

## ÉDITORIAL

## Limiter la taille des boissons pour réduire la consommation de sucre

Matthew B. Stanbrook MD PhD

Pour la version anglaise de l'éditorial, veuillez consulter la page 9.

Les Canadiens à la recherche d'interventions progressistes et réussies en santé publique concernant l'alimentation doivent se tourner vers nos voisins du Sud. Le Conseil de santé de la ville de New York a en effet approuvé à l'unanimité l'imposition, à compter de mars 2013, d'une limite de 16 onces (470 mL) sur la taille maximale des boissons sucrées vendues dans les restaurants et les lieux publics de la ville<sup>1</sup>. Il s'agit de la plus récente d'une série de mesures novatrices en santé publique lancées par New York sous la direction du maire Michael Bloomberg. Au nombre des initiatives réussies antérieures, citons les restrictions draconiennes concernant l'usage des gras trans dans les restaurants, l'obligation pour les chaînes de restaurants d'afficher les calories sur leurs menus, le lancement d'une collaboration nationale pour réduire la quantité de sodium dans les aliments et une initiative récente visant à éliminer les obstacles à l'allaitement maternel en limitant la distribution de préparations pour nourrissons dans les hôpitaux.

La plus récente mesure de la Ville de New York est une stratégie rationnelle pour lutter contre l'obésité de la population, étant donné que les boissons sucrées sont la principale source de calories alimentaires en Amérique du Nord<sup>2</sup>. Les arguments scientifiques pour réduire la consommation de sucre sont plus convaincants que jamais. De récentes études ont montré que la quantité de boissons sucrées consommées augmente considérablement le risque génétique d'obésité<sup>3</sup>. Ce lien de causalité persiste même une fois les résultats ajustés pour la consommation globale de calories. Cela suggère que les boissons sucrées contribuent directement et de façon disproportionnée au risque d'obésité par rapport aux autres composants alimentaires. En outre, de récents essais randomisés ont révélé que remplacer les boissons sucrées par des boissons sans sucre réduit le gain de poids chez les enfants et les adolescents<sup>4,5</sup>, ce qui porte à croire qu'il serait efficace de concentrer les efforts sur la réduction de la consommation de boissons sucrées.

Les interventions de santé publique visant à réglementer les facteurs de style de vie liés à la santé provoquent typiquement de la controverse et des débats. Ces débats sont souvent alimentés par l'industrie et réussissent à influencer l'opinion publique. En effet, après une campagne particulièrement agressive et bien financée de l'industrie, la plupart des New-Yorkais s'opposent actuellement à la nouvelle limite imposée sur la taille des boissons sucrées<sup>1</sup>. Les principaux arguments

contre de telles mesures sont qu'elles outrepassent le mandat de la ville, qu'elles sont paternalistes et qu'elles portent atteinte aux libertés individuelles.

Or, ces arguments ne tiennent pas compte du rôle approprié et nécessaire que le gouvernement joue dans la protection du public. Les services de santé publique prennent régulièrement des mesures beaucoup plus intrusives pour lutter contre les maladies transmissibles, mesures qui sont largement perçues comme étant des infractions raisonnables à la liberté individuelle lorsque l'on tient compte de la menace que ces maladies posent pour la population. L'obésité et d'autres maladies liées à l'alimentation représentent un fardeau pour la santé de la population d'une ampleur comparable à celle des infections épidémiques, mais leur moindre urgence immédiate peut faire en sorte que cela semble moins évident.

De tels arguments reposent aussi sur de fausses hypothèses, soit que les gens font actuellement des choix entièrement libres et éclairés au sujet de leur alimentation et que la réglementation gouvernementale porterait atteinte à cette liberté. Pourtant, le contenu, la disponibilité, la quantité et l'abordabilité des aliments offerts dans les restaurants et les épiceries sont souvent déterminés pour nous (habituellement sans notre consentement explicite ou sans que l'on sache à quel point ces aliments peuvent être néfastes pour la santé) par les industries de la restauration, de l'alimentation et des boissons, qui privilégient souvent les profits aux dépens des préoccupations relatives à la santé. Or, seuls les gouvernements ont suffisamment d'influence pour équilibrer cette relation.

Le nouveau règlement de la ville de New York sur les boissons sucrées illustre bien comment les gouvernements peuvent intervenir, non pas en limitant les libertés individuelles, mais plutôt en normalisant la définition de ce qu'une portion est censée être. Ce n'est ni normal ni bon pour la santé, à long terme, de consommer en une seule séance, les 25 cuillères à café de sucre contenues dans un litre de boisson gazeuse — la plus petite portion que l'on peut actuellement acheter dans certains établissements. En fait, servir de telles portions excessives à des consommateurs déjà conditionnés depuis l'enfance à manger tout ce qu'on met devant eux empiète nettement davantage sur la liberté de choix qu'un règlement limitant la taille des portions. Les New-Yorkais demeureront libres d'acheter plus d'une boisson de 16 onces à la fois s'ils le souhaitent, mais comme ils ne seront plus incités par défaut à consommer une telle portion, beaucoup se rendront compte qu'une seule boisson de 16 onces leur suffit.

Rendre les gens conscients des normes alimentaires tout en les armant des renseignements explicites sur les aliments qu'on leur sert peut les aider à faire des choix sains et à réduire l'obésité.

Le leadership dont fait preuve la ville de New York en matière de santé publique en intervenant au niveau de la nutrition fait honte au Canada pour son inaction. Notre gouvernement fédéral a maintes fois refusé de promulguer des règlements sur la plupart des questions auxquelles New York s'est attaquée, démantelant des groupes d'experts et ignorant les conseils des scientifiques<sup>6</sup>. Face à un manque de soutien du gouvernement fédéral, le public canadien doit se tourner vers des paliers inférieurs de gouvernement pour engendrer des actions. La voie que trace New York devrait nous inspirer tous, car elle nous montre que de telles initiatives peuvent être entreprises avec succès.

## Références

1. Grynbaum MM. Health panel approves restriction on sale of large sugary drinks. *The New York Times*, le 13 septembre 2012. Affiché ici : [www.nytimes.com/2012/09/14/nyregion/health-board-approves-bloombergs-soda-ban.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2012/09/14/nyregion/health-board-approves-bloombergs-soda-ban.html?_r=0) (consulté le 1<sup>er</sup> novembre 2012).
2. Block G. Foods contributing to energy intake in the US: data from NHANES III and NHANES 1999–2000. *J Food Composition Anal* 2004; 17:439–47.
3. Qi Q, Chu AY, Kang JH, et al. Sugar-sweetened beverages and genetic risk of obesity. *N Engl J Med* 2012;367:1387–96.
4. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, et al. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N Engl J Med* 2012;367:1397–406.
5. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med* 2012;367:1407–16.
6. Vogel L. Public health and nutrition advocates fear regulatory inaction has become the norm. *CMAJ* 2010;182:E465–6.

**Intérêts concurrents** : voir [www.cmaj.ca/site/misc/cmaj\\_staff.xhtml](http://www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.xhtml)

**Affiliation** : Matthew Stanbrook est rédacteur adjoint, Pratique, au *JAMC*.

**Correspondance à** : Éditeur du *JAMC*, [pubs@cmaj.ca](mailto:pubs@cmaj.ca)

## RÉSUMÉS DE RECHERCHE

# Surveillance de la TA à domicile et soutien infirmier téléphonique chez des patients hypertendus ayant des antécédents d'AVC : essai randomisé et contrôlé dans la communauté

Sally M. Kerry MSc, Hugh S. Markus MD, Teck K. Khong MD, Geoffrey C. Cloud MBBS, Jenny Tulloch BSc, Denise Coster MSc, Judith Ibison MSc, Pippa Oakeshott MD

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter la page 23.

Voir le commentaire connexe en anglais de Dawes à la page 11 et à [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.121819](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.121819)

**Contexte** : La maîtrise adéquate de la tension artérielle (TA) réduit le risque de récurrence de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Nous avons réalisé une étude randomisée et contrôlée pour déterminer si la vérification de la TA à domicile avec soutien infirmier téléphonique allait permettre de réduire la tension artérielle chez les patients hypertendus ayant déjà fait un AVC.

**Méthodes** : Nous avons recruté 381 participants (âge moyen 72 ans) inscrits dans des cliniques d'AVC pour patients hospitalisés ou ambulatoires entre le 1<sup>er</sup> mars 2007 et le 31 août 2009. Près de la moitié (45 %, 170) des participants présentaient une certaine incapacité consécutive à leur AVC. Les participants ont reçu une visite à domicile pour une évaluation de départ et ont été assignés aléatoirement soit à la vérification de leur TA à domicile ( $n = 187$ ), soit aux soins standard ( $n = 194$ ). On a remis un moniteur aux participants du groupe sous intervention; on leur a donné une brève formation et on leur a fourni un soutien téléphonique. Les participants dont les lectures de TA à domicile demeuraient au-dessus de l'objectif fixé (objectif < 130/80 mm Hg) étaient invités à consulter leur médecin de famille. Le principal paramètre était la baisse de

la TA systolique après 12 mois, mesurée par un chercheur indépendant qui ignorait à quel groupe les patients avaient été assignés.

**Résultats** : Même si un plus grand nombre de patients du groupe sous intervention que du groupe témoin ont modifié leur traitement anti-hypertenseur durant la période de l'étude (60,1 % [98/163] c. 47,6 % [78/164],  $p = 0,02$ ), la baisse de la TA systolique par rapport aux valeurs de départ n'a pas différé significativement entre les groupes (différence moyenne ajustée 0,3 mm Hg, intervalle de confiance de 95 %  $-3,6$  à  $4,2$  mm Hg). L'analyse de sous-groupe a montré une interaction significative avec l'incapacité causée par l'AVC ( $p = 0,03$  à 6 mois) et la TA au départ ( $p = 0,03$  à 12 mois).

**Interprétation** : Dans l'ensemble, la surveillance à domicile n'a pas amélioré la maîtrise de la TA chez les patients hypertendus qui avaient des antécédents d'AVC. Elle a été associée à une baisse de la TA systolique chez les patients dont la TA n'était pas maîtrisée au départ et chez ceux dont l'AVC n'avait pas été invalidant. Numéro d'enregistrement de l'essai : ClinicalTrials.gov registration NCT00514800.

**Intérêts concurrents** : Hugh Markus et Geoffrey Cloud ont reçu des redevances à titre de co auteurs de *Stroke Medicine*, publié par Oxford University Press. Geoffrey Cloud a reçu des honoraires de consultation de Boehringer Ingelheim et de Bristol-Myers Squibb en lien avec la prévention secondaire de l'accident vasculaire cérébral et des bourses de Boehringer Ingelheim pour voyage d'études. Aucun autre intérêt concurrent déclaré.

Cet article a été revu par les pairs.

**Correspondance à** : Sally Kerry, [s.m.kerry@qmul.ac.uk](mailto:s.m.kerry@qmul.ac.uk)