

# **Meilleur départ**

Action  
communautaire  
pour la santé des bébés

---

## **La promotion d'une image corporelle saine**

**Un guide à l'intention des planificateurs de programmes**

Préparé pour le  
Centre ontarien d'information en prévention

*par Carla Rice, 1995*

# Table des matières

Introduction .....	4
Collaborateurs .....	5
Y a-t-il un lien entre l'image corporelle et l'insuffisance pondérale à la naissance? .....	5
Le continuum des problèmes liés à l'image corporelle .....	8
L'image corporelle dans son contexte culturel .....	12
Les préoccupations relatives au poids et à la forme du corps : Facteurs de risque de l'insuffisance pondérale à la naissance .....	15
Les femmes sans enfant ou enceintes devraient-elles se préoccuper de leur poids?.....	20
La promotion d'une image corporelle saine : Stratégies en vue du changement.....	24
Application des concepts et approches en promotion de la santé.....	24
Stratégies de communication.....	26
Créer un profil du public cible.....	26
Définir les objectifs du programme à tous les niveaux de changement .....	31
Élaborer un plan de communication stratégique dans le domaine de la promotion de la santé .....	38
La promotion de la santé mise en pratique.....	41
Communication et mobilisation communautaire dans le domaine de la santé : l'expérience de Barrie.....	41

<i>Meilleur départ</i> , Barrie .....	41
Mobilisation des élèves du secondaire : projet du groupe sur l'image corporelle, école secondaire Malvern, Toronto.....	49
Communication en matière de santé.....	51
Projets et activités de promotion de la santé .....	53
Projets .....	53
Activités de promotion de la santé .....	58
Annexe 1 .....	65
Bibliographie.....	65
Feuilles de travail en vue de la.....	73
Répertoire du matériel de référence.....	78

# Introduction

L'idée d'élaborer le document *La promotion d'une image corporelle saine* est venue en novembre 1993, lors d'un atelier de deux jours qui avait pour but d'examiner les problèmes liés à l'image corporelle chez les femmes, de déceler les liens entre le désir des mères de contrôler leur poids et l'insuffisance pondérale des bébés, et d'offrir des modèles et stratégies de promotion de la santé pour changer la situation. L'atelier a été commandité par *Meilleur départ : Action communautaire pour la santé des bébés*, une initiative du ministère de la Santé de l'Ontario visant à mobiliser la communauté dans le but de promouvoir la santé des femmes et réduire le nombre de cas d'insuffisance pondérale à la naissance en Ontario. L'importante place qu'occupent l'image corporelle, le poids et la nutrition dans la vie des femmes est, selon les responsables de *Meilleur départ*, l'une des raisons du taux élevé d'insuffisance pondérale à la naissance. S'attarder au combat que mènent les femmes contre le poids et la nourriture devient donc une stratégie importante de toute campagne approfondie de promotion de la santé et de prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance en Ontario. Un rapport a été publié pour faire suite à l'atelier sur la promotion d'une image corporelle saine. Ce dernier a été si bien accueilli que les responsables de *Meilleur départ* ont décidé de produire un guide de planification de programmes.

Le guide comporte quatre sections. La première passe en revue les plus récentes recherches sur les préoccupations relatives au poids et sur l'insuffisance pondérale à la naissance; elle fournit également des renseignements sur les facteurs historiques et culturels qui déterminent l'image corporelle chez les femmes en âge d'avoir des enfants. La deuxième section met de l'avant des stratégies ciblées de promotion d'une image corporelle saine. On y applique les concepts actuels de promotion de la santé et de communication à la promotion d'une image corporelle saine auprès des femmes en âge d'avoir des enfants. La troisième section présente des initiatives de promotion de la santé, de mobilisation communautaire et de communication dans le domaine de la santé et inclut cinq exemples de projets communautaires. On discute enfin, dans la dernière section, de projets et d'activités de promotion de la santé.

Ce rapport a été élaboré grâce au soutien financier de la Province de l'Ontario. Il exprime les opinions des auteurs, qui ne sont pas formellement sanctionnées par la Province de l'Ontario.

Offert en anglais

<http://www.beststart.org>

# Collaborateurs

*Carla Rice, B.A., M.Éd.*

Éducatrice et conseillère, Carla Rice a conscientisé les Canadiens de toutes les provinces aux problèmes liés à l'image corporelle par le biais d'organismes d'intervention communautaire, en tant que coordinatrice du National Eating Disorder Information Centre et organisatrice nationale de la semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires. À l'heure actuelle, Carla collabore avec le centre régional de santé des femmes de l'hôpital Women's College pour mettre sur pied des programmes d'intervention axés sur l'image corporelle auprès des jeunes filles et des femmes. Elle est l'un des fondateurs de l'initiative *EmBodying Equity* du Conseil de l'éducation de Toronto. Elle a publié des documents qui portent entre autres sur les liens entre les problèmes liés à l'image corporelle et les traumatismes infantiles, et le contexte social du combat que mènent les femmes contre leur corps. Elle prépare maintenant son doctorat en études féminines à l'université York.

*Donna Ciliska, infirmière autorisée, Ph.D.*

Donna Ciliska est professeure agrégée à l'école de soins infirmiers de la faculté de sciences de la santé de l'université McMaster et conseillère-clinicienne aux Services de santé publique de la municipalité régionale de Hamilton-Wentworth. Ses travaux de recherche portent sur l'image corporelle, l'obésité et les troubles alimentaires. Elle a publié plusieurs chapitres et articles sur ces sujets, ainsi qu'un livre intitulé *Beyond Dieting*.

*Charles Clayton, B.A.(psy.), M.Éd.(mesures et évaluations)*

Charles Clayton est chef de l'Unité des stratégies en nutrition et activités physiques de la Direction de la promotion de la santé au ministère de la Santé de l'Ontario. Il a pour fonction principale de gérer l'élaboration de stratégies provinciales relatives à la nutrition et à l'activité physique en collaboration avec d'autres ministères, directions du ministère de la Santé et organismes communautaires. Il a par le passé dirigé la conception et la mise en œuvre de projets pilotes communautaires de promotion de la santé comme *Meilleur départ : Action communautaire pour la santé des bébés* et le Programme de promotion de la santé vasculaire de l'Ontario. Avant d'entrer au ministère de la Santé, Charles a conçu et géré des campagnes d'éducation du public portant sur le tabagisme, la bonne forme au travail, la gestion de l'hypertension et la conduite en état d'ébriété.

*Lynn Garrison, M.Sc.S.*

Diététicienne-hygiéniste chevronnée, Lynn Garrison travaille à l'heure actuelle pour le compte du programme de santé des adolescents des Services de santé publique de Hamilton-Wentworth. Elle était auparavant directrice de la nutrition à la Commission ontarienne de commercialisation du lait, où elle a élaboré du matériel de référence sur l'adolescence.

*Larry Hershfield, M.A.* Larry Hershfield est membre du *Centre for Health Promotion* où il dirige l'unité des communications dans le domaine de la santé. Après avoir obtenu sa maîtrise en psychologie sociale, il a occupé de nombreux postes de direction dans le domaine de la santé publique, dont celui de chef de la Division des programmes de promotion de la santé et de prévention à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Plus récemment, il a animé en Ontario et dans le reste du pays de nombreuses consultations sur les communications dans le domaine de la santé.

*Carmen James-Henry, infirmière autorisée, B.A.A.(soins infirmiers)*

Carmen James-Henry est infirmière en santé publique pour le compte du programme de santé des adolescents des Services de santé publique de la ville de Toronto. En tant qu'éducatrice et de conseillère auprès d'élèves du secondaire, de membres du personnel des écoles et de parents, elle a mis sur pied de nombreuses activités novatrices dans le domaine de l'image corporelle et du poids-santé.

*Joanne Miceli*

Joanne Miceli est intervenante en développement communautaire pour le compte de l'initiative *Meilleur départ* d'Algoma. Dans le cadre de son travail de promotion de la santé, elle a mis sur pied de nombreuses activités novatrices dans la communauté de Sault Ste. Marie. Par le passé, elle a été conseillère en emploi et agente communautaire dans le cadre d'un programme pour les jeunes, ce qui lui a permis de très bien connaître la communauté et ses besoins.

*Marion Olmsted, Ph.D., psychologue*

Marion Olmsted est psychologue et possède 15 ans d'expérience dans les domaines de l'image corporelle, des préoccupations relatives au poids et des troubles alimentaires. Elle dirige maintenant le programme de soins ambulatoires en matière de troubles alimentaires à l'hôpital de Toronto. Elle est également chargée de cours à la faculté de psychiatrie de l'université de Toronto.

*Kim McEwen Shadgett, B.A. (soc.)*

Kim McEwen Shadgett est intervenante communautaire pour le compte de l'initiative *Meilleur départ* de Barrie. Elle participe également à un groupe de conscientisation à l'image corporelle et s'intéresse grandement aux pressions sociales et culturelles qui poussent les femmes à se conformer à une image précise. Dans le cadre de *Meilleur départ*, elle a aussi participé à une stratégie d'élimination de la violence faite aux femmes, à l'élaboration de stratégies d'appui aux parents adolescents et à une initiative de soutien aux locataires voulant participer à l'administration de leur complexe de logement social. Forte d'une expérience en counseling, développement communautaire et élaboration de programmes, Kim a déjà été directrice du *Family Life Resource Centre* de Brampton, en Ontario. Elle termine à l'heure actuelle son baccalauréat en sciences sociales.

## Y a-t-il un lien entre l'image corporelle et l'insuffisance pondérale à la naissance?

De nos jours, la plupart des femmes qui grandissent en Occident sont décues de leur corps, plus précisément de leur taille et de leur forme. Nombre d'entre elles tentent d'en modifier l'apparence en suivant des régimes ou, pire, en se privant de nourriture, en se forçant à vomir, en prenant des produits laxatifs ou des diurétiques, ou encore en faisant des exercices vigoureux. L'importante place qu'occupent à l'heure actuelle chez les femmes les problèmes liés à l'image corporelle a été attribuée aux fortes pressions sociales incitant les gens à souscrire à un idéal irréaliste de la beauté féminine, qui limite la beauté aux corps jeunes et blancs, parfaits, tubulaires, athlétiques, physiquement aptes et surtout minces. Nulle part ailleurs la promotion de cette image n'est si évidente que dans les médias populaires, où l'on relie directement la réussite personnelle, la puissance et l'amour-propre de la femme à sa capacité de se conformer à l'idéal dominant.

L'idéologie véhiculée par les médias a des conséquences particulièrement néfastes pour les adolescentes et les jeunes femmes adultes, qui intériorisent l'influence présumée de l'apparence sur l'identité et l'amour-propre et agissent souvent en conséquence. Les régimes et autres mesures de contrôle du poids sont si fréquents chez les femmes d'aujourd'hui que le souci du poids est devenu une préoccupation «normale» (Rodin, 1984). Selon certains chercheurs, l'alimentation contrôlée (régimes) est si généralisée qu'elle devrait être rebaptisée «alimentation normale», parce qu'il s'agit du lot quotidien de la majorité des femmes (Polivy et Herman, 1987).

Dans notre culture, la plupart des femmes qui contrôlent leur poids sont en âge d'avoir des enfants. Comment les femmes qui ont grandi dans notre société anti-poids peuvent-elles faire face au gain de poids et aux autres changements corporels qu'entraîne une grossesse? On rapporte que l'idéal de beauté actuel pourrait avoir des conséquences directes et néfastes pour les femmes enceintes, qui se sentent grosses, mal à l'aise et en perte de contrôle (Moore, 1978; Sumner, 1993; Davis-Floyd, 1994). Certains chercheurs ont même avancé l'idée que chez de nombreuses femmes, les préoccupations relatives à l'image corporelle ne s'arrêtent pas à la grossesse.

Comment l'idéal de beauté véhiculé et la déception que celui-ci entraîne chez les femmes jouent-ils sur la capacité de ces dernières à prendre adéquatement soin d'elles durant la grossesse? Nous ne savons pas combien de femmes suivent un régime ou adoptent des mesures plus extrêmes de contrôle de leur poids durant la grossesse. Au cours de quelques études menées sur le sujet, par contre, un pourcentage considérable de femmes ont rapporté avoir réduit leur apport alimentaire ou adopté des mesures de contrôle du poids plus extrêmes durant la grossesse (Fairburn, 1990; Fairburn, 1992). Selon d'autres chercheurs, certaines femmes enceintes pourraient se sentir trop coupables pour admettre avoir adopté des comportements potentiellement nuisibles à la santé de leurs enfants. Ce pourcentage pourrait donc être encore plus élevé que ne le suggèrent les études. Nous ne savons également que très peu de choses sur l'attitude qu'adoptent les fournisseurs de soins de santé à l'égard du gain de poids durant la grossesse. Des témoignages anecdotiques suggèrent qu'ils n'échappent pas aux attitudes culturelles sur la minceur et le poids. Certains véhiculent l'idéologie dominante lors de leurs rencontres avec les femmes enceintes, perpétuant ainsi les mythes néfastes sur le gain de poids et l'alimentation durant la grossesse (Hollifield, 1990).

L'importance de ces valeurs et comportements ne devrait surprendre personne, compte tenu de l'absence quasi-totale d'images positives de femmes enceintes dans notre culture et du nombre considérable de mythes populaires néfastes sur la grossesse et le poids. Bon nombre de femmes enceintes et de fournisseurs de soins de santé continuent de nourrir de vieilles idées sur le gain de poids et l'alimentation durant la grossesse. Par ailleurs, on représente habituellement la grossesse dans notre société soit par l'image d'un corps lourd et en perte de contrôle qui accable la femme, soit par l'image d'un corps de femme enceinte parfait, sans vergeture, qui n'a pris du poids qu'au niveau de l'abdomen. La réalité se situe quelque part entre ces deux extrêmes, mais notre culture populaire ne montre en rien la diversité, la pluralité et la complexité de l'expérience des femmes durant la grossesse.

Comment les problèmes liés à l'image corporelle et au contrôle du poids chez les femmes enceintes affectent-ils le poids des bébés? Il existe un lien direct entre le poids que prend la mère durant la grossesse et le poids du nouveau-né, de même qu'entre l'insuffisance du gain de poids chez la mère et l'insuffisance pondérale chez le nouveau-né (Abrams, 1986; Stewart, 1987). De plus, les femmes qui n'atteignent pas leur poids-santé au moment de la conception courent davantage de risques de mettre au monde des bébés dont le poids est insuffisant (van der Spuy, 1988). Donc, le contrôle du poids durant - et possiblement avant - la grossesse serait un facteur de risque d'insuffisance pondérale chez l'enfant, surtout chez les femmes qui n'atteignent pas leur poids-santé au moment de la conception. Par ailleurs, les mères adolescentes mettent au monde beaucoup plus d'enfants dont le poids est insuffisant que les mères adultes. Cela peut être dû en partie au fait que les adolescentes sont plus vulnérables aux pressions sociales incitant au contrôle du poids, et en partie au fait qu'elles sont en pleine croissance et ont donc besoin de prendre davantage de poids que les femmes adultes au moment de la grossesse (Morgan 1984).

Certaines personnes avancent même l'idée que les régimes hypocaloriques et le contrôle du poids durant la grossesse constituent le deuxième facteur de risque d'insuffisance pondérale à la naissance, après le tabagisme (Royer, 1984). La plupart des professionnels de la santé et des éducateurs en prévention du tabagisme reconnaissent qu'il existe chez les femmes un lien entre les préoccupations relatives au poids et le tabagisme. De fait, la peur de prendre du poids empêche souvent les femmes d'arrêter de fumer. D'autres recommencent à fumer parce qu'elle désirent perdre du poids. La nicotine demeure une des substances la plus fréquemment qualifiée de coupe-faim efficace par les femmes. Un nombre considérable de jeunes femmes rapportent avoir commencé à fumer afin de contrôler leur appétit et leur poids (Day, 1990). Le tabagisme et les préoccupations relatives au poids seraient donc des facteurs de risque d'insuffisance pondérale étroitement liés, surtout chez les adolescentes. Tout cela témoigne de l'importance de mettre sur pied des programmes complets de prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance qui aborderaient les questions liées à l'image corporelle et au tabagisme.

La présente section traite en détail du contexte culturel, de la nature et de l'ampleur des préoccupations relatives à l'image corporelle, sans oublier leur lien avec l'insuffisance pondérale à la naissance. Il est essentiel de bien saisir la diversité, les origines et l'impact des problèmes liés à l'image corporelle, si nous voulons améliorer la santé des femmes avant et après la grossesse et réduire les cas d'insuffisance pondérale à la naissance en Ontario.

## Le continuum des problèmes liés à l'image corporelle

La plupart des femmes font face à des problèmes liés à l'image corporelle, au poids et à l'alimentation. Selon une étude américaine, 80 à 90 % des femmes n'aimeraient pas leur corps (Hutchison, 1985). Une autre étude, du Canada cette fois, a démontré que près de 70 % des femmes se préoccupent de leur poids et près de 40 % oscillent continuellement entre la perte et le gain de poids (*sondage Gallop*, 1984). Enfin, on estime que jusqu'à 20 % des Canadiennes auraient de sérieux troubles alimentaires (*National Eating Disorder Information Centre*, 1989).

Les femmes blanches ou de classe moyenne ne sont pas les seules à faire face à des problèmes liés à l'image corporelle. Une étude menée auprès de jeunes américaines d'origine autochtone (Chippewa) a démontré que 74 % d'entre elles tentaient de perdre du poids (Rosen et al., 1988). Des chercheurs pour le compte de *Essence Magazine* ont trouvé que les femmes noires tentaient de perdre du poids aussi souvent ou même plus souvent que les femmes blanches. Selon cette étude, 65 % des femmes interrogées étaient au régime, 19 % évitaient de manger lorsqu'elles avaient faim, 4 % vomissaient pour perdre du poids et 17 % utilisaient des produits laxatifs pour contrôler leur poids (Pumariega, Gustavson, Gustavson, Motes et Ayers, 1994). Une autre enquête menée sur le taux de satisfaction des femmes noires à l'égard de leur corps a révélé que plus le poids des femmes était bas, plus ces dernières étaient satisfaites de leur corps (Thomas, 1989).

Les adolescentes se préoccupent particulièrement de leur image corporelle et il n'est pas rare que des filles développent de sérieux problèmes lorsqu'elles atteignent la puberté. Des recherches ont démontré que l'anorexie débute habituellement à 14 ans, et la boulimie à 18 ans. Environ la moitié des adolescentes pensent qu'elles sont trop grosses et environ la moitié suivent un régime. Elles rapportent que le tabac et la caféine sont de bons substituts à la nourriture (Day, 1990). Par ailleurs, plus de 80 % des adolescentes se soucient beaucoup de leur apparence (Fédération canadienne des enseignantes et enseignants, 1990). Lors d'une étude menée auprès de 20 000 adolescentes, des chercheurs ont conclu que les filles voyaient leur corps de façon beaucoup plus négative que les garçons (Offer, Ostrov, Howard, 1981).

La société pousse les filles à se préoccuper de leur corps dès la tendre enfance. Les parents utilisent constamment les adjectifs «belle», «douce» et «adorable» pour décrire leurs filles, alors qu'ils parlent de la force et de la robustesse de leurs fils (Rubin, Provinzano et Laria, 1974). Lorsqu'on leur demande ce qu'ils souhaitent pour leurs enfants, les parents mentionnent «la beauté» plus souvent pour leurs filles que pour leurs garçons (Hoffman, 1975). La socialisation montre très rapidement aux filles et aux garçons que le corps de la femme est fait pour être embelli, tandis que le corps de l'homme est fait pour être musclé et robuste (Rindskopt et Gratch, 1982; cités dans Freedman, 1984). Cette leçon est apprise aux filles de toutes les classes sociales et groupes ethniques, et amplifiée par les médias. Les enfants regardent en moyenne quatre heures de télévision par jour. Lorsqu'ils entrent à l'école secondaire, ils ont déjà passé 15 000 heures devant la télévision, comparativement à 11 000 à l'école. Ils ont visionné 350 000 annonces publicitaires, dont la moitié portent sur la nourriture. La moitié des annonces publicitaires sur la nourriture soulignent l'importance de la minceur et la beauté (chiffres cités dans Moe, 1991). Quinze minutes d'annonces de produits de beauté suffisent pour faire croire aux filles que la beauté est d'autant plus importante si elles veulent plaire aux hommes (Tan, 1979).

L'image corporelle désigne l'idée qu'une personne se fait de son propre corps, y compris les pensées, émotions, jugements, sensations et comportements que suscite cette idée. L'image corporelle inclut également le niveau de conscience de la personne à l'égard de son corps. Notre image corporelle n'a rien de statique. Elle provient de notre interaction avec notre entourage et le milieu social, et change au fil des ans avec la vision qu'on nous renvoie. Notre image corporelle est influencée par de nombreux facteurs, qui sont :

- les jugements ou commentaires des autres
- le harcèlement sexuel ou racial
- la stigmatisation

- les valeurs sociales dominantes
  - les changements physiques à la puberté, à la ménopause et durant la grossesse
  - la socialisation
  - l'amour-propre
  - la violence verbale, physique ou sexuelle
  - l'état du corps, maladies ou handicaps
- (Rice, manuscrit non publié)

Les problèmes reliés à l'image corporelle, au poids et à l'alimentation peuvent varier d'une personne à l'autre. Étant donné que l'image corporelle n'est ni statique ni unidimensionnelle, il peut être utile de situer sur un continuum (se reporter au graphique ci-après), la gamme des problèmes liés à l'image corporelle et à l'alimentation. Cela permet de constater que la gravité et les conséquences des problèmes liés à l'image corporelle varient, mais aussi de reconnaître que les origines de ces problèmes sont les mêmes.

## **Continuum des problèmes liés à l'image corporelle**



**Acceptation  
de soi et de  
son corps**

**Image  
corporelle  
insatisfaisante**

**Préoccupations  
relatives au  
poids/régimes à  
effet yoyo**

**Alimentation  
compulsive/  
émotive**

**Anorexie/  
boulimie**

À l'une des extrémités du continuum se trouve l'estime saine de soi et de son corps, qui découle de l'acceptation de soi et de son corps. Viennent ensuite l'image corporelle insatisfaisante, les préoccupations relatives au poids, les régimes à effet yoyo, l'obésité provoquée par les régimes, et l'alimentation compulsive et émotive. Enfin, à l'autre extrême du continuum viennent les troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie. Voici une explication du continuum des problèmes reliés à l'image corporelle et à l'alimentation :

*Image corporelle saine* : Lorsque l'idée que se fait une personne de son corps est exacte et lorsque ses sentiments envers son corps, son évaluation de celui-ci et son interaction avec lui sont positifs et caractérisés par la confiance et la bienveillance, la personne a probablement une image corporelle saine et une vision positive d'elle-même. L'estime de soi désigne les jugements qu'une personne adopte et nourrit envers elle-même. Il s'agit d'une attitude générale d'approbation ou de désapprobation qui traduit la valeur et la capacité que se donne une personne. Bien que plus d'un facteur jouent sur l'estime de soi d'une personne, y compris l'image que lui renvoie son entourage, une image corporelle saine demeure essentielle au développement d'une bonne estime de soi, surtout chez la femme. Et pour cause, car nous vivons dans une culture qui met beaucoup d'importance sur l'apparence et le corps de la femme.

Pour avoir une image corporelle saine, il ne suffit pas d'être libre de toute préoccupation à l'égard de l'alimentation, du poids ou de l'apparence. Il faut surtout avoir accès au soutien et aux ressources nécessaires à : 1) l'entretien de son corps, 2) l'expression personnelle, 3) la confiance en ses capacités physiques et 4) l'adoption d'une vision positive de soi.

Entretien du corps

- modération des activités
- temps de repos et de calme
- attention portée aux questions de santé
- accès à des vêtements correctement ajustés
- accès à de la nourriture saine

#### Expression personnelle

- accès à des images positives de soutien
- liberté d'expression de sa sensualité et de sa sexualité
- moyens d'expression de la créativité, comme l'écriture, la peinture, la musique et la danse
- accès à du counseling et à des services thérapeutiques au besoin

#### Confiance en soi

- autodéfense
- pouvoir et force
- résistance face aux images et messages négatifs
- confiance en les habiletés propres à son corps

#### Vision positive de soi

- conscience de soi
- valorisation et acceptation de soi
- résistance face aux messages négatifs de son milieu

*Image corporelle insatisfaisante* : L'insatisfaction et la déformation de la réalité sont les deux problèmes d'image corporelle les plus répandus. L'insatisfaction signifie le regret à l'égard de son corps ou de certaines parties de son corps. La déformation de la réalité est l'incapacité d'évaluer correctement la taille de son corps. Ces deux types de problèmes d'image corporelle sont plus fréquents chez les jeunes filles et les femmes. Au sein d'une société qui met tant d'importance sur l'atteinte d'idéaux rigides, peu de femmes échappent aux problèmes d'estime de soi liés à l'image corporelle. De tels idéaux laissent peu de place à la diversité, à l'individualité et aux modifications corporelles qui s'opèrent naturellement tout au long du cycle de la vie, tous des facteurs pouvant miner l'estime de soi.

*Préoccupations relatives au poids et régimes à effet yoyo* : Les femmes préoccupées par leur poids peuvent soit compter les calories, faire de l'exercice dans le but de perdre du poids ou s'acharner à vouloir perdre du poids. Les régimes à effet yoyo résultent justement des préoccupations relatives au poids. Il s'agit d'un cycle continu de gain et de perte de poids, où la personne passe constamment du régime aux excès de nourriture. Lorsqu'une personne tente de réduire son apport en calories, le corps modifie la vitesse à laquelle il brûle les calories afin de ne pas occasionner de perte de poids permanente (Keys et al., 1950). Des études ont même démontré que 65 à 95 % des personnes au régime reprendront le poids qu'elles ont perdu, quel que soit leur âge. De nombreux chercheurs attribuent cette situation à l'existence d'un plateau pondéral naturel, c'est-à-dire une échelle autour de laquelle notre poids gravite en permanence lorsque nous atteignons l'âge adulte (Bennett et Gurin 1982; Polivy et Herman, 1983; Ciliska, 1990). Ce plateau naturel serait en fait un mécanisme d'adaptation de l'organisme qui ne peut changer qu'à la suite de modifications soutenues des habitudes alimentaires et du niveau d'exercice physique d'une personne. On croit maintenant que l'adoption de régimes peut entraîner l'embonpoint permanent, aussi appelé «obésité provoquée».

*Alimentation compulsive/émotive* : Lorsqu'une personne ne peut s'arrêter de manger, il peut s'agir d'une mangeuse compulsive. La perte de contrôle se produit lorsqu'une personne n'admet ou ne reconnaît pas son comportement, en mangeant rapidement, en cachette ou dans un état de transe. Souvent, l'alimentation compulsive survient après un régime ou un jeûne. Parfois aussi, elle aide à composer avec des épreuves, des traumatismes ou des moments difficiles sur le plan des émotions.

*Anorexie* : Il s'agit de la perte considérable de poids due au jeûne ou à l'adoption d'un régime draconien. Les aspects cliniques de l'anorexie sont :

- refus de maintenir ou de dépasser un poids minimal selon l'âge et la taille, ou amaigrissement menant à un poids 15 % plus bas que le poids normal;
- peur extrême de prendre du poids ou de faire de l'embonpoint, même lorsque la personne est au-dessous de son poids normal;
- façon erronée de percevoir son corps, par exemple la personne dit se sentir grosse même lorsqu'elle est décharnée;
- chez la femme, absence de menstruations durant au moins trois cycles menstruels consécutifs.

*Boulimie* : La boulimie se caractérise par un changement de poids et le besoin de purger son corps après s'être gavé, dans le but d'éliminer la nourriture non désirée. Les aspects cliniques de la boulimie sont :

- séances répétées d'excès de nourriture en peu de temps;
- perte de contrôle de son comportement ressentie au moment de se gaver;
- à intervalles réguliers, vomissements provoqués, utilisation de produits laxatifs ou de diurétiques, régimes draconiens ou jeûnes, ou encore exercices vigoureux dans le but d'éviter le gain de poids;
- minimum d'au moins deux séances d'excès de nourriture par semaine durant au moins trois mois.

Il est important de noter que 35 à 75 % des femmes aux prises avec des troubles alimentaires et des problèmes liés au poids ont été victimes de mauvais traitements sexuels ou physiques, ou ont été témoins d'épisodes de violence entre les parents. Certaines femmes ayant des troubles alimentaires développent également des problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues. Elles se gavent parfois sous l'effet de l'alcool ou prennent de l'alcool ou des drogues pour pouvoir le faire. Par contre, une femme peut également adopter des comportements alimentaires problématiques parce qu'elle a une dépendance à l'alcool ou à une autre drogue (Rice et Langdon, 1990).

## L'image corporelle dans son contexte culturel

Il n'y a pas besoin de chercher bien loin pour s'apercevoir que les femmes qui figurent à la télévision, sur les panneaux publicitaires et dans les revues de mode sont toujours minces. Depuis les trente dernières années, plus qu'à tout autre moment de notre histoire, les femmes sont confrontées à une norme de beauté féminine et de minceur non atteignable (Sheinin, 1990). Les recherches confirment cette observation. Une étude a démontré que près de 70 % des personnages féminins de 33 émissions de télévision très populaires étaient minces, mais que seulement 17 % des personnages masculins étaient minces (Silverstein, Petersen, Perdue et Kelly, 1986). Selon une étude de trois revues de mode pour femmes, le pourcentage de mannequins minces est passé de 3 % dans les années 50 à 46 % dans les années 80 (Gagnard, 1986). Une autre étude, celle-ci de cinq revues de mode pour femmes, a démontré que le pourcentage de gras sur le corps des mannequins avait baissé de 55 % entre les années 50 et 80, alors que l'espace réservé aux articles sur la perte de poids avait quintuplé (Snow et Harris, 1986). Des recherches menées auprès des candidates au titre de Miss America et des mannequins de Playboy ont démontré que leur poids avait diminué de 23 % durant les dix dernières années, tandis que le poids des femmes avait en réalité augmenté de 4 % (Garner et al., 1980). Cela fait donc ressortir un écart de plus en plus marqué entre le poids réel des femmes et la norme culturelle. Quels effets ce culte de la minceur a-t-il sur les femmes? L'augmentation du nombre de cas d'anorexie, de boulimie et d'autres problèmes liés à l'alimentation a été directement attribuée aux pressions socio-culturelles incitant les femmes à perdre du poids (Bruch, 1978; Garner et Garfinkel, 1980).

Les cas d'anorexie étaient peu fréquents jusqu'au présent siècle, où l'on a vu leur nombre augmenter de façon draconienne. De même, le problème de la boulimie était pratiquement inconnu il y a 30 ans. L'anorexie et la boulimie sont des troubles indéniablement féminins; 90 à 95 % des personnes anorexiques ou boulimiques sont des femmes. Les premiers chercheurs qui se sont intéressés aux troubles alimentaires ont avancé l'idée que l'anorexie et la boulimie frappaient principalement les femmes blanches de classe moyenne élevée. De nos jours, un nombre grandissant de femmes noires et asiatiques, et de femmes de la classe ouvrière ont des troubles alimentaires (Garner et Garfinkel, 1982; Rosen, 1988; Hsu, 1986). Les troubles alimentaires sont des problèmes médicaux graves. Entre 5 et 21 % des femmes hospitalisées pour un trouble alimentaire meurent durant le traitement (Garner et Garfinkel, 1982). Les conséquences médicales des troubles alimentaires peuvent être graves, allant de l'hypothermie à la déshydratation, voire à l'insuffisance rénale.

Le culte de la minceur a également permis à l'industrie des produits amaigrissants de croître de façon considérable. Aujourd'hui, en Amérique du Nord, on parle de recettes atteignant les 35 milliards de dollars. Il est abasourdissant de constater la grande variété de livres, de bandes vidéo, de programmes et d'installations offerts à ceux et celles qui veulent perdre du poids. Aussi particulières et nombreuses qu'elles soient, ces méthodes ont toutes une chose en commun : elles ne fonctionnent pratiquement jamais. De nombreuses femmes ne souffrent pas d'anorexie ou de boulimie mais présentent quand même des problèmes : régimes à effet yoyo, alimentation compulsive, préoccupations constantes par rapport à l'alimentation et au poids. L'écart considérable qui existe entre l'idéal de beauté véhiculé et la réalité dont elles doivent «se contenter» entraîne un sentiment d'échec chez nombre de femmes. À son tour, ce sentiment d'échec atteint leur image corporelle et les amène à se soucier de leur poids, à suivre des régimes de façon périodique, puis à ressentir un sentiment d'échec plus intense. Les préoccupations relatives au poids et le culte de la minceur contribuent donc directement à la dévalorisation de soi, à un sentiment d'inefficacité accru et à une insatisfaction généralisée par rapport à son corps.

Les préférences à l'égard de la forme du corps varient selon les cultures et les siècles. À un moment ou un autre de leur histoire, la plupart des sociétés ont associé l'embonpoint chez la femme à un statut social désiré, parce qu'il s'agit d'un signe évident de richesse là où la nourriture se fait rare (Rudofsky, 1972). Dans de nombreux pays, on admire l'embonpoint, signe de fertilité, de force et de prospérité, trois qualités associées à

la survie de l'être (MacKenzie, manuscrit non publié). Dans de nombreux pays non occidentaux, on trouve que les femmes fortes sont belles et attirantes sur le plan sexuel. Il n'est pas rare dans les cultures africaines de voir dans la corpulence un symbole de maturité sexuelle, de fertilité, de prospérité, de force et de sagesse (Sheinin, 1990). Malgré ces valeurs culturelles et historiques, la société occidentale encourage la haine et la peur collective de la grosseur. Dès la petite enfance, les jeunes apprennent à stigmatiser les grosses personnes. De nombreuses études avancent l'idée que les jeunes garçons et filles en viennent à préférer les corps minces. Une étude a même suggéré que la plupart des enfants préféreraient avoir une maladie chronique que d'être gros (Goodman et al., 1963). D'autres démontrent que dès l'âge de quatre ou cinq ans, certains enfants adoptent des stéréotypes extrêmement négatifs à l'endroit de la grosseur. Les traits de personnalité défavorables qu'ils associent à la grosseur incluent la malhonnêteté, la paresse, le manque de propreté, la laideur, la méchanceté et la stupidité (Staffieri, 1967, 1972).

La haine de la grosseur est un type de préjugé accepté par la société. Les grosses personnes demeurent les dindons des farces de nombreux humoristes et caricaturistes. Les professionnels de la santé disent des grosses personnes qu'elles sont plus «dérangées» que les personnes minces et plus sujettes à obtenir de mauvais résultats durant un traitement. De plus, le taux d'admission des personnes grosses aux établissements collégiaux est plus bas comparativement aux personnes minces, de même que leurs chances d'obtenir un emploi et leur échelle de salaire (Bray, 1976; Canning et Mayer, 1966; Karris, 1977). De fortes sanctions économiques, psychologiques et sociales sont imposées aux hommes et aux femmes corpulents. Toutefois, des études suggèrent que ces sanctions sont plus strictes pour les femmes. Par exemple, les femmes fortes connaissent une plus grande discrimination sur le marché du travail que les femmes minces ou les gros hommes (Stunkard, 1976). Les grosses femmes ont plus de difficultés à être admises dans un établissement collégial que les femmes minces ou les gros hommes, et leur salaire est moins élevé pour un poste équivalent. Certaines personnes ont également avancé que les grosses femmes courent plus de risques que les autres femmes de connaître la violence verbale, physique ou sexuelle en raison de leur poids (Schoenfelder et Wieser, 1984).

Il est alarmant de constater que l'idéal de beauté physique véhiculé dans notre société se répand de plus en plus dans le monde entier. Bien que la minceur soit une composante importante de cet idéal, ce n'est pas la seule. Une jeune blanche, occidentale, physiquement apte et riche semble en effet refléter l'idéal féminin à son paroxysme. La prédominance sans cesse croissante de cette image eurocentrique a des conséquences importantes pour les femmes du monde entier (Chapkis, 1986). Les femmes noires, latino-américaines, sud-asiatiques, asiatiques et autochtones sont sous-représentées dans les revues de mode et les médias populaires, voire même exclues de ceux-ci. L'idéal que véhicule la culture nord-américaine est essentiellement eurocentrique, donc axé sur la femme blanche européenne, aux cheveux blonds et aux yeux bleus. L'industrie de la beauté encourage les femmes à se conformer à cette image restreinte, qui ne représente qu'une minorité de la population mondiale.

Le concept occidental de la beauté a mené à une hiérarchisation à l'échelle de la planète, hiérarchisation qui sert à distinguer les personnes qui méritent d'être vues et considérées des personnes vouées à l'exclusion. Il s'agit d'une caste de la beauté qui juge toutes les femmes selon leur ressemblance avec l'idéal véhiculé. De nombreux auteurs ont rapporté les conséquences dévastatrices d'une telle caste pour les femmes de couleur. La honte, la haine de soi, l'humiliation et la dévalorisation sont des sentiments courants chez ces femmes, obligées de se conformer à un idéal qui contribue au mythe de l'infériorité des non-blancs, en cultivant l'idée de la supériorité de la culture blanche (Morrison, 1970; Walker, 1990; Hooks, 1992).

De nombreuses femmes de couleur en viennent à se sentir inacceptables et impuissantes en raison de nos valeurs culturelles. Contrairement aux femmes blanches de la culture dominante qui essaient d'atteindre l'idéal de beauté, certaines femmes de couleur tentent, parfois en vain, de rejeter cet idéal et d'obtenir soutien, valorisation et acceptation auprès des membres de leur propre communauté (Hooks, 1993). D'autres, à qui l'on demande dès l'enfance de se comporter de deux façons différentes et de suivre deux normes de beauté

distinctes, se sentent prises entre deux cultures. Ces femmes doivent faire face à leur apparence réelle, qui souvent ne rejoint ni l'idéal de beauté de leur propre communauté, ni celui de la culture dominante (Moraga et Anzaldúa, 1983; Lakoff et Scherr, 1984).

La plupart des femmes qui grandissent en Amérique du Nord, indépendamment de leur race, classe sociale ou antécédents ethniques, apprennent à regretter leur apparence et accordent beaucoup d'importance aux idéaux culturels associés à la beauté. Un puissant impératif culturel, selon lequel on mesure la valeur des femmes en fonction de leurs attributs physiques, sous-tend ce souci de l'apparence. La socialisation et la définition stéréotypée des rôles hommes-femmes poussent de nombreuses femmes à se sentir laides, grosses, médiocres, timides et mal à l'aise par rapport à leur corps. Pour la plupart d'entre elles, le corps est un aspect ni plaisant ni fonctionnel de leur réalité de femme. Au contraire, il s'agit d'un objet à manipuler, à punir, à maltraiter et à tenter de rendre plus acceptable. Il peut aussi devenir un objet à négliger, dans l'espoir qu'il finira par disparaître.

Dès ses premiers balbutiements, l'enfant apprend à associer la beauté aux femmes. Bien avant la puberté, les filles apprennent que la beauté est un élément de base de leur rôle de femme. Lorsqu'elles atteignent l'adolescence, elles connaissent déjà bien l'importance fondamentale de l'apparence physique. Pousser les filles à mettre tant d'efforts sur leur apparence entraîne de graves problèmes émotifs durant l'adolescence. Les préoccupations culturelles à l'égard de l'apparence de la femme mènent les adolescentes à adopter une image corporelle très négative (Offer et al., 1981). Parce qu'on associe la beauté à la valeur personnelle, un corps peu attirant se traduit par une piètre estime de soi. Chez la femme, l'apparence est si profondément associée à la valeur personnelle qu'elle peut faire naître des sentiments de honte, d'insécurité, d'inefficacité et de dévalorisation personnelle la vie durant (Freedman, 1984). De plus, le souci de la beauté entraîne de graves problèmes de santé physique, dont les troubles alimentaires, l'obésité provoquée, le surmenage physique (ou surmenage boulimique) et autres comportements d'autopunition. Dans certains cas, les jeunes femmes en moyen se tournent vers des interventions médicales comme la chirurgie esthétique ou la liposuction (Freedman, 1984).

Dans une culture où l'on détermine la valeur d'une femme en fonction de la beauté de son corps, l'identité devient directement liée à l'apparence. La société se met alors à considérer le corps de la femme comme un objet et, à leur tour, les femmes se mettent à considérer leur corps comme un objet (Berger, 1984). La réduction d'une personne à l'état d'objet est une forme d'oppression. Chez la femme, il s'agit d'un processus déshumanisant, qui nie l'intelligence, les capacités et les sentiments et valorise seulement le corps (Kano, 1987). La réduction de la femme à l'état d'objet peut également la rendre vulnérable aux actes de violence sexuelle. Étant considérée comme une non-personne, elle devient plus facilement la cible d'insultes, de commentaires avilissants, de harcèlement ou de mauvais traitements. Enfin, se réduire soi-même à l'état d'objet peut être une forme d'autopunition. Les jeûnes, les excès de nourriture, les purges et le surmenage physique peuvent être interprétés comme une forme d'autodestruction (Rice et Langdon, 1990).

La femme adulte qui traite son corps comme un objet peut nuire à sa santé physique et, à long terme, endommager gravement sa santé émotive. Chez nombre de femmes, le souci de l'apparence physique entraîne la peur du corps et de ses fonctions corporelles. Il pousse souvent la femme à concentrer son énergie sur une lutte impossible plutôt que sur des aspects plus importants de la vie, ce qui exacerbe ses sentiments de haine envers son corps et souvent soi-même. Il faut plus de temps pour changer ses sentiments et attitudes envers son corps que pour changer son corps lui-même, mais des deux solutions c'est la première qui a le plus de chances de fonctionner et de durer en permanence. En examinant leurs sentiments à l'égard de leur corps, en explorant les origines culturelles et personnelles de ces sentiments et en réévaluant les notions de la beauté, les femmes peuvent apprendre à accepter leur corps. De nombreuses femmes qui entreprennent ce processus augmentent également leur confiance en soi, et leur sentiment de pouvoir personnel et d'acceptation de soi (Rice, manuscrit non publié).

# Les préoccupations relatives au poids et à la forme du corps : Facteurs de risque de l'insuffisance pondérale à la naissance

Marion Olmstead, Ph.D., psychologue

L'opinion du secteur médical concernant le gain de poids lors de la grossesse a beaucoup changé durant les derniers 75 ans. Dans les années 20, les médecins croyaient qu'il était bon de limiter le gain de poids durant la grossesse à 15 livres, pour faciliter l'accouchement et permettre aux femmes de garder leur ligne. Au cours des années 40, les médecins se sont mis à croire qu'il existait un lien entre la prééclampsie et le gain excessif de poids. Nombre d'entre eux ont donc commencé à prescrire à leurs patientes de limiter leur gain de poids. Cette tendance s'est maintenue pendant deux décennies. Dans les années 60, les médecins recommandaient de ne pas prendre plus de 25 livres durant la grossesse, afin d'éviter les «complications». Ils suggéraient également dans certains cas le recours à un régime ou à une plus grande discipline personnelle afin d'éviter de prendre davantage de poids. Dans les années 70, les chercheurs ont découvert que l'insuffisance pondérale était liée au gain de poids chez la mère, et l'opinion du secteur médical a changé. On s'est mis à encourager les femmes à manger selon leur appétit, et à prendre au moins 24 livres (Abrams et Laros, 1986).

Il n'y a aucun doute qu'il existe un rapport entre le poids des bébés et le poids qu'ont pris leurs mères durant la grossesse. En général, le poids des bébés a tendance à être élevé si la mère a pris beaucoup de poids durant la grossesse. Cela s'applique aux mères qui sont au-dessous de leur poids-santé, à leur poids-santé ou modérément au-dessus de leur poids-santé. De la même façon, le gain de poids insuffisant durant la grossesse peut entraîner l'insuffisance de poids chez l'enfant (Abrams et Laros, 1986; van der Spuy et al., 1988). En outre, les femmes au-dessous de leur poids-santé au moment de la conception sont plus susceptibles de mettre au monde un bébé dont le poids est insuffisant, surtout lorsqu'il s'agit de femmes qui n'ont pas leurs règles et ont dû provoquer l'ovulation (van der Spuy et al., 1988).

Les femmes qui se soucient beaucoup de leur poids et de la forme de leur corps limitent parfois intentionnellement leur gain de poids durant la grossesse. À l'un des extrêmes du continuum des problèmes liés à l'alimentation et au poids viennent les troubles alimentaires cliniques, mais peu de recherches ont porté sur le déroulement et les résultats de la grossesse chez les femmes qui ont de tels troubles. Nous savons par contre que les femmes atteintes d'anorexie, c'est-à-dire qui sont en-dessous de leur poids-santé et risquent de ne pas prendre assez de poids durant la grossesse, ont tendance à mettre au monde des enfants dont le poids est insuffisant (Franko et Walton, 1993). La situation des femmes qui souffrent de boulimie est plus complexe. La plupart d'entre elles (60 à 75 %) réduisent de beaucoup leurs excès de nourriture, leurs vomissements et leur utilisation de produits laxatifs durant la grossesse. Chez 18 % des femmes boulimiques toutefois, les symptômes s'aggravent durant la grossesse, mais seulement certaines d'entre elles donneront naissance à des bébés dont le poids est insuffisant (Stewart, 1992; Lacey et Smith, 1987; Lemberg et Philips, 1988). Les femmes qui ont des troubles alimentaires courent également le risque d'avoir un accouchement difficile ou une césarienne, ou de faire de l'hypertension (Stewart, 1992). Par ailleurs, les troubles alimentaires peuvent avoir pour les bébés des conséquences autres que l'insuffisance pondérale : prématurité, retard de croissance intra-utérin, anomalies congénitales, coefficient d'Apgar faible, ou décès avant ou après l'accouchement (Stewart, 1992).

Les troubles alimentaires des mères peuvent aussi avoir des conséquences néfastes pour les bébés après la naissance. Ces derniers peuvent souffrir de malnutrition et accuser un retard de croissance. Dans 1 % des cas, les bébés ne se développent pas à leur pleine capacité durant la première année (Brinch et al., 1988). Environ 15 % des bébés de mères anorexiques ou boulimiques ne sont pas nourris suffisamment en raison du souci constant qu'ont leurs mères à l'égard du poids et environ 35 % de ces mères se préoccupent du poids de leur

bébé (Lacey et Smith, 1987; Stewart, 1992). Des mères ont aussi rapporté s'être gavées devant leur enfant, avoir ignoré leur enfant pendant qu'elles vomissaient ou s'être servies de la nourriture comme moyen de punition ou de réconfort (Lacey et Smith, 1987). Combien de femmes enceintes ont des troubles alimentaires? Lors d'une étude, 3 % des femmes interrogées présentaient un trouble alimentaire juste avant la conception et 5 % avaient déjà eu un trouble alimentaire (Fairburn et al., 1992). Des femmes qui n'ont pas de trouble alimentaire clinique adoptent également des comportements nuisibles, c'est-à-dire qu'elles suivent des régimes, se gavent, vomissent ou prennent des produits laxatifs pour perdre du poids. Ces personnes, qui forment un groupe encore plus important, sont susceptibles de limiter intentionnellement le gain de poids durant la grossesse. Certaines études semblent indiquer que, durant la grossesse, 7 % des femmes développent des troubles alimentaires, 6 % suivent un régime, 5 % s'empiffrent par moment et 25 % mangent trop (Fairburn et Welch, 1990; Fairburn et al., 1992).

Combien de femmes enceintes ont des problèmes liés à l'image corporelle? Il n'existe que très peu de données empiriques sur l'image corporelle et la grossesse, mais les quelques études semblent indiquer que l'image corporelle des femmes enceintes est négative et se détériore durant la grossesse (Moore, 1978). Selon les recherches, 72 % des femmes enceintes ont peur de ne pas retrouver leur taille normale après la grossesse, 24 % ont peur de prendre du poids, 28 % n'aiment pas l'apparence que prend leur abdomen durant la grossesse et 25 % n'aiment pas l'apparence que prennent leurs hanches ou leurs cuisses. La peur et l'insatisfaction associées à l'image corporelle étaient plus fréquentes chez les femmes qui avaient déjà suivi des régimes. Il est intéressant de noter que 30 % des femmes interrogées se soucient moins de leur poids lorsqu'elles sont enceintes (Fairburn et Welch, 1990; Fairburn et al., 1992).

Une étude semble suggérer que les femmes enceintes se sentent plus laides, sales, vieilles, lentes, lourdes, larges et grosses que la «femme américaine idéale». Les hommes aussi trouvent que leur conjointe enceinte est plus large, grosse, tendue et faible que la «femme américaine idéale» (Moore, 1978). Les préoccupations relatives à l'image corporelle peuvent également changer à mesure que progresse la grossesse. Par exemple, l'image corporelle peut se détériorer à mesure qu'avance la grossesse et le gain de poids devient plus préoccupant après le deuxième trimestre (Moore, 1978; Richardson, 1990). Les attitudes et comportements associés aux troubles alimentaires peuvent être moins prononcés au début qu'à la fin de la grossesse (Fairburn et al., 1992).

Les femmes perturbées par leur image corporelle ou leur alimentation n'obtiennent pas toujours le soutien nécessaire pour demeurer en bonne santé durant leur grossesse. Lors d'une étude, seulement 44 % des femmes présentant un trouble alimentaire en ont informé le médecin qui leur offrait des soins prénatals. Seules la moitié des femmes ayant avisé leur médecin ont dit avoir suscité une réaction positive de la part du médecin, sous la forme de soutien et d'exams plus fréquents. Dans l'autre moitié des cas, le médecin a minimisé les dangers associés aux régimes durant la grossesse et a appuyé le désir de la patiente de rester mince (Lemberg et Philips, 1989). Cela semble indiquer que les professionnels de la santé préoccupés par le poids contribueraient de façon considérable au problème de l'insuffisance pondérale à la naissance.

La perception qu'a une femme de son image corporelle subit trois types d'influences, qui sont : 1) le contexte socioculturel; 2) la perception, les pensées et les sentiments personnels de la femme; 3) les messages qu'elle reçoit de son entourage. Chacune de ces influences est examinée ci-après.

### *Le contexte socioculturel*

Dans la tradition occidentale, le système de reproduction de la femme a toujours été jugé sale. Dans les années 1800, on cachait les grossesses sous de lourds vêtements et les femmes enceintes devaient souvent rester à la maison. Aujourd'hui, la grossesse et l'accouchement ont atteint le statut de maladie (Moore, 1978). Le corps de la femme enceinte est à l'opposé de l'idéal culturel réservé à la femme. Les femmes enceintes ont donc

tendance à se retrouver exclues de notre culture. Elles sont soit jugées selon les normes de beauté habituelles, soit considérées comme asexuées et non attirantes. De nombreuses femmes enceintes tentent de composer avec cette réalité en s'acharnant à atteindre l'idéal de beauté et se retrouvent souvent aux prises avec des problèmes liés à l'image corporelle, à l'alimentation et au poids. D'autres décrochent du système complètement pour en venir à croire qu'elles vivent sur une autre planète.

### *La perception, les pensées et les sentiments personnels de la femme*

Les femmes enceintes subissent de nombreux changements physiques qui affectent leur image corporelle. L'inconfort physique qu'elles ressentent peut les amener à sentir que leur corps leur est étranger. De nombreuses femmes sont anxieuses et se demandent si leur bébé est en vie et en santé (Richardson, 1990). L'apparition de vergetures, l'enflure des seins et l'élargissement du ventre font qu'elles se sentent grosses, gauches et vulnérables. Les femmes enceintes peuvent également se sentir en perte de contrôle lorsque change leur corps. Les pressions les incitant à limiter leur gain de poids, combinées au besoin de s'alimenter sainement pour faciliter le processus biologique de la grossesse, peuvent créer chez les femmes un conflit interne. À l'origine de ce conflit, on retrouve la peur de perdre le contrôle de son poids, le manque de confiance en ses fonctions corporelles et un manque normal de tolérance à l'incertitude. Les femmes dont la grossesse est accidentelle ou le résultat de pressions peuvent également faire face à des conflits émotionnels. Celles qui ont vécu un traumatisme peuvent sentir que leur corps ou qu'une personne les a trahies (Olmsted, 1992). Par contre, les femmes enceintes peuvent se sentir excitées et émerveillées lorsqu'elles sentent le bébé bouger ou entendent son cœur battre (Brown, 1993).

### *Messages de l'entourage*

Les femmes enceintes sont constamment bombardées de messages qui ont des conséquences énormes pour leur image corporelle. Les touchers non sollicités peuvent amener celles-ci à penser que leur corps appartient à tout le monde. Les conseils gratuits peuvent leur faire croire qu'il existe une seule façon de faire les choses et que leur propre expérience n'est pas valable. Le fait de se faire offrir une place pour s'asseoir ou de se faire traiter différemment peut amener certaines femmes enceintes à penser qu'on les croit faibles ou malades. Les regards soutenus et certains commentaires peuvent les faire sentir étranges ou anormales. De plus, les fournisseurs de soins de santé peuvent influencer négativement l'image que les femmes enceintes ont d'elles-mêmes et de leur corps, en les traitant comme une patiente enceinte au lieu d'une femme normale capable de prendre des décisions, et en traitant leur corps comme un objet. Il leur arrive également d'aborder la grossesse comme une maladie à surveiller constamment plutôt qu'une expérience de vie que l'on doit superviser, ou de s'ériger en expert au lieu d'éduquer la femme enceinte et susciter sa collaboration (Olmsted, 1992).

## Stratégies de promotion d'une alimentation et d'une image corporelle saines durant la grossesse

Il est important de se rappeler que la grossesse est un état temporaire périodique chez la femme. Même si l'on considère que les femmes enceintes courent davantage de risques que les autres femmes et méritent une attention particulière, les interventions doivent reposer sur l'importance fondamentale de conserver une alimentation et une image corporelle saines tout au long de sa vie.

Les stratégies de promotion d'une alimentation et d'une image corporelle saines peuvent s'adresser : 1) aux femmes enceintes; 2) à leur conjoint, famille et amis (réseaux); 3) aux fournisseurs de soins de santé et aux professionnels d'autres domaines (organisations); 4) à la société dans son ensemble pour modifier ses attitudes et valeurs. La promotion d'une image corporelle saine peut donc s'effectuer à quatre niveaux différents, c'est-à-dire au niveau de l'individu, de ses réseaux, des organisations de sa communauté et de la société dans son ensemble. Les stratégies possibles incluent :

### *Changement individuel*

Le changement individuel s'applique directement à la femme enceinte. Au nombre des stratégies pouvant servir à changer les attitudes et les comportements des femmes enceintes, notons les messages d'intérêt public télévisés sur la santé et les affiches ou brochures que peuvent se procurer les cabinets de médecins sur l'importance d'une bonne alimentation et les risques associés aux régimes. Il s'agit alors de présenter la grossesse comme une raison de plus -- et non la seule raison -- de manger sainement. Un de ces messages pourrait par exemple se lire comme suit : «Il est important de manger sainement pour maintenir votre santé et votre bien-être, et pour assurer la santé de votre bébé.» Bien que de tels messages aient pour but d'éduquer les femmes enceintes et de modifier leurs attitudes, ils agissent également sur les femmes qui ne sont pas encore enceintes, ainsi que sur leurs familles.

Les professionnels de la santé sont des sources importantes de connaissances qui peuvent influencer les femmes enceintes lors de leurs visites individuelles et cours prénatals. Ces deux types de rencontres sont une occasion par excellence de renseigner les femmes sur les changements à prévoir durant la grossesse, sur l'importance d'une alimentation saine et sur les stratégies d'entretien personnel pour augmenter son confort. Ils offrent aussi l'occasion d'évaluer les problèmes d'alimentation et d'image corporelle des femmes et de prendre les mesures nécessaires pour offrir un soutien supplémentaire au besoin. Les femmes enceintes qui ont de la difficulté à manger sainement et qui désirent améliorer leur image corporelle pourraient trouver utile de se joindre à un groupe de soutien.

### *Changement applicable aux réseaux*

Bon nombre des stratégies utilisées auprès des femmes enceintes peuvent également servir auprès de leurs conjoints, familles, amis et autres personnes-soutien. Les visites chez le médecin et les cours prénatals permettent de discuter de l'alimentation et de l'image corporelle à toutes les étapes de la vie, d'informer les conjoints et autres personnes-soutien sur la grossesse et le poids, et d'exercer sur eux une influence.

## *Changement organisationnel*

Les fournisseurs de soins de santé peuvent s'influencer mutuellement par le biais des associations médicales et de leur milieu de travail. Les affiches placées à des endroits stratégiques et les bulletins d'information sont de bonnes sources d'information pour les fournisseurs de soins de santé. Il est également possible de sensibiliser davantage les médecins, obstétriciens, sages-femmes et infirmières en leur remettant de la documentation écrite, par l'intermédiaire de leurs associations professionnelles.

On peut aussi s'adresser directement aux fournisseurs de soins de santé par des moyens directs tels que des conférences, et les encourager à changer leurs politiques touchant la grossesse et le gain de poids, à mettre en commun leurs nouvelles connaissances et à promouvoir un esprit d'efficacité collective par rapport à la grossesse.

Une activité communautaire comme une «Marche des femmes», où l'accent est mis sur toute la vie et non seulement sur la grossesse, peut également servir à encourager une alimentation saine sans régime et l'acceptation des femmes de toutes les couleurs, tailles et formes. Les compagnies de produits alimentaires, de tampons, de chaussures de course et autres, qui gagneraient à être associées à une activité de promotion de la santé des femmes, pourraient commanditer l'événement. Pour leur part, les organisations de santé pourraient se faire concurrence pour attirer le plus grand nombre de participants, et non les marcheurs les plus rapides ou les plus endurants.

## *Changement sociétal*

Les médias de masse peuvent servir à dépeindre toutes les femmes - qu'elles soient larges ou petites, pâles ou foncées, jeunes ou âgées, enceintes ou non - comme des personnes multidimensionnelles qui ne se limitent pas à une caractéristique particulière. Il est possible d'encourager les entreprises privées à véhiculer une image positive et diversifiée des femmes, y compris les femmes enceintes. Rien n'interdit par exemple à une compagnie de shampooing de présenter une femme enceinte dans l'une de ses publicités.

Les marches, les tribunes de discussion et les autres événements communautaires du genre peuvent encourager le gouvernement et le système de soins de santé à adopter des politiques sur les risques associés aux régimes alimentaires. Il est possible de former des coalitions pour pousser le gouvernement et les associations professionnelles à modifier leurs politiques. Par exemple, les entreprises pourraient être obligées d'inclure sur l'emballage de leurs produits amaigrissants un avis expliquant que l'insuffisance alimentaire peut nuire à la santé et que l'utilisation de ce produit est fortement contre-indiquée durant la grossesse.

# Les femmes sans enfant ou enceintes devraient-elles se préoccuper de leur poids?

Donna Ciliska, infirmière autorisée, Ph.D.

La société nord-américaine considère qu'entre 10 et 50 % (selon la mesure utilisée) de la population adulte fait de «l'embonpoint», ce qui en fait un problème de santé important (Bray, 1985). Les gens ne s'entendent pas vraiment sur la définition des termes «embonpoint» et «obésité», auxquels ils donnent de nombreuses connotations négatives. On utilise actuellement divers indices de masse corporelle (poids en kilogramme, divisé par la hauteur en mètres carrés) pour déterminer les niveaux de risque pour la santé. Même si le terme «embonpoint» est ici employé, il n'existe pas de terme exact ou objectif pour décrire l'état d'une personne qui possède un pourcentage de tissus adipeux plus élevé que la moyenne. L'utilisation des guillemets dénote le fait qu'une femme forte peut, selon les normes médicales, être considérée comme ayant un poids malsain ou «à risque», alors que son poids est tout à fait normal et sain, compte tenu de ses facteurs génétiques, métaboliques et environnementaux.

La plupart des recherches sur le poids démontrent clairement que les risques pour la santé augmentent proportionnellement au poids d'une personne. Toutefois, elles indiquent également que ces risques s'accroissent lorsque le poids tombe en-dessous du poids-santé. En 1988, un groupe d'experts chargé d'élaborer des directives sur le poids-santé pour le compte de Santé Canada a rapporté que le poids pouvait être associé à la mortalité et la morbidité selon une courbe en U, c'est-à-dire que les poids trop élevés et trop faibles font augmenter les risques (Ernsberger et Haskew, 1987). Mais d'autres facteurs que le poids peuvent influencer les taux de mortalité et de morbidité, parfois de façon beaucoup plus marquée. Il s'agit de la distribution du poids (forme de pomme plutôt que forme de poire), des facteurs génétiques, de l'apport alimentaire et de l'exercice physique. Notre société véhicule de nombreux mythes à propos du poids, dont quatre mythes principaux qui sont :

## *1<sup>er</sup> mythe : la suralimentation entraîne l'embonpoint*

De nombreuses personnes pensent que l'embonpoint provient d'une suralimentation. Les expériences sur des animaux dénombrent au moins 51 causes de l'embonpoint, dont certaines sont génétiques, métaboliques ou environnementales (Scalfani, 1984). Bien que chez un individu la suralimentation ait pu, à un moment donné, contribuer à l'embonpoint, elle ne contribue pas nécessairement au maintien du poids, une fois élevé. Lors d'études en milieu clinique et naturel, les sujets faisant de l'embonpoint ne mangeaient pas davantage que ceux dont le poids se chiffrait dans la moyenne (Stunkard, 1980).

## *2<sup>e</sup> mythe : les régimes fonctionnent*

La croyance en l'efficacité des régimes est un deuxième mythe très répandu. Quand on parle ici de régime, on désigne un apport réduit en calories dans le but de perdre du poids. Depuis les 10 dernières années, les chercheurs posent un oeil critique sur la perte de poids et constatent de très piètres résultats. Des recherches cliniques ont démontré que jusqu'à 95 % des personnes au régime reprennent le poids qu'elles ont perdu, habituellement au cours des 12 premiers mois suivant le régime (Polivy et Herman, 1983). La plupart d'entre elles, par ailleurs, reprennent plus de poids qu'elles en ont perdu. Le *National Institute of Health* des États-Unis a observé qu'à l'aide des programmes commerciaux d'amaigrissement, une personne ne perd au maximum qu'environ 10 % de son poids. Après la première année, les deux tiers des participants mettent cinq ans pour reprendre leur poids, mais la quasi-totalité d'entre eux le reprennent effectivement (Stalonas, Perri et Kerzner, 1984).

### *3<sup>e</sup> mythe : il est sain de suivre un régime*

En général, les gens pensent que les régimes sont sécuritaires. En vérité, les régimes sont non seulement inefficaces à long terme, mais comportent également des risques pour la santé. En plus d'entraîner une alimentation inadéquate, les régimes sont associés à la faiblesse, à la fatigue, aux excès de nourriture, à la boulimie, au gain de poids et à l'obésité (Ciliska, 1990). Une étude a également démontré que les risques de maladie cardiovasculaire augmentent chez une personne chaque fois que son poids varie d'aussi peu que 10 livres (Lissner et al., 1991). Le fait d'être constamment au régime est également associé au calcul biliaire (Mok et al., 1979) et à l'augmentation du taux de mortalité (Lissner et Brownell, 1992; Wadden, Van Itallie et Blackburn, 1990).

### *4<sup>e</sup> mythe : On peut tous être minces*

Un dernier mythe culturel, véhiculé par les médias, consiste à croire qu'on peut tous être minces. Les chercheurs contestent de plus en plus cette hypothèse. Nombre d'entre eux avancent l'idée que le corps a un plateau pondéral naturel, ou un mécanisme biologique de contrôle du taux de gras dans le corps. L'organisme résiste donc aux baisses et aux hausses de poids qui le font dévier de son poids naturel (Leibel, Rosenbaum et Hirsch, 1995). La théorie du plateau pondéral laisse entendre que le poids est déterminé principalement par des facteurs génétiques et par l'alimentation en bas âge. Donc, le poids naturel d'une femme pourrait être de 190 livres. Cette dernière pourrait être en santé physique, mais ne pas réussir à réduire son poids. De façon similaire, une autre personne pourrait être considérée au-dessous du poids-santé que lui attribuent les échelles des poids et tailles, mais avoir atteint son poids naturel (Polivy et Herman, 1983).

## L'embonpoint, les régimes et le poids durant la grossesse

L'on considère que le gain de poids est un déterminant principal de la croissance du fœtus (Johnston, 1991). La plupart des recommandations sur le gain de poids durant la grossesse visent les meilleurs résultats possibles à la naissance, mais le gain de poids recommandé varie selon l'âge ou le poids de la mère au moment de la conception. Par exemple, on recommande souvent aux jeunes femmes de prendre plus de poids que les femmes plus âgées, soit de 27 à 30 livres, afin de réduire les risques d'insuffisance pondérale à la naissance et de prématurité. De plus, on encourage les femmes au-dessous de leur poids normal au moment de la conception à ne pas limiter leur gain de poids parce qu'elles risqueraient d'accoucher prématurément (Seiga-Riz, Adair et Hobel, 1994).

Par contre, certains auteurs soutiennent que les femmes enceintes qui font de «l'embonpoint» devraient contrôler leur gain de poids durant la grossesse. Une étude d'envergure a établi un lien entre l'accouchement par césarienne non planifiée et le poids élevé au moment de la conception ainsi que le gain important de poids durant la grossesse. Elle a cependant associé ces facteurs à un taux réduit d'insuffisance pondérale à la naissance (Johnson, Longmate et Frentzen, 1992). D'autres chercheurs ont recommandé aux femmes «très obèses» de ne pas prendre plus de 10 livres durant la grossesse, afin de réduire les risques pour la mère (Ratner, Hamner et Isada, 1991). Certaines personnes favorisent également un gain limité de poids durant la grossesse, car elles y voient un lien avec l'obésité (Dohrmann et Lederman, 1986).

Même si certaines études attribuent à «l'embonpoint» certaines complications durant la grossesse, ces complications (comme le recours à une césarienne) n'entraînent pas des coûts sociaux aussi élevés que l'insuffisance de poids chez les nourrissons. Étant donné que le poids du bébé est étroitement lié au gain de poids de la mère durant la grossesse, les professionnels de la santé devraient souligner aux mères, quel que soit leur taille, de manger sainement et de ne pas limiter leur gain de poids.

## Solution de rechange aux régimes

En dépit des preuves du contraire, la plupart des gens, y compris de nombreux professionnels de la santé, pensent encore que l'embonpoint est une maladie physique ou psychologique et que la graisse entraîne des problèmes médicaux. En vérité, de nombreuses femmes grosses, enceintes ou non, sont en bonne santé. Les régimes pourraient être en partie responsables des problèmes associés à la grosseur. De plus en plus, les chercheurs et les cliniciens suggèrent de ne pas limiter le poids pour les raisons suivantes : 1) le traitement ne fonctionne presque jamais; 2) les données suggèrent que le poids est, en grande partie, le résultat de facteurs génétiques; 3) il n'est pas prouvé que l'obésité constitue, à elle seule, un facteur de risque pour la santé; 4) les pressions incitant à l'adoption d'un régime ont entraîné une hausse considérable des problèmes liés à l'alimentation et à l'exercice (Wooley et Wooley, 1984). Ce n'est pas de nouveaux programmes d'amaigrissement qu'il nous faut, mais bien un programme complet d'intervention axé sur l'obsession du poids et ses problèmes connexes. Un tel programme devrait aborder l'estime de soi et l'image corporelle négatives, l'activité physique excessive ou inadéquate, la mauvaise nutrition provoquée par les régimes, les mauvaises habitudes alimentaires et les troubles alimentaires comme l'anorexie, la boulimie et l'alimentation compulsive.

Le programme *Beyond Dieting* élaboré par Donna Ciliska est un bon exemple de ce type d'initiative (Ciliska, 1990). Il a été conçu spécialement pour les femmes corpulentes qui sont mécontentes de leur poids et préoccupées par l'alimentation et le poids. Il s'agit d'un programme d'intervention psychopédagogique de 12 semaines qui permet aux femmes de cesser de contrôler leur poids, d'apprendre à manger normalement, d'adopter une image corporelle satisfaisante et d'améliorer leur estime de soi par la valorisation des aspects de leur vie non reliés à leur corps. Les thèmes abordés incluent le souci culturel de la minceur, les régimes à effet yoyo et leurs conséquences pour l'organisme, l'alimentation normale, les déterminants du poids, les risques de la graisse pour la santé, l'activité physique, l'entretien de soi, les exercices d'amélioration de l'image corporelle, les mythes sur l'obésité, les préjugés envers les grosses personnes et le deuil de la minceur.

Des essais comparatifs ont été effectués auprès d'un échantillon aléatoire afin d'évaluer les effets du programme sur les diverses participantes. Les résultats suivants ont été notés :

- augmentation de l'estime de soi;
- réduction du désir de suivre un régime;
- réduction des cas de boulimie et des excès de nourriture;
- amélioration de la satisfaction à l'égard du corps;
- stabilisation du poids.

## Stratégies en vue du changement

Que peuvent faire les consommateurs et les professionnels des domaines de la santé et de l'éducation pour combattre ce culte de la minceur, surtout dans le cas des femmes enceintes ou en âge d'avoir des enfants? Vous trouverez ci-après des recommandations en vue de la promotion du changement individuel, organisationnel et sociétal.

### *Promotion du changement individuel*

Les professionnels des domaines de la santé et de l'éducation peuvent utiliser l'éducation et le soutien pour modifier les attitudes, valeurs et comportements des filles et des femmes.auprès des fillettes et des adolescentes, les activités d'adaptation peuvent servir à éliminer les mythes sur «l'embonpoint» et à favoriser la résistance aux pressions sociales incitant au contrôle du poids. Les professionnels de la santé devraient également décourager l'adoption de régimes chez les femmes en âge d'avoir des enfants, afin d'améliorer l'apport alimentaire de la mère et donc la santé du fœtus et du nouveau-né. La normalisation de l'alimentation,

ainsi que la réduction des mesures de contrôle du poids et des excès de nourriture seraient bénéfiques aux futures mères et bébés. Durant la grossesse, les professionnels de la santé devraient cesser d'encourager le contrôle du poids, quel que soit le poids de la mère avant la conception. Pendant la grossesse, les programmes comme *Beyond Dieting* peuvent être adaptés aux besoins des femmes fortes et autres, qui se préoccupent de leur alimentation, de leur poids et de leur image corporelle. Vous trouverez les exercices utilisés lors du programme *Beyond Dieting* dans la section sur les activités et projets de promotion de la santé.

### *Promotion du changement organisationnel*

Les systèmes scolaires doivent offrir aux filles et aux garçons des programmes sur le sujet. Il est également important de sensibiliser les parents et les enseignants, pour qu'ils appuient les programmes de l'école. L'évaluation des programmes est essentielle. Enfin, les professionnels de la santé nécessitent une formation sur l'étiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance, et on doit inciter les écoles et organismes de soins de santé à adopter des politiques visant l'optimisation de la santé alimentaire des femmes et la prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance.

### *Promotion du changement sociétal*

L'élaboration de stratégies communautaires globales peut mener au changement social. La formation de coalitions visant la réduction de la discrimination fondée sur le poids et les préjugés au sein de la communauté est une méthode possible de promotion d'un changement social. Ces coalitions doivent assurer, entre autres, que toutes les personnes, quelle que soit leur taille, puissent accéder aux salles de rencontres de la communauté et s'y sentir à l'aise. D'autres stratégies incluent l'intervention auprès des écoles et des organismes sociaux dans le but de les pousser à élaborer des programmes sur les préoccupations relatives au poids et l'estime de soi, à s'élever contre les manifestations publiques de préoccupations ou de préjugés à l'endroit du poids et à devenir actifs sur le plan politique. Il est utile de dresser une liste de ressources sur les questions relatives au poids, qui contient le nom de professionnels de la santé non discriminants, et de la faire parvenir aux écoles, aux bibliothèques et aux regroupements féminins.

# La promotion d'une image corporelle saine : Stratégies en vue du changement

## Application des concepts et approches en promotion de la santé

Le concept de la santé ne se limite pas à la prévention de la maladie et de l'invalidité. Il implique également l'accès à des soins de santé abordables et la possibilité de réaliser pleinement son potentiel santé dans un environnement sécuritaire et non violent, en ayant un revenu suffisant, un logement décent, de la nourriture, une éducation et un rôle valorisé au sein de sa communauté. La promotion de la santé désigne le processus qui permet aux membres de la communauté de prendre en main et d'améliorer leur état de santé. Parmi les thèmes utilisés en promotion de la santé, voici ceux qui concernent particulièrement l'image corporelle :

- Poids-santé et habitudes alimentaires saines
- Vie active
- Image saine de son corps et de soi
  - ⇒ Confiance en soi
  - ⇒ Entretien de soi
  - ⇒ Expression personnelle
  - ⇒ Vision positive de soi

La promotion de la santé est un processus qui enseigne aux gens comment améliorer leur image de soi et de leur corps en leur fournissant des outils qui favorisent le changement des attitudes et comportements.

La *prévention primaire* comporte, entre autres, l'élimination des facteurs sociaux à l'origine des problèmes reliés à l'image corporelle. Elle vise aussi à réduire la prévalence des facteurs qui interviennent dans l'apparition de l'anorexie, de la boulimie, des préoccupations à l'égard du poids et de l'insatisfaction par rapport à son image corporelle.

Les thèmes abordés en prévention primaire sont les suivants :

- Pressions sociales incitant à la minceur
- Stéréotypes sexuels et socialisation différenciée
- Stéréotypes raciaux et ethniques
- Réduction de la femme à l'état d'objet dans les médias
- Violence faite aux femmes et aux enfants
- Préjugés liés au poids

La *prévention secondaire* désigne la détection précoce des graves problèmes relatifs à l'alimentation et au poids. Elle s'emploie donc à réagir efficacement à ces problèmes et à en écourter la durée. Voici certains thèmes ayant trait à la prévention secondaire :

- Comportements à risque élevé
- Groupes à risque élevé (thème aussi abordé en prévention primaire)
- Détection et sélection
- Orientation

Tout projet de promotion de la santé doit normalement comporter diverses stratégies de promotion de la santé, de prévention primaire et de prévention secondaire. Les stratégies de prévention primaire permettent aux gens

de développer leurs habiletés critiques, tandis que les initiatives de promotion de la santé mettent à leur disposition des moyens d'apporter des changements personnels importants et d'améliorer leur état de santé.

Une stratégie complète de promotion de la santé peut, par exemple, appliquer les composantes suivantes avant, pendant et après la grossesse : stratégies d'amélioration de la santé comme la promotion d'une image corporelle saine; stratégies de contournement du risque comme l'opposition à l'idéal de minceur véhiculé par les médias; stratégies de réduction du risque comme les programmes axés sur l'image corporelle saine et les bonnes habitudes alimentaires.

Les *approches préventives ciblées* visent les groupes à risque élevé. Il pourrait s'agir, dans le cas qui nous occupe, de mettre sur pied des initiatives pour les femmes sans enfant qui ont des troubles alimentaires, ou encore pour les femmes enceintes qui sont aux prises avec de graves problèmes touchant l'alimentation, le poids et l'image corporelle. Cependant, le fait de se concentrer sur un groupe à risque élevé signifie que la proportion de personnes affectées est généralement petite et que les résultats demeurent relativement mineurs. Par contre, une *approche axée sur l'ensemble de la population* couvre tout l'éventail des niveaux de risque. Elle peut servir de base à l'élaboration d'initiatives touchant l'ensemble des problèmes d'image corporelle, dont la promotion d'une image corporelle saine auprès des adolescentes et des jeunes femmes.

Toute stratégie de promotion de la santé fait intervenir de nombreux groupes et organismes ayant différents champs d'activité :

- Promotion ou sensibilisation
- Programmes et services d'éducation
- Politiques gouvernementales sur la santé
- Activités de soutien comme les groupes d'action communautaire, les groupes de soutien, l'initiative personnelle, les événements spéciaux, les promotions et la publicité

Une campagne efficace de promotion de la santé utilise trois approches pour favoriser la modification des comportements individuels et de l'environnement. L'ensemble des activités doit intégrer les trois approches.

- *Approche éducative* : Diffusion d'information, changement d'attitudes et perfectionnement des habiletés. La promotion de bonnes habitudes alimentaires, du poids-santé et d'une image corporelle saine en est un exemple. L'éducation ne doit pas se contenter de sensibiliser les gens, mais doit aussi leur donner les connaissances, la confiance et les habiletés nécessaires pour adopter un nouveau comportement. Soulignons également que le développement d'une image corporelle saine repose sur des stratégies d'amélioration de l'entretien de soi, de l'expression personnelle et de la confiance en soi.
- *Approche politique* : Adoption de règles officielles et officieuses par les parties responsables. Il peut s'agir ici d'élaborer une politique visant l'acceptation de toute la diversité des tailles et formes du corps dans les écoles, les clubs ou les organisations sportives. Les écoles et lieux de travail peuvent aussi adopter une politique qui condamne le harcèlement fondé sur l'apparence, la taille ou la forme d'une personne. Parmi les autres exemples de ce type d'approche, citons l'adoption de politiques d'alimentation saine dans les écoles et les lieux de travail ou l'enseignement des techniques d'autodéfense à toutes les filles.
- *Approche environnementale* : L'approche environnementale englobe les activités de mobilisation communautaire, les groupes de soutien, les groupes d'entraide, les événements spéciaux, l'information et les services offerts dans la communauté, ainsi que les promotions et la publicité. À titre d'exemple, mentionnons la mise sur pied de groupes d'entraide portant sur l'image corporelle, les préoccupations par rapport au poids et les troubles alimentaires dans les communautés, les lieux de travail, les écoles et les églises. Voici d'autres exemples de cette approche : offrir dans les écoles et les bibliothèques publiques des revues véhiculant des images positives du corps; organiser des activités physiques pendant la pause café à l'école ou au bureau; vérifier si les magasins offrent des vêtements dans toutes les tailles.

## Stratégies de communication

Larry Hershfield, M.A., Charles Clayton, M.Éd., et Carla Rice, M.Éd.

La communication est au coeur de toute initiative de promotion de la santé. Dans ce domaine, la communication, qu'elle se fasse auprès des individus eux-mêmes, de leur réseau ou encore à l'échelon organisationnel ou sociétal, doit généralement viser le changement.

Le modèle présenté ci-dessous a été élaboré par le *Centre for Health Promotion* de Toronto. C'est une approche complète qui traite de la communication à tous les niveaux : individu, réseau, organisations et société. Le modèle souligne les étapes menant à des communications efficaces et permet d'aborder, à l'aide d'une approche structurée, les problèmes liés à l'image corporelle chez les femmes en âge de procréer.

Cette section ne couvre pas l'ensemble du processus de communication élaboré par le centre. Elle a plutôt pour objet de présenter des stratégies efficaces de communication et d'illustrer comment on peut promouvoir une image corporelle saine à l'aide d'une approche systématique. Grâce à ces renseignements, vous apprendrez à vous servir des principes de communication pour aborder les problèmes liés à l'image corporelle. Pour des détails sur le cadre utilisé dans cette section, veuillez contacter le *Centre for Health Promotion* au numéro (416) 978-0522.

Une campagne de communication doit comporter des buts précis, s'adresser à un vaste public, s'échelonner sur un certain temps et être bien organisée. La communication sur les questions de santé vient généralement compléter la mobilisation communautaire, qu'elle renforce en augmentant la taille, la diversité et l'influence des coalitions communautaires. De plus, la communication permet de mieux comprendre les questions complexes qui façonnent le domaine de la santé, et de doter les groupes communautaires des stratégies les plus pratiques et les plus rapides en vue du changement.

Depuis une quinzaine d'années, l'efficacité des campagnes de communication semble à la hausse. Selon les recherches, une campagne de communication bien conçue peut être efficace en promotion de la santé. Ce genre de campagne peut en effet communiquer aux gens les faits sur la santé, expliquer les habiletés à acquérir, promouvoir la modification du comportement et entraîner un changement social.

L'élaboration et la mise en oeuvre d'une campagne de communication dans le domaine de la santé passent par une série d'étapes allant de la définition des objectifs à la conception d'outils d'évaluation. Cette section approfondira trois étapes cruciales de la planification des communications en matière de santé : 1) créer le profil du public cible; 2) fixer les objectifs de la communication; 3) ordonner les activités de communication.

### Créer un profil du public cible

Avant d'organiser une campagne ou une activité de communication, il faut connaître son public cible. Qui sont les membres du public cible (données démographiques)? Comment se comportent-ils (données comportementales)? Quelle est leur façon de penser et de ressentir les choses, et par quoi sont-ils influencés (données psychographiques)? Pour qu'une campagne de communication soit efficace et ait une portée étendue, il faut choisir un public vaste mais suffisamment homogène. Il est utile de commencer par déterminer les caractéristiques souhaitées chez les membres de votre public cible.

Données démographiques :

- sexe

- âge
- occupation
- revenu
- scolarité
- situation familiale
- lieu de résidence et de travail (milieu urbain, rural ou régional; banlieue)
- caractéristiques culturelles

#### Données comportementales :

- niveau de risque en matière de santé
- avantages du comportement
- disposition à changer
- états pathologiques et troubles médicaux
- antécédents médicaux de la famille

#### Données psychographiques (mode de vie) :

- attitudes
- valeurs
- croyances
- opinions
- auto-évaluation et autres traits de personnalité
- exposition aux médias
- adhésion à des organisations
- activités ou actions ayant trait à la santé
- autres caractéristiques reliées au mode de vie

Une campagne de communication qui viserait à modifier, chez les filles et femmes sans enfant, les attitudes et les sentiments envers le poids et la forme du corps pourrait cibler les fillettes (9 à 12 ans), les adolescentes (13 à 19 ans), les jeunes femmes adultes (20 à 24 ans) ou les femmes adultes (24 à 39 ans). Elle pourrait également s'adresser aux femmes sans enfant des milieux pauvres qui ont un accès limité aux aliments sains ou pour lesquelles la seule façon de composer avec leur situation consiste à manger avec excès ou trop peu.

Les trois pages suivantes donnent le profil du public cible que constituent les adolescentes. On y offre un exemple du type de renseignements utiles à recueillir et à intégrer aux activités du plan de communication.

## Profil du public cible des adolescentes

### Données démographiques

**Sexe :** Féminin

**Âge :** 13 à 19 ans

#### **Occupation**

- 75 % des adolescentes de 15 à 19 ans vont à l'école à temps plein (*Les jeunes au Canada*, 1992).
- 56 % ont un travail rémunéré et nombre d'entre elles occupent des emplois à temps partiel dans le secteur des services (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1992).
- Un plus grand nombre d'adolescentes que d'adolescents travaillent à temps partiel (*Les jeunes au Canada*, 1992).

#### **Revenu**

- Près de 70 % des jeunes femmes se préoccupent beaucoup de l'argent (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992).

#### **Lieu de résidence et de travail**

- 91 % habitent chez leurs parents (*Les jeunes au Canada*, 1994).
- 74 % des adolescentes de 15 à 19 ans habitent une région urbaine et 26 % une région rurale; 53 % de celles qui habitent une région urbaine demeurent dans des secteurs comptant 100 000 habitants ou plus (*Les jeunes au Canada*, 1992).

#### **Caractéristiques culturelles :**

- Les minorités visibles représentent 10,6 % de la population des 15 à 19 ans (*Les jeunes au Canada*, 1992).

### **Données comportementales**

#### **Niveau de risque pour la santé**

- 65 % des adolescentes de 15 à 19 ans qui se trouvent «trop grosses» ont déjà suivi un régime et 44 % de toutes les femmes du public cible ont déjà suivi un régime, y compris celles qui se considèrent de taille normale et celles qui se trouvent minces (*Young Women in Nova Scotia: A Study of Attitudes, Behaviour and Aspirations*, 1990).
- Quelques adolescentes surveillent leur alimentation en mangeant de la nourriture saine ou en faisant plus d'exercice. La majorité d'entre elles passent des repas ou se privent de nourriture. 22 % ont déjà jeûné et 3 % se sont purgées (*Young Women in Nova Scotia*, 1990).
- Beaucoup d'adolescentes avouent remplacer la nourriture par des substances comme le tabac ou la caféine (*Young Women in Nova Scotia*, 1990).
- 44 % des adolescentes admettent se gaver de nourriture à l'occasion ou plus souvent (*Adolescent Health Survey*, 1993).
- Les jeunes femmes de 16 à 24 ans croient que le fait de fumer soulage le stress, stimule les interactions sociales et permet de contrôler son poids (*Document d'information sur les femmes et le tabac*, 1993).
- Dans le cadre d'une enquête sur les attitudes des jeunes Hispaniques, Autochtones et Blanches envers la nourriture, les Autochtones avaient les taux les plus élevés de troubles alimentaires et de problèmes reliés à l'image corporelle; environ 11 % d'entre elles se faisaient vomir, 6 % prenaient des laxatifs, 41 % suivaient un régime draconien ou jeûnaient, 31 % étaient terrifiées à l'idée de prendre du poids et 24 % n'étaient jamais satisfaites de leur corps. Les pourcentages des jeunes Hispaniques et Blanches étaient égaux pour la plupart des variables mesurées, à l'exception de la peur d'engraisser et de l'insatisfaction par rapport à leur corps, qui étaient supérieures chez les jeunes Hispaniques -- 31 % et 24 % respectivement (Smith, 1991).

#### **États pathologiques et troubles médicaux**

- On estime qu'une proportion allant jusqu'à 20 % des jeunes Canadiennes de 14 à 24 ans présentent de graves troubles alimentaires (*National Eating Disorder Information Centre*, 1989).
- Les adolescentes se préoccupent particulièrement de leur image corporelle, et il n'est pas rare qu'elles développent de graves problèmes reliés à l'image corporelle au moment de la puberté. Selon les recherches, l'anorexie se déclare généralement à l'âge de 14 ans et la boulimie à 18 ans (*National Eating Disorder Information Centre*, 1989).
- Une étude a relevé que 7 % des élèves de sexe féminin utilisaient des moyens néfastes et potentiellement dangereux pour contrôler leur poids, dont les pilules et les laxatifs (*Adolescent Health Survey*, 1993).

#### **Antécédents médicaux de la famille**

- La socialisation des fillettes les incite à se préoccuper de leur image corporelle dès leur plus jeune âge. En général, les parents emploient des adjectifs comme belle, douce et adorable pour décrire leur petite fille et qualifient leur garçon de fort et robuste (Rubin, Provinzano et Laria, 1974).
- Lorsqu'on demande aux parents ce qu'ils souhaitent pour leur enfant, ils mentionnent la beauté physique beaucoup plus souvent pour les filles que pour les garçons (Hoffman, 1975).

- Pendant leur socialisation, les enfants des deux sexes apprennent que le corps de la femme doit être embelli, tandis que le corps de l'homme doit être musclé et robuste (Rindskopt et Gratch, 1982).
- Au fur et à mesure que grandissent les jeunes, les parents se montrent de moins en moins positifs envers l'apparence de leurs enfants, leurs habitudes alimentaires et les exercices qu'ils pratiquent. Ce sont toujours les adolescents qui obtiennent les évaluations les moins positives, sont le plus souvent critiqués et le moins souvent valorisés, et sont le plus souvent encouragés à modifier leur apparence physique (Striegel-Moore et Kearney-Cooke, 1994).
- Les recherches font ressortir un lien étroit entre les efforts des parents pour maigrir et leurs tentatives pour encourager leurs enfants à suivre un régime (Striegel-Moore et Kearney-Cooke, 1994).

### **Avantages du comportement**

- Selon beaucoup de jeunes femmes, le combat qu'elles mènent pour arriver à une image corporelle et un poids satisfaisants serait une stratégie d'adaptation pour rehausser leur amour-propre, leur confiance en soi et leur popularité.

## Données psychographiques

### **Attitudes, valeurs, croyances et opinions**

- 95 % des filles de 12 à 16 ans considèrent que leur apparence est importante (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992).
- 85 % des jeunes filles de 11 à 19 ans se préoccupent énormément de leur apparence (*A Cappella : Rapport sur les réalités, préoccupations, attentes et obstacles que connaissent les adolescentes au Canada*, 1990).
- Environ la moitié des adolescentes de 14 à 19 ans se trouvent «trop grosses» même si la grande majorité d'entre elles ne dépassent pas les limites du «poids-santé» (*Young Women in Nova Scotia*, 1990).
- 53 % des femmes pensent qu'elles devraient maigrir, comparativement à 22 % des hommes (*The Adolescent Experience*, 1986).
- Deux fois plus de garçons que de filles de 12 à 16 ans se disent très satisfaits de leur apparence (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992).
- 77 % des filles du secondaire souhaitent perdre du poids; ce désir s'accroît avec l'âge et atteint une proportion de 82 % chez les adolescentes de 19 ans (*Adolescent Health Survey*, 1993).

### **Auto-évaluation et autres traits de personnalité**

- Deux fois plus de jeunes femmes que de jeunes hommes ne se sentent pas bien dans leur peau; de plus, l'amour-propre et la confiance en soi des femmes diminuent avec l'âge (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992).
- Les jeunes qui ne fréquentent pas d'amis sont moins portés à avoir confiance en eux et à se voir sous un jour positif (*Adolescent Experience*, 1986).

### **Exposition aux médias**

- À leur entrée à l'école secondaire, les enfants ont déjà à leur actif environ 15 000 heures de télévision, comparativement à 11 000 heures passées à l'école.
- Ces enfants ont vu 350 000 annonces publicitaires, dont la moitié font la promotion de nourriture. Plus de la moitié des annonces publicitaires sur la nourriture valorisent la minceur et la beauté (Moe, 1991).
- Seulement 15 minutes d'exposition à la publicité de produits de beauté suffisent pour que les filles considèrent que leur apparence est d'autant plus importante si elles veulent plaire aux hommes (Tan, 1979).

### **Adhésion à des organisations**

- Les jeunes femmes qui font partie d'organisations à vocation sociale ou qui pratiquent des activités parascolaires font preuve d'une meilleure estime de soi que les autres (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992; *Adolescent Health Survey*, 1993).

### **Activités ou actions ayant trait à la santé**

- Seules 40 % des filles canadiennes s'attendent à pratiquer une activité physique à l'âge de 20 ans contre 60 % des garçons (*Nos jeunes, leur santé*, 1992).

### **Autres caractéristiques reliées au mode de vie**

- Plus de 90 % des adolescentes de 13 à 19 ans affirment que leurs relations avec leurs parents sont importantes (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992).
- Plus de 90 % des adolescentes de 13 à 19 se déclarent satisfaites de leurs relations d'amitié. Les adolescentes sont toutefois deux fois plus souvent insatisfaites de leurs relations avec leurs parents qu'elles le sont de leurs relations avec leurs amis (*J'ai des choses à dire...Écoutez-moi!*, 1992).
- Les jeunes femmes sont plus portées que les jeunes hommes à discuter de leurs problèmes avec leurs amis (79 % contre 57 %), à demander conseil à leurs amis (85 % contre 59 %) et à accorder beaucoup d'importance à ce que leurs amis pensent d'elles (82 % contre 75 %) (*Adolescent Experience*, 1993).
- 48 % des jeunes femmes affirment que leur popularité les préoccupe énormément (*A Cappella*, 1990).
- Les adolescentes du cycle secondaire supérieur classent au deuxième rang les amitiés entre femmes, c'est-à-dire après les relations amoureuses avec les garçons; les relations des filles avec leurs parents sont moins positives que celles des garçons avec leurs parents (*Adolescent Experience*, 1986).

En créant le profil de votre public cible, vous découvrirez des caractéristiques et des traits insoupçonnés qui vous serviront à planifier vos activités de promotion de la santé. Les planificateurs d'une campagne de promotion peuvent se reporter aux points suivants après avoir dressé le profil des adolescentes pour trouver un heureux mélange d'activités de communication.

- *L'apparence est une préoccupation importante chez beaucoup d'adolescentes.* Une campagne de prévention ou de promotion de la santé auprès des femmes qui ne sont pas encore enceintes doit donc viser les adolescentes. Cette constatation suggère qu'il faut aussi cibler les pré-adolescentes, car elles ne se préoccupent pas encore autant de leur image corporelle et de leur poids que les adolescentes.
- *Les adolescentes privilégient les rapports humains et les amitiés.* Une campagne devrait donc être structurée de façon à s'adresser aux réseaux sociaux et aux groupes de pairs. On peut se servir des rapports humains entre adolescentes pour transmettre un message ou pour inciter ces dernières à apporter des changements personnels.
- *Les préoccupations au sujet de la popularité et des garçons risquent d'entraver le processus de changement.* Il est peut-être indiqué de cibler également les jeunes hommes pour les amener à changer leur attitude envers la beauté féminine. En outre, il peut être nécessaire d'appuyer et d'encourager les filles et les adolescentes à perfectionner leurs habiletés et compétences. Les communautés et les systèmes dans lesquels nous vivons ont le devoir de valoriser les jeunes femmes pour tous les attributs, talents et compétences qui n'ont pas trait à l'apparence.
- *Les adolescentes sont très influencées par les images et les messages des médias.* Les médias de masse ont un impact énorme sur les adolescentes et sont donc adéquats pour promouvoir des messages positifs sur l'image corporelle, l'alimentation et le poids. Selon leur niveau d'exposition aux médias, ces jeunes femmes peuvent toutefois être fortement influencées par le seul nombre des messages dominants et rester froides aux rares images qui sont différentes. Il est possible que, devant le déluge de messages véhiculés par les médias, les auditoires jeunes soient désormais immunisés contre l'influence de la publicité.

L'Annexe II comporte une grille de travail qui vous aidera à créer le profil de votre public cible.

## Définir les objectifs du programme à tous les niveaux de changement

Les voies de communication sont réparties en trois catégories qui favoriseront une diffusion maximale de votre message.

*Médias* : Imprimés, radio, télévision, publicité extérieure, publicité par téléphone ou par la poste

*Communication face à face* : Exposés, formation, conférences, réseaux informels

*Événements communautaires* : Concours, foires, marathons, campagnes de financement, démonstrations, tribunes

Une campagne de communication dans le domaine de la promotion de la santé comporte quatre niveaux de changement. Des stratégies peuvent être élaborées pour chacun de ces niveaux.

*Individu* : Il s'agit des initiatives qui s'attachent à modifier les comportements individuels en matière de santé et l'état de santé d'une personne. Les objectifs de la campagne peuvent porter sur la sensibilisation, les connaissances, les attitudes, l'auto-efficacité et les habiletés.

*Réseau* : Les réseaux sociaux sont en mesure d'influencer profondément le domaine de la santé. Les campagnes de promotion de la santé visent, entre autres, à redéfinir les priorités et à améliorer la qualité de l'information échangée au sein d'un groupe social. Par conséquent, cette stratégie peut s'intéresser aux types de questions dont on discute généralement en famille, entre amis ou entre collègues.

*Organisation* : Les organisations comprennent les lieux de travail, les écoles, les établissements de soins de santé, les supermarchés et les magasins au détail. Pour favoriser le changement au sein d'une organisation, une campagne de promotion de la santé peut : 1) remodeler la structure de l'organisation de manière à encourager la modification des comportements individuels; 2) façonner les politiques, les ressources, les activités et les normes de l'organisation; 3) inciter l'organisation à servir de modèle aux autres organismes communautaires.

*Société* : La société influence indubitablement la santé et les comportements de ses membres. Les normes, lois et politiques sociales, de même que l'environnement physique et l'environnement éducatif jouent tous un rôle de premier plan dans l'état de santé de la population.

## Tableau des objectifs de la campagne de communication

Il est important de déterminer quelles voies de communication conviennent le mieux aux différents objectifs d'une campagne de communication. Les médias constituent la méthode de communication la moins interactive et la plus indiquée pour transmettre des messages clairs et simples. Les campagnes médiatiques ont le potentiel de conscientiser les gens et de modifier leurs croyances par rapport à une question donnée. Par exemple, les campagnes diffusées pendant la semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires utilisent des slogans explicites afin d'influencer les attitudes du public envers le poids et les régimes.

La communication face à face réalise les mêmes objectifs que les médias mais atteint moins de gens. Elle a cependant l'avantage appréciable d'accroître la participation du public. La communication face à face est indiquée lorsque le public cible a besoin d'interaction et de soutien interpersonnel pour apporter certains changements. Il existe par exemple des groupes de soutien qui aident les femmes à se sortir du cycle des régimes et à améliorer leur image corporelle et leurs habitudes alimentaires.

Les événements communautaires permettent un type de communication qui combine les avantages des médias et de la communication face à face, soit la possibilité de s'adresser à un vaste public, tout en encourageant l'engagement et l'interaction des gens.

Idéalement, une campagne de communication touche tous les niveaux de changement : individu, réseau, organisation et société. Elle doit aussi englober les trois voies de communication : médias, communication face à face et événements communautaires. En consultant la page suivante, on constate que chaque voie de communication peut viser des objectifs précis à chaque niveau de changement.

## Objectif de la campagne :

Voies de communication	Individu	Réseau	Organisation	Société
<b>Médias</b>	Sensibilisation Connaissances Changement d'attitudes Auto-efficacité Habilités	Encouragement des leaders d'opinion Renforcement des normes en place Engagement des leaders d'opinion	Connaissances des personnes influentes Engagement des personnes influentes Diffusion de l'information Établissement des priorités	Environnement éducatif Établissement des priorités Opinion publique
<b>Communication face à face</b>	Motivation Action Maintien Soutien social	Diffusion de l'information Influence sociale Soutien social	Efficacité collective Activités Ressources Politiques Installations	Communication interpersonnelle Modification des normes
<b>Événements communautaires</b>	Incitatifs Signaux provoquant l'action	Communication interpersonnelle Incitatifs Signaux provoquant l'action Soutien social Activités	Activités Incitatifs Signaux provoquant l'action Soutien social	Politiques Lois Finances publiques Environnement physique

## Objectifs individuels

Médias -- Les médias sont en mesure de sensibiliser une personne à une question, d'enrichir ses connaissances, d'influencer ses attitudes, de la motiver à apporter des changements et de lui faire connaître les habiletés nécessaires pour modifier son comportement.

Communication face à face -- La communication face à face étant plus interactive, elle peut motiver les gens à modifier leurs habitudes et leur comportement. Elle fournit également une forme de soutien social aux personnes qui tentent d'y parvenir.

Événements communautaires -- Les événements communautaires comportent des incitatifs qui poussent les gens à modifier leur comportement. Ils servent aussi de signaux pour déclencher l'action. Ce sont par le fait même des occasions publicisées et publiques de s'adonner à des activités saines.

## Objectifs applicables aux réseaux

Médias -- Les messages diffusés par les médias encouragent les leaders d'opinion des réseaux informels à engager le débat sur une question de santé, la mettant ainsi à la portée des composantes du réseau, comme les membres d'une famille ou les amis.

Communication face à face -- Une campagne de promotion de la santé peut se servir des agents de changement (dont les leaders d'opinion, les professionnels ou les personnes ayant une expertise ou une expérience personnelle dans le domaine de la santé) pour diffuser au sein d'un réseau social l'information pertinente sur une question de santé.

Événements communautaires -- Ces événements donnent l'occasion aux membres des réseaux sociaux de discuter d'une question de santé. Les échanges d'information, les conseils, l'acquisition d'habiletés et le soutien peuvent accompagner ces discussions. De plus, les événements communautaires comportent divers incitatifs et signaux qui motivent les gens à passer à l'action.

## Objectifs organisationnels

Médias -- Il est possible d'adapter les messages transmis par les médias aux personnes qui élaborent les politiques, contrôlent les ressources et planifient les activités d'une organisation. Les médias permettent d'enrichir les connaissances des personnes influentes et de s'assurer leur engagement envers les changements à apporter sur le plan de la santé. Les médias spécialisés, comme les bulletins internes, sont une bonne source d'information pour les membres d'une organisation.

Communication face à face -- Les cours, conférences, groupes de soutien et ateliers peuvent motiver les membres et l'ensemble de l'organisation à modifier leur comportement. Ce type de communication a aussi un impact sur les activités entreprises et appuyées par les organisations, ainsi que sur la diversité des ressources à la disposition des membres, les politiques sur la santé et la disponibilité des installations qui contribuent au maintien d'un mode de vie sain.

Événements communautaires -- Les organisations s'intéressent souvent aux événements communautaires en raison des avantages qu'elles en retirent sur le plan des relations publiques. Ce genre d'événements a donc le potentiel d'encourager la participation des organisations à des activités saines, où l'on fournit les incitatifs et les signaux nécessaires pour passer à l'action.

## Objectifs sociétaux

Médias -- Les médias s'adressent à une grande proportion de la population et les messages reçus forment l'environnement éducatif d'une question donnée. La campagne de promotion peut s'employer à passer davantage de messages positifs sur la santé et à créer un environnement éducatif qui soit sain. La couverture accordée à une question de santé la rend plus présente dans l'esprit des gens.

Communication face à face -- Ce type de communication facilite la discussion et l'interaction de manière à accroître les rapports interpersonnels et à favoriser l'échange d'information et la modification des normes.

Événements communautaires -- Les groupes de pression, les pétitions, les manifestations et les protestations sont tous des événements communautaires susceptibles de produire un impact sur la société. En mobilisant des appuis politiques, les campagnes de promotion de la santé peuvent influencer les politiques et lois, les décisions en matière de finances publiques et l'affectation des ressources.

## Objectifs d'un programme à tous les niveaux de changement

Un programme efficace de promotion de la santé adopte des stratégies adaptées à chaque niveau de changement. La campagne suivante est un bon exemple d'initiative qui s'est d'ailleurs fixé des objectifs à tous les niveaux de changement -- individu, réseau, organisation et société. Dans cet exemple, la campagne a pour objectif global de réduire les problèmes liés à l'image corporelle chez les femmes en âge de procréer (15 à 39 ans).

Objectif du programme :

- Réduire les problèmes liés à l'image corporelle, à l'alimentation et au poids chez les femmes en âge de procréer (15 à 39 ans).

Objectifs individuels :

- Améliorer la connaissance du problème et de ses répercussions sur la communauté.
- Modifier les attitudes des femmes en âge de procréer par rapport à l'alimentation, au poids et à l'image corporelle.
- Faire reconnaître aux femmes que le changement est possible (auto-efficacité).
- Aider les femmes à apporter des changements (acquisition d'habiletés).

Objectifs applicables aux réseaux

- Motiver les personnes influentes au sein des réseaux en enrichissant leur connaissance des problèmes reliés à l'alimentation, au poids et à l'image corporelle.
- Informer les leaders d'opinion et les amener à modifier leurs attitudes.
- Faire participer les leaders d'opinion aux activités du programme.

Objectifs organisationnels

- Enrichir les connaissances des personnes influentes.
- Faire participer ces personnes à une campagne donnée.
- Aider les organisations à mettre en place des ressources et activités pertinentes.

Objectifs sociétaux

- Accroître la couverture sur le problème et les solutions constructives.

- Aborder sur la scène publique les questions des descriptions et les représentations erronées de la femme dans les médias.
- Modifier les normes sociales au sujet des femmes, du poids et de la beauté.
- Apporter des changements à l'environnement physique.

La page suivante offre un tableau de communications. L'objectif global de la campagne figure dans la partie supérieure du tableau et les objectifs spécifiques pour chaque niveau de changement sont indiqués à l'aide d'un astérisque (\*). Il est à noter que cette campagne ne se propose pas d'atteindre tous les objectifs du tableau. On a sélectionné uniquement les objectifs qui conviennent au public cible, à l'échéancier de la campagne et aux ressources disponibles.

**Objectif de la campagne :** Réduire l'incidence des problèmes liés à l'image corporelle, à l'alimentation et au poids chez les femmes sans enfant.

<b>Voies de communication</b>	<b>Individu</b>	<b>Réseau</b>	<b>Organisation</b>	<b>Société</b>
<b>Médias</b>	Sensibilisation* Connaissances* Changement d'attitudes* Auto-efficacité* Habilités*	Encouragement des leaders d'opinion* Renforcement des normes en place Engagement des leaders d'opinion*	Connaissances des personnes influentes* Engagement des personnes influentes* Diffusion de l'information* Établissement des priorités*	Environnement éducatif * Établissement des priorités* Opinion publique*
<b>Communication face à face</b>	Motivation Action Maintien Soutien social*	Diffusion de l'information* Influence sociale Soutien social	Efficacité collective Activités* Ressources* Politiques Installations	Communication interpersonnelle Modification des normes*
<b>Événements communautaires</b>	Incitatifs* Signaux provoquant l'action	Communication interpersonnelle Incitatifs Signaux provoquant l'action* Soutien social Activités*	Activités* Incitatifs Signaux provoquant l'action* Soutien social	Politiques Lois Finances publiques Environnement physique*

## Élaborer un plan de communication stratégique dans le domaine de la promotion de la santé

Lorsqu'on planifie une campagne de promotion de la santé, il est primordial d'examiner dans quelle mesure les caractéristiques d'une voie de communication précise peuvent permettre d'atteindre les objectifs désirés. En général, les objectifs individuels sont conçus pour influencer les pensées, les sentiments et les comportements des gens, tandis que les objectifs applicables aux réseaux visent à créer des appuis sociaux. Quant à eux, les objectifs organisationnels s'attardent aux règlements, procédures, installations et normes d'une organisation, et les objectifs sociétaux tentent de façonner les pensées et attitudes du grand public.

De plus, chaque message doit être conçu de façon à exercer une influence spécifique sur le public cible. Autrement dit, il faut différents moyens pour atteindre différents résultats. Si l'objectif est, par exemple, d'accroître la sensibilisation des gens, un média accessible et facile à utiliser sera privilégié comme voie de communication. Si l'objectif consiste à modifier un comportement, le moyen employé peut être la communication face à face, comme un groupe de soutien ou un programme d'éducation. Enfin, si l'objectif est de changer une politique, il serait plutôt indiqué de tenir un événement communautaire comme une manifestation, moyen plus susceptible d'influencer le gouvernement ou le secteur privé.

## Présenter les concepts de promotion de la santé à un public novice

L'introduction d'un concept de promotion de la santé à un public ou une communauté novice est un défi de taille qui s'apparente, sur bien des plans, à la vente d'un «produit non recherché». Voici une liste des stratégies utiles pour présenter de nouvelles idées :

- Trouver des membres respectés de la communauté et leur demander de confirmer l'existence du problème. Il peut être nécessaire d'obtenir cet appui par l'intermédiaire de réseaux informels ou de communications interpersonnelles.
- Veiller à ce que les messages aient un caractère culturel. Faire correspondre aux activités des solutions qui conviennent à la communauté en question. Proposer des solutions adaptées à la réalité culturelle et aux besoins actuels.
- Soumettre les questions d'intérêt aux groupes déjà présents au sein de la communauté. Identifier les réseaux déjà en place pour les femmes et les adolescents. Déterminer comment intégrer les questions d'intérêt à l'ordre du jour de ces groupes et comment encourager les membres à traiter ces questions à leur manière. Dans les communautés autochtones, par exemple, les notions d'entretien de soi, d'expression personnelle et de vision positive de soi sont toutes des composantes d'une image corporelle saine pouvant être intégrées aux mouvements de guérison.

## Planification de la campagne de communication

Il peut être utile de considérer les points suivants au moment de planifier la campagne de communication :

- Utiliser une combinaison d'objectifs applicables aux individus, aux réseaux, aux organisations et à la société. De cette façon, votre campagne sera diversifiée et couvrira tous les niveaux de changement. Cette précaution permet aussi de susciter des changements simultanés à l'échelle individuelle, organisationnelle et sociale pour que tous les niveaux de changement en viennent à s'appuyer mutuellement.
- S'assurer de toujours faire correspondre les objectifs de communication aux activités du programme. Ainsi, les ressources seront utilisées de façon efficace, le projet demeurera centré sur son objectif global et votre énergie ne sera pas gaspillée.
- Ordonner les activités de manière à obtenir des appuis envers l'objectif global de la campagne. Le fait d'agencer les activités selon une période définie (deux, trois, quatre ou cinq ans) permettra d'obtenir des individus, des réseaux, des organisations et de la société un soutien qui s'échelonne sur une période réaliste. Cela vous permettra également de passer progressivement de l'étape de la sensibilisation et la connaissance à l'étape de la mise en oeuvre du changement.
- Débuter les activités à petite échelle et prendre graduellement de l'essor. Des débuts plus modestes la première année permettent une certaine marge d'erreur et donnent la chance d'essayer différentes stratégies et de baser l'évolution du projet sur les réussites. Cela permet en outre d'augmenter la confiance des partenaires envers le projet, d'attirer une plus grande diversité de participants et de recruter des leaders d'opinion et des preneurs de décisions.

La chose primordiale que vous devez garder à l'esprit en élaborant votre plan de communication est de penser stratégiquement. Voici quelques questions à envisager : Quel est le principal problème? Quelles sont les solutions possibles? Comment peut-on mettre à profit les interventions, programmes, groupes, documents ou réseaux déjà en place?

La page suivante offre un plan de campagne fictif échelonné sur cinq ans. Son objectif global est de réduire les problèmes liés à l'image corporelle, à l'alimentation et au poids chez les femmes en âge de procréer (15 à 39 ans). Cet exemple de campagne de communication stratégique couvre tous les niveaux de changement en utilisant les diverses voies de communication. Un tableau des objectifs de communication et un plan de campagne figurent à l'Annexe II.

## Plan de campagne de communication

	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année
Individu	Sensibilisation/ Connaissances • semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires (SSTA)	Connaissances/ Attitudes • Médias de télédiffusion et imprimés	Attitudes • Tribune libre	Habilités/Appuis sociaux • Groupes de soutien	Incitatifs • Défilé de mode pour les femmes de toutes les tailles • Foire d'aliments raffinés et sains
Réseau	Sensibilisation/ Connaissances • SSTA • Contacts avec les leaders d'opinion	Participation/ Engagement • Faire participer les leaders d'opinion à une coalition	Diffusion de l'information • Combiner l'éducation à des discussions d'organisation	Signaux provoquant l'action • Inviter les leaders d'opinion à un atelier d'organisation communautaire	Activités • Faire participer les leaders d'opinion à la conception du programme de promotion de la santé
Organisation		Connaissances • Fournir de l'information, des ressources, du soutien	Participation • Utiliser les personnes ressources et leaders d'opinion pour faire participer les personnes influentes	Éducation/Diffusion de l'information • Offrir des séances de formation aux personnes influentes	Établissement des priorités/Activités/Ressources • Travailler avec les organisations à la conception des stratégies de promotion de la santé
Société	Établissement des priorités • Nouvelles/Publicité • Campagne de la SSTA	Opinion publique • Campagne de correspondance	Modification des normes • Affiches véhiculant des messages différents • Soutien aux annonceurs ayant des messages sains	Environnement physique • Magasins de vêtements dans toutes les tailles	

# La promotion de la santé mise en pratique

## Communication et mobilisation communautaire dans le domaine de la santé : l'expérience de Barrie

*Meilleur départ*, Barrie  
Kim McEwen Shadgett, B.A.

En juin 1993, un groupe de diététiciens et de citoyens de Barrie s'est réuni et a examiné les questions touchant l'alimentation dans leur communauté. Il a ensuite décidé de s'attaquer en priorité aux problèmes liés à l'image corporelle et aux troubles alimentaires, puisque le poids insuffisant de la mère pendant la grossesse intervient dans l'insuffisance pondérale du bébé à la naissance. De fait, les préoccupations à l'égard du poids et les troubles alimentaires semblaient courants parmi les femmes enceintes et sans enfant. C'est pourquoi les responsables de *Meilleur départ* ont participé à la création d'un groupe de conscientisation à l'image corporelle à Barrie. Ce groupe tente de modifier la façon dont les femmes, en particulier les jeunes, perçoivent leur corps et en prennent soin, de sorte que le poids des futurs bébés soit plus conforme à la normale.

Le groupe s'est d'abord employé à recenser les services offerts à Barrie aux personnes ayant des problèmes liés à l'image corporelle ou à l'alimentation. Il a constaté que les services suivants étaient inexistant dans sa communauté : 1) groupes de soutien pour les personnes préoccupées par leur poids; 2) point central d'information sur les questions touchant l'image corporelle; 3) groupes ou organismes axés sur la sensibilisation aux problèmes liés à l'image corporelle. Une fois terminée son évaluation des besoins, le groupe a pu définir son rôle. Même s'il s'est engagé à remplir son rôle, le groupe est toutefois demeuré ouvert et accueillant. La nécessité d'une stratégie communautaire de prévention des problèmes liés à l'image corporelle figurait parmi les besoins identifiés.

Le groupe a ensuite élaboré son mandat, dont l'objectif global était de conscientiser la population de Barrie aux questions d'image corporelle. Voici ses objectifs spécifiques : 1) accroître la sensibilisation des élèves leaders du secondaire aux questions d'image corporelle; 2) planifier et mettre en oeuvre une campagne médiatique; 3) utiliser les médias dès que l'occasion se présente; 4) inciter davantage de consommateurs à siéger au comité.

Le groupe a surtout concentré ses efforts sur les jeunes femmes et les adolescentes. Il a désigné les adolescents comme premier public cible et l'ensemble de la communauté comme deuxième public cible. Pour joindre ses publics, le groupe a mis au point les stratégies suivantes pour chacune des trois voies de communication.

*Médias de masse* : concours d'annonces publicitaires, campagne médiatique, contacts étroits avec les médias  
*Communication face à face* : groupes de discussion, diaporamas en classe (l'un d'entre eux est devenu un travail scolaire de 8<sup>e</sup> année), groupe de soutien pour les personnes aux prises avec des troubles alimentaires  
*Événements communautaires* : tribune sur l'obsession du corps parfait, concours d'annonces publicitaires

Lorsque le groupe s'est mis à élaborer des stratégies de communication visant à modifier les attitudes et comportements des jeunes, il s'est rendu compte qu'il fallait d'abord s'informer auprès des adolescents de la communauté pour mieux comprendre leurs besoins et leurs préoccupations touchant l'image corporelle. On a donc invité des adolescents à former deux groupes de discussion, le premier étant composé des plus jeunes et le deuxième des plus vieux. Ces groupes de discussion sont décrits ci-après.

## Communication face à face

### Groupes de discussion

Deux groupes de discussion composés de jeunes ont été mis sur pied dans le but de définir les besoins des adolescents et de déterminer l'information dont ils disposaient déjà. L'animateur commençait par présenter un collage d'images publicitaires réalisé par une personne plus âgée. Les questions suivantes ont alimenté la discussion : Qu'est-ce qui ressort de ces images?; Est-ce qu'elles représentent du «vrai monde»?; Qu'ont-elles en commun?; Quels sentiments font-elles naître chez vous?

Le processus de discussion comprenait également des questions non intimidantes sur les besoins individuels des adolescents. Une fois les participants bien à l'aise, l'animateur posait les questions ci-après. Pourquoi participez-vous à cette discussion? Quelles sont vos attentes? Quelles sont vos expériences par rapport à l'image corporelle? Quels messages vous ont été transmis et par qui? À quel moment sont apparues vos préoccupations par rapport à votre image corporelle? Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à ce moment-là? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à l'heure actuelle? Qu'aimeriez-vous apprendre sur l'image corporelle saine? Quelles méthodes avez-vous essayées? Qu'est-ce qui peut empêcher une personne d'obtenir de l'aide?

Selon les adolescents, les images véhiculées par les médias font pression sur les jeunes femmes et leur donnent l'impression de ne pas être à la hauteur. L'anorexie et la boulimie étaient généralement bien comprises. Les adolescentes ont affirmé qu'elles désiraient suivre un régime parce que tous les gens qui les entourent, y compris leurs amis et leur famille, se préoccupaient de leur poids et de leur apparence. D'après elles, les femmes se faisaient compétition en matière de minceur. Les adolescentes considéraient aussi les commentaires du genre «tu es tellement mince» ou «tu es toute petite» comme les compliments les plus flatteurs qu'elles pouvaient recevoir. Les participants ne trouvaient pas toujours facile de déterminer si une personne faisait une purge ou se privait de manger, car les excès de nourriture et les purges constituaient, selon eux, des stratégies personnelles d'adaptation. Le groupe percevait la petite taille et la beauté comme des atouts susceptibles de leur ouvrir davantage de portes dans la vie. La graisse leur donnait une frousse terrible, et certaines adolescentes avaient adopté un rituel d'encouragements mutuels se disant, par exemple : «T'es pas grosse, voyons, tu es superbe. Regarde-moi plutôt, c'est ça être grosse!» Quelques adolescentes appréciaient de pouvoir interrompre leurs menstruations. Les garçons se préoccupaient également de leur image corporelle, mais se sentaient plutôt obligés de travailler leurs muscles. Parmi les influences majeures sur les adolescentes, citons les amis, les médias, les émissions télévisées *Beverly Hills 90210* et *Baywatch*, les garçons, les critères différents s'appliquant aux hommes et aux femmes, leurs mères, Madonna, les annonces de maillots de bain et les mannequins.

### Image corporelle et groupe de valorisation pour jeunes femmes

Les adolescentes ont soulevé la nécessité de mettre sur pied un groupe de conscientisation à l'image corporelle et de valorisation de soi. Le groupe est en cours de planification. Le journal local a publié une première annonce invitant toutes les jeunes femmes intéressées à participer, et on a contacté les écoles pour entreprendre l'organisation du groupe.

### Exposés en classe et appui aux projets individuels des élèves

Le groupe de conscientisation à l'image corporelle souhaitait initier les élèves aux médias et leur offrir du soutien pour entreprendre des projets individuels. Pour ce faire, les membres ont décidé d'informer les élèves un à un et de leur donner des indications leur permettant de mener à bien certains travaux scolaires. Par suite des demandes des élèves, qui désiraient un exposé en classe sur l'image corporelle et les médias, le groupe a créé un diaporama à l'aide d'annonces tirées de revues.

Le diaporama avait pour objet d'encourager les élèves à poser un regard critique sur les annonces publicitaires. L'animateur a stimulé la discussion à l'aide des questions qui suivent. Quels aspects de l'annonce ont été masqués? Qu'est-ce qui a été retouché? Quel produit les annonceurs souhaitent-ils vendre? Quelles influences ces annonces ont-elles sur la manière dont les élèves se perçoivent? D'après ces annonces, de quoi faut-il avoir

l'air pour être en relation? Devant toutes les pressions dont ils font l'objet à l'école, quelques élèves se sont dits extrêmement soulagés de constater que d'autres partageaient leurs sentiments par rapport à l'image corporelle.

### Recrutement de membres et encouragements aux organisations

Le comité se compose de consommateurs, de représentants d'organismes, de professionnels, de représentants scolaires et d'autres membres intéressés de la communauté. Les membres du comité ont d'abord convenu que les écoles favorisaient les contacts avec les adolescents, et permettaient d'introduire de nouvelles idées et d'influencer les élèves leaders. C'est pourquoi il était important d'intégrer des représentants scolaires au comité. Par l'intermédiaire du directeur d'études, le groupe s'est fait connaître du conseil scolaire et a pu tenir une campagne-éclair pour recruter de nouveaux membres, à la fois parmi la population étudiante et le personnel enseignant.

On a aussi intégré l'hôpital local en raison du grand nombre de jeunes femmes qui font appel aux divers services de soins de santé. Ainsi, l'hôpital a pu contribuer au groupe et mesurer l'ampleur des préoccupations des gens par rapport à leur poids.

## Médias de masse

### Campagne de communication de la semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires

Le groupe a organisé deux campagnes médiatiques de concert avec les responsables de la semaine nationale de sensibilisation aux troubles alimentaires. La stratégie médiatique comportait deux volets fondamentaux.

La première année, la campagne médiatique était axée sur la distribution de matériel provenant du *National Eating Disorder Information Centre*; des affiches ont été posées dans toute la communauté et des t-shirts ont été remis aux membres du groupe et aux citoyens travaillant en milieu communautaire. Toute personne ayant reçu un t-shirt devait le porter tout au long de la semaine de sensibilisation et donner des renseignements à ce sujet. Par le truchement du programme *Meilleur départ*, du centre de santé communautaire, des Services de santé publique, des magasins d'alimentation naturelle et du regroupement de parents de Barrie, le groupe a également distribué des signets, boutons, cartes postales, brochures et guides pour les familles et les amis. Les membres du comité se sont entendus pour remettre du matériel à divers services de la communauté, lesquels ont gracieusement accepté, pour la plupart, de distribuer ou d'afficher le matériel.

La campagne de presse était l'autre volet important de la campagne médiatique. Un communiqué a été rédigé avec l'aide du *National Eating Disorder Information Centre*. On a aussi monté un dossier de presse qui comprenait des échantillons de matériel promotionnel et un communiqué d'une page qui décrivait le problème et fournissait le nom d'une personne-ressource. Le dossier a été envoyé aux deux journaux locaux, à la station de télévision locale, à trois stations de radio et au poste local de câblodiffusion. Leur réaction était encourageante : les deux journaux ont demandé des entrevues, la station de télévision désirait interviewer une personne ayant déjà été aux prises avec un trouble alimentaire, et une station de radio a téléphoné pour une entrevue. Le groupe s'est réuni et a pu réaliser la majorité des entrevues. La station de radio était populaire auprès des jeunes et s'est révélée une excellente voie de communication.

Les discussions en classe ont aussi fait l'objet d'une couverture médiatique. Des adolescents d'une école se sont offerts pour accorder une entrevue à un journal local. Un article intitulé *Girls Just Wanna be Thin* a décrit le combat que suscite l'image corporelle chez les adolescentes.

### Trousses d'information à l'intention des médecins et des enseignants

Dans le cadre de la campagne de communication, des troussees d'information ont été conçues expressément pour les médecins et les enseignants. Ces troussees se composaient d'une lettre de présentation du groupe de conscientisation à l'image corporelle, d'une copie d'un article sur le culte de la minceur et l'usage de stéroïdes, de renseignements provenant du *National Eating Disorder Information Centre* et du numéro d'une personne-

ressource. Au moment de diffuser la documentation sur la future tribune publique, on a aussi envoyé des brochures à tous les médecins et enseignants en espérant qu'ils se soient déjà familiarisés avec le groupe.

## Événements communautaires

### Concours d'annonces publicitaires

Le groupe de conscientisation à l'image corporelle a décidé de tenir un concours pour attirer les élèves du secondaire. L'annonce gagnante, création d'une jeune personne de la région, serait ainsi reproduite et distribuée dans toute la communauté de Barrie. Pour participer au concours, les jeunes devaient concevoir une annonce publicitaire. On leur a aussi demandé de juger les annonces présentées par les candidats. En plus de reproduire l'annonce gagnante dans un média local, les organisateurs du concours décernaient des certificats-cadeaux échangeables pour de la musique. Le groupe de conscientisation a d'abord esquissé une brochure annonçant le concours et l'a soumise à des adolescents d'une école secondaire locale. L'examen de la brochure par les jeunes s'est avéré une étape cruciale de l'initiative, puisqu'il a donné lieu à des suggestions importantes sur la façon d'attirer davantage de participants. La couleur, la présentation et le texte de l'affiche ont été changés. Les adolescents ont également suggéré de promouvoir le concours à la radio. Le groupe n'a pu, malheureusement, joindre la station de radio, mais a tenu le concours à l'automne, le faisant coïncider avec la semaine nationale de sensibilisation aux troubles alimentaires. Seuls quatre candidats se sont présentés au concours et ont soumis chacun une annonce réalisée à l'aide d'une forme d'art différente. Tous les candidats ont reçu un certificat-cadeau et leurs annonces ont été affichées pendant une courte période. Le concours se sert donc des trois voies de communication. Il s'agit d'un événement communautaire qui se tient dans toute la ville, et qui fait appel à la communication face à face pour introduire le sujet et aux médias pour reproduire les annonces gagnantes et interviewer les gagnants. Le groupe prévoit tenir le concours à nouveau en tissant cette fois-ci des liens plus étroits avec les écoles.

### Tribune publique intitulée *Escaping the Body Trap: The High Cost of Image Obsession*

À l'automne 1994, le groupe a organisé une tribune publique au collège communautaire. Environ 182 personnes ont participé à cette tribune, dont l'objectif reprenait celui de la campagne : conscientiser la population de Barrie aux questions d'image corporelle. La tribune s'adressait surtout aux élèves du secondaire, mais elle était également annoncée partout dans la communauté. Elle encourageait autant la participation des hommes que celle des femmes. Les présentateurs, Carla Rice et Paul Melia, ont montré des diapositives et ont prévu du temps pour les questions. On pouvait se procurer de la documentation supplémentaire à la porte. On a remis à la porte aux gens un formulaire d'évaluation et des crayons; plus de la moitié des formulaires ont été retournés, dont plusieurs contenaient des suggestions d'événements futurs. L'expérience du groupe démontre donc à quel point une tribune bien annoncée peut accroître la sensibilisation des gens aux questions d'image corporelle. Selon les commentaires recueillis après la tribune, la plupart des participants avaient enrichi leur connaissance de l'image corporelle et désiraient davantage d'information sur le sujet.

Le tableau de communication de la page suivante décrit les activités entreprises par le groupe.

## Campagne sur l'image corporelle du programme *Meilleur départ* de Barrie

Voies de communication	Individu	Réseau	Organisation	Société
<p><b>Médias</b></p> <p><b>Communication face à face</b></p> <p><b>Événements communautaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagne de la semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires - journaux, radio, affiches, information</li> <li>• Utilisation du bulletin de <i>Meilleur départ</i> pour transmettre un message sur l'image corporelle</li> <li>• Groupes de discussion</li> <li>• Groupe de conscientisation à l'image corporelle et de valorisation pour jeunes femmes</li> <li>• Appui aux projets individuels des élèves</li> <li>• Tribune publique intitulée <i>Escaping the Body Trap: The High Cost of Image Obsession</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trousses d'information à l'intention des médecins et des enseignants</li> <li>• Aide à la diffusion de l'information par les membres du groupe de conscientisation à l'image corporelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution d'affiches et de documentation écrite dans les écoles</li> <li>• Exposés en classe, y compris les partenaires communautaires des projets de 8<sup>e</sup> année sur l'image corporelle</li> <li>• Recrutement des membres du groupe de conscientisation par l'intermédiaire du conseil scolaire</li> <li>• Influence sur le travail du diététicien en contexte hospitalier</li> <li>• Promotion de la tribune publique dans les écoles secondaires</li> <li>• Concours d'annonces publicitaires dans les écoles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagne médiatique de la semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires</li> <li>• Lettres au rédacteur en chef</li> <li>• Lettres aux magasins «Gap»</li> </ul>



## L'avenir

Les membres du groupe de conscientisation à l'image corporelle ont l'intention de se pencher sur le travail qu'ils ont accompli et de déterminer les activités à organiser pour les trois prochaines années. De plus, ils trouveront des façons d'augmenter la participation des écoles à ces activités et décideront s'il est nécessaire et faisable d'inciter davantage d'hommes à participer. Les membres prévoient également d'examiner plus en détail les pressions qui privilégient certaines formes corporelles dans notre société et leurs répercussions sur les jeunes femmes.

Les activités futures qui seront entreprises par le groupe sont les suivantes :

- accroître la participation des consommateurs;
- concevoir une campagne médiatique expressément pour Barrie;
- réagir aux articles sur les régimes et aux annonces de l'industrie des soins de beauté;
- trouver des façons de responsabiliser l'industrie des soins de beauté par rapport aux effets de ses annonces publicitaires;
- lancer une campagne de correspondance;
- insister sur la responsabilité sociale;
- examiner les questions politiques à portée étendue;
- aider les jeunes élèves à concevoir des exposés à l'aide de diapositives, de revues et de bandes vidéo.

La diversité des membres du groupe de conscientisation à l'image corporelle a énormément facilité le processus. Les membres prennent le problème au sérieux et se préoccupent véritablement de ses répercussions. Tout le monde a participé, que ce soit en distribuant des affiches, en animant des groupes de soutien, en s'occupant des médias ou d'une autre façon. Les valeurs suivantes ont permis aux membres du groupe de mener à bien leurs projets :

- inclusion de tous les intéressés;
- respect mutuel;
- honnêteté;
- participation à tous les communiqués et événements médiatiques;
- engagement envers la réalisation des objectifs;
- contribution régulière au processus et aux projets du groupe;
- disposition à prendre des risques et à apprendre de ses erreurs;
- information et soutien des autres membres;
- disposition à examiner ses propres problèmes d'image corporelle et leur origine;
- certitude de pouvoir changer les choses en groupe;
- application des conclusions du groupe à son travail et à sa vie personnelle.

Pour arriver à mobiliser la communauté et l'encourager à aborder les problèmes liés à l'image corporelle, il faut du temps, de l'énergie et un engagement ferme. Les médias de masse, la communication face à face et les événements communautaires interviennent tous de manière significative dans le processus de changement, que ce soit à l'échelle de l'individu, du réseau, de l'organisation ou de la société. Dans le cadre des campagnes médiatiques, il importe de rendre le message le plus précis possible, c'est-à-dire en choisissant deux ou trois arguments qui seront répétés par différents médias et différentes sources. Il est aussi important d'avoir un porte-parole et de prévoir une réaction médiatique. On peut se réjouir des résultats de nos efforts de sensibilisation lorsque des particuliers et des groupes entreprennent leurs propres projets qui, à leur tour, parviennent à rallier d'autres personnes. Le groupe espère que ses tentatives de conscientisation continueront à porter leurs fruits, en particulier parmi les jeunes, et qu'ils se solderont par une meilleure acceptation et, en définitive, par des actions véritables.

# Conception et évaluation de ressources : services de santé publique de Hamilton-Wentworth

Services de santé publique de Hamilton-Wentworth  
Lynn Garrison, M. Sc. (santé)

Les services de santé publique de Hamilton-Wentworth mettent en oeuvre trois projets visant à promouvoir une image corporelle positive, une alimentation saine et des activités physiques agréables. Diverses ressources sont élaborées dans le cadre de deux de ces projets : *Grandir en santé, c'est partir du bon pied* pour les élèves de 6<sup>e</sup> année et *Choosing an Active, Healthy Lifestyle*, programme similaire destiné aux élèves de 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années. Le troisième projet, soit le comité étudiant sur la nutrition des femmes, vient en aide aux adolescentes qui ont du mal à régulariser leurs habitudes alimentaires.

## *Grandir en santé, c'est partir du bon pied*

Le projet *Grandir en santé, c'est partir du bon pied* s'inscrit dans le programme modèle de promotion d'une alimentation saine, des activités physiques et d'une image corporelle positive, vaste initiative de santé publique conçue pour répondre aux besoins des enfants de 0 à 12 ans et des personnes qui s'en occupent. L'objectif de *Grandir en santé, c'est partir du bon pied* est de faire connaître aux élèves de 6<sup>e</sup> année les concepts d'alimentation saine, d'image corporelle positive et d'exercice physique. *Grandir en santé, c'est partir du bon pied* comprend un guide de l'enseignant, des fiches de travail pour les élèves, de la documentation pour les membres de la famille, des exemplaires du *Guide alimentaire canadien* et une affiche.

Au départ, le projet se voulait une stratégie multimédia de marketing social et ciblait les enfants de la naissance à l'âge de 12 ans. À la suite d'une étude de marché, on a cependant décidé de le limiter aux élèves de 6<sup>e</sup> année. Le budget étant trop restreint pour monter une campagne multimédia, des ressources ont été élaborées en vue du milieu scolaire. On a également formé une équipe principale de personnel travaillant en santé publique et un comité consultatif composé d'un conseiller en programmes provenant d'un conseil scolaire local, d'un superviseur en soins infirmiers de santé publique, de trois enseignants et de huit élèves de 6<sup>e</sup> année. Au stade suivant, on a établi des groupes de discussion formés d'élèves de 6<sup>e</sup> année. Puis, on a engagé un rédacteur et un graphiste pour la production d'un premier document. La troisième version de ce document a fait l'objet d'un premier essai dans deux écoles.

Le matériel a ensuite été mis à l'essai dans trois écoles. Pour l'évaluation, on a sondé des groupes d'élèves avant et après la mise à l'essai et interrogé des enseignants à l'aide d'un questionnaire. L'exercice avait pour but de déterminer si les élèves étaient plus conscientisés après avoir consulté le matériel.

## *Choosing an Active, Healthy Lifestyle*

La deuxième ressource, soit *Choosing an Active, Healthy Lifestyle* (actuellement disponible en anglais seulement), visait à promouvoir un mode de vie sain parmi les élèves de 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années en les aidant à évaluer leurs habitudes de vie et à déterminer les changements nécessaires. La documentation se compose d'un guide de l'enseignant et de feuilles d'activités.

Pour élaborer la documentation, les services de santé publique de Hamilton-Wentworth se sont d'abord renseignés auprès de consultants en éducation physique de trois conseils scolaires locaux. Il existait déjà

plusieurs documents sur la nutrition et l'activité physique, mais aucun ne répondait aux besoins des élèves et des enseignants de la région. Ils ont donc décidé de former un comité directeur et de présenter une demande de subvention de démarrage en promotion de la santé. Grâce à l'aide du conseil régional de santé, le comité a pu améliorer sa demande et obtenir du financement. L'un des conseils scolaires a dû cependant se retirer du projet pour cause de réorganisation.

Le comité directeur a défini les objectifs d'apprentissage du projet et a engagé une équipe de conception composée de sept enseignants et de deux travailleurs en santé publique. L'équipe avait pour tâche d'organiser des discussions en compagnie d'élèves. Ce processus étant inconnu de beaucoup d'enseignants, la qualité des résultats et des renseignements obtenus laisse à désirer. Cependant, le projet a donné aux enseignants une bonne occasion d'écouter les élèves et d'apprécier directement leurs besoins.

L'équipe de conception s'est ensuite attaquée à la rédaction du document *Choosing an Active, Healthy Lifestyle*, qui a été mis à l'essai parmi les élèves et soumis à trois experts des domaines de la nutrition, de l'activité physique et de l'image corporelle. Un artiste a été engagé pour la production de graphiques figurant sur les fiches de travail des élèves. Le produit final sera offert dans l'ensemble de la communauté par l'intermédiaire des deux conseils scolaires et des services de santé publique.

## Comité étudiant sur la nutrition des femmes

Le troisième projet en cours aux services de santé publique de Hamilton-Wentworth, soit le comité étudiant sur la nutrition des femmes, est un programme qui s'adresse aux adolescentes et réunit les secteurs des soins infirmiers et de la nutrition dans le domaine de la santé publique. Le projet a pour objet d'aider les adolescentes à cerner leurs problèmes d'alimentation et à les aborder. Au début du projet, des groupes de discussion ont été établis pour permettre aux jeunes femmes d'identifier leurs problèmes en matière d'alimentation. On demandait alors aux participantes d'imaginer des stratégies permettant d'aborder les problèmes que soulèvent l'alimentation, les régimes et le souci de l'apparence chez leur groupe de pairs. Elles ont suggéré, entre autres, de concevoir un programme d'études et d'informer les élèves lors des cours d'éducation physique. Les participantes désiraient aussi savoir ce que les garçons pensaient de ces questions et ont proposé, pour ce faire, d'organiser un sondage ou un groupe de discussion. Ces suggestions n'ont pas été appliquées à l'école pour diverses raisons.

La stratégie finalement utilisée auprès des jeunes femmes était un programme d'éducation par les pairs, c'est-à-dire le comité étudiant sur la nutrition des femmes. Une infirmière et une nutritionniste en santé publique ont mis sur pied et ont donné huit séances de formation sur les sujets suivants : image corporelle, estime de soi, communication, régimes, vie active, alimentation saine et organisation d'un atelier. Depuis, les membres du comité se font connaître des filles plus jeunes de leur école et sont invités à faire des exposés dans d'autres écoles. L'infirmière et la nutritionniste en sont actuellement à évaluer la possibilité d'offrir le programme en permanence dans leur école et de le donner dans d'autres écoles.

Les responsables du programme ont tiré beaucoup de leçons importantes de leur travail au sein des projets *Grandir en santé, c'est partir du bon pied* et *Choosing an Active, Healthy Lifestyle*, et du comité étudiant sur la nutrition des femmes. Voici ces leçons.

*Pour arriver à un produit de qualité, il faut :*

- Éviter d'adapter la documentation élaborée par d'autres groupes, car elle risque de s'avérer peu utile à un groupe communautaire. La création de nouvelles ressources permet d'informer les participants sur les questions en cause et de leur donner un sentiment d'appartenance véritable.
- Définir clairement le message et le public cible.
- Faire participer le public cible à l'étape de la conception pour garantir que le produit est facile à comprendre et pertinent.
- Demander l'aide de personnes qualifiées ou expérimentées dans les domaines ciblés pour assurer la qualité du projet.
- Inclure des phases d'essai et d'évaluation du projet afin d'optimiser l'efficacité de l'initiative.

*Pour susciter de l'intérêt envers le projet, il faut :*

- Faire participer les preneurs de décision et les leaders de la communauté à l'élaboration du projet. Leur autorité et leur influence dans leurs secteurs respectifs peuvent faciliter ou encore entraver la mise en oeuvre d'une initiative.
- Comprendre et respecter les mandats et les fonctions des partenaires. Il est utile d'examiner le chevauchement entre les différents mandats et de déterminer des façons dont les organisations peuvent s'entraider.

*Pour travailler efficacement avec d'autres organismes, il faut :*

- Connaître les influences que subit un organisme partenaire.
- S'attendre à ce que le projet ne se déroule pas entièrement comme prévu.
- S'attendre à ce que l'échéancier soit parfois prolongé et se soutenir mutuellement en pareil cas.
- Faire preuve de patience, de souplesse, de persévérance et de créativité.

*Pour aborder la question de l'image corporelle, il faut :*

- Avoir examiné la question sous un angle personnel, avoir mis le doigt sur ses propres préoccupations et être arrivé à accepter son corps. Il importe aussi de comprendre et de modifier au besoin ses réactions aux formes corporelles des autres.
- Accorder à cette question tout le respect qu'elle mérite pour que ce nouveau territoire soit défriché comme il se doit.
- Trouver une variété de stratégies pour garantir le succès du projet.

*Pour assurer l'avenir du domaine, il faut :*

- Investir énormément de temps, d'énergie et de talent à l'élaboration de projets comme la production de matériel. Il est primordial d'avoir un plan promotionnel bien pensé. La promotion des ressources doit demeurer une activité constante.
- Recruter en permanence des bénévoles dans le cas d'un projet qui nécessite un groupe dûment formé d'éducateurs auprès des pairs.

# Mobilisation des élèves du secondaire : projet du groupe sur l'image corporelle, école secondaire Malvern, Toronto

Services de santé publique de Toronto

Carmen James-Henry, infirmière autorisée, B.A.A. (soins infirmiers)

Les écoles secondaires sont souvent des milieux qui se prêtent difficilement à la mise en oeuvre d'initiatives de prévention et de promotion de la santé qui abordent les problèmes d'image corporelle, en particulier si l'on vise à mobiliser les élèves. Le groupe sur l'image corporelle, programme de soutien par les pairs mis au point par Carmen James-Henry, cible les adolescentes des classes secondaires intermédiaires et supérieures d'une école du secteur est de Toronto. Les deux principaux objectifs du groupe sont les suivants : 1) offrir du soutien et du counseling par les pairs à l'école; 2) sensibiliser les élèves aux pressions sociales qui donnent lieu aux problèmes d'image corporelle et aux troubles alimentaires, en se concentrant sur les problèmes spécifiques à l'école secondaire Malvern.

La préoccupation des élèves de l'école à l'égard de l'image corporelle est d'abord ressortie d'un sondage sur la santé effectué par Carmen et une conseillère en orientation auprès des adolescents de 10<sup>e</sup> année. Ces derniers ont été choisis car les enseignants et les orienteurs les considéraient comme un segment négligé de la population étudiante du secondaire. Une équipe scolaire locale a contribué à la conception et la distribution du sondage. Cette équipe, dont le mandat est de cerner et de résoudre les problèmes de santé de l'école, se compose de personnel des services d'orientation, d'administration, de psychologie, de travail social et de santé publique.

C'est à la suite de ce sondage que Carmen a décidé de mettre sur pied un groupe d'information et de soutien de huit semaines pour les adolescentes préoccupées par leur image corporelle. Carmen attribue le succès du projet au soutien démontré par les employés, qui ont dirigé les élèves vers le programme, se sont chargés de l'administration et ont permis que les groupes se réunissent pendant les heures de cours. En effet, les administrateurs et les enseignants de l'école ont donné leur approbation, la conseillère en orientation et les professeurs d'éducation physique ont rapidement orienté les élèves intéressés, et le directeur s'est déclaré totalement en faveur du projet.

Après avoir obtenu le soutien du personnel de l'école, Carmen est passée à la deuxième étape du projet, c'est-à-dire la constitution du groupe et la définition de son mandat et de son but. Pour ce faire, elle a interviewé les participantes potentielles et leur a demandé pourquoi elles désiraient faire partie du groupe, ce qu'elles souhaitaient apprendre et les sujets dont elles voulaient traiter. À partir de cette évaluation informelle, elle a établi les priorités du groupe avec l'aide d'une nutritionniste communautaire qui avait accepté de le co-animer.

Voici certains thèmes du programme : information sur l'alimentation saine, préoccupation par rapport aux régimes, au poids et à la forme de son corps, estime de soi, troubles alimentaires et acquisition d'habiletés en soutien et en counseling auprès des pairs. Le groupe a conservé tout son dynamisme jusqu'à la fin de la huitième semaine, ce qui a permis de recruter des élèves des classes secondaires de niveau supérieur. Carmen a donc décidé de poursuivre les séances d'information et de soutien en se basant sur les composantes initiales. Les élèves tenaient tellement à mettre en commun leurs connaissances et leurs nouvelles habiletés qu'elles ont organisé une assemblée.

Pour élaborer le programme de l'assemblée, Carmen a fait appel à un enseignant d'art dramatique qui s'intéressait à la question. Il n'a pas été de tout repos de motiver les élèves à créer le matériel et à le mettre en pratique. En février 1993, on a donné deux représentations qui racontaient, à l'aide de scènes dramatiques, de musique et de diapositives, comment les valeurs sociales et la perception des autres façonnent la prise de contact des femmes avec leur corps.

Un échantillon d'élèves ayant assisté à l'événement ont rempli des évaluations écrites et les enseignants ont donné leurs commentaires verbaux. Les réactions obtenues étaient extrêmement positives. À la suite des représentations, plusieurs élèves ont été dirigés vers le programme par d'autres élèves ou par des enseignants. Les garçons se sont aussi familiarisés avec la question et se montrent désormais plus attentifs aux besoins de leurs amies.

Carmen a tiré quelques leçons précieuses de son expérience.

- Le succès d'un projet de mobilisation des élèves du secondaire repose sur l'éducation par les pairs, car ces derniers sont les mieux placés pour influencer leurs compagnons.
- Il faut mettre à profit la créativité, l'enthousiasme et l'énergie des jeunes femmes. Carmen se voyait comme une ressource qui permettait simplement aux élèves de mettre en pratique leurs propres habiletés et potentiel.
- Carmen s'est aperçue que les enseignants avaient aussi besoin d'information et qu'il était essentiel de favoriser la communication entre le personnel enseignant et les élèves. À un moment donné, un enseignant de l'école a fait des commentaires désobligeants envers quelques adolescentes après l'assemblée; Carmen l'a rencontré en compagnie des jeunes femmes pour tenter de résoudre le problème.
- Les adultes qui travaillent auprès d'adolescents doivent avoir clarifié leur propre perception de leur corps et en être arrivés à un niveau de bien-être et d'acceptation de soi.
- Toute personne qui s'intéresse aux questions d'image corporelle doit s'attendre un jour à parler au nom d'élèves en traitement ou à la recherche d'un traitement.
- L'estime de soi étant au coeur des problèmes d'image corporelle, les responsables des programmes doivent être disposés à aborder les questions reliées à la perception de soi.

## Communication en matière de santé dans le nord de l'Ontario

### Programme *Meilleur départ* d'Algoma Joanne Miceli

Le programme *Meilleur départ* d'Algoma est un projet pilote de six ans axé sur la promotion de la santé. Son but à long terme consiste à réduire les cas d'insuffisance pondérale à la naissance parmi les femmes de la région d'Algoma. Cette vaste région géographique de 55 000 kilomètres carrés compte cinq coalitions particulières associées au projet. Un agent de développement communautaire fait partie de chaque coalition. La ville de Sault Ste. Marie constitue le plus grand territoire et sa population se chiffre à environ 85 000 personnes. La coalition de Sault Ste. Marie aborde le thème de l'image corporelle en tentant d'améliorer la santé des femmes avant et pendant la grossesse.

En février 1994, les responsables de *Meilleur départ* ont tenu une séance de consultation communautaire pour trouver des moyens de promouvoir une image corporelle saine. La journée a débuté par la réunion d'un groupe de discussion : cinq jeunes femmes ont parlé de leurs préoccupations et des pressions qu'elles subissaient dans la région d'Algoma, ainsi que des stratégies et réactions possibles à ces problèmes. Puis, d'autres membres de la communauté se sont joints au groupe d'adolescentes, et tous ont assisté à un exposé de Carla Rice sur l'éventail des problèmes d'image corporelle et les stratégies à adopter. On a ensuite réparti les participants en deux groupes pour qu'ils puissent discuter des activités à organiser pour les enfants et les jeunes, et pour les femmes avant qu'elles ne tombent enceintes.

Pour conserver l'enthousiasme suscité par la consultation communautaire, les responsables de *Meilleur départ*, de concert avec le Bureau de santé d'Algoma, ont tenu une réunion de suivi à l'intention des professionnels et des groupes communautaires qui travaillent auprès des adolescents. Des invitations ont été envoyées aux services d'éducation physique et d'orientation des écoles locales, aux centres sportifs, aux studios de danse, aux écoles de mannequins, aux clubs de gymnastique et aux centres de conditionnement physique. Seize personnes se sont présentées à la réunion de suivi, au cours de laquelle une art-thérapeute a montré comment utiliser l'art pour aborder les questions d'image corporelle. Le groupe s'est baptisé *Healthy Weights Committee* et a décidé de se rencontrer trois fois par année pour déterminer les lacunes des services locaux et les besoins de la communauté.

À la suite de la réunion, une école secondaire a soumis une proposition au conseil des arts et a reçu un financement pour engager un thérapeute chargé de donner trois exposés devant les élèves. Les responsables du programme *Meilleur départ* d'Algoma cherchent actuellement des fonds pour produire une trousse qui permettra aux enseignants de donner des séances d'art-thérapie. Cette initiative s'adresse aux élèves de la 3<sup>e</sup> année jusqu'aux cours préuniversitaires de l'Ontario (CPO).

En avril 1994, les responsables de *Meilleur départ* d'Algoma ont organisé un atelier pour toute la communauté sur les thèmes de l'estime de soi, l'image corporelle et l'autodéfense. Environ 140 femmes y ont participé. Des exemplaires de la documentation de l'atelier ont été envoyés à tous les enseignants d'éducation familiale des écoles secondaires, qui ont demandé s'il était possible de présenter le matériel aux élèves.

Faute de temps, les membres du comité n'ont pas pu donner des exposés dans les dix écoles secondaires de la région et se sont penchés sur d'autres façons de transmettre le message dans les écoles. L'agente de développement communautaire a alors trouvé dans le réseau Internet de la documentation sur l'image corporelle produite par l'Association ontarienne d'éducation physique et d'hygiène (AOEPH). Le matériel se composait des ressources suivantes : *Looking Good...Feeling Great*, ressource d'éducation mixte sur le mode de vie; le programme *Vibrant Faces*; le programme *Te prendre en main* de Clearasil. Pour de plus amples renseignements sur ces programmes, consulter l'Annexe III.

L'agente de développement communautaire a passé le matériel en revue et l'a soumis aux enseignants d'éducation physique d'une école secondaire séparée de la localité. Les enseignants ont trouvé la documentation excellente, car elle couvrait un vaste éventail de sujets, le manuel de l'enseignant était facile à lire, le programme était amusant, et les élèves disposaient de leur propre cahier de travail.

À la suite de cette évaluation, on a présenté la documentation de l'AOEPH à toutes les écoles secondaires de Sault Ste. Marie, au personnel chargé des programmes du conseil des écoles publiques et à plusieurs organismes communautaires. Le conseil des écoles publiques a tellement aimé le matériel qu'il l'a intégré à son programme d'études.

Grâce à cete initiative, les membres du comité en ont beaucoup appris sur les défis que pose la communication dans le domaine de la santé. Voici une liste de suggestions qui aideront les futurs organisateurs à relever ces défis.

- Concevoir ou distribuer de la documentation que les enseignants trouveront facile à utiliser. Ces derniers disposent de très peu de temps de préparation et préfèrent le matériel présenté avec clarté et simplicité.
- Donner gratuitement le matériel aux enseignants pour les inciter à l'utiliser. Les enseignants reçoivent souvent des formulaires de commande pour le matériel scolaire et la documentation de référence. S'ils sont déjà familiers avec la documentation, ils sont plus portés à la commander.
- Trouver une façon non intimidante d'obtenir le soutien des partenaires plus inhabituels comme les clubs de gymnastique ou les écoles de mannequins. Il faut en effet tenter de modifier les attitudes des personnes qui travaillent dans ces milieux et arriver à des formes de partenariats. Bon nombre de ces groupes ont été invités à la première réunion du *Healthy Weights Committee* mais ne se sont pas présentés. De plus, ces entreprises se sont montrées réticentes à afficher la documentation du comité.
- Viser d'abord la réussite dans une première école et se servir de l'expérience comme tremplin pour obtenir le soutien d'autres écoles. Pour mettre sur pied le programme *Meilleur départ* d'Algoma, on a commencé par discuter avec le personnel qui enseignait l'éducation physique et l'éducation familiale dans une école. Ces enseignants ont ensuite accepté d'utiliser le programme et d'en faire la promotion. Lorsque les membres du conseil des écoles publiques a eu vent des ressources du programme, ils les ont intégrées à leur programme d'études.

# Projets et activités de promotion de la santé

Les guides de promotion de la santé se concentrent souvent sur la façon de planifier un programme dans le domaine. Cependant, les planificateurs de programmes, les coalitions et les groupes communautaires ont aussi besoin de conseils sur les activités et les programmes concrets qui leur permettront d'atteindre leurs objectifs. La présente section explique non seulement comment élaborer un projet, mais contient aussi des idées et des modèles d'activités de communication dans le domaine de la santé.

## Projets

### Campagnes médiatiques

Aucune campagne médiatique au Canada n'a pour objet principal de promouvoir une image corporelle saine. Certains organismes parrainent des campagnes qui visent soit à encourager l'alimentation saine, l'acceptation de son poids et de soi-même et la vie active, soit à sensibiliser le public aux troubles alimentaires. La promotion d'une image corporelle saine peut découler indirectement de ces campagnes, mais n'en est pas le but premier.

L'organisation d'une nouvelle campagne nationale spécialement axée sur l'image corporelle exige énormément de temps, d'énergie et de ressources, sans compter l'engagement de nombreuses organisations. Tout ce travail risque de dépasser la capacité de la plupart des groupes. Au lieu de mettre sur pied une toute nouvelle initiative nationale, vous pouvez participer à une campagne existante en modifiant le matériel utilisé pour faire ressortir les questions d'image corporelle (voir l'Annexe III pour des renseignements sur les campagnes existantes). Les commanditaires peuvent vous fournir, à peu de frais, des modèles de communiqués, des affiches, des t-shirts, des messages d'intérêt public, des brochures ou d'autres articles promotionnels. Ils peuvent aussi vous donner des détails sur la nature de la campagne et des suggestions d'événements et d'activités. Il ne vous reste qu'à modifier ces articles promotionnels ou à vous en inspirer pour créer vos propres produits. Les renseignements fournis par les commanditaires peuvent s'avérer utiles, en particulier si vous avez une expérience limitée de l'organisation de ce genre d'événements ou des relations avec les médias.

Si vous souhaitez participer à une campagne de sensibilisation déjà en place, vous pouvez contacter un média local comme un journal, un poste de radio ou de télévision pour l'informer de la tenue de cette campagne nationale et de vos objectifs locaux. Il suffit ensuite d'adapter le communiqué de presse du commanditaire à votre propre message et de l'envoyer au média local. Il serait indiqué de faire suivre votre envoi d'un appel téléphonique dans toutes les succursales du média en question. Suggérez aux stations de radio et de télévision de tenir une tribune téléphonique sur les problèmes liés à l'image corporelle. Vous pouvez également promouvoir votre campagne auprès des centres communautaires, des écoles et des clubs de conditionnement physique de votre localité. Fournissez-leur du matériel promotionnel ou indiquez-leur comment s'en procurer.

### Tribunes publiques

Une tribune publique est une bonne façon de sensibiliser les gens de votre communauté et de les inciter à collaborer activement à votre cause. Vous êtes probablement bien placé pour connaître les experts de votre domaine. Si possible, invitez des conférenciers ayant des expériences diverses. Il peut s'agir de professionnels de la santé mentale, d'éducateurs, d'intervenants, de célébrités locales ou de personnes ayant connu des problèmes d'image corporelle. Demandez à chaque personne de donner un bref exposé, suivi d'une période de questions.

Vous pouvez également organiser une série de conférences à l'intention de différents groupes : professionnels de la santé, éducateurs, élèves, adolescents, femmes aux prises avec des problèmes d'image corporelle ou leur famille. Essayez de planifier chaque conférence en compagnie de représentants du groupe visé.

Pendant la tribune, montez une table pour mettre en évidence les documents écrits d'information et une liste des ressources de la localité. Un commanditaire peut vous fournir des brochures si votre événement s'inscrit dans une campagne de grande envergure. Vous pouvez aussi concevoir votre propre brochure ou vos feuillets d'information.

Les bibliothèques, collèges, centres communautaires et écoles secondaires vous offriront peut-être gratuitement l'usage de leur auditorium. Vous pouvez également rédiger des feuillets de promotion spécialement pour l'occasion et les faire parvenir aux centres communautaires, centres de conditionnement physique, centres d'amaigrissement, écoles, bibliothèques et autres endroits disposant d'un babillard. Créez votre propre communiqué ou utilisez celui d'un commanditaire de la campagne si l'événement s'inscrit dans une vaste campagne.

Peut-être songez-vous également à trouver des commanditaires pour un événement. Dans ce cas, demandez-vous quelles compagnies partagent votre vision ou pourraient tirer profit de votre message. Parmi les compagnies potentielles, on compte les entreprises de vente ou de fabrication d'aliments naturels, ou encore les fabricants de vêtements pour femmes dans toutes les tailles, d'équipement de conditionnement physique ou de produits pour bébés.

## Films

Un film est une excellente façon d'informer votre public sur les questions d'image corporelle, surtout s'il n'y a pas d'expert local pouvant participer à une tribune. Les films alimentent des discussions intéressantes, en particulier lorsque l'auditoire est relativement petit. Vous pouvez aussi demander à votre station locale de câblodistribution de diffuser une série de films. Il existe sur le sujet de grands films qu'il est possible de louer ou d'emprunter (voir l'Annexe III). Adressez-vous à un média local pour faire la promotion de la série de films. Si vous choisissez de passer par la station locale de câblodistribution, vous pouvez tenir une tribune après la présentation de chaque film.

## Kiosques d'information

On peut monter des kiosques d'information dans des centres commerciaux, des écoles, l'hôtel de ville ou un centre communautaire local. Déterminez les endroits de prédilection de votre groupe cible : magasins de vêtements pour femmes, magasins de vêtements pour enfants et autres fournitures du genre, centres communautaires ayant des programmes pour les adolescentes ou cours prénatals. Les kiosques sont le plus efficaces lorsqu'ils font partie d'une campagne plus vaste, comme la Semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires ou le Mois national de la nutrition. Servez-vous du kiosque pour vendre des articles promotionnels et distribuer des brochures.

Vous pouvez aussi créer un présentoir axé sur les problèmes liés à l'image corporelle. Voici les thèmes possibles : continuum des problèmes d'image corporelle, pressions culturelles incitant à la minceur ou à se conformer à l'idéal de beauté féminin, alimentation saine, vie active, répercussions des problèmes d'image corporelle sur la santé des femmes et le poids des bébés, dangers des régimes. Ayez des livres sous la main pour que les visiteurs puissent les consulter. Pour attirer les visiteurs, offrez de la nourriture et des boissons, ou encore tenez un concours avec récompenses. Demandez aux commerçants locaux s'ils peuvent faire don de quelques prix pour le concours.

## Ateliers et séminaires

Songez à organiser un atelier, un séminaire ou une conférence si vous vous adressez à des professionnels comme le personnel spécialisé en soins de santé ou les enseignants. Cependant, vous pouvez aussi présenter votre information au sujet de l'image corporelle et les femmes en âge d'avoir des enfants lors d'événements organisés par d'autres groupes. Les praticiens des domaines de la psychologie, du travail social, de la

médecine, des soins infirmiers, des soins dentaires et de l'éducation devraient être en mesure de comprendre l'origine des problèmes d'image corporelle, le lien entre les préoccupations relatives au poids et l'insuffisance pondérale à la naissance, la détection des comportements et attitudes à risques élevés, et les stratégies de promotion de la santé.

Tenez une série de séminaires sur les questions d'image corporelle pendant l'heure du midi dans les hôpitaux, les écoles ou les centres communautaires. Invitez, par exemple, divers conférenciers, qui parleront de leur domaine de spécialisation ou de leurs intérêts. Voici certains sujets suggérés : survol des problèmes reliés à l'image corporelle; pressions socioculturelles incitant à la minceur; alimentation saine et poids-santé; promotion d'une image corporelle saine avant, pendant et après la grossesse; réaction aux comportements à risque élevé.

Une autre idée consiste à mettre au point un programme de formation sur place que l'on peut offrir aux centres de counseling, aux organisations de soins de santé et aux établissements d'enseignement. Vous pouvez adapter le programme pour aborder les questions prioritaires des professionnels de chaque milieu.

### Événements en milieu de travail

Demandez aux restaurants de participer à votre campagne en offrant des primes ou des aubaines comme un muffin gratuit à l'achat d'un café, un spécial «deux pour un» ou des coupons de repas à moitié prix. Pour susciter l'intérêt des gens, rendez-vous aux stations de radio locales pour remettre un communiqué sur votre événement ou campagne et offrez aux employés des biscuits, fruits, muffins ou autre collation. Une fois en ondes, une personnalité mentionnera probablement votre petit cadeau et expliquera la nature de l'événement ou de la campagne.

Pour promouvoir l'alimentation «normale», organisez un tirage permettant de gagner un dîner gastronomique pour deux, un dessert avec café ou un panier de fruits. Installez dans les lieux de travail des présentoirs sur l'alimentation saine, les dangers des régimes, la science du contrôle du poids, l'inefficacité des régimes et les effets de l'obsession du poids sur la santé des femmes. Ces présentoirs doivent être placés bien en vue des employés et des clients.

Dans les lieux de travail qui emploient beaucoup de femmes, adressez-vous au service du personnel ou aux responsables du programme d'aide aux employés et proposez-leur de tenir des séances d'information pendant l'heure du midi ou d'autres types de rencontres sur le sujet. Offrez-leur de rédiger un article pour le bulletin interne des employés.

### Collèges et universités

Il peut être utile de vous adresser aux professeurs et aux conférenciers des facultés ou services suivants de vos établissements postsecondaires locaux : psychologie, travail social, médecine, soins infirmiers, soins dentaires, études féminines, sciences de la santé, promotion de la santé, éducation et orientation. Demandez-leur d'intégrer des sujets reliés à l'image corporelle dans leur programme d'études et fournissez-leur des bibliographies et articles pertinents. Les étudiants de ces disciplines doivent saisir l'origine des problèmes d'image corporelle, le lien entre les préoccupations relatives au poids et l'insuffisance pondérale à la naissance, les comportements et attitudes à risques élevés, les mécanismes de détection, l'acheminement des personnes et le traitement, de même que les stratégies de promotion de la santé.

Vous pouvez aussi concevoir et donner un atelier sur l'image corporelle aux étudiants et au personnel d'un établissement d'enseignement. Voici quelques suggestions de thèmes : origine des problèmes d'image corporelle, pressions sociales incitant les femmes à se conformer à l'idéal de beauté, lien entre les préoccupations relatives au poids et l'insuffisance pondérale à la naissance, comportements et attitudes à risques élevés, alimentation saine, vie active, entretien de soi et autres sujets d'intérêt de la population locale. Organisez un atelier sur les médias de masse et l'image corporelle qui sera axé sur la représentation des

femmes dans les médias, en particulier dans la publicité, et sensibilisera le public aux façons dont les femmes intériorisent ces images, pour en venir à regretter leur corps et à lui faire du tort.

Annoncez vos activités dans les journaux étudiants et communautaires. Rédigez des articles sur l'image corporelle pour les journaux de l'école ou les bulletins des facultés. De plus, la troupe de théâtre, l'orchestre ou les formations musicales d'une université peuvent tenir une représentation-bénéfice, dont une partie ou la totalité des recettes sera versée à votre cause.

Demandez aux organisations universitaires de vous aider à promouvoir votre campagne. Parmi ces organisations, on compte les centres et regroupements pour femmes, les centres de santé et de counseling, le bureau de l'aide financière aux étudiants, ainsi que les groupes d'étudiants en médecine, en nutrition ou en psychologie. Posez des affiches à plusieurs endroits comme les bureaux du syndicat étudiant ou de l'aide financière aux étudiants, les babillards et les centres d'orientation. Distribuez des brochures, macarons, autocollants ou autres articles promotionnels sur le campus.

### Écoles élémentaires et secondaires

Les associations parents-enseignants, les enseignants, les administrateurs scolaires et les conseillers en programmes d'études sont tous des preneurs de décision qui risquent de s'intéresser aux idées et aux ressources que vous leur proposerez pour leur programme d'études. Offrez-leur de donner aux enseignants une formation sur place, d'organiser des séances d'information pour les parents, ou d'agir comme personne-ressource auprès des enseignants qui désirent aborder le sujet en compagnie de leurs élèves.

De nombreux cours se prêtent bien à une discussion sur le contexte culturel qui contribue à l'apparition de problèmes d'image corporelle. On peut donc y encourager les élèves à s'interroger sérieusement sur leurs attitudes personnelles par rapport à ces facteurs : obsession culturelle de la minceur, stéréotypes sexuels, histoire des idéaux de beauté, régimes, psychobiologie de la faim, estime de soi, facteurs de stress à l'adolescence, stratégies d'adaptation positives et négatives.

Les cours d'éducation familiale et d'éducation sanitaire peuvent se concentrer, par exemple, sur les questions d'alimentation saine et l'importance de varier son alimentation. Les cours d'éducation sanitaire sont également propices à la présentation de concepts comme les capacités d'adaptation, l'estime de soi, l'activité physique saine, les problèmes d'image corporelle chez les jeunes, les dangers des régimes, l'anorexie et la boulimie. Demandez aux élèves d'apporter des revues et de réaliser des collages au sujet du culte de la minceur ou de la publicité mensongère sur les régimes.

Apportez une liste de livres qui conviennent à différents groupes d'âge. La bibliothèque de l'école s'en procurera peut-être des exemplaires pour les exposer avec d'autres renseignements sur l'image corporelle saine, la nutrition ou d'autres sujets connexes. Demandez aux responsables des bibliothèques d'annuler leurs abonnements aux revues de mode. Encouragez-les à s'abonner à des revues qui dépeignent des images plus saines des filles et des adolescentes.

Tentez de convaincre les services alimentaires de l'école de promouvoir une alimentation saine. Proposez aux responsables des cafétérias d'offrir des aliments sains qui peuvent fournir suffisamment de calories. Encouragez-les à concevoir des repas appétissants et nutritifs qui sont faibles en gras.

### Formation d'un groupe de soutien sur l'image corporelle

Si vous désirez constituer un groupe qui traite des problèmes liés à l'image corporelle, une bonne organisation est essentielle. Il n'y a pas de recette miracle pour démarrer ou diriger un tel groupe. Le but consiste à mettre sur pied une initiative qui sera valorisée par les participantes et qui les aidera à apporter des changements. Les groupes sur l'image corporelle peuvent s'adresser aux pré-adolescentes, aux adolescentes ou aux femmes adultes. Parmi les objectifs de ces groupes, citons la résistance aux pressions actuelles et futures, l'éducation et

le soutien des personnes qui entreprennent des changements personnels, ainsi que la formation d'intervenants potentiels et de leaders.

Voici des questions importantes à considérer lorsque vous planifiez un groupe de soutien :

- Le groupe bénéficie-t-il de l'appui des enseignants, des conseillers en orientation, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé, des parents, de l'administration de l'établissement ou de toute autre partie concernée?
- À quel moment le groupe se réunira-t-il -- pendant les heures de classe, pendant les heures de travail ou le soir?
- Comment allez-vous traiter certaines conséquences, comme les révélations de participants pour lesquelles un soutien plus intensif est indiqué?

Les conseils ci-après faciliteront le recrutement des membres :

- Sélectionnez les membres du groupe par ordre d'inscription.
- Choisissez une combinaison de participants à risques élevés et de leaders potentiels.
- Commencez par l'établissement d'un club ou par un événement spécial.
- Intégrez des administrateurs, des enseignants et des professionnels de la santé susceptibles de promouvoir le programme.
- Tenez les réunions dans des écoles, organismes, centres de santé communautaires, centres pour femmes, installations récréatives, centres de conditionnement physique ou dans tout autre endroit où il y a un besoin.

Des problèmes importants risquent d'être soulevés dans un groupe de cette nature. Voici quelques questions à considérer :

- Comment établirez-vous les règles de confidentialité et comment la sécurité du groupe sera-t-elle assurée?
- Comment peut-on atténuer la timidité des participantes et les encourager à s'exprimer?
- Comment favoriserez-vous l'interaction, la confiance, la coopération et le sentiment d'appartenance au sein du groupe?
- Comment créerez-vous un environnement exempt de jugements?
- Comment négocieriez-vous les conflits et les différends?

Un certain nombre d'outils aident les animateurs à favoriser la modification des attitudes, sentiments et comportements chez les participants. En effet, les animateurs peuvent :

- fournir des renseignements factuels sur l'image corporelle afin d'enrichir les connaissances des membres;
- encourager les participants à échanger leurs opinions et leurs expériences afin de modifier leurs croyances;
- utiliser des méthodes créatives d'expression de soi pour lever le voile sur certains sentiments;
- valoriser les membres à l'aide de commentaires positifs;
- favoriser la confiance en soi en respectant les croyances et expériences des participants;
- encourager l'action collective chez les membres du groupe.

L'échéancier suivant sert de modèle pour la constitution d'un groupe sur l'image corporelle se réunissant pendant huit semaines. Il s'agit uniquement d'un exemple; il existe beaucoup d'autres façons de faire et de sujets à aborder. (*Remarque : Même si ce genre de groupe se compose généralement de femmes, le masculin est utilisé dans les instructions pour tenir compte des groupes mixtes d'enfants et d'adolescents et ne pas alourdir le texte.*)

#### *Première semaine : Introduction*

Introduction donnée par les animateurs

Demander aux participants pourquoi ils font partie du groupe et ce qu'ils s'attendent à en retirer.

Discuter des règles de base et des sujets à aborder.

#### *Deuxième semaine : Initiation aux médias*

Diaporama sur les médias -- peut inclure des images de femmes enceintes dans les médias.

Exercice -- Se réunir en petits groupes et créer une annonce différente des images habituellement véhiculées par les médias (convient mieux aux filles et aux jeunes femmes).

Discuter des répercussions des médias sur l'image corporelle des femmes avant et pendant la grossesse.

*Troisième semaine : Image corporelle et identité*

Présenter et expliquer le continuum des problèmes d'image corporelle.

Exercice -- Déterminer sa propre image corporelle.

*Quatrième semaine : Préjugés concernant le corps*

Examiner les préjugés liés au poids.

Examiner la façon dont on juge les gens selon leur apparence.

Aborder les réactions des gens à la grossesse, aux femmes enceintes et au gain de poids pendant la grossesse.

Récapituler les points importants et discuter des expériences des gens.

*Cinquième semaine : Sexualité et image corporelle*

Aborder l'attirance sexuelle, les fréquentations, les pressions sociales et l'insécurité par rapport à son corps.

Exercice -- Harcèlement sexuel et image corporelle (convient aux jeunes femmes).

Exercice -- Sexualité et image corporelle.

*Sixième semaine : Alimentation saine et activité physique*

Exercice -- Vie active.

Exercice -- Repas idéal.

Résumer les principes de la vie active et de l'alimentation saine.

*Septième semaine : Entretien et valorisation de soi*

Exercice -- Prendre soin de son corps.

Exercices sur l'estime de soi.

*Huitième semaine : Plan d'action pour l'école ou pour ses besoins personnels*

Questionnaire -- Quels sont les principaux problèmes de votre école? Comment voulez-vous aborder ces problèmes? Comment les animateurs peuvent-ils vous aider?

Quelles mesures personnelles prendrez-vous pour promouvoir une image corporelle saine lorsque le groupe aura cessé de se réunir?

Évaluer le rendement du groupe.

C'est l'heure de s'amuser!

Ce modèle a été mis au point par Carla Rice et Vanessa Russell pour le compte du projet *EmBodying Equity*, Conseil de l'éducation de Toronto. Carla Rice a puisé nombre des idées à même son expérience de l'organisation des campagnes de la Semaine nationale de sensibilisation aux troubles alimentaires.

## Activités de promotion de la santé

De nombreuses activités peuvent vous permettre d'enrichir la connaissance de votre public sur les problèmes d'image corporelle. Ces activités aident également les gens à modifier leurs croyances et leurs sentiments sur le sujet, de même qu'à apporter des changements personnels importants. Voici quelques-unes de ces activités.

### Initiation aux médias

#### Diaporama sur les médias

Montez un diaporama sur les médias à partir d'images provenant de revues et de livres. Consultez par exemple les revues de mode populaires, ou encore les livres sur l'histoire de la mode, la beauté selon les cultures et l'impact des idéaux de beauté sur les femmes. Si vous travaillez auprès de femmes enceintes, intégrez des images médiatisées de femmes enceintes. Pour obtenir une diapositive à partir d'une image, il suffit de s'adresser à un service de développement de films.

Présentez le film, le diaporama ou les annonces à votre groupe et discutez des thèmes suivants :

1) le côté irréaliste des images; 2) l'exploitation des femmes et des enfants en publicité; 3) la représentation des personnes de milieux culturels et raciaux étrangers comparativement à la représentation des personnes de race blanche; 4) les rôles stéréotypés des hommes et des femmes; 5) la représentation du corps de la femme comme un objet dans les médias 6) la violence exprimée dans les images; 7) les sentiments des femmes par rapport aux images; 8) la façon dont les femmes enceintes sont représentées.

Avertissement : Le groupe communautaire qui utilise des annonces publicitaires et d'autres images imprimées peut être accusé de violation de droits d'auteur. Il serait préférable que vous consultiez un avocat concernant l'usage d'annonces publicitaires ou que vous demandiez la permission de chaque annonceur. Si vous n'avez pas les ressources nécessaires pour prendre l'une ou l'autre de ces précautions, protégez-vous en utilisant les diapositives à des fins pédagogiques seulement et en veillant à ce que ces images ne soient pas employées dans un but lucratif.

### Analyse des émissions télévisées et des revues

Demandez à chaque personne d'analyser son émission de télévision favorite. Utilisez les questions ci-après pour aider les membres du groupe à bien situer leur analyse. 1) Comment vous sentez-vous par rapport au comportement des personnages? 2) Qui fait rire les gens? 3) Pensez-vous que les scénarios sont réalistes? 4) À quoi pensez-vous en regardant cette émission? 5) Avec quel personnage aimeriez-vous avoir des relations amicales ou de couple? 6) Quel est le rôle des hommes et des femmes dans cette émission? 7) Que font-ils? 8) Avez-vous l'impression que les femmes parlent souvent? 9) Quels genres de compliments ou de commentaires négatifs fait-on aux femmes? 10) De quoi ont-elles l'air? 11) Avez-vous remarqué des différences entre les sexes? 12) Voit-on des femmes enceintes? 13) Que dit-on de la grossesse et des femmes enceintes? 14) Comment les femmes enceintes sont-elles supposées se sentir par rapport à leur corps?

Demandez à chaque personne d'analyser des annonces publicitaires de revues. Comparez ces annonces à celles qui étaient publiées il y a 10, 20 ou 30 ans. Quels sont les changements au niveau des messages? Les annonces rabaisent-elles une personne ou un groupe de manière flagrante? Est-ce qu'elles froissent certaines personnes de votre groupe, mais pas d'autres? Avez-vous l'impression que ces annonces vous influencent? Quelle est votre réaction aux annonces? Comment la représentation de la grossesse a-t-elle changé?

### Le corps idéal

Examinez les images des revues et de la télévision et décrivez le corps idéal de l'homme et de la femme. Parlez de toutes les caractéristiques physiques, dont les cheveux, la peau, les yeux, le nez, la taille du corps, la taille de la poitrine, etc. Demandez aux membres du groupe si cet idéal est plus rigide pour les hommes ou pour les femmes. Pourquoi? Le look femme-enfant est l'idéal de beauté féminin de cette année. Certains mannequins, comme Kate Moss, incarnent ce look de femme-enfant. Expliquez ce que dit ce look des pressions que place la société sur les femmes. Examinez les pressions incitant les femmes à adopter ce look. Discutez de la représentation de la femme enceinte dans les revues. Que dit cette représentation de la femme des pressions sociales subies par les femmes enceintes?

### Reflet de la réalité

Demandez aux participants de former des petits groupes et de réaliser un vidéo musical, une annonce publicitaire télévisée ou une revue qui montre des personnes de tous les genres. Dites-leur d'employer leur imagination à transcender les images qu'ils voient dans les médias populaires. Faites-leur ensuite présenter leur produit au groupe et justifier les choix qu'ils ont fait lors de la réalisation du projet. Cet exercice est excellent en salle de classe.

## Éventail des problèmes d'image corporelle

### Éventail des problèmes d'image corporelle

Reproduisez le continuum des problèmes d'image corporelle sur un tableau à feuilles mobiles. Présentez les concepts suivants : image corporelle saine, insatisfaction par rapport à son image corporelle, préoccupations relatives au poids, régimes à effet yoyo, alimentation compulsive et troubles alimentaires. Demandez aux participants d'identifier les causes de ces problèmes et de les situer sur le continuum.

### Déterminer sa propre image corporelle

Avec l'aide du groupe, définissez le terme «image corporelle». Les participants doivent construire une définition qui comprend trois volets : 1) comment on perçoit son corps; 2) comment on se sent par rapport à son corps; 3) comment on pense que les autres perçoivent son corps.

Affichez sur le mur de longues bandes de papier journal qui atteignent la taille de la personne la plus grande du groupe. Demandez aux participants de se mettre en équipe de deux et de tracer, chacun son tour, la forme du corps de l'autre sur les bandes de papier. Chaque personne écrit ensuite ses impressions et sentiments par rapport à son corps sur le papier journal, en commentant chaque partie du corps, dont les cheveux, le nez, les oreilles, les yeux, la bouche, le visage, la peau, le torse, la poitrine, les hanches, les cuisses, les mains, les bras, les jambes et les pieds. Lorsque tout le monde a terminé, jetez un coup d'oeil sur l'ensemble des images corporelles et discutez-en avec le groupe.

Prenez une autre grande feuille de papier et affichez-la sur le mur. Demandez aux participants d'écrire des affirmations sur leurs corps, ce qu'ils aimeraient dire aux personnes qui les ont diminués, aux annonceurs, aux membres de leur famille, à leurs amis et à eux-mêmes. Discutez de l'origine des problèmes d'image corporelle et montrez aux participants à quel point leur travail est admirable.

Il se peut que certaines personnes du groupe ne soient pas suffisamment à l'aise pour faire cet exercice. Pour éviter de mettre quelqu'un mal à l'aise, dites au groupe que personne n'est obligé de participer à l'exercice et proposez une activité de remplacement. Les enfants sont généralement plus à l'aise pour faire cet exercice.

## Comprendre les préjugés concernant le corps

### Présomptions sur la grosseur et la minceur

Écrivez les mots «grosseur» et «minceur» sur un tableau à feuilles mobiles ou un tableau noir et demandez aux participants d'énumérer les caractéristiques qu'ils attribuent à chacun de ces concepts. La minceur est habituellement associée à l'amour, l'intelligence, la «classe supérieure», le bien-être, une impression de contrôle, la beauté et la privation. La grosseur est généralement associée à un manque d'amour, une mauvaise santé, l'imperfection, la visibilité, l'asexualité, l'indiscipline, le manque de place, la perte de contrôle et la femme. Récapitulez les caractéristiques et discutez-en en groupe. Interrogez-vous sur le bien-fondé de juger les gens selon la taille ou la forme de leur corps. Explorez l'origine de ces stéréotypes.

### Expérience personnelle des préjugés

Divisez le groupe en équipes et dites aux membres de penser à une occasion où une personne a fait un commentaire désobligeant ou un geste discriminatoire. Demandez-leur si ces paroles ou gestes se rapportaient à l'apparence physique, la taille du corps ou la grossesse. Chaque personne décrit ensuite l'anecdote et les sentiments qu'elle a fait naître chez elle. Les membres d'une équipe peuvent prendre la parole à tour de rôle. Demandez à chacun d'entre eux de décrire ses réactions. Examinez l'efficacité de chaque réaction et dressez une liste des façons de réagir aux préjugés.

## Sexualité et image corporelle

### Sexualité et image corporelle

Demandez aux participants de s'imaginer en train de manger avec leur ami(e) de coeur, ex-ami(e) de coeur ou une personne qui leur plaît. Où mangent-ils? Que mange l'autre personne? Comment se sentent-ils par rapport aux aliments dans leur assiette et dans l'assiette de leur compagnon ou compagne? Demandez-leur ensuite de se concentrer sur leur corps. Comment se tiennent-ils? Se sentent-ils à l'aise ou tendus? Parlent-ils à l'autre personne? Que se passe-t-il lorsque le repas est terminé? Chaque personne prend 15 minutes pour décrire le repas et ses sentiments de façon détaillée sur papier. Puis, en groupe, discutez des questions suivantes : Le repas était-il agréable pour tout le monde? Est-ce que tous ont pu manger ce qu'ils voulaient, ou ont-ils plutôt commandé ce qu'ils devraient manger? Ont-ils tenté d'impressionner leur compagnon ou compagne en mangeant très peu? Se sentaient-ils à l'aise avec leur corps pendant le repas? Ont-ils tenté de cacher différentes parties de leur corps? Dans quelle mesure ont-ils porté attention à la nourriture et à la personne qui les accompagnait? (Adapté de *SomeBody to Love* par Leslea Neuman)

### Harcèlement sexuel et image corporelle

Avec l'aide du groupe, définissez le terme «harcèlement sexuel». La définition doit mentionner les blagues et commentaires dénigrants de nature sexuelle, les attouchements non sollicités, les commentaires malveillants ou sexuels sur le corps des autres, et l'étalage d'images dégradantes du corps humain. Discutez de diverses expériences de harcèlement sexuel et des façons dont elles peuvent amener les femmes à détester leur corps. Si vous vous sentez à l'aise avec le sujet, vous pouvez également mentionner des cas de violence et le lien entre la violence et les problèmes d'image corporelle. Cet exercice est particulièrement pertinent pour les jeunes femmes.

## Alimentation saine et activité physique

### Repas idéal

Demandez aux participants d'imaginer un repas idéal qui serait aussi nourrissant physiquement qu'émotivement. Divisez le groupe en équipes de deux et demandez à chaque personne de déterminer : 1) l'endroit où elle prend ce repas; 2) la ou les personnes qui mangent en sa compagnie; 3) l'atmosphère de l'endroit; 4) les vêtements qu'elle porte; 5) la nourriture qu'elle mange, peu importe le prix. Lorsque les équipes ont toutes terminé l'exercice, demandez aux participants s'ils ont vraiment pu savourer un repas satisfaisant. Ont-ils trouvé difficile de se donner du plaisir? Ont-ils mangé des aliments qu'ils ne se permettent pas d'habitude? Se sont-ils permis exactement ce qu'ils désiraient? (Adapté de *SomeBody to Love* par Leslea Neuman)

### Créer un plan de repas sains

Chaque participant prend 15 à 20 minutes pour créer un plan de repas sains pour la prochaine semaine. Il faut inclure des aliments de toutes les catégories alimentaires, ainsi que des quantités adéquates de gras, de protéines et d'hydrates de carbone. Invitez chaque participant à présenter son plan et encouragez le reste du groupe à formuler des commentaires. Proposez-leur ensuite de mettre leur plan en application.

## Une journée sans l'obsession de la nourriture

Demandez aux membres du groupe d'imaginer qu'ils ne se préoccupent plus de la nourriture, des repas, de leur image corporelle ou de leur poids. Ils doivent se mettre dans la peau d'un enfant qui accepte son corps, mange à sa faim et ne se soucie pas vraiment de la nourriture. Dites aux participants d'imaginer comment serait une journée habituelle s'ils ne se préoccupaient pas de leur alimentation, de leur poids ou de leur apparence physique. Il doit s'agir d'une journée complète, à partir du réveil jusqu'au coucher, en incluant la journée d'école ou de travail. Demandez-leur de commencer à écrire et de laisser la journée défiler sous leur plume. Lorsque tous ont terminé l'exercice, demandez-leur si cette journée imaginaire était différente de ce qu'ils vivent à l'heure actuelle. Avaient-ils plus de temps à leur disposition? Ont-ils pu faire ce qu'ils voulaient? Ont-ils mangé plus ou moins que d'habitude? Ont-ils eu des contacts avec des personnes différentes? Se sentaient-ils bien dans leur peau? Proposez aux participants de vivre cette journée pour vrai et de raconter par la suite leur expérience au groupe.

## Alimentation compulsive

Le groupe se divise en équipes de trois ou quatre personnes pour discuter des raisons qui expliquent les excès de nourriture. Après une dizaine de minutes, on revient en groupe et on dresse la liste des raisons sur un tableau à feuilles mobiles. Voici quelques exemples de raisons : se sentir mieux, combler un vide, combattre la dépression, se récompenser, se sentir aimé, se sentir moins seul, répondre à un besoin, se calmer, passer sa colère ou sa frustration, fuir, contrôler ou supprimer ses émotions, s'autodétruire, se réchauffer ou se punir. Demandez aux membres du groupe comment ils peuvent devenir plus conscients des moments où ils mangent de façon compulsive et d'élaborer individuellement des stratégies de remplacement.

## Vie active

Demandez aux participants de s'imaginer en train de faire une activité physique. Comment sont-ils habillés? Avec qui sont-ils? Sont-ils à l'intérieur ou à l'extérieur? Qui les regarde? Quelles sont leurs interactions avec les autres? Les membres du groupe s'interrogent ensuite sur leurs impressions au moment de faire l'activité et après. Répartissez le groupe en équipes de deux qui discuteront pendant environ cinq minutes de leurs expériences imaginaires.

Demandez aux participants de dresser une liste de toutes les activités qu'ils veulent essayer. Notez le nombre de sports différents qui sont mentionnés. Chaque personne choisit une activité qui lui plaît et s'engage à tenter l'expérience au moins une fois et à décrire sa tentative au groupe.

## Pratique de l'activité physique

Invitez un spécialiste de l'exercice physique qui a la même philosophie que le groupe. Demandez-lui d'aborder les bienfaits de l'exercice, les types de classes et exercices à éviter et les façons d'entamer un programme d'activité physique modérée. Examinez également les obstacles qui empêchent les femmes d'être actives, comme les préjugés, la peur ou le manque d'argent. Accordez environ 45 minutes à la description d'un programme d'exercice à très faible intensité qui comprend une démonstration des exercices à faire et à éviter. À la fin de la séance, chaque personne s'engage à pratiquer une activité pendant 10 minutes, trois fois durant la semaine. (Adapté de *Beyond Dieting* par Donna Ciliska)

## Coût élevé des régimes

Demandez aux participants de prendre un crayon et un papier et d'additionner l'argent qu'ils ont affecté à des régimes pendant la dernière année, les cinq dernières années et toute leur vie. Dites-leur d'inclure les programmes formels d'amaigrissement, les suppléments diététiques, les aliments substitués, les médicaments, ainsi que les livres et les revues sur les régimes. Présentez ces chiffres au groupe et évaluez le montant total dépensé par l'ensemble du groupe pendant les mêmes périodes. Le but de l'exercice est de démontrer à quel point l'industrie des produits amaigrissants est monumentale et rentable. (Adapté de *Beyond Dieting* par Donna Ciliska)

## Entretien et valorisation de soi

### Prendre soin de soi

Demandez à chaque personne de dresser une liste de choses qu'elle aimerait faire et qui n'ont rien à voir avec la nourriture ou le désir de changer son corps. Faites réfléchir les participants aux choses qui leur font plaisir dans une journée. Chaque personne doit énumérer au moins 20 activités qui lui plaisent, puis lire sa liste d'activités au reste du groupe. Demandez aux participants s'ils croient que les gens se permettent de faire les choses qu'ils aiment vraiment. Discutez des obstacles qui les empêchent de le faire et des façons de surmonter ces obstacles. Dites-leur de s'adonner à des activités agréables tous les jours de la prochaine semaine et de raconter par la suite leur expérience au groupe. (Adapté de *SomeBody to Love* par Leslea Neuman)

### Achat de vêtements

L'achat de vêtements est souvent une question épineuse pour les femmes. Demandez aux personnes du groupe de se remémorer la dernière fois où elles sont allées magasiner. Étaient-elles seules ou accompagnées? Comment se sentaient-elles en se rendant au magasin? Comment ont-elles choisi les vêtements à essayer? Comment se sentaient-elles dans le salon d'essayage? Comment ont-elles décidé quoi acheter et quoi laisser? De quelle façon se sont-elles regardées dans le miroir? Demandez-leur de faire part au groupe des endroits où elles trouvent des vêtements à bon marché, des tenues pour femme enceinte et des vêtements en grandes ou petites tailles. Renseignez-vous sur les couturières locales qui font des vêtements abordables. Il est parfois moins cher pour une femme forte d'aller chez une couturière que d'acheter ses vêtements dans un magasin. Si des femmes du groupe ont déjà suivi des régimes à effet yoyo ou ont changé de taille plusieurs fois, encouragez-les à s'échanger des vêtements entre elles.

### Transformer son image corporelle

Présentez et définissez les concepts de perception «fonctionnelle» et «décorative» de soi. Une perception «fonctionnelle» signifie que l'on voit et que l'on apprécie son corps selon ce qu'il nous apporte. La personne qui a une perception «décorative» se préoccupe de la façon dont elle est perçue par son entourage; elle juge son corps en fonction de son apparence et le considère principalement comme un objet.

Profitez de l'occasion pour aborder le lien entre l'image corporelle et l'estime de soi. Lorsque nous avons une perception décorative de notre corps, nous sommes vulnérables à l'opinion des autres et aux idéaux de beauté. Lorsque nous avons une perception fonctionnelle de notre corps, l'estime de soi ne dépend plus de jugements externes, mais de nos capacités, de nos réalisations, d'un sentiment de compétence et de notre moi profond. Demandez aux participants comment passer d'une perception décorative à une perception fonctionnelle. Discutez des buts et de la vision de chaque personne.

### Prendre des risques

Demandez aux personnes du groupe de dresser une liste des choses qu'elles veulent réaliser, mais qu'elles ont peur de faire. Donnez-leur 10 minutes pour compiler leurs listes. Lorsqu'elles sont prêtes, demandez à chacune d'elles de lire sa liste à voix haute. Discutez des obstacles qui les empêchent de réaliser ces choses. Parlez de l'impression d'être «bloqué», de la peur et de la signification du terme courage. Définissez le courage comme la capacité de réaliser les choses qu'on a peur de faire. Demandez ensuite aux participants de penser à une chose qu'ils croient pouvoir accomplir dans les prochaines semaines et de raconter ultérieurement leur expérience au groupe.

### Les choses qui me plaisent chez moi

Faites circuler une feuille de papier et demandez à chaque personne du groupe d'écrire au moins cinq choses qu'elle valorise chez elle. Il peut s'agir de capacités, d'aptitudes, de talents, de qualités ou de réalisations. Faites connaître les réponses à l'ensemble du groupe. Examinez à quel point il est difficile parfois de se complimenter soi-même.

### Cesser de vivre «en attendant»

Dans cet exercice, les personnes de votre groupe doivent se rendre compte qu'elles ont peut-être pris l'habitude de remettre des projets ou des responsabilités jusqu'au jour où elles auront un corps idéal. Demandez-leur d'abord de noter sur un bout de papier toutes les choses qu'elles reportent au moment où elles seront minces. Il peut s'agir de manger dans un lieu public, faire un voyage, porter un maillot de bain ou commencer une relation avec quelqu'un. Demandez ensuite aux participants de mettre leurs réponses en commun et de s'engager à faire l'une de ces choses pendant la prochaine semaine. Encouragez-les à se comporter comme une personne bien dans sa peau. (Adapté de *Beyond Dieting* par Donna Ciliska)

### Valorisation de soi et de son corps

Tenez une séance de remue-méninges en groupe sur les choses que le corps accomplit de manière satisfaisante. Vous pouvez entamer le processus en donnant des exemples comme la sexualité, la reproduction, les mouvements ou les perceptions sensorielles. Puis, demandez à chaque personne de dresser une liste de réalisations personnelles qui n'ont rien à voir avec son poids. Faites part au groupe d'au moins une réalisation par personne. L'objet de cet exercice est d'élaborer une liste de fonctions et d'attitudes constructives qui se rapportent à son corps ou à sa personnalité. Pendant le dernier volet de l'exercice, les participants se demandent ce que serait leur vie s'ils pesaient 40 ou même 10 livres de moins. Leur emploi, leurs relations ou leur estime de soi en seraient-ils vraiment améliorés? La publicité perpétue le mythe selon lequel la perte de poids révolutionnera la vie d'une personne, alors qu'en réalité les changements sont minimes pour de nombreuses femmes. (Adapté de *Beyond Dieting* par Donna Ciliska)

À moins d'indication contraire, ces exercices ont été conçus par Carla Rice et Vanessa Russell pour le compte de l'initiative *EmBodying Equity*, Conseil de l'éducation de Toronto.

# Annexe 1 : Bibliographie

ABRAMS, B. F. et R.K. Laros. «Pregnancy weight, weight gain and birth weight», dans *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1986, n° 154, pp. 503-509.

*Adolescent Health Survey*. C.-B., The McCreary Society, 1993.

ANDRES, R. «Effect of obesity on total mortality», dans *International Journal of Obesity*, 1980, vol. 4, pp. 381-386.

ASSOCIATION CANADIENNE DES DIÉTÉTISTES. *Manger mieux c'est meilleur : Des réponses aux besoins nutritionnels de la femme*, Toronto, 1993.

BENNETT, W. et J. Gurin. *The Dieter's Dilemma*. New York, Basic Books, 1982.

BERGER, J. *Ways of Seeing*. London, BBC/Penguin Books, 1972.

BERSCHIED, E., K. Dion, E. Walster et G.W. Walster. «Physical attractiveness and dating choices: A test of the matching hypothesis», dans *Journal of Experimental Social Psychology*, 1971, n° 7, pp. 173-189.

BRAY, G.A. «The risks and disadvantages of obesity», dans *Major Problems in International Medicine*, 1976, n° 9, pp. 215-251.

BRAY, G.A. «Obesity: Definition, diagnosis and disadvantages», dans *Medical Journal of Australia*, 1985, n° 142, pp. S2-S8.

BROWN, C. *Getting Beyond Weight: Women Helping Women*. Clinique de santé des femmes, Winnipeg.

BROWN, L. et E. Rothdulum (Éd.). *Overcoming Fear of Fat*. New York. Harrington Park Press, 1989.

BROWN, I. «Having My Baby», dans *Saturday Night Magazine*, 1993, pp. 50-64.

BROWN, R. «Full-figured women fight back», dans *Ebony* (mars 1990), pp. 27-31.

BRUCH, H. *The Golden Cage*. Cambridge, presses de l'université Harvard, 1978.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé, *Enquête de la promotion de la santé au Canada 1990: rapport technique*, 1993.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé, *Document d'information sur les femmes et le tabac*, 1993.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé, *Vitality Research*. Tandemar Research Inc., Ottawa, 1990.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé, *Un effort conjoint pour la santé des femmes*, 1990.

- CANADA (GOUVERNEMENT), Santé et Bien-être social, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, 1993.
- CANADA (GOUVERNEMENT), Santé et Bien-être social. *Le poids et la santé : document de travail*, 1988.
- CANADA (GOUVERNEMENT), Statistique, *Les jeunes au Canada, deuxième édition*, 1994.
- CANADIAN GALLOP POLL LIMITED. *Report on the Behaviour and Attitudes of Canadians With Respect to Weight Consciousness and Weight Control*. Toronto, 1984.
- CANNING, H. et MAYER, J. «Obesity: its possible effects on college acceptance», dans *New England Journal of Medicine*, 1966, n° 275, pp. 1172-1174.
- CHAPKIS, W. *Beauty Secrets: Women and the Politics of Appearance*. Boston, South End Press, 1986.
- CHERNIN, K. *The Obsession: Reflection on the Tyranny of Slenderness*. New York, Harper & Row, 1981.
- CILISKA, D. *Beyond Dieting: Psychoeducational Interventions for Chronically Obese Women*. New York, Brunner/Mazel, 1990.
- CILISKA, D. et C. Rice. «Body Image/Body Politics», dans *Healthsharing Magazine* (été 1989).
- CROOK, M. *The Body Image Trap*. Vancouver, Self-Counsel Press, 1991.
- DAVIS-FLOYD, R. «The technocratic body: American childbirth as cultural expression», dans *Social Science and Medicine*, 1994, 18(8), pp. 1125-1140
- DAY, D. *Young Women in Nova Scotia: A study of Attitudes, Behaviour and Aspirations*. Halifax, Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse, 1990, pp. 45-48.
- DOHRMANN, K.R. et Lederman, S.A. «Weight gain in pregnancy», dans *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 1986, 15(6), pp. 446-453.
- ERNSBERG, P. et P. Haskew. «Health implications of obesity: An alternative view», dans *The Journal of Obesity and Weight Regulation*, 1987, 6(2), pp. 58-137.
- FAHY, T.A. «Eating disorders in pregnancy», dans *Psychological Medicine*, n° 21, pp. 577-580.
- FAIRBURN, C.G. et S.L. Welch. «The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight», dans *International Journal of Eating Disorders*, 1989, n° 9, pp. 153-160.
- FAIRBURN, C.G., A. Stein et R. Jones. «Eating habits and eating disorders during pregnancy», dans *Psychosomatic Medicine*, 1992, n° 54, pp. 665-672.
- FÉDÉRATION CANADIENNE DES ENSEIGNANTES ET ENSEIGNANTS. *A Cappella : Rapport sur les réalités, préoccupations, attentes et obstacles que connaissent les adolescentes au Canada*. Ottawa (nov. 1990).
- FREEDMAN, R.J. «Reflections on beauty as it relates to health in adolescent females», dans *Health and the Female Adolescent*, S. Golub (éd.), New York, Harrington Park Press, 1984.

- FREEDMAN, R.J. *Body Image: Learning to Like Our Looks and Ourselves*. New York, Harper and Row, 1984.
- GAGNARD, A. «From Feast to Famine: Depiction of ideal body type in magazine advertising 1950-1984», dans *Proceedings of the 1986 Conference of the American Academy of Advertising*, F. Larkin (éd.), Norman, Oklahoma, 1986.
- GARNER, D.M. et P.E. Garfinkel. *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York. Brunner/Mazel, 1980.
- GARNER, D.M., P.E. Garfinkel, D. Schwartz et M. Thompson. «Cultural expectations of thinness in women», dans *Psychological Reports*, 1980, n° 47, pp. 483-491.
- GOODMAN, N., S.M. Dornbush, S.A. Richardson et A.H. Hastorf. «Varient reactions to physical disabilities», dans *American Sociological Review*, 1963, n° 28, pp. 429-435.
- HOFFMAN, L.W.. «The value of children to parent and the decrease in family size», dans *Proceedings of the American Psychological Society*, 1975, n° 119, 430-438.
- HOLLIFIELD, J. et J. Hobdy. «The course of pregnancy complicated by bulimia», dans *Psychotherapy*, 1990, n° 27, pp. 249-255.
- HOLMES, J. et E. Silverman. *J'ai des choses à dire... Écoutez-moi : Sondage auprès des adolescentes du Canada*. Ottawa, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1992.
- HOOKS, B. *Black Looks: Race and Representation*. Toronto, Between the Lines, 1992.
- HSU, G. «Are eating disorders more common in blacks?», dans *International Journal of Eating Disorders*, 1986, n° 6, pp. 113-124.
- HUTCHISON, M. *Transforming Body Image*. New York, The Crossing Press, 1985.
- IAZZEHO, D. «What's Happening With Women and Body Image», dans *The National Women's Health Network News*, (juin 1992).
- INSTITUT NATIONAL DE LA NUTRITION. *Tracking Nutrition Trends*, Ottawa, 1989.
- JOHNSON, J.W., J.A. Longmate et B. Frentzen. «Excessive maternal weight and pregnancy outcome», dans *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1992, 167(2), pp. 353-370.
- JOHNSTON, E.M. «Weight changes during pregnancy at the postpartum period», dans *Progress in Food and Nutrition Science*, 1991, 15(3), pp. 117-157.
- KANO, S. *Making Peace with Food*. New York, Harper and Row, 1989.
- KERRIS, L. «Prejudice against obese renters», dans *Journal of Social Psychology*, 1977, vol. 101, 159-169.
- KEYS, A., J. Brozek, A. Henschel, O. Mickelson et H.L. Taylor. *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis, presses de l'université du Minnesota, 1950.

- KING, A.J.C. et B. Coles. *Nos jeunes, leur santé : Opinions et comportements des 11, 13 et 15 ans au Canada et dans 10 autres pays*. Ottawa, Santé Canada, 1992.
- KING, A.J.C. *The Adolescent Experience*. Toronto, Fédération des enseignantes-enseignants des écoles secondaires de l'Ontario, 1986.
- LACEY, J.H. et G. Smith. «Bulimia Nervosa: The impact of pregnancy on mother and baby», dans *British Journal of Psychiatry*, 1987, vol. 150, pp. 771-781.
- LAKOFF, R.T. et R.L. Scherr. *Face Value: The Politics of Beauty*. Boston, Rotledge & Kegan, 1984.
- LAWRENCE, M. *The Anorectic Experience*. London, The Women's Press Handbook Series, 1985.
- LEIBEL, R.L., M. Rosenbaum et J. Hirsch. «Changes in energy expenditure resulting from altered body weight», dans *New England Journal of Medicine*, 1995, 332(10), pp. 621-628.
- LEMBERG, R. et J. Philips. «The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia», dans *International Journal of Eating Disorders*, 1989, n° 8, pp. 285-295.
- LISSNER, L. et K. Brownell. «Weight cycling, mortality, and cardiovascular disease: A review of epidemiologic findings», dans *Obesity*, P. Bjorntrop et B. Brodoff (éd.), New York, Lippincott, 1992.
- LISSNER, L., P.M. Odell, R.B. D'Agostino, J. Stokes, B.E. Kreger, A.J. Bélanger et al. «Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population», dans *New England Journal of Medicine*, 1991, n° 324, pp.1839-1844.
- LOTT, B. *Becoming a Woman: The Socialization of Gender*. Springfield, II, Charles C. Thomas, 1981.
- MACKENZIE, M. *Given the Health Risks, What Do You Say to People Who Weigh More than Forty Percent Above Average? An Anthropological Answer : Separating the Mythologies of Fatness and Eating Disorders*. Manuscrit non publié.
- MILLMAN, M. *Such a Pretty Face: Being Fat in America*. New York, W.W. Norton Company, 1980.
- MOK, H.Y., K. Bergmann, J.R. Crouse et S.M. Grundy. «Biliary lipid metabolism in obesity: Effects of bile acid feeding before and after weight reduction», dans *Gastroenterology*, 1979, n° 76, pp. 556-567.
- MOORE, D.S. «The body image in pregnancy», dans *Journal of Nurse-Midwifery*, 1978, n° 4, pp. 17-27.
- MORGAN, B. «Nutritional needs of the female adolescent», dans *Women and Health*, 1984, 9(2-3), pp. 15-28.
- MORRISON, T. *The Bluest Eye*. New York, Washington Square Press, 1970.
- MORTON, P. *Disfigured Images: The Historical Assault on Afro-American Women*. New York, Preager Press, 1991.

MORAGA, C. et G. Anzaldua (éd.) *This Bridge Called My Back: Writings By Radical Women of Colour*. New York, Kitchen Table Women of Colour Press, 1983.

NOUVEAU-BRUNSWICK (GOUVERNEMENT) Conseil consultatif sur le statut de la femme. *Health of Adolescent Girls: Principles and Recommendations*, 1985.

OFFER, D., E. Ostrov et K. Howard. *The Adolescent: A Psychological Self-portrait*. New York, Basic Books, 1981.

ONTARIO (GOUVERNEMENT), ministère de la Santé. *Enquête sur la santé en Ontario*, 1992.

ORBACH, S. *Fat is a Feminist Issue II*. New York, Berkeley Books, 1982.

POLIVY, J. et P. Herman. *Breaking the Diet Habit*. New York, Basic Books, 1983.

POLIVY, J. et P. Herman. «The Diagnosis and Treatment of Normal Eating», dans *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55(5), pp. 635-644.

POWERS, R. «Fat is a Black Woman's Issue», dans *Essence* (oct. 1989).

PUMARIEGA, A., C. Gustavson, J. Gustavson, P.S. Motes et S. Ayers. «Eating attitudes in African-American women: The *Essence* eating disorder survey», dans *Eating Disorders*, 1994, 2(1), pp. 6-16.

RAND, C. et J. Kuldau. «Eating disorder symptoms in a general population: Sex, age, race and socioeconomic status», dans *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 11(1), pp. 37-44.

RATNER, R.E., L.H. Hamner et N.B. Isada. «Effects of gestational weight gain in morbidly obese women: I. Maternal morbidity», dans *American Journal of Perinatology*, 1991, 8(1), pp. 21-24.

RICE, C. «Freeing the future generations: Raising our children without food and weight problems», dans *Nutrition Quarterly*, 1993.

RICE, C. et L. Langdon «Women's struggles with food and weight as survival strategies», dans *Les cahiers de la femme*, 1991, 12(1), pp. 30-34.

RICE, C. *Women and Body Image Project: A Funding Proposal*. Manuscrit non publié.

RICHARDSON, P. «Women's experiences of body change during normal pregnancy», dans *Maternal Child Nursing Journal*, 1991, n° 19, pp. 93-111.

RINDSKOPT, K.D. et S.E. Gratch. «Women and exercise: A therapeutic approach», dans *Women and Therapy*, 1982, 1(4), pp. 15-25.

RODIN, J., L. Silberstein et R. Striegel-Moore. «Women and Weight: A Normative Discontent», dans *Psychology and Gender: Nebraska Symposium on Motivation*, T.B. Sonderegger (éd.), London, presses de l'université du Nebraska, 1984.

ROOT, M., P. Fallon et W.N. Friedrich *Bulimia: A Systems Approach to Treatment*. New York, W.W. Norton, 1986.

- ROOT, M. «Disordered Eating in Women of Colour», dans *Sex Roles*, 1990, 22(7-8), pp. 525-536.
- ROSEN, L., C. Shafer, G. Dumner, L. Corss, G. Deuman et S. Malmberg. «Presence of pathogenic weight-control behaviours among Native women and girls», dans *International Journal of Eating Disorders*, 1988, n° 7, pp. 807-811.
- ROTH, G. *Breaking Free From Compulsive Eating*. New York, Signet Books.
- RUDOFISKY, B. *The Unfashionable Human Body*. Garden City, New York, Anchor/Doubleday, 1974.
- SCHOENFIELDER, L. et B. Weiser (éd.). *Shadows on a tightrope: writings by women on fat oppression*. Iowa City, Women's Press, 1983.
- SCHWARTZ, H. *Never Satisfied: A Cultural History of Diets, Fantasies and Fat*. New York, Macmillan, 1986.
- SCLAFANI, A. «Animal models of obesity: A classification and characterization», dans *International Journal of Obesity*, 1984, n° 8, pp. 491-508.
- SHEININ, R. «Body Shame: Body Image in a Cultural Context», dans *National Eating Disorder Information Centre Bulletin* (nov. 1990).
- SIEGA-RIZ, A.M., L.P. Adair et C.B. Hobel. «Institute of Medicine maternal weight gain recommendation and pregnancy outcome in a predominantly Hispanic population», dans *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 84(4), pp. 565-573.
- SILVERSTEIN, B., L. Perdue, B. Petersen et E. Kelly. «The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women», dans *Sex Roles*, 1986, n° 14, pp. 519-532.
- SIMOPOULOS, A.P. et T.B. van Itallie. «Body weight, health and longevity», dans *Annals of Internal Medicine*, 1984, n° 100, pp. 285-295.
- SLADE, P.D., «Awareness of body dimensions during pregnancy: An analogue study», dans *Psychological Medicine*, 1977, n° 7, pp. 245-252.
- SNOW, J.T. et M.B. Harris. «An analysis of weight and diet content in five women's magazines», dans *Journal of Obesity and Weight Regulation*, 1986, n° 5, pp. 194-214.
- SORLIE, P., T. Gordon et W.B. Kannel. «Body Build and Mortality -- The Framingham Study», dans *Journal of the American Medical Association*, 1984, n° 243, pp. 1828-1831.
- STAFFIERI, J.R. «A study of social stereotype of body image in children», dans *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, n° 7, pp. 101-104.
- STAFFIERI, J.R. «Body build and behaviour expectancies in young females», dans *Developmental Psychology*, 1972, n° 6, pp. 125-127.
- STALONAS, P.M., M.G. Perri et A.B. Kerzner. «Do behavioural treatments of obesity last? A five year follow up investigation», dans *Addictive Behaviours*, 1984, n° 9, pp. 175-183.

- STEWART, D.E. «Reproductive functions in eating disorder», dans *Annals of Medicine*, 1992, n° 24, pp. 287-291.
- STRIEGEL-MOORE, R. et A. Kearney-Cooke. «Exploring parent's attitudes and behaviors about their children's physical appearance», dans *International Journal of Eating Disorder*, 1994, 15(4), pp. 337-385.
- STUNKARD, A.J., M. Coll, S. Lindquist et A. Meyers. «Obesity and eating style», dans *Archives of General Psychiatry*, 1980, n° 123, pp. 1443-1447.
- STUNKARD, A.J. *The Pain of Obesity*. Californie, Bull Press, 1976.
- SUMNER, A., G. Walker, S. Killick et M. Elstein. «Body image distortion in pregnancy: A pilot study of the effects of media images», dans *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1993, n° 11, pp. 203-208.
- TAN, A.S. «TV beauty ads and role expectations of adolescent female viewers», dans *Journalism Quarterly*, 1979, n° 56, pp. 283-288.
- THOMAS, V. «Body image satisfaction among Black women», dans *Journal of Social Psychology*, 1989, 129 (1), 107-112.
- THOMPSON, B. *A Hunger So Wide and So Deep: American Women Speak out on Eating Problems*. Minneapolis, presses de l'université du Minnesota, 1994.
- UMIKER-SEBOK, J. «The 7 ages of woman: A view from American magazine advertisements», dans *Gender and Non-verbal Behaviour*, C. Mayo et N. Henly (éd.), New York, Springer-Verlag, 1981.
- VAN DER SPUIY, Z.M., P.J. Steer, M. McCluster, S.J. Steele, et H.S. Jacobs. «Outcome of pregnancy in underweight women after spontaneous and induced ovulation», dans *British Medical Journal*, n° 294, pp. 962-965.
- WADDEN, T.A., T.B. Van Itallie et G.L. Blackburn. «Responsible and irresponsible use of very low-calorie diets in the treatment of obesity», dans *Journal of the American Medical Association*, 1990, n° 263, pp. 83-88.
- WALKER, A. «Beauty: When the Other Dancer is the Self», dans *Black Women's Health Book: Speaking For Ourselves*, E. White (éd.), Washington, The Seal Press, pp. 280-287.
- WOLF, N. *The Beauty Myth: How images of beauty are used against women*. New York, William Morrow, 1991.
- WOOLEY, W. «Body Dissatisfaction: Studies Using the Color-A-Person Body Image Test. Faculté de médecine de l'université de Cincinnati, 1986. Manuscrit non publié.
- WOOLEY, O.W. «On target: Body dissatisfaction and media images». Présenté lors du congrès de la American Psychological Association (août 1987).
- WOOLEY, S. et W. Wooley. «The crisis in body image: Data from the *Glamour* survey. Présenté lors du congrès de la American Psychological Association (août 1985).

WOOLEY, S. et W. Wooley. «Should obesity be treated at all?» , dans *Eating and its Disorders*, A.J. Stunkard et D. Stellar (éd.), New York, Raven Press, 1983.

WOOLEY, S. et W. Wooley. «Obesity and Women - I. A closer look at the facts», dans *Women's Studies International Quarterly*, 1979, n° 2, pp. 69-79.

WOOLEY, S., W. Wooley et S. Dryenforth. «Obesity and Women - II. A neglected feminist topic», dans *Women's Studies International Quarterly*, 1979, n° 2, pp. 81-92.

## Annexe II : Feuilles de travail en vue de la planification de campagnes de communication

# Profil du groupe cible

Données démographiques

Données comportementales

Données psychographiques

## Objectif de la campagne :

Voies de communication	Individu	Réseau	Organisation	Société
<b>Médias</b>	Sensibilisation Connaissances Changement d'attitudes Auto-efficacité Habilités	Encouragement des leaders d'opinion Renforcement des normes en place Engagement des leaders d'opinion	Connaissances des personnes influentes Engagement des personnes influentes Diffusion de l'information Établissement des priorités	Environnement éducatif Établissement des priorités Opinion publique
<b>Communication face à face</b>	Motivation Action Maintien Soutien social	Diffusion de l'information Influence sociale Soutien social	Efficacité collective Activités Ressources Politiques Installations	Communication interpersonnelle Modification des normes
<b>Événements communautaires</b>	Incitatifs Signaux provoquant l'action	Communication interpersonnelle Incitatifs Signaux provoquant l'action Soutien social Activités	Activités Incitatifs Signaux provoquant l'action Soutien social	Politiques Lois Finances publiques Environnement physique

## Plan de campagne de communication

	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année
Individu					
Réseau					
Organisation					
Société					



## Annexe III : Répertoire du matériel de référence

Mis à jour par Lisa Gallant

Conseillère de projet pour le compte de

*Meilleur départ : Action communautaire pour la santé des bébés*

Recherches : Sandra Pearson et Lisa Gallant, 1994

## Image corporelle et poids-santé : Matériel de référence

### Programmes et matériel promotionnel

<p><b>Brochure</b> intitulée <i>Avez-vous un excellent style de vie?</i> Vérifiez auprès du Bureau de santé du district de Peterborough pour en savoir davantage sur sa version de cette brochure adaptée aux femmes qui n'ont pas encore d'enfant. Gratuite. Communiquez avec le bureau de la Société canadienne du cancer de votre région.</p>
<p><b>Brochures</b> destinées aux adultes qui s'intitulent <i>Le poids-santé</i> et <i>Bien manger</i>, et portent sur l'Index de masse corporelle et la bonne alimentation. Gratuites. Ministère de la Santé de l'Ontario, Direction des communications et de l'information, 2195 rue Yonge, 4<sup>e</sup> étage, Toronto, Ontario, M4S 2B2. 1 800 268-1153 ou (416) 327-4327. Télécopieur : (416) 327-8971.</p>
<p><b>Brochures</b> sur la santé cardiovasculaire qui encouragent la bonne alimentation. Gratuites. Communiquez avec le bureau local de la Fondation des maladies du cœur.</p>
<p><b>Brochures</b> sur la bonne alimentation, la vie active et l'estime de soi. Gratuites. Emballages de 50 brochures. Santé Canada. Publications : (613) 954-5995.</p>
<p><b>Feuilles de renseignements.</b> Une série de cinq feuilles de renseignements destinées aux planificateurs de programmes résumant les résultats de recherches et la documentation du domaine : <i>Les recherches révèlent qu'il existe un lien entre la santé et l'image corporelle; Alimentation saine et estime de soi -- le lien avec l'image corporelle; Activité physique, estime de soi et santé; Image corporelle, santé et bien-être -- La dynamique sociale; Fumer pour rester mince : le lien avec l'image corporelle.</i> Santé Canada, Unité des programmes de nutrition, 5<sup>e</sup> étage, édifice Jeanne Mance, Tunney's Pasture, Ottawa, Canada, K1A 1B4, (613) 957-8329.</p>
<p><b>Trousse d'information et manuel de l'animateur</b> qui offrent des renseignements sur le programme Vitalité. À l'intention des professionnels du domaine. Gratuits. Santé Canada. Publications : (613) 954-5995.</p>
<p><b>Manuel</b> sur l'image corporelle, l'estime de soi, la bonne alimentation, les modes de vie sains et la prévention du tabagisme appelé <i>Tu es unique</i>. Tous les thèmes peuvent être intégrés dans un seul programme. Préparé par des enseignants à l'intention des élèves de 7<sup>e</sup> jusqu'à la 11<sup>e</sup> année. Services de santé d'Ottawa-Carleton, 495 chemin Richmond, Ottawa, Ontario, K2A 4A4, (603) 722-2328. Télécopieur : 724-4191.</p>
<p><b>Manuel</b> intitulé <i>L'obsession de la minceur : un guide d'intervention</i>. L'initiative a été l'objet d'un examen dans <i>Promotion de la santé</i> à l'été 1992. 17 \$ (en réimpression). Centre des femmes de Verdun, 4255 rue Wellington, bureau 108, Verdun (Québec), H4G 1V9. (514)-761-0384.</p>
<p><b>Exposé</b> destiné aux élèves afin de prévenir les troubles alimentaires. Dans le cadre de la semaine de sensibilisation aux troubles alimentaires. Téléphonnez pour obtenir une liste de prix. À l'intention des membres de la communauté. Hôpital Douglas, Clinique des troubles alimentaires, 6605 boul. LaSalle, Verdun (Québec), H4H 1R3, (514) 761-6131.</p>
<p><b>Programme</b> <i>Se sentir bien dans sa peau</i> destiné aux élèves de 6<sup>e</sup> jusqu'à la 8<sup>e</sup> année dans le but d'entamer la discussion à l'égard de l'image corporelle saine et du poids-santé. Activités diverses, y compris des jeux de mots, et des discussions sur l'influence des médias, les régimes, etc. Bureau de santé du district de Porcupine, case postale 2012, Timmins (Ontario), P4N 8B7. (705) 267-1181. Télécopieur (705) 264-3980.</p>
<p><b>Programme</b> <i>Te prendre en main</i> (Clearasil) portant sur une saine estime de soi et l'acceptation de son apparence personnelle. Comprend des guides pour enseignants et élèves. Gratuit. À l'intention des élèves de 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années.</p>
<p><b>Programme</b> <i>Grandir</i> d'Always qui comprend du matériel instructif sur la croissance et le développement, un guide de l'enseignant, des livrets pour les élèves, des diagrammes du corps humain et une bande vidéo en trois parties. Gratuit. À l'intention des élèves de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années.</p>
<p>Association ontarienne d'éducation physique et d'hygiène, 1185 av. Eglinton est, North York (Ontario), M3C 3C6. (416) 426-7120. Télécopieur (416) 426-7373.</p>

**Diaporama** destiné aux élèves de 10<sup>e</sup> année (communiquiez avec le bureau de santé de votre région pour un exemplaire du scénario). Le comité interorganisme sur l'image corporelle saine a été formé en 1991 et à mis l'accent sur l'élaboration du projet durant les trois premières années. Le mandat du comité a été changé pour permettre la mise en commun des connaissances, assurer la cohérence et éviter le double emploi. Les membres du comité se réunissent quatre fois par année. Ils représentent les écoles, le bureau de santé, la Clinique des problèmes du comportement alimentaire et Sciences Nord. Comité interorganisme sur l'image corporelle saine, a/s du Bureau de santé du district de Sudbury, 1300 rue Paris, Sudbury (Ontario), P3E 3A3. (705) 522-9200.

**Logiciel pour ordinateurs** qui contient des graphiques et des articles pouvant servir lors de la conception de matériel promotionnel comme les bulletins d'information. À l'intention des travailleurs en santé communautaire et des bureaux de santé en entreprise. 149 \$. ParticipACTION, 40 rue Dundas ouest, bureau 220, Toronto (Ontario), M5G 2C2. (416) 954-1212. Télécopieur (416) 954-4949.

**Bande vidéo et messages d'intérêt public** conçus pour la télévision dans le cadre du programme *Vitalité*. Gratuits. Unité des programmes de nutrition (Santé Canada), 5<sup>e</sup> étage, édifice Jeanne Mance, Tunney's Pasture, Ottawa, Canada, K1A 1B4, (613) 957-8329.

**Vidéo** "Vous Mangez pour deux" Le film valorise les effets positifs d'une diète équilibrée pour la mère et le fœtus durant la grossesse, ainsi que les avantages d'un gain de poids convenable. Office national du film du Canada, case postale 6100, station A, Montréal, (Québec), H3C 3H5. 1-800-363-0328 au Québec, 1-800-267-7710..

**Livre**, Orbach, Susie; *Maigrir: la fin de l'obsession*; 1988; Éditions de l'Homme; Agence de distribution Populaire Inc., 955, rue Amherst, Montréal, (Québec), H2L 3K4.

**Livre**, Lambert-Lagacé, Louise; *Le défi alimentaire de la femme* (pour préserver son capital santé en retrouvant le plaisir de manger), 1988; Éditions de l'Homme.

**Livre**, MacDonald, Bishop Helen & Howard, *Manger mieux c'est meilleur*; 1990; Éditions du Trécaré.

## Rapports et enquêtes

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé Canada. *Enquête de promotion de la santé 1990 : rapport technique*. Ottawa, Ontario, 1993.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé Canada. *Un effort conjoint pour la santé mentale des femmes : Plan d'ensemble pour l'élaboration de politiques et de programmes*. Ottawa, Ontario, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1993.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé et Bien-être social Canada. *Action concertée pour une saine alimentation... Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application*. Ottawa, Ontario, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1990.

CANADA (GOUVERNEMENT), Santé et Bien-être social Canada. *Le poids et la santé : document de travail*. Ottawa, Ontario, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1990.

CANADA (GOUVERNEMENT), Statistique, *Les jeunes au Canada, deuxième édition*, 1994.

FÉDÉRATION CANADIENNE DES ENSEIGNANTES ET ENSEIGNANTS. *A Cappella : Rapport sur les réalités, préoccupations, attentes et obstacles que connaissent les adolescentes au Canada*. Ottawa, nov. 1990.

FÉDÉRATION CANADIENNE DES ENSEIGNANTES ET ENSEIGNANTS. *Pouce! La prévention en milieu scolaire de la violence faite aux femmes*. Ottawa, 1990.

KING, A.J.C. et B. Coles. *Nos jeunes, leur santé : Opinions et comportements des 11, 13 et 15 ans au Canada et dans 10 autres pays*. Ottawa, Santé Canada, 1992.

HOLMES, J. et E. Silverman. *J'ai des choses à dire... Écoutez-moi : Sondage auprès des adolescentes du Canada*. Ottawa, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1992.

SCHABAS, R. *Occasions d'améliorer sa santé. Un rapport sur la santé des jeunes*. Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1992.