

Habitudes de vie reliées à l'obésité de personnes traitées avec une médication antipsychotique

Jean-Charles Perron ^a, inf., Ph.D., Sarah Shidler ^b, Ph.D. et Jacques Charest ^b, Ph.D.

^a Professeur, Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, UQAT

^b Chercheur(e) associé(e), Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, UQAT

Chez les personnes traitées avec une médication antipsychotique (PTMA), la médication constitue un des principaux facteurs explicatifs de l'obésité. Le but de l'étude est d'identifier chez des PTMA vivant dans la communauté l'effet de quatre habitudes de vie (durée du sommeil, consommation de fruits et de légumes, activité physique et sobriété tabagique) sur l'obésité. Une étude corrélative longitudinale (24 mois) a été réalisée auprès de 75 personnes (35 femmes et 40 hommes) traitées avec une médication antipsychotique et dont les repas sont toujours pris dans la même famille. Des mesures ont été prises (i) au début et à la fin de l'étude : obésité (IMC et tour de taille), famille et médication; (ii) à la fin seulement : habitudes de vie. L'obésité mesurée avec l'IMC atteint un taux de 41 % (hommes) et 46 % (femmes), tandis que l'obésité mesurée avec le tour de taille révèle un taux de 57 % (hommes) et 88 % (femmes). En outre, il existe une corrélation négative entre l'incidence de l'obésité et certaines habitudes de vie (marcher chaque jour et consommer des légumes). Enfin, la famille s'avère un facteur déterminant de la variation de l'incidence de l'obésité. Le tour de taille est une mesure plus sensible que l'IMC pour détecter l'obésité. De plus, l'activité physique quotidienne et la consommation de légumes sont associées à moins d'obésité. Enfin, les interventions pour réduire l'obésité devraient cibler la famille en s'adressant à la personne qui prépare les repas pour modifier les habitudes de vie.

Mots-clés : obésité, famille, activité physique, légumes, fruits, défi santé 0-5-30, tour de taille, IMC, médication antipsychotique, habitudes de vie.

Le premier auteur de cet article a travaillé une quinzaine d'années comme infirmier en santé mentale. En 1999, dans son milieu clinique, plusieurs de ses patients sont décédés dans un court laps de temps. L'auteur a été très ému par ces décès prématurés. Compte tenu de son rôle pivot comme infirmier en consultation psychiatrique externe, il s'est senti personnellement interpellé afin de trouver des solutions pour aider ces personnes. C'est dans cette démarche vers des solutions pour contrer l'obésité chez ses patients que ce projet de recherche a pris forme. L'objectif général était d'identifier les habitudes de vie associées à l'obésité chez ce type de clientèle afin d'éventuellement développer des stratégies pour les influencer.

Problématique de l'obésité et recension des écrits

Selon l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 1998), l'obésité constitue désormais la première épidémie environnementale de l'histoire. Au Canada, l'excès de poids et l'obésité (mesurés à partir de l'IMC) atteignent respectivement 60 % et 26 % chez les adultes (Lau et al., 2007). On définit l'obésité par un excès de graisses dans l'organisme (Ogden, Yanovski, Carroll, et Flegal, 2007) qui découle de l'interaction entre différents facteurs génétiques, métaboliques, comportementaux et environnementaux (Luo et al., 2007).

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Jean-Charles Perron Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, UQAT 445 boul. de l'université Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5 E4
Courrier électronique : jean-charles.perron@uqat.ca

Plusieurs mesures existent pour évaluer cet excès de graisse, l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille (TT) étant les deux principales (WHO, 1998). On obtient l'IMC en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) élevée au carré (McTigue, Hess, et Ziouras, 2006). Les études de Despres et ses collaborateurs démontrent que l'obésité abdominale est la forme associée au diabète et aux maladies cardiorespiratoires (Despres, Lemieux, et Prud'homme, 2001). L'obésité abdominale est évaluée à partir du TT, qu'on mesure en centimètres à mi-distance entre la base de la cage thoracique et la crête iliaque.

Conséquences de l'obésité

L'espérance de vie est inversement corrélée avec l'obésité et l'embonpoint (Olshansky et al., 2005). Dix-huit-millions de décès par année sur la planète seraient attribuables à l'obésité (Hossain, Kwar, et El Nahas, 2007). Le nombre d'années pendant lesquelles un individu est en excès de poids influe sur son espérance de vie (Pardo Silva, De Laet, Nusselder, Mamun, et Peeters, 2006). Ainsi, être obèse au début de la vingtaine diminue l'espérance de vie de 6 à 7 ans (Peeters et al., 2003) et cette diminution d'espérance de vie atteint 13 ans dans le cas d'obésité sévère (Fontaine, Redden, Wang, Westfall, et Allison, 2003).

Plusieurs pathologies sont associées à l'obésité et à l'excès de poids : 90 % des cas de diabète de type II sont associés à l'excès de poids (Pardo Silva et al., 2006); 1 milliard de maladies cardiovasculaires en 2000 (Pardo Silva et al., 2006); le syndrome métabolique particulièrement pour l'obésité viscérale (Bonnet et Laville, 2005); l'ostéoarthrite (Abbate et al., 2006); l'apnée du sommeil et différentes difficultés respiratoires (Oppenheimer et al., 2006); la démence (Whitmer, Gunderson, Barrett-Connor, Quesenberry, et Yaffe, 2005). Enfin, l'obésité entraîne un coût financier élevé puisque les pays y consacrent maintenant entre 2 et 7 % de leurs budgets de santé (Hossain et al., 2007). Au Canada, le coût direct de l'obésité était estimé en 2001 à 1,6 milliard soit 2,3 % du budget de la santé (Luo et al., 2007).

Médicaments antipsychotiques et obésité

L'épidémie d'obésité affecte davantage les personnes traitées avec une médication antipsychotique (PTMA) qui présentent un taux d'obésité pondérale (IMC) près du double de celui de la population en générale (Cohn, Prud'homme, Streiner, Kameh, et Remington, 2004). Dans la population en générale, les hommes souffrent davantage d'obésité abdominale. On retrouve l'inverse chez les PTMA : 44 % d'obésité abdominale chez les hommes comparativement à 73 % chez les femmes (Cohn et al; 2004). Dans

les années 1990, de nouveaux médicaments antipsychotiques ont été introduits en Amérique du Nord comme, par exemple, la clozapine, l'olanzapine et la rispéridone. Ces médicaments atténuent certains symptômes de la maladie comme les déficits cognitifs, les gestes suicidaires et l'isolement social, mais ils potentialisent le problème d'obésité (Newcomer, 2007; Allison et al., 2009). L'augmentation des problèmes de santé liés à l'obésité entraîne actuellement chez les PTMA un taux de mortalité quatre fois supérieur à celui de la population en générale (Steiner et Huckell, 2003). Aujourd'hui, la médication antipsychotique serait un des principaux facteurs explicatifs de l'obésité pour les PTMA (Bobes et al., 2007; Chwastiak et al., 2009). Il faut préciser que le prise de poids est davantage associée à la médication (Chuang, Mansell, et Patten, 2008) qu'au diagnostic (Mauri et al., 2006) et que la majorité des prescriptions d'antipsychotiques (70 %) sont pour des indications pharmacologiques non approuvées pour le traitement de trouble nonpsychotique par la Food and Drug Administration, (Fountoulakis, Nimatoudis, Iacovides, et Kaprinis, 2004).

Habitudes de vie. Un consensus se dégage pour cibler les habitudes de vie dans la lutte à l'obésité (Paradis, 2007, p. I). Même si on soulève la pertinence de prendre en compte les habitudes de vie des PTMA pour pouvoir les aider efficacement (Green, Patel, Goisman, Allison, et Blackburn, 2000), aucune recherche longitudinale sur une période assez longue pour être significative n'a identifié l'effet sur l'obésité des habitudes de vie chez ces personnes, lorsqu'elles vivent dans la communauté. Les recherches actuelles tendent à démontrer que, pour la population en générale comme pour cette clientèle, la durée du sommeil, la consommation de fruits et de légumes, le niveau d'activité physique et la sobriété tabagique seraient en lien avec l'obésité (Robertson et al., 2000; McCreddie, 2003). Pour promouvoir ces changements, des programmes ont été mis sur pied comme le programme 0-5-30 : 0 tabac, 5 à 10 fruits ou légumes par jour et 30 minutes minimum d'activité physique par jour (Ministère de la Santé et des Services de sociaux du Québec, 2004).

Perspective familiale systémique comme modèle théorique

Un rapport d'experts propose de privilégier une perspective systémique en étudiant l'obésité comme « un tout qui s'exprime dans un contexte global » (Paradis, 2007, p. III). Dans cette perspective, les habitudes de vies résultent non pas de la volonté de l'individu, mais plutôt des interactions entre l'individu et les membres de son milieu. Autrement dit, l'obésité serait mieux

comprise et traitée à travers la lunette familiale (Birch et Davison, 2001). Une étude réalisée par Gorin et ses collaborateurs (2007) démontre que la personne qui prépare les repas peut avoir un effet direct sur l'IMC de la personne souffrant de diabète, d'où l'importance de considérer l'offre alimentaire (Gorin et al., 2007). Cette recherche privilégie une perspective familiale comme cadre théorique pour étudier les habitudes de vie dans leurs contextes familiaux.

Méthodologie

La rapidité de la progression de l'obésité met en cause les facteurs comportementaux et environnementaux (Luo et al., 2007), ce qui oriente cette recherche vers les facteurs modifiables comme la famille et les habitudes de vie.

Devis

L'objectif de cette recherche est d'identifier auprès de PTMA le lien entre l'obésité et les facteurs modifiables suivants : famille d'appartenance, type de médication, quatre habitudes de vie (durée du sommeil, consommation de fruits et légumes, niveau d'activité physique et sobriété tabagique). Plusieurs études démontrent que les changements de poids ponctuels sont fréquents, qu'importe le type d'intervention, mais ne se maintiennent pas au-delà de 6 à 12 mois (Dansinger, Tatsioni, Wong, Chung, et Balk, 2007). Ces études empiriques militent en faveur d'une observation des variations du poids sur plusieurs années, avec un nombre d'évaluations réduit pour éliminer les variations dues à l'évaluation elle-même (effet Hawthorne) (Ulmer, 1976). En outre, puisque cette étude cherche à identifier une relation entre des facteurs modifiables de l'obésité et les variations de cette obésité, un devis corrélationnel est ici approprié (Fortin, 2006a; Fortin, 2006b). Dans le présent protocole de recherche, une étude longitudinale de deux ans est retenue.

Participants

Soixante-quinze personnes traitées avec une médication antipsychotique ont participé à cette étude et ont été rencontrées une première fois au printemps 2003. De ce nombre, 73 participants (39 hommes et 34 femmes, âgés de 28 à 72 ans, pour une moyenne de 51 ans) répondaient aux critères d'inclusion. Le recrutement a été effectué à l'aide d'une publicité réalisée par des services régionaux québécois en santé mentale. Les critères d'inclusion étaient : (i) être traité avec la même médication antipsychotique depuis plus d'un an et durant toute la durée de l'étude; (ii)

vivre dans la communauté et manger tous ses repas dans une même famille; (iii) ne pas utiliser une médication amaigrissante ou ne pas suivre de diète amaigrissante et (iv) signer un consentement éclairé.

Déroulement

L'obésité (mesuré par l'IMC et le TT) est mise en relation avec diverses variables. La première évaluation est suivie 24 mois plus tard d'une seconde évaluation. Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue ainsi que les trois centres hospitaliers impliqués ont approuvé le protocole de recherche de la présente étude. Le chercheur s'est engagé à fournir aux participants à la fin du projet un résumé succinct des résultats

Variables

Les variables mesurées au début de l'étude sont l'obésité, la famille et la médication. À la fin (24 mois plus tard) s'ajoute la variable habitudes de vie.

Obésité. Deux mesures de l'obésité ont été utilisées : l'IMC et le TT. Les prises de mesures au début de l'étude et à la fin se sont déroulées à la même heure. On mesure le poids à l'aide du même pèse-personne de type analogique (SECA modèle 761 1319009). Déchaussés et talons au sol, les participants s'appuient contre le mur pour faire mesurer leur taille lors de la première évaluation. À l'aide d'un galon à mesurer rétractable (modèle médical utilisé en obstétrique), on mesure le TT.

Famille. Aux fins de l'étude, la famille est ici définie comme un groupe de personnes qui partagent tous leurs repas. Ces groupes comprennent des familles d'accueil, des familles communautaires (résidences) ainsi que des familles biologiques. Même s'ils prennent tous leurs repas dans la même famille, certains (9 participants) dorment dans un autre lieu. Pour identifier la famille, nous demandons à chaque participant où il prend ses repas.

Médication. La fiche pharmacologique ainsi qu'une discussion avec les participants permet d'identifier la médication prescrite tout au long de l'étude. Les participants qui ont changé de médication au cours de l'étude sont exclus des calculs relatifs à l'effet de la médication.

Habitudes de vie. Les questions sur les habitudes de vie sont tirées du questionnaire 0-5-30 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004).

Durée du sommeil. Nous demandons à chaque participant son heure habituelle du coucher et du lever. Nous vérifions ensuite si la personne fait des siestes. La durée des siestes est calculée

séparément pour distinguer le sommeil nocturne du sommeil diurne.

Consommation de fruits et de légumes.

Après avoir expliqué la signification d'une « portion de légumes », on pose la question suivante : « Combien de portions de légumes ou de jus de légumes consommez-vous en moyenne (au déjeuner, au dîner, au souper, aux collations)? » Le même exercice est repris pour les fruits. La consommation de pommes de terre est comptabilisée à part (combien de vos portions de légumes sont des pommes de terre?).

Niveau d'activité physique. L'activité physique est définie par l'OMS comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos. Selon l'OMS, une activité physique d'une durée de 30 minutes par jour, effectuée en continu ou répartie en blocs de 10 minutes, est suffisante pour améliorer sa santé (WHO, 2007). Ici, pour être comptabilisée, l'activité physique doit donc être pratiquée sur une période d'au moins 10 minutes consécutives. La mesure du niveau d'activité physique de chaque participant commence par la question suivante : « combien de jours par semaine faites-vous de l'activité physique comme la marche? » Si la réponse est au moins un jour par semaine, on lui demande de décrire chacune de ses activités physiques en spécifiant sa durée.

Sobriété tabagique. Pour mesurer les variations de consommation de tabac, nous demandons à la fin de l'étude la quantité de cigarettes fumées par jour et celle qui prévalait deux ans auparavant (au début de l'étude).

Méthode d'analyse

L'étude utilise un devis corrélationnel. Des analyses de variance permettent de vérifier les différences entre les groupes ou dans le groupe à deux ans d'intervalle (tests de t de Student pour échantillons appariés). Des corrélations de Pearson permettent d'évaluer le lien entre les facteurs modifiables de l'obésité et les mesures de l'obésité. Pour représenter la variation de l'IMC en fonction de la famille, seules les familles avec plus d'un PTMA (n=11) sont retenues. Les données sont analysées avec le logiciel SPSS (version 13.0).

Résultats

Participants

Des 73 participants, 54 ont pu être rencontrés deux ans plus tard (pour un taux de rétention de 74 %). Six ont déménagé à l'extérieur de la région. Il a été possible d'obtenir leur IMC à partir de leur dossier médical.

Obésité

Au début de l'étude, l'IMC moyen est de 29,3 (voir tableau 1). La majorité des participants sont en excès de poids ou obèses. Plus spécifiquement, 25 % montrent un excès de poids (IMC supérieur à 25) et 53 % sont obèses (IMC supérieur à 30). Il en est de même pour le TT, la majorité des participants souffrent d'obésité abdominale.

Tableau 1

Variation de l'IMC et tour de taille durant les 2 années de l'étude

Mesure	Début étude		Fin étude	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
IMC	29,3	5,43	29,68	6,18
Tour de taille ^a	102,49	13,68	105,40	14,94
Tour de taille ^a homme	103,29	14,2	106,44	16,88
Tour de taille ^a femme	101,69	13,35	104,37	12,96

Note. ^aTour de taille exprimé en centimètres.

L'obésité varie considérablement selon la mesure utilisée. Ainsi, 41 % des hommes sont obèses selon l'IMC, alors que ce taux atteint 57 % selon le TT. Cette variation est encore plus accentuée chez les femmes où le taux d'obésité passe de 46 % selon l'IMC à 88 % selon le TT. Pour l'ensemble des participants, les mesures de l'obésité ont augmenté durant les deux ans de l'étude, mais seule l'augmentation du TT moyen ($p < ,05$) est significative. Les dix personnes qui au début de l'étude avaient un IMC supérieur à 35 ont pris en moyenne 5 kg.

Facteurs modifiables

Les facteurs modifiables à l'étude comprennent la famille, la médication antipsychotique et les habitudes de vie. Ces dernières incluent la durée du sommeil, la consommation de fruits et légumes, le niveau d'activité physique et la sobriété tabagique.

Famille. Les participants de l'étude vivent dans 23 familles différentes. La figure 1 présente les données obtenues par les 44 PTMA réparties dans les 11 familles représentées en abscisse par les lettres A à K. Cette figure illustre, pour chaque famille, le pourcentage de participants qui ont connu des gains ou des pertes de poids durant l'étude. Le pourcentage de participants qui conservent un poids stable n'apparaît pas dans la figure.

Ainsi, dans 8 des 11 familles, les résultats montrent que le poids de tous les participants à l'intérieur d'une même famille varie dans la même direction (un gain ou une perte de poids). Par exemple, dans la famille A, 71 % des participants ont connu une hausse de poids, alors qu'aucun n'a connu une perte (les autres 29 % sont demeurés stables). La famille s'avère le principal facteur qui influence l'IMC. Il expliquerait 26 % de la variation de l'IMC comparativement à 19 % pour la médication.

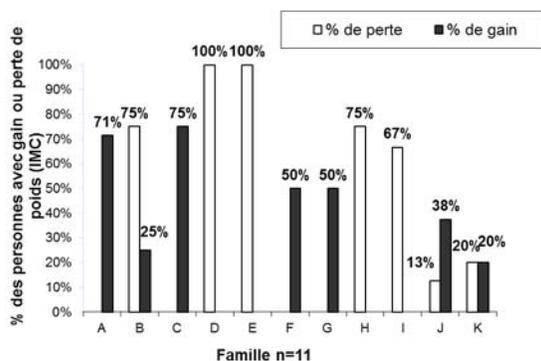


Figure 1. Pourcentage des personnes traitées par une médication antipsychotique par famille présentant des pertes ou des gains de poids (IMC) à la fin de l'étude.

Médication. À la fin de l'étude, 21 % des PTMA prennent une médication antipsychotique typique comme l'halopéridol et les autres, 79 %, une médication atypique. La majorité de ceux ayant une médication atypique prend de la rispéridone et de l'olanzapine. Il n'y a pas d'augmentation significative de l'IMC en fonction du type de médication. Les personnes traitées avec une médication atypique ont un TT significativement plus élevé, soit celles traitées à la rispéridone ($F = 5,78$, $p < ,05$) et à l'olanzapine ($F = 4,145$, $p < ,05$).

Durée du sommeil. Les participants dorment en moyenne 11,5 heures (ÉT 1,42) par jour, incluant une sieste d'une durée moyenne de 60 minutes. La durée de la sieste est corrélée positivement avec l'IMC ($r = ,446$, $p < ,05$) mais pas avec la durée du sommeil. On observe aussi que les personnes sous médication atypique font plus de siestes ($t = 3,631$, $p < ,05$).

Consommation de fruits et de légumes. Les participants consomment en moyenne 3,8 portions de fruits et de légumes par jour (dont 2,2 portions de légumes). Près du tiers (35 %) de l'échantillon ne consomme aucun légume. Les participants qui mangent 3 légumes par jour ont un IMC moyen plus faible comparé à ceux qui ne consomment aucun légume (24,95 ET 3,25 vs 32,12 ET 6,55). D'ailleurs, les participants qui ne consomment aucun légume ont pris du poids (moyenne 1,74 ET 3,98) et ce gain est significatif ($t = 2,093$, $p < ,05$). Enfin, on observe que les participants qui consomment tous les jours des pommes de terre ($n=7$) ont pris du poids (IMC moyen passant de 30,449 ET 5,611 à 32,787 ET 7,042). À noter ici que ces participants ne mangeaient pas (ou peu) de légumes.

Niveau d'activité physique. L'activité physique la plus pratiquée est la marche. Les autres activités physiques incluent la danse, le vélo ou des séances d'exercices physiques. La durée moyenne de l'activité physique pratiquée se situe à près de 30 minutes par jour (ÉT 5,38). La pratique quotidienne d'activités physiques est associée à une diminution significative de l'IMC (test $t = 3,58$, $p < ,05$). Enfin, 19 sur 20 personnes qui faisaient de l'activité physique tous les jours marchaient plus d'une heure par jour. Pour l'ensemble des participants, l'activité physique est corrélée avec une baisse de l'IMC ($r = ,46$, $p < ,05$).

Sobriété tabagique. Cinquante-et-un pour cent des participants sont maintenant non-fumeurs. Le nombre de fumeurs a diminué de 15 % sur deux ans. La quantité de cigarettes fumées a diminué de façon significative (test $t = -1,990$, $p < ,05$). Même chez les fumeurs qui persistent, on observe une baisse moyenne de consommation de cigarettes de l'ordre de 12 % par fumeur. Durant les deux années de l'étude, l'IMC des non-fumeurs demeure

stable pendant que celui des fumeurs augmente (test $t = 2,012$, $p < ,05$).

Discussion

Le but de cette étude est d'identifier les facteurs modifiables de l'obésité chez les PTMA. Nous commentons donc maintenant les cibles identifiées par cette recherche ainsi que l'impact des résultats pour les interventions futures.

Obésité

La plupart des études portant sur l'obésité chez les PTMA (Green et al., 2000) utilisent seulement l'IMC comme mesure de l'obésité. Ici, une telle procédure amènerait à conclure que 17 % des personnes souffrent d'embonpoint alors qu'elles sont atteintes d'obésité abdominale selon la mesure du TT. Encore plus impressionnant, 27 % des femmes de l'étude présentent un poids santé selon l'IMC, tout en souffrant d'obésité abdominale. En 2007, un groupe d'experts recommandait d'ailleurs que le TT soit considéré comme un des signes vitaux (McDonald, 2007). En somme, le TT constitue la mesure la plus fiable pour détecter les personnes à risque chez les PTMA.

Famille

En dépit des différences individuelles (au plan génétique, de la pathologie, de la médication, etc.), la prise ou la perte de poids est d'abord et avant tout en lien avec la famille d'appartenance (Birch et Davison, 2001). Ces résultats appuient l'étiologie environnementale de l'actuelle épidémie d'obésité développée par d'autres auteurs (Luo et al., 2007). Ces résultats supposent qu'il serait plus utile d'intervenir avec l'idée que les problèmes de santé concernent toute la famille (Wright et Leahey, 2007). Autrement dit, il est préférable de concevoir l'obésité comme un problème familial et diriger l'enseignement vers la famille (le système) en intégrant un modèle d'intervention familial. Des études tendent d'ailleurs à démontrer que l'enseignement à la famille serait plus efficace que l'enseignement à la personne obèse seule (Berry et al., 2004).

Médication

Il est bien établi maintenant que les antipsychotiques atypiques causent davantage de gain de poids (Allison et al., 2009). Nos résultats vont plus loin. Le gain se fait principalement dans la région abdominale, ce que valident d'autres études (Cohn et al., 2004). Or, cette forme d'obésité est la première responsable des complications comme les maladies cardiorespiratoires et le diabète (Pardo Silva et al., 2006).

Durée du sommeil

Une recherche démontre que l'obésité est aussi associée à une augmentation de la durée totale du sommeil (Youngstedt et Kripke, 2004). Cela peut expliquer deux observations de cette étude : d'abord l'association entre obésité et durée des siestes ainsi qu'une tendance des PTMA sous médication atypique à faire plus de siestes.

Légumes vs fruits vs pommes de terre

Des programmes comme le défi santé 0-5-30 encouragent les gens à manger davantage de fruits et de légumes sans distinction. Nos résultats indiquent que la consommation accrue de légumes excluant les pommes de terre et incluant peu de fruits constitue un atout déterminant pour maintenir un poids santé. D'autres études ont établi un lien entre la consommation de pommes de terre et une hausse du TT (Halkjaer, Tjonneland, Overvad, et Sorensen, 2009) et le diabète de type II. (Halton et al., 2006) Il est donc essentiel à l'avenir que les programmes de promotion comme ceux du défi santé 0-5-30 raffinent leurs cibles en insistant davantage sur les légumes à consommer et en discriminant la pomme de terre. Cela peut se faire en classant tout simplement la pomme de terre dans la catégorie des féculents à l'égal de d'autres programmes d'enseignement comme celui de l'association canadienne du diabète (2003). Ce classement permettrait de manger des pommes de terre tout en accordant la priorité aux légumes. Les personnes ($n=6$) qui consomment 4 légumes ou plus par jour ont connu une hausse de leur IMC. Cette hausse d'IMC pourrait s'expliquer par le fait qu'elles consommaient en plus 4 à 6 fruits par jour. Une distinction s'impose aussi pour les fruits. Un lien entre manger plus de fruits et prendre du poids a été observé dans d'autres études (Greene et al., 2006). Une stratégie efficace pour maintenir un poids santé est de faire la promotion des fruits à titre de desserts (Schulze, Fung, Manson, Willett, et Hu, 2006). En conséquence, il est proposé de limiter l'utilisation de l'expression « 5 fruits ou légumes » et de présenter les fruits comme complémentaires aux légumes, plutôt qu'équivalents. Enfin, se rappeler que la consommation de jus de fruits est aussi associée à un gain de poids (Warner, Harley, Bradman, Vargas, et Eskenazi, 2006).

Activité physique

Pour des personnes sédentaires comme la clientèle ici à l'étude, la cible de la promotion de l'activité physique devrait spécifiquement viser l'activité physique intégrée à la routine quotidienne (plutôt que des activités physiques exceptionnelles abandonnées rapidement). Pour des personnes sédentaires, le premier objectif pourrait être de dix

minutes d'activité physique, mais intégrée à la routine quotidienne de la personne.

Sobriété tabagique

Dans la population des PTMA comme dans la population en général, la sobriété tabagique est en hausse (CROP, 2005). Une croyance répandue dans la population veut que fumer fasse maigrir ou aide à ne pas prendre du poids. Nos résultats indiquent l'inverse. Comparés aux non-fumeurs, les fumeurs dans notre étude sont plus gros et connaissent une hausse de leurs IMC à la fin du suivi de deux ans. La clé de l'énigme pourrait reposer sur les habitudes des fumeurs qui abandonnent rapidement l'activité physique (Steptoe, Rink, et Kerry, 2000). Ainsi, la consommation de tabac est inversement corrélée avec l'activité physique ($r = -.475$, $p < .05$).

Limites de l'étude

La portée de cette étude comporte des limites. D'abord, les habitudes de vie sont autorapportées. Quoique valides (Cappuccio et al., 2003), de telles mesures diffèrent souvent de celles rapportées par un observateur externe (Visscher, Viet, Kroesbergen, et Seidell, 2006). En ce qui concerne le questionnaire sur les habitudes de vie, cette recherche utilise celui en usage pour la population générale. Après cette recherche, d'autres questionnaires plus précis ont été expérimentés auprès de PTMA (Archie et al., 2007) et pourraient être utilisés dans les prochaines études concernant cette population. De plus, les mesures des habitudes de vie sont collectées à la fin de l'étude uniquement, ce qui fait appel à la mémoire. Enfin, il s'agit d'une étude corrélacionnelle qui, par définition, ne permet pas d'établir de liens de cause à effet. D'autres études devront être réalisées avec un devis expérimental afin d'évaluer l'effet d'une augmentation de l'offre de légumes et la promotion de l'activité physique quotidienne sur l'IMC et le TT des PTMA.

Conclusion

Cette étude met en lumière la nécessité pour les infirmières et les autres intervenants impliqués auprès des familles accueillant des PTMA de cibler des éléments précis de la routine quotidienne, soit l'activité physique (principalement la marche) et la consommation de légumes. De plus, le ruban à mesurer le tour de taille doit maintenant faire partie de la trousse de base de l'infirmière puisqu'il constitue l'outil le plus efficace pour détecter les personnes à risques de développer des problèmes de santé reliés à l'obésité (Cloutier, Grenier-Michaud, et Houle, 2010). En outre, nos résultats indiquent clairement que les femmes traitées avec

une médication antipsychotique sont particulièrement à risque de développer de l'obésité abdominale. Enfin, il est illusoire et improductif de continuer à mettre l'accent uniquement sur l'autocontrôle des individus, tout en les exposant à un milieu obésogène. Réalisons plutôt nos interventions dans une perspective familiale et systémique afin d'inclure les personnes clés, comme ici la personne qui prépare les repas dans la famille.

Références

- Abbate, L. M., Stevens, J., Schwartz, T. A., Renner, J. B., Helmick, C. G., et Jordan, J. M. (2006). Anthropometric Measures, Body Composition, Body Fat Distribution, and Knee Osteoarthritis Dans Women. *Obesity*, *14*(7), 1274-1281. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/7/1274>
- Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L. et al. (2009). Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *The American Journal of Preventive Medicine*, *36*(4), 341-350. doi:S0749-3797(09)00024-5 [pii];10.1016/j.amepre.2008.11.020 [doi]. Repéré à PM:19285199
- Archie, S. M., Goldberg, J. O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L., et McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready for lifestyle changes? *Psychiatric Services*, *58*(2), 233-239. doi:58/2/233 [pii];10.1176/appi.ps.58.2.233 [doi]. Repéré à PM:17287381
- Association canadienne du diabète. (2003). Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes* *27*(2), 1-172. Repéré à <http://themontrrealhouse.com/cda/cpgfrançais/downloads/cpgcomplete.pdf>
- Berry, D., Sheehan, R., Heschel, R., Knafl, K., Melkus, G., et Grey, M. (2004). Family-Based Interventions for Childhood Obesity: A Review. *Journal of Family Nursing*, *10*(4), 429-449. Repéré à <http://jfn.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/4/429>
- Birch, L. L., et Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, *48*(4), 893-907. Repéré à PM:11494642
- Bobes, J., Arango, C., Aranda, P., Carmena, R., Garcia-Garcia, M., et Rejas, J. (2007). Cardiovascular and metabolic risk in outpatients

- with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study. *Schizophrenia Research.*, 90(1-3), 162-173. Repéré à PM:17123783
- Bonnet, F., et Laville, F. (2005). Le syndrome métabolique. *Spectra Biologie*, 145, 27-29.
- Cappuccio, F. P., Rink, E., Perkins-Porras, L., McKay, C., Hilton, S., et Steptoe, A. (2003). Estimation of fruit and vegetable intake using a two-item dietary questionnaire: a potential tool for primary health care workers. *Nutrition Metabolism Cardiovascular Diseases.*, 13(1), 12-19. Repéré à PM:12772433
- Chuang, H. T., Mansell, C., et Patten, S. B. (2008). Lifestyle characteristics of psychiatric outpatients. *Can.J.Psychiatry*, 53(4), 260-266. Repéré à PM:18478829
- Chwastiak, L. A., Rosenheck, R. A., McEvoy, J. P., Stroup, T. S., Swartz, M. S., Davis, S. M. et al. (2009). The impact of obesity on health care costs among persons with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 31(1), 1-7. doi:S0163-8343(08)00174-6 [pii];10.1016/j.genhosppsy.2008.09.012 [doi]. Repéré à PM:19134502
- Cloutier, L., Grenier-Michaud, S., et Houle, J. (2010). Le tour de taille Une mesure qui en dit long. *Perspective Infirmière*, 5(7), 32-34.
- Cohn, T., Prud'homme, D., Streiner, D., Kameh, H., et Remington, G. (2004). Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Canadian Journal Psychiatry*, 49(11), 753-760. Repéré à PM:15633853.
- CROP. (2005). Suivi du sondage relatif aux habitudes d'usage du tabac : Rapport de recherche présenté au ministère des Finances et au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/tabac/sondage_crop_printemps05.pdf
- Dansinger, M. L., Tatsioni, A., Wong, J. B., Chung, M., et Balk, E. M. (2007). Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann.Intern.Med.*, 147(1), 41-50. doi:147/1/41 [pii]. Repéré à PM:17606960
- Despres, J. P., Lemieux, I., et Prud'homme, D. (2001). Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *British Medical Journal*, 322(7288), 716-720. Repéré à PM:11264213
- Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O., et Allison, D. B. (2003). Years of life lost due to obesity. *Journal of American Medical Association*, 289(2), 187-193. doi:joc20945 [pii]. Repéré à PM:12517229
- Fortin, M. F. (2006a). L'énoncé du but, des questions et des hypothèses. Dans *Fondements et étapes du processus de recherche* (p. 127-142). Les éditions de la Chenière inc. Montréal.
- Fortin, M. F. (2006b). Les approches quantitative et qualitative. Dans *Fondements et étapes du processus de recherche* (p. 20-35). Chenière Education.
- Fountoulakis, K. N., Nimatoudis, I., Iacovides, A., et Kaprinis, G. (2004). Off-label indications for atypical antipsychotics: A systematic review. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 3(1), 4. doi:10.1186/1475-2832-3-4 [doi];1475-2832-3-4 [pii]. Repéré à PM:14975068
- Gorin, A. A., Raynor, H. A., Niemeier, H. M., et Wing, R. R. (2007). Home grocery delivery improves the household food environments of behavioral weight loss participants: Results of an 8-week pilot study. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity.*, 4(58), 1-6. Repéré à PM:18001469
- Green, A. I., Patel, J. K., Goisman, R. M., Allison, D. B., et Blackburn, G. (2000). Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *General Hospital Psychiatry*, 22(4), 224-235. Repéré à PM:0010936629;
- Greene, L. F., Malpede, C. Z., Henson, C. S., Hubbert, K. A., Heimbürger, D. C., et Ard, J. D. (2006). Weight Maintenance 2 Years after Participation in a Weight Loss Program Promoting Low-Energy Density Foods. *Obesity*, 14(10), 1795-1801. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/10/1795>
- Halkjaer, J., Tjønneland, A., Overvad, K., et Sorensen, T. I. (2009). Dietary predictors of 5-year changes in waist circumference. *Journal of the American Dietetic Association.*, 109(8), 1356-1366. doi:S0002-8223(09)00637-3 [pii];10.1016/j.jada.2009.05.015 [doi]. Repéré à PM:19631041
- Halton, T. L., Willett, W. C., Liu, S., Manson, J. E., Stampfer, M. J., et Hu, F. B. (2006). Potato and french fry consumption and risk of type 2 diabetes in women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(2), 284-290. doi:83/2/284 [pii]. Repéré à PM:16469985
- Hossain, P., Kavar, B., et El Nahas, M. (2007). Obesity and Diabetes in the Developing World A Growing Challenge. *The New England Journal of Medicine*, 356(2), 213-215.
- Lau, D. C. W., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., Ur, E. et al. (2007). Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants [sommaire]. *Canadian Medical Association Journal*, 176(8), p.1-14. Repéré à <http://www.cmaj.ca>
- Luo, W., Morrison, H., de Groh, M., Waters, C., DesMeules, M., Jones-McLean, E. et al. (2007). The burden of adult obesity in Canada. *Chronic Diseases in Canada.*, 27(4), 135-144. Repéré à PM:17623559;
- Mauri, M., Castrogiovanni, S., Simoncini, M.,

- Iovieno, N., Miniati, M., Rossi, A. et al. (2006). Effects of an educational intervention on weight gain in patients treated with antipsychotics. *J Clinical Psychopharmacolgy.*, 26(5), 462-466. Repéré à <http://ovidsp.tx.ovid.com/spa/ovidweb.cgi>
- McCreadie, R. G. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 534-539. Repéré à PM:14645025
- McDonald, S. D. (2007). Management and prevention of obesity in adults and children. *Canadian Medical Association Journal*, 176(8), 1109-1110. Repéré à PM:17420494
- McTigue, K. M., Hess, R., et Ziouras, J. (2006). Obesity in Older Adults: A Systematic Review of the Evidence for Diagnosis and Treatment. *Obesity*, 14(9), 1485-1497. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/9/1485>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2004). Questionnaire 0-5-30. <http://www.0-5-30.com/Abitibi-Temiscamingue/index.asp?rgn=Abitibi-Temiscamingue>. Repéré à <http://www.0-5-30.com/>
- Newcomer, J. W. (2007). Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Suppl 1, 20-27. Repéré à PM:17286524
- Ogden, C. L., Yanovski, S. Z., Carroll, M. D., et Flegal, K. M. (2007). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 132(6), 2087-2102. doi:S0016-5085(07)00579-3 [pii];10.1053/j.gastro.2007.03.052 [doi]. Repéré à PM:17498505
- Olshansky, S. J., Passaro, D. J., Hershov, R. C., Layden, J., Carnes, B. A., Brody, J. et al. (2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *The New England Journal Medical*, 352(11), 1138-1145. doi:352/11/1138 [pii];10.1056/NEJMSr043743 [doi].
- Oppenheimer, B. W., Berger, K. I., Rennert, D. A., Pierson, R. N., Norman, R. G., Rapoport, D. M. et al. (2006). Effect of Circulatory Congestion on the Components of Pulmonary Diffusing Capacity in Morbid Obesity. *Obesity*, 14(7), 1172-1180. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/7/1172>
- Paradis, G. (2007). Défi Habitudes de vie: Stratégies de Recherche et de Transfert Gouvernement du Québec: Conseil de la science et de la technologie Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à: http://www.cst.gouv.qc.ca/IMG/pdf/Strategie_Habitudes_de_vie.pdf
- Pardo Silva, M. C., De Laet, C., Nusselder, W. J., Mamun, A. A., et Peeters, A. (2006). Adult Obesity and Number of Years Lived with and without Cardiovascular Disease. *Obesity*, 14(7), 1264-1273. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/7/1264>
- Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Al, M. A., et Bonneux, L. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals Internal.Medecine.*, 138(1), 24-32. doi:200301070-00008 [pii]. Repéré à PM:12513041
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatto, C., Turner, S., Kessissoglou, S. et al. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research Development Disabilities*, 21(6), 469-486. doi:S0891422200000536 [pii]. Repéré à PM:11153830
- Schulze, M. B., Fung, T. T., Manson, J. E., Willett, W. C., et Hu, F. B. (2006). Dietary Patterns and Changes in Body Weight in Women. *Obesity*, 14(8), 1444-1453. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/8/1444>
- Steiner, W., et Huckell, V. F. (2003). Répercussions des antipsychotiques Atypiques sur la santé. *Coeur en Tête*, 1(1), 1-8.
- Steptoe, A., Rink, E., et Kerry, S. (2000). Psychosocial predictors of changes in physical activity in overweight sedentary adult following counseling in primary care. *Preventive Medecine*, 31, 183-194.
- Ulmer, F. C. (1976). The Hawthorne effect. *Educational directions for dental auxiliaries*, 1(2), 28. Repéré à PM:1069641
- Visscher, T. L. S., Viet, A. L., Kroesbergen, I. H. T., et Seidell, J. C. (2006). Underreporting of BMI in Adults and Its Effect on Obesity Prevalence Estimations in the Period 1998 to 2001. *Obesity*, 14(11), 2054-2063. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/11/2054>
- Warner, M. L., Harley, K., Bradman, A., Vargas, G., et Eskenazi, B. (2006). Soda Consumption and Overweight Status of 2-Year-Old Mexican-American Children in California. *Obesity*, 14(11), 1966-1974. Repéré à <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/14/11/1966>
- Whitmer, R. A., Gunderson, E. P., Barrett-Connor, E., Quesenberry, C. P., et Yaffe, K. (2005). Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27 year longitudinal population based study. *British medical journal*, 330(7504), 1360-1364. Repéré à PM:15863436
- WHO. (1998). Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale (894). Genève: WHO. Repéré à

- http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_fre.pdf
- WHO. (2007). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : Niveau d'activité physique recommandé. Repéré à http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
- Wright, L. M., et Leahey, M. (2007). L' infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention (Lyne Campagna trad.) (3e ed.). Saint-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Youngstedt, S. D., et Kripke, D. F. (2004). Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. *Sleep Medicine Reviews.*, 8(3), 159-174. doi:10.1016/j.smr.2003.10.002 [doi];S1087079203000844 [pii]. Repéré à PM:15144959