Rapport évolutif

L'obésité préoccupation mondiale de santé publique

Monica Tremblay, M. Sc.
Anthropologue

LEPPM
Laboratoire d'étude
sur les politiques publiques
et la mondialisation

Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé - Rapport 8
Janvier 2011

ENAP
L'Université de
l'administration publique

INTRODUCTION

Trop gras, trop salé, trop sucré, trop grande portion, trop … trop de personnes avec un problème de poids! La tendance à la hausse rapide de l'excès de poids[1] soulève des préoccupations à travers la planète. La croissance de l'obésité est un problème reconnu à l'échelle mondiale, dans les pays développés et même dans les pays en développement. Quel rôle joue la mondialisation à l'égard de ce phénomène grandissant et inquiétant, qualifié parfois d'épidémie? L'obésité s'impose de plus en plus à l'ordre du jour des chercheurs, des responsables de la santé publique et des systèmes de santé, des médias et des populations. On s'interroge sur le phénomène, on en cherche les causes, on en perçoit des conséquences néfastes et on essai de le freiner. Nous tenterons de comprendre comment des mécanismes de la mondialisation peuvent être reliés au problème et comment ils influencent aussi les stratégies de résolution.

Les médias publient fréquemment des articles à propos des problèmes et des risques associés au poids des individus. Ce sont parfois des découvertes scientifiques, ou encore des conseils visant à sensibiliser le public à l'intérêt d'une saine alimentation ou à l'importance de l'activité physique. Interviennent des débats concernant les bienfaits, ou non, de la mise en place de mesures visant à lutter contre ce fléau. Par ailleurs, les gouvernements, particulièrement les responsables des systèmes de santé, se préoccupent du financement des soins et services de santé associés aux problèmes, voire aux maladies, découlant d'un excès de poids. Afin de renverser la tendance d'augmentation de l'excès de poids, des politiques publiques ont été élaborées à l'échelle internationale, nationale et locale.

Ce rapport traite de la relation entre la mondialisation et l'obésité. Une première partie présente l'ampleur du problème. Une deuxième partie souligne les inquiétudes qu'il soulève. La troisième partie apporte un éclairage sur les facteurs qui influencent le poids et l'obésité, particulièrement ceux qui sont associés à la mondialisation. Il montre ensuite de quelle manière les gouvernements agissent actuellement afin de renverser la tendance des taux d'obésité croissants.

1. L'EXCÈS DE POIDS DEPUIS 20 OU 30 ANS

Les préoccupations concernant le poids corporel existent depuis bien longtemps. Selon les sociétés et les époques, les canons de beauté peuvent varier de même que les mensurations idéales témoignant de la santé. Dans les sociétés occidentales, on privilégie bien souvent la minceur, quelques fois excessive, alors que, dans d'autres régions du monde, des rondeurs peuvent être appréciées. Depuis quelques années, l'augmentation de l'obésité dans des proportions inquiétantes a commencé à frapper les pays développés et plusieurs pays en développement. Dans les années 1980, une accélération importante de la croissance des taux d'indice de masse corporelle (IMC) est constatée dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ses collaborateurs signalent aussi le problème. Une série d'actions de réflexion sur le sujet est engagée. L'OMS sonne l'alarme lorsqu'elle commence à identifier le problème d'épidémique.

Chopra *et al.* soulignaient en 2002, que des problèmes d'excès de poids étaient de plus en plus signalés, même dans des

pays où la faim est endémique. Les pays à faible ou moyen revenu sont aux prises avec ce problème surtout en milieu urbain. La progression rapide de cette hausse de poids a aussi révélé une augmentation de maladies pouvant être liées à l'embonpoint et à l'obésité. Depuis les 20 dernières années, l'obésité est passée d'une préoccupation individuelle à une préoccupation sociale.

Le Québec n'échappe pas à cette difficulté. En 2006, Jalbert et Mongeau, dans un document de l'Institut national de santé publique du Québec, affirmaient qu'aucun État n'est à l'abri de « l'épidémie d'obésité ». Sa gestion et la prévention de sa progression sont des préoccupations majeures à travers le monde.

1.1 Excès de poids, nuances et mesures

L'obésité et l'embonpoint sont définis, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». Acs et Lyles, professeurs – chercheurs, ont publié un livre sur l'obésité et les politiques publiques, en 2007. Ils élargissent la définition en parlant d'une condition physique qui peut avoir des conséquences graves pour la santé et l'économie, tant pour l'individu que pour l'ensemble de la société. L'obésité se manifeste lorsque la consommation de calories excède la quantité d'énergie dépensée, générant ainsi un déséquilibre énergétique dans l'organisme. Nous verrons plus loin les facteurs qui influencent ce déséquilibre.

L'obésité est détectée, notamment, à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC). Cet indice permet d'estimer la masse adipeuse totale d'une personne en évaluant son poids par rapport à sa taille. L'IMC est calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes, par la taille exprimée en mètres carrés. Cet outil sert généralement à évaluer la prévalence[2] de l'excès de poids dans la population. Un système de classification permet de déceler, grâce à l'IMC, si une personne a un poids insuffisant, normal, excédentaire ou est considérée obèse selon un niveau encore plus précis (1 à 3)[3]. Les seuils qui servent de repères ont été définis par l'OMS sur la base des risques pour la santé qui y sont associés. Ainsi, un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m^2 indique un poids excédentaire qualifié d'embonpoint. L'obésité est reconnue lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m^2. Un peu partout dans le monde, les estimations utilisent surtout cet outil, plus commode dans les grandes enquêtes. Pour les enfants de moins de 18 ans, des seuils de références différents ont été établis par Cole et ses collaborateurs, en 2000, afin d'avoir une échelle internationale qui permette de définir, de manière uniforme, l'excès de poids dans ce groupe d'âge (Desrosiers *et al.*, 2009).

L'utilisation de l'IMC, bien que très répandue, ne fait toutefois pas l'unanimité. La mesure du tour de taille permet aussi d'identifier des personnes qui ont un excès de graisse abdominale et qui pourraient, de ce fait, avoir des problèmes de santé. Il est d'ailleurs préférable de combiner ces deux mesures lorsque vient le temps d'identifier les risques pour la santé d'une personne. L'IMC ne fournit pas de renseignements sur la distribution de la masse adipeuse et ne tient pas compte du poids des muscles, des os et de l'eau dans le corps. Il reste qu'il s'agit d'une mesure mondialement utilisée qui permet les comparaisons entre les pays.

1.2 Maladie et importance du problème

Il est important de mentionner que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la façon de désigner l'obésité, notamment en tant que maladie, comme le suggère l'OMS. Acs

et Lyles (2007) précisent que la prévalence de l'obésité n'est pas contestée, mais ses causes et ses conséquences soulèvent par contre beaucoup de débats[4]. Pour certains auteurs, l'urgence des interventions et la façon de les concevoir est aussi remise en question. Oliver (2006) défend, entre autres, l'idée d'un manque de preuves scientifiques sur les effets néfastes possibles de l'obésité. D'autres pensent qu'en créant un effet de panique, en évoquant une épidémie, on n'aide pas à faire avancer les connaissances sur la santé. Tous s'accordent néanmoins sur l'augmentation de la couverture médiatique à ce sujet depuis une vingtaine d'années (Holmes, 2009).

1.3 Quelques chiffres

Selon les dernières estimations mondiales de l'OMS, en 2005, 1,6 milliard d'adultes de plus de 15 ans étaient en situation d'embonpoint et au moins 400 millions d'adultes, obèses. Ces chiffres pourraient presque doubler d'ici 2015, selon les prévisions de l'organisation. L'OMS prétend qu'au moins 20 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids en 2005. Lors d'un forum sur l'obésité tenu en décembre 2009, l'organisation estimait que, dans le monde, d'ici la fin de l'année 2010, le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui auront un excès de poids serait de 43 millions (OMS, 2010).

L'OCDE signale dans un rapport récent sur la question que, dans presque la moitié des pays membres, 50 % ou plus de la population est en excès de poids. Les taux varient d'un pays à l'autre, mais chacun constate une augmentation importante depuis les 30 dernières années. Parmi les pays européens de l'OCDE, l'Angleterre, l'Espagne, l'Autriche, l'Italie et la France font partie des pays qui affichent un taux d'embonpoint de plus de 30 % (proportion d'individus).

Au Canada, selon les données de 2009, 18% des adultes de plus de 18 ans, soit environ 4.4 millions, se trouvaient dans la catégorie des personnes obèses. Si on ajoute les personnes qui sont en état d'embonpoint, 59% des hommes et 43% des femmes seraient en excès de poids. En ce qui concerne les enfants au Canada, la progression est importante. En 1978-1979, environ 13% des enfants étaient en surplus de poids et, en 2004, la prévalence était de 26% (18% embonpoint + 8% obésité). Au Québec, en 2004, 15% des enfants avaient un état d'embonpoint et 7% d'obésité, soit 22 % en excès de poids (Shields, 2005 *in* Desrosier *et al.*, 2009). Mongeau (2007) souligne que les données du Québec sont proches de la moyenne nationale. Elle fait aussi remarquer que les statistiques longitudinales permettent de constater que la majorité de la population n'arrive plus à maintenir un poids normal, selon l'indice IMC.

Aux États-Unis, pays qui a sonné l'alarme, on comptait en 2007-2008 un tiers d'obèses dans la population adulte, plus précisément : 33% de femmes et 25 % d'hommes[5]. Selon l'enquête sur la santé nationale et la nutrition aux États-Unis (NHANES) de 2005-2006, les données pour les adultes de 20 ans et plus montrent l'importante progression de l'obésité depuis la fin des années 1980. Le taux de prévalence alors de 23% est passé à approximativement 34% en 2005-2006.

La problématique de l'excès de poids qui a d'abord touché les pays occidentaux est maintenant constatée dans toutes les régions du globe. L'OCDE alignait dans un document sur la santé, d'octobre 2010[6], certaines statistiques relatives à l'excès de poids. Elle notait entre autres, que « en Chine le taux de surpoids a doublé, passant de 13,5 % à 26,7 % entre 1991 et 2006. Les obèses demeurent minoritaires, mais leur nombre a triplé sur la même période (Lu et Goldman, 2010) ». Elle signale

aussi que cette augmentation de poids s'est accompagnée de problèmes de santé chroniques, comme le diabète de type 2[7]. Au Mexique, l'embonpoint et l'obésité sont passés de 10% en 1989 à 60%, 20 ans plus tard. Cette augmentation semble due, entre autres, aux modifications alimentaires, tel que l'essor impressionnant de la consommation de boissons gazeuses. Durant la même période, les cas de diabète de type 2, autrefois presque inexistants dans ce pays, ont connu une croissance importante. (Béliveau et Gingras, 2009). Dans plusieurs pays, les changements dans les habitudes alimentaires vont de pair avec l'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité.

2. POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

Les données recueillies en divers endroits du monde indiquent une augmentation spectaculaire des taux d'excès de poids. Fait préoccupant, la vitesse à laquelle augmente la prévalence de l'obésité ne peut pas être associée aux seuls facteurs génétiques et biologiques[8].

La prévalence de l'obésité en plusieurs endroits du monde a soulevé des questions et des inquiétudes chez les chercheurs, dirigeants politiques, responsables de la santé et de la santé publique et les organisations qui ont la mission de voir au bien-être des populations. D'une condition physique individuelle, l'excès de poids est devenu un phénomène de société, un problème collectif, un problème de santé publique (épidémie). Certains qualifient cette situation de crise de l'obésité. Acs et Lyles (2007) mentionnent, en introduction d'un ouvrage sur le sujet, que l'augmentation de l'obésité inquiète à cause des « conséquences significatives » sur les individus, les entreprises et la société.

2.1 Répercussions sur la santé des personnes

Certains problèmes de santé physique peuvent être reliés à l'excès de poids et c'est pourquoi l'obésité est présentée comme facteur de risque de maladies chroniques. Les maladies et les problèmes les plus souvent mentionnés dans les diverses études sont le diabète de type 2, la lipidémie anormale (Taux des différents lipides tels cholestérol, triglycérides, phospholipides et acides gras, dans le sang), l'hypertension, les maladies coronariennes, les maladies de la vésicule biliaire et certains types de cancers. L'obésité augmente aussi les risques de l'apnée obstructive du sommeil, et autres problèmes respiratoires. Sous sa forme extrême, l'obésité morbide engendre des problèmes de santé graves et réduit l'espérance de vie des personnes atteintes.

Des conséquences psychosociales découlent aussi de l'obésité. Beaucoup de préjugés existent à l'égard de l'obésité. La discrimination due à l'excès de poids entraîne parfois des conséquences psychologiques pour les personnes qui en sont victimes. Mongeau (2007) se basant sur une large documentation, explique que l'obésité peut entraîner une diminution de la qualité de vie, des symptômes de dépression ou une baisse de l'estime de soi.

2.2 Répercussion sur la société

Outre les problèmes de santé, l'obésité a des effets qui touchent différents secteurs de la société et qui peuvent notamment avoir des répercussions économiques. Par exemple, le fait de devoir prévoir des sièges plus larges ou de réserver deux places plutôt qu'une dans les transports en commun, dans les cas d'obésité morbide, occasionne des coûts supplémentaires, pour le passager qui doit payer plus cher et pour l'entreprise qui doit adapter ses

véhicules en conséquence. L'entreprise de transport peut, par exemple, faire fabriquer des modèles avec des sièges plus larges, mais elle devra alors transporter moins de passagers. L'obésité entraîne aussi des coûts pour le système de santé[9], notamment en ce qui concerne les infrastructures et les ressources matérielles. Les hôpitaux ont besoin de matériel spécialisé capable de supporter une charge plus élevée, prévoir des lits plus larges et par conséquents des locaux plus spacieux. Les personnes obèses, aux prises avec une maladie chronique, provoquent des coûts pour le système de santé. Les maladies chroniques requièrent des traitements, des suivis médicaux et exigent des médicaments. Cela exerce une pression importante sur le système de santé (Mongeau, 2007). La Commission européenne estime les coûts reliés aux maladies associées à l'obésité à 7% du coût total des soins de santé dans l'Union européenne.

Le rapport de l'OCDE sur l'obésité et l'économie de la prévention signale que les estimés présentés par les pays, malgré différentes méthodes de calcul, semblent indiquer que « l'obésité est responsable d'approximativement 1% à 3% des dépenses totales en santé dans la plupart des pays » [Notre trad.] (OCDE, 2010 :29). L'exception majeure concerne les États-Unis où les dépenses de santé occasionnées par l'obésité varient entre 5% et 10% du total des dépenses. Les coûts directs et indirects attribuables à l'obésité représentent un fardeau public important, particulièrement dans les pays occidentaux. Au Canada, le coût direct et indirect des dépenses associées à l'obésité en 2001 était de 4,3 milliards de dollars, soit 2,2% des dépenses totales au chapitre des services de santé (Katzmarzyk et Janssen, 2004). En 2006, elles y représentaient presque le double, soit 4.1% des dépenses de santé (Anis *et al.*, 2010).

L'économie nationale est aussi affectée de manière directe et indirecte par l'obésité. Lorsque des maladies chroniques sont présentes, « elles réduisent la quantité et la productivité du travail. Les dépenses médicales absorbent l'épargne et l'investissement et empêchent, par exemple, d'investir dans l'éducation des enfants. Tous ces facteurs affectent les revenus des individus et des ménages et grèvent l'économie nationale » (Mongeau, 2007 :59).

2.3 Portée infantile

Autre aspect inquiétant du problème : l'obésité infantile. Les statistiques concernant la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de cinq ans font naître davantage d'inquiétude chez les responsables de la santé publique. Les chercheurs trouvent plus difficile de renverser la tendance si elle s'installe dès le jeune âge. Les conséquences sur la santé peuvent être désastreuses puisque des jeunes obèses sont plus susceptibles de devenir des adultes obèses. La part de la population qui présentait un excès de poids se concentrait, il y a quelques années, généralement parmi les personnes plus âgées (Acs et Lyles, 2007). Le problème frappe maintenant un grand pourcentage d'enfants en plusieurs endroits du monde. La possibilité d'une génération qui aurait été en situation d'embonpoint ou d'obésité durant toute sa vie pourrait maintenant se concrétiser, notamment aux États-Unis. Il semble même, selon une étude sur les enfants du Québec, que la perception des parents face au surplus de poids tendrait à changer. Un standard de poids plus élevé serait de plus en plus perçu positivement[10]. En conclusion d'une étude sur la condition physique des enfants et des jeunes au Canada, Shields *et al.* (2010 : 12) expliquent que, de manière générale, « les enfants sont plus grands, plus lourds, plus gras et plus faibles qu'en 1981 ».

3. CAUSES DE L'EMBONPOINT ET DE L'OBÉSITÉ

À la suite de ces constatations, on s'est interrogé sur les causes de l'excès de poids. Les auteurs s'accordent de manière générale pour dire que les déterminants de l'obésité sont multiples, complexes et en interaction les uns avec les autres. Certains sont d'ordre individuel et d'autres liés à l'environnement, au sens large du terme[11]. Les deux groupes de déterminants interagissent entre eux. L'environnement influence l'individu qui, à son tour, par ses choix, peut exercer une pression sur l'environnement, à la manière de l'offre et de la demande. C'est donc une combinaison de facteurs qui influencent le poids des individus et la prévalence de l'excès de poids, selon les populations.

Les déterminants d'ordre individuel correspondent notamment aux aspects biologiques. Les choix individuels, les goûts et les connaissances personnelles en matière de saine alimentation sont autant de facteurs qui peuvent provoquer le gain de poids d'une personne à une autre.

Certains déterminants liés à l'environnement peuvent avoir un effet sur les individus et les choix qu'ils font. Par exemple, les milieux dans lesquels ils vivent, ruraux ou urbains, et leur aménagement, sont des facteurs qui peuvent favoriser l'habitude de faire de l'activité physique, fréquemment ou non. La situation économique personnelle et l'éducation exercent aussi une influence sur les choix et ultimement la santé. De plus, l'offre de produits alimentaires, leurs coûts, les messages des médias ou la publicité des entreprises ont aussi leur influence sur les personnes. Pensons à la modification de la composition nutritionnelle des aliments proposés par l'industrie agro-alimentaire, tout particulièrement dans le secteur de la restauration rapide. Ce secteur de l'alimentation a connu une croissance de 900% en trente ans, « sa courbe s'apparentant à celle de la croissance de l'obésité et du contenu calorique des portions offertes » dans ces restaurants au cours de la même période (Lagacé, Mongeau, Renaud, 2007 :63).

Plusieurs chercheurs expliquent le phénomène d'obésité dans les sociétés par la « transition nutritionnelle », définie comme le passage d'une diète et d'un mode de vie vers un autre à cause d'un ensemble de changements profonds[12]. La mondialisation agirait donc comme un déterminant socio-environnemental de l'obésité, son contexte favorisant les changements dans le mode de vie et l'alimentation[13]. Cette transition s'observe plus facilement dans les pays en développement, à la faveur des migrations vers les grandes villes, mais il est aussi constaté dans les pays développés.

Sridhar, (2009), explique cette transition, en Inde. Une étude sur l'excès de poids dans ce pays, surtout en milieu urbain, décrit le processus de changement du mode de vie et de l'alimentation dans le contexte de la « nouvelle économie mondiale », c'est-à-dire depuis la libéralisation de l'économie au début des années 1990. L'augmentation du poids est en grande partie attribuée, dans ce cas, au mode de vie et à un mauvais régime alimentaire. Les conséquences de la mondialisation dans les sphères économique, sociale et culturelle en sont tenues responsables. Du point de vue du développement économique, les politiques de réduction tarifaires sur les produits importés, par exemple, ont entraîné des changements en matière de consommation. Stimulé par le développement économique des villes, l'urbanisation et les migrations internes ont provoqué des changements dans l'alimentation. Une hybridation des habitudes alimentaire a été constatée. Un goût pour les produits sucrés et transformés industriellement, considérés comme source supplémentaire d'énergie, est alors apparu.

De plus, les produits occidentaux y semblent meilleurs et plus sains. S'ajoute à cela, le prestige de consommer des aliments importés. Les publicités à la télévision favorisent cette perception.

Cet exemple illustre comment certains facteurs, associés à la mondialisation, stimulent des changements dans les modes de vie et les habitudes de consommation, plus particulièrement alimentaire. Il semble que plus un pays est marqué par la mondialisation, plus les taux d'obésité risquent d'être élevés et inversement (Qvortrup, 2005).

La libéralisation des marchés et l'ouverture de l'économie ont accru la disponibilité d'une grande variété de produits, de biens et services, et, dans plusieurs cas, à des prix très abordables, voire, plus bas qu'auparavant. La production, l'importation et la disponibilité des produits ont augmenté. Ainsi, ces nouvelles conditions ont suscité des changements dans les habitudes de consommation. En général, on espère trouver des denrées au prix le moins cher possible, ce que parviennent à offrir les supermarchés. Une plus grande production à bas prix favorise aussi une plus grande consommation.

Les progrès technologiques affectent divers domaines; pensons au transport, à l'urbanisation, aux loisirs, au travail, à l'éducation, à la santé, à l'alimentation et aux communications. Les différentes innovations technologiques comportent certes plusieurs avantages. Les technologies de communication permettent, entre autres, d'enseigner et travailler à distance, et même de « socialiser » à distance. Avions et trains à haute vitesse permettent de se déplacer sur de grandes distances, en un temps record. Conséquence importante, ces moyens technologiques transforment les habitudes de vie. Ils favorisent la sédentarité et les habitudes de consommation, notamment alimentaires. On est porté à manger plus rapidement, plus souvent, au restaurant, ou à consommer des aliments transformés industriellement et prêts à servir[14]. Des portions plus grandes sont offertes afin de correspondre à un rapport quantité/prix intéressant; bref, on mange plus sans vraiment s'en apercevoir. Ce qui conduit divers analystes à ce constat : « L'épidémie actuelle … est attribuable en grande partie à un environnement qui, de multiples façons, favorise un apport excessif d'aliments et décourage l'activité physique » (ICIS, 2004). Les principaux facteurs selon l'OMS sont les changements d'alimentation observés à l'échelle mondiale ainsi que la tendance à faire moins d'exercice physique.

Le mouvement des personnes dans le monde : voyages, migrations, différentes façons d'être en contact avec d'autres cultures, favorise aussi les changements dans l'alimentation. Les échanges interculturels sont riches en découvertes, ils font naître l'intérêt pour de nouvelles saveurs, de nouveaux aliments. Il semble que les aliments caloriques, riches en gras, sucre, sel et imprégnés de saveurs artificielles sont plus facilement adoptés. Dès lors, la demande pour des produits exotiques apparait. Certains aliments se conservent et se transportent mieux, comme les biscuits sucrés. Les industries cherchent et trouvent les moyens de produire des aliments qui se conservent plus longtemps puisqu'ils doivent parfois traverser le monde.

Des habitudes se transmettent par ces échanges, mais aussi par les moyens de communication qui permettent de véhiculer des messages de consommation. Par exemple, des jeunes peuvent céder à la mode et marcher dans la rue, tout en buvant leur café, parce qu'ils ont vu ça à la télévision. Aux États-Unis, le budget accordé à la publicité d'aliments dépasse

10 milliards de dollars annuellement. À la télévision, la publicité d'aliments et boissons destinée aux jeunes compte à elle seule pour 46% des dépenses en publicité. Autre lieu de prédilection, les milieux scolaires où près de 12% du budget publicitaire des entreprises y sont consacrés[15]. Les dépenses publicitaires dans les nouveaux médias représentent quant à elle 5% du budget de publicité des entreprises.

Ainsi, le marketing publicitaire de l'industrie alimentaire ciblerait des enfants trop jeunes pour apprécier le sens de cette publicité qui les inciterait à consommer des aliments hautement caloriques et peu nutritifs. En 2009, plus de 60% des réclames d'alimentation rapide, non spécifiquement destinées aux enfants, sont vues par des enfants d'âge scolaire et préscolaire, révèle une étude de Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity (2010). Un autre moyen utilisé par les responsables de marketing de l'industrie agroalimentaire est le « placement de produit ». Ce dernier consiste à convaincre les producteurs de contenu médiatique, par exemple de fictions télévisuelles, de sites Internet et de films, de faire consommer leurs produits par les protagonistes ou encore en diffusant des logos, objets ou images associées aux entreprises en échange de financement (McGinnis, Gootman et Kraak, 2006). Dans certains pays en développement, où des entreprises occidentales de restauration rapide se sont maintenant installées, fréquenter ces endroits témoigne d'une ouverture sur le monde et sur l'occident et peut parfois aussi être l'indice d'une certaine aisance économique. D'ailleurs, il semble que les restaurants d'alimentation rapide, en plus de s'installer presque partout sur la planète, servent de modèle aux restaurants locaux qui tendent à imiter le concept (Popkin, 2006). Une des stratégies de pénétration de marché consiste à s'établir des points de vente près des écoles.

Face à ce problème, des politiques publiques ont été développées en différents endroits du monde. Certaines reçoivent l'assentiment des différents acteurs et d'autres suscitent des débats. La prochaine partie met en lumière quelques unes de ces politiques.

4. DES POLITIQUES AFIN DE CONTRER LA PROGRESSION DE L'OBÉSITÉ

Confrontés à cette nouvelle réalité, les gouvernements ont dans plusieurs cas, à l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), développé des stratégies visant à freiner l'incidence de l'obésité. Nous verrons dans cette section les principales actions préconisées par l'OMS à l'égard de la problématique de l'obésité, ainsi que d'autres initiatives ailleurs dans le monde, plus spécifiquement au Québec.

4.1 Actions de l'OMS

En 1997, l'OMS, qui se penchait déjà depuis quelques années sur les problèmes en rapport avec l'alimentation et les maladies chroniques, organise à Genève, une consultation sur l'obésité. Les experts internationaux alors réunis recommandent l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique visant l'amélioration de la prévention et de la gestion de cette condition physique qui entraîne avec elle des problèmes de santé et des décès précoces[16]. En 2002, à l'occasion d'une table ronde ministérielle de la Région Pacifique Ouest à propos de diète, d'activité physique et de santé, on conclut, sur la base d'une analyse approfondie, que les questions alimentaires et d'activité physique sont urgentes pour tous les pays du monde (Jalbert et Mongeau, 2006). En 2002,

l'OMS révèle, dans son rapport annuel, les facteurs de risque de la morbidité, de la mortalité et de l'invalidité; la surcharge pondérale et l'obésité en font partie. L'OMS désignera ensuite l'obésité dans le monde d'« épidémie » et de pandémie. Plus tard, elle donnera le nom de « globésité » à ce problème de santé publique répandu à travers le monde. En mai 2004, l'OMS publie la *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, et invite les pays membres à élaborer et promouvoir des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux afin d'améliorer l'alimentation et développer l'activité physique. Elle suggère une démarche concertée entre différents acteurs. Diverses mesures visant à lutter contre ce problème de santé publique ont été développées par de nombreux pays, notamment au sein de l'OCDE. Depuis l'an 2000, plusieurs États dont la Norvège, la Belgique, le Royaume-Uni, le Pays-Bas, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont défini une stratégie et élaboré un plan d'action gouvernemental afin d'inciter leur population à bien s'alimenter et à pratiquer des activités physiques. Il en va de même des États-Unis et du Canada.

4.2 Actions européennes

L'Union européenne (UE) a, depuis 2003, œuvré à lutter contre les effets néfastes associés à l'obésité. La Commission européenne a publié, en 2007, un livre blanc sur la nutrition, lequel propose une stratégie visant à aborder les problèmes de santé liés à la nutrition, à l'embonpoint et à l'obésité[17]. Ce livre blanc propose de

> «…*permettre au consommateur de choisir en pleine connaissance de cause et d'avoir accès, s'il le souhaite, à une alimentation saine, et il demande à l'industrie alimentaire de travailler à une reformulation des recettes visant, entre autres, une réduction des teneurs en sel et en graisses. Il conviendrait aussi de mieux souligner les vertus de l'exercice et d'encourager les Européens à se dépenser davantage. ».*

Cette stratégie émane, comme ailleurs dans le monde, du constat d'une progression alarmante, au sein des pays de l'UE, de l'embonpoint et de l'obésité au cours des 30 dernières années, plus particulièrement chez les enfants. On estimait alors à plus de 21 millions le nombre de jeunes européens en surplus de poids. Cette stratégie prône une approche volontaire de réglementation de la commercialisation et de la publicité alimentaires.

Ainsi, des actions variées ont été mises en place afin de s'attaquer à différents facteurs qui contribuent à l'obésité. Toutes ne font certes pas l'unanimité. C'est notamment le cas de la réglementation de la publicité alimentaire auprès des enfants, particulièrement des aliments malsains. D'un côté, les pressions de l'industrie de l'alimentation, de l'autre les groupes de consommateurs qui souhaitent des critères plus stricts. Depuis 2005, l'industrie de l'alimentation s'est engagée à réduire la proportion des publicités alimentaires destinée aux enfants sur la base d'un code de conduite volontaire. Du côté des consommateurs, voire des parents, on ne croit pas que l'autorégulation soit suffisante. Dans un contexte où les entreprises ont le droit légitime de commercialiser leurs produits, certaines voix suggèrent de miser davantage sur l'éducation des enfants afin qu'ils développent un esprit critique face à l'environnement commercial actuel, en plus de l'éducation à une saine alimentation[18].

Depuis quelques années, la Commission européenne travaille à réglementer l'étiquetage alimentaire. Un règlement visant à éliminer les allégations sur la santé de certaines denrées alimentaires a récemment été adopté sur le marché de

l'UE. Les affirmations telles que « bon pour le cœur » ou « faible en gras » ne devront plus apparaître. Elles devront plutôt être remplacées par le profil nutritionnel des denrées alimentaires.

Diverses initiatives ont mené à la stratégie de 2007 et sont encore en vigueur. Soulignons la Plate-forme européenne d'action relative à l'alimentation et à l'activité physique et à la santé[19], lancée en mars 2005. Elle sert à « rassembler les principaux représentants à l'échelon européen des secteurs de l'industrie alimentaire, des aliments de détail et des services d'alimentation, des organisations de consommateurs et des ONG du domaine de la santé »[20]. Cette plateforme permet la mise en commun de pratiques qui ont eu du succès et aide à voir comment elles peuvent s'appliquer ailleurs. Ces informations sont regroupées selon cinq domaines : l'information des consommateurs (à l'aide de l'étiquetage), l'éducation, la promotion de l'activité physique, le marketing et la publicité, la composition des denrées alimentaires, l'éventail d'aliments sains et la taille des portions. (Union européenne, 2005).

4.3 Actions des États-Unis

Pays qui symbolise l'excès de poids dans la population. Premier à être confronté de manière importante à cette problématique de santé et à sonner l'alarme. Le Center for Disease Control (CDC) travaille depuis plusieurs années à informer de cet état de situation et à le freiner. Le ministère de la santé, le Department of Health and Human Services (HHS), a publié le programme national pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, *Healthy People 2020*. Il s'inscrit dans la lignée du premier *Healthy People 2010* publié en 2000. Ces documents définissent les objectifs nationaux en matière de promotion et de prévention de la santé sur une période de 10 ans[21].

En 1999, le Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity (DNPAO), un département spécifique au sein du CDC, a été créé afin de soutenir la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre l'obésité à travers les États-Unis. Il a la responsabilité du programme national de réduction de l'obésité et des maladies chroniques et de leur prévention. Les objectifs sous-jacents du programme consistent ainsi à améliorer les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques.

Les États-Unis ont, comme d'autres, emprunté la voie de la stratégie visant à améliorer les habitudes alimentaires, et à augmenter l'activité physique. Néanmoins, le document de mai 2010 du groupe de travail de la Maison blanche sur l'obésité infantile soutient que la problématique actuelle requiert, tout comme la lutte contre le tabagisme, des approches globales et multisectorielles de prévention et de contrôle. Il est impératif de s'occuper des nombreux facteurs de risque reliés à l'obésité. Le groupe de travail retient trois grandes catégories de risques : d'abord, les « incitatifs matériels », tel que le prix des aliments; ensuite, les normes sociales, telles que les habitudes et l'influence des amis et de la famille sur les habitudes alimentaires et d'activité physique. La dernière catégorie concerne l'environnement élargi, telle que la distance qu'ont à parcourir les personnes pour aller à l'épicerie et au terrain de jeux.

Actuellement, les États-Unis ont décidé de s'intéresser particulièrement aux enfants dans leur stratégie de lutte contre l'obésité et plusieurs initiatives se développent à l'échelle locale[22]. Ainsi, afin d'améliorer la santé des enfants, on prévoit une meilleure éducation des parents sur l'alimentation et encourage l'offre d'aliments santé dans les écoles. Des mesures concernant l'industrie de l'alimentation et la publicité destinée aux enfants ont aussi été lancées, sans grand

résultat pour le moment. Même chose du côté des mesures fiscales. Trente-trois États américains imposent des taxes sur les boissons gazeuses, sucrées, à saveurs artificielles, énergisantes destinées aux sportifs. Selon les chercheurs de l'Economic Research Service (ERS) du ministère de l'Agriculture, il semble que les taxes imposées à cette fin ont peu d'effets sur la consommation (MAPAQ, 2010).

4.4 Actions canadiennes

Le gouvernement du Canada se préoccupe aussi de l'état de santé de la population associé à son alimentation. Le très connu *Guide alimentaire canadien* est un exemple de mesure prise, il y a déjà plusieurs années. Il vise à orienter la population afin qu'elle adopte une alimentation nutritive et complète pour les besoin de l'organisme. Ce guide a été révisé en 2007 en tenant compte, entre autres, des changements au plan de l'approvisionnement alimentaire et des habitudes de consommation sur une période de 10 ans. De plus, une version adaptée qui tient compte des valeurs, des traditions et des choix alimentaires des populations amérindiennes, inuits et métis est maintenant disponible.

Le Guide alimentaire s'inscrit dans une stratégie plus large adoptée en 2002. Santé Canada élabore périodiquement des lignes directrices visant à définir et promouvoir la saine alimentation. Les politiques nutritionnelles et les lignes directrices en matière d'alimentation au Canada de 2005, les plus récentes, stipulent clairement la nécessité de freiner les causes qui augmentent les risques de maladies chroniques et le besoin de se préoccuper de l'environnement qui y concourt. Ainsi, elles proposent un « modèle d'alimentation qui comble les besoins en nutriments tout en réduisant le risque de maladies chroniques d'origine nutritionnelle, telles que l'obésité, le diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires ». Ces lignes directrices reposent sur une analyse de la relation entre nutrition, santé et environnement dans lequel sont fait les choix alimentaires et se dessinent les habitudes consommation (Santé Canada, 2010). Une politique publique canadienne qui semble avoir été assez efficace a consisté à limiter l'utilisation de gras hydrogénés dans la fabrication d'aliments. Selon l'évaluation faite par le *Programme de surveillance des gras trans*, à l'hiver 2009, 80 % des aliments préemballés examinés respectaient les limites de gras hydrogénés (trans), telles qu'établies en 2006 par le Groupe de travail sur les gras trans.

En appui de la stratégie et en accord avec les lignes directrices, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a produit un rapport intitulé « Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé » à l'intention des responsables politiques et des services de santé. On y signale qu'il existe beaucoup de possibilités d'interventions qui devront cibler « le milieu dans lequel nous vivons, nous apprenons, nous travaillons et nous nous divertissons, pour promouvoir le poids santé » (ICIS, 2006 : 90). Les interventions dans les lieux de travail pourront viser le régime alimentaire et l'activité physique. La mise en place de programmes particuliers qui conjuguent éducation à une saine alimentation et augmentation de l'activité physique dans les écoles en est un autre exemple.

En septembre 2010, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu d'un Cadre d'action visant à concentrer les efforts afin freiner l'obésité juvénile et promouvoir le poids santé. L'accent est mis sur trois stratégies : la première, faire de l'excès de poids juvénile une priorité collective d'intervention, la deuxième consiste à coordonner les efforts et la troisième à mesurer les progrès collectifs et rendre compte des résultats.

4.5 Actions du Québec

Le Québec, semble être à l'avant-garde dans ses actions visant à freiner la croissance morbide de l'obésité. Des politiques ont été élaborées en concertation avec différents secteurs. Elles s'attaquent donc, à la fois, à plusieurs facteurs favorables à l'obésité. Afin de lutter contre l'obésité, le gouvernement du Québec s'est inspiré de la stratégie de l'OMS de 2004. Plus spécifiquement, le gouvernement du Québec a choisi d'utiliser une approche socio-environnementale qui combine les aspects biologique, comportemental et environnemental, comme il l'a fait pour la réduction du tabagisme (Mongeau, 2007). Le gouvernement, afin de concerter son action, a préparé, le *Plan d'action pour la promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir.*

Le programme d'action gouvernemental a comme principal objectif d'instaurer un environnement qui favorise de saines habitudes de vie. Il a été élaboré conjointement par sept ministères et trois organismes du gouvernement du Québec concernés par la problématique que soulève l'excès de poids dans la société. L'adoption et le maintien à long terme de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif, la réduction de la prévalence de l'obésité et des problèmes liés au poids, et la valorisation de saines habitudes de vie et de schémas corporels variés sont les principales mesures qui traduisent cet objectif. Cinq axes d'intervention sont priorisés : préconiser la saine alimentation; favoriser un mode de vie physiquement actif; promouvoir des normes sociales favorables; améliorer les services aux personnes avec un problème de poids; et inciter la recherche et le transfert des connaissances.

Le gouvernement du Québec, sur la base de son plan d'action pour la promotion des saines habitudes de vie, a publié un document qui explique sa vision de la saine alimentation. Le document a été préparé à l'intention des partenaires gouvernementaux, des acteurs qui ont une influence sur l'environnement alimentaire et qui peuvent être impliqués dans le travail de lutte contre l'obésité. De ce nombre, mentionnons les établissements de santé ou les résidences pour personnes âgées et les entreprises responsables des cafétérias dans ces établissements ou encore dans des établissements scolaires. Il s'agit d'un guide visant à orienter l'offre alimentaire. Bien entendu, sa mise en œuvre devrait favoriser des comportements et des choix alimentaires individuels sains.

Le gouvernement du Québec se préoccupe aussi de l'influence des aspects environnementaux sur le poids corporel. À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec a préparé un avis sur « l'impact de l'environnement bâti sur les habitudes de vie et le poids corporel ». Le document publié, en mai 2010, détaille les connaissances à ce sujet et propose des pistes d'interventions applicables aux Québec. Il met en lumière les associations reconnues dans la littérature scientifique entre l'environnement bâti et différentes habitudes de vie, telles que la pratique d'activité physique et une saine alimentation. Des infrastructures de déplacement non motorisé et l'accès à des commerces qui offrent des aliments diversifiés à prix convenable et bons pour la santé (fruits, légumes, etc.) s'avèrent généralement de précieux incitatifs à de saines habitudes de vie. De plus, on y fait ressortir l'importance de mieux comprendre les liens qui existent entre le poids corporel et les facteurs environnementaux, particulièrement l'environnement alimentaire. Il semble que davantage d'études en lien

avec l'environnement bâti et spécifiques au Québec seraient utiles.

Cet avis signale aussi de quelle manière le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS) peut collaborer dans les plans d'aménagement du territoire. Il attire, en outre, l'attention sur la nécessité que le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT), chargé de revoir la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, y intègre explicitement les impacts possibles sur la santé et les habitudes de vie.

Le ministère de l'Éducation des loisirs et du sport (MELS) en collaboration avec d'autres ministères, a lancé, depuis la fin des années 1980, différentes initiatives afin d'améliorer l'alimentation et les habitudes d'activité physique chez les jeunes et leur entourage. Des programmes qui ciblent les écoles font notamment partie de celles-ci. Soulignons les programmes tels qu'Écoles en forme et en santé, lancés en septembre 2004, ou l'allocation pour l'embellissement des cours d'école amorcée en avril 2005. Ces mesures s'inscrivent dans les objectifs du plan d'action actuel.

L'évaluation de l'avancement du Plan d'action pour la promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir a été réalisée et est présentée dans le bilan de 2006 à 2008[23]. Il semble qu'à cette étape, la mise en œuvre se déroule bien, surtout en ce qui concerne les actions qui favorisent une saine alimentation et un mode de vie actif. Dans la foulée de ce plan d'action, l'INSPQ, s'intéresse aux enjeux soulevés par les produits et services amaigrissants (PSMA)[24]. À la suite d'une étude sur les bénéfices et risques pour la santé que peuvent entraîner ces produits et services, dont l'efficacité n'a en général pas été démontrée, l'INSPQ a émis quelques recommandations. Il conseille notamment de bien informer la population et les acteurs concernés des bienfaits et des risques associés aux démarches de perte de poids et de l'application rigoureuse du Règlement sur les produits de santé naturels accompagné de la mise en place d'un mécanisme d'évaluation périodique de la conformité des produits. Il suggère aussi de « développer, en collaboration avec l'industrie, un code de conduite pour les services amaigrissants ». De plus, l'INSPQ recommande d'amender le Code canadien des normes de la publicité afin d'y inclure des dispositions spécifiques sur les PSMA et éviter, entre autres, les allégations qui peuvent induire en erreur (INSPQ, 2008 :iv).

L'évaluation des retombées de ces différentes politiques permettra de voir, dans quelques années, à quel point elles auront été efficaces à freiner l'augmentation rapide du poids dans la population.

4.6 Tendances

Les stratégies adoptées s'attaquent généralement à des facteurs favorables à l'obésité, tel que l'alimentation. Elles recherchent ainsi un nouveau virage dans les habitudes alimentaires et l'activité physique. Afin d'y parvenir, différentes initiatives misent principalement sur la sensibilisation et la formation des individus. De plus, les autres moyens mis de l'avant considèrent l'adaptation de l'environnement, notamment l'aménagement urbain, afin de soutenir les individus à faire de meilleurs choix pour leur santé. D'autres avenues sont aussi explorées, mais soulèvent davantage de débats et de difficultés à mettre en œuvre; c'est le cas de la taxation de certaines denrées alimentaires.

Des mesures d'autorégulation dans le secteur de l'industrie alimentaire contribuent aussi, entre autres, à remédier à l'utilisation abusive de certains produits alimentaires ou à leur forme de commercialisation. C'est notamment le cas des produits qui permettent d'augmenter la production, la conservation et la distribution alimentaire à travers le monde. On tente de plus de mieux contrôler les effets du marketing sur les changements alimentaires.

Parmi les pistes de solutions pouvant avoir un effet sur la réduction de l'obésité figurent des mesures plus ou moins intrusives. Les premières sont davantage axées sur l'éducation, la persuasion et l'information qui suscite l'intérêt pour des choix plus sains. Les efforts en promotion et en éducation sont moins coûteux que d'autres actions visant à remédier au problème de l'obésité. Les secondes correspondent davantage aux mesures de régulation et aux mesures financières. Celles-ci soulèvent généralement plus de débats et leur coût politique est souvent élevé, notamment parce qu'elles affectent les consommateurs, parfois au détriment des populations vulnérables du point de vue socio-économique, et concernent plus directement les industries. Il s'agit donc d'un sujet politiquement chargé. Aux États-Unis, certains voient la nécessité de prendre des mesures sévères entraînant ainsi de fortes réactions chez leurs opposants politiques. Ces derniers considèrent que des interdits alimentaires constituent une attaque aux libertés individuelles. Selon l'OCDE, (2010), la tendance dans les pays membres, se dessine du côté de la promotion des comportements alimentaires et des modes de vie bons pour la santé. On peut néanmoins se demander si des mesures incitatives sont suffisantes. Une combinaison avec des mesures plus interventionnistes faciliterait probablement certains changements alimentaires.

Même si, à la base, ces politiques poursuivent le même défi, utilisent des stratégies similaires, chacune doit se préoccuper du contexte spécifique dans lequel elle s'inscrit et auquel elle s'applique. L'impact de la mondialisation sur les habitudes de vie peut être différent d'un endroit à l'autre. Les politiques d'amélioration de l'alimentation et de l'activité physique devraient être différentes selon chaque région et chaque pays parce que les changements ne s'opèrent pas partout de la même manière (Popkin, 2006). Certains changements, s'ils ne sont pas bien préparés, pourraient s'accompagner d'effets néfastes difficiles à surmonter pour une société. Par exemple, la réduction de la consommation de sucre et par conséquent de sa production pourrait s'avérer dommageable pour un pays producteur de sucre, dont l'économie et le bien-être socio-économique d'une partie de la population en dépendent. Dans un tel cas, d'autres politiques devraient être envisagées afin de soutenir les producteurs de canne à sucre, et éviter un impact économique qui pourrait se traduire par une diminution du niveau de vie des personnes qui vivent de cette industrie.

CONCLUSION

L'embonpoint et l'obésité affectent de plus en plus d'individus, partout sur la planète. Les pays aux prises avec la malnutrition constatent eux aussi une augmentation de l'excès de poids au sein de leur population. Cette condition physique est due à différents facteurs individuels et environnementaux qui interagissent entre eux. Des choix alimentaires et de mode de vie sont faits selon le contexte dans lequel vivent les personnes. L'environnement est affecté par la mondialisation. Celle-ci a provoqué des changements dans le monde, notamment en matière d'offre et de demande de

denrées alimentaires variées. Les nouvelles technologies en différents domaines (information, communication, transport, production et transformation alimentaire) ont modifié le rythme de vie. On consacre moins de temps aux repas et par le fait même on favorise une alimentation à base de produits transformés industriellement et une restauration rapide. On favorise les déplacements rapides à l'aide des moyens de transports qui ne requièrent pas de grands efforts physiques. Les interactions entre les différentes cultures, facilitées par les voyages, les migrations et les médias, influencent aussi les habitudes de consommation et d'alimentation.

L'augmentation de l'excès de poids inquiète parce qu'elle accroit les risques de maladies chroniques et de mortalité précoce. Une augmentation de la prévalence de maladies chroniques alourdit aussi les coûts pour le système de santé et pour l'État.

Compte tenu des préoccupations socio-économiques que présente cette problématique, de nombreuses politiques ont vu le jour, en divers endroits du monde, afin de freiner la progression rapide de l'obésité. À l'instar des orientations proposées par l'Organisation mondiale de la santé, de nombreux États concentrent leurs efforts sur des mesures visant à sensibiliser et amener les populations aux bienfaits d'une saine alimentation et d'un mode de vie actif. Certains, comme le Québec, travaillent aussi sous l'angle de l'aménagement du territoire, afin d'offrir des conditions environnementales qui permettent de faire des choix favorables à un mode de vie sain. En différents endroits, des mesures, comme l'étiquetage visant à contrôler davantage les produits offerts aux consommateurs sont aussi déployés. D'autres États, particulièrement aux États-Unis, ont opté pour des mesures plus intrusives, comme la taxation des denrées alimentaires malsaines.

Quelles que soient les politiques adoptées, elles requièrent l'intégration et la concertation de toutes les parties prenantes et la prise en compte du contexte particulier dans lequel elles sont implantées. La comparaison avec les politiques publiques développées dans la lutte contre le tabagisme peut s'avérer intéressante, même si le cas de l'alimentation, dont on ne peut se priver, soit plus complexe.

Notes

1 À l'instar d'autres auteurs au Québec qui se préoccupent de cette question, nous utiliserons l'expression « excès de poids » ou « surplus de poids » pour désigner l'addition de l'embonpoint et de l'obésité.

2 Nombre de cas observés pour une population donnée. L'incidence est tout aussi préoccupante puisqu'elle indique les nouveaux cas. Les relevés effectués en divers endroits du monde, notamment au Canada, signalent une augmentation importante des cas d'excès de poids au fil des ans.

3 Barèmes de l'IMC : poids insuffisant (IMC inférieur à 18,5) ; poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9) ; embonpoint (IMC entre 25 et 29,9) ; obésité (IMC de 30 et plus) ; obésité classe I (IMC de 30 à 34,9) ; classe II (IMC de 35 à 35,9) et classe III (IMC de 40 et plus). Santé Canada, *IMC et système de classification du poids* http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php. Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 2003.

4 Jean-Pierre Poulain, qui s'intéresse à la question de l'alimentation depuis plusieurs années, souligne aussi le problème dans son dernier livre intitulé *Sociologie de l'obésité*, 2009.

5 Flegal, Katherine M., Margaret D. Carroll, Cynthia L. Ogden and Lester R. Curtin. 2010. NCHS Health E-Stat. Prevalence of overweight, obesity and extreme obesity among adults: United States, trends 1960-62 through 2005-2006. JAMA. Vol. 303, n°3: 235-241, http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/overweight/overweight_adult.htm

6 OCDE. 2010b. Faire le choix de la santé. Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, Paris, 7-8 octobre 2010 :6.

7 « Condition dans laquelle les organes du corps (foie, muscles, tissus adipeux) perdent progressivement la capacité de capter le sucre en réponse au signal de l'insuline ». Le pancréas réagit en augmentant la production d'insuline afin de faire entrer le sucre dans les cellules. Cet organe à la longue s'épuise et devient ultimement incapable de produire l'insuline nécessaire à l'organisme (Béliveau et Gingras, 2009 : 132).

8 OMS, 2003; Mongeau, 2007. Outre les facteurs associés à l'excès de poids, rares sont les textes qui ne soulignent pas la croissance rapide de la prévalence de l'excès de poids en un cours laps de temps.

9 Selon la Coalition contre l'obésité morbide, «plus de 300 000 Québécois souffrent d'obésité morbide […]. Ils mobilisent au moins 1,5 % des frais de santé uniquement pour le traitement des maladies associées à l'obésité». C'est pourquoi cette Coalition œuvre à faire connaître ce problème de santé et milite en faveur d'un meilleur accès à la chirurgie bariatrique, reconnue comme traitement efficace par l'OMS. Il semble qu'à long terme les coûts de la chirurgie bariatrique sont moindres que ceux engendrés par cette forme d'obésité.

10 Le texte de l'ELDEQ - Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec- Desrosiers *et al*., 2009, signale la possibilité d'un changement dans la « norme de poids socialement acceptable ». Au Québec, un poids plus élevé chez les enfants pourrait être considéré par certains parents comme faisant partie des normes.

11 Les études en santé publique examinent souvent les phénomènes sous l'angle des déterminants sociaux de la santé. Ces derniers sont constitués des conditions sociales et économiques qui influencent la santé des personnes, selon les localités et les États. Les déterminants sociaux de la santé quantifient et qualifient la variété des ressources que la société rend disponible à sa population. La situation économique et l'éducation font partie des déterminants sociaux de la santé (Raphael, 2004 : 1).

12 La transition nutritionnelle se vit sous l'influence, notamment, de l'urbanisation et de la mondialisation. Dans le cas présent, le passage à une diète énergétiquement dense accompagné d'un mode de vie plus sédentaire est constaté. (Sridhar, 2009; Popkin, 2006; Bouzitou, 2003). Bouzitou précise comment cette transition est le produit de changements caractéristiques importants dans différents domaines. En économie par exemple, le passage de la révolution industrielle à la révolution technologique; en démographie le passage de taux élevés de fécondité et de mortalité infantile à la maîtrise de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. En santé il évoque la « substitution graduelle des maladies infectieuses, par des maladies chroniques dégénératives ». Il signale aussi les changements majeurs en agriculture, en alimentation et en nutrition.

13 Popkin, 2006, traite particulièrement de ce sujet.

14 Fischler et Masson (2008 : 19), observent de leurs études sur l'alimentation à travers le monde, que « L'industrie agroalimentaire et la grande distribution s'offrent de plus en plus à prendre en charge une partie croissante du temps de préparation des aliments. Au tournant du siècle et du millénaire, les mangeurs français passent de moins en moins de temps à la préparation de leurs aliments – même si le temps consacré au repas diminue, lui, relativement peu. L'alimentation française, en somme se modernise, s'ajuste aux contraintes des nouveaux modes de vie ».

15 Le Congrès des États-Unis a commandé une étude à la Federal Trade Commission à propos de la publicité des aliments et boissons destinée aux enfants et aux adolescents. Les données publiées en 2008 reposent sur l'année 2006 et proviennent de 44 entreprises du secteur de l'alimentation.

16 L'obésité et les maladies qui lui sont associées réduisent l'espérance de vie des personnes atteintes.

17 Commission européenne, Livre blanc sur la nutrition : la Commission propose une action à l'échelle de l'Union européenne pour enrayer la multiplication des cas d'obésité, IP/07/720, Bruxelles, le 30 mai 2007 http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/07/720&format=HTML&aged=1&language=FR&guiLanguage=nl

18 Voir dossier Euractiv sur l'obésité novembre 2010, http://www.euractiv.com/fr/specialweek-foodandresponsiblemarketing/grand-debat-les-pubs-alimentaires-responsables-de-lobesite-i

19 Union européenne, Alimentation, activité physique et santé - Une plateforme d'action européenne, 15.03.05. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_fr.pdf

20 Site Europa, Combattre l'obésité en Europe, http://ec.europa.eu/research/leaflets/combating_obesity/article_2766_fr.html

21 Documents préparés par le *Department of Health and Human Services*, des États-Unis.

22 Les actions peuvent être financées par le gouvernement fédéral, en plus des gouvernements étatiques et du secteur philanthropique qui investit aussi à cette échelle afin de soutenir les stratégies de prévention auprès des enfants. La nouvelle loi fédérale de santé « Affordable Care Act », adopté en mars 2010, permet le financement de stratégies préventives à l'échelle des localités à partir de l'investissement offert pour les maladies chroniques et l'amélioration de la santé publique (White House TaskForce on Obesity, 2010).

23 MSSS. 2009. *Bilan de l'implantation du PLAN D'ACTION, du 23 octobre 2006 au 31 mars 2008*. Plan d'Action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012.

24 « Au Québec, il existe une multitude de PSMA qui incluent divers produits (produits naturels, médicaments en vente libre, substituts de repas, etc.), services (programmes et centres commerciaux de perte de poids) et moyens (régimes, jeûne, etc.) ayant des visées amaigrissantes » (INSPQ, 2008 : iii).

Bibliographie

Ács, Zoltán J., Alan Lyles, and Kenneth R. Stanton. 2007. *Obesity, business and public policy*. Cheltenham, U.K. ; Northampton, Mass.: Edward Elgar.

Anis AH, Zhang W, Bansback N, Guh DP, Amarsi Z and CL, Birmingham. 2010. Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obes Rev*. January, 11 (1) : 31-40.

Béliveau, Richard et Denis Gingras. 2009. *La santé par le plaisir de bien manger: La médecine préventive au quotidien*. Montréal: Trécarré.

Bouzitou, Gervais Deleuze Ntandou. 2003. Coexistance de l'obésité et de la malnutrition dans les pays en développement. *Dire*. Juillet-août : 12-14.

Chopra, Mickey, Sarah Galbraith and Ian Darnton-Hill. 2002. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization, Special Theme – Global Public Health and International La*, 80 (12) : 952-958.

Commission européenne. 2007. *Livre blanc sur la nutrition : la Commission propose une action à l'échelle de l'Union européenne pour enrayer la multiplication des cas d'obésité*. IP/07/720, l30, mai http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/07/720&format=HTML&aged=1&language=FR&guiLanguage=nl

Commission, Federal Trade. 2008. *Marketing Food to Children and Adolescents: A Review of Industry Expenditures, Activities, and Self-Regulation*. http://www.ftc.gov/os/2008/07/P064504foodmktingreportappendices.pdf

Department of Health and Human Services. 2010. *Healthy People 2020*. http://www.healthypeople.gov/2020/TopicsObjectives2020/pdfs/HP2020_brochure.pdf

Desrosiers, Hélène, Valeriu Dumitru, Lise Dubois. 2009. Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans : des cibles pour l'action. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Janvier, vol. 4, fascicule 3. http://www.iamillbe.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuillet/Fasc3Vol4.pdf

Fischler, Claude et Estelle Masson. 2008. *Manger : Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris : Odile Jacob.

Flegal, Katherine M., Margaret D. Carroll, Cynthia L. Ogden and Lester R. Curtin. 2010. NCHS Health E-Stat. Prevalence of overweight, obesity and extreme obesity among adults: United States, trends 1960-62 through 2005-2006. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 303 (3): 235-241. http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/overweight/overweight_adult.htm

Gouvernement du Québec. 2006. *Plan d'action pour la promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir.* Québec.

Holmes, Bev J. 2009. Media coverage of Canada's obesity epidemic: illustrating the subtleties of surveillance medicine. *Critical Public Health*. June, 19 (2) : 223-233.

ICIS - Institut canadien d'information sur la santé. 2006. *Améliorer la santé des Canadiens. Promouvoir le poids santé : notre état de santé est empreint de nos modes de vie, d'apprentissage et de travail*, Initiative sur la santé de la population canadienne. Ottawa http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/healthyweights06_f.pdf

ICIS - Institut canadien d'information sur la santé. 2004. *Améliorer la santé des Canadiens. Les caractéristiques de la santé et de la maladie s'expliquent en grande partie par notre apprentissage, notre mode de vie et notre travail : rapport sommaire*. Initiative sur la santé de la population canadienne. Ottawa. http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/IHC2004_sumrev_f.pdf

INSPQ - Institut national de santé publique du Québec. 2010. Impact de l'environnement bâti sur les habitudes de vie et le poids corporel (mai). Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf

INSPQ - Institut national de santé publique. 2008. *Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA): Avis scientifique*. Québec (mars).

Jalbert, Yve et Lyne Mongeau. 2006. *Prévenir l'obésité un aperçu des programmes, plans d'action, stratégies et politiques sur l'alimentation et la nutrition*. Institut national de santé publique du Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/542-PrevenirObesite_ApercuProgramme.pdf

Katzmarzyk, PT and I. Janssen. 2004. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can J Appl Physiol*. February, 29 (1) : 90-115.

Lagacé, Marie-Claude, Mongeau, Lyne et Lise Renaud. 2007. « Alimentation, médias et maintien du poids santé : ce que pensent les gestionnaires de l'industrie agroalimentaire de leur rôle dans la balance » *in* Lise Renaud (dir). 2007. *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*. Presses de l'Université du Québec. Québec : 61 – 70.

MAPAQ – Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec. 2010. « Contrer l'obésité par la fiscalité ». *BioClips*, Vol. 18, n°25, (21 septembre).http://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Bioclips/Volume%2018%20no%2025%20version%20texte.pdf

McGinnis, Gootman et Kraak, 2006. *Food Marketing to Children and Youth*. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11514&page=22

Mongeau, Lyne. 2007. Les problèmes reliés au poids comme épidémie de la modernité. *Problèmes sociaux*, tome 3 : chap. 2 : 49-84.

MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2009. *Bilan de l'implantation du PLAN D'ACTION, du 23 octobre 2006 au 31 mars 2008. Plan d'Action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006- 2012.* Québec. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-01.pdf

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements favorables à la santé*. Gouvernement du Québec. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-10F.pdf

OCDE - Organisation de coopération et de développement économique. 2010. *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*. http://www.oecd.org/document/31/0,3746,fr_2649_33929_46022460_1_1_1_37407,00.html

———. 2010 b. *Faire le choix de la santé. Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé*. Paris, 7-8 octobre 2010. http://www.oecd.org/dataoecd/14/35/46098377.pdf

Oliver, J. Eric. 2006. *Fat politics: the real story behind America's obesity epidemic*. New York: Oxford University Press.

OMS - Organisation mondiale de la santé. 2003. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS. *Série de Rapports techniques*, 894, http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf

———. 2010. *Les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : rapport du forum et de la réunion technique de l'OMS*. Genève, 15-17 décembre 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599343_fre.pdf

Popkin, Barry M. 2006. Technology, transport, globalization and the nutrition transition food policy. *Food Policy*. 31 : 554-569.

Poulain, Jean-Pierre. 2009. *Sociologie de l'obésité*. Paris: Presses universitaires de France.

Qvortrup, Matt. 2005. Globalization and Obesity. *Obesity in Practice*. 1 (2).

Raphael, Dennis. 2004. *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives.* Canadian Scholars' Press Inc. Toronto.

Santé Canada. *IMC et système de classification du poids*. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php

———. 2003. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf

———. 2009. Le gouvernement du Canada publie des données confirmant la réduction de la teneur en gras trans des aliments au Canada. Communiqué, (12 février).

———. 2010. L*es politiques nutritionnelles et les lignes directrices en matière d'alimentation au Canada* (2005). (Consulté décembre 2010). http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/nut_pol_diet_guid-pol_nut_lig_direc-fra.php

Shields, Margot, Gorber, Sarah Connor, et Mark Tremblay. 2008. Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes. *Rapport sur la santé* (2, juin).

Shields, Margot, Tremblay, Mark S., Laviolette, Manon, Craig, Cora L., Janssen, Ian et Sarah Connor Gorber. 2010. Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009. *Rapport sur la santé* (1, mars), http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010001/article/11064-fra.pdf

Site Europa. *Combattre l'obésité en Europe 2010*. http://ec.europa.eu/research/leaflets/combating_obesity/article_2766_fr.html

Sridhar, Devi. 2009. Biologized Globalization: Overweight and Obesity in India. *Man in India* 89 (1-2) : 51-65.

Union européenne. A*limentation, activité physique et santé - Une plateforme d'action européenne*, 15.03.05. 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_fr.pdf

White House Task Force on Childhood Obesity. 2010. *Solving the Problem of Childhood Obesity Within a Generation*. May. United States : Executive Office of the President. http://www.letsmove.gov/pdf/TaskForce_on_Childhood_Obesity_May2010_FullReport.pdf

Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity. 2010. Fast Food FACTS (Food Advertising to Children and Teens Score) : *Fast Food Facts in Brief.* Site du projet http://www.fastfoodmarketing.org/fast_food_facts_in_brief.aspx

LEPPM
Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation

Le Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation a été créé en 2004 par une entente de partenariat entre le ministère des Relations internationales et l'ENAP. Le Laboratoire est un lieu de veille et d'analyse consacré à l'étude des effets de la mondialisation sur le rôle de l'État et sur les politiques publiques au Québec, et ce sur les enjeux d'ordre culturel, économique, environnemental, de santé, d'éducation et de sécurité.

Relations internationales
Québec

Directeur : Paul-André Comeau

Pour renseignements :
Karine Plamondon
Téléphone : (418) 641-3000 poste 6864
leppm@enap.ca

Les publications du Laboratoire peuvent être consultées sur le site :
www.leppm.enap.ca

Pour citer ce document :

TREMBLAY, Monica. L'obésité préoccupation mondiale de santé publique. Québec, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, ENAP, 2011, 22 p. (Rapport évolutif. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec; Rapport 8).

ENAP
L'Université de l'administration publique

© Copyright ENAP — MRI — LEPPM 2010. Tous droits réservés.
Aucun élément du contenu du présent document ne peut être utilisé, reproduit ou transmis, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'ENAP — MRI — LEPPM. Pour solliciter cette permission ou pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous adresser à leppm@enap.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN978-2-923856-15-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-923856-16-2 (PDF)