

Le programme « Choisir de maigrir ? » : un nouveau paradigme pour intervenir sans nuire

6^{es} Rencontres du GROS : progrès dans l'abord des obésités.
6–8 novembre 2008, Paris

The “Choisir de maigrir ?” program: a new paradigm to help without harm

V. Provencher · L. Mongeau

© Springer-Verlag 2009

Résumé Le nouveau paradigme sur le poids, duquel s'inspire le programme québécois « Choisir de maigrir ? », aborde le problème sous l'angle de la santé et du bien-être, et non de la perte de poids à tout prix. Deux études évaluatives suggèrent une amélioration significative et soutenue du profil psychosocial, comportemental et pondéral chez les participantes au programme « Choisir de maigrir ? ». Ce programme s'avère être une alternative de choix auprès de femmes présentant un problème relié au poids. De plus, de par son rapprochement avec les valeurs et principes de santé publique, il s'intègre bien à une stratégie globale pour endiguer l'épidémie.

Mots clés Obésité · Préoccupation à l'égard du poids ? · Nouveau paradigme sur le poids · Comportements alimentaires · Bien-être

Abstract The new weight paradigm, from which the “Choisir de maigrir ?” (choose to slim?) program has been drawn, focuses on health and well-being rather than weight loss at all costs. Two studies have suggested significant and sustainable improvements in various psychological, behavioural, and anthropometrical variables among “Choisir de maigrir ?” participants. This program appears to be a relevant alternative for healthy weight-management in women with weight-related problems. In addition, its values and

principles, which mirror those from the public health domain, could inspire an entire strategic plan to curb the obesity epidemic.

Keywords Obesity · Weight concern · New weight paradigm · Eating behaviours · Well-being

Problèmes reliés au poids : les deux côtés de la médaille

Tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, l'accroissement de la prévalence de l'obésité est sans aucun doute d'un intérêt majeur en termes de santé publique. De fait, plus de la moitié des Canadiens aurait un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m² [1]. Un déplacement vers la droite de la courbe de distribution de l'IMC suggère également que les Canadiens grossissent collectivement [1]. L'obésité a été identifiée comme un des facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, aux dyslipidémies, à l'hypertension, au diabète de type 2 ainsi qu'à certains types de cancers [2]. Néanmoins, même si l'excès de poids joue un rôle important pour la santé, il ne permettrait pas d'expliquer à lui seul le développement de ces maladies chroniques. Par exemple, il est reconnu que la distribution du tissu adipeux (et non uniquement sa quantité) contribue à l'augmentation du risque pour la santé [3,4]. Une grande hétérogénéité peut donc être observée au sein de la population, tous les gens obèses ne développant pas un problème de santé mettant en cause leur excès de poids. D'ailleurs, certains obèses sont même en bonne santé métabolique [5]. De telles observations suggèrent ainsi qu'au-delà de la simple mesure de l'IMC, certaines habitudes de vie et un tour de taille élevé représentent des facteurs de risque importants pour le développement des maladies chroniques.

En dépit du fait que les hommes retireraient plus de bénéfices d'une perte de poids, particulièrement parce qu'ils

V. Provencher (✉)
Department of Psychology, University of Toronto at Mississauga,
3359 Mississauga Rd N. Mississauga (Ontario), Canada L5L 1C6
e-mail : veronique.provencher@utoronto.ca

L. Mongeau (✉)
Ministère de la Santé et des Services sociaux, 201, boulevard
Crémazie-Est, bureau 2.03. Montréal (Québec), Canada H2M 1L2
e-mail : Lyne.Mongeau@msss.gouv.qc.ca

présentent une obésité abdominale plus importante [6], on constate qu'ils sont, en général, beaucoup moins concernés par cette question que les femmes. Au Québec, près de la moitié des femmes ayant un IMC normal aimerait perdre du poids, alors qu'une telle préoccupation ne touche que 9,5 % des hommes appartenant à la même catégorie d'IMC [7]. Une étude australienne a également rapporté qu'un IMC moyen de 23,7 kg/m² était perçu comme étant synonyme d'excès de poids chez les femmes, alors que les hommes n'identifiaient le surplus de poids que lorsqu'ils atteignaient un IMC moyen de 26,1 kg/m² [8]. Ces chiffres dénotent ainsi l'importance accordée par les femmes au moindre kilo jugé « en trop », une telle préoccupation à l'égard du poids pouvant parfois être qualifiée d'excessive.

Dans notre société contemporaine, les individus, particulièrement les femmes, sont donc aux prises avec une double difficulté au regard de leur poids : avoir un excès de poids ou être insatisfait de leur corps et de leur poids ou les deux à la fois. Lorsqu'on aborde la question des problèmes reliés aux poids, il importe donc de considérer ces deux réalités.

Deux problèmes, quelle solution adopter ?

En combinaison avec l'augmentation du niveau d'activité physique, la restriction alimentaire est au cœur des approches traditionnelles de perte de poids [3]. En créant une balance énergétique négative, les diètes hypocaloriques amènent ainsi une perte de poids ; plus la diète comporte une restriction calorique sévère, plus la perte de poids sera importante et rapide. Même si l'efficacité de telles approches de perte de poids a été démontrée à court terme [9], franchir l'étape du maintien du poids à plus long terme s'avère un défi de taille. Seulement 20 à 30 % des gens arriveraient à maintenir une perte de poids d'au moins 10 % du poids initial, plus d'un an après la fin du traitement [10].

Par ailleurs, même si une perte de poids modérée de l'ordre de 5 à 10 % du poids initial est l'objectif recommandé par les professionnels de la santé [3], la perception d'une perte de poids réussie est généralement beaucoup plus ambitieuse chez les gens ayant un surplus de poids. Ces derniers visent plutôt une perte de poids qui correspond à environ 30 % de leur poids initial [11], attentes qui sont grandement soutenues par le contexte socioculturel dans lequel nous évoluons [12]. Comparativement aux résultats à court terme obtenus à l'aide des approches de perte de poids traditionnelles, qui permettent tout juste l'atteinte des recommandations de perte de poids [9], de tels objectifs apparaissent donc irréalistes et peuvent entraîner une insatisfaction face aux efforts déployés pour contrôler son poids. Par ailleurs, le fait d'avoir des attentes plus réalistes serait associé à des caractéristiques psychologiques ainsi

qu'à des comportements alimentaires plus sains [13]. Il existe alors une dichotomie franche entre les attentes des gens désirant perdre du poids et les attentes des professionnels qui les guident dans leur démarche, ce qui peut nuire à la démarche à plus long terme.

Puisque l'obésité est une problématique multifactorielle où de nombreux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux influencent l'équilibre énergétique et rendent difficile le maintien d'un poids moindre, il importe donc d'élargir la compréhension des causes et des conséquences de l'obésité.

Alors qu'un niveau de restriction cognitive élevé a été identifié comme un prédicteur de la perte de poids à court terme à la suite d'une diète hypocalorique [14,15], d'autres études ont mis en évidence des aspects plus « sombres » associés à la restriction et aux approches visant à faire maigrir. Tout d'abord, une restriction calorique sévère a été associée à divers problèmes sur le plan physique, tels qu'une perte de masse osseuse [16] et des désordres du cycle menstruel [17]. La formation de calculs biliaires, la présence d'arythmie cardiaque et de troubles électrolytiques peuvent même être observés dans des conditions plus extrêmes de restriction [18].

Le suivi d'une diète hypocalorique implique également le respect d'un plan alimentaire qui est rarement en accord avec les signaux de faim et de satiété, ce qui produit une « désynchronisation du contrôle physiologique » de l'individu [19]. Une augmentation des sensations de faim et du désir de manger, de même qu'un niveau plus élevé de dépression ont été notés chez des gens ayant suivi une diète restrictive afin de perdre du poids [20,21]. La restriction pourrait s'accompagner de cycles de perte et de regain de poids plus fréquents [22], et, par ailleurs, elle serait associée à une surconsommation alimentaire et à un gain de poids à long terme [23,24]. De plus, les femmes ayant connu de nombreux échecs dans leurs tentatives de perte de poids antérieures peuvent présenter une plus grande détresse psychologique et un niveau plus important de dépression [25], ce qui les rend plus vulnérables sur le plan psychologique.

Ces observations suggèrent donc que la restriction calorique peut s'avérer difficile à maintenir sur une longue période, probablement parce qu'elle est associée à une perception de privation. En dépit des effets propres de la restriction calorique sur la physiologie du comportement alimentaire, ce sont des facteurs cognitifs, tels que la perception de manger moins qu'à l'habitude ou moins que souhaité, qui seraient responsables du sentiment de privation [26]. Voilà pourquoi il paraît important d'explorer de nouvelles approches en matière de gestion du poids, qui mettront en avant la liberté de choix, le plaisir et le respect des signaux de faim et de satiété, au « détriment de l'obligation et de la coercition ».

Nouvelle philosophie d'intervention : le nouveau paradigme sur le poids

Au début des années 1980, des chercheurs se sont intéressés au faible taux de réussite des traitements de l'obésité, ainsi qu'à l'obsession grandissante que développaient les personnes qui essayaient de façon répétitive de maigrir. Ils ont remis en question l'importance accordée au poids en lien avec la santé, ainsi que la pertinence des interventions alors en vogue [27]. À la même époque, un questionnement semblable émergeait dans les mouvements de femmes ainsi que chez certains cliniciens. En 1978, la publication du livre d'Orbach [28], intitulé *Fat is a Feminist Issue*, a permis l'émergence d'une nouvelle façon de voir la problématique du poids, vision qui a également été soutenue par d'autres auteurs tels que Hirschmann et Munter [29].

Nouveau paradigme sur le poids

L'émergence de cette nouvelle vision concernant la gestion du poids a permis la naissance d'un nouveau paradigme sur le poids qui remet en question le paradigme traditionnel. Mais justement, qu'est-ce qu'un nouveau paradigme ? Il s'agit de l'ensemble des croyances, des valeurs reconnues et des techniques communes aux membres d'une communauté scientifique donnée, qui modèlent et guident leur travail dans un domaine concerné [30]. Selon Parham, le paradigme traditionnel fait référence aux modèles, qu'ils soient moraux ou médicaux, qui définissent l'excès de poids comme une déviance et un problème que chaque individu doit corriger, alors que le nouveau paradigme se réfère plutôt à un modèle où l'individu est responsable des solutions, sans être imputable des causes [31]. Connue sous l'appellation de *health-at-any-size (H@AS) paradigm* [32,33] (c'est-à-dire, la santé pour tous les formats corporels), le nouveau paradigme sur le poids est une approche centrée sur l'amélioration de la santé dans sa globalité, et ce, sans passer par la perte de poids à tout prix.

Parham [31] présente le nouveau paradigme sur le poids comme étant issu de deux mouvements : l'acceptation de soi et le *non dieting*. Ces derniers reposent sur une reconnaissance des réalités plus difficiles qui font partie de la vie des gens, soit l'efficacité mitigée de la majorité des interventions individuelles pour perdre du poids et la difficulté de demeurer mince dans un environnement caractérisé par l'abondance qui favorise la consommation.

L'acceptation de soi est une dimension incontournable du nouveau paradigme sur le poids qui permet de le différencier des autres approches reliées au poids [31]. Elle se définit par le fait de se connaître sous tous ses angles et de savoir profiter de ses forces et de ses atouts tout en considérant de façon objective ses limites et ses faiblesses [31].

Même si le nouveau paradigme souligne l'importance de ne pas attendre d'être mince pour profiter de la vie, il faut

comprendre que l'acceptation est loin d'être considérée comme un refus du changement. En prenant conscience de ses forces et de ses faiblesses, l'individu serait plus enclin à développer la motivation nécessaire à l'amélioration de sa santé tout en renforçant son estime de soi et son efficacité personnelle [34].

La dimension du *non dieting* est présente de façon variable selon les auteurs et les instigateurs de programmes, car certains mettent à l'écart la notion de perte de poids alors que d'autres ne l'excluent pas. Peu importe la vision adoptée quant au poids, le refus d'encourager les diètes restrictives reste toutefois au cœur du *non dieting*. Les restrictions alimentaires sont donc mises de côté pour laisser libre court à l'écoute des signaux corporels de faim et de satiété tout en mettant l'accent sur le plaisir de manger et de bouger [31]. La personne est également amenée à reconnaître la présence de stimuli émotionnels et environnementaux qui ont une influence sur son apport alimentaire, ainsi qu'à trouver et à expérimenter des moyens alternatifs pour répondre à ses besoins externes.

Par ailleurs, cette nouvelle approche reconnaît l'importance des saines habitudes de vie, où une alimentation de qualité et un mode de vie actif occupent une place prépondérante dans la vie de tous les jours [31,35]. L'alimentation et l'activité physique ne sont toutefois pas utilisées comme moyens pour contrôler le poids, mais plutôt comme facteurs contribuant à améliorer la santé et la qualité de vie pour ainsi faire partie intégrante du mode de vie de la personne.

« Choisir de maigrir ? » : un programme québécois fondé sur le nouveau paradigme sur le poids

Le programme « Choisir de maigrir ? » a été développé en 1982 par une équipe du centre local de services communautaires de Rosemont à Montréal (Québec, Canada). Cette équipe de professionnels l'a élaboré sur la base d'interventions collectives et multidisciplinaires, s'échelonnant sur 14 semaines, soit 13 rencontres de trois heures et une journée intensive, pour une durée totale de 45 heures. Chaque rencontre se déroule en petits groupes d'environ 12 à 14 participantes et est animée par deux intervenantes, une diététiste–nutritionniste¹ et une intervenante psychosociale, qui jouent un rôle de facilitation.

Le programme « Choisir de maigrir ? » est basé sur les évidences de la littérature scientifique et respecte les principes et les valeurs du nouveau paradigme sur le

¹ Au Québec, les titres de « diététiste » et de « nutritionniste » sont deux titres réservés qui désignent une même profession. Il s'agit de la seule profession de la santé reconnue par le code des professions dont le champ d'expertise est l'alimentation et la nutrition humaine. Ces professionnels de la santé détiennent un diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat en nutrition) et sont membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

poinds. Il repose sur une approche d'intervention « éclectique » puisant certains concepts dans l'approche féministe ainsi que dans les théories comportementale et psychodynamique, tout en laissant une place importante à l'empowerment. Il s'échafaude sur un modèle d'intervention où le résultat visé est la qualité de vie. L'accent est mis sur une vie pleine et harmonieuse plutôt que sur le poids et l'apparence (Fig. 1).

Ce modèle, basé sur le *Health Action Model* de Tones [36], permet de prendre en considération les multiples déterminants biologiques, psychologiques et socioculturels qui contribuent au problème de poids. Au cœur de ce modèle, se trouvent les notions de rapport coûts/bénéfices, de choix et de prise de décision. Comme son nom l'indique, « Choisir de maigrir ? » pose donc la question de la pertinence de maigrir, ainsi que des objectifs et des moyens envisagés. Il veut donc interrompre le syndrome du yoyo en remplaçant l'utilisation de diètes miracles par l'adoption de saines habitudes de vie. Il vise une saine gestion du poids par une analyse très large et une prise de décision éclairée quant à un éventuel amaigrissement.

« Choisir de maigrir ? » ne vise donc pas de façon immédiate la perte de poids. Celle-ci pourrait venir éventuellement lorsqu'un certain nombre de changements se seront opérés chez la personne, notamment la capacité de changer ses habitudes de vie, si elles sont en cause. La perte de poids est en partie tributaire du patrimoine génétique de la personne et il est parfois difficile de maigrir malgré une amélioration des comportements.

Le programme favorise la prise en charge du problème par la personne elle-même (*empowerment* individuel) en lui donnant les connaissances et les moyens de se réapproprier sa démarche de changement. En brisant l'isolement et en permettant aux femmes de faire une réflexion collective sur l'environnement socioculturel qui encourage le culte de la minceur, on développe l'empowerment collectif.

Programme « Choisir de maigrir ? » en pratique

Le cheminement proposé aux participantes est réalisé à partir d'activités et de moyens variés, soit l'auto-observation, le partage, les discussions, des lectures et des exercices de toutes sortes. Par exemple, les rencontres permettent de remettre en question et de modifier les croyances et les attentes reliées au poids, à l'image corporelle, aux besoins fondamentaux reliés à l'alimentation (physique, psychologique et social) et à l'activité physique, tout en favorisant la mise en pratique des aspects discutés.

Une partie importante des rencontres est aussi consacrée à la reconnaissance des signaux corporels de faim et de satiété de même qu'à l'identification des facteurs externes qui peuvent influencer la prise alimentaire et les comportements. Ce travail est réalisé entre autres par le biais d'un journal alimentaire et de discussions de groupe. L'identification de ses besoins et des moyens adaptés d'y répondre, l'affirmation de soi et le soutien social (SS) sont également des thèmes discutés lors des rencontres.

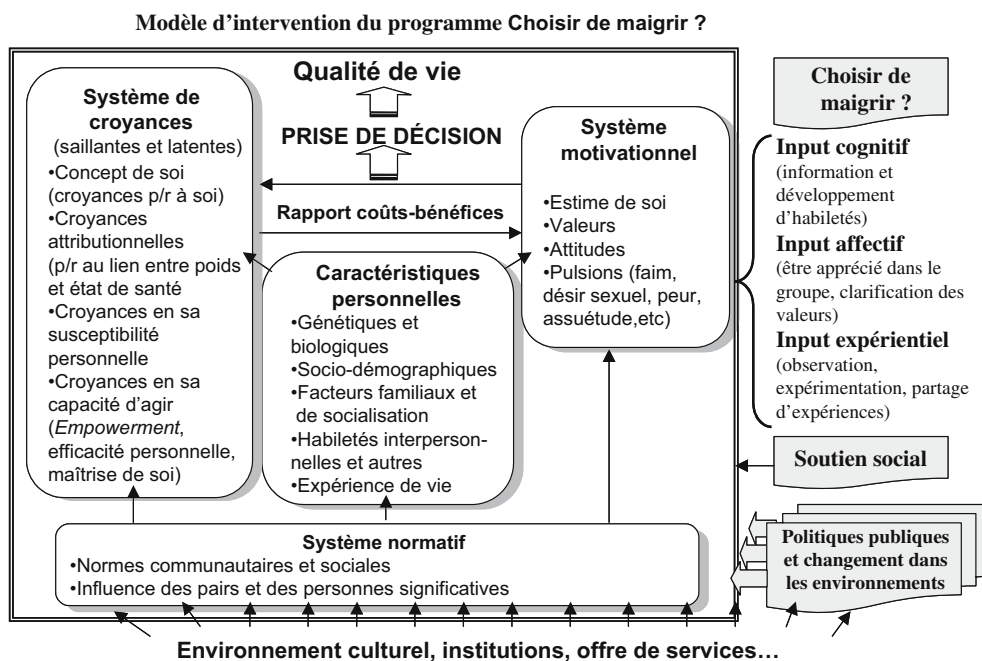


Fig. 1 Modèle d'intervention du programme « Choisir de maigrir ? »

« Choisir de maigrir ? » mise donc sur un processus de connaissance de soi, amenant les participantes à une décision éclairée quant au choix de maigrir, ainsi qu'à élaborer un plan d'action.

Depuis maintenant plusieurs années, le programme « Choisir de maigrir ? » est une initiative québécoise du groupe d'action sur le poids « ÉquiLibre »². Sa mission générale est de favoriser la prévention et la diminution des problèmes reliés au poids et à l'image corporelle par l'élaboration d'actions de sensibilisation et la conception de programmes et d'outils éducatifs à l'intention de la population et des professionnels de la santé.

Dans le cadre du plan d'action gouvernemental du Québec, déployé en octobre 2006 et intitulé « Investir pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 », le déploiement du programme « Choisir de maigrir ? » dans le réseau des centres de santé et de services sociaux du Québec fait partie des moyens d'action proposés, afin d'améliorer les services auprès des personnes touchées par la problématique du poids. L'organisme ÉquiLibre assure ainsi la diffusion du programme, la formation des intervenants, l'encadrement du soutien à l'intervention (par exemple : soutien téléphonique aux intervenants, communauté de pratique virtuelle) et l'évaluation continue du programme³.

Le nouveau paradigme sur le poids a également inspiré le modèle théorique d'intervention présenté dans le chapitre sur l'obésité et le contrôle du poids du manuel de nutrition clinique destiné aux diététistes–nutritionnistes membres de l'ordre professionnel des diététistes du Québec [37].

Et alors, quels sont les effets du programme « Choisir de maigrir ? » ?

En plus de la littérature scientifique suggérant des effets positifs reproductibles des interventions découlant du nouveau paradigme sur le poids [38,39], l'enthousiasme envers le programme « Choisir de maigrir ? » au Québec repose sur les résultats de deux évaluations scientifiques qui documentent les effets du programme « Choisir de maigrir ? » sur différents aspects de la santé chez la femme. Ces deux études ont été réalisées de façon indépendante par deux équipes de recherche, l'une à l'université de Montréal et l'autre à l'université Laval. Nous présenterons successivement leur méthodologie respective et un résumé des résultats observés.

² www.equilibre.ca.

³ Toujours selon la philosophie du nouveau paradigme sur le poids, ÉquiLibre diffuse également le programme « Bien dans sa tête, bien dans sa peau » chez les adolescent(e)s, et travaille au développement d'un programme s'adressant aux hommes en milieu de travail.

Première évaluation scientifique du programme

« Choisir de maigrir ? »

La première évaluation a été réalisée selon un protocole quasi-expérimental de type pré-post avec un groupe témoin. Le groupe expérimental ($n = 184$) était composé de participantes qui s'inscrivent habituellement à « Choisir de maigrir ? ». En général, ces femmes d'âge moyen se caractérisent par la présence d'« un surplus de poids qui les dérange ». Elles sont issues de divers milieux socioéconomiques, ont des niveaux de scolarité variés et quoiqu'en majorité franchement obèses, une minorité peut être au poids-santé. Elles ont généralement essayé plusieurs traitements et sont désireuses de mieux comprendre leur problème qui semble plus compliqué que prévu. Bien qu'elles soient assez nombreuses à ne plus vraiment faire confiance aux régimes amaigrissants, plusieurs nourrissent encore l'objectif de maigrir. Elles manifestent toutefois une ouverture à d'autres solutions.

Quant au groupe témoin ($n = 127$), il était composé de femmes habitant des régions où le programme n'était pas dispensé. Celles-ci présentaient des caractéristiques similaires aux participantes de « Choisir de maigrir ? » tant au plan socioéconomique, que pour le type de milieux de vie, le poids et la préoccupation à l'égard de leur poids.

La collecte des données s'est effectuée avant et après l'intervention, puis un suivi postintervention a été effectué un an après la fin de l'intervention. De nombreux questionnaires validés ont été utilisés pour mesurer les variables à l'étude, soit la perception de l'image corporelle, les attitudes et les comportements alimentaires, l'estime de soi, la dépression et l'efficacité personnelle.

Les résultats qui se dégagent de cette première évaluation démontrent que le programme « Choisir de maigrir ? » a permis une amélioration significative et soutenue de plusieurs variables psychosociales, notamment l'image corporelle, manger en réponse à ses émotions, l'estime de soi et les connaissances [40]. L'amélioration est attribuable au programme et s'est maintenue entre la fin de l'intervention et le moment du suivi postintervention effectué un an plus tard. Des changements significatifs dans la tendance à se mettre à la diète ainsi que pour l'efficacité personnelle et la dépression ont également été mis en évidence [40]. Dans le cas de ces variables, les effets ne se sont pas manifestés de façon immédiate, mais sont apparus après un an. Les facteurs de confusion (âge, scolarité, occupation et IMC initial) ayant été pris en compte dans l'analyse, des effets immédiats sont apparus pour l'efficacité personnelle et la dépression, suggérant un effet de l'intervention. Ces changements sont survenus alors que l'IMC moyen des femmes à l'étude est demeuré stable, suggérant la présence de « principes actifs » dans l'intervention.

Par ailleurs, l'examen par catégories d'IMC indique que davantage de femmes participant au programme ont

maintenu leur poids à l'intérieur d'un intervalle de ± 2 kg, et que davantage d'entre elles ont perdu entre 2 et 9 kg [40]. Dans cet échantillon, cette quantité de poids représente 10 % du poids initial, ce qui correspond aux récentes recommandations pour obtenir des bénéfices à la santé [3]. Ainsi, bien que le programme ne vise pas comme telle la perte de poids, ces résultats sont encourageants.

D'autres résultats permettent également de jeter un premier regard sur la « boîte noire » du programme, à savoir sur un mécanisme d'action particulier et original de l'intervention, le rôle de la prise de décision. Un effet modérateur sur le choix de maigrir a été identifié pour des variables à forte connotation émotionnelle comme l'image corporelle et le fait de manger en réponse à ses émotions, ainsi qu'une tendance pour la boulimie [40]. Cheminer dans un processus de prise de décision et faire un choix à l'égard de l'amaigrissement, que ce soit maigrir ou non, permet à certaines femmes d'obtenir des effets plus marqués par rapport à celles qui n'arrivent pas à prendre de décision ou à celles dont la position en regard de leur problème reste « nébuleuse ».

« Choisir de maigrir ? » favorise la réalisation de ce processus. Le fait de statuer clairement sur un choix en regard de l'amaigrissement pourrait donc agir sur la composante émotionnelle de la problématique, probablement en la réduisant.

Deuxième évaluation scientifique du programme « Choisir de maigrir ? »

Les effets du programme « Choisir de maigrir ? » sur les comportements alimentaires, les sensations reliées à l'appétit, le poids corporel et le profil psychologique ont été évalués dans le cadre d'une deuxième étude. Cette évaluation a été réalisée auprès de 144 femmes (âge : $42,4 \pm 5,6$ ans) présentant un surplus de poids (IMC entre 25 et 35 kg/m^2) et une préoccupation à l'égard de leur poids. Les femmes ont été réparties aléatoirement dans l'un des trois groupes à l'étude :

- intervention nouveau paradigme ;
- intervention soutien social (SS) ;
- groupe témoin (sans intervention).

Les interventions ont été conduites sur une période de quatre mois et les données ont été recueillies au début de l'étude, à la fin de l'intervention ainsi que 6 et 12 mois après la fin de l'intervention. Les comportements alimentaires (restriction, désinhibition et susceptibilité à la faim) ont été évalués à l'aide du Three-Factor Eating Questionnaire. Les sensations reliées à l'appétit (désir de manger, faim, satiété et propension à la consommation de nourriture) ont été mesurées selon des échelles visuelles analogues avant et après un déjeuner standardisé. Quant au profil

psychologique, les symptômes dépressifs, l'estime de soi, la qualité de vie reliée au poids, la satisfaction corporelle et la sévérité des comportements boulimiques ont tous été évalués à l'aide de questionnaires.

Les résultats de cette deuxième évaluation ont démontré une diminution significative des comportements de désinhibition et de susceptibilité à la faim à court terme chez les femmes ayant participé au programme « Choisir de maigrir ? » (groupe nouveau paradigme) [41], ces changements s'étant d'ailleurs maintenus à plus long terme [42]. Ces améliorations du comportement alimentaire se sont ainsi démarquées des effets observés chez les femmes n'ayant pris part à aucune intervention (groupe témoin), alors qu'aucune différence n'a été observée avec les femmes ayant participé à l'intervention SS (groupe SS) [41].

Une diminution du désir de manger et de la sensation de faim a été notée à court terme chez les femmes du groupe nouveau paradigme, un changement significativement différent des effets observés dans les groupes SS et témoin [41]. Cette diminution ne s'est toutefois pas maintenue un an après la fin de l'intervention [42]. Une réduction significative du poids corporel, correspondant à environ 2 % du poids initial, a été observée à court terme chez les femmes du groupe nouveau paradigme [41], cette perte de poids s'étant maintenue après un an [42]. Toutefois, le changement de poids observé n'était pas significativement différent de celui noté dans les groupes SS et témoin [41]. Alors que les variables psychologiques se sont toutes améliorées significativement chez les femmes du groupe nouveau paradigme, les mêmes changements ont également été observés dans les groupes SS et témoin [43]. Selon une analyse graphique des résultats, les femmes du groupe nouveau paradigme ont toutefois poursuivi cette amélioration à plus long terme, alors que les femmes des groupes SS et témoin ont plutôt connu une stabilisation et/ou une détérioration des changements psychologiques observés à court terme [43].

Concordance avec la littérature existante sur le nouveau paradigme sur le poids

Depuis 1988, plus d'une vingtaine d'articles qui traitent du nouveau paradigme sur le poids peuvent être dénombrés dans la littérature scientifique. En démontrant des bénéfices sur certaines variables psychosociales, les résultats prometteurs des études pionnières dans le domaine, qui ont investigué les effets du nouveau paradigme sur le poids d'une manière non expérimentale, ont tout d'abord permis de positionner le nouveau paradigme sur le poids en tant que possible alternative au paradigme traditionnel [44,45]. D'autres études plus récentes ont démontré que les interventions s'inspirant du nouveau paradigme sur le poids amènent des changements significatifs au niveau

des comportements alimentaires et du profil psychologique, bien que ces interventions ne semblent pas amener une perte de poids significative [46-48]. Deux revues de la littérature ont également été publiées [38,39].

Les résultats qui se dégagent des deux évaluations scientifiques du programme « Choisir de maigrir? » décrites précédemment sont donc en accord avec la littérature existante sur les effets du nouveau paradigme sur le poids. L'ensemble de ces résultats suggère que ces programmes présentent une certaine efficacité pour améliorer les dimensions psychosociales, et ce, sans nécessairement passer par une modification du poids.

Conclusion et perspectives

Il apparaît clair que les problèmes reliés au poids sont complexes et multifactoriels, ce qui nécessite, tant de la part des scientifiques que des cliniciens, d'aborder la question sous tous ses angles. Une approche globale qui considère les multiples déterminants biologiques, psychologiques et socioculturels contribuant au problème de poids, tel que proposé par le nouveau paradigme sur le poids, prend donc ici tout son sens. Au-delà du poids et de la balance énergétique, il existe une personne et chaque personne à droit à une vie pleine et harmonieuse ; peu importe son poids ou sa physionomie. Face à l'urgence d'agir pour arrêter la progression de l'épidémie d'obésité [4], est-ce que les programmes fondés sur le nouveau paradigme sur le poids, et notamment au Québec « Choisir de maigrir ? », peuvent contribuer à une stratégie globale de santé publique pour réduire les problèmes reliés au poids ?

Même implanté à grande échelle, un programme visant les personnes, tel que « Choisir de maigrir ? », ne peut remplacer des mesures sociétales et des politiques publiques. Ces interventions sont impérativement complémentaires. La question ici est la compatibilité des approches. C'est en considérant les principes et les valeurs, sur lesquels se base l'action de santé publique [49,50], que l'on conçoit la correspondance entre le nouveau paradigme et la stratégie de santé publique. Les principes sur lesquels repose l'action de santé publique comprennent la promotion du bien commun, soit l'espérance de vie en bonne santé, la qualité de vie, la sécurité et un environnement sain. La promotion du bien commun invite à la défense des intérêts à long terme d'une population aux dépens, parfois, de préférences individuelles ou ponctuelles.

La bienfaisance et la non-malfaisance constituent deux autres principes importants qui éclairent la notion de bien commun. La bienfaisance, qui fait place à l'empathie et à la sollicitude devant la maladie ou la souffrance, traduit l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population. Elle ne se contente toutefois pas de la bonne volonté qui sous-tend l'action, mais exige que soient évalués les bénéfices

d'une intervention par rapport aux effets négatifs qu'elle pourrait causer. Quant au principe de non-malfaisance, il sous-tend l'obligation morale de ne pas nuire, ni causer du tort aux autres ; il rappelle l'importance de protéger la population contre les méfaits, iatrogéniques ou autres, découlant de certaines interventions ou de l'omission d'agir.

Sur le plan éthique, la bienfaisance et la non-malfaisance renvoient, de façon particulière, à des principes d'une autre nature, notamment l'incertitude et la précaution. L'incertitude invite à questionner périodiquement les évidences, même solides, dans la planification des interventions. Le principe de précaution, pour sa part, met en garde contre l'inaction quand les risques pour la santé mal connus ou mal caractérisés, ou encore lorsque les connaissances sur les façons d'intervenir sont lacunaires tandis que les risques sont graves et irréversibles. Si la bienfaisance et la précaution invitent à l'action, la non-malfaisance et l'incertitude conviennent à la prudence. Finalement, l'amélioration de la santé et du bien-être, tout en étant centrée sur le bien commun, repose sur la reconnaissance de la capacité de l'être humain à faire ses propres choix de vie ainsi que sur le respect des personnes et de leur intégrité [50].

Ainsi, bien que le nouveau paradigme ait été développé en réponse à un changement de vision dans l'intervention individuelle et non pour servir de base à l'action de santé publique, la convergence entre, d'une part, ses présuppositions et les valeurs qui le sous-tendent et, d'autre part, les principes et valeurs de la santé publique est frappante [40]. Ce constat ouvre la porte à une action concertée entre les acteurs de santé publique et les tenants du nouveau paradigme sur le poids. La concertation des deux groupes d'acteurs, praticiens en *counseling* et acteurs de santé publique, est susceptible de favoriser le respect des dimensions psychosociales de la problématique mais aussi d'encourager la mise en place d'environnements plus favorables ou encore à favoriser la prudence dans les messages de santé publique.

Références

1. Tjepkema M, Shields M (2004) Nutrition: findings from Canadian Community Health Survey – Adult obesity in Canada: measured height and weight. Statistics Canada, Ottawa, pp. 1–36
2. Field AE, Barnoya J, Colditz GA (2002) Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In: Wadden TA, Stunkard AJ (eds) Handbook of obesity treatment. Guilford Press, New York, pp. 3–18
3. National Institute of Health (2000) The practical guide: identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of Health, Bethesda MD, pp. 1–94
4. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization. WHO Technical Report Series 894, Geneva
5. Drapeau V, Lemieux I, Richard D, et al (2006) Metabolic profile in severely obese women is less deteriorated than

- expected when compared to moderately obese women. *Obes Surg* 16:501–509
6. Lemieux S, Després JP, Moorjani S, et al (1994) Are gender differences in cardiovascular disease risk factors explained by the level of visceral adipose tissue? *Diabetologia* 37:757–764
 7. Ledoux M, Rivard M (1998) Poids corporel. In: Institut de la statistique du Québec (ed) *Enquête sociale et de santé 1998*. Sainte-Foy, pp. 186–199
 8. Crawford D, Campbell K (1999) Lay definitions of ideal weight and overweight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 23:738–745
 9. Miller WC (1999) How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss? *Med Sci Sports Exerc* 31:1129–1134
 10. Wing RR, Phelan S (2005) Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 82:222S–225S
 11. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G (1997) What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 65:79–85
 12. Paquette MC, Raine K (2004) Sociocultural context of women's body image. *Soc Sci Med* 59:1047–1058
 13. Provencher V, Bégin C, Gagnon-Girouard MP, et al (2007) Defined weight expectations in overweight women: anthropometrical, psychological and eating behavioral correlates. *Int J Obes (Lond)* 31:1731–1738
 14. Foster GD, Wadden TA, Swain RM, et al (1998) The Eating Inventory in obese women: clinical correlates and relationship to weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* 22:778–785
 15. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, et al (2006) Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Med Sci Sports Exerc* 38:179–188
 16. Langlois JA, Mussolino ME, Visser M, et al (2001) Weight loss from maximum body weight among middle-aged and older white women and the risk of hip fracture: the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Osteoporos Int* 12:763–768
 17. Barr SI, Prior JC, Vigna YM (1994) Restrained eating and ovulatory disturbances: possible implications for bone health. *Am J Clin Nutr* 59:92–97
 18. Gregg EW, Williamson DF (2002) The relationship of intentional weight loss to disease incidence and mortality. In: Wadden TA, Stunkard AJ (eds) *Handbook of Obesity Treatment*. The Guildford Press, New York, pp. 125–143
 19. Blundell JE, Gillett A (2001) Control of food intake in the obese. *Obes Res* 9(Suppl 4):263S–270S
 20. Doucet E, Imbeault P, Saint-Pierre S, et al (2000) Appetite after weight loss by energy restriction and a low-fat diet-exercise follow-up. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24:906–914
 21. Chaput JP, Drapeau V, Hetherington M, et al (2005) Psychobiological impact of a progressive weight loss program in obese men. *Physiol Behav* 86:224–232
 22. Field AE, Manson JE, Taylor CB, et al (2004) Association of weight change, weight control practices, and weight cycling among women in the Nurses' Health Study II. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28:1134–1142
 23. Drapeau V, Provencher V, Lemieux S, et al (2003) Do 6-y changes in eating behaviors predict changes in body weight? Results from the Quebec Family Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 27:808–814
 24. Polivy J (1996) Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc* 96:589–592
 25. Kensing GJ, Murtaugh MA, Reichmann SK, et al (1998) Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *J Am Diet Assoc* 98:863–868
 26. Lowe MR, Levine AS (2005) Eating motives and the controversy over dieting: eating less than needed versus less than wanted. *Obes Res* 13:797–806
 27. Wooley SC, Wooley OW (1984) Should obesity be treated at all? In: Stunkard AJ, Stellar E (eds) *Eating and its disorders*. Raven Press, New York, pp. 185–192
 28. Orbach S (1978) *Fat is a Feminist Issue: A self-help guide for compulsive eating*. Berkley Books, New York, pp. 1–203
 29. Hirschmann JR, Munter CL (1988) *Overcoming overeating. Living Free in a World of Food*. Addison-Wesley Publishers, New York, pp. 1–259
 30. Kuhn TS (1972) *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion, Paris, pp. 1–246
 31. Parham ES (1996) Is there a new weight paradigm? *Nut Today* 31:155–161
 32. Berg FM (1999) Integrated approach: health at any size. *Healthy Weight Journal* 13:74–80
 33. Berg FM, Marchessault G (2000) Naming the revolution. *Healthy Weight Journal* 14:10–11
 34. Wilson GT (2009) Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy* 27:417–439
 35. Berg FM (2000) Women afraid to eat – Breaking free in today's weight-obsessed world. *Healthy Weight Network*, Hettinger ND, pp. 1–376
 36. Tones K (1987) Devising strategies for preventing drug misuse: the role of the Health Action Model. *Health Educ Res* 2:305–317
 37. Ordre professionnel des diététistes du Québec (2000) *Obésité et contrôle du poids. Manuel de nutrition clinique*, Montréal
 38. Foster GD, McGuckin BG (2002) Nondieting approaches: principles, practices, and evidence. In: Wadden TA, Stunkard AJ (eds) *Handbook of obesity treatment*. 2nd edition edn. The Guildford Press, New York, pp. 494–512
 39. King C (2007) Health at every size approach the health management: the evidence is weighed. *Top Clin Nutr* 22:272–285
 40. Mongeau L (2005) Un nouveau paradigme pour réduire les problèmes reliés au poids : l'exemple de « Choisir de maigrir ? ». Université de Montréal, Montréal, pp. 1–421
 41. Provencher V, Bégin C, Tremblay A, et al (2007) Short-term effects of a "health-at-every-size" approach on eating behaviors and appetite ratings. *Obesity (Silver Spring)* 15:957–966
 42. Provencher V, Bégin C, Tremblay A, et al (2009) "Health-At-Every-Size" and eating behaviors: one-year follow-up results of a size acceptance intervention. *JADA (sous presse)*
 43. Gagnon-Girouard MP, Bégin C, Provencher V, et al (2008) Impact d'une intervention s'inspirant du nouveau paradigme en matière de gestion du poids sur le profil psychologique de femmes préoccupées par leur poids. *Congrès de la Société québécoise de recherche en psychologie*, Trois-Rivières
 44. Polivy J, Herman CP (1992) Undieting: a program to help people stop dieting. *Int J Eat Disord* 11:261–268
 45. Omichinski L, Harrison KR (1995) Reduction of dieting attitudes and practices after participation in a non-diet lifestyle program. *J Can Diet Assoc* 56:81–85
 46. Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, et al (2002) Evaluating a "non-diet" wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26:854–865
 47. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, et al (2005) Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc* 105:929–936
 48. Ciliska D (1998) Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *West J Nurs Res* 20:119–135
 49. Donnan S (2001) Ethics in public Health. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA (eds) *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford University Press, New York, pp. 118–124
 50. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) *Programme national de santé publique 2003–2012*. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, Québec, pp. 1–126