

MAI 2013

AUCUN REMÈDE MIRACLE

Des solutions positives au problème de l'obésité

DR DAVID GRATZER

En collaboration avec Jasmin Guénette





910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Québec)
H3C 2H8, Canada

Téléphone : 514-273-0969
Télécopieur : 514-273-2581
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Infographie : Mireille Dufour

©2013 Institut économique de Montréal

ISBN 978-2-922687-40-8

Dépôt légal : 2^e trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

Dr David Gratzer

En collaboration avec

Jasmin Guénette

Aucun remède miracle
Des solutions positives au problème de l'obésité

Institut économique de Montréal

•

Mai 2013

Table des matières

AVANT-PROPOS	5
RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION	
Comprendre le défi de l'obésité	9
CHAPITRE 1	
Ce que les gouvernements ne doivent pas faire	13
CHAPITRE 2	
Ce que les gouvernements doivent faire	17
CHAPITRE 3	
Ce que la profession médicale doit faire	23
CHAPITRE 4	
Ce que le secteur privé doit faire	25
CONCLUSION	
S'ouvrir à de nouvelles approches	29
À PROPOS DE L'AUTEUR	31

AVANT-PROPOS

Il ne fait aucun doute que la proportion croissante dans notre société de personnes qui font de l'obésité ou qui sont obèses est devenue un important problème de santé, avec des conséquences financières non négligeables. S'entendre sur la gravité d'un problème ne signifie toutefois pas que les solutions pour y remédier soient évidentes et ne prêtent pas à la controverse.

Malheureusement, les solutions dont on entend le plus souvent parler sont celles qui reposent sur les taxes, la coercition, la réglementation et, de façon générale, sur davantage d'implication de l'État dans la vie des gens. Des groupes d'intérêt ont été fondés ces dernières années avec l'objectif spécifique de faire pression pour la mise en place de nouvelles taxes sur certains produits alimentaires. Ils proposent que les fonds recueillis grâce à ces taxes soient utilisés pour éduquer le public sur les saines habitudes de vie et une bonne nutrition. De tels programmes pourraient par ailleurs être gérés par... des organismes comme eux. Ces gens savent certainement comment défendre leurs intérêts!

Chaque fois qu'un débat public implique de l'argent des contribuables et plus d'intervention de la part des gouvernements, on peut être certain que des groupes qui risquent de bénéficier de telles mesures vont émerger et en venir à dominer ce débat, même s'il n'existe aucune preuve que les solutions qu'ils proposent vont être efficaces.

Ce que nous mangeons et faisons avec nos propres corps sont des questions très personnelles. Les taxes et la réglementation sont des instruments grossiers qui entraînent très rarement les changements de comportement que l'on espère de la part des individus et des entreprises. Aucun programme n'obtiendra de résultats à long terme à moins que les individus visés ne soient convaincus de son utilité et ne soit disposés à y participer.

Il existe d'autres types de solutions qui respectent les choix personnels et qui s'appuient sur la liberté et la responsabilité individuelles. C'est cette approche qu'a prise le Dr David Gratzer dans ce *Cahier de recherche*, auquel j'ai eu le plaisir de collaborer.

Le Dr Gratzer est l'un des plus éminents experts sur les politiques de santé au Canada. Il propose ici diverses incitations positives qui peuvent être mises en œuvre par les gouvernements, les entreprises, les familles et la communauté médicale dans le but d'aider les personnes qui ont un surpoids à manger mieux et à faire plus d'exercice. Comme il le démontre, il n'existe pas de remède miracle pour résoudre un problème aussi complexe et qui comportent de si nombreuses facettes. Si tous les intervenants font cependant leur part pour promouvoir de meilleures habitudes, nous auront de bien meilleures chances de maîtriser ce problème.

Jasmin Guénette
Vice-président de
l'Institut économique de Montréal

M. Guénette a également collaboré à la *Note économique* « Peut-on contrer l'obésité en taxant les boissons sucrées? » signée par le Dr Gratzer et publiée par l'IEDM en novembre 2012.

Résumé

Les chercheurs et les revues dans le domaine médical ont fréquemment, avec raison, sonné l'alarme quant aux risques de la généralisation de l'obésité. Ces risques sont bien réels. La demande pour le remplacement précoce d'une cheville ou d'un genou est en hausse, l'hypertension est de plus en plus répandue et le taux de personnes souffrant du diabète de type 2 est en explosion. Les établissements de santé ont dû renouveler leur équipement pour accueillir les patients accusant une surcharge pondérale.

Malgré le fait que les taux d'obésité soient en croissance à l'échelle internationale, il existe des distinctions importantes entre les facteurs régionaux et individuels. Contrairement au tabac, la nourriture est vendue et consommée dans une variété imprévisible de contextes publics, privés ou semi-privés sous des millions de formes non standardisées, les chaînes d'approvisionnement pouvant varier radicalement d'un produit à l'autre.

C'est pourquoi, d'un point de vue de politique publique, la seule façon de composer avec cette réalité est de combattre l'obésité en la considérant comme l'apparition massive de millions de cas similaires, mais tout de même uniques d'une condition individuelle.

Les solutions à ce problème devraient donc être liées aux incitations qui guident les individus. Les incitations négatives visent à décourager (ou à interdire) certains comportements adoptés par les consommateurs. Leurs antécédents de succès ne sont pas très reluisants. Les incitations positives, quant à elles, visent à renforcer des comportements souhaitables adoptés par les consommateurs. Ce type d'incitations, dont



l'objectif consiste à accroître la récompense associée aux comportements sains, est moins courant dans le cadre des politiques relatives à l'obésité.

La première étape pour concevoir une politique antiobésité efficace est d'accepter qu'il existe des limites pratiques et politiques à la capacité de l'État à pratiquer une microgestion des comportements alimentaires dans une société libre.

Les décideurs doivent cesser de chercher un remède miracle pour faire disparaître le surpoids des citoyens comme par magie. Il est impossible qu'une seule loi, une seule taxe ou un seul aliment honni puissent servir de fondement à une stratégie antiobésité couronnée de succès.

L'approche puritaine et coercitive du problème de l'obésité, préconisée par une grande partie de la communauté de la santé publique, n'est pas la seule qui existe. Compte tenu des caractéristiques particulières de ce problème, le moment est venu d'accorder davantage d'importance à une autre approche plus positive. Nous avons construit une société et un système économique qui subventionnent et encouragent les mauvais choix. Pour renverser la vapeur, nous devons adopter des systèmes, des politiques et des attitudes qui favorisent de meilleurs choix.

Grâce à diverses initiatives publiques et privées dans les écoles, les enfants sont désormais à avant-garde de la lutte contre l'obésité, et des études montrent que les résultats sont positifs. Les gouvernements peuvent en faire davantage, non seulement dans les écoles, mais aussi en facilitant l'activité physique au quotidien chez les adultes et en développant un modèle d'assurance santé basé sur des incitations positives.

La profession médicale a un rôle crucial à jouer si on souhaite mettre en œuvre une politique antiobésité couronnée de succès. Les patients réagissent souvent plus sérieusement à des conseils médicaux relatifs à des risques clairement établis. Les médecins – en raison de leur culture professionnelle – sont souvent plus à l'aise quand vient le temps de donner des conseils sur des affections et des risques précis. Par conséquent, il est peut-être temps de vigoureusement « médicaliser » la réponse de la profession médicale au problème de l'obésité.

Les secteurs économiques clés et les employeurs peuvent aussi promouvoir la santé chez les adultes en appuyant des changements positifs, par exemple en modifiant la routine quotidienne pour normaliser une alimentation saine et l'activité physique régulière.

La responsabilité individuelle est un aspect central de la lutte contre l'obésité, mais les entreprises de ce secteur doivent également faire preuve de responsabilité. Elles doivent contribuer à réduire les conséquences néfastes des produits existants, particulièrement quand le sucre, le gras ou le sel ajoutés peuvent être réduits dans la chaîne d'approvisionnement actuelle. Elles devraient chercher à diversifier leur gamme pour inclure des produits meilleurs pour la santé. Elles devraient aussi indiquer de manière claire et exhaustive la valeur nutritive de leurs produits.

Si les gens ne font pas preuve de responsabilité individuelle pour prévenir l'obésité, il sera pratiquement impossible de réduire le taux d'obésité, malgré une amélioration des facteurs environnementaux. Les politiques doivent être conçues afin de créer un renforcement positif à long terme pour des millions de décisions individuelles. Les approches positives ne manquent pas. Il faut toutefois que la communauté de la santé publique fasse preuve d'une plus grande ouverture d'esprit et abandonne sa perception erronée selon laquelle seules les interventions répressives sont valables.

INTRODUCTION

Comprendre le défi de l'obésité

À l'époque où je poursuivais mes études de médecine, j'ai mené un entretien avec un patient – manifestement obèse – en présence de mon superviseur. « Pourquoi ne pas lui énumérer les conséquences de l'obésité? », m'a demandé le médecin plus âgé. De l'arthrose à la dépression, j'ai dressé une longue liste de maladies, pour ensuite discuter avec mon superviseur d'autres effets néfastes sur la santé. Le patient écoutait en silence, humilié. À la fin de l'exercice, il avait les larmes aux yeux.

J'ai souvent repensé à cette rencontre, et pas seulement en raison de mes regrets personnels. Cet homme, sa condition et mon indifférence constituaient également un microcosme des problèmes que présentent les politiques de santé modernes quant à la question de l'obésité.

Les chercheurs et les revues dans le domaine médical ont fréquemment, avec raison, sonné l'alarme en ce qui a trait aux risques de la généralisation de l'obésité. Ces risques sont bien réels. La demande pour le remplacement précoce d'une cheville ou d'un genou est en hausse, l'hypertension est de plus en plus répandue et le taux de personnes souffrant du diabète de type 2 est en forte hausse¹. Les établissements de santé ont dû renouveler leur équipement pour accueillir les patients accusant une surcharge pondérale².

Même les observations optimistes quant à la crise de l'obésité peuvent donner lieu à des préoccupations.

Quand une étude publiée récemment a soutenu que les personnes modérément obèses pourraient bénéficier d'une longévité supérieure, le magazine *The Economist* a souligné avec ironie l'inconvénient de cette découverte : « L'obésité allongerait la vie, ce qui implique des traitements [supplémentaires] pendant de nombreuses années additionnelles. La prise de poids permettrait aux gens de vivre plus longtemps, mais les rendrait aussi plus malades »³.

Bien qu'il soit possible de déterminer les coûts et les conséquences de l'obésité, ses causes et ses remèdes sont moins certains puisque le surpoids d'une personne peut découler d'une grande diversité de facteurs liés à son alimentation, à ses habitudes, à ses caractéristiques physiques ou à son milieu.

Évidemment, il existe des tendances communes à l'ensemble des individus, des pays et des cultures. La croissance économique rapide, particulièrement dans les pays non occidentaux anciennement sous-développés, est l'une de ces tendances.

À titre d'exemple, la hausse du revenu moyen dans les régions côtières et industrielles de la Chine au cours des deux dernières décennies a été accompagnée d'une hausse rapide du taux d'obésité⁴. La hausse du revenu disponible, la diminution relative du coût des aliments et l'accès facile aux aliments prêts-à-manger et prêts-à-servir ont facilité – d'un point de vue économique – la consommation régulière d'aliments hypercaloriques, gras, sucrés et salés par des centaines de millions de personnes.

Ce problème est apparu même dans des marchés qui ne possédaient auparavant aucune tradition culturelle à s'alimenter ainsi⁵. Les entreprises du secteur alimentaire conservent souvent leur part de marché en offrant des aliments néfastes pour la santé qui comblent des envies plutôt que des besoins nutritionnels. Bon nombre de leurs clients peuvent maintenant se permettre financièrement de manger jusqu'à l'excès, et beaucoup trop le font.

1. Les données les plus à jour à l'échelle du pays sur l'incidence de l'obésité se trouvent sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada au <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php> et sur celui des Centers for Disease Control au <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html> pour les États-Unis.
2. Par exemple, il faut prévoir des appareils d'imagerie par résonance magnétique plus grands. Voir « The Plus Size MRI Machine », *Wall Street Journal*, 18 septembre 2012.

3. « Fat Years », *The Economist*, 4 janvier 2013.
4. Paul French et Matthew Crabbe, *Fat China: How Expanding Waistlines Are Changing a Nation*, Anthem Press, 2010.
5. Le Japon constitue un exemple notable. Voir Rowan Hooper, « Obesity on the rise as Japanese eat more western style food », *Japan Times*, 11 mars 2012.

La situation est quelque peu différente dans les pays occidentaux prospères comme les États-Unis et le Canada, où la population consommait possiblement plus de calories, en moyenne, au XIX^e siècle qu'aujourd'hui⁶. En fait, les économistes s'accordent généralement pour dire que la quantité de nourriture consommée n'est pas le seul facteur, ni peut-être même le plus important, qui explique la hausse du taux d'obésité depuis les années 1950⁷.

L'arrivée de nouvelles technologies et l'évolution du marché du travail, des modes de transport et des loisirs représentent probablement des facteurs plus importants. Des technologies permettant de réduire la quantité de travail nécessaire dans de nombreux secteurs économiques, comme l'agriculture, ont permis aux travailleurs d'occuper des emplois moins exigeants sur le plan physique, mais brûlant aussi moins de calories. En conséquence, l'activité physique est devenue davantage un luxe qu'une nécessité courante. Par ailleurs, la hausse des salaires et du niveau de vie global a mené à un accroissement de la demande de temps libres. Les consommateurs ont commencé à privilégier des aliments et des techniques réduisant la durée de préparation des repas, ce qui a multiplié les cas d'obésité⁸.

Pendant la majeure partie de l'histoire de l'humanité, préparer un repas nécessitait beaucoup de temps et d'énergie⁹. Grâce à la commercialisation des repas prêts-à-servir abordables dans les années 1950 (de type repas congelé ou repas-minute), les consommateurs ont pu gagner beaucoup de temps¹⁰. Alors que de nombreuses recherches ont démontré que les familles qui

mangent à domicile s'alimentent mieux (tant sur le plan de la qualité que de la quantité) – à un point tel que les nutritionnistes affirment que cuisiner est un « comportement sain »¹¹ – les sociétés prospères ont tendance à privilégier la commodité et les loisirs. Le succès des émissions télévisées consacrées à la cuisine est donc paradoxal à une époque où le citoyen moyen est moins porté que jamais à cuisiner à domicile¹².

Nous ne pouvons quand même pas interdire la croissance économique ou le développement technologique, ni forcer les gens à cuisiner à domicile ou à faire de l'exercice. De plus, à moins que nous n'imposions carrément l'interdiction de certains aliments ou un rationnement des calories comme en temps de guerre, le consommateur aura toujours le dernier mot sur la quantité de calories – adéquate ou non – qu'il ingère.

Le Dr David Katz, fondateur et directeur du Prevention Research Centre de l'Université Yale, soutient que « nous prenons du poids quand la quantité de calories que nous ingérons dépasse la quantité de calories que nous dépensons, point à la ligne »¹³. Beaucoup trop de gens consomment un nombre de calories de loin supérieur à celui qu'ils brûlent et pourtant, la combinaison exacte d'aliments, d'habitudes, d'exercice et d'autres facteurs environnementaux varie inévitablement d'une personne à l'autre.

La simplicité du principe du Dr Katz trahit sa complexité. Les militants de la santé publique s'attaquaient à une cible facile avec leurs politiques antitabac, puisque les interventions pouvaient s'appliquer à une activité publique visible qui est facilement catégorisée, réglementée et surveillée. Le tabac est surtout consommé sous forme de cigarettes; ainsi, les impôts et la réglementation peuvent viser un produit standardisé et ne toucher qu'un nombre restreint d'entreprises et de chaînes d'approvisionnement. La nicotine est une substance

6. En 2000, le département américain de l'Agriculture a estimé que la consommation de nourriture par personne s'établissait en moyenne à 2700 calories par jour. Voir United States Department of Agriculture, *Agriculture Fact Book 2001-2002*, p. 14. À titre de comparaison, la consommation de nourriture aux États-Unis de 1839 à 1879 s'établissait entre 2696 et 3130 calories par jour. Voir Robert Gallman, « Dietary Change in Antebellum America », *Journal of Economic History*, vol. 56 (1996), n° 1, p. 195.

7. Tomas Philipson et Richard Posner, *Is The Obesity Epidemic a Public Health Problem? A Decade of Research on the Economics of Obesity*, National Bureau of Economic Research, 2007, p. 2.

8. Eric A. Finklestein et Kiersten Strombotne, « The Economics of Obesity », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 91 (2010), no 5, p. 1520S-1524S.

9. Ruth S. Cowan, « The "Industrial Revolution" in the Home: Household Technology and Social Change in the 20th century », *Technology and Culture*, vol. 17 (1976), no 1, p. 1-23.

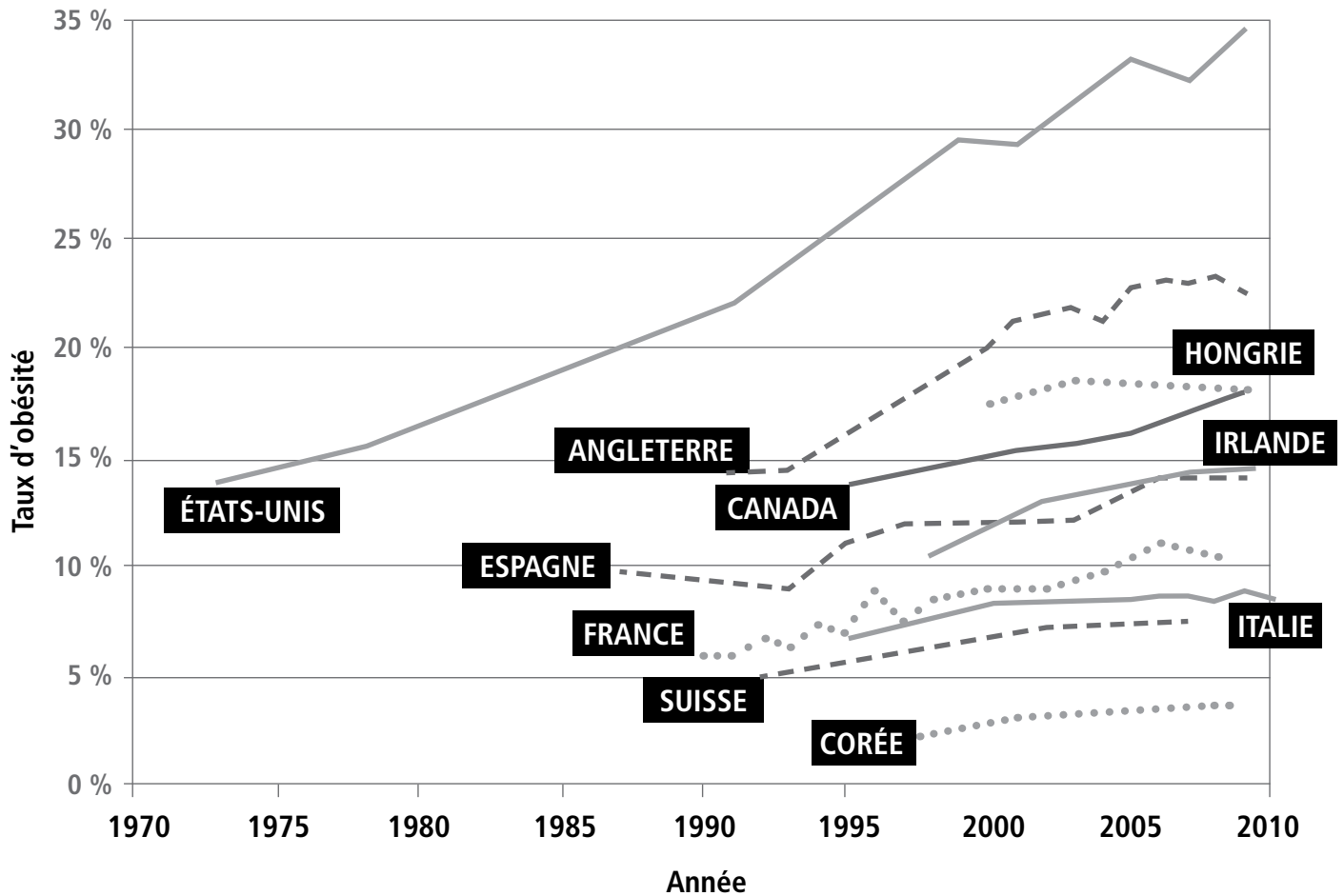
10. Hank Cardello, *Stuffed: An Insider's Look at Who's (Really) Making America Fat and How the Food Industry can Fix it*, Ecco, 2009.

11. « Cooking as a healthy behaviour », *Public Health Nutrition*, vol. 15 (2012), no 7, p. 1139-1140.

12. Michael Pollan, « Out of the Kitchen, Onto the Couch », *New York Times*, 29 juillet 2010.

13. Voir son site Web au http://www.davidkatzmd.com/opose_summary.asp.

Figure 1
Taux d'obésité dans certains pays de l'OCDE



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, *Obesity Update 2012*, p. 2.

qui crée une dépendance physiologique : les législateurs ont donc pu se fonder sur ce motif pour convaincre le public de la nécessité d'une intervention de l'État afin de la combattre.

À l'inverse, n'importe qui peut prendre du poids en consommant littéralement des centaines de combinaisons de produits et d'ingrédients différents. Par ailleurs, malgré le fait que les taux d'obésité soient en croissance à l'échelle internationale (voir la Figure 1), il existe des distinctions importantes entre les facteurs régionaux et individuels. Même une préférence culturelle pour une tartinaie en particulier (par ex., le Nutella en France) peut représenter un facteur notable. Contrairement au tabac, la nourriture est vendue et consommée dans une variété imprévisible de contextes publics,

privés ou semi-privés sous des millions de formes non standardisées, les chaînes d'approvisionnement pouvant varier radicalement d'un produit à l'autre.

C'est pourquoi, d'un point de vue de politique publique, la seule façon de composer avec cette réalité est de combattre l'obésité en la considérant comme l'apparition massive de millions de cas similaires, mais tout de même uniques d'une condition *individuelle*.

Les solutions à ce problème devraient donc être liées aux incitations qui guident les individus. Les incitations négatives visent à décourager (ou à interdire) certains comportements adoptés par les consommateurs. Comme nous le verrons dans la prochaine section, leurs antécédents de succès ne sont pas très reluisants.

Les incitations positives, quant à elles, visent à renforcer des comportements souhaitables adoptés par les consommateurs. Ce type d'incitations, dont l'objectif consiste à accroître la récompense associée aux comportements sains, est moins courant dans le cadre des politiques relatives à l'obésité. Nous y reviendrons dans les prochaines sections.

CHAPITRE 1

Ce que les gouvernements ne doivent pas faire

La première étape pour concevoir une politique antiobésité efficace est d'accepter qu'il existe des limites pratiques et politiques à la capacité de l'État de pratiquer une microgestion des comportements alimentaires dans une société libre. Les décideurs doivent cesser de chercher un remède miracle pour faire disparaître le surpoids des citoyens comme par magie. Il est impossible qu'une seule loi, une seule taxe ou un seul aliment honni puissent servir de fondement à une stratégie antiobésité couronnée de succès.

Malheureusement, la communauté de la santé publique continue de brandir des études prédisant des résultats positifs et spectaculaires pour des taxes qui correspondent à seulement 10 % de la valeur du produit. Pourtant, les études empiriques¹ et les cas réels montrent que ces mesures ont rarement l'effet espéré.

Par exemple, une équipe de recherche de l'Université Cornell dirigée par le Dr Brian Wansink a récemment mené une expérience consistant à imposer une taxe simulée de 10 % sur les boissons

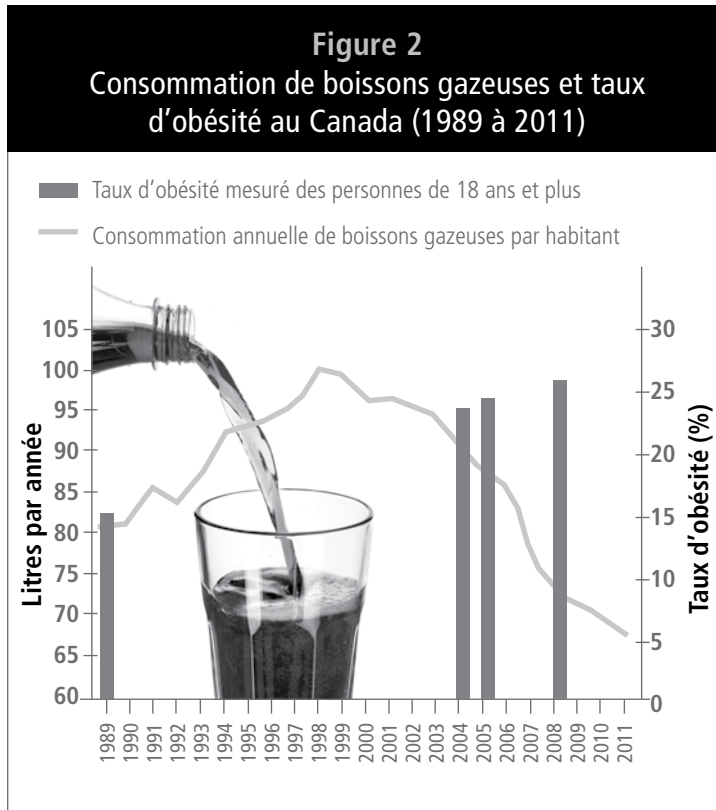


sucrées aux membres du groupe expérimental et de comparer leur consommation à celle d'un groupe témoin n'ayant pas de taxe à payer. La taxe a quelque peu réduit leur consommation de boissons sucrées au cours du premier mois, mais la différence s'est estompée pour le reste de la durée de l'expérience. Les habitudes des consommateurs l'ont emporté sur les prix plus élevés à long terme et l'expérience a aussi révélé des cas de substitutions au profit de produits plus problématiques².

Beaucoup de militants de la santé publique accusent les boissons gazeuses d'être la principale cause d'obésité et proposent une « taxe soda » pour décourager la consommation de boissons gazeuses et d'autres boissons sucrées. Même si la consommation de boissons gazeuses par habitant a déjà chuté de 32 % de 1999 à 2011 (voir la Figure 2), ils croient qu'une telle taxe réduira l'obésité en poussant les consommateurs à les éviter encore davantage. Cependant, ce point de vue ne tient pas compte des différentes tendances de consommation à l'échelle internationale. Par exemple, le taux d'obésité canadien est plus près du taux américain que celui de pratiquement n'importe quel autre pays et pourtant, la consommation de café et de bière est plus élevée que celle des boissons gazeuses pour la plupart des catégories (divisées par âge et par sexe)

1. J'insiste sur les études empiriques puisque la plupart des articles publiés en faveur des taxes antiobésité (sur les boissons gazeuses ou le gras) prévoient des résultats positifs, *présument* l'uniformité de l'incidence des prix et *généralisent* des hypothèses sur la réaction des consommateurs aux « coups de coude » des politiques publiques. Pour un exemple influent d'étude qui prévoit une réduction du taux d'obésité uniquement à partir d'estimations prospectives, voir Kelly Brownell et coll., « The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages », *New England Journal of Medicine*, 15 octobre 2009. Toutefois, l'alimentation n'est pas si simple. Pour une critique des projections optimistes des mesures politiques visant à combattre l'obésité, voir Kevin Hall et coll., « Quantification of the Effect of Energy Imbalance on Bodyweight », *The Lancet*, août 2011. Pour une étude empirique sur le défi que présentent la confusion ou l'indifférence des consommateurs quant aux taxes antiobésité, voir Yuqing Zheng et coll., « Taxing Food and Beverages: Theory, Evidence, and Policy », novembre 2012 (à paraître dans *The American Journal of Agricultural Economics*, 2013). Pour une étude sur le terrain à propos de la confusion des consommateurs en réaction aux menus indiquant la quantité de calories, voir Elizabeth Gross Cohn, et coll., « Calorie Postings in Chain Restaurants in a Low-Income Urban Neighborhood: Measuring Practical Utility and Policy Compliance », *Journal of Public Health*, août 2012.

2. Brian Wansink, et coll., « From Coke to Coors: A Field Study of a Sugar-Sweetened Beverage Tax and its Unintended Consequences », Cornell University (document de travail), 26 mai 2012.



Sources : Statistique Canada, Tableau CANSIM no 002-0011, « Aliments disponibles au Canada », 2012. Agence de la santé publique du Canada, « Obésité au Canada », 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/adult-fra.php>.

Note : nous avons utilisé les données mesurées sur le taux d'obésité plutôt que les données autodéclarées, puisque ces dernières sous-estiment la prévalence de l'obésité. Les données mesurées sur le taux d'obésité n'existent que pour ces quatre années.

Les données sur l'obésité au Canada présentées dans cette figure diffèrent de celles indiquées à la Figure 1. Cet écart s'explique par le fait que l'OCDE standardise les données pour les rendre comparables d'un pays à l'autre.

d'adultes canadiens³. Par ailleurs, les taxes soda aux États-Unis n'ont eu aucune incidence mesurable sur le taux d'obésité⁴.

Bien que bon nombre de lobbyistes de la santé publique soutiennent que l'imposition d'une taxe d'accise à grande échelle visant à décourager la consommation serait plus efficace qu'une taxe de vente, il n'existe aucune garantie qu'une taxe, peu importe sa forme, réduise la consommation courante. De plus, il est loin d'être certain que des taxes plus élevées mèneront à des hausses de prix uniformes pour les produits sucrés ou gras, étant donné que les producteurs dans ces secteurs ont la possibilité de recourir à une diversité de stratégies de détermination de prix et d'emballage pour contrecarrer l'incidence de la taxation.

Les mesures fiscales et réglementaires répressives sont aussi plus susceptibles d'échouer en raison

de leur complexité d'application. Inévitablement, les taxes et les règlements doivent viser des produits en particulier, et non seulement s'appliquer aux « habitudes malsaines ». Parmi les cibles ayant fait l'objet d'une taxe, on compte le sucre ajouté lors du processus de transformation alimentaire, les aliments en portions individuelles, les détaillants vendant des aliments mauvais pour la santé (au moyen de frais d'obtention d'un permis d'exploitation), le gras saturé et même des ingrédients gras précis (comme l'huile de palme). Dans chacun de ces cas, la complexité d'application de la taxe a mené à des conséquences imprévues : certains aliments mauvais pour la santé sont taxés, d'autres non, sans compter les exemptions.

L'exemple le plus courant de conséquence inattendue est aussi le principal problème du point de vue de la lutte contre l'obésité : la substitution. Les personnes habituées à consommer une grande quantité de calories, malgré les mesures visant à les décourager à acheter une catégorie d'aliments, peuvent simplement remplacer les calories perdues en les tirant d'une autre source – c'est souvent ce qu'on observe.

3. David Gratzter et Jasmin Guénette, « Peut-on contrer l'obésité en taxant les boissons sucrées? », Institut économique de Montréal, 15 novembre 2012; Didier Garriguet, « Consommation de boissons chez les Canadiens adultes », Statistique Canada, novembre 2008.

4. Jason M. Fletcher, et coll., « The effects of soft drink taxes on child and adolescent consumption and weight outcomes », *Journal of Public Economics*, septembre 2010.

En 2010, une équipe de recherche dirigée par Jason Fletcher de l'École de santé publique de l'Université Yale a publié une étude dans le *Journal of Public Economics*. Leur analyse des données sur l'alimentation et la consommation a révélé que les taxes sur les boissons gazeuses aux États-Unis « ne semblent pas avoir eu d'effet à la baisse sur le taux d'obésité *puisque la réduction de la consommation de boissons gazeuses a été compensée par la consommation d'autres sources de calories* », plus précisément le lait entier et d'autres boissons à haute valeur calorique [italiques ajoutés]⁵.

Même si les « taxes sur les aliments gras » ou des mesures semblables pouvaient simplement être appliquées et produire des résultats prévisibles, l'opposition populaire à leur adoption est un motif justifiant de limiter les attentes quant à leur succès. Plusieurs mesures fiscales antiobésité proposées à l'échelle internationale au cours des cinq dernières années ont provoqué des réactions négatives de la population locale, qui ont mené à l'échec de la mesure. Voici cinq exemples récents :

- En avril 2010, l'État de Washington a adopté une taxe de vente sur les bonbons et une taxe d'accise sur les boissons gazeuses. En seulement trois mois, les opposants ont recueilli près de 400 000 signatures pour tenir un référendum d'initiative populaire visant à abroger ces taxes. En novembre 2010, les électeurs ont rejeté les deux taxes dans une proportion de plus de 60 %⁶.
- En novembre 2012, dans les petites villes californiennes de Richmond et d'El Monte, le conseil municipal a demandé aux électeurs d'approuver des taxes proposées sur les boissons gazeuses. Malgré une campagne à haute visibilité, un taux d'obésité local élevé, une couverture médiatique nationale favorable et l'appui de célébrités à ces mesures, les électeurs

ont rejeté les propositions de manière décisive (66 % contre 33 % à Richmond et 76 % contre 23 % à El Monte)⁷.

- En octobre 2011, le Danemark a mis en place une taxe de 16 couronnes le kilogramme⁸ sur les aliments contenant plus de 2,3 % de gras saturés. De nombreux citoyens ont réagi à cette mesure en traversant la frontière vers l'Allemagne pour acheter les mêmes produits à un prix inférieur; parallèlement, les commerces protestaient contre la complexité d'application de la taxe. À peine 13 mois plus tard, le gouvernement danois a annoncé qu'il prévoyait abroger la mesure⁹.
- En France, des sénateurs ont pointé du doigt la célèbre tartine aux noisettes Nutella comme l'une des responsables de la hausse nationale du taux d'obésité et ont modifié avec succès une résolution sur le budget pour augmenter les tarifs sur l'huile de palme (l'un des principaux ingrédients de ce produit) de 300 % dans le but de combattre l'obésité. Devant l'opposition généralisée, le Sénat français a rejeté cette « taxe Nutella » et plusieurs autres mesures connexes, dont une taxe sur l'aspartame¹⁰.
- Les sondages ont montré qu'au moins 60 % des électeurs, à New York et partout aux États-Unis¹¹, s'opposaient à la proposition du maire Michael Bloomberg visant à réglementer le format des boissons gazeuses. Le règlement a

5. *Ibid.*, p. 973.

6. Rachel La Corte, « Opponents of soda, candy taxes turn in their signatures », *Seattle Times*, 2 juillet 2010; « Voters approve candy tax roll-back », *MyNorthwest.com*, 2 novembre 2010.

7. County of Los Angeles Registrar-Recorder, *Local Contests: Election Statistics*, http://rrccmain.co.la.ca.us/0012_LocalContest_Frame.htm; Robert Rogers, « Voters resoundingly reject Richmond 'soda' tax » *Mercury News*, 7 novembre 2012.

8. Au taux de change de janvier 2013, l'équivalent est d'environ 1,30 \$ CA la livre.

9. Kristina Chew, « Denmark Ends Fat Tax (But Not Because It Didn't Work) », *Care2*, 14 novembre 2012; Sarah Kliff, « Denmark scraps world's first fat tax », *Washington Post*, 13 novembre 2012.

10. Kelly Phillips Erb, « New taxes boost cost of Nutella as French take measures to avoid getting fat », *Forbes*, 15 novembre 2012; Laurent Belsie, « Nutella tax – is France taking austerity too far? », *Christian Science Monitor*, 15 novembre 2012.

11. Michael M. Grynbaum et Marjorie Connelly, « 60% of New Yorkers oppose Bloomberg soda ban », *New York Times*, 2 août 2012; pour les données à l'échelle nationale, Reuters, *Reuters/Ipsos Poll: sugary drinks*, <http://reuters.tumblr.com/post/24681024695/sixty-four-percent-of-people-surveyed-in-a-new>.

été annulé par un juge de l'État qui l'a qualifié d'« arbitraire et capricieux »¹².

Les défenseurs des taxes antiobésité attribuent souvent la défaite de ces propositions aux campagnes de relations publiques financées par les entreprises. Cependant, il existe de plus en plus de preuves montrant que l'opposition aux taxes sur les produits gras et sucrés transcende les débats politiques traditionnels gauche-droite, en particulier lorsqu'on observe comment les membres des classes moyenne et populaire perçoivent leurs propres intérêts sur la question. Des représentants de groupes minoritaires aux États-Unis considèrent les taxes et les règlements sur les boissons gazeuses comme inéquitable¹³, particulièrement en l'absence (ce qui est habituellement le cas) de mesures pour décourager la consommation de produits de luxe à haute valeur calorique prisés par les ménages à haut revenu.

La volonté de rendre les aliments mauvais pour la santé plus coûteux grâce à la fiscalité est aussi paradoxale d'un point de vue politique puisque parallèlement, diverses politiques nationales d'approvisionnement alimentaire réduisent le coût relatif de ces aliments.

Au Canada, un réseau complexe d'offices de commercialisation agricole réglemente l'offre et la distribution d'une grande diversité d'aliments, dont la volaille, les œufs, le lait et les légumes. Ces systèmes augmentent artificiellement le prix de nombreux aliments locaux et naturels, au détriment du consommateur. Ils limitent l'accès au marché en érigeant des barrières à l'entrée coûteuses, en raison de la nécessité de se procurer des « quotas » de vente. Enfin, bon nombre d'offices de commercialisation agricole ont aussi exercé des pressions pour restreindre la mise en marché de nouveaux produits alimentaires (souvent plus

sains) afin de protéger les producteurs en place¹⁴.

Aux États-Unis, un système encore plus important de subventions redistribue encore des milliards de dollars annuellement pour soutenir les producteurs industriels du secteur alimentaire, ce qui réduit artificiellement le prix des édulcorants à base de maïs et mène à la commercialisation d'aliments mauvais pour la santé aux frais des contribuables¹⁵. Ces subventions ont diminué les prix d'options moins bonnes pour la santé comparativement à des options plus judicieuses qui ne reçoivent pas autant de subventions. En conséquence, les subventions ont accru la consommation de calories provenant « de collations, de sucreries et de boissons sucrées à faible valeur nutritive contenant des gras et des sucres provenant des récoltes soutenues par ces politiques »¹⁶.

Si les organisations de santé publique estiment véritablement que des prix plus élevés pour les produits industriels et des prix plus faibles pour les aliments bons pour la santé sont nécessaires pour modifier les préférences actuelles envers les aliments mauvais pour la santé, alors la réduction des subventions aux aliments mauvais pour la santé et des barrières à la production d'aliments à meilleure valeur nutritive est une première étape bien plus logique que des hausses de taxes.

12. Michael N. Grynbaum, « Judge Blocks New York City's Limits on Big Sugary Drinks », *The New York Times*, 11 mars 2013.

13. Michael N. Grynbaum, « In NAACP, Industry gets ally against soda ban », *New York Times*, 23 janvier 2013.

14. Les cas présumés de traitement préférentiel accordé aux grands producteurs, les barrières à l'entrée et les restrictions de produits sont également courants. Pour un aperçu des conséquences qu'a laissées l'ancienne Commission canadienne du blé, voir Shon Ferguson, Simon Weseen et Gary Storey, *Organic Grains and the Canadian Wheat Board*, Working Paper, Department of Agricultural Economics, University of Saskatchewan, 2005, et Paul Waldie, « Canadians don't know the price of milk », *The Globe and Mail*, 23 novembre 2010. Michael Pollan présente aussi plusieurs exemples américains qui montrent que les autorités ont agi à l'encontre des mouvements privilégiant l'alimentation locale ainsi que des efforts de producteurs pour accéder à des marchés plus vastes : Michael Pollan, *In Defence of Food: An Eater's Manifesto*, Penguin Press, 2008.

15. Pour un récent point de vue, voir « For a Healthier Country, Overhaul Farm Subsidies », *Scientific American*, 19 avril 2012.

16. David Wallinga, « Agricultural Policy and Childhood Obesity: A Food Systems and Public Health Commentary », *Health Affairs*, vol. 29 (2010), no 3, p. 405.

CHAPITRE 2

Ce que les gouvernements doivent faire

L'approche puritaine et coercitive du problème de l'obésité, préconisée par une grande partie de la communauté de la santé publique, n'est pas la seule qui existe. Compte tenu des caractéristiques particulières de ce problème, le moment est venu d'accorder davantage d'importance à une autre approche plus positive.

Nous avons construit une société et un système économique qui subventionnent et encouragent les mauvais choix. Pour renverser la vapeur, nous devons adopter des systèmes, des politiques et des attitudes qui favorisent de meilleurs choix. Un bon point de départ consiste à tirer des leçons d'un des groupes pour lesquels la lutte contre l'obésité donne des résultats encourageants : les jeunes.

Comparativement aux adultes, les enfants n'ont pas tellement d'autonomie quant à leurs choix alimentaires et à leur style de vie. Les causes de l'obésité infantile dépendent en grande partie de l'environnement; en effet, le contexte dans lequel les enfants évoluent – c'est-à-dire, leur milieu scolaire et familial – est le principal facteur expliquant leur condition¹. Si des choix alimentaires malsains sont combinés à un faible niveau d'activité physique, les enfants sont plus susceptibles d'être en situation de surpoids ou d'obésité. Changer cet environnement en réduisant l'offre d'aliments mauvais pour la santé dans les écoles et prévoir davantage de temps pour l'exercice physique sont des solutions évidentes au problème de l'obésité infantile.

Pendant plus d'une génération au Canada et aux États-Unis, les commissions scolaires ont considéré les élèves comme un marché captif. Les autorités scolaires accordaient à des sociétés



de boissons gazeuses un accès préférentiel à ce marché pour obtenir des revenus. Les politiques d'approvisionnement privilégiaient les fournisseurs alimentaires à faible coût, même s'ils préparaient les aliments selon une approche industrielle et mauvaise pour la santé. Les cours d'éducation physique, considérés comme un luxe, ont souvent écopé à la suite du rééquilibrage des horaires puisqu'on souhaitait accorder davantage de temps à d'autres disciplines. L'ensemble de ces décisions ont été prises sans tenir compte de l'incidence sur la santé, la discipline et le niveau de concentration des jeunes.

Au cours de la dernière décennie, les militants antiobésité ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à corriger ces erreurs. Les résultats sont positifs.

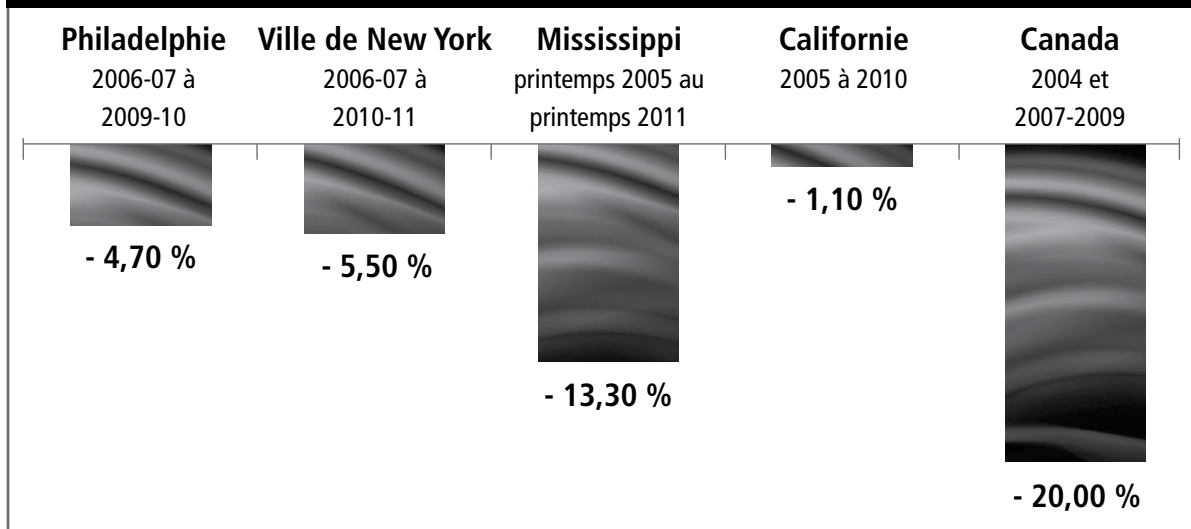
Les décideurs de tous les ordres de gouvernement ont fait d'importants efforts pour que les écoles offrent des options de repas plus saines. Par exemple, en Ontario, une nouvelle politique provinciale adoptée en 2010 réglemente l'offre d'aliments et de boissons de tous les fournisseurs (publics ou privés) aux élèves dans les lieux scolaires². La nouvelle politique ne tente pas de superviser l'alimentation ni les choix à l'extérieur des lieux scolaires. Elle vise simplement à améliorer l'offre de choix sains dans un contexte où une supervision est raisonnable.

Le temps accordé à l'éducation physique a aussi augmenté dans plusieurs endroits; on a

1. Cara Ebbeling, Dorota Pawlak et David Ludwig, « Childhood obesity: public health crisis, common sense cure », *The Lancet*, vol. 360 (2002), p. 473-482.

2. Ministère de l'Éducation de l'Ontario, *Politique concernant les aliments et les boissons dans les écoles*, 2010, <http://www.edu.gov.on.ca/extra/fre/ppm/150.html>.

Figure 3 Évolution du taux d'embonpoint et d'obésité infantile dans des régions clés des États-Unis et au Canada



Sources : Agence de la santé publique du Canada, *Obésité au Canada – Rapport conjoint de l’Agence de la santé publique du Canada et de l’Institut canadien d’information sur la santé*, 2012, p. 12; Robert Wood Johnson Foundation, *Declining childhood obesity rates - where are we seeing the most progress?*, 2012, p. 2.

Note : Pour le Canada, les données présentent le taux d’obésité uniquement des enfants de 6 à 11 ans; pour Philadelphie, des enfants de la maternelle à la 12^e année; pour la ville de New York, des enfants de la maternelle à la 8^e année; pour le Mississippi, des enfants de la maternelle à la 5^e année; pour la Californie, des enfants inscrits à la 5^e, à la 7^e et à la 9^e année.

même ajouté des « pauses d’activité physique » de 15 minutes dans l’horaire des classes si aucune solution de rechange pratique n’existait. Enfin, les écoles et les organismes sociaux ont contribué à éduquer les parents quant à des options alimentaires plus saines, particulièrement pour les ménages à faible revenu.

Au Québec, la Fondation Lucie et André Chagnon, l’un des plus importants organismes de bienfaisance de la province, a consacré d’importantes ressources à la promotion d’habitudes saines chez les enfants, en collaboration avec le gouvernement provincial. À titre d’exemple, de 2003 à 2009, la fondation a appuyé une initiative appelée les « ateliers cinq épices » en vertu de laquelle on apprenait aux familles les notions de base d’une saine nutrition et de la cuisine tout en développant leurs connaissances en ce qui a trait aux choix alimentaires qui s’offrent à eux³. Actuellement, la fondation participe au projet *Québec en Forme*, une initiative de 480 millions de dollars menée par le gouvernement du Québec afin de promouvoir

l’activité physique chez les jeunes⁴.

Dans sa politique-cadre *Pour un virage santé à l’école*, le gouvernement du Québec a annoncé son intention d’inciter les écoles à diminuer le contenu en gras de la viande, à éviter les produits contenant des gras trans, à privilégier les types de cuisson utilisant peu de matières grasses, à privilégier les produits céréaliers à grains entiers et à faire place à un grand choix de fruits et de légumes. Parallèlement, la politique suggère d’augmenter le temps consacré à l’activité physique⁵.

Grâce à ces initiatives, les enfants sont désormais à l’avant-garde de la lutte contre l’obésité et des études montrent que les résultats sont positifs (voir la Figure 3)⁶.

3. Fondation Lucie et André Chagnon, *Les ateliers cinq épices*, <http://www.fondationchagnon.org/fr/que-faisons-nous/projets/projets-termines/les-ateliers-cinq-epices.aspx>.

4. Fondation Lucie et André Chagnon, *Projet Québec en Forme*, <http://www.fondationchagnon.org/fr/que-faisons-nous/parteneriats/quebec-en-forme.aspx>.

5. Ministère de l’Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, *Pour un virage santé à l’école*, 2007, p. 18, 22-24.

6. Ministère de l’Éducation de l’Ontario, *Politique concernant les aliments et les boissons dans les écoles*, 2010, <http://www.edu.gov.on.ca/extra/fre/ppm/150.html>; Jonny Dymond, « Obesity rates fall in Philadelphia », *BBC News*, 12 décembre 2012; Centers for Disease Control, *Obesity Prevalence Among Low-Income, Preschool-Aged Children – New York City and Los Angeles County, 2003–2011*, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6202a1.htm>.

Par exemple, le Mississippi a connu l'une des plus importantes diminutions du taux d'obésité infantile dans les dernières années en raison d'efforts visant à rendre les écoles plus saines. Le cas du Mississippi est plutôt instructif puisque les élèves, de la maternelle jusqu'à la 5^e année, affichaient un taux d'obésité de 43 % en 2005, contre 37,3 % en 2011. Même parmi les groupes plus pauvres, comme les Afro-Américains, le taux d'obésité infantile s'est stabilisé dans les dernières années après avoir augmenté de façon soutenue pendant longtemps⁷.

Une étude approfondie réalisée par les Centers for Disease Control and Prevention a aussi confirmé que dans les dernières années – et probablement en raison de ces efforts – le taux d'obésité a diminué chez les enfants d'âge préscolaire provenant de ménages à faible revenu. Rappelons que les ménages à faible revenu sont ceux qui ont le plus tendance à consommer des aliments prêts-à-manger et des « calories vides ». Ainsi, la diminution du taux d'obésité infantile pour ce groupe de 2003 à 2010 (de 15,21 % à 14,94 %; il se situait à 13,05 % en 1998) est une bonne nouvelle⁸.

Malgré les limitations relatives aux données provenant de différents types d'enquêtes, on peut aussi constater une diminution substantielle du taux d'obésité infantile au Canada. On observe une diminution de 20 % du taux d'obésité mesuré entre l'enquête de 2004 et celle de 2007-2009.

Les gouvernements peuvent en faire davantage. Par exemple, des élèves ont organisé des campagnes critiquant la qualité des aliments « santé » maintenant offerts dans les écoles⁹. Les décideurs du milieu de l'éducation peuvent y répondre en considérant les choix alimentaires à l'école comme une occasion d'apprentissage. Les parents et les élèves peuvent (et devraient) être intégrés directement dans le

processus d'établissement de menus santé afin de les aider à faire des compromis au chapitre de l'alimentation, tout comme ils doivent apprendre à le faire dans leur vie quotidienne. Par ailleurs, des chercheurs américains ont lancé une initiative de « cantines intelligentes » qui a réussi à convaincre un plus grand nombre d'élèves d'adopter volontairement une alimentation plus saine en améliorant le marketing et la présentation des produits ainsi qu'en conscientisant les élèves quant aux options plus saines offertes par les cafétérias d'école¹⁰.

Parallèlement, alors que les gouvernements accordent désormais des crédits d'impôt totalisant des millions de dollars pour subventionner les activités sportives parmi la classe moyenne¹¹, une meilleure approche serait de cibler les ressources pour améliorer l'accès à des entraîneurs et à des installations sportives pour tous les ménages, sans égard à leur revenu. Autrefois, les familles canadiennes pouvaient accéder aux écoles en soirée pour pratiquer des activités récréatives, mais des questions d'assurance, des préoccupations de la part de la direction et des politiques de tarification mesquines des commissions scolaires ont grandement réduit cette accessibilité.

Au Canada, certains gouvernements ont adopté des mesures timides pour renverser cette tendance. Par exemple, le Programme d'activités après l'école du gouvernement de l'Ontario octroie des fonds à des organismes sans but lucratif pour promouvoir l'atteinte d'objectifs liés au bien-être des élèves¹². Le Toronto District School Board offre des tarifs préférentiels aux organismes sans but lucratif, dont une grande partie mettent l'accent sur l'éducation physique et d'autres objectifs liés au bien-être¹³.

7. Robert Wood Johnson Foundation, *Declining childhood obesity rates – where are we seeing the most progress?*, 2012, p. 2.
 8. Centers for Disease Control and Prevention, « Trends in the Prevalence of Extreme Obesity among US Preschool-Aged Children Living in Low-Income Families, 1998-2010 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 308 (2012), no 24, p. 2563-2565.
 9. J'ai décrit une telle campagne, et les failles dans le raisonnement la sous-tendant, dans : « Why conservatives treat access to junk food as a freedom », *National Post*, 4 juin 2012.

10. « Some U.S. lunchrooms to get cheap makeover », UPI.com, 29 septembre 2011.
 11. Par exemple, le coût du crédit d'impôt fédéral pour la condition physique des enfants est passé de 90 millions de dollars en 2007 à 120 millions de dollars en 2012. Ministère des Finances du Canada, *Dépenses fiscales et évaluations 2012*, 2013, p. 17
 12. Ministère du Tourisme, de la Culture et du Sport de l'Ontario, *Programme ontarien d'activités après l'école*, http://www.mtc.gov.on.ca/fr/sport/afterschool/after_school.shtml.
 13. Toronto District School Board, *Toronto District School Board, Facility Permit Fees, Effective September 1, 2012 to December 31, 2012*, http://www.tdsb.on.ca/wwwdocuments/about_us/permits/docs/G02%20CUS%20fee%20schedule%202012-2013.pdf.

Toutefois, ces programmes acceptent encore docilement le principe selon lequel les commissions scolaires ont moralement le droit de créer des barrières à l'accessibilité communautaire aux écoles après les heures de classe. La société investit des fonds (l'argent des contribuables) pour construire des cours d'école et des gymnases à des fins d'usage public, et non seulement pour satisfaire les besoins institutionnels des commissions scolaires. Le moment est venu de rendre ces installations accessibles à ceux qui souhaitent les utiliser, surtout qu'ils ont déjà payé pour ce privilège. Les gouvernements devraient songer à adopter des mesures énergiques pour redonner à la communauté le droit d'accéder aux installations publiques après les heures de classe, même si pour ce faire il faut outrepasser l'autorité des commissions scolaires.

Les dépenses fiscales fédérales et provinciales associées aux crédits d'impôt pour la condition physique pourraient plutôt servir à réduire directement les coûts des programmes d'activité physique hors des heures de classe. Les sommes en question pourraient notamment servir à financer directement les installations publiques (réduisant ainsi les tarifs pour tout le monde), à offrir des programmes de vérification gratuite des antécédents criminels et d'autres mesures d'appui aux organismes d'entraîneurs bénévoles ou même à accumuler une caisse publique d'assurance pour les ligues sportives reconnues afin d'aider les organismes sans but lucratif à surmonter les obstacles liés à la responsabilité civile.

En ce qui concerne la promotion de l'activité physique au quotidien chez les adultes, il est possible de recourir à la même approche. Les gouvernements peuvent adopter des normes de conception pour les nouveaux bâtiments publics afin d'encourager l'utilisation des escaliers et de promouvoir l'activité physique en milieu de travail. Les municipalités devraient adopter une approche de « rues complètes » conçues à l'intention de tous les usagers, peu importe leur mode de transport.

Lorsque les infrastructures actuelles dans les quartiers d'une ville ou d'une banlieue ne sont pas sécuritaires ou accessibles aux piétons ou aux cyclistes, les autorités publiques peuvent encourager les habitudes saines en ciblant ces quartiers afin

de mettre en place des voies pour les relier à un véritable réseau de transport actif.

Par exemple, la décision controversée de la ville de Vancouver consistant à mettre en place des voies réservées aux bicyclettes pour traverser deux goulots d'étranglement vers le centre-ville – le pont Burrard au sud-ouest et le viaduc Dunsmuir au sud-est – a permis de rendre ce mode de transport sécuritaire et pratique pour les citoyens habitant dans les quartiers résidentiels adjacents¹⁴.

Montréal a été à l'avant-garde du développement de pistes cyclables. De 2004 à 2012, la longueur totale de ses pistes cyclables est passée de 374 km à 595 km. Depuis 2009, la Ville compile des données sur la circulation quotidienne grâce à des compteurs installés sur les principales pistes cyclables. Les données les plus fiables présentées indiquent que la circulation quotidienne a augmenté de 24 % de 2010 à 2012¹⁵.

Dans les petites villes ou les communautés à l'extérieur des centres urbains, où l'activité physique est souvent inférieure à la moyenne, un seul passage sécuritaire pour traverser une autoroute ou une seule ligne d'autobus peuvent nettement augmenter la probabilité que des centaines ou même des milliers de résidents puissent régulièrement se déplacer en bicyclette ou à pied de façon sécuritaire.

Enfin, les gouvernements devraient modifier notre façon globale de concevoir l'assurance maladie. L'assurance automobile récompense la bonne conduite. L'assurance vie récompense les comportements sains jusqu'à un certain point. Le même raisonnement devrait s'appliquer à l'assurance maladie.

Même si pénaliser les personnes en mauvaise santé dans le cadre du système d'assurance maladie soulève des problèmes éthiques, les régimes peuvent et devraient offrir certaines incitations à adopter des comportements plus sains. Les régimes d'assurance maladie des provinces canadiennes, les programmes publics américains Medicare et

14. David Dodge, « How one kilometer of bike lane sparked a revolution in Vancouver », *Troy Media*, 8 février 2013.

15. Ville de Montréal, *Bilan 2011 – Mise en œuvre du Plan de transport*, 2012, p. 34; Ville de Montréal, *Vélos – comptage sur les pistes cyclables*, 2013, <http://donnees.ville.montreal.qc.ca/fiche/velos-comptage/>.

Medicaid et les régimes d'assurance maladie privés aux États-Unis sont pratiquement tous conçus selon un modèle datant des années 1950 qui privilégie les « soins aux malades » et les soins d'urgence plutôt que la santé préventive, le bien-être et la gestion des maladies chroniques, ce qui conduit à des résultats prévisibles.

Les effets des incitations financières sur l'adoption de comportements sains sont bien documentés dans les recherches médicales. Une revue de la littérature indique que les incitations financières augmentent la probabilité que les patients respectent les recommandations de leur médecin¹⁶. Il n'existe aucune raison logique pour que ces résultats ne s'appliquent pas aussi à la perte de poids.

Dans une étude pilote visant à mesurer l'incidence de ces incitations, on a constaté qu'une récompense de 7 \$ à 14 \$ pour chaque point de pourcentage de perte de poids (par ex., si une personne pèse 100 kg, une perte de poids de 1 kg équivaut à un point de pourcentage) menait à une diminution de poids substantielle¹⁷. Des incitations plus poussées confirment les résultats ci-dessus et mènent également à des réductions de poids nettement plus importantes¹⁸. Une expérience à grande échelle à laquelle plus de 700 adultes obèses ont participé a confirmé ces résultats – et leurs effets durables – pour tous les groupes d'âge¹⁹.

Les programmes d'incitations ont tendance à échouer lorsqu'ils n'offrent qu'un avantage unique, comme un chèque-cadeau ou une somme forfaitaire, pour l'atteinte d'un objectif en particulier. Dans ces cas, les gens ont tendance à retrouver leurs vieilles habitudes peu après. Dans le cadre d'une étude d'une durée d'un an récemment menée auprès

d'employés de la Mayo Clinic au Minnesota, la chance de gagner ou de perdre 20 \$ par mois a incité les participants à perdre en moyenne 9 livres – quatre fois plus que ceux à qui on n'a offert aucune incitation pour changer leurs habitudes alimentaires. Cette expérience constituait la plus longue à ce jour visant les incitations financières à la perte de poids. Elle a eu recours à la fois à la carotte et au bâton : on imposait des pénalités pour ne pas avoir perdu de poids, on offrait différentes façons de gagner de l'argent en atteignant les objectifs et on permettait aux personnes ayant abandonné de récupérer l'argent perdu s'ils se remettaient à participer²⁰. Cette étude montre que les programmes d'incitations sont plus susceptibles de fonctionner s'ils sont autofinancés et conçus pour avoir un effet à long terme.

Deux cas réels se distinguent et permettent d'espérer que les modèles fondés sur les incitations permettront de réduire le taux d'obésité.

Aux États-Unis, les employeurs offrent souvent une assurance frais médicaux à leur personnel. En d'autres mots, ils paient pour les risques associés au surpoids de leurs employés et ont un intérêt à réduire le coût de ces risques.

Le cas de la chaîne d'épicerie Safeway illustre bien comment il serait possible d'y arriver en pratique. Pour gérer la hausse de ses coûts d'assurance frais médicaux, en 2005, Safeway a mis en place un plan de « mesures saines » consistant à offrir des sommes d'argent aux employés non syndiqués qui atteignent des objectifs de base en matière d'habitudes de santé. Si leur condition physique présente des progrès ou s'ils réussissent un examen, ces employés obtiennent des réductions des primes et des franchises à payer. Le programme d'incitations a été conçu pour s'autofinancer en partageant une partie des économies prévues relatives au régime d'assurance frais médicaux de la société²¹.

16. Antonio Giuffrida et David Torgerson, « Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance », *British Medical Journal*, vol. 315 (1997), p. 703-707.

17. Eric Finkelstein, Laura Linnan, Deborah Tate et Ben Birken, « A pilot study testing the effect of different levels of financial incentives on weight loss among overweight employees », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49 (2007), no 9, p. 981-989.

18. Kevin Volpp, Leslie John, Andrea Troxel, Laurie Norton, Jennifer Fassbender et George Loewenstein, « Financial Incentive-Based Approaches for Weight Loss », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300 (2008), no 22, p. 2631-2637.

19. Monika Reuss-Borst, Alfredo Paloyo, Arndt Reichert et Harald Tauchmann, *Heterogeneous Causal Effects of Financial Incentives on Weight Loss: Results of a Large Prospective Randomized Trial*, Ruhr Economic Papers, 2012.

20. Marilyn Marchione, « Buying willpower: A chance to win or lose \$20 a month led dieters to drop weight, study finds », *The Associated Press*, 7 mars 2013.

21. Stephen A. Burd, « How Safeway is cutting health care costs », *Wall Street Journal*, 12 juin 2009. Pour une analyse des résultats en 2011, voir Laree Renda, *Focusing on What Matters Most – Healthy Behaviour and Accountability*, http://www.theihcc.com/en/communities/employee_communication_education/focusing-on-what-matters-most-%E2%80%93-healthy-behavior-a_gqk6ur59.html.

Au Royaume-Uni, des assureurs et des chercheurs – en collaboration avec le National Health Service – ont testé un programme appelé *Pounds for Pounds* (et, par la suite, *Weight Wins*) en 2009 et 2010. Ce programme offrait des récompenses en argent aux participants qui réussissaient à atteindre des objectifs de perte de poids de façon continue. Bien que le taux d'abandon ait été élevé, la réduction de poids tant des personnes ayant participé jusqu'à la fin que de celles ayant abandonné a été supérieure à celle observée dans le cadre de programmes comparables ne comportant pas d'incitations²².

Ces expériences assorties d'incitations et d'autres du même genre ont obtenu des résultats positifs. Pourtant, la communauté de la santé publique est tellement axée sur les mesures punitives que peu d'efforts ont été réalisés pour appliquer ces modèles à l'économie de la santé en général. En fait, si ce n'était de l'intervention énergique de quelques élus des deux principaux partis aux États-Unis, le *Affordable Care Act* aurait essentiellement interdit les programmes de ce type en 2010.

Parallèlement, le Canada accuse un important retard par rapport aux États-Unis et au Royaume-Uni en ce qui a trait au développement de modèles fondés sur les incitations, notamment en raison du quasi-monopole de l'État sur l'assurance maladie qui laisse peu de place aux innovations dans ce domaine.

Les provinces canadiennes devraient renverser la vapeur. Elles devraient mettre l'accent sur les projets pilotes axés sur les incitations en matière d'assurance maladie. Les centres de recherche et les professionnels de la santé peuvent travailler en collaboration avec les gouvernements pour développer un modèle d'incitations approprié qui soit compatible avec le système de santé canadien afin d'évaluer l'efficacité des incitations offertes par les employeurs, des incitations intégrées dans les régimes d'assurance complémentaires ou même des avantages directs offerts par l'entremise du système de soins de première ligne.

Au Canada et aux États-Unis, un mouvement de plus en plus important souhaite pénaliser les prestataires de l'aide sociale qui adoptent des comportements mauvais pour la santé. Par exemple, l'administration municipale du maire Bloomberg à New York a tenté sans succès d'empêcher les personnes ayant recours aux bons alimentaires d'utiliser leurs prestations pour acheter des boissons sucrées²³. Ici comme ailleurs, une politique punitive et moralisatrice a simplement provoqué des réactions négatives.

Des recherches expérimentales sont nécessaires pour tester l'approche inverse. Si la technologie permet d'utiliser les cartes de débit et les « bons alimentaires électroniques » pour interdire ou restreindre l'achat de certains aliments mauvais pour la santé, il est sûrement possible d'utiliser cette même technologie pour récompenser les ménages à faible revenu qui font de meilleurs choix en matière d'alimentation.

22. Claire Relton, Mark Strong et Jessica Li, « The 'Pounds for Pounds' weight loss financial incentive scheme: an evaluation of a pilot in NHS Eastern and Coastal Kent », *Journal of Public Health*, décembre 2011; « 'Pounds for pounds' scheme helps obese people shed stones », *The Independent*, 7 juin 2010.

23. « US rejects Mayor's plan to ban use of food stamps to buy soda », *New York Times*, 19 août 2011.

CHAPITRE 3

Ce que la profession médicale doit faire

La profession médicale a un rôle crucial à jouer si on souhaite mettre en œuvre une politique antiobésité couronnée de succès. Toutefois, de nombreuses études laissent croire que beaucoup de médecins préféreraient éviter le sujet¹. Par exemple, un sondage récent publié dans le journal de l'Association médicale canadienne a révélé que près de la moitié des médecins canadiens se sentaient mal à l'aise lorsque la question de l'obésité était soulevée et près des trois quarts des médecins de première ligne ont affirmé que personne dans leur établissement n'était formé pour aborder ce problème².

Cette tendance a probablement déjà contribué à notre incapacité à limiter la hausse du taux d'obésité. Manifestement, le milieu a besoin de formation supplémentaire. Toutefois, outre cette évidence, compte tenu de l'aspect délicat de la question pour les patients et les médecins, les professionnels de la santé devraient adopter une approche complètement différente pour donner des conseils aux patients en réduisant au minimum les propos qui pourraient être insultants, les malaises et l'évitement du sujet.

Les patients réagissent rarement à des conseils généraux selon lesquels ils doivent



« manger mieux » ou « faire plus d'exercice ». Les professionnels de la santé peuvent se sentir mal à l'aise s'ils doivent répéter ces banalités. Notre société reste obsédée par l'obésité d'un point de vue esthétique au lieu de la considérer comme un problème médical; ainsi, les tabous qui découlent de cette vision dénaturent les discussions sur l'obésité avec les médecins de première ligne.

Les patients réagissent souvent plus sérieusement à des conseils médicaux relatifs à des risques clairement établis (par exemple, réduire le taux de cholestérol sous un niveau particulier). Par ailleurs, les médecins – en raison de leur culture professionnelle – sont souvent plus à l'aise quand vient le temps de donner des conseils sur des affections et des risques précis.

Par conséquent, il est peut-être temps de vigoureusement « médicaliser » la réponse de la profession médicale au problème de l'obésité. Le concept de médicalisation des comportements sains a été proposé récemment par le Dr Michael Joyner de la Mayo Clinic³. Le Dr Joyner soutient qu'étant donné les risques de santé mesurables qui découlent d'un manque d'activité physique de patients souffrant d'affections particulières, les médecins devraient réfléchir à la possibilité de prescrire littéralement un programme d'exercices précis comme traitement, à l'image de ce qu'ils feraient pour un médicament.

1. Pour un aperçu de ce phénomène selon trois perspectives différentes (médecins obèses, obésité infantile et sentiment d'humiliation des patients), voir <http://www.npr.org/blogs/health/2012/01/27/145990665/heavy-doctors-avoid-heavy-discussions-about-weight>; <http://theweek.com/article/index/219905/should-doctors-avoid-calling-children-fat> et http://www.huffingtonpost.com/david-katz-md/obesity-of-blame-and-sham_b_834937.html.
2. Patrick Luciani, « Are doctors making us fat? », *The Toronto Star*, 8 novembre 2012. Voir Sara N. Bleich, Kimberly A. Gudzone, Wendy L. Bennett et Lisa A. Cooper, « Do physician beliefs about causes of obesity translate into actionable issues on which physicians counsel their patients? », *Preventive Medicine*, à paraître en 2013, pour une récente étude dans le cadre de laquelle des chercheurs américains ont conclu que le point de vue des médecins de première ligne sur les causes de l'obésité influençait substantiellement leurs conseils sur les solutions possibles (y compris les changements dans l'alimentation).

3. Mayo Clinic, *Should Doctors Treat Lack of Exercise as a Medical Condition? Mayo Expert Says 'Yes'*, 2012, <http://www.mayoclinic.org/news2012-rst/7031.html>; Michael J. Joyner, « Standing up for exercise: should deconditioning be medicalized? », *The Journal of Physiology*, 1^{er} août 2012.

Parallèlement, dans le même ordre d'idées, l'expérience de la « guerre contre le gras » de la Ville de New York comprend une réforme inusitée. Depuis 2005, l'article 13.04 du *New York City Health Code* exige que tous les prélèvements sanguins envoyés dans les laboratoires publics soient testés pour mesurer le taux d'hémoglobine A1c et ainsi repérer les patients qui risquent fortement de souffrir du diabète de type 2. Si le test révèle qu'un patient est à risque, le Department of Mental Health and Wellness envoie une lettre au patient et à son médecin pour recommander des changements de comportement de la part du patient. Les patients à risque sont aussi inscrits dans un registre qui aide la Ville à suivre les progrès dans leur ensemble. Le programme a été mis en place petit à petit dans les divers arrondissements⁴.

D'un point de vue philosophique, cette mesure suscite la controverse. En pratique, l'article 13.04 prévoit l'inscription obligatoire de patients diabétiques et à risque sans leur consentement, comme s'ils étaient porteurs d'un virus contagieux. Toutefois, si la communauté médicale pouvait adapter l'essence du programme en retirant ses aspects autoritaires et en mettant l'accent sur la mise en œuvre volontaire de cette approche par les professionnels, l'expérience new-yorkaise pourrait offrir des leçons pertinentes.

Le programme comporte plusieurs caractéristiques intéressantes : dépistage automatique, évaluations de risque formelles, recommandations aux patients fondées sur des preuves scientifiques et lettres standardisées pour expliquer le résultat. Il constitue un modèle de processus pour que les médecins et les patients puissent définir la notion d'obésité et en discuter de façon objective et purement médicale. Les professionnels de première ligne qui décident de recourir à la lettre d'avis comme outil à l'occasion de rendez-vous ultérieurs peuvent aussi l'utiliser comme point de départ pour proposer des solutions comportementales conformément à la vision du Dr Joyner, même s'ils doivent par le fait même prescrire des exercices physiques, des changements dans l'alimentation ou des changements comportementaux précis.

Les professionnels de la santé canadiens de première ligne devraient prendre l'initiative pour tester et développer cette approche. Les autorités de la santé publique, les médecins et les nutritionnistes devraient aussi développer une série standardisée de critères mesurables permettant d'illustrer l'effet positif des changements comportementaux afin que les patients puissent voir les « prescriptions » comme des remèdes potentiels plutôt que comme un jugement subjectif.

4. City of New York, *Patient Letter Service: Quick Reference Guide for Health Care Providers*, 2012, <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/diabetes/diabetes-patient-ltr-service-qk-ref.pdf>.

CHAPITRE 4

Ce que le secteur privé doit faire

Tout comme les écoles peuvent contribuer à améliorer la santé en mettant l'accent sur les choix qu'elles offrent au quotidien, les industries et les employeurs peuvent aussi promouvoir la santé chez les adultes en appuyant des changements positifs. Il est particulièrement important que les décideurs du secteur privé fassent la promotion de changements comportementaux chez les travailleurs et les consommateurs qui adoptent les habitudes les plus malsaines, plutôt que de mettre l'accent sur des politiques renforçant les saines habitudes des personnes qui sont déjà motivées en ce sens¹.

Les programmes actuels de bien-être au travail s'adressent souvent aux employés qui font déjà des efforts personnels de leur côté pour être en santé. Fournir des gymnases aux employés est une mesure positive. Cependant, en l'absence d'autres incitations, ces gymnases risquent d'être utilisés par ceux qui sont prédisposés à le faire, plutôt que par les employés dont la santé est à risque en raison de leur obésité ou d'un comportement évitable.

Comme pour les réformes à l'école, les employeurs, les familles et même les organismes communautaires peuvent modifier la routine quotidienne pour normaliser une alimentation saine et l'activité physique régulière. Les employeurs peuvent en faire autant. En convainquant ceux qui ne seraient pas normalement convaincus, une entreprise (tout comme une famille ou un organisme sans but lucratif) qui intègre une pause de 30 minutes pour une marche de santé à son horaire quotidien pour tous les employés peut



obtenir des résultats bien plus positifs qu'une entreprise qui concentre ses ressources à appuyer une fraction de son personnel en fournissant un gymnase.

Dans la même lignée, les rencontres « marche et parle » constituent une pratique popularisée récemment. Elle est promue par Nilofer Merchant, une écrivaine et administratrice de sociétés californienne, qui s'inquiétait du fait que les gens restent assis trop longtemps au bureau, particulièrement pendant les réunions, ce qui mène à un style de vie sédentaire qui a des conséquences négatives sur la santé, y compris l'obésité. Elle affirme que marcher de 30 km à 50 km par semaine en tenant des réunions a changé sa vie. L'idée a connu un regain de popularité lorsque des articles ont mentionné que Mark Zuckerberg, P.-D.G. de Facebook, appuyait la pratique, à l'image de Steve Jobs, l'ancien P.-D.G. d'Apple, et de Jack Dorsey, cocréateur de Twitter².

Toujours dans les milieux de travail, les gestionnaires et les dirigeants devraient évaluer les possibilités suivantes :

- Intégrer diverses activités physiques dans la routine de travail quotidienne que ce soit dans les bureaux, les usines ou les magasins au détail. Il était absurde de penser que la décision de réduire le temps consacré à l'activité physique dans les écoles améliorerait les résultats des élèves en mauvaise condition physique. De même, les gestionnaires doivent développer des

1. Par exemple, un programme de « panier vert » de la ville de New York visait à encourager la consommation de fruits et légumes frais grâce à des marchands ambulants. Résultat : les New-Yorkais qui consommaient déjà une quantité adéquate de fruits et légumes ont augmenté leurs achats, sans incidence sur les personnes visées.

2. Ryan Tate, « In Silicon Valley, Sitting Is the New Smoking », *Wired*, 27 février 2013; Fabien Deglise, « Le "marche et parle", nouveau remède à la sédentarité », *Le Devoir*, 28 mars 2013.

mesures de productivité globale qui tiennent compte de la santé et de l'endurance des travailleurs en plus de l'efficacité des processus.

- Adopter des mesures incitatives en matière d'assurance frais médicaux ou d'autres moyens de récompenser les comportements sains à l'échelle de l'entreprise, peu importe l'état de santé actuel des employés.
- Offrir des consultations en privé avec une nutritionniste ou un conseiller en soins de première ligne comme forme d'avantage social (encore une fois, de façon universelle à l'ensemble du personnel).
- Donner des renseignements en milieu de travail sur les choix santé dans les restaurants à proximité, particulièrement aux nouveaux employés. Les gestionnaires devraient être encouragés à obtenir des renseignements sur les ingrédients, les calories et la valeur nutritive de la part des traiteurs avant de choisir un fournisseur et les politiques d'approvisionnement devraient cibler les fournisseurs locaux offrant des options meilleures pour la santé pour les réunions ou les livraisons régulières.

Le secteur des aliments et boissons a aussi un rôle essentiel à jouer. La responsabilité individuelle est un aspect central de la lutte contre l'obésité, mais les entreprises de ce secteur doivent également faire preuve de responsabilité. Elles doivent contribuer à réduire les conséquences néfastes des produits existants, particulièrement quand le sucre, le gras ou le sel ajoutés peuvent être réduits dans la chaîne d'approvisionnement actuelle. Elles devraient chercher à diversifier leur gamme pour inclure des produits meilleurs pour la santé. Elles devraient aussi indiquer de manière claire et exhaustive la valeur nutritive de leurs produits. Il y a de nombreuses raisons de penser que ces changements sont dans l'intérêt des entreprises à long terme.

Au minimum, ils garantiront que les grandes sociétés auront moins à perdre et plus à gagner à mesure que les choix alimentaires nuisibles à la santé deviennent moins populaires en raison

de la demande des consommateurs ou de la réglementation gouvernementale.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus relativement aux causes de la hausse du taux d'obésité, les avantages importants d'une alimentation rapide et peu coûteuse demeureront toujours. Beaucoup de consommateurs souhaitent des repas rapides et bon marché. Toutefois, ils remplaceront facilement les choix à haute valeur calorique par d'autres à faible valeur calorique si les prix restent bas et que la rapidité et la commodité sont au rendez-vous.

Une récente étude du secteur de la restauration a révélé que de 2006 à 2011, les sociétés qui ont offert davantage d'options à faible valeur calorique ont connu une croissance plus élevée que les autres³. En fait, les chaînes de restaurants qui ont augmenté le nombre d'options à faible valeur calorique ont enregistré une hausse de leur chiffre d'affaires alors que celui des autres chaînes a diminué.

Il a été démontré que le nombre de calories des produits vendus par Starbucks a diminué de 6 % quand la chaîne a affiché les renseignements à ce sujet. Par ailleurs, le déclin du nombre de calories n'a eu aucun effet sur la rentabilité moyenne. Au contraire, dans les cas où il existait une concurrence avec d'autres commerces, Starbucks a augmenté ses revenus⁴. Une croissance similaire du chiffre d'affaires a été observée pour les entreprises du secteur des produits de consommation emballés (comme Kellogg ou Campbell) qui ont commencé à offrir des options à plus faible valeur calorique⁵.

Idéalement, ces réformes devraient s'intégrer dans une stratégie globale plutôt que d'adopter des changements ponctuels qui seront facilement annulés ou oubliés. Les entreprises qui craignent un « choc » lié aux préférences des consommateurs peuvent réduire la valeur calorique des

3. Hank Cardello, *Lower-Calorie Foods: It's Just Good Business*, Hudson Institute, 2012.

4. Bryan Bollinger, Phillip Leslie et Alan Sorenson, *Calorie Posting in Chain Restaurants*, National Bureau of Economic Research, 2010.

5. Hank Cardello, Jeffrey Wolfson, Margaret Yufera-Leitch, Lauren Warren et Michael Spitz, *Better-For-You Foods: An Opportunity to Improve Public Health and Increase Food Industry Profits*, Hudson Institute, 2012.

produits progressivement, pour éviter que les consommateurs achetant régulièrement le produit cherchent simplement des solutions de rechange à valeur calorique supérieure⁶.

Dans plusieurs pays, d'importantes entreprises du secteur alimentaire se sont engagées volontairement à améliorer leurs produits et à promouvoir la santé. Ces changements doivent être mesurés, étudiés et communiqués de façon transparente pour qu'ils soient crédibles et qu'ils aient un effet sur la perception du public et le comportement des consommateurs.

Par exemple, en janvier 2013, Coca-Cola a diffusé une publicité encourageant les consommateurs à surveiller les calories qu'ils ingèrent⁷. Les critiques ont accusé la société d'hypocrisie⁸, comme si le fait qu'elle offre avec succès à ses clients depuis plusieurs années des boissons sans calories n'était pas important. À l'inverse, l'administration municipale du maire Michael Bloomberg a récemment félicité 21 sociétés du secteur de l'alimentation pour avoir réduit la quantité de sel dans leurs produits. Il est intéressant de constater que puisque ces sociétés agissaient dans le cadre d'un programme national (*National Sodium Reduction Initiative*), personne ne les a accusées d'hypocrisie⁹.

Les associations sectorielles devraient tenter de régler ce problème de perception en lançant des initiatives organisées visant à mesurer le succès des mesures volontaires de réduction des calories. Cette recommandation vaut particulièrement pour le Canada : l'absence d'une stratégie nationale de lutte contre l'obésité à forte visibilité, les différences entre les marchés des diverses provinces et la balkanisation des entreprises du secteur de l'alimentation font qu'il n'existe aucune source unique d'information fiable. Les universitaires et les professionnels de la santé, les associations sectorielles et les entreprises devraient collaborer pour recueillir des données sur les changements volontaires dans les produits et les regrouper afin que tout changement – ou toute absence de changement, le cas échéant – soit analysé et que le succès des mesures volontaires soit établi et reconnu.

6. Pour un exemple intéressant des défis présentés par l'adaptation à un nouveau produit, voir Jeff Gelski, « Keep desserts sweet with less sugar », *Food Business News*, 29 juillet 2011.
7. Coca-Cola, « Coming Together », <http://www.youtube.com/watch?v=zybnaPqzJ6s>.
8. Pour un exemple de la teneur des réactions négatives, voir Mark Bittman, « Coke blinks », *New York Times*, 22 janvier 2013; Cristina Goyanes, « Are Coca-Cola's Anti-Obesity Ads Enough? », *Shape*, 25 janvier 2013.
9. Voir MikeBloomberg.com, *Mayor Bloomberg Announces Results of National Effort to Reduce Sodium in Pre-Packaged Foods*, 2013, <http://www.mikebloomberg.com/index.cfm?objectid=C9FE7C21-C29C-7CA2-F0852DFF23BFE058>.

CONCLUSION

S'ouvrir à de nouvelles approches

Depuis trop longtemps, le débat sur les politiques générales en matière d'obésité est stérile. On a toujours mis l'accent sur les coûts et les conséquences des mauvais choix. Il faut changer les termes du débat et mettre plutôt l'accent sur des politiques à la fois positives et réalistes.

Jillian Michaels est l'auteure du livre *Slim for Life* et co-animatrice de l'émission de télé-réalité très écoutée *America's Greatest Loser*. En réponse à une question sur les causes socioéconomiques de l'obésité en février 2013, elle a livré ce message aux téléspectateurs de la CBC :

Je pourrais prendre le temps de vous expliquer toutes les raisons pour lesquelles les gens sont obèses : les politiques fédérales et locales, les motifs socioéconomiques, la théorie du complot à propos des grandes entreprises alimentaires et tout ça. Mais ça ne servirait à rien. Parce que les gens se sentent impuissants, et ils s'assoient et attendent qu'un héros, que ce soit le gouvernement ou les grandes entreprises, arrive pour les sauver. Voici la réalité : même si vous n'avez pas beaucoup d'argent, vous pouvez bouger. Ce n'est pas si difficile. C'est gratuit. Vous pouvez acheter un DVD d'exercice pour six dollars et en faire dans votre salon de 4 m². Si vous mangez mal, mangez moins... Prenez deux pointes de pizza plutôt que quatre. Peu importe votre revenu, il est possible d'avoir une alimentation saine¹.

Même s'il peut être tentant de blâmer des dizaines de boucs émissaires pour l'augmentation du taux d'obésité, les personnes adultes auront toujours le dernier mot sur les calories qu'elles consomment et dépensent. Si les gens ne font pas preuve de responsabilité individuelle pour prévenir l'obésité, il sera pratiquement impossible d'en réduire le taux, malgré une amélioration des facteurs environnementaux.

Les politiques doivent être conçues afin de créer un renforcement positif à long terme pour des millions de décisions individuelles. Comme nous l'avons expliqué, les approches positives ne manquent pas. Il faut toutefois que la communauté de la santé publique fasse preuve d'une plus grande ouverture d'esprit et abandonne sa perception erronée selon laquelle seules les interventions répressives sont valables.

1. Transcription de l'entrevue réalisée par l'auteur le 11 février 2013, <http://www.cbc.ca/player/News/Business/ID/2334191680/>. Voir aussi mon texte d'opinion qui présente un point de vue semblable : « The McVictim Syndrome could kill us », *Los Angeles Times*, 8 décembre 2010.



À propos de l'auteur

Dr David Gratzner

Le Dr DAVID GRATZER est médecin et auteur. Son livre *Code Blue: Reviving Canada's Health Care System* (1999), devenu best-seller au Canada, a reçu le Prix Donner pour le meilleur essai sur les politiques publiques au Canada. Il est également l'éditeur de *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care* (2002) et auteur de *The Cure: How Capitalism Can Save American Health Care* (2006), dont la préface est signée par Milton Friedman. Le Dr Gratzner a été chercheur associé au Manhattan Institute for Public Policy de New York durant neuf ans. Des reportages lui ont été consacrés sur les réseaux de télévision CTV, CBC, TVO et FOX. Il est blogueur dans le *Huffington Post Canada* et ses articles ont aussi été publiés dans le *Toronto Star*, le *Ottawa Citizen* et le *Wall Street Journal*.

