

## HEALTHCHALLENGE **THINK TANK**

# 2006

L'obésité infantile au  
Canada:  
Un défi sociétal en  
quête de politiques  
publiques favorables  
à la santé

**IMPLICATIONS POUR INTERVENTIONS  
POLITIQUES ISSUES DU MCGILL HEALTH  
CHALLENGE, OCTOBRE 2006, ET DE L'ATELIER  
CONNEXE KNOWLEDGE-TO-ACTION, FÉVRIER  
2007**

*Préparé par le Mc Gill Health Challenge Think  
Tank en collaboration avec le Centre de  
collaboration nationale sur les politiques  
publiques et la santé*



**McGill**  
Desautels Faculty of Management  
Faculté de gestion Desautels

**McGill** Faculty of  
Medicine

## HEALTHCHALLENGE THINK TANK

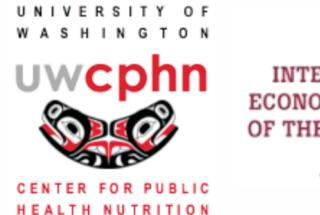
Les personnes suivantes ont apporté leur contribution à la préparation de ce rapport: Laurette Dubé<sup>1</sup>, Denise Kouri<sup>2</sup>, Katherine Fafard<sup>2</sup> et Ioana Sipos<sup>1</sup>.

Les auteurs aimeraient remercier les membres du comité de programme et les partenaires du Think Tank et du workshop connexe Knowledge-to-Action, ainsi que tous les participants aux deux événements. Les auteurs aimeraient aussi remercier François Benoit, Liliane Bertrand, Nancy Croitoru, Diane Finegood, William George, Richard Lessard, Gaétan Lussier, Francine Masson, Richard Massé, Randy Meltzer, Lyne Mongeau, Janet Pronk et Stephen Samis pour leurs commentaires sur la version initiale de ce document. Des remerciements spéciaux reviennent au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé pour l'appui à l'échange de savoir.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est financé par l'Agence de santé publique du Canada pour soutenir l'emploi du savoir par la communauté de la santé publique du Canada. Nous sommes contents de collaborer avec le McGill Health Challenge à la création de ce document basé sur les riches échanges qui ont eu lieu au Think Tank et qui se focalise sur les implications pour la politique en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de santé publique du Canada. Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de santé publique.

- 1- McGill Health Challenge Think Tank
- 2- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé



# Table des matières

<b><u>Sommaire</u></b> .....	2
<b><u>Introduction</u></b> .....	8
<b><u>Les thèmes</u></b> .....	10
<u>Ampleur du problème de l'obésité infantile</u> .....	10
<u>Pourquoi les gouvernements devraient mener le changement</u> .....	12
<u>Le besoin de politiques publiques favorables à la santé :     plan d'action gouvernemental</u> .....	14
<u>Le besoin de politiques publiques favorables à la santé     dans les domaines autres que la santé</u> .....	19
<u>Partenariats public-privé et collaborations pragmatiques</u> .....	26
<u>L'individu comme agent de changement</u> .....	30
<u>Données probantes pour guider politiques et stratégies</u> .....	31
<b><u>Conclusion</u></b> .....	33
<b><u>Annexe 1</u></b> .....	34
<u>Liste des participants au Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé</u> .....	34
<u>Liste des participants à l'Atelier 2007 de transfert de connaissances</u> .....	43

# Sommaire

## *Introduction*

Au Canada comme partout dans le monde, la pandémie de l'obésité infantile constitue un défi majeur, non seulement pour le milieu de la santé, mais pour la société tout entière. On réalise peu à peu à quel point la surconsommation et l'inactivité qui engendrent l'obésité sont ancrées dans les façons dont fonctionne la société moderne, c'est-à-dire :

- comment – en tant qu'individus, en tant que familles et en tant que collectivités – nous vivons, nous consommons, nous élevons nos enfants ;
- comment – en tant qu'organismes d'enseignement, de santé, de communications ou d'affaires – nous produisons, nous annonçons, nous échangeons et nous fournissons des biens et des services aux individus, aux familles et aux collectivités ;
- comment – en tant que sociétés commerciales, marchés d'investisseurs ou gouvernements – nous entretenons, entre économie et santé, un clivage qui caractérise le cadre de vie des individus, des familles, des collectivités et des organisations.

Dans ce contexte, les organismes de santé ne peuvent plus continuer à promouvoir de saines habitudes de vie avec le peu de moyens et d'appuis dont ils disposent, tant que les autres intervenants sociétaux persistent à entretenir un statu quo équivoque. S'ils veulent effectuer un changement de l'importance et de l'envergure nécessaires pour stopper la progression de l'obésité infantile, les organismes de santé privés et publics doivent prendre la tête du peloton pour galvaniser l'action de tous les intervenants sociaux et économiques. Il leur faut pour cela :

- se doter de l'expertise et du savoir-faire nécessaires pour transmettre aux intervenants dans les domaines de l'éducation, de l'agriculture, des affaires, des médias, de l'aménagement urbain, du transport, etc., des lignes directrices, des cadres d'action et toutes les données probantes disponibles concernant les répercussions éventuelles de leurs actions et de leurs politiques sur la santé.
- acquérir une compréhension profonde des mécanismes, des motivations, des critères de succès et de l'infrastructure des données et des informations qui guident le processus décisionnel et l'action dans chaque secteur et à tous les niveaux impliqués, ainsi que leurs interactions respectives.
- établir des partenariats innovateurs entre scientifiques et décideurs de tous les secteurs de la société.

## *Groupe de réflexion sur les défis de la santé de McGill et Atelier de transfert de connaissances*

Le Groupe de réflexion McGill sur les défis de la santé (<http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/>) de 2006 et son suivi en 2007, l'Atelier de transfert de connaissances (<http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/kt/>), ont rassemblé tour à tour des participants de tous les domaines énumérés ci-dessus avec des professionnels de la santé et des agences canadiennes et internationales qui mènent la lutte contre l'obésité infantile. L'objectif de ces rencontres était d'en arriver à brosser un portrait audacieux de ce qu'on pourrait faire, en tant que société, pour prévenir l'obésité

infantile plus efficacement en impliquant les acteurs sociaux et économiques dans tous les domaines d'activité qui contribuent au style de vie de nos enfants. Les présentations et les échanges du Groupe de réflexion 2006 ont mis l'accent sur la nécessité de déployer des politiques et des actions sur la scène globale, tandis que l'Atelier de 2007 s'est penché sur la façon d'adapter ces politiques et ces actions au cadre canadien.

Le Groupe de réflexion a soulevé plusieurs questions de fond, à commencer par le rôle du chef de file, qui pourrait être le gouvernement, pour ouvrir la voie aux changements que tous les intervenants sociétaux devront entreprendre. Pour les décideurs dans les domaines autres que la santé, il s'agit de toute urgence de mesurer les répercussions éventuelles de leurs politiques sur la santé et d'adopter ce que nous appellerons des politiques publiques favorables à la santé. Pour les décideurs en santé, les défis sont donc clairs : d'une part, ils devront concevoir des politiques de santé plus hardies que celles qui existent actuellement et se sont avérées insuffisantes pour contrer la progression de l'obésité infantile ; d'autre part, s'ils veulent susciter l'action plutôt que l'opposition, les politiques qu'ils adopteront pour combattre l'obésité infantile devront être économiquement, socialement et culturellement durables dans toute la mesure du possible. Enfin, plus que jamais, les intervenants en santé publique, qui ont pour tâche notamment de surveiller l'état de santé de la population, doivent servir de catalyseurs au changement.

Ce document a pour but d'alimenter le débat qui vise à changer la politique canadienne de lutte contre l'obésité infantile. Nous avons pris le parti de développer un certain nombre de questions et de thèmes inspirés du Groupe de réflexion et de l'Atelier de transfert de connaissances qui nous ont paru particulièrement pertinents dans le contexte politique canadien actuel et, plus spécifiquement, les initiatives visant à améliorer la santé des enfants et des adolescents.

## **Thèmes et sujets traités**

### *Convergence au Canada entre économie et santé*

Dans une économie comme celle du Canada, les objectifs et les priorités du gouvernement oscillent constamment entre deux camps : croissance économique et productivité pour l'un, prestations de soins de santé et d'avantages sociaux pour l'autre. Un camp ne tient pas toujours compte des décisions de l'autre. De même, l'intervention du gouvernement par le biais des mécanismes du marché se borne souvent à en pallier les défaillances, c'est-à-dire qu'elle se limite aux circonstances où les opérations du marché nuisent ostensiblement à la société. Cependant, des professionnels en santé et des spécialistes des neurosciences participant au Groupe de réflexion ont avancé que la surcharge pondérale et l'obésité pouvaient très bien être la réponse « normale » du cerveau et du corps à un monde d'abondance, particulièrement chez les enfants et les adolescents, dont les capacités d'autocontrôle ne sont pas encore développées. Par conséquent, qu'ils se situent dans le camp de la santé ou dans celui de l'économie, les participants au Groupe de réflexion s'entendent pour dire qu'il faut davantage de convergence dans les décisions adoptées par tous les intervenants de la société – depuis les individus et les familles, en passant par les écoles et les collectivités, jusqu'aux entreprises et aux gouvernements. Néanmoins, on ne s'est pas entendu sur la question du

leadership – à savoir si les intervenants dans les différents domaines devaient assumer la responsabilité des changements, ou si l'intervention gouvernementale s'avérait nécessaire.

#### *Rôle du gouvernement face au problème de l'obésité, au Canada*

Selon le point de vue qui se dégage du Groupe de réflexion quant au rôle des interventions gouvernementales, les gouvernements ont un leadership à exercer pour façonner l'arène socioéconomique, de sorte que les individus, les familles, les entreprises et le reste des intervenants puissent avoir la capacité et la motivation d'effectuer les changements nécessaires pour stopper la progression de la pandémie. La complexité de ce genre d'interventions gouvernementales exige une approche à la fois globale et flexible, où l'on tient compte aussi bien des objectifs économiques que des objectifs de santé, à tous les paliers de gouvernement. Cette approche consiste à évaluer les répercussions sur la santé de toutes les décisions de politiques et d'investissement prises dans les domaines qui recoupent les activités sociales et économiques et définissent les habitudes de vie moderne ; elle implique aussi de prendre en considération les conflits et les synergies qui peuvent émerger entre les dimensions santé de ces décisions et leur conséquences sociales et économiques. Avec cette nouvelle façon plus complexe d'envisager l'action gouvernementale, on considère que les gouvernements sont capables d'amener d'autres intervenants sociaux et économiques à appuyer l'action des organisations de santé et de santé publique. Cela exige de renverser les obstacles qui freinent l'action, pour privilégier la coopération, l'équité, la confiance et la réciprocité entre tous les intervenants.

#### *Stratégies à employer pour contrer l'obésité*

Les participants au Groupe de réflexion ont également discuté de certaines stratégies conçues et adoptées sous l'égide des organisations de santé et de santé publique, susceptibles de faciliter l'application pratique des projets de société pour lutter contre l'obésité infantile, tant sur le plan des politiques que sur le plan de l'action. En s'appuyant sur la théorie des systèmes adaptatifs complexes (CAS, pour *Complex Adaptive System*), ils ont insisté sur le besoin de déterminer et de cibler des objectifs précis et limités dans le temps, pour tous les intervenants et pour le système lui-même, et de repérer les « points leviers » pour choisir les priorités.

#### *Apprendre en pratiquant*

Le projet de société en vue d'un changement, à mesure qu'il se traduit en politiques et en actions, s'enrichit des expériences qu'il accumule et permet de comprendre les éléments déterminants du changement pour mieux prévoir la suite. Les participants ont insisté sur le besoin d'agir en même temps dans plusieurs directions, et d'élaborer des mécanismes flexibles de participation, de communication, de décision, d'évaluation et de responsabilisation à mesure que les choses se précisent.

#### *L'importance de travailler en équipe ou en collaboration*

Les participants ont aussi indiqué qu'un des plus grands défis pour les gouvernements et les organismes de santé et de santé publique – s'ils veulent instaurer des changements assez considérables, assez étendus et assez rapides

pour stopper l'obésité infantile – sera celui de concevoir une politique publique qui soit à la fois favorable à la santé et novatrice, apte à créer un environnement où les intervenants issus des secteurs privé et public, de la société civile et des communautés seront motivés à mettre leurs compétences et leurs ressources en commun pour combattre l'obésité infantile. Ils ont fait valoir l'importance d'élaborer et de promouvoir des modèles où les entreprises, les organisations philanthropiques, les ONG et les organisations communautaires peuvent trouver des terrains d'entente et des objectifs communs, en dépit de missions et d'objectifs par ailleurs divergents.

#### *Projets novateurs et collaborations pragmatiques*

Plusieurs initiatives intéressantes, conçues hors du cadre gouvernemental et issues de collaborations pragmatiques, ont été présentées aussi bien au Groupe de réflexion qu'à l'Atelier de transfert de connaissances. Ces initiatives reflètent des changements clés dans les mécanismes du marché, au niveau des entreprises, de l'innovation sociale et l'entrepreneuriat, susceptibles d'encourager une plus grande convergence santé-économie-culture et de faire évoluer la société dans une direction plus saine. Il y aurait intérêt à créer un cadre de législation et de réglementation apte à promouvoir et à accroître ce genre d'initiatives pour qu'elles servent de rampe de lancement à des mouvements locaux et mondiaux à plus grande échelle. Il y aurait là une façon d'augmenter considérablement les ressources sociétales pour lutter contre l'obésité infantile. Dans ce cas, il faudrait cependant mettre en œuvre un nouveau type de gouvernance, multiniveau, multisectorielle et en réseau, impliquant une collaboration pragmatique entre les gouvernements, les secteurs de l'agriculture, des affaires, de la santé et les intervenants sociaux qui participent à la chaîne alimentaire locale et mondiale, et à la société en général. En outre, à condition d'être appuyées et amplifiées par des politiques publiques favorables à la santé, ces initiatives peuvent renforcer les capacités des collectivités en leur fournissant des moyens d'information, d'intervention et d'évaluation propices à l'émergence de préoccupations sociales et culturelles locales. Un tel engagement plus profond des acteurs sur le terrain permet d'envisager des solutions contextuelles à l'obésité.

#### *Rôle du secteur agroalimentaire*

Un grand nombre de présentations et d'échanges du Groupe de réflexion et de l'Atelier de transfert de connaissances concernent les politiques agroalimentaires modernes, perçues comme la pierre d'achoppement aux efforts déployés localement et globalement pour lutter contre l'obésité infantile. On réclame des politiques agroalimentaires favorables à la santé pour orienter l'offre et la demande alimentaires de manière à faire de la saine alimentation l'option naturelle des enfants, tout en assurant la rentabilité économique aux secteurs de l'agroalimentaire, de la transformation des aliments, de la vente d'aliments au détail et de la restauration. Par ailleurs, on réclame des politiques de santé *économiquement, socialement et culturellement* viables, pour orienter l'offre et la demande dans la direction d'une alimentation saine et agréable. Cette convergence aiderait à réorienter la chaîne alimentaire – qui favorise actuellement les aliments bon marché et riches en calories – dans le sens de la variété et de la qualité tant pour l'offre que la demande.

Plusieurs défis guettent les intervenants en agriculture et en santé qui voudront donner à l'offre et à la demande une direction plus saine. Du côté de l'offre, les défis pour le secteur agroalimentaire portent sur les politiques et les pratiques agricoles et agro-industrielles en matière d'innovation, de production, de distribution et de consommation des aliments à la maison, à l'école et au restaurant, et sur les questions liées au commerce et à l'investissement. Du côté de la demande, les enjeux, aussi bien pour le secteur de la santé que celui de l'agroalimentaire, résident dans les stratégies de publicité et de communication, l'étiquetage et la fiche d'information sur le produit, les stratégies de prix et de vente, ainsi que dans l'éducation du consommateur pour tout ce qui concerne l'alimentation, la nutrition, l'activité physique, les besoins en calories, etc.

#### *Le bon équilibre entre économie et santé dans les politiques agroalimentaires*

En matière de santé, le défi consiste à trouver le bon équilibre entre la rigueur qu'imposent les contrôles associés à la réglementation et aux politiques – indispensables pour protéger la santé des Canadiens – et une approche flexible et innovatrice à la production alimentaire, susceptible d'encourager les intervenants économiques à mettre sur le marché des aliments moins énergétiques, plus savoureux et plus satisfaisants, à un prix abordable. Ici, les domaines en jeu sont l'étiquetage, les allégations relatives à la santé, le processus d'approbation pour les nouveaux ingrédients et les nouveaux produits, ainsi que la publicité, et particulièrement la publicité ciblant les enfants.

Les participants canadiens au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances étaient d'avis que le Canada, à cet égard, se retrouve à un carrefour déterminant. Le moment est venu d'opérer des changements majeurs dans les paradigmes qui sous-tendent le secteur agricole et celui de l'agroalimentaire au bénéfice de la santé des Canadiens et, du même coup, donner un élan à l'innovation et à la production dans ces secteurs. Les participants à l'Atelier de transfert de connaissances ont étudié des changements de politique et d'action susceptibles d'harmoniser le nouveau *Guide alimentaire canadien* avec le *Cadre politique agricole et agroalimentaire* en cours de révision, dans le but d'orienter la politique et la stratégie d'investissement pour les années à venir.

#### *Une politique à l'école pour contrer l'obésité*

En ce qui concerne la politique et l'action en milieu scolaire, les participants ont noté que les États-Unis avaient entrepris de privilégier l'école comme lieu d'intervention dans la lutte contre l'obésité. L'article 108-265 de la *U.S. Public Law*, par exemple, encourage les commissions scolaires américaines à adopter une politique favorable à la santé en matière d'alimentation et d'activité physique. Les États-Unis ont même une fiche pour évaluer la santé de l'école, administrée à l'échelle nationale. On peut s'attendre au Canada à des mesures similaires, puisque les données actuelles incitent à faire plus de place à la santé dans les écoles. La récente création du Consortium conjoint canadien pour les écoles en santé, appuyée par les ministères de la Santé et de l'Éducation des provinces, devrait faire progresser les choses en aidant les écoles à mieux remplir leur rôle de

promouvoir des habitudes de vie saines pour les enfants et leurs familles, et en dotant les communautés des moyens nécessaires pour appuyer les efforts individuels et gouvernementaux.

#### Constituer des compétences et une base de recherche

Finalement, les participants ont insisté sur le fait que le succès des projets gouvernementaux à portée intégrative, multisectorielle et multiniveaux pour lutter contre l'obésité est étroitement lié à notre capacité de constituer un capital humain et une base scientifique pour orienter et soutenir les actions. Afin de permettre aux organisations de santé et de santé publique d'exercer leur leadership, les gouvernements devront peut-être consacrer des sommes considérables pour doter ces organisations et les professionnels qui les composent des connaissances et des conditions de travail requises pour faciliter les interfaces avec les représentants des autres secteurs sociaux et économiques impliqués. Il faudra sans doute aussi que les gouvernements encouragent, dans tous ces secteurs, des attitudes, des compétences et des connaissances fondées sur l'intégration et l'innovation, afin d'accroître la convergence entre les décisions et les actions des professionnels et des agences qui œuvrent en santé et qui œuvrent en économie. Sur le plan de la recherche, il est plus impératif que jamais de développer un cadre intégratif permettant de surveiller l'évolution de la pandémie de l'obésité et d'évaluer l'efficacité des interventions de toutes natures et de toutes tailles, de la part de toutes les parties prenantes, à partir des familles et des collectivités, jusqu'aux organismes mondiaux.

#### *Conclusion*

Adopter une approche multiniveau et multisectorielle de « politiques publique favorables à la santé » pour contrer l'obésité innovatrice est une nécessité de premier ordre au Canada, comme le fait ressortir le rapport du comité permanent sur la santé, 2007 intitulé « Des enfants en santé : une question de poids ». Cette approche est tout à fait pertinente au niveau mondial, puisque l'Assemblée mondiale de la santé a adopté, lors de sa réunion annuelle de 2007, une résolution qui invite instamment les états membres « à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes et qui fasse participer activement la société civile, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ». La résolution prie aussi le directeur général de l'OMS de mettre en œuvre une stratégie mondiale. Le Canada peut ouvrir la voie en adoptant l'approche complètement nouvelle de la santé et de la santé publique que recommande cette résolution.

# Introduction

Au Canada comme partout dans le monde, la pandémie de l'obésité infantile constitue un défi majeur, non seulement pour le milieu de la santé, mais pour la société tout entière. Stopper sa progression avant que la génération actuelle d'enfants ne devienne la première dont l'espérance de vie serait plus courte que celle de ses parents demande une bonne dose de créativité, d'engagement et d'action continus de la part de tous les intervenants. Le défi ne sera relevé à temps que dans la mesure où le projet est appuyé par des initiatives audacieuses de la part des intervenants en santé, en éducation, en agriculture, en transport, en architecture urbaine et en affaires, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé et le milieu universitaire. Le Groupe de réflexion sur les défis de la santé en 2006 et l'Atelier de transfert de connaissances en 2007 ont réuni des participants issus de tous ces domaines. Le présent document se concentre sur les implications de l'information et des idées présentées au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances pour les intervenants et les décideurs canadiens en santé publique.

À l'issue de la réunion du Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé, le document de clôture ([http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/the\\_montreal\\_call/](http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/the_montreal_call/)), lancé en présence du maire de la Ville de Montréal, M. Gérard Tremblay et intitulé « Montréal lance un défi : revisiter le quotidien pour combattre l'obésité infantile », suggère que pour atteindre l'ampleur, la profondeur et la vitesse de changement nécessaires pour stopper la progression de la pandémie, il faut « revisiter », c'est-à-dire examiner à la loupe les modes de fonctionnement à la base de notre société. Cela veut dire remettre en question les façons dont – en tant qu'individus, en tant que familles et en tant que collectivités – nous vivons, nous consommons, nous investissons et nous élevons nos enfants ; les façons dont – en tant qu'institutions scolaires, organismes de santé, médias ou entreprises – nous produisons, nous annonçons, nous échangeons et nous fournissons des biens et des services aux individus, aux familles et aux collectivités ; et les façons dont – en tant que sociétés commerciales, marchés d'investisseurs ou gouvernements – nous façonnons le milieu de vie des individus, des familles et des collectivités.

Le Groupe de réflexion a soulevé plusieurs questions de fond, à commencer par le rôle du chef de file, qui pourrait être le gouvernement, pour ouvrir la voie aux changements que tous les intervenants sociétaux devront entreprendre. Pour les décideurs dans les domaines autres que la santé, il s'agit de toute urgence de mesurer les répercussions éventuelles de leurs politiques sur la santé et d'adopter ce que nous appellerons des politiques publiques favorables à la santé. Pour les décideurs en santé, les défis sont donc clairs : d'une part, ils devront concevoir des politiques de santé plus hardies que celles qui existent actuellement et se sont avérées insuffisantes pour contrer la progression de l'obésité infantile ; d'autre part, s'ils veulent susciter l'action plutôt que l'opposition, les politiques qu'ils adopteront pour combattre l'obésité infantile devront être économiquement, socialement et culturellement durables dans toute la mesure du possible. Enfin, plus que jamais, les intervenants en santé publique, qui ont pour tâche notamment de surveiller l'état de santé de la population, doivent servir de catalyseurs au changement.

C'est dans le but précis d'aborder ces questions que le Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé (<http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/>) et, par la suite, l'Atelier de transfert de connaissances (<http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/kt/>), ont réuni à Montréal des experts et des organisations de premier plan dans le secteur de la santé avec leurs homologues œuvrant dans d'autres secteurs qui façonnent l'environnement dans lequel grandissent les enfants : alimentation et agriculture, éducation, médias, finance, administration, droit, politique, économie. L'objectif de ces rencontres était d'en arriver à brosser un portrait audacieux de ce qu'on pourrait faire pour prévenir l'obésité infantile plus efficacement que ce qu'a réussi à faire jusqu'ici le milieu de la santé laissé à ses propres moyens. Les présentations et les échanges du Groupe de réflexion 2006 ont mis l'accent sur la nécessité de déployer des politiques et des actions globales, tandis que l'Atelier de transfert de connaissances s'est penché sur la façon d'adapter ces politiques et ces actions au cadre canadien.

Ce document a pour but d'alimenter le débat visant le développement d'une politique canadienne de lutte contre l'obésité infantile capable d'arrêter la progression de l'épidémie. Nous avons pris le parti de développer un certain nombre de questions et de thèmes inspirés du Groupe de réflexion et de l'Atelier de transfert de connaissances qui nous ont paru particulièrement pertinents dans le contexte politique canadien actuel. Ce document, par conséquent, n'est pas un état récapitulatif de ces deux rencontres<sup>1</sup>.

**Les thèmes abordés seront les suivants :**

- Ampleur du problème de l'obésité infantile
- Pourquoi les gouvernements devraient-ils mener le changement
- Le besoin de politiques publiques favorables à la santé : plan d'action gouvernemental
- Le besoin de politiques publiques favorables à la santé dans les domaines autres que la santé
- Partenariat public-privé et collaborations pragmatiques
- L'individu comme agent de changement
- Données probantes pour guider politiques et stratégies

---

<sup>1</sup> On trouvera sur le site <http://www.mcgill.ca/healthchallenge/2006/summaries/> le sommaire des présentations et des liens aux vidéos qui ont été réalisées pour chacune d'entre elles.

# Les thèmes

## Ampleur du problème de l'obésité infantile

Les responsables politiques doivent justifier les mesures qu'ils proposent. En santé publique, il s'en trouve beaucoup pour préconiser des mesures draconiennes à cause de l'ampleur de la pandémie de l'obésité et l'urgence d'agir. De fait, les participants à la rencontre 2006 sur les défis de la santé se sont accordés pour dire que l'obésité infantile est l'un des graves problèmes de l'heure et qu'il faut y voir immédiatement. L'obésité infantile s'apprête en même temps à devenir très coûteuse, compte tenu des maladies chroniques qui en découleront.

Selon les estimations de l'International Obesity Task Force (IOTF), représentée par son président Philip James aussi coprésident du Groupe de réflexion, au rythme où l'épidémie progresse actuellement, près de 287 millions d'enfants dans le monde souffriront d'embonpoint ou d'obésité en 2010, ce qui veut dire 85 % de plus qu'il y a dix ans. Vers 2015, on pourrait compter 704 millions de personnes obèses de tous âges dans le monde et les segments les moins fortunés de la population seront les plus touchés, autant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Les données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) montrent qu'en 2005, environ 1,6 milliard d'adultes dans le monde avaient une surcharge pondérale et 400 millions étaient obèses. L'OMS estime que, si les habitudes de vie des jeunes et des adultes ne changent pas, les décès dus à l'obésité et aux maladies chroniques vont s'accroître de 17 % au cours des prochains dix ans. Au Canada, d'après les estimations du Comité permanent de la santé en 2007, l'obésité coûte aux contribuables environ 4,3 milliards de dollars annuellement en frais directs (1,6 milliard) et indirects (2,7 milliards) de soins de santé, et le fardeau promet de s'alourdir.

Les statistiques canadiennes sur l'obésité infantile<sup>2</sup> montrent que la prévalence combinée embonpoint/obésité dans la population canadienne âgée de 2 à 17 ans a grimpé de 15 % en 1978 (12 % d'embonpoint et 3 % d'obésité) à 26 % en 2004 (18 % d'embonpoint et 8 % d'obésité), avec une répartition égale entre filles et garçons. L'augmentation varie en fonction de l'âge : les chiffres demeurent stables chez les enfants de 2 à 5 ans (autour de 21 %), mais l'escalade va du simple au double chez les enfants de 6 à 11 ans (de 13 % à 26 %) et chez les adolescents de 12 à 17 ans (de 14 % à 29 %).

D'autres chiffres<sup>3</sup> montrent qu'en 2004, la prévalence combinée embonpoint/obésité infantile varie légèrement d'une province à l'autre, mais que même en Alberta, où elle est la plus faible, elle ne va pas en deçà de 22 %. Le Québec

<sup>2</sup> Shields, Margot : *Embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*, [http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/articles/child/cobesity\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/articles/child/cobesity_f.htm)

<sup>3</sup> Shields, Margot : *Embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*, [http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/articles/child/cobesity\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/articles/child/cobesity_f.htm)

se place juste au-dessus, avec une prévalence de 23 %, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador se situe au sommet de l'échelle, avec 36 %. Entre ces deux extrêmes, on retrouve l'Ontario et la Colombie-Britannique à 27 % et 26 % respectivement, la Saskatchewan à 29 % et l'Île-du-Prince-Édouard à 30 %, tandis que le Nouveau-Brunswick (34 %), la Nouvelle-Écosse (32 %) et le Manitoba (31 %) affichent des taux d'embonpoint/obésité supérieurs à la moyenne canadienne de 26%.

### **Plus la population est défavorisée, plus l'obésité est fréquente**

Les présentations au Groupe de réflexion ont insisté sur la corrélation entre l'obésité et les disparités socioéconomiques, observant néanmoins qu'aucun groupe n'y échappe. L'obésité infantile est plus élevée dans les segments défavorisés de la population, non seulement au Canada et dans les pays développés<sup>4,5,6</sup>, mais aussi dans les pays en développement, dès qu'ils atteignent le seuil de la survie économique<sup>7</sup>. Sir Michael Marmot a fait remarquer laconiquement que la pauvreté nuit à la santé, et ses données, qui reflètent la corrélation négative entre le niveau d'éducation et l'indice de masse corporelle (IMC), viennent appuyer les conclusions d'Adam Drewnowski. Ce dernier affirme sans ambages qu'en Amérique du Nord, taux d'obésité et classes sociales vont de pair, et qu'il y a une corrélation évidente avec le niveau de revenu, les statistiques du risque lié au comportement, et même le quartier et les valeurs immobilières. Il en conclut que, pour cibler des sous-groupes spécifiques dans le but d'intervenir de façon plus efficace et de dispenser les services aux endroits les plus appropriés, il est indispensable de procéder à une analyse géographique régionale pour évaluer l'étendue et la croissance de l'obésité. Les observations d'Adam Drewnowski concordent avec celles de l'OMS, qui indiquent que les différentes concentrations de l'obésité dans la population sont la conséquence d'importants déterminants de la santé : pauvreté et privation, conditions de vie et de travail, accès aux services et aux infrastructures de santé, sexe et équité<sup>8</sup>.

Le lien entre obésité infantile et disparités socioéconomiques complique le problème pour beaucoup de raisons qui vont au-delà de ses conséquences sur la prévalence. Les participants au Groupe ont proposé bon nombre de possibilités à cet effet :

- Un des aspects frappants de la pauvreté, c'est qu'elle réunit de multiples facteurs de risque, tant physiques que sociaux<sup>9</sup>;
- La pauvreté entraîne des bouleversements de tout genre dans la vie d'un enfant, dont beaucoup d'imprévisibilité et l'absence de structure et de routines, comme celle des repas pris en commun et à heures fixes<sup>10</sup>;
- Parmi les conséquences de la pauvreté en ce qui a trait à l'obésité, on note que les enfants des foyers à faible revenu ont plus de difficulté à s'autoréglementer, maîtrisent moins bien les situations, ont des réseaux de soutien social réduits et se sentent peu soutenus<sup>11</sup>;

<sup>4</sup> Dietz, W., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>5</sup> Drewnowski, A., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>6</sup> Marmot, M., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>7</sup> Monteiro, C.A., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>8</sup> Le Galès-Camus, C., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>9</sup> Evans, G., Health Challenge Think Tank 2006

<sup>10</sup> Evans, G., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>11</sup> Evans, G., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

- Les recommandations tiennent rarement compte du fait qu'une alimentation saine est relativement plus coûteuse et que la majorité des gens n'ont pas les moyens d'y accéder; les aliments enrichis de sucre, de gras et de céréales raffinées coûtent moins cher que les portions recommandées de légumes et de fruits<sup>12</sup>;
- L'offre et le prix des aliments sont deux facteurs environnementaux importants dans l'achat et la consommation de la nourriture, qui varient avec le niveau de revenu du quartier et du ménage<sup>13</sup>;
- L'épidémie d'obésité des 20 dernières années a tout à voir avec la baisse des salaires, la disparition des emplois en production au profit des emplois tertiaires, l'absence des régimes de retraite et d'assurance médicale, et l'exode des emplois dans le contexte de la mondialisation<sup>14</sup>.

Étant donné que l'obésité infantile est plus répandue et plus complexe parmi les populations défavorisées, il faut, pour la combattre, un assortiment de politiques et d'interventions qui englobent à la fois la santé, l'économie et les mesures sociales. La nécessité d'une action gouvernementale vaste et intégrée est éloquemment défendue par Michael Marmot, qui affirme que dans des interventions de cette envergure, on devrait retrouver : des politiques universelles plutôt que des politiques s'adressant à des segments distincts de la population; la priorité donnée aux inégalités dans un ensemble de politiques de santé; des politiques visant la santé dans les domaines autres que la santé. Les politiques universelles devraient tenir compte de macrovariables psychosociales et socioéconomiques comme la stratification sociale, l'inégalité du revenu et les inégalités en matière de santé. Cette proposition de Michael Marmot se fonde sur une recherche approfondie des facteurs socioéconomiques en matière de santé, qui l'a amené à conclure qu'au lieu de comparer les pauvres aux riches, il vaudrait mieux se représenter la relation pauvreté-santé comme un gradient.

Par conséquent, compte tenu de son envergure, régler le problème de l'obésité infantile – particulièrement dans les segments les plus vulnérables de la population – exigera des gouvernements plus de convergence dans leurs politiques, leurs actions et leurs investissements en matière de santé et d'économie. Selon Adam Drewnowski<sup>15</sup>, en clamant les conséquences économiques de l'obésité en matière de soins de santé, on ne voit qu'un côté de la médaille. L'autre, c'est que l'obésité elle-même est une conséquence économique, c'est-à-dire que les impératifs de la rentabilité à tout prix engendrent les conditions propices à la pauvreté et l'obésité.

### Pourquoi les gouvernements devraient mener le changement

Dans une économie comme celle du Canada, les objectifs et les priorités du gouvernement oscillent constamment entre deux camps : croissance économique et productivité pour l'un, prestation de soins de santé et autres avantages sociaux pour l'autre. Un camp ne tient pas toujours compte des décisions de l'autre. De même, l'intervention du

<sup>12</sup> Drewnowski, A., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>13</sup> French, S., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>14</sup> Drewnowski, A., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

<sup>15</sup> Drewnowski, A., Groupe de réflexion 2006 sur les défis de la santé

gouvernement par le biais des mécanismes du marché se borne souvent à en pallier les défaillances, c'est-à-dire qu'elle se limite aux circonstances où les opérations du marché nuisent ostensiblement à la société.

Cela dit, les participants des deux camps dans le Groupe de réflexion se sont entendus pour dire qu'il faut miser davantage sur une meilleure convergence, qui considère à la fois les aspects « santé » et les aspects économiques dans les décisions prises par tous les intervenants de la société – depuis les individus et les familles, en passant par les écoles et les collectivités, jusqu'aux entreprises et aux gouvernements. Néanmoins, il n'y avait pas consensus sur la question du leadership – à savoir si les intervenants dans les différents domaines devraient assumer la responsabilité du changement ou si l'intervention gouvernementale s'avère nécessaire.

Philip James, coprésident du Groupe de réflexion, affirme que l'importance et l'imminence de l'épidémie d'obésité en font un problème de santé publique comparable à une épidémie de typhoïde, et que les gouvernements ont la responsabilité d'intervenir, dans l'intérêt public. L'analogie qu'il fait avec le cas classique de John Snow lors de l'épidémie de choléra sera souvent utilisée comme métaphore par le Groupe de réflexion. L'analogie suggère que des mesures urgentes et autoritaires s'imposent, pourvu qu'elles soient efficaces. Le point de vue contraire, prédominant surtout chez les Américains, consiste à dire que les interventions en vigueur de la part des gouvernements, aussi efficaces soient-elles, sont inappropriées parce qu'elles constituent une forme de paternalisme; ce qui revient à dire qu'il faut faire confiance au libre arbitre et aux mécanismes du marché. Ce genre de débat illustre bien la relation qui existe entre le contexte social et les propositions politiques dans les divers pays du monde.

Pour les responsables politiques canadiens, le débat est important. S'il est vrai que l'intervention gouvernementale est traditionnellement bien accueillie au Canada dans beaucoup de domaines, il existe néanmoins un courant qui s'oppose à l'intervention publique dans les questions sociales. Cette divergence de points de vue donne souvent lieu à des débats concernant les politiques d'intervention. Laurette Dubé, coprésidente du Groupe de réflexion, en arrive à la conclusion que la seule façon d'atteindre l'étendue, la profondeur et la vitesse de changement nécessaires pour stopper la pandémie consiste à combiner sagement les interventions gouvernementales, les mécanismes de marché et les actions individuelles. Elle souligne en outre que, si l'on veut mettre à contribution tous les intervenants de la société, il faudra peut-être que le gouvernement intervienne et prenne l'initiative des changements, en faisant preuve de ce que Kahneman et d'autres économistes du Groupe de réflexion ont appelé « paternalisme libertaire », une approche politique qui, tout en respectant la liberté de choix des individus et des organisations, fait de la ligne de conduite « saine » un choix plus évident.

Selon le point de vue qui se dégage du Groupe de réflexion quant au rôle des interventions gouvernementales, les gouvernements ont un leadership à exercer pour façonner l'arène socioéconomique, de sorte que les individus, les familles, les entreprises et le reste des intervenants puissent avoir la capacité et la motivation d'effectuer les changements nécessaires pour stopper la progression de la pandémie. Le ministre québécois de la Santé Philippe Couillard résume comme suit : « Tous les pays du monde dont le système de soins de santé est entièrement ou

partiellement public sont actuellement aux prises avec la question de l'obésité, qui n'est pas seulement une affaire de prévention ou de santé publique, mais une préoccupation économique et une priorité si nous voulons soutenir notre économie et, en particulier, notre système de soins de santé. Nous misons sur la prévention pour que notre société puisse soutenir son système de soins de santé, et, en tant que société, nous essayons aussi de maintenir une économie vibrante et active, parce que les maladies chroniques demandent beaucoup d'attention, d'efforts et d'approches en commun. »

La complexité des interventions gouvernementales aptes à guider le changement pour stopper l'obésité infantile exige une approche à la fois globale et flexible, où l'on tient compte aussi bien des objectifs économiques que des objectifs de santé, à tous les paliers de gouvernement. Cette approche consiste à évaluer les répercussions sur la santé de toutes les décisions de politiques et d'investissement prises dans les domaines qui recoupent les activités sociales et économiques et définissent les habitudes de vie moderne ; elle implique aussi de prendre en considération les conflits et les synergies qui peuvent émerger entre les dimensions santé de ces décisions et leur conséquences sociales et économiques. Par conséquent, comme le suggère l'introduction, politiciens et décideurs dans les ministères autres que la santé devront peut-être accorder plus de priorité à *la santé publique*, tandis que ceux qui sont chargés de créer de nouvelles politiques *en santé publique* pour faire échec à l'obésité infantile devront les concevoir de manière à ce qu'elles soient *économiquement, socialement et culturellement viables*. Cette façon nouvelle et plus complexe d'envisager l'action gouvernementale consiste à voir les gouvernements, non plus uniquement comme des sources de subventions publiques, mais comme des agents capables d'amener d'autres intervenants sociaux et économiques à appuyer l'action des organisations de santé et de santé publique. Cela exige de renverser les obstacles qui freinent l'action, pour privilégier la coopération, l'équité, la confiance et la réciprocité entre tous les intervenants.

Le modèle que propose le Groupe de réflexion à un gouvernement prêt à exercer son leadership est celui d'une société dans laquelle saine alimentation et activité physique représenteraient la norme, et où il y aurait convergence entre les objectifs de santé, la rentabilité économique, le dynamisme social et les valeurs culturelles. Les gouvernements disposent de plusieurs outils pour amorcer les changements requis en vue de combattre l'obésité, notamment les réglementations, les campagnes d'information, le renforcement des capacités, l'évaluation des risques sur la santé et d'autres formes d'études et de surveillance. Un autre outil qui pourrait s'ajouter est le partenariat, qui consiste à établir des relations multisectorielles et multiniveaux entre les gouvernements, les organisations communautaires, l'industrie et les affaires.

### Le besoin de politiques publiques favorables à la santé : plan d'action gouvernemental

Les échanges du Groupe de réflexion ont surtout porté sur le plan d'action élaboré par l'Alliance mondiale pour la prévention de l'obésité sur la scène globale, qui a fortement inspiré la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité adoptée par 53 ministres de la Santé réunis en Turquie en novembre 2006, moins d'un mois après la rencontre du

Groupe de réflexion à Montréal. Pour sa part, l'Atelier de transfert de connaissances a plutôt discuté des plans d'action gouvernementaux élaborés par deux provinces canadiennes, le Québec et la Colombie-Britannique.

Les trois plans d'action en question, qui varient quant à la spécificité de leurs objectifs et de leurs recommandations, illustrent bien la diversité des approches utilisées dans la conception d'interventions gouvernementales composées d'un ensemble d'actions coordonnées. Le plan d'action de l'Alliance mondiale pour la prévention de l'obésité, de même que la Charte européenne, prévoient des objectifs et des dates limites (la Charte vise 2012 pour stopper la progression de la pandémie, 2015 pour renverser la tendance), des principes pour guider l'action, et un cadre qui relie les principaux intervenants, les énoncés et les outils de politique pour traduire ces principes en actions. Le plan d'action québécois vise, d'ici 2012, à réduire l'obésité de deux pour cent chez les jeunes gens et les adultes et l'embonpoint de cinq pour cent. Il propose une série de 75 actions réparties sur cinq grands axes : soutenir le développement d'environnements favorables à l'adoption d'une alimentation saine et d'un mode de vie physiquement actif, promouvoir des normes sociales favorables, améliorer les services aux personnes qui ont des problèmes de poids et encourager la recherche et l'échange de connaissances. Le projet *ActNow British Columbia* précise en détail ses objectifs qui visent à changer les habitudes de vie et à réduire les taux d'obésité d'ici 2010 : accroître de 20 % le pourcentage des personnes qui consomment cinq portions et plus de fruits et de légumes par jour; augmenter d'au moins 20 % le pourcentage de gens qui pratiquent des activités physiques; réduire de 20 % le pourcentage d'adultes aux prises avec une surcharge pondérale ou avec l'obésité; et accroître de 50 % le nombre de femmes qui reçoivent des conseils sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Pour que des plans d'action gouvernementaux parviennent à respecter les délais fixés pour stopper la progression de l'obésité infantile, ils doivent nécessairement exercer une pression sur tout le programme d'action politique, non seulement en santé, mais dans les domaines de l'assistance sociale et des services sociaux, de l'éducation, du transport et de l'aménagement urbain, sans oublier les médias, l'agriculture, le commerce, l'industrie et le développement économique, et tout autre domaine qui intervient dans notre mode de vie en société. Mais plus important encore, les politiques publiques « santé » sectorielles et multisectorielles doivent avoir une force de traction suffisante pour catalyser l'action de tous les intervenants impliqués, en partant de l'individu jusqu'à l'ensemble de la société. Au-delà des conditions indispensables pour mobiliser les différents secteurs, comme la volonté politique et le leadership aux plus hautes instances, nous proposons ci-après quelques points importants à considérer en vue de l'élaboration et de l'implantation de politiques publiques « santé », dans le but d'aider les projets gouvernementaux à atteindre la force de traction dont ils ont besoin pour combattre l'obésité infantile.

### **Établir le programme d'un système adaptatif complexe**

En respectant l'approche écologique, tout en repoussant ses limites pour percevoir le système qui favorise la santé comme étant un système adaptatif complexe (CAS, pour *Complex Adaptive System*), les participants au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances ont émis leurs commentaires concernant les politiques et l'action. John Holland, un pionnier dans la recherche en systèmes adaptatifs complexes, insiste sur la nécessité de

repérer ce qu'il appelle des « points leviers » pour choisir les priorités (en terminologie CAS, les « points leviers » sont des interventions relativement simples et peu coûteuses dont les effets seraient à la fois importants et durables). Le projet de société en vue d'un changement, à mesure qu'il se traduit en politiques et en actions, s'enrichit des expériences qu'il accumule et permet de comprendre les éléments déterminants du changement pour mieux prévoir la suite. La théorie des CAS insiste aussi sur la nécessité d'agir en même temps dans plusieurs directions, et d'élaborer des mécanismes flexibles de participation, de communication, de décision, d'évaluation et de responsabilisation à mesure que les choses se précisent.

Au sujet d'un plan de société élaboré sur le modèle des CAS pour l'État d'Indiana, Lloyd Kolbe affirme : « Nous avons revu en profondeur et reformulé le concept de la santé publique. La santé publique est devenue pour nous une série d'actions que pose une société pour créer des conditions de vie dans lesquelles les gens resteront en santé. C'est une définition très simple, mais elle donne une tout autre orientation à la santé publique. » Cette vision n'est pas tellement éloignée de l'approche canadienne en matière de santé publique. De fait, en ce qui a trait au projet québécois, Alain Poirier souligne l'intérêt d'aborder la prévention de l'obésité infantile d'une manière intégrée, étant donné que l'activité physique et la saine alimentation sont nécessaires et utiles pour prévenir non seulement l'obésité mais aussi de nombreux autres problèmes de santé. Un grand nombre de facteurs qui influencent les taux d'obésité touchent également d'autres problèmes en matière de santé publique.

### **Un projet pour la vie**

Catherine Le Galès-Camus soutient qu'il faut envisager dès la grossesse les interventions pour prévenir l'obésité infantile et l'obésité adulte subséquente, puisqu'il semble en effet y avoir un lien entre la sous-alimentation du fœtus et du nourrisson et les problèmes de poids observés chez l'adulte. Ces observations ont conduit l'OMS à insister pour que l'obésité soit traitée dans la perspective d'une vie entière, en portant une attention particulière aux pratiques d'alimentation avant la naissance, puis chez le nourrisson et le jeune enfant. Catherine Bertini souligne pour sa part l'importance des politiques et des programmes gouvernementaux qui soutiennent les soins maternels, particulièrement chez les moins fortunés. Elle fait observer que la mère est la personne qui exerce le plus d'influence sur la vie de l'enfant, et qu'on n'accorde pas assez d'attention à ses besoins et à son bien-être en cours de grossesse et par la suite.

### **Le contexte culturel**

Les participants à l'Atelier de transfert de connaissances ont mis l'accent sur la nécessité de respecter les valeurs culturelles en élaborant des lignes directrices et des plans d'action concrets. La culture englobe les croyances, les mythes, les dogmes et les codes de conduite qui sous-tendent le comportement quotidien des individus et les pratiques courantes des organisations, des marchés et des sociétés. Daniel Kahneman fait observer, par exemple, que le degré d'intervention gouvernementale « culturellement acceptable » inscrit dans n'importe quel projet dépend de la notion qu'entretient cette société concernant le libre arbitre, la liberté de choix, la responsabilité individuelle ainsi que les règles de conduite auxquelles les individus, les organisations et les gouvernements sont prêts à se plier.

### **Le souci constant des disparités économiques**

André Chagnon, Adam Drewnowski, Gary Evans, Michael Marmot et Catherine Le Galès-Camus ont tous insisté sur la nécessité d'agir au niveau des disparités économiques. Cette dernière rappelle que l'enfant qui vit dans la pauvreté mange ce que ses parents sont en mesure de lui offrir, et que son activité physique est limitée par un cadre de vie désavantagé et plus ou moins sécuritaire. Elle se prononce fortement en faveur d'un changement de politique au niveau social qui consisterait à aider les parents à prendre soin de leurs enfants. Catherine Bertini renchérit en faisant de valoir de nouveau que la mère est le point vital d'intervention dans ce domaine.

### **Gouvernance et mécanismes institutionnels, multisectoriels et multiniveaux**

Si les participants du Groupe de réflexion, même ceux qui venaient des États-Unis, n'ont pas remis en question le leadership éventuel du gouvernement dans un projet de société visant à lutter contre l'obésité infantile, les points de vue ont différé quant au meilleur modèle de gouvernance susceptible d'assurer l'action multisectorielle et multiniveau nécessaire pour mener les projets à bien dans le laps de temps voulu. Il est intéressant de noter que les trois projets de société au centre des discussions reflétaient justement cette diversité des points de vue. La Charte européenne, par exemple, a été signée par les ministres de la Santé des différents pays en tant que décideurs dans la société faisant appel à une action multisectorielle. Le plan gouvernemental du Québec, qui dépend également de l'autorité en santé, va plus loin pour conférer à sa gouvernance une nature multisectorielle : il est le fruit de la collaboration entre sept ministères chapeautés par les ministères de la Santé et des Finances. En plus de l'enveloppe budgétaire spéciale destinée à soutenir les initiatives commerciales et sociales qui font la promotion de l'activité physique et de la saine alimentation comme étant les éléments clés de ce projet de société, tous ces ministères ont inscrit à leur plan stratégique l'élaboration et le financement de programmes spécifiquement conçus pour lutter contre l'obésité infantile.

Le programme de la Colombie-Britannique va encore plus loin pour encourager les mécanismes et la gouvernance multisectoriels. Le premier ministre a nommé un ministre d'État qui dépend du ministère de la Santé et du ministère du Tourisme, des Sports et des Arts, entre lesquels il a partagé le leadership. Le ministère du Tourisme, des Sports et des Arts ne fait pas que commercialiser les attraits de la province; il participe aux infrastructures de sports et de loisirs de chaque communauté. Selon Ron Duffell, la section la plus dynamique du projet *ActNow BC* est un groupe d'organisations à but non lucratif spécialisées dans la prévention du cancer, des maladies cardiovasculaires et autres maladies chroniques. Ces organisations offrent le talent, les compétences et l'expérience requis pour élaborer des stratégies qui font avancer les choses. Tous les ministères contribuent aux objectifs, et les programmes sont élaborés et implantés en coopération avec plus de 70 partenaires qui peuvent être issus d'autres services du gouvernement, des ONG, des associations d'industrie ou des entreprises du secteur privé. Le premier ministre a institué un conseil *ActNow* qui rassemble des personnages de marque de la province, tous très motivés et très attentifs. Afin d'harmoniser en partie le travail des nombreux services gouvernementaux, 19 ministres se réunissent chaque mois. *ActNow* n'a pas de budget, mais il est financé par le gouvernement.

Si le degré de collaboration multisectorielle prévu dans ces modèles de gouvernance varie, il est intéressant de noter qu'aucun des trois plans ne spécifie en termes clairs ce qu'il entend par gouvernance multiniveau. On se contente dans chaque cas d'évoquer la nécessité d'une action complémentaire de la part des individus, des familles, des collectivités, de la province, du pays et du monde entier. Pourtant, les actions tant individuelles que multisectorielles pour modifier les facteurs qui façonnent notre style de vie comme société peuvent se dérouler à n'importe lequel de ces niveaux et la lutte contre l'obésité infantile a tout à gagner d'une convergence entre les niveaux, autant qu'entre les secteurs. Nick Drager, conseiller principal auprès de l'OMS, confirme que le défi de l'obésité infantile requiert non seulement une collaboration multisectorielle entre la santé et les autres secteurs, mais de la rétroaction aux niveaux communautaire, régional, national et mondial. Une action isolée sur la scène nationale ne suffit plus pour assurer la santé de la population, affirme-t-il. Les ministres de la Santé doivent regarder au-delà des frontières pour repérer les avantages et les risques émanant d'autres pays. Les plans d'un pays, qu'ils concernent une maladie contagieuse ou non contagieuse, doivent toujours comprendre un volet international et tenir compte des problèmes de santé à l'échelle mondiale.

### **Défis et facteurs de succès pour l'implantation d'un plan d'action gouvernemental**

Analyser l'expérience d'implanter un projet de société pour lutter contre l'obésité comme on l'a vécue au Québec et en Colombie-Britannique est une bonne façon de guider ceux qui s'appêtent à adopter des stratégies du même type. Liliane Bertrand, Mark Tremblay, Ron Duffell et d'autres participants à l'Atelier de transfert de connaissances ont décrit les défis auxquels un État fait face pour implanter un projet de société, et ces défis sont fort probablement les mêmes au niveau mondial. Outre l'adoption formelle du projet par les différents ministères impliqués, le premier défi consiste à susciter l'engagement des professionnels et des organisations œuvrant dans différents secteurs et à différents niveaux dans chaque ministère et sur le terrain. Cette démarche exige de la part des coordonnateurs du plan un travail acharné notamment en ce qui regarde la communication. Un second défi, visant à atteindre le degré d'intégration nécessaire à la mise en œuvre du plan, consiste à revoir les processus, les pratiques et le mode de gouvernance dans les secteurs impliqués, en commençant par la santé. D'autres défis sont liés au fait qu'il n'y a pour ainsi dire aucun fondement empirique pour asseoir les mécanismes et prévoir les résultats aux différentes étapes du projet et pour son ensemble. Il ne faut pas non plus sous-estimer le fait qu'un projet de cette envergure est sûr d'être constamment dans la mire du public ; ceci ne facilite pas les choses. Finalement, le ministère de la Santé pourrait être appelé à investir une somme appréciable pour doter les professionnels et les organisations de ressources en connaissances et des conditions de travail nécessaires pour gérer le changement. En fait, comme l'ont signalé les participants à l'Atelier de transfert de connaissances, il faudra aussi que les gouvernements encouragent, dans tous les secteurs, des attitudes, des compétences et des connaissances fondées sur l'intégration et l'innovation, afin d'accroître la convergence entre les décisions et les actions des professionnels et des agences qui œuvrent en santé et qui œuvrent en économie.

Par ailleurs, les participants à l'Atelier de transfert de connaissances ont proposé ce qu'ils considèrent être des facteurs de succès, susceptibles de faciliter l'implantation d'un grand projet gouvernemental. Liliane Bertrand et

Ron Duffell mentionnent au départ la volonté politique et la détermination du gouvernement à passer à l'action et à démontrer publiquement son appui. Consulter les parties prenantes au moment de la conception et de l'implantation du projet est un autre élément susceptible d'en favoriser le succès : c'est un excellent moyen, non seulement de recueillir des renseignements intéressants, mais d'établir une communauté d'intérêts dans le projet. Le rôle d'un cadre législatif adéquat a été également abordé dans le contexte de l'article 54 de la *Loi de la santé publique* du Québec. En vertu de cet article, qui est l'un des premiers du genre au monde, les lois et les règlements adoptés par le gouvernement du Québec dans tous les domaines d'activité doivent rendre compte de leur impact éventuel sur la santé. Si, dans l'immédiat, la stratégie d'implantation consiste à s'appuyer davantage sur des partenariats multisectoriels et multiniveaux et des actions innovatrices plutôt que sur une réglementation stricte, la valeur de cet outil dans l'adoption à long terme de politiques publiques favorables à la santé dans tous les domaines liés à l'alimentation et à l'activité est certainement indéniable. En termes de motivation, de connaissances, de logistique et de financement, le soutien actif de dirigeants et d'organismes communautaires peut s'avérer crucial si l'on veut aller de l'avant. Un autre facteur de succès consiste à repérer des médias et des leaders d'opinion prêts à aider les individus et les groupes à comprendre et à appuyer le projet du gouvernement. Finalement, un événement hautement médiatisé (disons, les Olympiques de 2010 en Colombie-Britannique) offre l'occasion de galvaniser les esprits, de rassembler les ressources, et de rallier l'intérêt des parties prenantes et du grand public autour du projet.

### Le besoin de politiques publiques favorables à la santé dans les domaines autres que la santé

Le Groupe de réflexion a échangé divers points de vue concernant l'introduction de politiques publiques « santé » dans des domaines spécifiques qui participent aux habitudes de vie des enfants. Un grand nombre de présentations et d'échanges lors des rencontres ont porté sur les politiques agroalimentaires modernes, perçues comme la pierre d'achoppement aux efforts déployés localement et globalement pour lutter contre l'obésité infantile. Nous proposons d'aborder les politiques de ce domaine avant de passer aux politiques de fiscalité, d'éducation et de santé.

#### **Politiques agricoles et alimentaires favorables à la santé**

Beaucoup d'intervenants ont déploré en termes généraux les conséquences néfastes des aliments bon marché à haute teneur énergétique, mais Philip James et Louise Fresco ont fourni des données historiques spécifiques illustrant les changements significatifs dans les politiques agricoles et agroalimentaires qui ont eu pour résultat d'augmenter la teneur en gras et en hydrates de carbone à bas prix. Si l'effet initial de ces changements dans les politiques agroalimentaires a été d'améliorer considérablement l'état de santé de certaines populations – surtout aux échelons socioéconomiques inférieurs, insiste Philip James –, puis d'améliorer la sécurité alimentaire à l'échelle des pays, l'effet à long terme s'est traduit par l'accroissement du taux d'obésité dans tous les groupes d'âge. Selon Yusuf, les politiques alimentaires modernes sont une réponse à la sous-alimentation, mais il se pourrait que, collectivement, nous soyons allés trop loin. Les politiques agricoles modernes, qui consistent à soutenir les prix et les revenus, récompensent la surproduction de produits alimentaires à haute teneur énergétique – surtout la viande, les laitages et le sucre – et encouragent très peu la production horticole.

Ces politiques agricoles, et leurs répercussions sur la dynamique de la chaîne de valeur alimentaire, influencent sensiblement le contenu calorique des produits qu'on retrouve dans les assiettes, sur les menus des restaurants et aux étalages des supermarchés. Adam Drewnowski rapporte qu'entre 1985 et 2000, tandis que le prix réel des boissons gazeuses baissait de 23 %, celui des fruits et légumes augmentait de presque 40 %. Les subventions modifient également les habitudes de consommation, puisqu'elles influencent le prix et l'offre des produits agricoles qui sont utilisés, non seulement pour consommation immédiate, mais comme matières premières tout au long de la chaîne alimentaire locale et mondiale, par ceux qui transforment, fabriquent et produisent des aliments.

Les principales implications pour le Canada sont de deux ordres : le commerce – avec l'importation de fruits et de légumes frais –, et la production agricole – avec l'exportation, au premier chef, de céréales et de bestiaux, pierres angulaires du secteur agricole canadien. Le premier volet implique que le Canada verra son intérêt à long terme dans les politiques de commerce international visant à accroître la production de fruits et de légumes à des coûts plus raisonnables. Le second, au contraire, engendre des préoccupations économiques. Les participants ont sévèrement critiqué un système qui vise à réduire les coûts de l'alimentation du cheptel, et les conséquences malsaines de la surconsommation de céréales raffinées. Cependant, tout comme il faudra trouver des substituts au sucre si celui-ci devient trop impopulaire, on peut s'attendre à des ajustements sur le marché et dans l'économie dans le cas des producteurs canadiens de viande, de produits laitiers et de céréales, le jour où le mode de consommation de ces denrées se modifiera profondément.

Les gouvernements et tous ceux qui jouent un rôle dans la chaîne alimentaire locale et internationale, tout comme les experts en santé publique, sont conscients que, pour éliminer le déséquilibre dans les prix et l'offre de certains aliments et pour répondre aux exigences en matière de santé, il faut de toute urgence entreprendre des réformes institutionnelles et investir dans des infrastructures qui visent une plus grande convergence entre la santé et les considérations techniques et économiques de l'industrie alimentaire et de l'agriculture, simultanément au niveau de la politique et de l'action. Il faut des politiques agroalimentaires favorables à la santé pour diriger l'offre et la demande dans une direction qui fera de l'alimentation saine une option naturelle pour tous – enfants et adultes – et ceci de manière viable pour l'économie des secteurs de l'agroalimentaire, de la transformation alimentaire, de la vente et des services alimentaires. Par ailleurs, on réclame des politiques de santé économiquement, socialement et culturellement viables, pour orienter l'offre et la demande dans la direction d'une alimentation saine et agréable. Cette convergence aiderait à réorienter la chaîne alimentaire – qui favorise actuellement les aliments bon marché et riches en calories – dans le sens de la variété et de la qualité tant pour l'offre que la demande.

Plusieurs défis guettent les intervenants en agriculture et en santé qui voudront donner à l'offre et à la demande une direction plus saine. Du côté de l'offre, les défis pour le secteur agroalimentaire concernent les politiques et les pratiques agricoles et agro-industrielles en matière d'innovation, de production, de distribution et de consommation des aliments à la maison, à l'école et au restaurant, sans oublier les questions liées au commerce et à l'investissement. Du côté de la demande, les enjeux, à la fois pour le secteur de la santé et celui de l'agroalimentaire,

résident dans les stratégies de publicité et de communication, l'étiquetage et la fiche d'information sur le produit, les stratégies de prix et de vente, ainsi que dans l'éducation du consommateur pour tout ce qui a trait à l'alimentation, la nutrition, l'activité physique, les besoins en calories, et ainsi de suite.

En matière de santé, le défi consiste à trouver le bon équilibre entre la rigueur qu'imposent les contrôles associés à la réglementation et aux politiques – indispensables pour protéger la santé des Canadiens – et une approche flexible et innovatrice à la production alimentaire. Avec une approche de ce type, les intervenants économiques verraient l'intérêt de mettre sur le marché des aliments moins énergétiques, plus savoureux et plus satisfaisants à un prix abordable, peu importe le profil socioéconomique, géographique ou ethnique de l'acheteur. Ici, les domaines en jeu sont l'étiquetage, les allégations relatives à la santé, le processus d'approbation pour les nouveaux ingrédients et les nouveaux produits, ainsi que la publicité, et particulièrement la publicité ciblant les enfants. Diane Finegood résume comme suit les débats de l'Atelier de transfert de connaissances : [traduction] « Deux sujets qui ont refait constamment surface lors des discussions sont les allégations de santé et l'étiquetage... L'un des principaux défis réside dans le fait que la plupart des Canadiens (...) consultent d'abord et avant tout l'étiquette pour se renseigner sur les aliments... L'Institut national de la nutrition a démontré que les étiquettes alimentaires sont vraiment importantes dans l'image que se font les gens des aliments qu'ils consomment. Nous savons aussi que, pour les entreprises alimentaires, le Canada est un endroit difficile et compliqué où vendre leurs produits et les étiqueter de façon à indiquer que l'aliment proposé est bon pour la santé, parce que le Canada a des lois assez contraignantes dans le domaine des allégations de santé. » Le Groupe de réflexion a également débattu à plusieurs reprises de la nécessité d'accroître la convergence entre les intérêts économiques et les intérêts en matière de santé pour ce qui a trait à la publicité ciblant les enfants et les programmes alimentaires dans les écoles.

Gaëtan Lussier et Michèle Marcotte avancent que le Canada se retrouve actuellement à un carrefour. Les secteurs agricole et agroalimentaire perçoivent déjà, selon eux, que le temps est venu d'opérer des changements majeurs dans leurs paradigmes, de manière à favoriser la santé des Canadiens et, en même temps, donner un élan à l'innovation et à la production dans ces secteurs. Gaëtan Lussier affirme que les efforts pour promouvoir une offre et une demande alimentaire plus saines qui ne visent pas en même temps à promouvoir la performance économique et la compétitivité des secteurs agricole et agroalimentaire auront un effet limité. Michèle Marcotte constate que, d'une part, les producteurs canadiens ont peine à survivre avec le prix des denrées résultant des politiques désuètes dont l'unique visée est de vendre à bas prix à l'étalage alors que, d'autre part, les consommateurs demandent des aliments plus nutritifs, plus frais, plus savoureux, plus sûrs, faciles à préparer et présentant un bon rapport qualité-prix. Selon elle, le moment est donc propice pour un changement majeur de paradigmes en agriculture. Il s'agirait de remplacer l'objectif actuel « d'alimenter tout le monde à moindre prix » par celui de « nourrir tout le monde en fonction de ses besoins et de ses exigences ». Un argument additionnel pour changer l'état actuel des choses est la concurrence croissante que livrent des pays en développement comme le Brésil, la Russie et la Chine, avec leur production à grande échelle, moins coûteuse et moins subventionnée. Tandis que leur production en produits de base (comme le blé) prend rapidement de l'expansion et fait chuter les prix, celle du Canada est en perte de vitesse. Pour toutes ces

raisons, les entreprises canadiennes doivent constamment innover, et la santé en tant qu'avantage concurrentiel constitue un excellent argument en faveur du changement.

Les participants à l'Atelier de transfert de connaissances suggèrent un concept qui pourrait profiter autant aux responsables politiques qu'aux intervenants de la santé et du secteur agroalimentaire : faire en sorte que les aliments nutritifs et sains coûtent moins cher et soient plus répandus que les aliments à haute teneur énergétique et dépourvus de nutriments. En somme, le contraire de ce qui se passe aujourd'hui. Nous avons déjà abordé quelques changements qu'il faudrait apporter aux politiques agricoles et alimentaires, mais il y a plus. Les participants représentant l'industrie recommandent de passer au peigne fin les politiques de santé et les programmes actuels ayant trait à l'alimentation et à la nutrition, dans le but d'en éliminer les obstacles qui empêchent les agriculteurs, les producteurs, les supermarchés et les autres intervenants de la chaîne de valeur de placer la santé au premier plan. Cela aurait pour effet, à leur avis, de conférer un précieux avantage concurrentiel au Canada sur les marchés internationaux. À cet égard, il est rassurant de constater que le plan stratégique 2007-2012 de la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada cherche à promouvoir la santé avec une réglementation rajeunie, et prône une approche proactive, internationale et flexible, visant à contribuer simultanément à la santé des individus et à la compétitivité des entreprises canadiennes.

Les participants à l'Atelier de transfert de connaissances ont étudié des changements de politique et d'action susceptibles d'harmoniser le nouveau *Guide alimentaire canadien* avec le *Cadre politique agricole et agroalimentaire* en cours de révision, dans le but d'orienter les politiques et les stratégies d'investissement pour les années à venir. Le nouveau *Guide* renseigne, pour la première fois, sur la quantité et le type d'aliments à privilégier selon l'âge et le sexe, et il tient compte davantage de la réalité multiethnique canadienne en suggérant des aliments qui ont une signification culturelle. Cette démarche pourrait avoir pour effet de moduler la demande alimentaire de manière efficace. En leur recommandant de choisir judicieusement leurs aliments – et de pratiquer quotidiennement une activité physique –, le Guide encourage les Canadiens à privilégier les légumes, les fruits et les céréales complètes, à inclure en modération du lait et de la viande ou leurs substituts, et à limiter leur apport en calories, en gras, en sucre et en sel. Il y a là tout ce qu'il faut pour constituer le programme d'un effort concerté avec le secteur agroalimentaire dans le but d'améliorer la convergence entre la santé et l'économie, programme tout à fait attrayant pour les deux parties.

En dépit de gestes prometteurs en termes de convergence santé-économie-culture dans l'élaboration des politiques de santé, d'agriculture et d'alimentation, il serait illusoire de penser que le parcours sera facile pour atteindre une politique agricole et alimentaire complètement saine. On n'a pas encore vu de changements majeurs dans la politique de subventions des gouvernements, pourtant indispensables pour inverser, par exemple, l'écart de prix entre les fruits et légumes frais et les boissons gazeuses. Ces changements impliquent un combat entre factions politiques puissantes. Ils exigent aussi un changement de culture en profondeur, étant donné qu'au Canada, aux États-Unis et dans beaucoup de pays, le soutien à l'agriculture est étroitement lié au soutien social et économique du

développement rural, et que l'agriculture a des racines profondes dans nos économies et nos sociétés. Il y a aussi des enjeux politiques et culturels importants dans les politiques liées à la publicité alimentaire s'adressant aux enfants.

### **Politiques fiscales favorables à la santé**

Sujet brûlant s'il en est, le recours à l'imposition et à d'autres politiques fiscales dans la lutte contre l'obésité a fait l'objet d'un sérieux débat dans le Groupe de réflexion. La gamme des options de politiques fiscales inclut la possibilité de taxer l'obésité de manière à couvrir le coût des soins de santé qu'elle entraîne, ou de taxer la consommation d'aliments riches en calories, ou encore d'augmenter le prix de ces aliments pour en décourager l'achat, sinon de subventionner des substituts qui comptent moins de calories. Les participants aux deux rencontres ont cité les leçons tirées de la lutte anti-tabac, au cours de laquelle l'augmentation de la taxe, en augmentant le prix des cigarettes, a eu un effet dissuasif chez beaucoup de fumeurs, qui ont soit cessé de fumer, soit diminué leur consommation.

Pour ceux qui font le parallèle avec le cas du tabac, l'imposition d'une taxe sur les aliments à haute teneur en calories paraît être une option fiscale efficace.

Philip James cite une étude danoise de simulation, basée sur l'analyse historique de l'élasticité du prix des aliments, qui suggère qu'en modifiant la taxe sur la valeur ajoutée de certains groupes d'aliments, on peut modifier considérablement les comportements d'achat, particulièrement dans les foyers défavorisés. En réduisant les taxes sur les légumes, les fruits et les céréales complètes, pour les augmenter dans le cas du beurre, du fromage, du bœuf, du porc et de la viande grasse, les résultats de cette simulation suggèrent que le choix alimentaire des familles danoises pourrait être considérablement amélioré, tandis que les rentrées fiscales du gouvernement demeureraient inchangées.

Dans des pays comme le Canada, où les aliments ne sont pas tous taxés sur un pied d'égalité, ces données apportent du poids aux arguments de ceux qui militent en faveur d'un changement de politiques avec des visées identiques : réduire le prix des aliments sains et augmenter celui des aliments malsains. Les subventions accordées à l'industrie du bœuf ou à l'industrie laitière, par exemple, ont pour effet d'avantager le prix de ces produits. Si l'on veut modifier le déséquilibre des prix entre aliments « sains » et aliments « malsains », il faudrait inverser les subventions et créer des incitatifs pour l'horticulture.

Pourtant, malgré son attrait évident, peu de pays ont opté jusqu'à maintenant pour une taxe sur les aliments énergétiques. Cette situation peut s'expliquer par l'absence d'une volonté politique suffisamment forte pour faire face aux organisations qui ont tout à perdre avec ce genre de taxe. Par ailleurs, il y a indéniablement des problèmes propres au domaine de l'alimentation comme, par exemple, la difficulté de définir la malbouffe et la crainte de provoquer un sentiment d'iniquité en augmentant le prix d'aliments qui sont surtout consommés par les moins fortunés. Les participants du Groupe de réflexion et de l'Atelier de transfert de connaissances ont suggéré d'autres politiques fiscales, comme un allègement fiscal pour promouvoir et appuyer la recherche et l'innovation dans le

secteur privé ou social, avec l'objectif d'orienter l'offre et la demande alimentaires vers une alimentation moins riche en calories.

Le gouvernement fédéral a récemment introduit une mesure fiscale destinée à faciliter l'accès des jeunes à des programmes d'activité physique et de loisirs. Le crédit d'impôt pour améliorer la condition physique des enfants, qui peut aller jusqu'à 500 \$ par enfant inscrit dans des programmes d'activité physique admissibles, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Les participants se sont interrogés sur le pouvoir de motivation d'un tel incitatif fiscal et ses répercussions sur la santé, et ils en ont profité pour réitérer l'importance d'évaluer ce genre d'intervention.

### **Politiques scolaires favorables à la santé**

Lloyd Kolbe et Deborah Cohen rappellent que l'école, avec la famille et la communauté immédiate, est l'endroit où les enfants non seulement passent une grande partie de leur temps, mais aussi acquièrent des modes de comportement qui dureront toute la vie. On pourrait donc s'attendre à ce que l'école soit l'un des premiers domaines d'intervention gouvernementale dans la lutte contre l'obésité. Un peu partout dans le monde, on adopte en effet peu à peu des politiques de santé pour l'école, et l'OMS inclut un volet santé à l'école dans sa stratégie de lutte contre l'obésité infantile. Il reste que les grands projets de société continuent d'accorder plus d'attention aux politiques agricoles et alimentaires qu'à la politique scolaire. Il faudra pourtant se hâter de donner à la santé la place qui lui revient parmi les nombreuses priorités du milieu scolaire, si l'on veut stopper la progression de l'obésité infantile à temps pour respecter les échéances.

Certains pays comme les États-Unis ont entrepris de privilégier l'école comme lieu d'intervention dans la lutte contre l'obésité. L'article 108-265 de la *U.S. Public Law*, par exemple, encourage les commissions scolaires américaines à adopter une politique plus saine en matière d'alimentation et d'activité physique. Les États-Unis ont même une fiche pour évaluer l'importance donnée à la santé par l'école, administrée à l'échelle nationale. On peut s'attendre au Canada à des mesures similaires, puisque les données actuelles démontrent le besoin de faire plus de place à la santé dans les écoles. Au Canada, les statistiques présentées par le rapport du Comité permanent de la santé<sup>16</sup> montrent que moins d'un enfant sur cinq a droit à l'éducation physique quotidienne à l'école. Seul le Québec inscrit l'éducation physique dans son programme d'études depuis le début jusqu'à la fin. Dans d'autres provinces, l'éducation physique devient facultative dès la 8<sup>e</sup> année<sup>17</sup>. Au Canada, la moyenne de temps consacré à l'éducation physique dans les écoles est inférieure à une heure par semaine, ce qui est l'une des plus basses moyennes au monde et représente moins de 40 % des 150 minutes que recommande la norme d'Éducation physique quotidienne de qualité (ÉPQQ). En fait, moins de 5 % des écoles canadiennes respectent la norme ÉPQQ<sup>18</sup>. La récente création du Consortium conjoint canadien pour les écoles en santé, appuyée par les ministères de la Santé et de l'Éducation des provinces, devrait contribuer à introduire l'approche intersectorielle aux questions liées à la santé dans le programme d'action des écoles.

<sup>16</sup> Des enfants en santé : une question de poids, rapport du comité permanent sur la santé, 2007

<sup>17</sup> Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population, Institut canadien d'information sur la santé (2004)

<sup>18</sup> Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population, Institut canadien d'information sur la santé (2004)

Le rapport du Comité permanent sur la santé suggère aussi que les politiques et les pratiques concernant la malbouffe vendue en distributrice dans les cafétérias d'école varient considérablement d'un endroit à l'autre, allant du laissez-faire complet jusqu'à l'interdiction formelle de distribuer des aliments à haute teneur énergétique. Les participants au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances ont discuté de la meilleure position à adopter entre ces deux extrêmes, en attendant la production d'éléments probants. Aucune des deux positions n'était considérée comme optimale. Ainsi, le ministre Couillard a émis une mise en garde contre une politique d'interdiction. « Si on interdit quelque chose à un jeune de 15 ans, on peut être assuré qu'il va s'empresse de traverser la rue pour aller l'acheter, parce qu'il se dit que cette chose doit être très intéressante si vous, avec vos cheveux gris, la lui interdisez. C'est ce qui s'est passé dans le cas de la cigarette. Le Norvégien Kaare Norum et d'autres participants ne partagent pas cette inquiétude et appuient fortement la politique d'interdiction. Ici encore, le contexte socioculturel doit être pris en considération et, dans le cas des deux approches, l'évaluation de leur efficacité relative serait d'un grand recours.

### **Politiques de transport et d'aménagement urbain favorables à la santé**

Le transport et l'aménagement urbain influencent les habitudes de vie. Il faut donc en tenir compte dans l'élaboration de politiques favorables à la santé. En 2030, les trois quarts des habitants de la planète vivront dans un environnement urbain. Les politiques de transport et d'aménagement urbain ont eu comme conséquence inattendue de créer un environnement qui rendait l'activité physique difficile. Cependant, de récentes initiatives en matière de transport et d'aménagement urbain favorables visent maintenant à faciliter la marche en sécurité dans les quartiers et à contenir l'étalement urbain, au Canada et ailleurs. La tendance qui consiste à accorder autant d'importance aux politiques du transport et de l'aménagement urbain qu'à celles qui portent sur l'alimentation et l'agriculture est celle que privilégient Salim Yusuf et d'autres participants du Groupe de réflexion dont les recherches ont porté sur des pays en différentes phases d'urbanisation. Les participants se sont accordés sur l'importance de mettre la santé au premier plan dans toute politique publique visant ces domaines.

Au Canada, selon le Comité permanent de la santé, la vaste majorité des infrastructures de loisirs remontent aux années 1950 à 1970. Par ailleurs, après les efforts entrepris dans les années 1970 et 1980 pour réintégrer et réaménager les villes, on se retrouve avec des centre-villes et des banlieues où il n'y a pas moyen de faire son épicerie, tandis que les restaurants-minute abondent. Les gouvernements municipaux, dont les pouvoirs en matière de fiscalité sont limités, n'ont pas les moyens de remédier aux défaillances de leurs infrastructures<sup>19</sup>. Il en résulte que les infrastructures pour les activités sportives et communautaires sont au bas de la liste des priorités municipales. Une part d'entre elles sont toutefois maintenant subventionnées par le Fonds canadien sur l'infrastructure stratégique et par le Fonds sur l'infrastructure municipale rurale<sup>20</sup>. Les participants ont mis en évidence le besoin de développer des politiques favorables à la santé dans les domaines du transport et d'aménagement urbain à tous les niveaux

<sup>19</sup> Des enfants en santé : une question de poids, rapport du comité permanent sur la santé, 2007

<sup>20</sup> Des enfants en santé : une question de poids, rapport du comité permanent sur la santé, 2007

d'intervention, et de bâtir des synergies entre les investissements à différents niveaux censés bénéficier aux mêmes régions et aux mêmes populations.

## Partenariats public-privé et collaborations pragmatiques

La plus grande difficulté pour un gouvernement qui veut instaurer des changements assez considérables, assez étendus et assez rapides pour stopper l'obésité infantile est sans doute d'en arriver à concevoir une politique publique qui soit à la fois favorable à la santé et novatrice, apte à créer un environnement où les intervenants issus des secteurs privé et public, de la société civile et des communautés seront motivés à mettre leurs compétences et leurs ressources en commun pour combattre l'obésité infantile. Plusieurs participants au Groupe de réflexion ont insisté sur l'importance d'élaborer et de promouvoir des modèles où les entreprises, les organisations philanthropiques, les ONG et les organisations communautaires pourront trouver des terrains d'entente et des objectifs communs, en dépit de missions et d'objectifs par ailleurs divergents. Plusieurs initiatives intéressantes, conçues hors du cadre gouvernemental et issues de collaborations pragmatiques, ont été présentées aussi bien au Groupe de réflexion qu'à l'Atelier de transfert de connaissances. Une façon prometteuse d'aborder l'élaboration d'une politique publique favorable à la santé serait d'instituer un cadre législatif dans le but de promouvoir et de faire progresser des telles initiatives, de manière qu'elles servent de rampe de lancement aux mouvements locaux et globaux. Ce serait aussi une excellente façon d'augmenter les ressources dont dispose la société pour lutter contre l'obésité infantile. Quelques-unes de ces initiatives et les possibilités qu'elles présentent en matière de politique publique favorable à la santé sont examinées ci-après.

### Initiatives des organisations philanthropiques

La Fondation Lucie et André Chagnon au Québec et la Fondation Robert Wood Johnson aux États-Unis – qui annonçait au début de 2007 un investissement de 500 millions de dollars dans la lutte contre l'obésité infantile – ont chacune pris les devants dans la lutte contre l'obésité infantile. Nous parlerons ici surtout de la Fondation Lucie et André Chagnon, la plus importante fondation privée au Canada, qui agit comme catalyseur pour la création et le financement de nouveaux partenariats aptes à rassembler les ressources que commande la lutte contre l'obésité infantile au Québec. L'un de ces premiers partenariats a été *Québec en Forme*, un projet qui consiste à appuyer les communautés locales prêtes à instaurer un style de vie sain et actif. En partenariat avec le ministère québécois de l'Éducation, du Loisir et du Sport, et le ministère de la Santé et des Services sociaux, *Québec en Forme* appuie un réseau de 600 partenaires locaux qui veulent encourager un mode de vie sain et actif chez les enfants de 4 à 12 ans, et en priorité chez les enfants qui vivent dans les zones moins fortunées du Québec. Selon Jean-Marc Chouinard, pour la période 2004-2005, près de 36 000 enfants ont bénéficié de ce projet et profité en moyenne de 1,8 heure additionnelle par semaine d'activité physique. Le financement a été, en moyenne, de 200 000 \$ par communauté, dont environ 80 % ont été consacrés à la coordination ou au soutien direct des enfants et de leurs familles.

La Fondation Lucie et André Chagnon a créé récemment, de concert avec le gouvernement du Québec, un partenariat annoncé au même moment que le *Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006 – 2012, Investir pour l'avenir*. L'entente a pour but de dégager des budgets pour soutenir le terrain et mettre en place des programmes de promotion des saines habitudes de vie, soit une alimentation saine et un mode de vie actif. Cette entente a donc permis la création d'un fonds de 400 millions de dollars sur dix ans, géré et alimenté conjointement par la Fondation et le gouvernement, pour que tout intervenant social – communauté, école, commission scolaire ou entreprise – puisse réclamer de l'argent pour financer des projets axés sur la jeunesse, en lien avec les objectifs et les activités proposés par le plan gouvernemental *Investir pour l'avenir*. Les participants au Groupe de réflexion ont souligné le potentiel de ce modèle de collaboration pour galvaniser l'action de tous les intervenants dans la société et créer une plateforme nouvelle pour les interventions politiques saines.

### **Initiatives prises par des ONG**

Un deuxième type d'initiative pour combattre l'obésité infantile abordé par le Groupe de réflexion consiste dans des partenariats conçus par des ONG qui apportent les compétences, les ressources et les réseaux qu'elles ont constitués dans des domaines autres que la santé. Il sera question ici de deux initiatives, l'une instituée aux États-Unis par l'American Heart Association (AHA), l'autre au Canada, par la Fondation des maladies du cœur. Comme le rapporte Robert Eckel, président sortant de l'AHA et instigateur du partenariat, l'AHA a obtenu le concours du président Bill Clinton – lequel, on s'en souviendra, a subi un pontage coronarien – et celui de son organisme philanthropique comme partenaires clés pour former l'*Alliance for a Healthier Generation* (AHG). Le but de cette alliance est de développer un projet sur dix ans pour prévenir l'obésité infantile et créer un style de vie plus sain pour la jeunesse américaine. Grâce aux interventions de l'AHG, 90 % des distributrices dans les écoles américaines seront radicalement transformées d'ici le début de l'année scolaire 2009-2010. Le partenariat entre l'AHA et la Fondation Clinton s'est acquis un ascendant considérable sur l'industrie de la grignotine, de sorte que quelque 60 % des friandises offertes dans les écoles seront bientôt différentes. Finalement, l'AHG travaille avec des pédiatres et des médecins de famille pour modifier leur mode de pratique de manière à prévenir l'obésité en réduisant les risques.

En ce qui concerne la Fondation des maladies du cœur, l'un des principaux intervenants dans la lutte contre l'obésité infantile au Canada, les participants discernent dans son programme *Visez santé* des mécanismes spécifiques au moyen desquels des intervenants issus de différents domaines pourraient bâtir des synergies, que viendraient appuyer des politiques publiques favorables à la santé. Stephen Samis rapporte que le programme *Visez santé* a été conçu pour aider les Canadiens à repérer les produits alimentaires sains dans les supermarchés. Ces produits doivent respecter des critères stricts de nutrition, et beaucoup d'entreprises ont reformulé leurs produits, ou en ont même développé de nouveaux, pour répondre à ces critères. *Visez santé*, qui s'appuie sur le *Guide alimentaire canadien*, a approuvé plus de 1200 produits depuis son lancement il y a sept ans. Travailler avec les entreprises alimentaires et les surfaces commerciales donne à *Visez santé* l'occasion exceptionnelle de renseigner les Canadiens sur la santé directement au point de vente. *Visez santé* travaille aussi avec l'industrie des services alimentaires, qui détient une

part de 40 % de l'argent déboursé en alimentation au Canada. Ses cibles privilégiées sont les lieux de travail et les cafétérias d'école.

### **Initiatives prises par des entrepreneurs sociaux**

Les entrepreneurs sociaux sont des individus ou des organismes qui, un peu à la façon de leurs homologues du domaine des affaires, développent une proposition à valeur sociale et appliquent toute leur inspiration, leur créativité, leur action directe et leur courage à la mettre en pratique, en assurant ainsi un avenir meilleur à un groupe cible désavantagé, ou à la société entière. David Bornstein remarque que le potentiel des entrepreneurs sociaux comme catalyseurs a été largement négligé dans la lutte contre l'obésité. Au niveau de l'action concrète, l'expérience des entrepreneurs sociaux démontre que le changement comportemental est possible. De plus, ils sont en mesure d'atteindre des populations à peu près impossibles à rejoindre au moyen d'interventions traditionnelles. Par conséquent, ces structures sont tout à fait appropriées pour introduire le changement. Il reste qu'elles sont sous-financées parce que les gouvernements ne tiennent pas compte des entrepreneurs sociaux quand ils créent des partenariats ou des accords.

Enfants Entraide est l'un des exemples d'entrepreneurship social dont il a été question dans le Groupe de réflexion. Enfants Entraide est la plus grande organisation au monde composée d'enfants qui viennent en aide à d'autres enfants. Elle rassemble un million d'enfants, dont 350 000 au Canada. Par le biais du programme *Vie et Action*, comme le rapporte Marc Kielburger, cet organisme forme des jeunes à devenir des ambassadeurs de vie saine, et ceux-ci à leur tour forment d'autres jeunes à faire de cet enjeu leur priorité. « Les enfants commencent par se familiariser de manière décontractée (« cool ») avec tout ce qui a rapport à la santé ; ensuite, ils font des choix santé en aidant les autres. Leur façon d'aborder l'obésité est d'aider d'autres enfants qui n'ont rien, des enfants qui meurent littéralement de faim. Par exemple, au lieu de boire une canette de Coca Cola, ils vont faire don de un dollar. »

### **Initiatives prises par l'industrie**

Les participants au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances ont énuméré toute une série d'initiatives émanant du milieu de l'industrie pour lutter contre l'obésité. William Dietz cite l'exemple de Disney, qui nourrit dix millions d'enfants chaque année sur ses propriétés et utilise ses personnages pour faire la promotion d'une foule de produits et de services alimentaires. En raison de la qualité nutritionnelle des mets que dispensent ses services d'alimentation et en raison de ses politiques d'achat, les fournisseurs de Disney sont « forcés » de prendre une direction plus saine. En 2006, Disney a adopté des politiques rigoureuses sur les calories, le sodium, le gras, les gras saturés et le sucre. Ainsi, fin 2007, les gras trans auront disparu des aliments qu'on sert chez Disney et, vers 2008, ils auront disparu des produits vendus sous licence Disney ou dont Disney fait la promotion. Les directives de Disney, qui entreront d'abord en vigueur aux États-Unis, limitent le nombre de calories dans les portions de nourriture destinées aux enfants. Dans les parcs et les centres de villégiature Disney, les légumes et le lait constituent le choix par défaut des menus pour enfant, et les frites n'en font plus automatiquement partie.

### **Initiatives prises par le milieu universitaire**

Centres de recherche et de formation, les établissements d'enseignement supérieur ont un potentiel et des ressources immenses pour lutter contre l'obésité. À preuve, deux initiatives évoquées par le Groupe de réflexion : le projet *Coordinated Approach to Child Health*, mis sur pied par des chercheurs de quatre universités américaines, et le projet *Faire bouger les jeunes*, qui implique des chercheurs de plusieurs universités canadiennes.

Rejoignant presque la moitié des écoles du Texas et environ un million d'enfants chaque année, CATCH est un programme coordonné de santé à l'école, qui bâtit une alliance entre parents, enseignants, spécialistes en nutrition infantile, employés d'école et partenaires dans la communauté pour enseigner aux enfants et à leurs familles comment rester sains tout au long de leur vie, comme le rapporte Steven Kelder. Le programme a quatre composantes qui renforcent les comportements positifs de l'enfant en ce qui a trait à sa santé au cours de la journée, et il démontre qu'une bonne santé favorise les bons résultats scolaires. CATCH a eu pour résultats de réduire le contenu en gras et en gras trans dans les repas à l'école, d'augmenter l'intensité d'activité physique durant les cours d'éducation physique et d'améliorer, aux dires des élèves, leurs habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique. Le programme a non seulement été adopté dans les écoles primaires, mais il a été implanté dans les parcs et les services récréatifs, les églises, chez les enfants qui ont des besoins spéciaux et dans les basses classes des écoles secondaires.

*Faisons bouger les jeunes* vise à faire de l'activité physique une priorité de la vie quotidienne dans les familles canadiennes. Une des façons d'y arriver est de publier le « Bulletin national d'activité physique ». Mark Tremblay rapporte qu'en 2006, la note générale du Canada a été un D, ce qui donne à penser que les Canadiens ne réalisent pas à quel point l'activité physique est un facteur crucial du développement physique, social et émotionnel chez les jeunes. La note obtenue n'a rien pour surprendre puisqu'elle concorde avec les données qui montrent que les parents ne prennent pas tellement au sérieux la gravité du problème de leur enfant : seulement 9 % pensent avoir un enfant obèse sur les 28 % qui auraient lieu de le faire, et 30 % prétendent que leur enfant fait de l'exercice physique alors que les données mesurées montrent qu'en réalité, ce pourcentage est de 5 %.

Qu'y a-t-il dans tout cela qui puisse aider à élaborer une politique publique favorables à la santé, multiniveau et multisectorielle ? Les initiatives dont il vient d'être question attestent d'un esprit d'innovation et d'entrepreneurship, autant dans le milieu des affaires que dans le milieu social, capable de miser sur les mécanismes du marché pour favoriser une plus grande convergence entre la santé, l'économie et la culture, et capable d'orienter la société dans une direction plus favorable à la santé. Comme le suggère Laurette Dubé, il faudrait cependant mettre en œuvre un nouveau type de gouvernance, multiniveau, multisectorielle et en réseau, impliquant une collaboration pragmatique entre les gouvernements, les secteurs de l'agriculture, des affaires, de la santé et les intervenants sociaux qui participent à la chaîne alimentaire locale et mondiale, et à la société en général. En outre, à condition d'être appuyées et amplifiées par des politiques publiques favorables à la santé, ces initiatives peuvent renforcer les capacités des collectivités en leur fournissant des moyens d'information, d'intervention et d'évaluation propices à

l'émergence de préoccupations sociales et culturelles locales. Ces constatations concordent avec ce que Boyd Swinburn et d'autres participants au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances ont qualifié d'éléments indispensables si l'on veut atteindre l'ampleur et la profondeur de changement nécessaires pour stopper la progression de la pandémie d'obésité infantile.

## L'individu comme agent de changement

Après s'être longuement efforcés de sensibiliser les enfants et leurs parents en améliorant leurs connaissances en matière de santé, avec le peu de résultats que l'on sait, les professionnels et les organisations de la santé semblent avoir compris les limites de l'intervention individuelle. Beaucoup de participants contestent ouvertement l'idée de cibler en priorité les comportements individuels pour ouvrir la porte au changement, même s'ils reconnaissent que les avantages de ce changement se feront sentir sur la santé de l'individu.

Adam Drewnowski, par exemple, se montre critique à l'endroit d'un modèle de santé publique guidé par des élites qui éduquent ou dirigent des individus démunis pour les amener à changer de comportement, compte tenu que ces individus démunis n'ont souvent pas les moyens économiques et sociaux de changer leur situation. Gary Evans invoque un argument similaire contre l'adoption de solutions politiques dont le but serait de modifier le comportement des individus. Des politiques de cette nature risquent de tomber dans le panneau des erreurs d'attribution, qui consistent à attribuer à la personne la responsabilité de son état de santé – en l'occurrence l'obésité – sans tenir compte de sa capacité à contrôler les facteurs externes qui ont pu contribuer à la rendre obèse.

S'élevant contre l'approche de « l'acteur rationnel » – qui suppose que toutes les personnes qui détiennent la même information sont en mesure d'utiliser cette information dans leur meilleur intérêt –, Paul Krugman fait remarquer que ces considérations ne s'appliquent pas en matière de santé. Et elles ne s'appliquent certainement pas aux enfants, dont on ne peut pas s'attendre à ce qu'ils prennent pour eux-mêmes des décisions rationnelles à long terme.

Comme alternative aux interventions individuelles, les partisans de l'approche environnementale préfèrent, au lieu de s'en remettre à l'éducation et à l'autocontrôle, l'idée de créer des milieux de vie, d'éducation et de travail propices à l'adoption d'un style de vie sain pour tous. Selon l'opinion dominante au sein du Groupe de réflexion et de l'Atelier de transfert de connaissances, un débat qui s'articulerait autour de l'individu et de son environnement et ne verrait pas les décisions de l'individu ou de tout autre intervenant social comme faisant partie de cet environnement est tout à fait stérile. Cet argument a été particulièrement bien défendu par Diane Finegood devant l'Atelier de transfert de connaissances : [traduction] « Établir si l'obésité est la responsabilité de l'individu ou de la société est un débat superficiel puisqu'en fin de compte, l'individu fait son choix au sein d'un environnement. Ce que la société, aux prises avec un problème complexe comme celui-là, peut faire, c'est soit accroître la capacité de l'individu à y faire face, soit en réduire la complexité. Dans le cas de l'obésité, cela revient à dire qu'il faut rendre

les choix sains, d'abord possibles et ensuite faciles. » Dans cette perspective, les interventions environnementales, notamment celles qui visent à modifier les normes sociales mais aussi celles qui visent à changer les environnements physiques et commerciaux, ont pour but d'aider à faire du choix sain l'option naturelle de l'individu. Les participants au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances ont discuté de la manière dont les individus et leur environnement – dans toute leur complexité – pouvaient devenir, ensemble ou séparément, les cibles d'une politique d'intervention.

### Données probantes pour guider politiques et stratégies

Personne ne conteste plus l'énoncé selon lequel réduire son apport énergétique tout en augmentant ses dépenses en énergie a pour effet d'abaisser l'indice de masse corporelle. Grâce aux données probantes dont on dispose, on peut recommander en toute confiance une série de changements de comportement visant à équilibrer les calories : augmenter l'apport d'aliments à faible teneur énergétique et réduire la consommation de boissons additionnées de sucre, de même que la taille des portions; augmenter l'activité physique journalière; réduire l'inactivité; augmenter l'allaitement. Pour ces stratégies de changement comportemental, que William Dietz a passées tour à tour en revue, il existe une base raisonnable de données probantes, issues en partie d'études longitudinales ou écologiques, en partie d'études d'intervention. Les conclusions scientifiques sont toutefois moins évidentes quand vient le temps d'établir la relation entre ces changements de comportement et les décisions prises par les intervenants à divers niveaux d'intervention et dans divers secteurs d'activité pour modifier l'environnement proximal ou distal dans lequel l'individu exerce ses choix. Ce sont pourtant ces relations qui vont déterminer le degré de difficulté auquel il faut s'attendre pour encourager l'adoption de comportements sains – par comparaison à des comportements moins favorables à la santé – et, par conséquent, c'est sur ces relations qu'il nous faut travailler pour stopper la progression de la pandémie d'obésité infantile.

Cependant, en comparaison des bases de données probantes et des techniques de modélisation sophistiquées dont on dispose pour prévenir, gérer et surveiller d'autres pandémies, les repères pour l'action et la décision sont quasi inexistants dans le cas de l'obésité et des maladies chroniques. Pourtant, stopper la progression de la pandémie d'obésité et promouvoir un modèle de saine alimentation et d'activité physique valable pour toute la vie – et capable de surcroît d'inverser l'accélération constante du diabète et des autres maladies chroniques – exigent des fondements scientifiques adéquats et une infrastructure d'information pour appuyer les politiques, l'action et la surveillance et pouvoir étayer des approches globales ou multisectorielles au besoin.

Les participants aux ateliers de transfert de connaissances ont parlé de l'urgent besoin de concevoir des systèmes de surveillance multiniveau et multisectorielle pour la prévention de l'obésité. Ils ont examiné la possibilité d'avoir recours aux plus récentes découvertes technologiques et conceptuelles du Système d'information géographique pour faciliter la constitution d'une plateforme de connaissances interdisciplinaires, multiniveaux et multisectorielles qui

guideraient les changements de politiques et de pratiques au niveau des collectivités, des pays et de la planète. L'élaboration d'une plateforme intégrative de ce type, non seulement permettrait de surveiller l'évolution de l'obésité infantile, mais fournirait une base scientifique pour démontrer l'importance du problème, constituer un argumentaire, et juger de l'efficacité individuelle et combinée des interventions nécessaires, ainsi que des mécanismes qu'elles impliquent, de manière à orienter d'autres politiques à venir.

William Dietz met l'accent sur la nécessité d'une approche multiniveau et multisectorielle pour ériger une base scientifique capable d'orienter la politique, et donne l'exemple du tabac. Dans ce cas, explique-t-il, les programmes financés, qui ont établi les bases d'une recherche efficace et rentable, ont conduit à des interventions, financées pour la plupart par le Tobacco Settlement Fund (un dollar du secteur public pour chaque dollar du secteur privé), mais on ne dispose pas de l'équivalent dans le cas de l'obésité. Au Groupe de réflexion, Alain Poirier et Boyd Swinburn ont plaidé en faveur d'une approche développementale, quasi organique, qui consiste à apprendre et à agir en fonction de ce qui réussit. Alain Poirier fait observer que ce qu'on sait sur les « conditions de succès » d'un programme en santé publique évolue à mesure qu'on reçoit de nouvelles informations et qu'on les évalue. Les interventions en santé publique ne doivent pas, par conséquent, attendre que « toutes les preuves soient en place », puisque ces preuves, et les connaissances qui les accompagnent, s'accumulent constamment.

Alain Poirier, appuyé par Boyd Swinburn, recommande d'évaluer les politiques et les programmes sur une base continue, pour documenter l'apprentissage et guider l'action future. Boyd Swinburn va plus loin en recommandant la mise sur pied de réseaux d'échange de connaissances qui fourniraient les outils et les mécanismes d'information pour appuyer une gestion efficace de l'obésité. Thomas Robinson partage cette opinion, et conseille de ne pas attendre la confirmation du lien causal avant de s'engager dans des solutions. Thomas Robinson plaide pour ce qu'il appelle un « paradigme orienté vers les solutions » qui, comme d'autres recommandations faites par le Groupe de réflexion et l'Atelier de transfert de connaissances, suggère d'appuyer les interventions sur la meilleure information dont on dispose, tout en s'attendant à la tâche de concevoir des protocoles de recherche capables de saisir les résultats souhaités concernant la santé, ainsi que les mécanismes multiniveaux et multisectoriels qu'ils impliquent.

# Conclusion

Ce que nous pouvons faire, en tant que société, pour enrayer la pandémie d'obésité, c'est trouver moyen de traduire la saine alimentation et l'activité physique en normes pour les individus et en stratégies pour les organisations qui contribuent à façonner nos habitudes de vie. Nous devons trouver moyen aussi d'augmenter la convergence, dans tous les secteurs et à tous les niveaux d'action, entre les objectifs de rendement en santé et en économie, le dynamisme social et les valeurs culturelles. Le succès de l'entreprise dépend de notre habileté à constituer un capital humain et une base scientifique pour guider et soutenir l'action. Pour outiller les organisations de santé et de santé publique de manière à ce qu'elles puissent exercer leur leadership, les gouvernements pourraient être appelées à investir des sommes appréciables afin de doter les professionnels et les organisations de connaissances et de conditions de travail nécessaires pour gérer le changement. Comme l'ont fait remarquer les participants à l'Atelier de transfert de connaissances, il faudra sans doute aussi que les gouvernements encouragent, dans tous les secteurs, des attitudes, des compétences et des connaissances fondées sur l'intégration et l'innovation, afin d'accroître la convergence entre les décisions et les actions des professionnels et des agences en matière de santé et d'économie. Sur le plan de la recherche, il est plus impératif que jamais de développer un cadre intégratif pour surveiller l'évolution de la pandémie, tout en évaluant l'efficacité individuelle ou combinée des interventions de tous les intéressés, à partir des familles et des collectivités, jusqu'aux organismes mondiaux.

Ces considérations arrivent à point nommé pour le gouvernement fédéral au Canada, qui vient tout juste de publier le rapport 2007 de son Comité permanent sur la santé intitulé « Des enfants en santé : une question de poids ». Elles sont également très pertinentes au niveau mondial, puisque l'Assemblée mondiale de la santé a adopté, lors de sa réunion annuelle de 2007, une résolution qui invite instamment les états membres « à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes et qui fasse participer activement la société civile, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ». La résolution prie aussi le directeur général de l'OMS de mettre en œuvre une stratégie mondiale. Le Canada peut ouvrir la voie en adoptant l'approche complètement nouvelle de la santé et de la santé publique que recommande cette résolution.

# Annexe 1

## Liste des participants au Groupe de réflexion et à l'Atelier de transfert de connaissances

### Groupe de réflexion sur les défis de la santé 2006

#### Présidents

**Laurette Dubé**, coprésidente, volet gestion

**Philip James**, coprésident, volet médecine

#### Comité de direction

**Laurette Dubé** : Professeure et titulaire de la Chaire James McGill en psychologie du consommateur, services de mise en marché et gestion à la Faculté de gestion Desautels, Université McGill, Canada

**Philip James** : Président de l'Alliance mondiale pour la prévention de l'obésité et président-fondateur de l'International Obesity Task Force (IOTF), Royaume-Uni

**Robert Eckel** : Président sortant de l'American Heart Association et professeur au Département de physiologie et de biophysique, Université du Colorado, États-Unis

**Claude Bouchard** : Directeur administratif du Pennington Biomedical Research Centre, titulaire de la chaire George A. Bray en nutrition et président de l'International Association for the Study of Obesity (IASO), États-Unis

**Adam Drewnowski** : Professeur d'épidémiologie, directeur du programme des sciences de la nutrition à l'École de santé publique et de médecine communautaire, et directeur du Centre de santé publique et de nutrition, Université de Washington, États-Unis

**Diane Finegood** : Directrice scientifique de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada, et professeure à l'École de kinésiologie de l'Université Simon Fraser, Canada

#### Modérateur

**Peter Downie** : Coordonnateur du programme d'études supérieures en journalisme de radiotélévision, conférencier principal au Département de journalisme, Université Concordia, et ex-animateur régional et national à la télévision anglaise de Radio-Canada, Canada

## **Conférenciers-présentateurs**

**Alan Bernstein** : Président des Instituts de recherche en santé du Canada

**William J. Bernstein** : Auteur de *The Birth of Plenty* et *The Four Pillars of Investment* et fondateur du site Web [efficientfrontier.com](http://efficientfrontier.com), États-Unis

**David Bornstein** : Auteur de *How to Change the World : Social Entrepreneurs and the Power of New Ideas*, et *The Price of a Dream: The Story of Grameen Bank*

**Philippe Couillard** : Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec

**William Dietz** : Directeur du programme de nutrition et d'activité physique des centres pour le contrôle et la prévention des maladies, États-Unis

**Steven Fletcher** : Secrétaire parlementaire du ministre fédéral de la Santé et ministre de l'Initiative fédérale du développement économique dans le Nord de l'Ontario, Canada

**Louise Fresco** : Ex-directrice générale adjointe, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et professeure (Foundations of Sustainable Development in International Perspective), Université d'Amsterdam, Pays-Bas

**John H. Holland** : Auteur (*Emergence: From Chaos to Order* et *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*), professeur en génie électrique et professeur en psychologie à l'Université du Michigan, États-Unis

**Daniel Kahneman** : Lauréat 2002 du prix Nobel d'économie et professeur en psychologie et affaires publiques à la Woodrow Wilson School of Public and International Affairs de l'Université Princeton, États-Unis

**Wilbert J. Keon** : Membre du Sénat canadien et ex-président-directeur général de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Canada

**Paul R. Krugman** : Professeur en économie et affaires publiques au Département des sciences économiques de l'Université Princeton et chroniqueur au New York Times, États-Unis

**Catherine Le Galès-Camus** : Sous-directrice générale, Maladies non transmissibles et santé mentale, Organisation mondiale de la Santé, Suisse

**Jean-Marie Le Guen** : Député de Paris et président du groupe d'étude sur l'obésité à l'Assemblée nationale, France

**Richard I. Levin** : Doyen de la Faculté de médecine et vice-principal (santé et affaires médicales) de l'Université McGill, Canada

**Michael Marmot** : Directeur de l'International Centre for Health and Society, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'University College de Londres et président de la Commission des déterminants sociaux de la santé à l'OMS, Royaume Uni

**Kevin M. Murphy** : Titulaire de la chaire George J. Stigler en économie à la Graduate School of Business et au Département d'économie de l'Université de Chicago, et Senior Fellow de la Hoover Institution, États-Unis

**Gérald Tremblay** : Maire de Montréal et président de la Communauté métropolitaine de Montréal

**T.N. Srinivasan** : Directeur du Département d'économie de l'Université Yale et chercheur supérieur au Center for International Development de l'Université Stanford, États-Unis

## **Spécialistes**

**Narendra K. Arora** : Directeur administratif de l'International Clinical Epidemiology Network et professeur de pédiatrie à l'All India Institute of Medical Science de New Delhi

**Robert Beaglehole** : Directeur du Département des maladies chroniques et de la promotion de la santé, OMS, Suisse

**Antoine Bechara** : Professeur agrégé au Département de Psychologie, University of Southern California, États-Unis

**Catherine Bertini** : Professeur d'administration publique, Maxwell School of Syracuse University, ex-secrétaire adjointe des Nations Unies et ex-directrice administrative du Programme alimentaire mondial de l'ONU, États-Unis

**Benjamin Caballero** : Professeur au Département de santé internationale et directeur au Centre de nutrition humaine, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis

**André Chagnon** : Président-directeur général de la Fondation Lucie et André Chagnon

**Chunming Chen** : Professeur et conseiller principal au Centre chinois pour le contrôle et la prévention des maladies, et président fondateur de l'Académie chinoise de médecine préventive, Chine

**Deborah Cohen** : Experte principale en sciences naturelles à la RAND Corporation; chercheuse en environnement bâti et santé à l'Université de Pennsylvanie, États-Unis

**Janet Collins** : Directrice du Centre national pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé, centre de contrôle et de prévention des maladies, États-Unis

**Alain Dagher** : Professeur agrégé et neurologue, Institut neurologique de Montréal de l'Université McGill, Canada

**Pauline Dakin** : Journaliste médicale à la radio de la CBC, Canada

**Nick Drager** : Conseiller principal, Département de l'éthique, du commerce, des droits de la personne et du droit de la santé, OMS, Suisse

**Gary W. Evans** : Titulaire de la chaire Elizabeth Lee Vincent en écologie humaine aux départements de design et d'analyse environnementale et de développement humain, College of Human Ecology, Université Cornell, États-Unis

**David Fidler** : Professeur de droit international à l'École de droit de l'Université de l'Indiana, anciennement conseiller juridique auprès des Centres de contrôle et de prévention des maladies, États-Unis

**Claude Fischler** : Directeur de recherche, Centre national de recherche scientifique, France

**Simone French** : Professeur, Division d'épidémiologie et de santé publique, Centre du cancer, Université du Minnesota, États-Unis

**Lance Friedmann** : Vice-président principal (Global Health and Wellness), Kraft Foods Inc., États-Unis

**Marvin E. Goldberg** : Professeur Irving & Irene Bard en marketing, Pennsylvania State University, États-Unis

**Christopher K. Hsee** : Professeur Theodore O. Yntema en science du comportement et marketing, Graduate School of Business, Université de Chicago, États-Unis

**Marc Kielburger** : Chef de la direction d'Enfants Entraide, cofondateur et chef de la direction de Leaders Today, Canada

**Lloyd J. Kolbe** : Professeur en santé des adolescents et santé à l'école au Département des sciences appliquées de l'Université de l'Indiana, États-Unis

**Zdenek Kratky** : Vice-président et conseiller en nutrition au Centre recherche Nestlé S.A., Suisse

**Catherine Le Galès-Camus** : Sous-directrice générale, Maladies non transmissibles et santé mentale, Organisation mondiale de la Santé, Suisse

**Jordan LeBel** : Professeur agrégé en gestion et marketing de restaurants et services alimentaires, École d'administration hôtelière, Université Cornell, États-Unis

**Ron LeMaire** : Président du conseil, premier vice-président et directeur du marketing, Alliance internationale des fruits et des légumes, Canada

**George Loewenstein** : Professeur Herbert A. Simon en économie et psychologie, Département de sciences sociales et décisionnelles, Université Carnegie Mellon, États-Unis

**Gaëtan Lussier** : Président de l'Institut canadien des politiques agro-alimentaires, ancien sous-ministre de l'Agriculture au Québec et de l'Agriculture et l'Agroalimentaire au Canada, et président du Comité consultatif externe sur la réglementation intelligente, Canada

**Carlos A. Monteiro** : Professeur à l'École de santé publique et au Centre de recherches épidémiologiques en santé et nutrition, Université de São Paulo, Brésil

**Karl Moore** : Professeur agrégé en marketing et stratégie de la gestion à la Faculté de gestion Desautels et directeur adjoint de la maîtrise en leadership en santé, Université McGill, Canada

**Kaare Norum** : Professeur émérite et recteur émérite, Institut de recherche sur la nutrition, École de médecine de l'Université d'Oslo; ancien président du Groupe de référence de l'OMS pour la « Stratégie globale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé », Norvège

**Alain Poirier** : Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, ministère québécois de la Santé et des Services sociaux

**Denis Richard** : Professeur au Département d'anatomie et physiologie de la Faculté de médecine; titulaire de la chaire Merck Frosst/IRSC en recherche sur l'obésité; directeur du Centre de recherche de l'hôpital Laval; et directeur du Centre de recherche sur le métabolisme énergétique de l'Université Laval, Canada

**Thomas N. Robinson** : Directeur du Center of Healthy Weight au Lucile Packard Children's Hospital et professeur agrégé aux départements de pédiatrie et de médecine, École de médecine de l'Université Stanford, États-Unis

**Peter Shizgal** : Professeur au Département de psychologie, chercheur collaborateur de la Chaire sur l'obésité au Centre d'études en neurobiologie comportementale, Université Concordia, Canada

**Boyd Swinburn** : Directeur du Département de santé publique et nutrition; fondateur du Centre collaborateur OMS pour la prévention de l'obésité et pour la formation à la recherche dans ce domaine, Université Deakin, Australie

**James E. Tillotson** : Professeur à l'École Friedman School of Nutrition Science and Policy, Université Tufts, États-Unis

**Kraisid Tontisirin** : Directeur de la Division alimentation et nutrition de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Italie, et ex-directeur de l'Institut de nutrition de l'université Mahidol en Thaïlande

**Brian Wansink** : Professeur en nutrition et marketing alimentaire au Département d'économie et de gestion appliquées de l'Université Cornell, et directeur du laboratoire Cornell d'étude des marques et de l'alimentation, États-Unis

**Salim Yusuf** : Professeur au Département de médecine et conseiller scientifique en chef du Hamilton Health Sciences; directeur de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université McMaster et titulaire d'une chaire de recherche de la Fondation des maladies du cœur, Canada

## **Participants**

**Marcella Adair** : Enfants Entraide, Canada

**Kate Arthur** : Agent d'information, CBC/Radio-Canada, Canada

**Arne Astrup**, Président élu d'IASO, Alliance globale, Canada; professeur et chef du Département de nutrition humaine, Université royale de médecine vétérinaire et d'agriculture, Danemark

**Robert Aucoin** : Coordonnateur du Centre du savoir sur la santé et l'apprentissage, Conseil canadien sur l'apprentissage, Canada

**Scott Baker** : Administrateur de Volunteer Now!, Leaders Today et Enfants Entraide, Canada

**Roch Bernier** : Directeur général, prévention de la maladie, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Danièle Besner** : Directrice du Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada

**Richard Black** : Vice-président (Global Nutrition), Kraft, États-Unis

**Abby Bloch** : Directeur administratif, programmes et recherches, The Dr. Robert C. and Veronica Atkins Foundation, États-Unis

**Ulf Bockenholt** : Professeur en marketing de l'Université McGill, membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Roch Boucher** : Directeur général du Centre de recherche en prévention de l'obésité, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Hugh Brodie** : Directeur des partenariats et projets spéciaux, CBC/Radio-Canada, Canada

**Mary Bush** : Directrice générale, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada, Canada

**Brenda Cantin** : Administratrice du programme Santé de la population, Agence de la santé publique du Canada, Canada

**John Carsley** : Directeur par intérim de la direction de la santé publique, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Canada

**Laura Chapman** : Présidente d'Isuma Consulting Inc., membre de l'Institut canadien des politiques agro-alimentaires et directrice administrative du projet de recherche sur les politiques des IRSC, Canada

**Michel Chauliac** : Responsable du Programme national nutrition santé, Direction générale de la santé, France

**Jean-Marc Chouinard** : Directeur, Développement des enfants et des communautés, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Louis Côté** : Directeur des ressources humaines, de l'information et de la planification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Canada

**Tey Cottingham** : Gestionnaire du développement du programme d'adhésion de l'Office national du film, Canada

**Nancy Croitoru** : Président et chef de la direction des Produits alimentaires et de consommation du Canada

**Nicole Damestoy** : Directrice de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, Canada

**Mark Daniel** : Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en santé des populations et déterminants biopsychosociaux, professeur à l'Université de Montréal et membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Laurel Edmunds** : Spécialiste en gestion du poids chez les enfants et les adolescents, consultant et chercheur indépendant au Bristol Children's Hospital, États-Unis

**Margaret de Groh** : Analyste principale des politiques, Agence de la santé publique, Canada

**Corinne Delamaire** : Nutritionniste, chargée de recherche à la direction des Affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France

**Sandro Di Cori** : Administrateur de projet, Développement des enfants et des communautés, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Karen Donato** : Coordonnatrice de l'initiative de recherche en éducation sur l'obésité du NHLBI, National Institutes of Health, États-Unis, Canada

**Paul-Guy Duhamel** : Président de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

**Paul Elliott** : Spécialiste en santé (médecine sportive), directeur de la Division d'épidémiologie, santé publique et soins privés, Faculté de médecine, Imperial College, Angleterre

**Helen Falco** : Directrice des politiques en nutrition et en santé de la société Coca Cola, Suisse

**Lesley K. Fellows** : Professeur adjoint au Département de neurologie et de neurochirurgie, et neurologue à l'Institut neurologique de Montréal de l'Université McGill, Canada

**Louise Finnerty** : Vice-présidente (Affaires gouvernementales), PepsiCo, États-Unis

**Gisèle Fournier** : Nutritionniste et consultante principale autonome, Réseau canadien en obésité, Canada

**Abraham Fuks** : Ex-doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, Canada

**François-Pierre Gauvin** : Chercheur, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Canada

**Lise Gauvin** : Chercheuse au centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé; cochercheur, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS); professeure au Département de médecine sociale et préventive et membre de l'équipe Défi santé, Université de Montréal, Canada

**William George** : Président-directeur général, Objectif Mouvement Santé/FLAC, Fondation Chagnon, Canada

**Elizabeth Gyorfi-Dyke** : Directrice de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, Canada

**Robin Hamre** : Chef d'équipe, programme de nutrition et d'activité physique, Centres de contrôle et de prévention des maladies, États-Unis

**Jean Harvey** : Directrice générale par intérim de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada et professeure à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, Canada

**Renée Hodgkinson** : Directrice et chef des opérations, Leaders Today, Enfants Entraide, Canada

**Mary Horlick** : Directrice du programme de l'obésité en pédiatrie clinique, Division des maladies de la digestion et de la nutrition, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), National Institutes of Health, Canada

**Terry Huang** : Directeur du programme sur l'obésité pédiatrique et le syndrome métabolique, National Institut of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, États-Unis

**Tim Hutchinson** : Directeur par intérim, Division de la prévention de maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

**Yvan Jacques** : Président par intérim de l'Institut canadien des politiques agro-alimentaires, Canada

**Yves Jalbert** : Consultant de recherche, Évaluation des risques à la santé, Institut national de santé publique du Québec, Canada

**Mireille Jetté** : Responsable de l'évaluation, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Michael Kidd** : Conseiller politique principal, Centre pour la promotion de la santé (CPS), Agence de la santé publique du Canada, Canada

**Elizabeth Kofron** : Directrice adjointe, Affaires générales et projets spéciaux, Institut et hôpital neurologiques de Montréal, Canada

**Henriëtte Kok** : Spécialiste principale en promotion de la santé, Service municipal de santé, Pays-Bas

**Kristine Koski** : Professeure agrégée et directrice de l'École de diététique et de nutrition humaine de l'Université McGill, Canada

**Denise Kouri** : Cheffe Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Canada

**Bärbel Knäuper** : Professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université McGill, Canada

**Gillian Kynoch** : Coordinatrice santé-alimentation, Scottish Executive Health Department, Health Improvement Strategy Division, Écosse

**Pierre Lefèvre** : Professeur émérite de médecine à l'Université de Liège, président de la fondation pour l'éducation de la Fédération internationale du diabète (FID) et ex-président de la FID, Alliance mondiale pour la santé, Canada

**François Lagarde** : Conseiller en marketing social auprès de la Fondation Lucie et André Chagnon et professeur associé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Canada

**Johanne Laguë** : Coordinatrice scientifique de l'unité Habitudes de vie à l'Institut national de santé publique du Québec, et professeure adjointe en sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, Canada

**Paul Lapierre** : Directeur de groupe, Affaires publiques et lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Canada

**Isabelle Laquière** : Experte des denrées, Service public fédéral santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Belgique

**Cathia Lavoie** : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, Canada

**Cassidy Lerman** : Coordinatrice du projet Le poids du monde, Canada

**Richard Lessard** : Directeur de la santé publique, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ; expert-visitateur chargé du développement d'une stratégie pour la lutte contre le cancer à l'OMS, Canada

**David Levine** : Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Canada

**Andre Lue** : Free the Children/Enfants Entraide, Canada

**Steve Lusk** : Consultant CATCH Canada

**William Wallace MacKinnon** : The International Institute for Youth Fitness and Health, États-Unis

**Chandra Madramootoo** : Doyen de la Faculté des sciences de l'agriculture et de l'environnement et professeur au Département de génie des bioressources de l'Université McGill, Canada

**Antonia Maioni** : Directrice de l'Institut d'études canadiennes de l'Université McGill, professeure agrégée et boursière William Dawson au Département de science politique de McGill et professeure à la Maîtrise internationale en leadership en santé, Canada

**Michèle Marcotte** : Directrice par intérim et chercheuse scientifique principale, Programme national de salubrité et qualité des aliments, Agriculture et Agroalimentaire Canada

**Ellen M. Markman** : Professeur Lewis M. Terman de psychologie à l'Université Stanford, États-Unis

**Theodore Marmore** : Professeur de politique et de gestion publiques et professeur de science politique, Yale School of Management, États-Unis

**Marilyn McCrea** : The International Institute for Youth Fitness and Health, États-Unis

**Clive Metz** : Fiduciaire, The Dr. Robert C. and Veronica Atkins Foundation, États-Unis

**Lyne Mongeau** : Diététiste, consultante scientifique Institut national de santé publique du Québec

**Spencer Moore** : Chercheur en dynamique sociale et capital social au centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

**Eric Myles** : Directeur général de Québec en forme, Canada

**Patti-Jean Naylor** : Professeure adjointe, Institute of Applied Physical Activity and Health Research, Université de Victoria, Canada

**Maria Neira** : Directrice du Département santé publique et environnement, Organisation mondiale de la santé, Suisse

**Kieke Okma** : Conseiller principal, ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, Pays-Bas; professeur agrégé, School of Public Policy Studies, Queens University; professeur invité à la Mailman School of Public Health de l'Université Columbia, États-Unis

**Linda Piazza** : Directrice administrative de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada et directrice de recherche à la Fondation des maladies du cœur, Canada

**Francy Pillo-Blocka** : Présidente et directrice générale du Conseil canadien des aliments et de la nutrition, Canada

**Andrew Pipe** : Directeur médical, Centre de prévention et de réadaptation, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Canada

**Diane Marie Plante** : Directrice adjointe, Maîtrise internationale en leadership en santé et Consortium sur l'innovation, Université McGill, Canada

**Pierre Poitras** : The International Institute for Youth Fitness and Health, États-Unis

**Janet Pronk** : Directrice par intérim, Établissement des politiques et des normes, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada

**Rémi Quirion** : Directeur scientifique du Centre de recherche de l'Institut Douglas et directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), Canada

**Kim Raine** : Directeur du Centre d'études pour la promotion de la santé et professeur à l'Université de l'Alberta, Canada

**Geof Rayner** : Ancien président de l'Association de santé publique du Royaume Uni, chercheur boursier au Département des politiques en matière de gestion de la santé et des aliments, Institut des science de la santé, Université de Londres, Angleterre

**Lise Renaud** : Professeure à l'Université de Montréal, et chercheuse agrégée au département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Canada

**Neville Rigby** : Directeur des politiques et affaires publiques de l'International Obesity Task Force (IOTF), Alliance mondiale pour la santé, Angleterre

**Isabelle Roy** : Agente de développement, Université McGill, Canada

**Stephen Samis** : Directeur, Fondation des maladies du cœur du Canada

**Arya Sharma** : Fondateur du Réseau canadien en obésité, titulaire d'une Chaire de recherche du Canada sur l'obésité cardiovasculaire et sa gestion, et professeur au Département de médecine de l'Université McMaster, Canada

**Jasmine Sharma** : Relations avec les médias, Instituts de recherche en santé du Canada

**Sylvie Stachenko** : Sous-administratrice en chef de la santé publique à l'Agence de santé publique du Canada, ex-directrice générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Canada

**Christine Stich** : Chercheuse-boursière au niveau post-doctoral en santé publique et santé de la population, Instituts de recherche en santé du Canada, Réseau de recherche en santé des populations du Québec et Département de psychologie de l'Université McGill, et membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Phyllis Tanaka** : Directrice des politiques en matière d'alimentation et de nutrition, Produits alimentaires et de consommation du Canada

**Beth Tannenbaum** : Chercheuse-boursière rattachée au McConnell Brain Imaging Centre de l'Université McGill, Canada

**Louise Thibault** : Professeure agrégée à l'École de diététique et de nutrition humaine, Université McGill, Canada

**Wendy Thompson** : Directrice et professeure, École de service social, Université McGill, Canada

**Angelo Tremblay** : Chaire canadienne de recherche en activité physique, nutrition et bilan énergétique, et professeur à l'Université Laval, Canada

**Lisa Van Dusen** : Directrice du service des affaires universitaires de l'Université McGill, Canada

**Colette Vanasse** : Directrice du développement, Université McGill, Canada

**Elizabeth Lisa Votta** : Consultante en recherche, analyse et infrastructure, Institut canadien d'information sur la santé, Canada

**Elinor Wilson** : PDG de l'Association canadienne de santé publique; vice-présidente sortant de la Fédération mondiale de cardiologie, Alliance mondiale pour la santé; présidente de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée, Santé Canada

**Galen Woods** : Enfants Entraide, Canada

**Rickey Yada** : Directeur scientifique, Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde, Département des sciences alimentaires, Université de Guelph; membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Gemma Zecchini** : Vice-présidente principale (politiques publiques), Produits alimentaires et de consommation du Canada

## **Atelier de transfert de connaissances 2007**

### **Présidente**

**Laurette Dubé** : Professeure et titulaire de la Chaire James McGill en psychologie du consommateur, services de mise en marché et gestion à la Faculté de gestion Desautels, Université McGill; coprésidente et directrice scientifique du Groupe de réflexion McGill sur les défis de la santé, Canada

### **Comité de direction**

**Liliane Bertrand** : Chef du service Promotion de saines habitudes de vie et de dépistage, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**Mary Bush** : Directrice générale, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Canada

**Margaret de Groh** : Analyste principale des politiques, Agence de santé publique du Canada

**Paul-Guy Duhamel** : Président de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

**Diane Finegood** : Directrice scientifique de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada et professeur à l'École de kinésiologie de l'Université Simon Fraser, Canada

**Lise Gauvin** : Chercheuse au centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé; cochercheuse, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS); professeure au Département de médecine sociale et préventive et membre de l'équipe Défi santé, Université de Montréal, Canada

**Sholom Glouberman** : Codirecteur du programme de maîtrise internationale en leadership en santé, philosophe invité au centre Baycrest de soins gériatriques, chercheur à l'Unité de recherche appliquée Kunin Lunenfeld et professeur adjoint à l'Université McGill et l'Université de Toronto

**Spencer Henson** : Agroéconomiste, Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde et directeur des études supérieures en économie alimentaire, agricole et des ressources, Université de Guelph, Canada

**Bärbel Knäuper** : Professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université McGill, Canada

**Antonia Maioni** : Directrice de l'Institut d'études canadiennes de l'Université McGill, professeure agrégée et boursière William Dawson au Département de science politique de McGill et professeure à la Maîtrise internationale en leadership en santé, Canada

**Michele Marcotte** : Directrice par intérim et chercheuse scientifique principale, Programme national de salubrité et qualité des aliments, Agriculture et Agroalimentaire Canada

**Karl Moore** : Professeur agrégé en marketing et stratégie de la gestion à la Faculté de gestion Desautels et directeur adjoint de la maîtrise en leadership en santé, Université McGill, Canada

**Robert Perreault** : Médecin consultant à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, directeur des affaires médicales et des communications pour le consortium IRIS-Québec et membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Primal Silva** : Directeur scientifique, Agriculture et Agroalimentaire Canada; chef du développement de la technologie, Agence canadienne d'inspection des aliments, Division de la consultation et de la gestion scientifiques, Canada

**Rickey Yada** : Directeur du Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde, Département des sciences alimentaires, Université de Guelph, Canada

### **Modérateur**

**Peter Downie** : Coordonnateur du programme d'études supérieures en journalisme de radiotélévision, conférencier principal au Département de journalisme, Université Concordia, et ex-animateur régional et national à la télévision anglaise de Radio-Canada, Canada

### **Intervenants**

**Mary Bush** : Directrice générale, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada, Canada

**Ron Duffell** : Directeur administratif, Protection de la santé, ministère de la Santé, et directeur de ActNow BC, ministère du Tourisme, des Sports et des Arts de la Colombie-Britannique

**William George** : Président-directeur général, Objectif Mouvement Santé/FLAC, Fondation Chagnon, Canada

**Steven Kelder** : Professeur agrégé au Département d'épidémiologie et de science du comportement, Université du Texas, et chercheur principal auprès de CATCH, États-Unis

**Jean-Paul Laforest** : Doyen de la Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation de l'Université Laval, Canada

**Cathy Loblaw** : Présidente et chef de la direction, Concerned Children's Advertisers, Canada

**Henry Mintzberg** : Directeur du programme de maîtrise internationale en leadership en santé; professeur Cleghorn en études de gestion, Université McGill, Canada

**Claude Rocan** : Directeur général, Centre de la promotion de la santé, Agence de la santé publique de la santé, Canada

**Stephen Samis** : Directeur, Politiques de la santé, Fondation des maladies du cœur, Canada

**Mark Tremblay** : Président de Faire bouger les jeunes (Active Healthy Kids Canada); conseiller scientifique principal en mesures de la santé à Statistique Canada et professeur agrégé à l'Institut canadien de recherche en politiques sociales de l'Université du Nouveau-Brunswick, Canada

## **Participants**

**Inteaz Alli** : Professeur au Département de science alimentaire et agrochimie de la Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université McGill, Canada

**Natalie Almeras** : Professeur, Réseau de recherche en obésité, Université Laval, Canada

**Bev Appleby** : Agente de marketing, Association canadienne de la distribution de fruits et légumes, Canada

**Guy Auclair** : Directeur adjoint de la qualité et des services à la clientèle, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, Canada

**Scott Baker** : Directeur, Volunteer Now!, Leaders Today, Enfants Entraide, Canada

**Marie-Line Beauchamp** : Vice-présidente exécutive, Sodexo Québec, Canada

**Claude Bernard** : Directeur adjoint, Direction de l'innovation scientifique et technologique, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

**Helen Bishop McDonald** : Présidente élue des Diététistes du Canada et consultante en nutrition chez Nutrisphère, Canada

**Abby Bloch** : Directrice administrative, Programmes et recherche, The Dr. Robert C. and Veronica Atkins Foundation, États-Unis

**Ulf Bockenholt** : Professeur en gestion à l'Université McGill et membre de l'équipe de recherche Brain-to Society, Canada

**Michel Boivin** : Titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le développement social de l'enfant, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Maîtrise en leadership en santé, Canada

**Roch Boucher** : Directeur général du Centre de recherche en prévention de l'obésité, Canada

**David Buckeridge** : Professeur adjoint en épidémiologie, biostatistique et santé professionnelle, Université McGill, Canada

**Mel Cappe** : Président-directeur général de l'Institut de recherche en politiques publiques, Canada

**Xiaoye Chen** : Bourse de doctorat du CRSH en psychologie du consommateur et marketing, Faculté de gestion Desautels, Université McGill, et membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Jean-Marc Chouinard** : Directeur, Développement des enfants et des communautés, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Christine Colin** : Vice-doyenne, Santé publique, sciences de la santé et relations internationales, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Canada

**Nathalie Cooke** : Doyenne associée (Recherche et études supérieures) de la Faculté des arts de l'Université McGill, Canada

**Lynda Corby** : Directrice des Affaires publiques, Diététistes du Canada

**Manon Cormier** : Diététiste et directrice du Service de la nutrition et des communications chez Danone Canada

**Louis Côté** : Directeur des ressources humaines, de l'information et de la planification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Canada

**John Cranfield** : Professeur agrégé au Département d'économie et de techniques agricoles à l'Université de Guelph, Canada

**Richard Cruess** : Ex-doyen de la Faculté de médecine et professeur au Centre de formation médicale, Université McGill, Canada

**Sylvia Cruess** : Professeure agrégée de médecine à la Faculté de médecine et au Centre de formation médicale de l'Université McGill, Canada

**Mark Daniel** : Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en santé des populations et déterminants biopsychosociaux, professeur à l'Université de Montréal et membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Sandro Di Cori** : Administrateur de projet, Développement des enfants et des communautés, Fondation Lucie et André Chagnon, Canada

**Aida Faber** : Chercheuse-boursière PORT en psychologie du consommateur et marketing, Faculté de gestion Desautels, Université McGill; membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Lesley K. Fellows** : Professeur adjoint au Département de neurologie et neurochirurgie, et neurologue à l'Institut neurologique de Montréal de l'Université McGill, Canada

**Robert Fisher** : Professeur R.A. Barford de communications, Richard Ivey School of Business, University of Western Ontario, Canada

**Richard Fontaine** : Ancien vice-président des Restaurants Cora; professeur de sciences comptables à l'Université du Québec à Montréal, Canada

**Louis Frenette** : Président et chef de la direction, Danone Canada

**Abraham Fuks** : Ex-doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, Canada

**François Gagnon** : Chercheur Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Canada

**Isabelle Galibois** : Professeur au Département de science des aliments et de nutrition, Université Laval, Canada

**Lorie Hrycuik** : Nutritionniste, Santé et Bien-être de la population, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

**Terry Huang** : Directeur du programme sur l'obésité pédiatrique et le syndrome métabolique, National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Canada

**Catherine Huet** : Chercheuse au niveau post-doctoral, Département de nutrition, psychologie du consommateur et marketing, Université McGill; membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Brad Hussey** : Agent d'information, Réseau canadien en obésité, Canada

**Tracey Hussey** : Coordonnatrice en nutrition, Hamilton HSO Nutrition Program, Canada

**Hasan Hutchinson** : Directeur adjoint, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, IRSC, Canada

**Yvan Jacques** : Président par intérim de l'Institut canadien des politiques agro-alimentaires, Canada

**Yves Jalbert** : Chercheur, Évaluation des risques à la santé, Institut national de santé publique du Québec, Canada

**Jan Jorgensen** : Directeur du Centre de recherche sur la stratégie et l'organisation et vice-doyen de la Faculté de gestion Desautels, Université McGill, Canada

**Selim Kermasha** : Directeur du Département de science alimentaire et agrochimie, Université McGill, Canada

**Yan Kestens** : Chercheur au niveau post-doctoral, Département de santé publique de Montréal et Université de Montréal; membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Michael Kidd** : Conseiller politique principal, Centre pour la promotion de la santé (CPS), Agence de la santé publique du Canada, Canada

**Lloyd J. Kolbe** : Professeur en santé des adolescents et santé à l'école au Département des sciences appliquées de l'Université de l'Indiana, États-Unis

**Dora Koop** : Directrice du Programme de maîtrise internationale en pratique de la gestion, Faculté de gestion Desautels, Université McGill, Canada

**Kristine G. Koski** : Directrice et professeure agrégée, École de diététique et de nutrition humaine, Université McGill, Canada

**Brigitte Lachance** : Experte en promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, Direction générale de la Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**Johanne Laguë** : Coordonnatrice scientifique de l'unité Habitudes de vie à l'Institut national de santé publique du Québec, et professeure adjointe en sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, Canada

**Benoît Lamarche** : Titulaire d'une Chaire de recherche du Canada en nutrition, aliments fonctionnels et santé cardiovasculaire, Département des sciences des aliments et de la nutrition, Université Laval, Canada

**Gilles Lamirande** : Directeur régional pour Montréal, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du Québec

**Jordan Lebel** : Professeur agrégé en gestion et marketing de restaurants et services alimentaires, École d'administration hôtelière, Université Cornell, États-Unis

**Marielle Ledoux** : Nutritionniste et professeur au Département de nutrition, Université de Montréal, Canada

**Pierre Lemieux** : Président-directeur général, Technologie Biolactis Inc., Canada

**Ji Lu** : Chercheur-boursier PORT en psychologie du consommateur et marketing, Faculté de gestion Desautels, Université McGill, et membre de l'équipe de recherche Brain-to-Society, Canada

**Steve Lusk** : Consultant, CATCH Canada

**John Lynch** : Titulaire d'une Chaire de recherche en santé de la population, et professeur d'épidémiologie à l'Université McGill, Canada

**Ann Macaulay** : Professeure de médecine familiale et directrice du Centre pour la recherche participative, Département de médecine familiale, Université McGill, Canada

**Lorna Malone** : Conseillère en recherche, analyse et infrastructure, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, Canada

**Francine Masson** : Directrice générale de l'Alliance pour l'innovation en agroalimentaire (APIA) Québec

**Barbara McCormack** : Présidente de CATCH, Canada, chef du service de la commercialisation de CATCH, Amérique du Nord et présidente de Flaghouse Canada

**Randy Meltzer** : Nutritionniste, directeur des services en alimentation et nutrition, Market Fresh, Canada

**Lyne Mongeau** : Diététiste, consultante scientifique l'Institut national de santé publique du Québec et membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Spencer Moore** : Chercheur en dynamique sociale et capital social au centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, et membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Jacques Nantel** : Professeur de marketing, titulaire de la Chaire de commerce électronique RBC Groupe Financier, HEC Montréal, Canada

**Catherine Paquet** : Chercheuse au niveau post-doctoral, Département de nutrition, psychologie du consommateur et marketing, Université McGill, et membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Paola Perez-Aleman** : Consultante de recherche et professeure agrégée en politiques agroalimentaires et stratégie d'affaires, Faculté de gestion Desautels, Université McGill, Canada

**Pamela Presley** : Conseillère en technologie industrielle, Conseil national de recherche du Canada, Programme d'aide à la recherche industrielle, gouvernement du Canada

**Janet Pronk** : Directrice par intérim, Établissement des politiques et des normes, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada

**Kim Raine** : Directeur du Centre d'études pour la promotion de la santé et professeur à l'Université de l'Alberta, Canada

**Leo Mark Renaghan** : Professeur en marketing, systèmes informatiques, stratégie et tourisme, et ex-vice-doyen des affaires universitaires, Cornell School of Hotel Administration, États-Unis

**Marie Rochette** : Médecin spécialiste en santé communautaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, maîtrise en leadership en santé de l'Université McGill, Canada

**Mike Sharratt** : Ex-doyen des sciences de la santé, professeur au Département de kinésiologie, directeur administrateur de l'Institut de recherche Schlegel-UW en gériatrie, Université de Waterloo, Canada

**Eric Simard** : Président de l'Association des ingrédients santé en alimentation et vice-président Exploitation, Technologie Biolactis inc., Canada

**Joanne Simoneau-Polenz** : Directrice par intérim des services complémentaires, Commission scolaire Lester B. Pearson, Canada

**Ioana Sipos** : Agente de communication, Groupe de réflexion McGill sur les défis de la santé, Canada

**David Sparling** : Professeur agrégé et directeur administratif de l'Institute of Agri-food Policy Innovation, Université de Guelph, Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde, Canada

**Christine Stich** : Chercheuse-boursière au niveau post-doctoral en santé publique et santé de la population, Instituts de recherche en santé du Canada, Réseau de recherche en santé des populations du Québec et Département de psychologie de l'Université McGill, et membre de l'équipe Brain-to-Society, Canada

**Louise Thibault** : Professeure agrégée à l'École de diététique et de nutrition humaine, Université McGill, Canada

**Peter Todd** : Doyen de la Faculté de gestion Desautels, Université McGill, Canada

**François Trudeau** : Professeur de kinésiologie et activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

**Yv Bonnier Viger** : Directeur de la santé publique (Terres Cries de la Baie-James), Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD), maîtrise en leadership en santé, Canada

**Kathleen Weil** : Ex-présidente du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et présidente-directrice générale de La Fondation du Grand Montréal, Canada

# HEALTHCHALLENGE



---

ISBN 9780771706592