette pratique s'inscrit parfaitement dans le courant idéologique de la responsabilité individuelle qui s'observe dans le mode de la santé et qui aurait pris son essor dans les années 1970 et 1980 (Crawford, 2004).

Pourtant, malgré cette complexification et son élargissement, cette discipline vise toujours à équilibrer la balance énergétique. Or, ce processus disciplinaire, à l'échelle individuelle, n'a été essentiellement marqué que par des échecs. Il est difficile d'imaginer que de le transposer à un niveau public, voire populationnel, qu'il puisse contribuer à renverser la pandémie d'obésité.

Tout se met donc en place comme si la population dans son entier démontrait des aptitudes égales face à l'apprentissage. Pourtant, il en est autrement. À titre d'exemple, prenons le cas de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA) menée auprès de plus de 23 000 Canadiens.

Tous conviendront que la capacité d'utiliser et de comprendre de l'information est fondamentale pour la vie au travail, à la maison, dans les collectivités, et ce, au quotidien. Pourtant, malgré une législation qui rend l'instruction publique

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

obligatoire¹⁵² depuis 1943, près de 800 000 Québécois, âgés de 16 à 65 ans, se situent au plus bas niveau de l'échelle des capacités de lecture (EIACA 2003). Toujours selon cette enquête, si parmi les adultes canadiens âgés de 16 à 65 ans, environ 42 % ont obtenu un score inférieur au niveau 3 en compréhension¹⁵³ de textes suivis, ce chiffre passe à près de 55 % au Québec.

Cet exemple illustre les limites de l'approche individuelle de la responsabilisation qui mise essentiellement sur l'éducation. Crawford (2004) suggère que ce type d'idéologie qui limite la responsabilité à l'effort individuel uniquement est une stratégie poreuse qui mène à un cercle vicieux où l'anxiété génère du contrôle et ce contrôle produit à son tour plus d'anxiété. Cet excès d'anxiété pouvant mener à de mauvaises décisions quant aux moyens de contrôle, il estime qu'il y a une menace réelle à la cohésion de nos sociétés. Il nous invite à sortir de cette spirale d'autant plus que les anxiétés de la vie contemporaine, comme le poids, sont légions et ne peuvent pas être contenues à l'intérieur des domaines segmentés de l'expérience. Il nous convie alors à revoir la dislocation de l'expérience qui caractérise l'actuelle culture médicale.

Les limites du processus disciplinaire qui mise sur la seule responsabilisation de l'individu décrite par Crawford ne semblent plus être que théoriques. En effet, dans son sixième rapport annuel intitulé « F as in Fat : How obesity policies are failing in America », le Trust for America's health indiquait qu'au cours de la période 2008-2009, la prévalence de l'obésité au sein de la population adulte avait augmenté dans 23 États et aucun État n'avait connu de diminution de cette

¹⁵² Au Québec, en 1943, est instaurée la fréquentation scolaire obligatoire pour les jeunes âgés de 6 à 14 ans. La Loi sur l'instruction publique remplace, en 1988, la vieille législation qui portait ce nom. La nouvelle loi prolonge notamment la fréquentation scolaire obligatoire jusqu'à 16 ans.

http://www.mels.gouv.qc.ca/veille/contenu_veille/veille/Agescolaire/Scolarite.htm

¹⁵³ L'enquête comptait 5 niveaux. Que ce soit en littérature ou en numératie, le niveau 1 est le plus faible et le 5 le plus fort. Rappelons que pour répondre aux demandes minimales de compétences sans cesse croissantes d'une société du savoir, le niveau minimal de 3 est requis. Ainsi, une majorité de Canadiens et de Québécois seraient incapables de comprendre l'information, quelle qu'elle soit, qui apparaît tant sur les emballages que sur les étiquettes.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

prévalence. Dans 16 États, ce taux de prévalence aurait crû au cours des deux dernières années. Onze États auraient trois années de hausse de prévalence consécutive. Pire, toujours selon ce rapport, la prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants est maintenant supérieure à 30 % dans 30 des 50 États des États-Unis (Levi J 2009).

Ce constat se fait dans un contexte où il y a pléthore de programmes (peut-être avec un financement inadéquat) de lutte et de prévention des problématiques du poids. Parmi ceux-ci, dix-neuf États ont adopté des politiques alimentaires plus strictes que la recommandation gouvernementale de la USDA. Vingt-sept États ont des politiques alimentaires qui couvrent non seulement les repas, mais l'ensemble de l'offre alimentaire dans leurs réseaux scolaires. Tous les États ont élaboré des normes minimales d'activité physique. Vingt États ont adopté des lois imposant le dépistage de l'indice de masse corporelle chez les enfants et les adolescents ou ont légiféré en faveur d'une forme de mesure du poids en milieu scolaire. Enfin, vingt-quatre États ont maintenant une loi limitant la possibilité de poursuivre en responsabilité une entreprise dont les actions pourraient être liées au développement de l'obésité.

Les limites du processus disciplinaire observé aux États-Unis apparaîtront probablement aussi au Canada et au Québec, mais dans une mesure moindre étant donné que la prévalence des problèmes de poids est plus faible au Canada, notamment au Québec. Il y aura des succès. Mais dans l'ensemble, il y a fort à parier que les objectifs de réduction de la prévalence de l'obésité et du surpoids ne seront pas atteints dans les délais prévus.

Certes, et pour les raisons énoncées plus tôt, l'atteinte des limites appréhendée vient notamment du fait que toute la stratégie d'intervention repose sur un processus disciplinaire toujours plus invasif de la responsabilité individuelle afin d'influer sur la mécanique biochimique de l'équilibre de balance énergétique pour obtenir un poids sain.

D'autre part, ce processus disciplinaire fait abstraction du fait que l'alimentation et l'activité physique sont plus que de simples éléments soumis à l'exercice seul du

choix éclairé et rationnel. Ils sont aussi des éléments porteurs de valeurs, de sens, de connotations sociales. Ils sont liés à la position des individus dans la hiérarchie sociale. Nos choix alimentaires et d'activité physique traduisent qui nous sommes et comment nous participons, nous contribuons et comment nous nous identifions à notre société et à quel niveau nous nous situons dans celle-ci.

Ce pourrait-il que nous fassions fausse route à persister à mettre en œuvre seulement un processus disciplinaire qui mise sur responsabilité individuelle pour influencer sur la balance énergétique et corriger la crise du poids?

La problématique pondérale actuelle et ses conséquences négatives sur la santé touchent, à des degrés divers, l'ensemble de la société. En tel cas, Durkheim (Durkheim E. 1952) affirmait qu'un changement au niveau social, collectif, tel le changement observé en matière de poids, ne peut s'expliquer que par des changements qui touchent la collectivité dans son ensemble ou dans de larges parts de celle-ci. Par conséquent, la problématique du poids, telle que décrite par les organisations médicales, pourrait fort bien avoir ses racines ailleurs que dans le seul cadre mathématique de la balance énergétique. Mais où?

7.3 Vers un autre modèle explicatif?

Tel que vu dans la première section de ce mémoire, les statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé montrent que le poids prend du poids depuis au moins le milieu des années 1970. Mais cette prise de poids est asymétrique. Les disparités dans la prévalence du surpoids et de l'obésité s'observent partout. De fait, la base de données de l'OMS au sujet de l'indice de masse corporelle¹⁵⁴ révèle que ce fléau n'affecte pas toutes les nations de manière similaire.

Rappelons qu'au sein d'une même nation, s'observent des différences entre régions, entre les hommes et les femmes, entre les différents statuts socioéconomiques. Le poids excédentaire est à la hausse dans toute la population, mais dans des proportions différentes. De plus, parmi les auteurs qui se sont penchés sur la moralisation, peu sont allés au-delà.

¹⁵⁴ <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>

7.3.1 Regarder la problématique autrement?

Face à ces constats qui corroborent ceux qu'il fait lui-même, Qvortrup (Qvortrup M 2005) déplore le fait que la littérature à caractère épidémiologique sur l'obésité passe trop souvent par-dessus ces corrélations qui confirment l'existence d'inégalités importantes en matière de santé et de poids. Pour lui, cette littérature manque clairement d'ambition en matière d'explications plus théoriques pour décrire les liens entre les problématiques de santé qui en découlent et un discours sociologique plus global. Nous pourrions en dire autant des auteurs qui se sont penchés sur la moralisation. En effet, peu, voire trop peu ont osé aller au-delà.

Puis, il se commet. Il note qu'au cours de cette période où le poids a pris du poids, il s'est produit un changement sociétal majeur. Les pays occidentaux sont passés de sociétés industrielles traditionnelles à une économie globalisée fondée sur des principes néo-libéraux. Lupton (2006) dira que ces économies sont basées sur la consommation de commodités et de valeur ajoutée.

Ce changement de paradigme économique a eu un impact majeur dans toutes les sphères de nos sociétés occidentales. Baudrillard dira que la consommation y est devenue un élément structurant des relations sociales. Elle n'est plus le moyen de satisfaire ses besoins, mais plutôt de se différencier (Baudrillard J. 1970). Elle en est venue à jouer un rôle central, primordial, dans la manière qu'ont les gens de se définir, car, selon McCracken (McCracken G. 1988), les biens de consommation sont devenus les fondements, les unités de base de la culture.

Un changement d'une telle ampleur ne peut se manifester que progressivement et avec une intensité différente selon les endroits. Partant de cette hypothèse, Qvortrup, dans sa recherche d'un cadre théorique qui puisse rendre mieux compte de cette prise de poids collective, a cherché d'abord à identifier quelles étaient les autres sources majeures de transformations sociales des dernières années. Il s'est attardé à la mouvance néolibérale afin de déterminer s'il y pouvait y avoir un lien entre la libéralisation des marchés, donc ceux où la consommation est le plus susceptible de contribuer à la manière qu'ont les gens de se définir, et leurs taux d'obésité respectifs.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

À cette fin, il a utilisé l'indice de liberté économique du *Heritage Foundation*¹⁵⁵ comme unité de mesure du degré de libéralisation des marchés dans un pays donné, bien que la qualité et la valeur de cette unité n'aient pas été clairement reconnues. En ayant recours au coefficient de corrélation de Pearson, il a mis en relation cet indice édition 2004 avec le taux d'obésité officiel pour ces mêmes pays. Bien que la corrélation ne soit pas particulièrement concluante, il appert qu'il y aurait un lien causal entre la libéralisation des marchés et l'obésité.

De fait, les nations avec l'indice de liberté économique les plus favorables (États-Unis, Australie et Grande-Bretagne), donc avec les économies avec le moins d'entraves à la consommation, sont également celles aux prises avec les taux d'obésité les plus forts (17 à 25 %). À l'inverse, les pays de même niveau économique, mais dont l'indice de liberté économique est plus défavorable (France, Norvège, Hollande) sont ceux avec les taux d'obésité les plus faibles (7 à 8 %).

Pour lui, il ne fait aucun doute que l'obésité est, au moins en partie, une conséquence des changements politiques et économiques récents que l'on nomme globalisation ou néolibéralisme (Qvortrup M 2005). Plus encore, cette globalisation a créé les conditions nécessaires qui ont mené à la surconsommation d'aliments riches en énergie et à la diminution du temps consacré aux loisirs.

Ce modèle explicatif s'avère certes fort intéressant, puisqu'il propose une explication aux disparités observées entre nations de même niveau économique. Par contre, il ne s'aventure pas, voire trop peu, dans l'exploration des différences

¹⁵⁵ Selon le Heritage Foundation, la liberté économique serait le droit fondamental que possède chaque personne d'avoir un travail et d'accéder à la propriété. Dans une société « économiquement libre », les individus sont libres de travailler, de produire, de consommer et d'investir comme bon leur semble. Cette liberté est garantie et préservée par l'État. Dans une société économiquement libre, les gouvernements autorisent la libre circulation de la main d'œuvre, des capitaux et des biens sans coercition ni contrainte à moins que ce soit requis afin de protéger cette liberté. (Traduction libre tirée de <http://www.heritage.org/index/Default.aspx>). Le Heritage Foundation et le Wall Street Journal, ont développé une méthodologie basée sur 10 facteurs (liberté des affaires, libre-échange, liberté fiscale, taille du gouvernement, liberté monétaire, liberté des investissements, droit à la propriété, la corruption, liberté de main d'œuvre) pour déterminer l'indice de liberté économique (http://www.heritage.org/index/PDF/Index09_Methodology.pdf)

de distribution des poids problématiques à l'intérieur des entités nationales. Bien qu'il soit cohérent et qu'il s'inscrit dans la mouvance de l'avènement de la société de consommation et de ses impacts sur l'individu tel que défendu par Baudrillard, Lupton et McCracken, ce modèle est, au mieux, inachevé.

7.3.2 Une anomie qui coule de source

Comme nous avons pu le constater dans l'analyse documentaire, les organismes gouvernementaux, les professionnels de la santé et le reflet qu'en donnent les écrits journalistiques inscrivent essentiellement la problématique du poids, tant dans son modèle explicatif que dans le modèle d'intervention disciplinaire qui en découle, dans une logique de baisse des contraintes sociales et normatives qu'il faut pallier. C'est ce que Fischler (Fischler C 1979) nomme la « gastro-anomie ». Par cette notion, Fischler cherche à illustrer le tiraillement anxieux lié notamment à l'alimentation et qui se produit au cours de la transition d'un modèle normatif vers un ou quelques modèles constitués de plusieurs discours qui se contredisent, mais cherchent néanmoins à s'imposer : hygiéniste, identitaire, hédoniste, esthétique, etc. Il résulterait de cette absence d'un cadre normatif fédérateur une créativité collective ou individuelle sans limites. Faute de véritable système de régulation, toute expérience devient possible. Or, Beck (Becks U 2003b) soutient que « le risque surgit lorsque la nature et la tradition perdent leur emprise, et que l'homme doit décider de son propre chef ».

Cette anomie apparente que les autorités sanitaires combattent en cherchant à imposer leur propre cadre normatif semble être un effet de la société de consommation valorisé par le modèle néolibéral décrit par Qvortrup. Rappelons que ce néolibéralisme, tel que défendu par le *Heritage Foundation*, met de l'avant des valeurs de sociétés économiquement libres où les individus sont libres de travailler, de produire, de consommer et d'investir comme bon leur semble dans un environnement sans coercition ni contrainte à moins que ce soit requis afin de protéger cette liberté. La consommation est élevée ici à un niveau identitaire.

Plusieurs auteurs, dont Levenstein (Levenstein H A 1996), Fischler (2001) et Poulain (2002) constatent que depuis la fin des années 1940, et tout au long du

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

boom économique d'après-guerre, l'alimentation s'est modifiée. Ces produits se sont standardisés, homogénéisés et délocalisés¹⁵⁶. Ils sont soumis à des réglementations sur l'hygiène et des processus de contrôle de la qualité. L'industrialisation de la filière agroalimentaire a donc eu notamment pour conséquence de modifier substantiellement la nature de l'aliment. Fidèle à l'explication que donnait Baudrillard du bien de consommation, l'aliment n'est plus un moyen de satisfaire ses besoins nécessaires à la vie, mais une commodité, un bien de consommation qui fait maintenant l'objet de tractations, de négociations et d'accords à l'Organisation mondiale du commerce. L'alimentation est maintenant vue comme un marché¹⁵⁷.

Bien que l'alimentation soit reconnue comme un droit qui découle de la Déclaration universelle des droits de l'homme¹⁵⁸, les dernières décennies ont contribué à lui conférer une dimension commerciale : l'aliment est un bien à consommer. Dans un contexte néolibéral tel que celui décrit par Qvortrup, ce bien est à consommer en toute liberté, sans contrainte ni coercition.

L'avènement de la société de consommation a profondément modifié la charge symbolique de plusieurs éléments de la vie quotidienne en Occident. L'alimentation en est un exemple. Il y a fort à parier qu'il en est de même pour ce qui est de l'activité physique. À l'instar des aliments, l'activité physique serait elle aussi devenue un bien à consommer dans un esprit de liberté, sans contrainte ni coercition.

Comme nous l'avons vu plus tôt notamment dans l'analyse des documents, cette absence de cadre normatif a été associée, comme nous l'avons vu plus tôt

¹⁵⁶ Les aliments sont, selon Poulain (2002), déconnectés de leur enracinement géographique et des contraintes climatiques qui leur étaient traditionnellement associées.

¹⁵⁷ En effet, le commerce agricole et des denrées alimentaires apparaît comme un sous domaine de la section qui traite des marchandises dans le site de l'Organisation mondiale du commerce http://www.wto.org/french/tratop_f/agric_f/agric_f.htm.

¹⁵⁸ La résolution du 17 avril 2000 de la Commission des droits de l'homme rappelle les différents éléments sur lesquels ce droit est fondé. <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/84eea47a700837d9802568ce0057b6e8?Opendocument>.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

notamment dans l'analyse des documents, aux éléments qui menacent la pérennité de l'organisation de nos sociétés, dont font partie les maladies chroniques et les problématiques du poids excédentaire et auxquels les stratégies d'éducation et formation se veulent une réponse. Par conséquent, nous pourrions émettre l'idée que les autorités cherchent à instituer un nouveau cadre normatif fondé sur une rationalité médico-scientifique et qui met de l'avant un exercice disciplinaire.

En fait, la médecine n'échapperait pas à ce changement paradigmatique. Conrad affirme que le consumérisme est un des trois principaux agents de changements à l'œuvre dans le processus de médicalisation. Ce mécanisme consiste à définir une problématique en termes médicaux, l'associant généralement à une pathologie ou un désordre, afin de le traiter en ayant recours aux moyens propres à la médecine (Conrad P. 1992; 2005). Comme l'alimentation, il nous explique que les soins médicaux se sont « commodifiés », se sont segmentés, afin de mieux répondre aux besoins des consommateurs. Se faisant, la médecine alimente le cercle vicieux décrit par Crawford (2004) à savoir que l'anxiété génère du contrôle et ce contrôle produit à son tour plus d'anxiété. En d'autres mots, si l'anxiété génère du contrôle qui se traduit par l'exercice disciplinaire, c'est donc dire que ce serait l'anxiété issue de l'anomie créée par le néo-libéralisme qui déclencherait ce « réflexe » de contrôle qui à son tour produirait de l'anxiété (anxiété de réussir ce contrôle).

L'exercice disciplinaire tel que véhiculé par l'appareil médical et paramédical est présenté comme la solution, la prescription à mettre en œuvre pour corriger, pour combler l'absence de normes. Or, selon la perspective de Crawford, cet exercice disciplinaire paraît plus relever plus de la conséquence, l'effet qui découle de l'anomie.

7.3.3 Nouveau cadre normatif?

Dans ce contexte, et compte tenu des graves conséquences qu'a le poids excédentaire sur la santé, il est important de répondre à l'appel de Crawford. C'est-à-dire oser revisiter le modèle de la dislocation de l'expérience qui

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

caractérise l'actuelle culture médicale afin de se sortir du cadre normatif marqué par la spirale de l'anxiété.

Comme nous venons de l'évoquer, ce à quoi nous assistons tant dans l'évolution du poids moyen collectif que du processus disciplinaire, n'est pas tant la résultante de la disparition d'un cadre normatif, que l'émergence d'un nouveau. Il se déploie, sous nos yeux et dans nos corps, un nouveau cadre qui se veut en cohérence avec les valeurs de la société de consommation et qui sont devenues dominantes au cours des dernières décennies : travailler, produire, consommer et investir comme bon nous semble dans un environnement sans coercition ni contrainte à moins que ce soit requis afin de protéger cette liberté.

La clef afin de comprendre ce nouveau cadre normatif réside dans ce que Fischler (2001) nomme le principe d'incorporation. Il s'agit, dit-il, d'un processus qui consiste à faire sien quelque chose d'extérieur. Il dira que l'incorporation semble en fait traduire une caractéristique essentielle du rapport de l'homme à son corps. « C'est elle qui semble fonder la tentative, constante dans la plupart des cultures, de maîtriser le corps et, à travers lui, l'esprit, la personne tout entière, donc l'identité [...] L'incorporation est fondatrice de l'identité collective et de l'altérité [...] L'incorporation marque un espoir : devenir davantage ce que l'on est ou ce que l'on souhaite devenir »(Fischler C 2001b).

Il est vrai que Fischler fait référence à ce principe dans un cadre essentiellement alimentaire afin d'expliquer notamment les variations observées dans la perception de ce qui constitue un aliment comestible ou non. Par contre, cette recherche d'accession identitaire par l'adhésion à des pratiques ne se limite pas qu'au seul cadre alimentaire. Fischler (Fischler C 2009) nous rappelle que le corps est un signe immédiatement interprétable par tous de l'adhésion au lien social, de la loyauté aux règles du partage et de la réciprocité. Ainsi, par le recours au principe d'incorporation à l'ensemble des pratiques qui influent sur l'apparence du corps, donc par une vision plus large et englobante, il est possible d'expliquer tant les disparités de poids entre nations qu'à l'intérieur d'une même nation.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

La vie en société se fonde donc, entre autres choses, sur l'appartenance à une identité collective. Ce lien identitaire se construit notamment par l'intégration, l'incorporation de valeurs de la collectivité afin de les faire siennes et de les inscrire dans le tréfonds de notre intimité. Cette construction passe par une foule de gestes, certains mis en œuvre par des institutions (p. ex., l'éducation, la religion, la santé) alors que d'autres relèvent du geste du quotidien comme l'acte de s'alimenter. Le corps, tant par lui-même, dont le poids fait partie, que dans sa dimension de véhicule, viendra témoigner de la force de ce lien au tissu social.

Si nous sommes dans une société qui a notamment comme valeur cardinale la libre consommation, nous ne consommons pas tous de la même manière et en quantité similaire. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que dans ce système complexe qu'est le monde de la consommation, les individus d'une société donnée marquent leurs appartenances et leurs positionnements dans cette société par des signes : ces signes pourront être des signes dits « extérieurs de richesse ».

De ceux-ci, selon le principe d'incorporation, découleront des choix (conscients ou non) faits par les individus afin de marquer dans leurs corps et au regard des autres, la nature de leur participation à la société où la consommation est élevée au niveau de droit fondamental. Cette dernière est marquée, tant dans l'alimentation que dans les autres dimensions de la vie quotidienne, par la liberté de choisir, de consommer, sans contrainte ni coercition. Cette liberté recherchée contribue au déploiement d'une individualité toujours plus marquée.

Dans un tel système, l'individu marquera vraisemblablement son appartenance, son adhésion à cette société consumériste par l'exhibition de son pouvoir d'achat. Ce pouvoir d'achat pourra être déterminé ou influencé par de nombreux facteurs, dont le statut socioéconomique, le niveau d'éducation, le genre et l'âge. À titre d'exemple, proposons une analyse de l'influence du statut socioéconomique.

Puisque le pouvoir d'achat est déterminé par le statut socioéconomique, des différences notables dans les signes extérieurs de richesse pourront être observées chez les individus de différents statuts. Chez les moins nantis, l'individu pourra porter son choix vers des biens qui symbolisent plus rapidement, dans

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

l'immédiateté, l'urgence du geste, cette pleine et entière adhésion à la société de consommation. Dans ce contexte, les signes extérieurs de richesse seront moins variés et se concentreront plus autour des besoins de bases, dont l'alimentation. Celle-ci sera composée d'aliments qui symbolisent le mieux cette société de consommation. Il sera alors question d'aliments transformés, prêts à manger ou encore hautement transformés. Notons que ce sont tous des produits dits « à valeur ajoutée ».

On comprendra alors qu'en matière de poids, les individus qui ont peu la possibilité d'exprimer leur lien à la société de consommation seront également plus susceptibles de connaître des poids excédentaires, ce qui est en concordance avec les évidences statistiques actuelles. Contrairement aux affirmations des organismes officiels de la santé, les choix alimentaires des personnes issues des niveaux les moins favorisés ne sont donc pas le seul fruit d'un manque d'éducation. Ces habitudes de consommations sont aussi autant de manières de s'inscrire dans un tissu social mu par la liberté de consommation. Ce choix de produits en serait alors aussi un qui marque le désir, l'affirmation de liberté individuelle. Ainsi, contrairement aux dires des autorités de santé publique, loin d'être négatif, ce choix en devient un positif. Le poids excédentaire garde donc ici sa valeur positive qu'on lui attribuait avant le vingtième siècle.

À l'opposé, lorsque le pouvoir d'achat sera plus important, les individus pourront porter leurs dévotus sur un choix plus grand de biens, de services et de produits. On constatera ici que les biens s'ils sont moins transformés, ils requerront l'utilisation, voire l'acquisition d'équipements particuliers ou de manuels d'instructions tout aussi précis (p. ex., le livre de recettes). Ainsi, le signe extérieur de richesse n'est plus nécessairement le produit, mais la capacité de le transformer et de le montrer. Par contre, si le produit est transformé, il sera « labellisé ». La valeur dudit produit sera fonction de la valeur attribuée ou réelle du label.

Transposés à la problématique du poids, les individus qui ont de meilleures occasions de faire étalage de leur pouvoir d'achat seront moins susceptibles d'être en situation de surpoids ou d'obésité. D'ailleurs, on observe chez les mieux nantis

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

et chez les scolarisés, des taux de prévalence de poids excédentaire (surpoids et obésité) inférieurs à la moyenne. On note cependant qu'au cours des dernières années, la prévalence est à la hausse. Par contre, si la prévalence des poids hors-normes est plus faible dans ce groupe c'est que les signes extérieurs de richesse sont bien plus nombreux et variés. S'ajouteront ici, par exemple, les voyages, l'inscription à un centre sportif, etc. En ce qui a trait à l'alimentation, la richesse à exhiber ne vient plus seulement du produit, mais aussi, voire surtout, de sa capacité à l'utiliser et à le transformer. Ce sont donc les personnes les plus susceptibles de se conformer aux recommandations des professionnels de la santé. Cette capacité de se conformer devient donc logiquement à son tour un signe extérieur de richesse.

De tels rapprochements pourraient se faire aussi en fonction du niveau de formation, du genre ou encore de l'âge des individus et des groupes d'individus.

Ce modèle qui repose sur un rapprochement avec le discours économique semble mieux rendre compte de la distribution des poids hors-norme dans la société et entre les nations. De fait, le modèle moralisateur laisse entendre que les individus ont le potentiel d'échapper à la norme, le poids en étant la preuve. Par contre, ce nouveau modèle rappelle que les individus souhaitent être en synchronisme avec les valeurs de leur société et que dans ce contexte, le poids en est une démonstration.

Face à l'emballement de la consommation qui caractérise notre société devenue néo-libérale et son époque, la seule parade qui s'est imposée jusqu'à maintenant est un renforcement constant du système disciplinaire. Or, le modèle de Crawford le souligne, ce type de réaction relève du cercle vicieux qui ne peut être que sans issue.

La problématique du poids excédentaire et ses conséquences souvent graves sur la qualité de vie méritent qu'on cesse d'alimenter cet emballement de la consommation et de la discipline.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Castoriadis (Castoriadis C 1998) notait avec grande justesse que, l'individu contemporain, supposé donner à sa vie le sens qu'il veut, « ne lui donne, dans l'écrasante majorité des cas, que le sens qui a cours, c'est-à-dire le non-sens de l'augmentation indéfinie de la consommation. Son autonomie redevient hétéronomie, son authenticité est le conformisme généralisé qui règne autour de nous.

Bibliographie

- 2005/09/30. Une crise de santé publique. *La Presse*:Forum Page A 19
- Agence France Presse. 2004/06/27. Obésité: Poids moindre, meilleure vie sexuelle. *Le Soleil* Québec:Page A 13
- Agence France Presse. 2004/07/17. L'Obésité classée comme maladie. *La Presse*:Page A 7
- Allard P. 2005/07/11. Obésité au menu. *Le Droit*:Forum Page 5
- American Dietetic Association. 2002. Position of the American Dietetic Association: Weight management,. *Journal of the American Dietetic Association* vol 102
- American Dietetic Association. August 2002. Position of the American Dietetic Association: Weight management,. *Journal of the American Dietetic Association* vol 102
- AP P. 2003/05/04. L'obésité augmenterait le risque de malformité à la naissance. *La Presse Canadienne*
- Aphramor L. 2005a. Is a Weight-centered Health Framework Salutogenic ? Some thoughts on Unhinging certain dietary Ideologies,. *Social theory and Health* 3:315-40
- Aphramor L. 2005b. Who says size matters? Paper presented at Weighty Issues: Representation, Identity and practices in the areas of eating Disorders, Obesity, and body Management,. *University of west of England,, Bristol*
- Armstrong D. 1983. *Political anatomy of the Body : Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press
- Arnould F. 2005/03/17. L'obésité tue: L'espérance de vie des Américains pourrait reculer de 2 à 5 ans. *Le Téléjournal*
- Associated Press. 2003/03/01. L'obésité n'est plus l'apanage des américains. *Le Devoir*:Page A 4
- Associated Press. 2003/03/16. Lutter contre l'obésité; Moins de 10% des calories devraient provenir du sucre. *La Presse*:Actuel Santé Page B 3
- Associated Press. 2004/05/11. L'obésité s'étend dans le monde. *La voix de l'est*:Page 28
- Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32
- Austin SB. 1999. Fat, Loathing and public health: the complicity of science in a culture of disordered eating, . *Culture Medicine and Psychiatry* 23:245-268
- Avenell A, Brown TJ, McGee MA, Cambell MK, Grant AM, et al. 2004. What are the long term benefits of weight reducing diets in adults ? asystematic review of randomized controlled trials,. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* Aug;17(4):317-35

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Ayyad C, Anderson T 2000. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews* 1 (2):113-9
- Baudrillard J. 1970. *La société de consommation (1970)*, Paris, Gallimard, « folio, 1986, p. 311-312. Paris: Gallimard / Folio. 318 pp.
- Beauchemin M. 2007/06/07. Québec entreprend sa lutte contre l'obésité; Adoption de la Loi du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. *La Tribune*:Page 15
- Becks U. 2003a. *la société du risque*. Paris: Flammarion Champ
- Becks U. 2003b. *la société du risque*. Paris: Flammarion
- Beisel N. . 1997. *Imperiled Innocents: Anthony Comstock and Family Reproduction in Victorian America*. Princeton, NJ:: Princeton University Press
- Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17
- Bérubé N. 2002/10/02. Obésité: les médecins incapables de combattre le fléau. *La Presse*:p.84
- Birmingham CL, Muller JL, coll. PAe. 1999. The costs of obesity in Canada. *Can Med Assoc J* 160
- Bish CL, Blank HM, Serdula MK, Marcus M, Kohl III HW, Kahn LK. 2005. Diet and physical behavior among Americans trying to loose weight: 2000 behavioral risk factor surveillance system. *Obesity research*:596-607
- Bloomberg. 2002/06/22. L'obésité au menu. *La Presse*:Actuel Page A 25
- Bourgault-Coté G. 2006/10/24. Des millions pour aider les Québécois à resserrer la ceinture d'un cran. Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon ajouteront 200 millions chacun dans la lutte contre l'embonpoint. *Le Devoir*:A 4
- Braën a. 2002. La santé et le partage des compétences au Canada, Étude de cas no. 2, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa
- Bray G A. 2004. *Classification and evaluation of the overweight patient. Handbook of Obesity, Clinical Applications*: Marcel Dekker inc.
- Bresciani E. 1996. Nourriture et boissons de l'Égypte ancienne,. In *Histoire de l'alimentation,,* ed. sous la direction de Flandrin JL et Montanary M, p. 998: Fayard
- Breton P. 2005/09/29. 400 millions pour combattre l'obésité. L'ancien magnat de Videotron promet une somme colossale...si Québec égale la mise. *La Tribune*:Actualités Page B 1
- Brousseau-Pouliot V. 2005/06/18. Dix conseil pour venir à bout de l'obésité. *Le Soleil*
- Buekert D. 2002/05/09. Les Canadiens prennent du poids, L'obésité gagne du terrain, selon Statistique Canada. *La Presse*:Page A 8
- Cahnman W.J. 1968. The stigma of Obesity. *The sociological Quarterly* 9 (3) 283-99

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Jr. HC. 1999. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 341:1097-105
- Campos P, Saguy A, Ernsberger P, Oliver E, Gaesser G. 2006. The epidemiology of overweight and Obesity: Public health crisis or moral panic ?,. *International Journal of Epidemiology* 35:55-60
- Canadian Medical Association. 2006. 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children, . *Canadian Medical association Journal* 176:online 1-117
- Caouette M. 2004/02/29. Un projet pour contrer le problème de l'obésité. C'est devenu un mal de société qui serait pire que la malnutrition et le tabagisme, croient les experts. *Le Soleil:Santé* Page A 11
- Carr D, Friedman MA. 2005. Is Obesity Stigmatizing ? Body weight, perceived discrimination, and Psychological well-being in the United-States,. *Journal of Health and Social Behavior* vol 46 (September):244-59
- Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir:Page* 10
- Castoriadis C. 1998. *Post-scriptum sur l'insignifiance*. Paris: Éditions de l'aube
- Cellard A. 1997. L'analyse documentaire. In *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupard J, Groulx LH, Deslauriers JP, Laperrrière A, Mayer R,. Montréal: Gaëtan Morin
- Chabot DM. 2005/02/22. Lutter contre l'obésité dès l'enfance à l'école. *Le Téléjournal*
- Chagnon-Decelles D GMD, Lavallée-Coté L, et collaborateurs. 1997. *Manuel de nutrition clinique: Ordre professionnel des diététistes du Québec*
- Chagnon-Decelles D. L-CL, et collaborateurs. 2000a. *Manuel de nutrition clinique en ligne, section Obésité et contrôle du poids*,. <http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/obesite/index.htm>
- Chagnon-Decelles D. L-CL, et collaborateurs. 2000b. *Manuel de nutrition clinique en ligne, section Obésité et contrôle du poids*,. <http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/obesite/index.htm>
- Chronic disease prevention.
- Cohen Stanley. 1972. *Folk Devils and Moral Panics*. New York: Routhledge
- Collard N. 2002/05/27. Obésité: Le Québec sous surveillance. *La Presse:Actuel* Page B 1
- Collin J. 2007. Relations de sens et relation de fonction: risque et médicament. *Sociologie et sociétés* XXXIX.1:99-122
- Conrad P. 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18 (1992):209 - 32

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Conrad P. 2005. The shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46:3-14
- Conseil canadien sur la santé. mars, 2007. Importance du renouvellement des soins de santé : leçons apprises du diabète.74
- Corporation professionnelle des médecins du Québec. 1988. *L'obésité : diagnostic, classification et traitement, mise à jour des notions et des principes*,. Montréal: Corporation professionnelle des médecins du Québec
- Côté E. 2006/08/23. La télé fait engraisser les enfants. *La Presse*:Page A 3
- Côté E. 2006/11/30. Un lobby anti-obésité est né. *La Presse*:Page A 17
- Côté J. 2003/12/14. Lutte à l'obésité: Du pain sur la planche. *La Presse*:Page Actuel 4
- Coveney J. 2000. *Food, Moral and Meaning, The pleasure and anxiety of eating*. London: Routledge. 206 pp.
- Critser G. 2003. *Fat Land – How Americans became the fattest people in the world*: Houghton Mifflin
- Crossley N. 2004. Fat is a sociological Issue: Obesity rates in late modern , "Body-Conscious" Society, . *Social theory and Health* 2:(222-53)
- Crozier M. 1980. *La crise des régulations dans H. Mendras (dir)* Paris: Gallimard
- de la Sablonnière J. 2004/10/09. Jacinthe Coté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien*:Page 41
- de Saint Pol T. 2009. Evolution of Obesity by social status in France, 1981-2003. *Journal of Economics & Human Biology*
- Deglise F. 2005/09/15. Lutte contre l'obésité: l'éducation physique devrait remplacer la religion. *Le Devoir*:Page A 3
- Deglise F. 2005/09/29. 800 millions pour combattre l'obésité chez les jeunes. La Fondation Lucie et André Chagnon propose d'investir 400 millions si Québec en fait autant. *Le Devoir*:Page A 1
- Dent R, Vallis M, Hramiak I, Francis J A. 2007. Role of the Health care team in the evaluation and management of obesity, 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children,. *Canadian Medical association Journal*, 176 (8 suppl):1-117
- Deslauriers JP. 1997. L'analyse. In *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart J, Groulx L-H, Deslauriers JP, Laperrrière A, Mayer R,, ed. GM Éditeur, p. 408. Montréal
- Dey DJ, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, B. S. 2001. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. a 15y longitudinal population study of 70y olds. . *Eur J Clin Nutr* 55:482-92
- Direction nationale de la santé publique 2003. Programme nationale de Santé publique 2003-2012, Gouvernement du Québec

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Douketis JD, Feightner JW, Attia T et al, and Examination. 1999. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1999 update: 1, Detection, prevention and treatment of obesity, . *Canadian Medical Association Journal*, Vol 160, Issue 4 513-25
- Drewnowsky A, Warren-Mears V-A. 2003. *Nutrition and Obesity, Obesity, Mechanisms and clinical Management*,: Lippincott Williams & Wilkins
- Dupont F. 1996. Histoire de l'alimentation. ed. slddFJeM M, p. 998: Fayard
- Durkheim E. 1952. *Suicide*. London: RKP
- Dwyer JT, Mayer J. 1970. Potential dieters : who are they ? *Journal of the American Dietetic Association* 56:510-4
- Eberstadt M. 2001. *Home-alone America*.
- Eckel R H. 2003. *Obesity, Mechanisms and Clinical Management*
- EIACA. 2003. *Enquete internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. http://www.fqa.qc.ca/soussection1.php?section=1_2_2
- Ernsberger P, Koletsky RJ. 1999. Biomedical Rationale for a Wellness Approach to Obesity: An alternative to focus on Weight Loss,. *Journal of Social issues*, vol. 55, no.2:221-60
- Espinoza G, Scott S. 2002. The real skinny: forgoing fad diets, seven once-obese people go from hefty to healthy by cutting calories and gaining resolve,. *Time*:88
- Etienne J BF, Noreck JP, Roux JP 2004. *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Hatier
- Extenso. 2009. *Pleins Feux*.
- FAO. 2006.
- Fischler C. 1979. Gastro-nomie, gastro-anomie : sagesse du corps et crise bio-culturelle de l'alimentation moderne. In *Communication*, ed. L Seuil. Paris
- Fischler C. 2001b. *l'Homnivore*. Paris: Odile Jacob
- Fischler C. 2009. *Obèse bénin, obèse malin*. <http://http://lewebpedagogique.com/erell185/2009/05/19/obese-benin-obese-malin-claude-fischler//erell185/2009/05/19/obese-benin-obese-malin-claude-fischler/>
- Foucault M. 1984. *Histoire de la sexualité*,: Gallimard
- Foucault M. 1975. *Surveiller et Punir*: Gallimard
- Foucault M. 1984. *Deux essais sur le sujet et le pouvoir, dans H. Dreyfus et R. Rabinow*. Paris: Gallimard. 298 pp.
- Gard M, Wright J. 2005. *The epidemic of Obesity – science, morality and ideology*: Routledge
- Gélinas M. D. ec. 1987. *Manuel de nutrition clinique / Obésité*. Montréal: Corporation professionnelle des diététistes du Québec

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Gélinas M. D. ec. 1991. *Manuel de nutrition clinique / Obésité* Montréal: Corporation professionnelle des diététistes du Québec. 10 pp.
- Gervais R. 2002/06/17. Obésité chez les enfants: Les parents montrés du doigt. *La Presse*:Page E 32
- Goode E, Ben-Yehuda N. 1994. *Moral Panics: The Social Construction of Deviance*. Malden, MA: Blackwell Publishers
- Gouvernement du Québec. *Budget 2005-2006*.
- GTPPP. 2004,. Les problèmes reliés au poids au Québec : Appel à la mobilisation, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids
- Guimond E. 2004/09/24. L'épidémie d'obésité. *La Presse*:Actuel Page 4
- Gustafon-Larson AN, Terry RD. 1992. Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association* 92:818-22
- Hassen-Khodja Raouf , Lance Jean-Marie. 2005. Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : mise à jour. ed. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé, p. 116. Montréal
- House of Commons Health Committee. 2002-2003. Obesity. Third report of session 2002-2003. 1:London:Stanionary office 2004
- Huberman AM MM. 1991. *Analyse des données quaitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck
- Institut national de nutrition. 1995. Rapport NIN, Portrait de l'obésité, Institut national de la nutrition
- Jean M. 2004/07/21. L'invasion de la malbouffe dans les écoles secondaires. La malbouffe servie dans les écoles à la demande des adolescents: L'obésité est en train de devenir le mal du siècle,. *Le Téléjournal / Le Point*
- Jeffrey Rw, Drewnowsky A, Epstein LH et al. 2000. Long term maintenance of weight loss:current status. *Health Psychology* 19(I Suppl):5-16
- Katzmarzyk P T. 2007. Epidemiology of Obesity, 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children,. *Canadian Medical association Journal* 176 (8 suppl):1-117
- Kidder LH. 1981. Qualitative Research and Quasi-Experimental Frameworks In *Scientific Inquiry and the Social Sciences*, Brewer MB, Collins BE, , ed. J-B Publishers, pp. 227-53. San Francisco
- Kovacs C. 2004/11/10. La guerre contre l'obésité: Un nouveau type de médicament alimente tous les espoirs. Montréal: Société Radio-Canada Télévision
- Krol A. 2004/02/26. L'obésité au Canada semble se stabiliser *La Presse*:Page A 8
- Krol A. 2005/06/02. Organisation Mondiale de la Santé - L'Obésité entraîne une forte progression des maladies chroniques. *La Presse*:Page A 15
- Lalonde M. 1974. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, ministère de la Santé nationale et du bien-être

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Laramée A. VB. 1991. *La recherche en communication. Éléments de méthodologie*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec
- Larocque A. 2006/08/25. L'Ère de l'obésité. *Le Droit:Forum* Page 8
- Lau D C.W. DJD, Morisson Katherine M., Hramiak I M., Sharma A M., Ur E,. 2007. *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*: Association médicale canadienne
- Laurin R. 2002/04/05. Obésité: l'école aura un rôle à jouer. *Le Droit:Page* 6
- Le Breton D. 1997. *La sociologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France
- Lean ME. 2008. Trading regulations and health foods. *British Medical Journal* November 25th
- Lemieux L. 2002/11/28. Des médecins réclament un centre de prévention; Les proportions pandémiques de l'obésité et du diabète sèment l'inquiétude. *Le Soleil:Page* A 3
- Levenstein H A. 1996. Diététique contre gastronomie: traditions culinaires, sainteté et santé dans les modèles de vie américains. In *Histoire de l'alimentation*, ed. Fayard, pp. 843-58. Paris
- Lévesque L. 2008/06/19. Tous les loisirs sédentaires n'entraînent pas l'obésité. *Le Nouvelliste:Actualités* Page 35
- Lévesque L. 2004/02/10. L'industrie et le gouvernement sont invités à lutter contre l'obésité.
- Levi J VS, Richardson L, St. Laurent R, Segal LM. 2009. F as in Fat: How obesity policies are failing in America, Trust for America's Health, Ronert Wood Johnson Foundation, Washington DC
- Lindenbaum S, Kuru. 2001. prions and human affairs: thinking about epidemics,. *Annual Review of Anthropolgy* 30:363-85
- Lortie M-C. 2006/04/10. Épidémie d'obésité. Guérir les âmes avant l'assiette. *La Presse:Actuel* 2
- Lupton D. 1996. *Food, The Body and the self*, . London: Sage
- Lupton D. 2003. *Medicine as Culture, second Editon*,. London: Sage
- Lupton D. 1993. Risk as Moral danger. *International Journal of Health Services* 23:425-35
- Lupton D. 1999. *Risk*: Routledge
- Mace G. PF. 2000. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Québec: Presses de l'université Laval - de Boeck Université
- Maloney M, McGuire J, Daniels S, Specker B. 1989. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 84:482-7
- Mauss M. 1950. *Les techniques du corps*. Paris: P U F

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- McCracken G. 1988. *Culture and Consumption: New Approaches to the symbolic Character of Consumer Goods and Activities*. Bloomington: Indiana University Press
- Mendelson R, Martino R, Clarke C, Mornin K, Whitham D, Yong M. 2007. 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children. *Canadian Medical association Journal*, 176 (8 suppl):online 1-117
- ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1992. La politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1997. Des priorités nationales de Santé publiques 1997-2002, Gouvernement du Québec
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. 2003. Rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec 2005, Produire la santé, , Gouvernement du Québec
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. 2006. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir, Gouvernement du Québec
- Mongeau L, Vennes M, Sauriol V. 2004. *Maigrir pour le meilleur et non le pire. Guide sur les principes d'une saine gestion du poids et analyse critique des produits et services amaigrissants*: APSQ éditions
- Mongeau L et Al. 2005. Excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003, Institut national de santé publique
- Moore D. C. 1993. Body image and eating behaviors in adolescents. *Journal of the American College of Nutrition* 12:505-10
- Morin A. 2007/11/08. L'obésité des enfants, une "crise" mondiale. *Le Soleil*:Actualités Page 11
- Morin M. 2002/05/29. L'ABC de l'obésité. *La Tribune*:Page A 10
- Morone J. 2003. *Hellfire Nation*. New Haven: Yale University Press,
- National Dairy Council. July-August, 1991. Dairy council Digest, National Dairy Council, Rosemount
- Noël K. 2006/12. Obésité Collective. *Commerce* vol. 107 Page 40
- Noël PH, Pugh JA. 2002. Management of overweight and obese adult,. *British Medical Journal* (5 October) 325::757-61
- Norris S WT. 2000. *VIEILLIR EN SANTÉ : AJOUTER DE LA VIE AUX ANNÉES ET DES ANNÉES À LA VIE*.
- Norris SL, Zhang X et al. 2004. Long term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: a meta analysis,. *American Journal of medicine* nov 15;117(10):762-74

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Obesity Task Force. 1998. Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults – the evidence report., National Heart, Lung, and Blood Institut,
- Oliver JE, Lee T. 2005. Public opinion and the politics of obesity in America. *Journal of Health and Political Policy Law* 30:923–54
- OMS. 1986. La charte d'ottawa.5
- OMS. 2002. Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. , Genève
- OMS. 2005. *Infobase*.
- OMS. 2006. *Fact Sheet N°311*.
- OPDQ. 2000.
- Otero M. 2003a. *Les règles de l'individualité contemporaine, Santé menatle et société*. Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval. 322 pp.
- Peterson A. LD. 1996. *The new public health: health and self in the age of risk*. London. 208 pp.
- Poulain JP. 2002. *Sociologies de l'alimentation*. Paris: Quadrige essais débats
- Presse Canadienne. Accord à l'OMS sur une stratégie mondiale contr l'obésité. *Le Quotidien* Page 28
- Presse Canadienne. 1999/02/23. Au Canada le traitement de l'obésité coûte 1,8 milliard \$". *Le Quotidien*:Page 11
- Presse Canadienne. 1999/04/13. L'obésité une maladie. *Le Devoir*:Page A 4
- Presse Canadienne. 2002/04/06. En croisade contre l'obésité, Ottawa lance deux guides destinés aux jeunes. *Le Soleil*:Page A 12
- Presse Canadienne. 2003/10/06. Le taux d'obésité a doublé chez les femmes en 15 ans. *Le Droit*:Page Santé 23
- Presse Canadienne. 2004/03/01. L'Institut national de santé publique part en guerre contre l'obésité. *La voix de l'est*:Santé Page 10
- Presse Canadienne. 2004/06/16. L'Obésité remplace le tabagisme. 30 ans plus tard, le principal problème pour la santé a changé de visage". *La Tribune* A7
- Presse Canadienne. 2005/08/21. Les Canadiens placent l'obésité parmi leurs préoccupations. *Progrès-Dimanche*:page C 4
- Presse Canadienne. 2005/09/30. Une crise de santé publique. Au Québec, un jeune sur quatre âgé de 6 à 16 ans présente un surplus de poids (embonpoint ou obésité). *La Presse*:Page A 19
- Presse Canadienne. 2006/10/23. Problème de taille aux États-Unis. L'obésité coûte 90 milliards par année. *Le Soleil*:Page 17
- Presse Canadienne. 2007/09/13. Québec déclare la guerre à l'obésité. *Le Droit*:Actualités Page 8

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Prud'homme D, Doucet E, Dionne I, Ross R. 2007. Physical activity and exercise therapy – Adult, 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children,. *Canadian Medical association Journal* 176 (8 suppl)::1-117
- Québec MdISsd. 2003. Programme nationale de Santé publique 2003-2012, , Gouvernement du Québec
- Qvortrup M. 2005. Big Fat Globalisation: Towards a Sociology of Obesity. *Journal of Obesity*
- Raunet D. 2007/04/10. Les médecins canadiens partent en guerre contre l'obésité. *SRC Radio, bulletin national et international*:18h00 HAE
- Ricard-Châtelain B. 2004/04/08. Le centre de recherche sur l'obésité prend de l'expansion Investissement de 12,5 millions pour devenir un chef de file dans le domaine. *Le Soleil*:Page A 9
- Rich E, Evans J. 2005. Fat Ethics – The Obesity Discourse and Body Politics,. *Social theory and Health*, 3:341-58
- Rioux Soucy L-M. 2007. Les enfants vivront moins vieux que leurs parents. *Le Devoir*:Page A 5
- Robin J. 2006/07/14. L'Obésité chez les jeunes. *Le Droit*:Page 15
- Saguy A, Almeling A. 2005. Fat Devils and Moral panics.51
- Samson C. 2008/02/16. Obésité morbide, Plan d'action pour juin. *Le Soleil*
- Santé Canada. *Guide d'identification des poids*.
- Santé Canada. 2003. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, . ed. Santé Canada. Ottawa
- Santé Canada. 2005. Stratégie pancanadienne intégrée en matière des modes de vie sains, Gouvernement du Canada
- Santé Canada. 2006.
- Santé Canada. 2007a. *Bien manger avec le guide alimentaire canadien*. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf
- Santé Canada. 2007b. *Historique des guides alimentaire au Canada, 1942-1992*, . http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/hist/fg_history-histoire_ga-fra.php
- Santé Canada. 2007, 1998. Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, manuel à l'intention des communicateurs et des éducateurs; Guide canadien de l'activité physique, Gouvernement du Canada
- Schwartz MB, Chambliss HON, Brownel KD, Billington C. 2003. Weight Bias among health professionals Specializing in Obesity. *Obesity research*:1033-39
- Shanahan A. 1997. "why fat isa family valueissue" *Sunday Telegraph*,

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Singh PN, KD. L. 1998. Body mass and 26-year risk of mortality from specific diseases among women who never smoked. *Epidemiology* 9:246-54

Soler J. 1996. Les raisons de la Bible: règles alimentaires hébraïques, . In *Histoire de l'alimentation*, ed. Fayard, p. 915. Paris: Flandrin J-L.,

Montanari M

Statistique Canada. 2004. Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, www.statscan.ca

Statistique Canada. 2008. *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*. http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2

Statistiques Canada. 2006. *Le Quotidien*.

Tsai AG, Wadden TA. 2005. Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United-States,. *Annals of Internal Medicine* Jan 4;142(1):56-66

Turner B. 1992. *Regulated Bodies: Essay in medical sociology*,. London: Routledge

Turner B. 1996. *The body and Society: Explorations in Social theory (2nd edition)*. London: Sage

UBS Warburg. Decembre 2002. Absolute risk of obesity, Global Equity research. *Lodon: UBS Warbug*

USA. 2001. United States 2000 Population Census

Vallée C. 2006/03/17. Lutte contre l'obésité. Des restos passent à l'attaque. *La voix de l'est*:page 15

Vallis M. 2007. Behavior therapy, 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children. *Canadian Medical association Journal* 176 (8 suppl):1-117

Vance VA, Hanning R, McCargar. 2007. Combined diet and exercise therapy for the treatment of obesity in adult, 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the management and prevention of Obesity in adults and children,. *Canadian Medical association Journal*, 176 (8 suppl):1-117

Venne M. 2006/02/03. Libre opinion: L'obésité, une responsabilité collective. *Le Devoir*:Page A 8

Mémoire de maîtrise de Paul-Guy Duhamel, Dt.P.
Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de
gestion du poids

Annexes

Liste des documents analysés

Documents gouvernementaux

- ***Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde), 1974, 83 pages***

Ce Livre blanc du gouvernement fédéral soutenait qu'en modifiant le mode de vie ou l'environnement physique et social, on arriverait probablement à améliorer davantage la santé que si l'on investissait plus d'argent dans les systèmes existants de prestation de soins. En ce sens, il est souvent présenté comme le premier ouvrage du genre. Le Rapport Lalonde a inspiré un certain nombre de programmes de promotion de la santé proactifs et très efficaces qui ont réussi à sensibiliser la population aux risques pour la santé associés à certains comportements personnels et modes de vie (p. ex. le tabagisme, l'usage d'alcool, la nutrition, la condition physique).

- ***La charte d'Ottawa, 1986, 5 pages***

Lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, pays participants émettaient la charte pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions.

- ***La politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 1992, 190 pages***

Ce document se veut une réponse au rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (février 1988) qui observait notamment l'absence d'objectifs communs sur l'amélioration de la santé et du bien-être. Il s'agit donc, en quelque sorte, de la première politique québécoise en matière de santé publique. Auparavant, rappelons que les objectifs d'actions étaient propres à chaque département de santé communautaire.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- ***La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en oeuvre et de ses retombées sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002, Gouvernement du Québec, 136 pages***

La politique de la santé et du bien-être de 1992, a fait l'objet d'une évaluation de la mise en œuvre et des retombées pour la période allant de 1992 à 2002.

- ***Des priorités nationales de Santé publique 1997-2002, Gouvernement du Québec, 103 pages***

Ces priorités nationales s'inscrivent dans la suite du cadre de politique de la santé et du bien-être. On y détermine quatre axes directeurs pour lesquels des actions ont été identifiées.

- ***Programme nationale de Santé publique 2003-2012, Gouvernement du Québec, 133 pages***

Cet ouvrage se veut le premier programme national qui a pour objectif d'être un projet collectif visant l'amélioration de la santé de la population du Québec.

- ***Rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec 2005, Produire la santé, Gouvernement du Québec, 120 pages***

Dans la foulée du programme national de santé publique, ce rapport dresse un portrait de l'évolution de la santé de la population. Par cet exercice, le directeur national de la santé publique qui signe la préface veut susciter les débats et mobiliser les actions en vue d'améliorer la santé des québécois.

- ***Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir, Gouvernement du Québec, 50 pages***

Ce document constitue le plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids pour 2006-2012. Il fait état des orientations du gouvernement et des actions à poursuivre et à mettre en place pour favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif de même que pour prévenir les problèmes reliés au poids et leurs conséquences, et ce, tant chez les individus que dans la société. Il est le fruit d'une concertation de sept ministères et de trois organismes gouvernementaux.

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- ***Stratégie pancanadienne intégrée en matière des modes de vie sains, octobre 2005, Gouvernement du Canada, 55 pages***

Il offre un cadre conceptuel d'action soutenue fondé sur les modes de vie sains. Elle donne une vision d'une nation saine, où tous les Canadiens et les Canadiennes vivent dans des conditions leur permettant d'être en bonne santé. La Stratégie pancanadienne, une première du genre, vise à améliorer l'ensemble des résultats de santé et à réduire les disparités. Fondée sur une approche axée sur la santé de la population, elle mettra tout d'abord l'accent sur l'alimentation saine, l'activité physique et leur lien avec le poids santé.

- ***Historique des guides alimentaires au Canada, 1942-1992, Gouvernement du Canada, 13 pages***

Cet historique présente de manière sommaire les principes, les objectifs et le contenu des différents guides alimentaire.

- ***Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, manuel à l'intention des communicateurs et des éducateurs, 2007, 52 pages ; Guide canadien de l'activité physique, 1998, Gouvernement du Canada, 28 pages***

Bien qu'il s'agit de deux outils distincts, le choix a été fait de les analyser ensemble puisque l'un et l'autre ont été conçus et positionnés en complémentarité. L'un va donc avec l'autre. Ainsi, ces outils expliquent les enjeux de santé publique visés et les solutions qu'ils proposent.

Documents normatifs et guides de pratique

- ***Manuel de nutrition clinique / Monique D. Gélinas et collaborateurs, Montréal : Corporation professionnelle des diététistes du Québec, 1987 (Obésité : 10 pages)***

Le manuel de nutrition clinique la norme d'intervention pour les diététistes/nutritionnistes du Québec selon laquelle la qualité de leur travail sera évaluée.

- ***L'obésité: diagnostic, classification et traitement, mise à jour des notions et des principes, Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1988, 22 pages***

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

Cette prise de position est la seule que le Collège des médecins ait prise. Depuis, les instances médicales québécoises se réfèrent systématiquement aux positions et aux conclusions de revues de littérature de l'association médicale canadienne.

- ***Manuel de nutrition clinique / sous la direction de Monique Daigneault Gélinas et al.: Corporation professionnelle des diététistes du Québec, 1991 (Obésité : 10 pages)***

Idem à 1987

- ***Manuel de nutrition clinique / sous la direction de Diane Chagnon Deselles et de Monique Daigneault Gélinas ; assistées de Louise Lavallées Côté et al.: Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1997-, 20 pages***

Idem à 1987

- ***Manuel de nutrition clinique en ligne, Ordre professionnel des diététistes du Québec. révision 2000, section Obésité et contrôle du poids, 25 pages***

Idem à 1987

- ***2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children, 2007, Association médicale canadienne, 117 pages***

Ce document de l'association médicale canadienne présente sa vision de ce que devrait être l'intervention médicale en matière de gestion du poids et de l'obésité

- ***Periodic health examination, 1999 update: 1.Detection, prevention and treatment of obesity, Association médicale canadienne, 12 pages***

Il s'agit du document le plus « ancien » disponible et publié par l'association médicale canadienne qui porte sur l'intervention médicale en matière de gestion du poids et de l'obésité. Ce document n'a pas la prétention d'être une prise de position. Il s'agit plus d'une revue de la littérature pour chacune des principales approches en matière de gestion et de perte de poids.

Documents journalistiques

2005/09/30. Une crise de santé publique. *La Presse*:Forum Page A 19

Agence France Presse. 2004/06/27. Obésité: Poids moindre, meilleure vie sexuelle. *Le Soleil* Québec:Page A 13

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Agence France Presse. 2004/07/17. L'Obésité classée comme maladie. *La Presse*:Page A 7
- Allard P. 2005/07/11. Obésité au menu. *Le Droit*:Forum Page 5
- AP P. 2003/05/04. L'obésité augmenterait le risque de malformité à la naissance. *La Presse Canadienne*
- Arnould F. 2005/03/17. L'obésité tue: L'espérance de vie des Américains pourrait reculer de 2 à 5 ans. *Le Téléjournal*
- Associated Press. 2003/03/01. L'obésité n'est plus l'apanage des Américains. *Le Devoir*:Page A 4
- Associated Press. 2003/03/16. Lutter contre l'obésité; Moins de 10% des calories devraient provenir du sucre. *La Presse*:Actuel Santé Page B 3
- Associated Press. 2004/05/11. L'obésité s'étend dans le monde. *La voix de l'est*:Page 28
- Associated Press. 2004/05/22. Un plan pour lutter contre l'obésité à l'échelle mondiale. *Le Droit*:Page 32
- Beauchemin M. 2007/06/07. Québec entreprend sa lutte contre l'obésité; Adoption de la Loi du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. *La Tribune*:Page 15
- Bergeron C. 2007/03/18. Des statistiques inquiétantes pour la région. L'obésité frappe la moitié des adultes. *Progrès-Dimanche*:Page A 17
- Bérubé N. 2002/10/02. Obésité: les médecins incapables de combattre le fléau. *La Presse*:p.84
- Bloomberg. 2002/06/22. L'obésité au menu. *La Presse*:Actuel Page A 25
- Bourgault-Coté G. 2006/10/24. Des millions pour aider les Québécois à resserrer la ceinture d'un cran. Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon ajouteront 200 millions chacun dans la lutte contre l'embonpoint. *Le Devoir*:A 4
- Breton P. 2005/09/29. 400 millions pour combattre l'obésité. L'ancien magnat de Videotron promet une somme colossale...si Québec égale la mise. *La Tribune*:Actualités Page B 1
- Brousseau-Pouliot V. 2005/06/18. Dix conseils pour venir à bout de l'obésité. *Le Soleil*
- Buekert D. 2002/05/09. Les Canadiens prennent du poids, L'obésité gagne du terrain, selon Statistique Canada. *La Presse*:Page A 8
- Caouette M. 2004/02/29. Un projet pour contrer le problème de l'obésité. C'est devenu un mal de société qui serait pire que la malnutrition et le tabagisme, croient les experts. *Le Soleil*:Santé Page A 11
- Carmichael A. 2004/05/30. Un chercheur canadien établit un lien entre l'étalement urbain et l'obésité. *La Presse canadienne, Le quotidien*
- Castonguay A. 2002/02/07. L'obésité chez les jeunes enfants, Un problème de taille. *Voir*:Page 10

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Chabot DM. 2005/02/22. Lutter contre l'obésité dès l'enfance à l'école. *Le Téléjournal*
- Collard N. 2002/05/27. Obésité: Le Québec sous surveillance. *La Presse:Actuel Page B 1*
- Coté E. 2006/08/23. La télé fait engraisser les enfants. *La Presse:Page A 3*
- Coté E. 2006/11/30. Un lobby anti-obésité est né. *La Presse:Page A 17*
- Coté J. 2003/12/14. Lutte à l'obésité: Du pain sur la planche. *La Presse:Page Actuel 4*
- de la Sablonnière J. 2004/10/09. Jacinthe Coté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien:Page 41*
- Deglise F. 2004/06/05. La mondialisation de l'obésité. *La Devoir*
- Deglise F. 2005/09/14. Obésité : la malbouffe à l'école accusée injustement ? Une vaste étude conclut que les machines distributrices n'ont un impact marginal sur l'embonpoint des enfants. *Le Devoir*
- Deglise F. 2005/09/15. Lutte contre l'obésité: l'éducation physique devrait remplacer la religion. *Le Devoir:Page A 3*
- Deglise F. 2005/09/29. 800 millions pour combattre l'obésité chez les jeunes. La Fondation Lucie et André Chagnon propose d'investir 400 millions si Québec en fait autant. *Le Devoir:Page A 1*
- Deglise F. 2006/01/30. Obésité : le monde de la publicité montré du doigt. *Le Devoir*
- de la Sablonnière J., 2004/10/04. Jacinthe Côté décortique les causes de l'obésité. *Le Quotidien*
- Derome B. 2005/09/29. Un groupe de travail demande à Québec de lutter contre l'obésité chez les jeunes. *SRC-télévision*
- Gelineau K. 2004/06/15. Prévenir l'obésité par la pratique de la gymnastique, dès le plus jeune âge, *La Presse*
- Gervais R. 2002/06/17. Obésité chez les enfants: Les parents montrés du doigt. *La Presse:Page E 32*
- Guimond E. 2004/09/24. L'épidémie d'obésité. *La Presse*
- Jean M. 2004/07/21. L'invasion de la malbouffe dans les écoles secondaires. La malbouffe servie dans les écoles à la demande des adolescents: L'obésité est en train de devenir le mal du siècle,. *Le Téléjournal / Le Point*
- Jones D. 2005/10/23. Controverse sur la mortalité due à l'obésité. Une étude revoit à la baisse les pronostics de décès prématurés à cause de l'excès de poids. *La Soleil*
- Kovacs C. 2004/11/10. La guerre contre l'obésité: Un nouveau type de médicament alimente tous les espoirs. Montréal: Société Radio-Canada Télévision
- Krol A. 2004/02/26. L'obésité au Canada semble se stabiliser *La Presse:Page A 8*

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Krol A. 2005/06/02. Organisation Mondiale de la Santé - L'Obésité entraîne une forte progression des maladies chroniques. *La Presse*:Page A 15
- Krol A. 2005/10/01. La lutte contre l'obésité fait patate. *La Presse*
- Larocque A. 2006/08/25. L'Ère de l'obésité. *Le Droit*:Forum Page 8
- Lau D C.W. DJD, Morisson Katherine M., Hramiak I M., Sharma A M., Ur E., 2007. *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*: Association médicale canadienne
- Laurin R. 2002/04/05. Obésité: l'école aura un rôle à jouer. *Le Droit*:Page 6
- Lavallée C. 2004/10/09. L'épidémie d'obésité. *La Soleil*
- Lemieux L. 2002/11/28. Des médecins réclament un centre de prévention; Les proportions pandémiques de l'obésité et du diabète sèment l'inquiétude. *Le Soleil*:Page A 3
- Lévesque L. 2008/06/19. Tous les loisirs sédentaires n'entraînent pas l'obésité. *Le Nouvelliste*:Actualités Page 35
- Lévesque L. 2004/02/10. L'industrie et le gouvernement sont invités à lutter contre l'obésité.
- Lortie M-C. 2006/04/10. Épidémie d'obésité. Guérir les âmes avant l'assiette. *La Presse*:Actuel 2
- Morin A. 2007/11/08. L'obésité des enfants, une "crise" mondiale. *Le Soleil*:Actualités Page 11
- Morin M. 2002/05/29. L'ABC de l'obésité. *La Tribune*:Page A 10
- Noël K. 2006/12. Obésité Collective. *Commerce* vol. 107 Page 40
- Oliviera M, 2007/04/27. Le Gouvernement doit investir pour lutter contre l'obésité, selon les experts, *La Presse, La Tribune*
- Presse canadienne. 2005/09/30. Une crise de santé publique. Au Québec, un jeune sur quatre âgé de 6 à 16 ans présente un surplus de poids (enbonpoint ou obésité). *La Presse*
- Presse Canadienne. 1999/02/23. Au Canada le traitement de l'obésité coûte 1,8 milliard \$. *Le Quotidien*:Page 11
- Presse Canadienne. 1999/04/13. L'obésité une maladie. *Le Devoir*:Page A 4
- Presse Canadienne. 2002/04/06. En croisade contre l'obésité, Ottawa lance deux guides destinés aux jeunes. *Le Soleil*:Page A 12
- Presse Canadienne. 2003/10/06. Le taux d'obésité a doublé chez les femmes en 15 ans. *Le Droit*:Page Santé 23
- Presse Canadienne. 2004/12/29. Octroi de subvention. Des canadiens étudient l'obésité. *La Quotidien*
- Presse Canadienne. 2004/04/20. Le Canada arrive au 4^e rang en matière d'obésité chez les jeunes

Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids

- Presse Canadienne. 2004/03/01. L'Institut national de santé publique part en guerre contre l'obésité. *La voix de l'est*:Santé Page 10
- Presse Canadienne. 2004/05/22. Accord à l'OMS sur une stratégie mondiale contre l'obésité. *Le Quotidien* Page 28
- Presse Canadienne. 2004/06/16. L'Obésité remplace le tabagisme. 30 ans plus tard, le principal problème pour la santé a changé de visage". *La Tribune* A7
- Presse Canadienne. 2005/08/21. Les Canadiens placent l'obésité parmi leurs préoccupations. *Progrès-Dimanche*:page C 4
- Presse Canadienne. 2005/09/30. Une crise de santé publique. Au Québec, un jeune sur quatre âgé de 6 à 16 ans présente un surplus de poids (embonpoint ou obésité). *La Presse*:Page A 19
- Presse Canadienne. 2005/07/06. L'obésité a considérablement augmenté chez les jeunes canadiens.
- Presse Canadienne. 2006/10/23. Problème de taille aux États-Unis. L'obésité coûte 90 milliards par année. *Le Soleil*:Page 17
- Presse Canadienne. 2007/09/13. Québec déclare la guerre à l'obésité. *Le Droit*:Actualités Page 8
- Presse Canadienne. 2008/04/21. La sédentarité et l'obésité risquent d'entraîner une récurrence du cancer
- Raunet D. 2007/04/10. Les médecins canadiens partent en guerre contre l'obésité. *SRC Radio, bulletin national et international*:18h00 HAE
- Ricard-Châtelain B. 2004/04/08. Le centre de recherche sur l'obésité prend de l'expansion Investissement de 12,5 millions pour devenir un chef de file dans le domaine. *Le Soleil*:Page A 9
- Rioux Soucy L-M. 2007. Les enfants vivront moins vieux que leurs parents. *Le Devoir*:Page A 5
- Robin J. 2006/07/14. L'Obésité chez les jeunes. *Le Droit*:Page 15
- Samson C. 2008/02/16. Obésité morbide, Plan d'action pour juin. *Le Soleil*
- Soleil. 2004/09/18. L'obésité et l'exercice. Vivre en meilleure santé. *La Soleil*
- Vallée C. 2006/03/17. Lutte contre l'obésité. Des restos passent à l'attaque. *La voix de l'est*:page 15
- Venne M. 2006/02/03. Libre opinion: L'obésité, une responsabilité collective. *Le Devoir*:Page A 8