

# Regards croisés sur l'obésité



**Agissons ensemble  
contre la discrimination**

**Colloque  
pluridisciplinaire**

**23 juin 2013  
à Wattrelos**



Direction : Anne DUQUESNOIS  
et Éric PELISSON  
Animation : Anne-Sophie JOLY

SOUS LE HAUT PATRONAGE



# OUVERTURE DU COLLOQUE

## ***Discours d'introduction de Dominique BAERT***

*Député-Maire de la Ville de Wattrelos,*

*Vice-Président de Lille Métropole Communauté Urbaine*

Monsieur le Directeur Général de l'ARS, je vous suis particulièrement reconnaissant d'être à nos côtés ce matin.

Mesdames et Messieurs, en vos fonctions et responsabilités,

Il me revient, en tant que Député-Maire de Wattrelos, de vous dire quelques mots d'accueil et vous souhaiter la bienvenue à Wattrelos. Wattrelos, que vous connaissez peut-être, Wattrelos que vous allez apprendre à connaître sinon, est une ville frontière. J'ai l'habitude de le dire : c'est la première ville de France... quand on vient de la Belgique, c'est incontestable !

Ville d'industrie, ville ouvrière, de convivialité, ville où la prise en compte de tous les aspects de la vie joue une place importante dans la vie quotidienne mais aussi dans le maillage de solidarité avec des associations qui sont dans tous nos quartiers, présentes dans tous les domaines : culture, solidarité, sports, loisirs. Une préoccupation que l'on retrouve dans la communication entre les associations et les élus.

Alors, trois remarques en introduction de ce colloque, en ce qui me concerne :

- La première : c'est grâce à l'importance que nous donnons à l'aspect humain de notre politique que la santé nous intéresse !

Elles ne sont pas si nombreuses que cela, vous savez, les villes qui s'y intéressent. Par nature en effet, en vertu de la loi, la santé ne fait pas à proprement parler partie des compétences communales. Vous allez me dire : pourquoi a-t-on choisi, ici, de s'y intéresser ? Parce qu'en 2000, alors que j'étais tout jeune maire de cette commune, j'ai voulu inscrire la ville dans un grand projet de territoire.

Dans ce grand projet de territoire, j'ai souhaité, avec l'équipe qui m'entourait à l'époque, embrasser tous les aspects de la vie. J'ai commandé une étude sur la santé de mes concitoyens, et le résultat de cette étude, je l'ai prise en pleine figure. Non pas comme mettant en cause ma responsabilité personnelle - je commençais à peine ; ce n'était pas non plus la responsabilité d'hier mais une responsabilité pour l'avenir.

Pourquoi ? Le taux de mortalité dans la commune était supérieur à celui de l'agglomération, lui-même supérieur à celui du Nord, lui-même supérieur au taux de mortalité national. En termes clairs, nous avions ici, d'évidence, un certain nombre de raisons de mourir plus jeune que dans d'autres endroits de l'agglomération, du Nord et de la France. Ce n'est pas acceptable lorsque vous accédez aux responsabilités municipales ; pour moi, ce fut une blessure !

Pourquoi ces taux ? Nous nous sommes posé, et continuons à nous poser la question depuis dix ans. Peut-être, comme le pointait le cabinet à l'époque, existe-t-il une forme de fatalisme du monde ouvrier ? À tort, mais cela fait aussi partie des pratiques qu'il faut savoir dénoncer. Selon les professionnels, d'évidence, une mauvaise hygiène de vie, à la fois en matière sportive mais aussi en matière de pratiques alimentaires, était en cause.

Vous connaissez peut-être la chanson de Simon Collier, chanson bien populaire ici, qui dit que le lundi, c'est des frites ; le mardi, c'est des frites ; le mercredi, c'est des frites ; le jeudi aussi ; le vendredi... pourquoi faire autre chose que des frites ; le samedi, c'est des frites et le dimanche, jour de fête, ça ne peut être que des frites. Au-delà de cet état sanitaire que nous connaissons tous, il y a aussi une pratique bien connue, qui n'est pas vraiment un comportement alimentaire sain. Nous en avons pris conscience !

La première raison, donc, de ce colloque, ici, c'est parce que nous sommes soucieux de l'aspect humain de la politique que la santé nous intéresse !

- Deuxième remarque : Où décèle-t-on, où peut-on mieux traiter les mauvaises habitudes alimentaires, les conduites déviantes de la norme, qu'à l'école ? C'est dans ce sens, alors que nous avons conscience que l'obésité est un enjeu de santé publique, que nous nous sommes posés un certain nombre de questions, à commencer par la première de toutes : Quand devient-on obèse, quand est-on obèse ?

Cette question appelle une réponse assez simple : quand on devient « anormal ». Mais quand a-t-on conscience que l'on est « anormal » ?

Parfois, la prise de conscience peut être cruelle. Il y a, reconnaissons-le, beaucoup de déni. Cela commence déjà dans Astérix où vous voyez un Obélix qui prétend être « enveloppé » mais pas gros ! Sauf que, lorsque l'on prend conscience que l'on est un peu enveloppé, eh bien, c'est évident, c'est que l'on est obèse ! C'est douloureux pour moi et pour ceux qui ont pris conscience qu'un jour ils étaient « anormaux ».

Il me faut vous raconter une petite histoire qui, peut-être, est de manière subliminale à l'origine de ce colloque.

C'est que, me livrant auprès du corps médical aux examens usuels que l'on appelle bilan de santé au moment de mon élection (pour savoir si j'allais tenir jusqu'à la fin du mandat : mon 1<sup>er</sup> adjoint était très soucieux... !), le cardiologue réputé qui sera tout à l'heure dans la salle me dit : « Vous êtes quand même un peu hors normes ». Je lui dis : « Un petit peu... ». Il me répond : « Non, vous êtes obèse » ! Eh bien, ça fait mal. Du coup, je me regarde dans la glace : obèse, le mot est tombé.

Vous êtes hors normes, mais au-delà de la norme tolérée, cette prise de conscience implique que l'on puisse se dire aussi : l'anormalité est plus répandue qu'on ne le pense ! Que je sois seul ne valait pas la peine d'organiser un colloque pour m'interpeller moi-même ; mais dans notre société, à commencer par notre ville, dans nos quartiers, des tenues anormales peuvent exister. C'est le troisième point que je vais évoquer.

- L'obésité n'est pas simplement un problème de santé, un enjeu de santé ; c'est aussi un problème de société. Je crains, et je pense que les chiffres qui seront énoncés tout à l'heure le confirmeront, que l'obésité soit un marqueur d'inégalité sociale, ne serait-ce que parce que les personnes les plus défavorisées sont souvent les plus touchées.

Je lisais il y a peu qu'en France, un adulte sur deux est en surcharge pondérale, un sur six est obèse, et que ce chiffre est même de un sur cinq pour les enfants.

Dans les cours de récréation, parfois, effectivement, cela vous interpelle, tant l'on sait que cela conditionnera la croissance de l'adolescent et de l'adulte de demain.

Dans une ville ouvrière comme Wattrelos, cela prend donc tout son sens de débattre de ces questions car malheureusement plusieurs constats s'imposent. J'en ai noté quatre qui seront, me semble-t-il, au cœur de vos débats.

- Le premier, c'est que la progression rapide de l'obésité affecte le système de protection sociale.
- Le second, c'est que la surcharge pondérale est impliquée dans des maladies chroniques, vous les évoquerez je pense : cardiovasculaires, hypertension, diabète, ce qui va impacter la mortalité que j'ai évoquée tout à l'heure.
- Le troisième est que tout cela impacte les milieux les plus modestes. Il serait profondément injuste, alors que l'heure de départ en retraite tendrait plutôt à reculer, que de nouvelles pathologies chroniques viennent contrecarrer ce que le législateur a pu faire pour être équitable et notamment en s'efforçant de prendre en considération les notions de pénibilité.
- Enfin, le quatrième constat est que si l'obésité est « a-normale » en deux mots, elle est donc hors normes, et elle est porteuse ainsi d'un certain nombre de discriminations sociales du quotidien. Or, dans une ville qui a fait de l'égalité réelle des chances sa ligne politique au sens noble du terme, à la fois en ce qui concerne l'éducation, la culture, les loisirs, le sport, l'aide sociale, qui veut que, tout ce qui nous guide dans les différents pans de la vie municipale converge vers l'égalité réelle des chances, c'est notre credo et c'est notre ligne (depuis maintenant 13, 14 ans et dans le prolongement de ce que faisait mon prédécesseur) et cela justifie pleinement que ce colloque se tienne ici !

Voilà, mesdames et messieurs, ce que je voulais vous dire très rapidement en introduction de ce colloque. En remerciant ceux qui en ont eu l'idée.

Un mot tout particulier pour Eric PELISSON, mon ancien Directeur Général des Services : il m'a quitté il y a à peine quelques semaines pour devenir Directeur de la formation à l'École Nationale d'Administration - c'est vous dire que le service public à la wattrelosienne a aussi des caractéristiques qui sont positives ! Je ne cesse de m'en féliciter. Non qu'il soit parti mais qu'il soit parti pour l'ENA ! Merci aussi à Anne DUQUESNOIS, mon Adjointe à la Santé et aux Questions Hospitalières, qui, avec son équipe, a assuré la mise en place de ce colloque.

Je voudrais aussi remercier tous ceux qui l'ont rendu possible, avec une mention particulière à celle qui va me détester dès que j'aurai cité son nom, mais que je ne puis pas ne pas citer aujourd'hui tant elle a assumé la mise en ordre et le suivi de cette manifestation. J'ai nommé : Sylvie DELGRANGE.

Je vous remercie toutes et tous d'être là ; bon travail ! Monsieur le Directeur Général de l'ARS, je vous passe la parole pour le mot introductif de l'Etat.

## **Daniel LENOIR**

*Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais*

Monsieur le Député Maire, cher Dominique BAERT, Madame le Docteur DUQUESNOIS, je suis toujours content de vous retrouver. Je veux aussi saluer Anne Sophie JOLY, présidente du CNAO, et puis le professeur ROMON, ma voisine à la tribune.

Mesdames, messieurs, chers amis, il n'est pas habituel que je procède à une introduction un lundi matin, parce que le lundi matin, c'est jour de COMEX à l'Agence Régionale de Santé. À part les visites ministérielles, il y a peu de choses qui troublent cet ordonnancement rituel car il faut bien organiser l'agence.

Si je le fais aujourd'hui, c'est pour au moins trois raisons.

La première, c'est l'estime - on peut même dire l'amitié - que je porte à Dominique BAERT, pour ses convictions, qu'il vient une fois de plus d'exprimer.

La deuxième, c'est évidemment que je ne loupe pas une occasion de venir dans cette belle ville de Wattrelos qui est la première de France mais qui est aussi, comme le dit la plaquette, restée un village malgré sa taille. Je crois que c'est surtout le sujet qui est au cœur de notre Projet Régional de Santé.

Je ne vais pas être très long. Nous avons rédigé un Projet Régional de Santé, il y a un an et demi ; il a été arrêté. Il reposait sur un diagnostic qui a été confirmé par l'INSEE et qui précise que, contrairement à une idée reçue, on ne peut pas dire qu'on ne dépense pas assez pour la santé dans la région. On pourrait même dire qu'on dépense trop, ou plus exactement qu'on dépense trop pour les soins.

Dominique BAERT évoquait l'impact sur la Sécurité sociale. Justement, on dépense beaucoup pour les soins. En revanche, ce qu'on a démontré avec l'INSEE, c'est que cette dépense n'était pas injustifiée, contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions.

Vous savez que dans d'autres régions, on dépense trop parce qu'il y a trop de médecins, il y a encore des endroits où c'est le cas, il y a trop d'infirmières, trop d'hôpitaux, etc. L'offre crée sa propre demande. Ce n'est pas le cas dans le Nord - Pas-de-Calais : on dépense trop pour deux raisons.

Cela a été démontré scientifiquement. La première, c'est qu'on dépense plus parce qu'on est plus malade qu'ailleurs. C'est vrai sur tous les sujets : nous avons les plus mauvais indicateurs pour à peu près toutes les pathologies. La deuxième : on dépense plus parce qu'il y a plus de précarité.

Quand on a rédigé le Projet Régional de Santé, on a essayé de modéliser les raisons de cette situation et on a travaillé avec un bureau d'étude qui nous a aidés à identifier quatre facteurs de cette situation. Le premier : c'est la mauvaise connaissance en matière de santé de la population. Mauvaise connaissance des risques, des facteurs de risques, des pathologies. C'est vrai pour parler du surpoids et de l'obésité. Parce qu'il ne faut pas parler que de l'obésité, il faut aussi parler du surpoids, c'est un sujet mal connu, notamment dans cette région.

Le deuxième facteur : ce sont des mauvais déterminants de santé, historiquement, surtout dans les villes industrielles comme ici ou à la santé au travail, à la santé environnementale. On parle là des comportements, des cultures ; ce sont aussi des déterminants de santé.

Dominique BAERT, qui est de la région comme moi, l'a dit mieux que je ne l'aurais dit en rappelant la ritournelle. Moi, ce n'était pas comme ça. C'était lundi : des patates ; mardi : des patates... enfin, c'était à peu près la même idée.

On sait bien que cela est ancré dans la culture. La troisième, et c'est un facteur qui joue énormément en fait, c'est un recours beaucoup trop tardif aux soins. Donc quand les gens vont se faire soigner. On ne peut pas dire qu'il est déjà trop tard mais il est déjà bien tard. Et plus on se fait soigner tard, moins on peut revenir sur une situation antérieure. Accessoirement, cela coûte plus cher aussi.

Et puis le dernier facteur : on dit souvent qu'on a le meilleur système de santé du monde. Je ne sais pas si c'est vrai ; il y a en tout cas une caractéristique qui est vraie et qui n'est pas positive, c'est que notre système de santé n'est pas bien organisé pour la prise en charge des pathologies, notamment des pathologies chroniques. Et l'obésité est aussi une pathologie chronique. Il n'est pas bien organisé parce que, entre le parcours qui, théoriquement, aurait dû être mis en place depuis la loi de 2004, qui passe par le médecin traitant, qui va ensuite passer par l'hôpital, qui va passer par des équipements médico-sociaux, tout le monde se regarde un peu en chien de faïence et les coordinations n'ont pas lieu.

En ce qui concerne les sujets qui nous intéressent aujourd'hui, il y a notamment un maillon faible qui est l'éducation thérapeutique du patient. Tout cela pour vous dire que nous avons vérifié que ce que nous avons diagnostiqué sur l'obésité fonctionnait pour les autres pathologies, et c'est sur cette base là que l'on a défini les quatre priorités du Projet Régional de Santé, que je vais rappeler en illustrant à propos du sujet qui est le nôtre aujourd'hui. Finalement, c'est un peu un retour aux sources.

Nous avons d'abord besoin - Dominique BAERT évoquait l'Education nationale - d'un vrai programme d'éducation pour la santé. Pour ces domaines, c'est particulièrement important parce que les sujets sont mal connus, mal perçus, mal équilibrés. L'éducation à la santé, cela concerne évidemment l'Education nationale. Je vais signer dans quelques jours, avec le recteur d'académie, le programme régional d'éducation pour la santé. Nous sommes la seule région à avoir fait cela, et cela concerne aussi les villes. Je pense que nous aurons l'occasion d'en parler pendant le colloque. On le voit bien à travers la démarche du programme VIF dont Monique ROMON a été l'une des indicatrices ; cela concerne également la presse, les associations, notamment à travers leurs missions d'éducation populaire. Tout cela est un point important et vous êtes là pour en parler.

Le deuxième axe, c'est la prévention. Je commence par l'éducation à la santé parce que, bien sûr, on peut faire de la prévention sans faire de l'éducation à la santé, mais cela marche mieux quand il y a éducation à la santé, les messages sont mieux compris.

Cinq fruits, cinq légumes, tout le monde a cela en tête. Si l'on considère que les pommes de terre sont un légume, ce qui arrive souvent, on peut avoir cinq féculents à la place des cinq légumes car les pommes de terre peuvent avoir différentes formes, et si on y associe les pâtes, cela fait beaucoup de féculents. Il faut aussi faire ce travail de prévention, de promotion de la santé.

J'ai parlé de la presse, vous avez dans vos malles un quatre pages dont nous sommes les auteurs, qui dit les choses clairement : un Nordiste sur deux est en surpoids ou obèse. Nous ne sommes pas seuls, Monsieur le Député-Maire ! Avec toute une série d'éléments pour traiter la situation mais il ne faut pas oublier qu'en matière de surpoids et d'obésité, il s'agit d'un bilan, notamment d'un bilan calorique. Or, ce n'est sûrement pas tout à fait un hasard mais vous avez sûrement vu la première page de La Voix du Nord aujourd'hui, relative à notre partenariat avec l'IRFO pour le développement de l'activité physique et sportive pour développer la forme.

Comme nous sommes en surpoids, notre forme physique est aussi moins bonne dans la région qu'ailleurs. Il faut agir sur différents facteurs, notamment l'éducation physique et sportive mais l'activité aussi dans les cours de récréation, comme le dit le maire de Roncq, interviewé dans la Voix du Nord. Il interviendra également cet après-midi dans un atelier.

Le troisième : j'ai soumis à la consultation y compris des communes - il y a des élus municipaux dans la salle - un programme régional pour l'alimentation et l'activité physique que nous avons rédigé conjointement avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, mais aussi avec la Direction Régionale de l'Agriculture, de l'alimentation et de la Forêt.

Les forêts, c'est très important pour faire du footing, mais l'alimentation, c'est très important pour avoir une bonne alimentation. Je ne sais pas s'il y a des journalistes dans la salle mais tant pis : cela n'a pas été facile de faire travailler la Direction de l'Alimentation car on sent quand même quelques résistances, pas du côté de l'Agriculture mais du côté de l'Agroalimentaire, notamment dans cette région. Il y a quelques industriels qui font des efforts importants, mais il y en a d'autres qui sont un peu en retrait et qui n'aiment pas du tout que l'on dise du mal de leur publicité.

D'ailleurs, sur ce sujet, je vais essayer de développer - je pense que cela concerne aussi le programme VIF - une charte de déontologie des relations avec l'industrie agroalimentaire, comme nous l'avons fait avec l'industrie pharmaceutique, parce que l'alimentation, comme les médicaments, c'est utile. Mais comme beaucoup de choses utiles, ça peut aussi avoir des effets négatifs. Ceux qui font la promotion des produits qu'ils vendent doivent aussi intégrer les effets négatifs de ce qu'ils font.

Le troisième axe du Projet Régional de Santé, c'est justement cette question du recours trop tardif aux soins. Monsieur le député-maire, vous avez de la chance : je ne crois pas que vous soyez vraiment obèse... mais je ne suis pas médecin ! En tout cas, vous êtes sûrement comme moi, en surpoids, et on vous a détecté suffisamment tôt.

Le problème, c'est que pour la plupart de nos concitoyens, la détection est beaucoup trop tardive. Or c'est facile de détecter le surpoids. Il y a un indicateur assez simple permettant d'orienter vers une prise en charge ; c'est le dernier point.

La prise en charge de la prévention, mais aussi de la maladie. L'obésité n'est pas seulement un facteur de risque, c'est aussi une maladie : elle doit être traitée comme telle et c'est pour cela que nous sommes en train de travailler, à l'agence, à un programme régional de prise en charge de l'obésité qui définit justement le bon parcours de soin dans ce domaine.

J'ajoute un point : il faut éviter - je vois que c'est le cas de votre colloque - de porter un regard discriminant sur les personnes qui sont atteintes d'obésité. C'est important de le dire : ce n'est pas en culpabilisant les personnes qu'on les aidera. Ce n'est pas comme cela qu'on soigne. Il y a une dimension d'estime de soi qui est nécessaire pour reprendre parfois goût à la vie.

On ne peut pas toujours soigner l'obésité dans l'optique de s'en débarrasser ; dans ce cas-là, il faut pouvoir vivre avec. Vivre avec, cela suppose aussi un accompagnement autour du thème de l'estime de soi.

J'ai bien aimé le titre de votre colloque. C'est peut-être une quatrième raison expliquant ma présence : « Regards croisés », je trouve que c'est une très belle expression. Je vais vous faire une confidence (ce n'est pas vraiment une confidence, mais un sujet mal connu) : quand j'ai lancé la grande action « Les antibiotiques, c'est pas automatique » à la CNAM, cette action avait été précédée d'une étude remarquable qui s'appelait « Regards croisés », parce que l'on essayait de comprendre. C'est pour cela que ce slogan était bien choisi, bien mieux que celui qui tourne aujourd'hui : « Les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts ». C'est faux parce que ce ne sont pas les antibiotiques qui sont moins forts, ce sont les bactéries qui sont plus fortes ! C'est scientifiquement faux.

Ce slogan a été choisi à partir d'une étude extraordinaire, faite par une de mes collaboratrices, qui s'appelait « Regards croisés ». C'est-à-dire que chacun regardait ce que pensait l'autre : le médecin ce que pensait le patient, ce qu'il attendait... Il était persuadé que délivrer des antibiotiques répondait à sa demande. Et le patient se demandait de ce que pensait le médecin qui, lui-même, disait que quand il y a maladie, il y a forcément prescription.

Vous vous souvenez certainement de cette campagne parce qu'elle a marqué. Je crois que c'est la bonne méthode pour arriver à prendre en charge - j'allais dire soigner mais le terme est impropre - l'obésité mais pas seulement : la santé en général.

Il faut accepter - c'est la raison pour laquelle je suis vraiment content d'ouvrir ce colloque - que personne ne détienne la totalité de la vérité. La santé est un phénomène complexe et personne, les soignants bien sûr, les usagers qui revendiquent leur place et ils ont raison, les responsables administratifs, les élus, les directeurs généraux de l'Agence Régionale de Santé, personne n'a à lui seul la vérité.

C'est à la fois une invitation à l'ambition et à la modestie.

Je vous invite à faire preuve, au cours de cette journée, de cette ambition et de cette modestie. Merci.

## **Anne Sophie JOLY**

*Présidente du Collectif Nationale des Associations d'Obèses*

*Modérateur du colloque.*

Mesdames et Messieurs, bonjour. J'ai envie de dire « chers amis » parce que nous travaillons ensemble, nous sommes des humains avec les mêmes problématiques de poids (ou pas). Celles et ceux qui n'ont pas de problème de poids ont peut-être d'autres problèmes qui peuvent être aussi lourds que celui du poids et du regard qu'on peut avoir ou qu'on reçoit quand on a un problème de poids, de représentation corporelle généreuse.

Je veux remercier les organisateurs de ce colloque et vous présenter le CNAO. C'est quoi ? C'est qui ?

C'est un Collectif National d'Associations d'Obèses qui regroupe 37 associations de France et DOM-TOM.

Nous existons depuis 10 ans, nous militons depuis 12 ans pour le grand public, de façon complètement bénévole et j'ai envie de dire frappingue (travailler gratuitement est altruiste). Mais cela, c'est le côté associatif : si vous n'êtes pas frappingue, cela n'avance pas.

Donc, merci aux organisateurs, merci de traiter le sujet de l'obésité, problème mondial, **qui est un vrai sujet**. Comme le disaient Messieurs BAERT et LENOIR, le surpoids et l'obésité touchent la moitié de la population française. Demain, cela sera combien ? Et vos enfants et vos petits-enfants ?

Les personnes qui ne sont pas atteintes aujourd'hui le seront peut-être demain. Qu'est-ce que la société va mettre en place pour eux ? Comment vont-ils être pris en charge ? Médicalement ? Psychologiquement ? Aux urgences, les ambulances bariatriques sont-elles équipées ? Le matériel est-il adapté ? Les brancards sont-ils adaptés ? Une table de bloc est-elle assez solide et ne va-t-elle pas casser avec un patient dessus ? La volonté politique existe-t-elle ? Et jusqu'où ? Pour combien de temps ? Les soignants auront-ils la force de se battre longtemps avec si peu de moyen ? Et les associations, qui complètent les manques, auront-elles un jour une reconnaissance et les moyens financiers de leurs investissements et travail ? Alors que leurs actes sont d'utilité publique...

Toutes ces questions-là, nous les avons posées, nous les posons encore et nous travaillons avec une équipe pour militer, pour faire en sorte qu'effectivement, vous soyez pris en charge comme un patient lambda, car vous l'êtes.

Ce n'est pas parce que vous faites plus de 250 kg, que vous habitez au 7e étage d'un immeuble, que vous subissez un AVC, un arrêt cardiaque, que vous allez mourir chez vous, parce que le matériel n'est pas adapté en toute sécurité et toute dignité pour vous transporter dans un service de soins adaptés.

C'est cela, le travail en partenariat avec les associations, toutes ces questions et plus. Protéger, éduquer et prévenir, vous et vos enfants.

Nous avons fait un colloque à la SOFFCO, qui est une société savante et francophone de chirurgie bariatrique, où un chirurgien m'a dit : tu te rends compte, je suis allé en Israël et on m'a dit : « J'ai opéré un enfant de 2 ans et demi qui faisait 130 kg ».

Comment est-ce possible ? Que fait-on ?

Je ne veux pas dramatiser les choses, je veux juste dire qu'on a tous ici un pouvoir d'action, il est loin d'être négligeable. C'est la force d'action de chacun qui va faire que nous allons avancer, ce travail de groupe, cette fédération de forces, à la recherche d'une seule chose : protéger ceux que nous aimons.

Arrêtons de se protéger derrière des craintes infondées, des peurs de travailler en groupe, de croire que seul, nous savons plus que les autres.

Rassemblons-nous, luttons ensemble et vivons les progrès, les doutes, les joies et les espérances ensemble, enfin !

Le CNAO en deux mots, c'est quoi ? C'est un expert et partenaire auprès du centre d'analyses stratégiques de Matignon. Nous avons été nommés par le Président de la République, Monsieur SARKOZY, pour créer le plan obésité, qui existe depuis trois ans ; expert pour la DGOS, Direction Générale d'Organisation des Soins, expert pour la DGS, expert pour la HAS, expert pour la Haute Autorité de Santé, où nous avons coécrit, six recommandations de bonnes pratiques sur l'obésité, la prise en charge de la chirurgie, et la prise en charge médicale, que ce soit des enfants ou des adultes.

Expert pour différentes ARS, expert pour l'APHP, expert pour plusieurs sociétés savantes en médecine et chirurgie. Nous réalisons les journées européennes de l'obésité, qui se sont déroulées les 24 et 25 mai 2013 (nous en étions à la quatrième édition), nous sommes expert pour le CSA, le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, sur des thématiques, des missions et émissions de télé.

Une charte va être signée, à la fin du deuxième semestre, sur des obligations d'Etat, en sachant que les patrons de chaînes de télévision vont bien au-delà de ce que l'Etat leur demande. Il leur est imposé 450 heures dirigées sur l'éducation pédagogique : apprendre à cuisiner des choses simples, des produits de saison, c'est faire un peu d'activité physique, lutter contre la sédentarité, c'est ne jamais montrer quelqu'un en surpoids ou en obésité en train de manger à la télévision, c'est pousser au maximum à une meilleure communication et à la non-stigmatisation.

Ils ont une obligation de 450 heures ; ils en font plus de 750, sachant que la diffusion télévisuelle coûte excessivement cher.

Nous avons travaillé sur les dernières recommandations pour la lutte contre le surpoids, l'obésité et la remise à la bonne alimentation et activité physique, de la charte du CSA. Elle devrait être signée par six ministères, le comité olympique, le CSA et le CNAO. Vous en entendrez peut-être parler d'ici la fin de l'année.

C'est un bel exemple de travail d'équipe.

La société nous renvoie de façon assez agressive qu'on n'a pas le droit d'avoir des rondeurs, alors que les hommes les préfèrent plutôt sympathiquement sous la main et que les femmes se disent : « Tu as du gras, c'est pas bien... ». C'est négatif pour notre image et notre représentation intellectuelle qui passe, comme tout le monde le sait, par le maillot de bain !

Et vous vous mettez à vivre quand ? Et vous le faites pour qui ? Pour quoi ? Et puis finalement, pourquoi prend-on du poids ? Est-ce que la nourriture, à un moment donné, n'a pas été un antidépresseur ? Et nous, nous avons peut-être la capacité d'encaisser un peu plus de nourriture et de stocker...

D'autres vont être addicts au travail, addicts à l'alcool, à la cigarette. Quand vous travaillez avec les médecins, un addictologue vous dit : « Arrêtez de manger ! ». Comment faire ? Vous êtes obligé de manger pour vivre, vous ne devez pas vivre pour manger... On fait comment ? On travaille comment ? On mange comment ? On désstresse comment ? On bouge comment et quand ?

Et puis, quand vous allez à la boulangerie, les personnes vous regardent en se disant : « Elle n'a pas besoin de cela, pourquoi elle vient ici ? Elle est assez grosse comme ça ! ».

### **C'est tout cela, le colloque, c'est tout cela !**

Le travail que nous faisons, que vous faites, c'est tout cela ! La seule chose dont j'ai envie, c'est qu'à la fin de la journée, on se dise : moi, je peux vous aider de cette façon. Nous n'arriverons peut-être jamais à faire régresser l'obésité, mais si au moins l'espace d'un instant, nous pouvions en arrêter la progression... Nous sommes des êtres humains, vivons pour nous. Essayons de vivre notre propre vie, pour nous et ceux que nous aimons. Arrêtons de nous maltraiter et de nous faire du mal. »

Restons humbles tout simplement.

Merci et très belle journée que nous allons vivre ensemble.

Vivons pour qui nous sommes, essayons autant que possible d'être heureux. Dans notre vie, c'est déjà assez compliqué. Soulageons-nous de la lourdeur du regard des autres et avançons tous ensemble.

Je vous remercie.

# L'IMPLICATION DE WATTRELOS ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES DANS LA PREVENTION DE L'OBESITE

## **Docteur Anne DUQUESNOIS**

*Praticien Hospitalier - Chef de service et de Pôle de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Wattrelos  
Responsable de l'Espace de Soins de Proximité et accueil Santé dépendant de la PASS du Centre  
Hospitalier de Wattrelos*

*Adjointe au maire, chargée de la Santé et des questions hospitalières depuis 2008*

*Présidente du Conseil Communal de Santé*

*Membre du Conseil d'administration de VIF*

Monsieur le Député Maire,

Monsieur le Directeur Général de l'ARS,

Chers confrères, chers collègues, chers partenaires, chers amis, mesdames, messieurs,

J'ai le privilège d'être la première intervenante. Difficulté devant un auditoire très hétéroclite mais le but de ce colloque n'est-il pas de croiser les regards, les différents regards pour avancer ? Donc, comme il est de coutume à Wattrelos, nous aborderons ce colloque en 3 points :

- 1) De quoi parlons-nous ?
- 2) Pourquoi ce colloque à Wattrelos ?
- 3) Micro trottoir

### **1) De quoi parlons-nous ?**

Quelques chiffres selon des données de l'OMS en 2008, qui montrent que :

- Plus de 1,4 milliard d'adultes sont en surpoids
- Plus de 500 millions sont obèses
- La prévalence de l'obésité a presque doublé de 1980 à 2008 - pour ceux qui ne sont pas du milieu médical, je rappelle que la prévalence, c'est le rapport du nombre de cas d'un trouble morbide, à l'effectif total de la population, sans distinction entre nouveau et anciens cas
- Plus de 40 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surpoids
- Et surtout à l'échelle mondiale 65% de la population mondiale vit dans un pays où le surpoids et l'obésité sont plus meurtriers que l'insuffisance pondérale

Quelques chiffres encore selon l'Enquête OBEPI 2012 - L'enquête OBEPI est une enquête menée depuis plusieurs années (1997-2000-2003-2006-2009-2012)

En 2012, 20 000 foyers ont été étudiés, avec pour objectif l'évaluation de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France mais aussi l'évaluation des facteurs cardio-métaboliques en fonction de l'IMC et l'évaluation de la situation des plus de 65 ans, ainsi que le lien entre la perception individuelle de la situation financière et le statut pondéral.

Cette enquête OBEPI 2012 montre que :

- **32,3%** des français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids
- **15%** de la population adulte est obèse
- Le poids moyen de la population française a augmenté en moyenne de **3,6 kg** en 15 ans alors que la taille a augmenté de **0,7 cm**
- Le tour de taille de la population augmente passant de **85,2 cm** en 1997 à **90,5 cm** en 2012 soit + **5,3 cm** au total en **15 ans**

Nous allons un peu définir cette obésité, qui est un terme générique, désignant un excès de masse adipeuse dans l'organisme. Elle est évaluée, premièrement par l'IMC - l'Indice de Masse Corporel - qui est le poids sur la taille au carré, alors à vos caletttes ou utilisez le disque... et selon cet IMC, le surpoids et l'obésité sont classés. Nous parlerons d'obésité quand l'IMC sera supérieur à 30 et il est bien évident que la morbidité totale va augmenter avec l'augmentation de cet IMC.

Outre l'IMC, nous nous référerons également au tour de taille. En fait la graisse d'un homme de poids normal est de 12% du poids du corps, celle d'une femme de 25% du poids du corps, et on observe 2 types d'obésités : l'obésité androïde, volontiers masculine avec répartition des graisses en haut du corps et l'obésité gynoïde, plus volontiers féminine, avec une répartition des graisses en bas du corps.

Nous parlons d'obésité abdominale quand le tour de taille est supérieur à 90 cm chez la femme, évidemment en dehors des périodes de grossesse et à 102 chez l'homme.

Cette adiposité abdominale est associée à un risque accru de :

- Maladies cardio-métaboliques
- D'insulino résistance
- De certains cancers

Chez l'enfant, la situation est plus difficile à évaluer. Nous tiendrons compte de l'IMC mais il sera très important de se référer aux courbes de croissance du carnet de Santé.

Les facteurs favorisant la prise de poids :

- Apports énergétiques excessifs
- Sédentarité
- Arrêt ou réduction de l'activité physique et sportive
- Arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées (un patient qui fait environ 60 kg, qui fume 20 cigarettes, c'est comme s'il brûlait 200 calories, imaginez bien qu'à l'arrêt du tabac, il aura 200 calories en plus, il faut donc diminuer ses apports, ou augmenter ses dépenses)
- Consommation d'alcool
- Prise de certains médicaments (notamment les psychotropes ou les neuroleptiques)
- Facteurs génétiques et antécédents familiaux
- Antécédents d'obésité dans l'enfance
- Grossesse
- Ménopause
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles anxieux dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale
- Facteurs professionnels (stress, travail posté)
- Diminution du temps de sommeil (cette diminution favorise une augmentation de la prise alimentaire par diminution de l'action de la leptine qui est l'hormone de la satiété).

Si l'on voit tous ces facteurs, une bonne partie de la population pourra être concernée par une augmentation du poids.

Le tout est que cette augmentation de poids ne dépasse pas les « normes ». Sinon, il y aura un retentissement sur la santé :

- Diabète (60 à 90% des patients atteints d'un diabète non insu lino dépendant sont obèses, 20 à 30% des obèses ont une dyslipidémie (augmentation du taux normal des lipides sanguins)
- HTA (avec un excès de poids qui va multiplier par 2 l'hypertension chez les adultes de moins de 40 ans)
- Maladies cardio-vasculaires
- Maladies respiratoires
- Atteintes articulaires
- Certains cancers

Donc, l'obésité est une maladie Médico-Psycho-Sociale, multifactorielle :

- Evolution des modes de vie
- Evolution culturelle et économique
- Facteurs environnementaux
- Prédispositions biologiques

rendant ainsi des situations cliniques très hétérogènes.

Cette obésité, comme nous l'avons dit tout à l'heure, aura un retentissement sur la qualité de vie, à l'origine de :

- **De stigmatisation** (définition du Petit Larousse : action de stigmatiser : flétrir, blâmer avec dureté et publiquement)
- **De discrimination** (définition du Petit Larousse : action d'isoler et de traiter différemment certains individus ou un groupe entier par rapport aux autres)
- **Source d'inégalité sociale et de santé**

Les personnes atteintes de surpoids ou d'obésité sont stigmatisées mais les professionnels qui s'en occupent peuvent l'être également. Ainsi le Professeur François PATTOU qui s'occupe de l'Obésité à Lille, disait qu'il était un peu discriminé parce que ses collègues lui disaient : « toi, ne peux que t'occuper des gros » et ce n'est pas très classe. La discrimination existe partout.

## 2) Pourquoi ce colloque à Wattrelos ?

Un regard croisé entre 3 personnes :

- Un maire très sensibilisé aux problèmes de Santé
- Une élue, médecin, impliquée dans la lutte contre les facteurs de risques cardio-vasculaires
- Un Directeur Général des Services, impliqué dans la lutte contre les discriminations, ayant travaillé à la HALDE

Une ville impliquée sur les problématiques de Santé :

- Une adjointe à la Santé (toutes les municipalités n'ont pas cette délégation)
- Un Conseil Communal de Santé et un ASV
- Adhérente au programme VIF
- Ayant d'étroites relations de travail avec son Centre Hospitalier.

Je vous remercie de m'avoir écoutée.

Nous allons diffuser, maintenant, la vidéo d'un micro trottoir qui a été réalisé sur un petit panel de la population, auquel trois questions ont été posées.

### **3) Micro trottoir**

## ***L'obésité c'est quoi ?***

### ***Monsieur Christophe DE CLERCQ, Agent municipal :***

« Pour moi, c'est quelqu'un de bien en chair. Ce ne doit pas être évident à vivre au quotidien. Maintenant, on ne peut pas dire que tout soit dû à l'alimentation, sinon ce serait trop facile, même si à notre époque il y a beaucoup de gens qui mangent mal. Je pense qu'il faudrait faire un peu de sport, je ne dis pas tous les jours, mais un peu, cela ne ferait pas de tort. Mais beaucoup de personnes n'aiment pas faire du sport. »

### ***Madame PLUQUET, Déléguée médicale :***

« Pour moi, c'est une maladie héréditaire. »

### ***Docteur Bruno SIVERY, cardiologue au Centre hospitalier de Wattrelos :***

« Pour moi, l'obésité, c'est un surpoids très important avec des normes qui sont liées au calcul de l'IMC. Quand on a des IMC de 35/36 on est vraiment dans des surpoids très importants, qui vont nuire à la santé du patient. Pour moi, c'est ça l'obésité. »

***Madame WALLET :*** « C'est principalement une maladie avec une surcharge pondérale qui peut être due, soit à un diabète, soit une mauvaise assimilation des graisses ou à des problèmes de mauvaise nutrition des gens qui mangent trop, un peu n'importe quoi. Quand on parle d'obésité, ça me fait penser tout de suite aux Etats-Unis, avec leur grand verre de cola, leurs hamburgers monstrueux avec plein de fromage. »

***Madame Véronique VAN HAUTE :*** « C'est la difficulté du regard des autres, l'impression de ne pas être comme la majorité de la population. »

***Dominique VANESLANDE, Agent municipal :*** « Il n'y a pas d'âge pour l'obésité. Je pense que maintenant, on voit aussi bien de jeunes enfants qui sont obèses comme des adultes. Des enfants qu'on rencontre, qui sont bien en chair. Ces enfants rencontrent à l'école des difficultés au niveau sportif, le ricanement des gens. Est-ce que c'est dû à l'alimentation ou autre chose, je ne sais pas. Pour moi, les enfants obèses pèsent 60 kilos. »

***Monsieur Michel PETITSEIGNEUR, patient :*** « J'ai vu des personnes qui ne mangent pas beaucoup mais qui sont fortes, d'autres qui mangent beaucoup et qui sont minces. Je pense que d'une personne à l'autre, c'est différent. »

## **Quelles contraintes ?**

**Monsieur Christophe DE CLERCQ** : « Quand il fait très chaud, je ne suis déjà pas bien, je prends douche sur douche. Alors quelqu'un qui est vraiment costaud, rien que pour monter quelques marches, ça doit être affolant. »

**Mme WALLET** : « Un truc tout bête : c'est bientôt les vacances, il y a certaines personnes obèses qui ne peuvent pas prendre l'avion correctement, qui ne peuvent pas être transportées dans les ambulances classiques. Ils ont besoin d'un fauteuil roulant spécifique parce qu'il n'y a pas la taille standard, même s'ils doivent passer une IRM ou un scanner, ils ne peuvent pas forcément le faire non plus. Il y a la fatigue, le regard des autres, je pense que c'est quelque chose qui doit être marquant. La difficulté de s'habiller aussi : on ne trouve pas toujours des vêtements gracieux quand on a des problèmes d'obésité. Se baisser est difficile, pas de possibilité de faire son jardin, plein de choses de la vie courante, il y a un essoufflement. Même monter dans sa chambre, pour quelqu'un qui est obèse et qui a sa chambre à l'étage, c'est risqué également. »

**Docteur SIVERY** : « La difficulté, c'est le regard des autres. Chaque fois que nous essayons d'aider des patients obèses à avoir une activité physique en piscine, s'ils sont avec les autres, ils doivent affronter un regard qui les blesse et qui les tue, j'ose ce mot. Il faut les aider, leur donner des créneaux horaires pour qu'ils aient cette activité et ça, c'est bête. Dans cette population, dans notre vie où normalement tout est ouvert, tout est libre, tout est beau, eh bien, je trouve que le regard des autres n'est pas beau envers les personnes obèses. Il faut qu'on arrive à changer de regard parce qu'ils n'osent pas aller à la piscine, ils n'osent pas marcher, courir, puisque les autres les regardent. Eh bien oui, ils ne sont pas comme les autres, et alors ? Pourquoi sont-ils comme ça ? Le problème de l'obésité, très important, remonte à l'enfance ; comment changer ça ? Il faut un regard bienveillant des autres. Il faut que l'on obtienne cela. »

## **Que peut-on faire ?**

**Madame Véronique VAN HAUTE** : « Les vêtements sont très chers, les prix sont exorbitants. »

**Madame WALLET** : « Des formations à l'école sur le plan nutritionnel, une reconnaissance, un regard différent, un peu comme les enfants handicapés en fauteuil roulant. Ils sont acceptés dans les écoles beaucoup plus facilement parce qu'on a habitué les gamins petits. Je pense qu'il y a peut-être une explication à donner pour qu'il y ait une approche différente, un regard différent porté sur eux. »

**Monsieur Michel PETITSEIGNEUR** : « On voit à la télévision des personnes très fortes qui cherchent à maigrir et d'autres qui ne font rien. »

## INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET NUTRITION : LE ROLE DES COLLECTIVITES LOCALES

### ***Professeur Monique ROMON***

*Professeur de Nutrition à la Faculté de Médecine de Lille, Présidente de la Société Française de Nutrition, Coordinatrice du réseau OSEAN*

Merci de m'avoir invitée et surtout merci à la ville de Wattrelos, à Anne, à Monsieur le Député-Maire et à Monsieur PELISSON d'avoir organisé ce colloque parce que c'est effectivement un problème très important.

Je suis également Présidente de l'Association FLVS, qui coordonne les programmes Vivons en Forme, et c'est pour cela que je suis là.

L'obésité, c'est un peu un des combats de ma vie. On m'a demandé de vous parler du rôle des collectivités locales, rôle très important dans ce problème des inégalités sociales de santé. L'obésité et la nutrition sont un problème important puisque c'est actuellement le sujet d'une expertise à l'INSERM pour essayer de le combattre. On a beaucoup parlé de l'obésité chez l'enfant qui est un indicateur des inégalités sociales, vous l'avez vu dans la présentation d'Anne.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité qui touche toutes les populations, atteint de manière plus importante les classes sociales les plus défavorisées. De plus, cette population est caractérisée par une prévalence élevée d'obésité grave. Le Plan National Nutrition Santé a été lancé en 2000 et on constate une stabilisation de la prévalence de l'obésité infantile, dans l'ensemble de la population. Toutefois un certain nombre de faits posent question au regard des inégalités de santé :

- En 2007 comme en 2000, la prévalence de l'obésité chez les enfants de 7-9 ans est liée à la catégorie socioprofessionnelle des parents.
- En 2007 l'adhésion aux recommandations du PNNS est moins bonne chez les adultes de catégories socioprofessionnelles moins élevées.
- Si les messages nutritionnels sont connus de façon identique, ils sont perçus différemment selon les catégories socio-économiques. Les ouvriers sont 2,5 fois plus nombreux à les trouver culpabilisants et 5 fois plus à les considérer comme anxiogènes.

Le degré de sévérité de l'obésité est lié au temps passé dans une zone défavorisée. Les personnes qui sont restées très longtemps dans des zones défavorisées ont un risque de développer une obésité très sévère et cela nous n'en parlons pas assez.

Il y a plus d'obésité dans les quartiers défavorisés mais surtout il y a plus d'obésité sévère, supérieure à 35, supérieure à 40 et qui ajoute encore de l'exclusion à l'exclusion, ce sont des patients que l'on n'arrive pas à transporter, qui sont accueillis à l'hôpital avec un regard désolé mais souvent trop méprisant. Dans notre région du Nord, l'obésité n'est pas due aux frites ou à nos traditions, elle est liée à notre structure sociale, et Anne a bien démontré qu'à Wattrelos il y a beaucoup d'ouvriers.

Dans la région, il y a aussi beaucoup de chômage, facteur favorisant l'obésité.

Dans le Nord nous avons beaucoup plus d'obésité sévère que dans les autres régions de France et c'est vraiment un problème.

Une étude, française, a été menée dans les supermarchés et dans d'autres lieux et ce que l'on voit, c'est que lorsqu'on a un niveau d'études élevé, on peut faire ses courses dans un hard discount et il n'y a pas du tout de lien avec l'obésité.

Par contre, plus le niveau d'éducation est faible, plus le fait de faire les courses dans un hard discount est lié à l'obésité.

Les déterminants du comportement sont multiples, il y a une interaction entre le comportement des enfants et celui des parents, pour aboutir à ce que l'on connaît et qui va favoriser l'obésité et effectivement, ce comportement est influencé par les différents déterminants environnementaux, comme l'offre alimentaire mais aussi l'environnement bâti.

Un certain nombre de facteurs ont été identifiés pour expliquer ces différences de comportement.

1° Les **facteurs socio-économiques** contribuent directement aux différences dans l'alimentation. Les aliments à densité énergétique élevée ont un coût plus bas.

Cette explication repose sur des calculs objectifs et des simulations informatisées, comparant le coût des aliments riches en graisses et celui des fruits et légumes.

En fait les enquêtes réalisées directement auprès des principaux intéressés pour analyser les raisons des comportements montrent que la barrière économique est loin d'être la seule.

Dans une enquête téléphonique, réalisée auprès de 334 sujets recrutés à partir de centres sociaux ou de structures d'aide, 7% alléguaient le coût comme obstacle, alors que 20% d'entre eux évoquaient le goût. C'est ce qui explique l'échec relatif des actions, visant à diminuer le coût, si elles sont isolées. Ces facteurs strictement économiques sont en effet souvent associés à des changements dans les systèmes de valeurs et les pratiques, qui touchent aussi bien les perceptions de l'alimentation et des messages de santé que l'image du corps.

2° Les études portant sur les barrières et les facteurs de motivation aux changements de comportement dans ces populations ont montré que plusieurs facteurs s'opposaient à un comportement de santé.

✓ Facteurs liés aux individus :

- Un **déficit de connaissances** perçu comme obstacle, principalement chez les adolescents. Ce déficit porte sur les relations entre aliments et santé, mais également sur la capacité à décrypter les informations comme l'étiquetage des produits.
- Un **sentiment moindre d'auto efficacité et une faible estime de soi**. Les sujets ne se sentent pas capables de réaliser les modifications attendues pour aller vers le comportement de santé, qui de ce fait est rejeté (14;15;17;18). Cet obstacle trop souvent négligé peut-être un des éléments de la non réponse, voire du rejet de ces populations vis-à-vis des campagnes médiatiques qui prônent des comportements trop éloignés de leurs habitudes.

- **Une difficulté à se projeter vers l'avenir** et notamment en terme de santé en raison des difficultés immédiates de la vie. La relation avec la santé est plus vue à travers la maladie qui est perçue comme une fatalité sur laquelle le comportement individuel a peu de prise.

✓ Facteurs liés à l'environnement :

Le rôle de l'environnement de vie a été bien démontré par une étude récente montrant que le fait d'habiter dans des quartiers pauvres était un facteur de risque de développer une obésité sévère. De nombreux facteurs d'environnement se conjuguent :

- **Environnement local** : l'insécurité, le caractère dégradé des rues qui ne favorisent pas l'activité physique, l'offre alimentaire qui peut être différente.
- **L'exposition à la publicité** : ces populations sont davantage exposées et sensibles à des messages de publicité favorisant la consommation d'aliments gras ou de boissons sucrées, qui sont davantage présentes dans les magazines, qui sont les plus lus par ces classes sociales ; elles sont également plus présentes sur les murs, dans les quartiers défavorisés, de plus la télévision est beaucoup plus regardée dans ces familles et notamment par les enfants, la pression est d'autant plus importante que les produits ainsi valorisés représentent leur seul accès possible à la société de consommation.

L'ensemble de ces éléments conduit à une moindre efficacité des programmes de prévention visant l'ensemble de la population. C'est pourquoi, ces groupes de population ne peuvent être atteints par des actions de santé et de prévention que si ces actions sont de véritables actions de santé communautaire, intégrant les valeurs et les représentations de la communauté, s'appuyant sur les réseaux (formels et informels) existants, et renforçant les liens sociaux entre les individus. Ces actions associent plusieurs niveaux d'intervention ; action au niveau individuel par l'intermédiaire des acteurs sociaux et des associations, action sur l'environnement, que ce soit l'offre alimentaire par l'introduction de marchés ou de supermarchés ou l'environnement construit permettant par exemple l'amélioration de la marchabilité.

C'est pourquoi les collectivités territoriales ont un rôle majeur à jouer, car elles seules peuvent coordonner les différents acteurs.

Je termine par Vivons en Forme, programme dans lequel la Ville de Wattrelos est très impliquée, où justement ce sont tous les acteurs qui sont ensemble, chacun à leur niveau, pour travailler, pour aider les gens à changer.

Dans le Nord, nous avons aussi le réseau OSEAN. Nous avons beaucoup travaillé pour nous structurer autour de la prise en charge. Vous avez les acteurs de santé, les médecins et les hôpitaux et je pense qu'il faut tous se mettre ensemble pour toucher ceux qui sont le plus atteints et qui se trouvent dans les populations les plus défavorisées.

Je vous remercie.

## LA DISCRIMINATION DES PERSONNES OBESES ET EN SURPOIDS

### **Professeur Jean-François AMADIEU**

*Sociologue français, spécialiste des relations sociales au travail ainsi que des déterminants physiques de la sélection sociale*

Cela a été dit suffisamment, et le professeur ROMON l'indiquait à l'instant, il n'y a pas de prévention de l'obésité, de lutte contre la prise de poids, sans lutte contre la stigmatisation et la discrimination, dont sont victimes les personnes en surpoids et obèses. C'est le thème que je compte aborder.

Faute de temps je ne vais pas traiter de la discrimination au travail, mais peut être vous expliquer pourquoi on entretient dans les images, dans les médias, les stéréotypes, les moqueries, la stigmatisation et in fine la discrimination des personnes qui ont des kilos en trop.

Commençons par la publicité :

Dans ma propre Université, un organisme de formation privé (Medicis), distribuait en 2011 des prospectus, où l'on voyait 2 personnages, celui qui maîtrise son avenir, jeune et mince, en costume cravate et glabre ; il est debout et regarde au loin. Puis, un autre jeune, cette fois, assis devant son téléviseur, en sous-vêtements blancs sales, en surcharge pondérale, qui est en train de finir son repas en ayant taché son « marcel », d'ailleurs remonté pour faire ressortir son ventre rond. Le plus gros des deux personnages n'attend rien de la vie tandis que celui qui est mince, propre et élégant maîtrise son avenir. L'on oppose toujours ces 2 modèles dans bien des publicités.

Le cas d'Abercrombie et Fitch est à cet égard intéressant. La politique de diversité de cette firme est assez ambiguë et bien connue<sup>1</sup>. Sa politique de recrutement et sa pratique de la diversité est en effet restrictive, c'est le moins que l'on puisse dire. Cette entreprise s'est en outre illustrée récemment par une politique visant à sélectionner aussi le client et à refuser les clients qui ont une taille trop importante à leur goût (supérieure au 38). Le concept est de s'adresser à des clients « jeunes, minces, beaux, sportifs et plutôt riches » servis par des jeunes vendeurs minces. Vous le savez, on peut aussi se faire prendre en photo avec les mannequins du magasin.

Les opinions publiques ont très peu apprécié les déclarations maladroites des dirigeants à ce sujet. Une pétition a circulé et une campagne de presse très sévère a été menée en 2013.

Puisque nous sommes dans l'univers publicitaire, j'avais été associé aux campagnes de DOVE et d'ADIA, qui sont connues de tous, notamment les publicités de DOVE. Néanmoins, je voudrais vous parler de la dernière par exemple, avec ces femmes, ces « voisines de paliers » qui pouvaient devenir mannequin. Mais, bien que DOVE soit très exemplaire dans sa démarche pour promouvoir une autre vision de la beauté féminine depuis plusieurs années, lorsqu'on regarde certains visuels, on constate qu'en général, et surtout au premier plan, on est loin de montrer madame tout le monde.

---

<sup>1</sup> Voir ma présentation de leur politique dans : Jean-François Amadiou, DRH le livre Noir, éditions du Seuil, 2013.

Et si vous prenez une statistique du poids en France, de l'IMC et que vous comparez par rapport à un visuel pourtant exemplaire de la diversité des IMC, vous verrez que le compte n'y est vraiment pas et que nous sommes à des années lumières de tout cela.

Pour les entreprises, prenez n'importe quelle communication d'entreprise, rapport RSE, rapport diversité, etc., et regardez quelles images sont utilisées : c'est toujours deux jeunes gens, dont on diversifie la couleur. Il y a toujours des garçons et des filles mais c'est à peu près tout. Au maximum, vous aurez parfois, quand le handicap doit être évoqué, des personnes en fauteuil, mais, en général, on évite le sénior, et il est très rare de montrer une personne en situation d'obésité. À dire vrai, je ne l'ai jamais vu.

Les visuels vantant la promotion de la diversité dans les entreprises ne font pas de place aux personnes en surpoids. Ils devraient donner l'exemple mais ce n'est pas le cas. Les visuels présentent une nette surreprésentation de jeunes filles, les hommes noirs sont souvent à l'écart, ignorés ou floutés et, au centre de l'image, on dispose par exemple une jeune fille blonde avec une petite tenue affriolante au milieu de jeunes gens très minces.

En dehors d'une diversité noir et blanc et parfois d'une jeune fille voilée, la diversité se résume à cela, vous avez la caricature de ce que tout le monde fait. La définition de la diversité, ce n'est pas vraiment un reflet de la société française.

La presse écrite s'en sort-elle mieux ? Bien sûr, des efforts ont été faits mais si nous faisons des statistiques, sur 189 visuels, articles plus publicités, dans le magazine Elle, dans un numéro type en France fin 2012, vous n'avez aucun visuel montrant une femme obèse et 4 en surpoids. Et encore ces visuels provenaient d'un reportage sur Haïti et par hasard, il se trouvait qu'il y avait des personnes en surpoids. Le constat est le même sur la même période pour Le figaro Madame.

Elle du 28 décembre 2012	Publicités	Articles	Total
Mince ou inférieur à la moyenne	64	125	189
Surpoids	0	4	4
Obésité	0	0	0
Le figaro madame 27 déc. 2012	publicité	articles	Total
Mince ou inférieur à la moyenne	23	95	118
Surpoids	0	0	0
Obésité	0	0	0

Certes, on peut saluer les efforts du milieu de la publicité et des magazines mais, même s'il faut les encourager, il s'agit de quelques « UNE » de temps en temps, qui ne masquent pas la persistance d'une valorisation de la minceur.

Le CSA de son côté ne semble guère être attentif à la représentation des personnes en surpoids et obèses à la télévision.

Je l'ai déjà indiqué au CSA à plusieurs reprises et l'avais dit à Rachid ARAB, il y a plusieurs années, lors d'une audition, avant qu'il monte l'observatoire de la diversité.

La diversité à la télévision, c'est peut-être aussi les profils physiques des individus, et il m'a été répondu que ce n'était pas le sujet. En dehors de compter les minorités visibles, la présence de personnes handicapées, les sexes et les catégories sociales, il n'y a pas d'autres aspects mesurés de la « diversité de la société française » jusqu'en 2013, alors que les chaînes de télévision doivent pourtant la refléter dans leurs programmes.

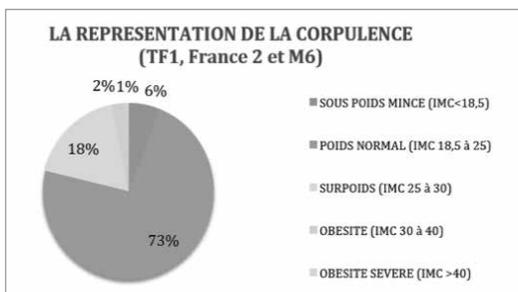
Personne ne se décide à mesurer, si les 15% d'obèses français sont visibles sur nos écrans ! La diversité pour le CSA, ce n'est certainement pas pour le moment l'obésité, mais je sais que le CNAO s'en occupe et j'espère que la charte permettra d'avancer sur la question de l'IMC.

Le constat est similaire aux Etats Unis. À la télévision, il y a une très nette sous-représentation des personnes en surpoids ou obèses, qu'ils soient femmes ou hommes alors que la présence de minorités visibles (noires par exemple) n'est pas très éloignée de leur part de la population.

En France, puisque le CSA ne le fait pas, j'ai décidé de faire mener une analyse de la présence sur les écrans de personnes en surpoids.

En utilisant la même méthode que l'observatoire de la diversité du CSA, nous avons indexé 1500 personnages de 3 chaînes de télévisions (TF1, France 2 et M6) entre 17 heures et 23 heures durant une semaine (soit 105 heures).

La mesure a été effectuée la même semaine que celle menée par le CSA (du 7 au 13 mai 2011). Nous avons obtenu des résultats très proches de ceux du CSA dans sa vague 4 de mai 2011 publiée en 2012, quant à la présence des « minorités visibles » (12,75% quand le CSA trouve 15%), de femmes (36,45% pour 35% dans le baromètre CSA) et de personnes handicapées (0,7% quand le CSA obtenait à 0,6%). Quant aux IMC, nous notons que la présence de personnes en surpoids est inférieure de moitié à ce qu'elle devrait être. Les personnes obèses, ne sont que 3% soit au minimum 5 fois moins que leur part dans la population française.



Source, Observatoire des discriminations, 2013

À trop focaliser sur d'autres aspects de la diversité, on oublie que les chaînes de télévisions ne reflètent pas bien, contrairement au cahier des charges, la diversité de la société française.

Maintenant, regardons différents programmes télévisuels. Vous avez les feuilletons et la télé réalité. Les études scientifiques<sup>2</sup>, nombreuses sur le sujet, montrent que les moins de 19 ans sont influencés par les programmes de télé réalité et les feuilletons, car c'est ce qu'ils regardent le plus entre 15 et 19 ans et même avant. Or, on sait que cela dégrade l'image de leur corps, pour les filles en particulier, et que plus les jeunes filles regardent ces programmes, plus elles ont des désordres alimentaires, elles prennent des laxatifs, elles cessent de manger etc...

En ce qui concerne le programme « Mon incroyable fiancé » tout le monde avait protesté. Ce type de programme entretient de manière scandaleuse le stéréotype de l'homme obèse et de ses pratiques alimentaires. Par ailleurs, pour l'enfant qui regarde la télévision ou qui joue aux jeux vidéo, plus il regarde la télévision, plus il a une vision négative des femmes en surpoids. En outre, plus les adolescents regardent la télévision, plus ils sont critiques à l'égard des obèses<sup>3</sup>. Il faut savoir qu'aux Etats-Unis, il y a de moins en moins de personnages obèses dans les dessins animés. De plus, quand ils sont montrés, c'est de façon très négative<sup>4</sup>.

Certes, des émissions paraissent viser à améliorer l'estime de soi et l'image des obèses atteignent-elles leurs objectifs. Ces programmes sont-ils toujours si vertueux ?

Prenez, par exemple : « Belle toute nue ». Programme, comme vous le savez, mondial. Est-ce que Belle toute nue est un bon programme ? Non, ce n'est pas un bon programme et d'ailleurs, scientifiquement, il a été démontré que ces programmes (aussi bien « Top model » que « Belle toute nue »), par comparaison à tout type de programme, sont de mauvais programmes, qui ne rendent pas heureux, accroissent l'anxiété sur son corps et l'insatisfaction sur son poids<sup>5</sup>.

Les émissions qui sont des concours de perte de poids (biggest loser) ont également un effet néfaste s'agissant des stéréotypes ; ces concours renforcent les préjugés négatifs, surtout des gens qui ne sont pas en surpoids. Ceux qui voient ces programmes sont renforcés dans l'idée que, décidément, les personnes qui prennent du poids en portent l'entière responsabilité. Ils ont une vision encore plus négative qu'avant d'avoir vu ce type d'émission et c'est catastrophique. Cela ne fait que culpabiliser ceux qui avaient déjà pris du poids et cela dégrade très profondément la vision qu'ont les autres<sup>6</sup>.

Abordons rapidement la communication politique. Depuis bien longtemps en France, l'image des gros en politique est problématique. Ainsi, Louis XVI est présenté comme un gros, un benêt, un faible, un malpropre. Il y a beaucoup de préjugés et stéréotypes qui sont très anciens dans la tradition française.

François Hollande, alors candidat à la présidence de la République, a fait un régime drastique et il ne l'a pas fait par hasard. Aux Etats-Unis, il en est de même.

---

<sup>2</sup> Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. « The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review ». *International Journal of Eating Disorders*. 2002;31:1-16.

<sup>3</sup> Latner JD, Rosewall JK, Simmonds MB. « Childhood obesity stigma: association with television, videogame, and magazine exposure ». *Body Image* 2007; 4: 147-55.

<sup>4</sup> Rebecca M. Puhl, Chelsea A. Heuer, « The Stigma of Obesity: A Review and Update », VOLUME 17 NUMBER 5 | MAY 2009 | [www.obesityjournal.org](http://www.obesityjournal.org)

<sup>5</sup> Viren Swami et allii, « The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions: Results of the International Body Project I », *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3) 309-325, 2010.

<sup>6</sup> « Sarah E. Domoff, Nova G. Hinman, Afton M. Koball, Amy Storfer-Isser, Victoria L. Carhart, Kyoung D. Baik, Robert A. Carels, The Effects of Reality Television on Weight Bias: An Examination of The Biggest Loser », *Obesity*, Volume 20, Issue 5, pages 993-998, May 2012

Et Chris Christie, le gouverneur du New Jersey, n'a jamais pu aller aux primaires Républicaines. Aujourd'hui, on peut élire un noir aux Etats Unis, mais les américains ont fait l'analyse qu'il est impossible d'imaginer, qu'un obèse, puisse être en lice pour une primaire et jamais les républicains n'auraient pris ce risque. 19% des électeurs du New Jersey auraient refusé de voter pour lui en raison de son poids. Même aux Etats Unis, compte tenu de la population en surpoids et obèse, on ne peut pas imaginer qu'un obèse soit président.

En Russie, lors des campagnes de MEDVEDEV et de POUTINE, les visuels publicitaires montraient des jeunes filles dans les tenus les plus déshabillées et le corps féminin mince et jeune reste très utilisé. L'action des FEMEN est évidemment une autre illustration du phénomène, d'autant plus paradoxale, que ces militantes entendent dénoncer la domination masculine et l'instrumentalisation du corps des femmes. Les profils physiques sont choisis à dessein et on est écarté chez les FEMEN si on n'a pas un profil de mannequin. J'aurai pu vous montrer le visuel des Antigones, qui prétendent prendre le contre-pied de FEMEN, mais là encore la minceur est valorisée.

J'ajoute que j'ai mentionné François HOLLANDE, mais tout le monde a fait la même chose sur l'échiquier politique. Maigrir est fréquent dans le cadre de la communication politique.

Pour conclure, les images télévisuelles, publicitaires, de la presse écrite comme celles du monde de l'entreprise et du monde politique ne font qu'une place très limitée aux personnes obèses, quand elles ne contribuent pas à aggraver les stéréotypes dont souffrent les obèses.

***Isabelle DELCROIX NOLLET***, ancienne déléguée régionale aux droits des femmes.

« Aujourd'hui, j'ai une agence de conseil en égalité professionnelle, entre les femmes et les hommes, et toutes les questions d'obésité me semblent éminemment importantes pour croiser notre analyse et c'est encore très peu étudié. Je suis donc ici pour apprendre beaucoup de choses.

Je voudrais savoir si tous les chiffres qui ont été donnés ont aussi une approche genrée, puisque l'on a souvent cité le cas des femmes, il me semble, et c'est vraiment mon sentiment, que l'obésité est encore plus discriminante à l'égard des femmes et encore plus dans le monde professionnel. Je cherche aussi des nouveaux axes de travail, donc, j'aimerais vraiment avoir des réponses sur ces sujets. »

***Professeur Monique ROMON*** : « Ce que je peux répondre, c'est qu'effectivement, l'aspect social est beaucoup plus fort chez les femmes, le gradient social du poids est très fort chez les femmes alors que chez les hommes le surpoids est bien considéré. Il n'y a pas de discrimination sociale. »

***Jean-François AMADIEU*** : « Je vais juste apporter une précision. Les études statistiques du professeur Poulain, les études américaines, paraissent montrer qu'en principe, il y a plus de tolérance en effet chez les hommes que chez les femmes socialement. Néanmoins, nous avons fait de nombreux testings à l'embauche, depuis plusieurs années, avec des photos et on en a fait suffisamment pour être certain qu'un homme en situation d'obésité, a clairement, nettement moins de chance à CV équivalent, même dans les centres d'appels.

On a fait des tests sur des visages d'hommes, on l'a fait aussi pour des visages de femmes et c'est troublant, par rapport à la littérature ou ce que l'on peut savoir par ailleurs, mais apparemment pour un homme sur le marché du travail, le surpoids est clairement un désavantage et à des niveaux qui sont très importants. »

***Professeur ROMON*** : « Quand il est obèse ! Mais un homme en surpoids est moins discriminé alors qu'une femme en surpoids l'est déjà. Le seuil est différent. »

***Jean-François AMADIEU*** : « Oui, c'est exact. »

***Anne-Sophie JOLY*** : « Si je peux compléter : en terme de patient, une femme doit être belle mais pas trop, intelligente mais pas trop, maigre avec des rondeurs mais pas trop, tandis que l'homme quand il a du surpoids, finalement il assoit son statut social, tandis que la femme, automatiquement, se laisse aller. »

***Jean-François AMADIEU*** : « C'est-à-dire qu'il y a aussi beaucoup d'emplois féminins, qui sont des emplois en contact avec la clientèle, où nous allons être clairs, la compétence requise reste la caractéristique physique, la beauté, la jeunesse, la minceur, la taille de la femme en question, cela est clair.

Dans mon dernier bouquin, j'ai épinglé cette situation. On laisse perdurer, on trouve cela normal, cela ne choque personne.

Allez, vous balader sur les sites internet de recrutement des agences d'hôtesse d'accueil et vous verrez. Je considère que ce sont des pratiques illégales. Tout le monde les a laissé faire depuis des années mais je trouve que recruter uniquement sur des critères physiques, le CV n'a aucune importance, on vous demande juste des photos en pieds, c'est une caricature de tout ce qui est interdit.

Prenez la liste de tout ce qui est interdit, proscrit, qui justifierait d'être au pénal, et bien cela se trouve sur ces sites. Et ce n'est pas grave.

Ce qui est intéressant, c'est de remarquer que cela ne choque personne.

Tout le monde se dit, c'est normal, parce qu'il faut bien une belle jeune fille pour être à l'accueil. Tout le monde trouve cela normal que ce soient les médias ou les entreprises. C'est l'acceptation de cette situation qui est difficile. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Quand nous sommes une famille de 4 personnes, que nous avons des revenus financiers pas très élevés, qu'il faut faire manger tout le monde, qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour, qu'il faut payer le remboursement de la maison, les charges, l'école, la cantine et qu'il vous reste une misère pour manger, comment fait-on ? »

**Professeur ROMON** : « C'est plus difficile, mais c'est faisable. 5 fruits et légumes, c'est très cher, mais ce n'est pas obligatoire et vous pouvez en choisir de moins chers, surgelés.

C'est une question d'apprentissage, de repérage de produits équivalents mais pas obligatoirement très chers, mais aussi une question de représentation.

Quand nous n'avons pas beaucoup d'argent, on ne veut pas priver ses enfants et on a l'impression que, si on leur achète le paquet de biscuits, dont on a vu la publicité à la télévision, si on leur donne à boire des boissons dont on a vu la publicité, on ne les prive pas, tandis que si on leur donne de l'eau, ou un autre paquet de biscuits, on les prive.

C'est aussi cela qu'il faut essayer de faire comprendre aux familles. »

**Anne-Sophie JOLY** : « A Saint Denis, le CNAO intervient avec la ville pour donner des cours de cuisine, style spaghettis de courgettes, soupe de concombre. Est-ce qu'à Wattrelos, ce sont des choses qui existent ou sont en train de se mettre en place ? »

**Docteur Anne DUQUESNOIS, Adjointe à la Santé de la Ville de Wattrelos** : « Oui, d'ailleurs la diététicienne de la ville est présente et va participer à un atelier cet après-midi.

Effectivement avec le DRE, nous menons une action qui consiste dans un premier temps à dépister des enfants en surpoids ou en obésité et à mettre tout un programme en place.

L'activité physique et sportive, bien sûr, a une place importante, mais nous proposons également une rencontre des parents avec la diététicienne, qui en fonction des goûts de la famille propose des menus sympatiques.

La diététicienne a mis en place des petits livrets qui sont remis dans les écoles, pour les parents, afin qu'ils connaissent ce que leur enfant a mangé le midi à la cantine et suggère pour le repas du soir des menus équilibrés avec des produits de base.

Ce livret a été ajouté au répertoire des actions VIF. Wattrelos met en place des actions, mais ne communique peut-être pas assez. »

# LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN MATIERE DE SURPOIDS ET D'OBESITE, LE ROLE DES COLLECTIVITES LOCALES

## **Professeur Adam DREWNOWSKI**

*Professeur Associé,*

*Université Pierre et Marie Curie - Paris VI*

*Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière*

*Directeur du Centre de Recherche sur l'obésité à l'Université de Washington*

Aux Etats Unis, le taux d'obésité dépasse 30% de la population mais on ne se rend pas compte que dans certains quartiers, le taux d'obésité est beaucoup plus élevé.

Dans la ville de Seattle, où j'habite, qui est une ville assez riche dans le Pacifique Nord-Ouest, le taux d'obésité s'élève jusqu'à 50% dans certains quartiers.

Il y a des quartiers minces et des quartiers obèses. Quand on passe d'un quartier à l'autre, le taux d'obésité ou de diabète, peut augmenter de 4 fois, c'est intéressant et très surprenant.

Il faut agir dans les quartiers les plus vulnérables, les plus touchés par l'obésité.

Il faut savoir où se trouvent ces quartiers, ou sur un plus gros plan, savoir où se trouvent les villes d'Amérique du Nord, les plus touchées par l'obésité.

L'obésité et le diabète sont plus répandus dans les quartiers défavorisés et parmi la population avec le moins de revenus, le moins de ressources.

Nos études dans la ville de Seattle, ont plusieurs atouts.

D'abord ce sont des études pluridisciplinaires, une collaboration entre nutritionnistes et épidémiologistes mais également des architectes, des urbanistes et cela c'est très intéressant parce que l'on peut enfin faire la géolocalisation.

Le géocodage des quartiers les plus atteints par l'obésité et nos études, nous ont permis de constater que l'obésité est beaucoup plus qu'un problème médical.

Il y a plein d'autres choses qui s'y mêlent : le statut socio-économique des personnes, l'offre alimentaire, l'accès aux supermarchés, aux transports, aux parcs.

Il faut employer tous les moyens pour réunir plusieurs couples de personnes intéressées, d'organismes intéressés, dans la lutte contre l'obésité.

Cela, nous le faisons à Seattle et nous faisons une comparaison intéressante entre Seattle et la ville de Paris.

Il faut toujours faire des comparaisons entre les villes, parce que chaque ville a ses problèmes spécifiques. On ne peut pas dire que les résultats de Seattle seront applicables à la ville de Paris ou aux autres villes de France.

Les résultats de nos enquêtes à Seattle, nous permettent de constater qu'il y a plusieurs facteurs déterminants pour l'obésité.

Par exemple, parmi les femmes, les facteurs déterminants de l'obésité sont, d'abord le prix du mètre carré, c'est-à-dire le facteur socio-économique et également le choix du supermarché où s'approvisionner.

Il y avait de gros écarts. Bien sûr, l'obésité était liée inversement au prix du mètre carré, de sorte que dans les quartiers riches de Seattle, le taux d'obésité ne dépassait pas 5%, tandis que dans les quartiers les plus défavorisés le taux d'obésité dépassait 50%.

Il y a également le choix. Enfin, ce n'est pas forcément le choix puisque, c'est un facteur socio-économique ; le choix du supermarché où s'approvisionner était très parlant.

Il y avait de gros écarts, entre, par exemple, un supermarché très haut de gamme et les supermarchés équivalents à un discount.

Nous venons de faire une comparaison directe en Paris et Seattle.

A Seattle, notre étude était basée sur 2 000 personnes, un échantillon représentatif.

A Paris, il y avait 7 000 personnes, un échantillon des assurances, des gens qui faisaient un examen médical annuel, dont les adresses étaient géocodées ainsi que le lieu des supermarchés où ils s'approvisionnaient.

A Paris et à Seattle, le taux d'obésité, était lié, inversement, au prix du mètre carré que nous avons eu chez le notaire à Paris et au choix du supermarché.

Par exemple, des gens qui s'approvisionnaient à Franprix, Monoprix, étaient moins obèses que des gens qui allaient dans les hard discounts.

Et ici, il faut dire, que le pouvoir d'achat, la relation qualité prix dans l'offre alimentaire, sont des facteurs hyper intéressants.

L'offre alimentaire, en France et aux Etats Unis, propose des calories vides : du sucre, des féculents, du sucre ajouté, des graisses, qui sont les moins chers mais aussi des calories avec moins de valeurs nutritionnelles, qui ne sont pas chères, qui sont disponibles et qui sont partout.

L'offre alimentaire actuelle ne favorise pas de bons choix alimentaires car c'est un peu plus cher. Alors les choix alimentaires, les supermarchés, le pouvoir d'achat sont toujours des facteurs qui influencent le poids corporel, l'obésité mais également la qualité du régime.

Aux Etats Unis, il faut le dire, on valorise surtout la responsabilité personnelle individuelle et on se dit que d'être obèse ou non, c'est un choix individuel.

On peut choisir la santé et le bien-être et pour certaines personnes c'est un choix.

Mais il y a également plein de facteurs environnementaux et sociaux qui contribuent et il faut avouer que la politique contre l'obésité devrait engager des médecins, des sociologues, des psychologues également l'industrie agroalimentaire ainsi que les supermarchés.

Il faut agir tout azimut. Aux Etats Unis on est toujours très fier de la volonté individuelle mais en réalité, la bataille contre l'obésité, la bataille contre la pauvreté ou en faveur des personnes défavorisées, les disparités sociales, doivent se mener ensemble.

Il faut agir avec une politique économique qui va améliorer l'offre alimentaire pour tout le monde.

Le conseil que je peux donner, est qu'il faut faire des efforts dans tous les secteurs de la société : gouvernement, industrie agroalimentaire, supermarchés mais aussi les écoles, les communautés.

Il faut également la volonté politique. Sans les hommes politiques on ne peut rien faire, il faut agir ensemble.



# TABLE RONDE

***Comment lutter contre la stigmatisation  
et la discrimination des personnes obèses ?***

**Sylvie BENKEMOUN.**

*Psychologue, membre du Gros*

**Marie CITRINI.**

*Secrétaire générale du Collectif National des Associations d'Obèses*

**Anne DUQUESNOIS.**

*Médecin et Elue à la Santé*

**Jean-Michel LECERF.**

*Médecin et nutritionniste*

### **Sylvie BENKEMOUN**

*Psychologue clinicienne, membre du GROS*

Evoquer **l'obésité**, c'est parler à la fois d'un **phénomène de société** alarmant et d'un **parcours de poids**, qui concerne un individu et le regard social posé sur lui, le décrétant hors normes. Ce jugement influence ses pensées, ses comportements, ses émotions et sa façon d'accueillir cette non-conformité.

Nombreux sont les témoignages de réflexions mal perçues ou de **vécus de situations humiliantes** qui alimentent une honte, commencée parfois très tôt dans l'histoire du sujet.

Juger les corps pléthoriques est une vieille histoire, qui n'en finit pas d'alimenter les inconscients des personnes obèses, mais également des soignants et de l'ensemble de la population.

Entre le péché de gourmandise et l'idée qu'une personne grosse mange plus que sa part, le jugement moral s'est inscrit au fil des époques de façon le plus souvent négative.

Depuis que la médecine s'empare de cette question, l'obésité devient une question de santé définie par ses facteurs de risque et sa surmortalité. Trois générations d'injonctions à maigrir alimentent la peur des kilos en trop et les jugements attachés à ceux et celles qui n'arrivent pas à entrer dans les normes, en dépit des prises en charge proposées. L'obésité résiste, malgré les mises en garde et les politiques de santé publique.

Maigrir ou ne pas être gros devient un critère de santé prioritaire, notre nouveau manuel du savoir vivre, un passeport pour la séduction et la réussite, une façon de contrôler sa vie, en prouvant que l'on est quelqu'un de bien.

Comment vivre alors une hérédité peu favorable, des histoires de vie qui commencent mal, la prise de médicaments qui font grossir et tant d'autres facteurs à l'origine de prises de poids dans un environnement aux messages si contradictoires : consommer mais se restreindre, accepter les différences mais être dans la norme, prévenir l'obésité mais stigmatiser les personnes en difficulté avec leur poids, prendre en charge des patients obèses mais ne pas supporter l'obésité. On pourrait multiplier ces exemples de contradictions qui penchent toujours du côté de la valorisation de la minceur et de la condamnation de la grosseur.

Comment, dans un tel contexte, se construire et accepter son apparence non conforme ? Quels sont les effets de ces regards négatifs sur le développement des personnes et que vont-elles mettre en place pour sauver une estime de soi mise à mal ?

Peut-on lutter contre ces mises à l'écart et ces rejets qui isolent et agissent négativement sur la qualité de vie des personnes impliquées ?

Quels sont les éléments thérapeutiques à privilégier pour les aider à déjouer les pièges de la stigmatisation et ses effets ?

## **Obésité, une entité au service de l'épidémiologie :**

La notion de norme pondérale apparaît au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle est définie par l'indice de masse corporelle qui exprime la corpulence en fonction de la taille (IMC : rapport du poids en kg sur le carré de la taille en m). Elle sert davantage à classer des groupes que des individus. Sa valeur prédictive rapportée à la personne est donc relative.

Au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, la médecine de l'obésité s'organise et se développe.

La définition médicale de l'obésité repose alors sur des moyennes statistiques (établies par des compagnies d'assurance). Elles sont collectives, théoriques et peu adaptées à la **réalité individuelle complexe**, en relation avec l'histoire du sujet, sa génétique et l'environnement.

***Définition de l'O.M.S :*** « L'obésité est définie comme un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences néfastes pour la santé ». Cette définition vague est strictement biologique.

Depuis 1997 elle est considérée comme une maladie :

- $18,5 < \text{IMC} < 25$  = Corpulence normale
- $25 < \text{IMC} < 30$  = Surpoids
- $30 < \text{IMC} < 35$  = Obésité modérée ou commune (classe 1)
- $35 < \text{IMC} < 40$  = Obésité sévère (classe 2)
- $\text{IMC} > 40$  = Obésité morbide, massive ou super obésité (classe 3)

L'obésité, telle qu'elle est définie, est donc liée à un instantané de mesure ne prenant pas en compte les parcours de poids et leur spécificité. Au niveau individuel, on ne peut donc parler que d'obésités au pluriel qui peuvent être génératrices de troubles associés ou non.

Le risque est de vouloir normaliser le poids des individus en déclarant hors normes tous ceux qui dépassent des valeurs considérées comme idéales pour être en meilleure santé possible.

La société s'empare d'une norme qui définit les populations à risques pour l'utiliser de façon abusive sur l'individu et son devoir de santé, en surmédicalisant les dérives de poids et en distillant de façon importante les peurs liées aux facteurs de risques observés statistiquement.

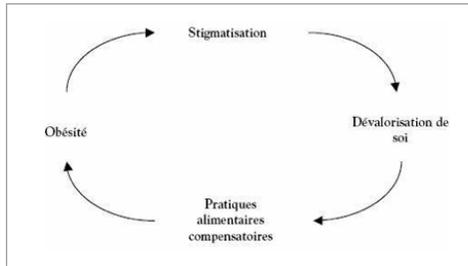
La lutte contre l'obésité justifie alors le rejet des personnes obèses par un glissement d'un jugement moral à la justification médicale de ce rejet, relayée par des acteurs sociaux et une médiatisation omniprésente de cette question.

L'équilibre entre information sur un phénomène préoccupant largement répandu et tolérance de situations non idéales est difficile à trouver, d'autant plus que les jugements inconscients vont dans le sens des peurs et des jugements concernant les personnes grasses. (obèses, qualification plus médicale).

## **Stigmatisation :**

« Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale » (Cahnman, 1968).

L'idéologie médicale participe à la justification de la « labellisation » comme déviant et contribue à la dépréciation des personnes obèses.



La stigmatisation ne crée probablement pas le surpoids et l'obésité, mais elle l'aggrave et l'entretient, dans un cercle vicieux difficile à vaincre et à stabiliser.

### **De la stigmatisation à la dévalorisation de soi :**

Stigmatiser l'obésité, c'est pointer la personne obèse et sa différence par rapport à une norme en la trouvant déviante. Ce jugement va contaminer de nombreux aspects de sa vie au cours de son développement et se comporter parfois comme une prophétie auto-réalisatrice. De l'enfance à l'âge adulte, ce rejet va induire des difficultés liées à la culpabilité et à la honte de ne pas être conforme, provoquant une disqualification plus ou moins importante de certaines capacités.

### **Les effets de la stigmatisation en fonction du stade de développement :**

Plus les obésités sont précoces et plus les effets peuvent être importants et se potentialiser.

Il existe des différences importantes entre un individu gros depuis l'enfance et une prise de poids soudaine à l'âge adulte, entre un individu en surpoids et un autre en obésité modérée ou massive.

Les ressentis individuels ne sont pas proportionnels à ces différences, augmentant encore la complexité de ces questions. À poids égal certains feront avec, quand d'autres ne le supporteront pas.

- Enfance et développement

Le regard familial dans la conscience du corps, sa construction et sa réalité.

L'obésité d'un enfant est plus ou moins bien perçue et acceptée selon l'attitude des parents : un enfant renvoyé négativement à son apparence peut ressentir un véritable dégoût face à son surpoids ou son obésité alors que dans un milieu plus tolérant il peut avoir une meilleure acceptation de soi.

### **La perception de soi est donc intimement liée aux expériences et aux interactions avec les personnes importantes dans la vie d'un enfant.**

L'école et les premières difficultés sociales :

Il devient de plus en plus difficile de vivre son obésité dès l'entrée à l'école, en dépit d'un environnement familial compréhensif et bienveillant. Le rejet débute de plus en plus tôt et il n'est pas rare d'entendre des réflexions négatives des enfants dès l'âge de trois ans.

La souffrance est maximale au cours de gymnastique ou à la piscine, laissant des cicatrices souvent indélébiles et une notion d'incompétence physique, compromettant la faculté de trouver facilement le plaisir de bouger et d'avoir une activité physique agréable.

**La pression sociale sur le poids** est telle que beaucoup de jeunes obèses vivent à la limite de la **maltraitance**.

### **Un témoignage, dans les forums d'Allegro :**

*« J'ai commencé les sports en club en 5<sup>ème</sup> : Volley, boxe, escrime, hand, rugby.*

*Je me suis éclatée comme jamais dans un seul de ces sports, le volley.*

*Si en club, on tirait profit de ma grande taille, sans me persécuter sur mon poids, il en était autre chose dans les cours obligatoires.*

*Toujours prise dans les équipes en dernier, et accompagnée de condoléances à celle qui me comptait dans ses rangs. Parfois avec un prof indulgent je pouvais m'amuser un peu mais il faut avouer que je garde des souvenirs haineux de ces profs beuglants et moqueurs.*

*La course, le saut, l'athlétisme, le cross... la corde à nœuds... ma douleur, ma honte, ma souffrance morale et l'intérieur de mes cuisses en sang... ça a été ça, le sport, pendant longtemps.*

*La honte de transpirer... de respirer fort... d'être rouge et essoufflée... de ressembler à un sac de graisse sur pieds.*

*L'échec prévu et avéré... les vestiaires impudiques... les notes toujours ridicules, mes efforts incompris.*

*Oui, je n'ai aimé que le volley parce qu'on m'a appris à tirer profit de ma taille et à combler mes défauts vis à vis du poids. On m'a prise telle quelle, sans broncher.*

*En boxe, j'avais une bonne droite mais je bougeais trop maladroitement.*

*En escrime j'ai trop souffert des genoux.*

*Au rugby j'étais bonne, mais je voulais déjà faire du volley.*

*Au hand j'étais un très bon goal.*

*La danse, j'en ai fait longtemps aussi mais on était dans un cours de quartier et ma prof était sévère oui, mais si passionnée... J'étais ronde c'est vrai, mais gracieuse... et passionnée aussi... C'est au changement de prof que j'ai dû arrêter la danse, lassée d'entendre les remarques blessantes sur mon corps. »*

#### **- Adolescence et construction identitaire**

C'est une période de grande vulnérabilité. L'adolescent a besoin d'appartenir à un groupe et de s'y conformer. Les différences sont particulièrement mal vécues et susceptibles de critiques et de rejets.

Difficile alors de se sentir à sa place dans les jeux de séduction alors que l'obésité semble effacer les caractéristiques féminines et masculines aux yeux du plus grand nombre. Comment croire en ses capacités d'attraction quand on est à ce point réduit à une apparence rejetée, synonyme de laideur ou de maladie ?

#### **- Age adulte et place dans la société**

C'est le moment de trouver un emploi, de construire une famille et de trouver sa place dans la société. Des testings ont prouvé combien la recherche d'emploi peut être difficile pour des personnes en obésité, même pour des emplois non visibles.

Comment faire confiance à des personnes jugées malades et moins compétentes ? Avec une estime de soi souvent mise à mal ces parcours peuvent être plus difficiles, plus laborieux.

## Le poids de la honte et de la culpabilité :

Quand la norme pondérale est si importante, il est difficile d'être plus gros que la moyenne. **Culpabilité et honte** jalonnent ces parcours en créant des **aménagements psychiques et des résistances** qui peuvent influencer les prises en charge proposées et participer à l'aggravation du poids.

Alors qu'un suivi médical pourrait permettre de stabiliser certaines situations, c'est la **population qui consulte le moins**, sensibilisée par de nombreux échecs à l'amaigrissement et par une peur du jugement durement ressenti.

Pourquoi est-il important de reconnaître les effets des discriminations liées à l'apparence physique et comment agissent-elles dans le développement psychique d'un individu ?

Plus le rejet débute tôt dans la vie et plus les conséquences de la honte et de la culpabilité de n'être pas conforme aux vœux de ses parents, de son entourage et de la société, façonnent l'individu, ses systèmes de défense, ses croyances et sa difficulté à accueillir sa différence. Peu à peu, le modèle normatif intériorisé devient conforme à un idéal qui **empêche de développer des capacités adaptatives**. Les stéréotypes négatifs (préjugés) sont acceptés, intégrés et défendus par les personnes exclues au mépris de leur réalité, dans un système d'auto-renforcement.

La personne se sent en permanence disqualifiée, au point de douter de ses aptitudes et de sa valeur. Elle se vit en transition dans un corps qu'elle refuse, en espérant trouver le déclic qui la rendra plus conforme au prix de privations et d'efforts, souvent importants, qui peuvent échouer, aggravant la situation initiale.

Honte et culpabilité se développent et se potentialisent au risque d'un isolement de plus en plus grand et d'une impossibilité à habiter ce corps rejeté.

La lutte contre l'obésité valide et amplifie actuellement les conséquences de cette exclusion dans de nombreux domaines : la santé, l'école, l'emploi, les transports, l'assurance. Elle justifie cette intolérance pour des raisons sanitaires tout en reconnaissant que la lutte contre l'obésité ne peut pas être dissociée de la lutte contre la discrimination (loi de santé publique de 2002).

Comment sortir de ce paradoxe et aider individuellement les personnes concernées à rompre l'isolement en luttant contre les effets de cette mise à l'écart et de ces préjugés ?

### Quelques stéréotypes (croyances partagées sur les personnes obèses)

- Les personnes obèses sont responsables de leur état car elles mangent trop.
- Les personnes obèses n'ont qu'à faire un régime et un peu de sport et tout s'arrangera.
- Les personnes obèses peuvent à présent maigrir grâce à des opérations chirurgicales de l'estomac.
- Les personnes obèses sont paresseuses et ne bougent pas.
- Les personnes obèses sont moins compétentes sur le plan professionnel, car elles sont lentes à se mouvoir.
- Les personnes obèses ne sont pas belles et ne peuvent donc pas séduire.
- L'obésité est une maladie de la volonté.

Ces préjugés (stéréotypes négatifs) sont largement partagés, de façon souvent inconsciente. Ils sont intériorisés par les personnes en difficulté avec leur poids qui se sentent coupables et honteuses dans des situations qui les mettent en scène (honte de manger en public, de ne pas faire de régime, de ne pas demander une chirurgie gastrique de l'obésité, d'avoir un physique non-conforme, de ne pas avoir la volonté de maigrir...).

Or pour lutter contre la stigmatisation il faut pouvoir reconnaître

- Qu'elle existe ;
- Que la diversité des apparences est une réalité qui ne se résume pas à la mesure d'un indice de masse corporelle et d'un tour de taille ;
- Que l'on n'est pas coupable d'être trop gros mais que l'on peut être responsable de sa façon de le gérer ou de demander de l'aide ;
- Que la honte intériorisée isole. Elle peut être un signal d'alarme ou un symptôme et génère des réactions défensives à retrouver pour un meilleur équilibre. Elle agit sur l'estime de soi, le rapport aux personnes proches et à la société.

### **Mais qu'est-ce que la honte ?**

Elle apparaît chaque fois que le sujet est confronté à un regard extérieur, remettant en question l'idée qu'il se fait de lui-même. Vincent de Galéja (1996) évoque le sentiment d'illégitimité, le sentiment d'infériorité, un sentiment de déchéance privé ou public, le non-dit qui restreint les capacités de symbolisation, et l'inhibition.

Pour l'individu obèse, la honte est intériorisée. Elle devient durable et s'enkyste dans l'appareil psychique.

La honte peut débuter dans l'enfance ou l'adolescence et se consolider, envahissant l'ensemble de la vie psychique. Elle a des effets sur la confiance en soi et la construction de la personnalité.

L'intériorisation du sentiment de honte s'effectue par paliers en fonction des stades de développement.

A chacune des étapes, l'individu cherche un équilibre entre un Idéal du moi en accord avec la norme inaccessible, et une représentation de soi qui se construit de façon négative. Il est ici confronté à la fois à lui-même et au regard d'autrui. La soumission au regard de l'autre est d'autant plus intériorisée qu'il correspond à la norme en vigueur.

La honte persiste alors que l'humiliation a cessé, par exemple même en cas d'amaigrissement. Elle peut être réactivée à chaque nouvelle situation de rejet et se potentialiser.

L'estime de soi est remise en cause par la mésestime des autres. Une tension particulière se développe en rapport avec un refus de soi qui fait écho à ce qui est perçu du jugement d'autrui. La nature de la souffrance dans ce sentiment de honte est liée à la dignité.

Elle est au carrefour du social et du psychique. Elle est formée d'émotions, d'affects, de fantasmes, liés les uns aux autres: rage, culpabilité, amour, haine, colère, agressivité, peur, sidération... Pour celui qui l'éprouve, elle est une souffrance psychique particulièrement douloureuse.

Tous les registres de l'existence sont contaminés, ainsi que toute l'identité dans ses aspects personnels et sociaux. Chez autrui, elle suscite la pitié ou la compassion, la gêne ou le mépris. Le plus souvent elle isole, car elle est difficile à dire, mais aussi à entendre.

Culpabilité - honte, des freins à une prise en charge efficace. Ce sont les deux sentiments les plus puissants de la mésestime de soi. On différencie classiquement la honte et la culpabilité en fonction des rapports qu'elles entretiennent avec les instances psychiques.

Les logiques de la honte et de la culpabilité traversent à la fois les patients, leur famille et les soignants.

La honte découle du sentiment d'être disqualifié, rejeté. Elle suppose l'**identification** du **sujet à l'objet déprécié, abîmé, avili, humilié**.

La culpabilité peut impliquer le désir de se punir. L'autocritique est ressentie comme provenant d'une voix interne.

Culpabilité ( <i>norme</i> )	Honte ( <i>valeur</i> )
Intériorisation de principes normatifs	Atteinte de l'image de soi ( <i>rapports au corps, à l'identité</i> )
Frein	Intrusion
Autocritique	Décharge des émotions bloquées - isolement
Désordre des pensées ( <i>Lewis</i> )	Désordre des émotions ( <i>Lewis</i> )
Pousse à réparer la faute - autopunition	Favorise intériorisation et inhibition
Refoulement	Enfouissement (conduites d'évitement, de contournement)
FAIRE	ETRE
Ne pas manger comme il faut Ne pas faire de régime Ne pas bouger Ne pas accepter de solution chirurgicale	Ne pas être beau, séduisant Ne pas être performant, efficace Ne pas être digne d'attention, d'intérêt, d'amour Coûter trop cher à la collectivité

Conséquences de la stigmatisation sur l'individu :

- Action sur les sensations

Anesthésie, perte des repères

- Action sur les cognitions

Baisse de l'estime de soi, sentiment d'incompétence

- Action sur les émotions

Honte et culpabilité

Inhibition généralisée pouvant conduire à l'isolement et à une désocialisation grave.

## **Que signifie, pour un clinicien, lutter contre la stigmatisation ?**

Comment sortir de cette violence pour calmer le rejet et aider la personne dans « l'ici et le maintenant » ? Comment déjouer les effets des préjugés si négatifs concernant ces apparences pléthoriques ?

L'accent pourrait être mis sur les soins, le suivi et les avancées en matière d'amélioration possible pour chacun, plutôt que sur les facteurs de risque qui mobilisent exclusivement la peur de devenir gros. Les traitements proposés actuellement n'évitent pas la croissance importante de l'obésité.

**L'OMS parle d'épidémie**, laissant dans l'inconscient collectif un sentiment d'urgence et une marque de peur même s'il est dit que cette épidémie n'est pas contagieuse. C'est dans ce contexte qu'il faut envisager le problème des discriminations à l'égard des personnes obèses en veillant à **ne pas aggraver une situation déjà compliquée** par une communication sur les mesures préventives qui isolent ces personnes du reste de la population et qui potentialisent cette mise à l'écart des plus gros d'entre eux.

Plus l'obésité est ancienne et plus les systèmes de défense mis en place éloignent la personne de sa réalité en la disqualifiant. Les motifs d'humiliation s'inscrivent profondément dans ces parcours. Ce sont les réflexions dès le plus jeune âge, le regard insistant pour voir si l'enfant n'a pas grossi pendant les vacances en colonie ou chez les grands parents. C'est la pesée en groupe avec l'annonce du poids sans ménagement. Mais ce sont aussi toutes ces bonnes intentions en rapport avec la santé qui font de l'alimentation et de l'activité physique un matraquage permanent.

Pour une personne obèse, sentir son corps, c'est en ressentir les contraintes, les limitations, la culpabilité et la honte. Pas étonnant que la réponse corresponde le plus souvent à une économie de mouvements entraînant une perte de sensations, un effacement de ses limites et une véritable anesthésie de la réalité corporelle. Le ressenti concerne alors le corps rêvé qu'il faut obtenir coûte que coûte en dépit des échecs à l'amaigrissement souvent nombreux. Il est pensé, plus que vécu, oublié plus que valorisé.

Mettre ou remettre en mouvement la personne est un préalable nécessaire au-delà des injonctions et des messages de peur. C'est la faire exister non pas réduite à un symptôme avec ses conséquences mais avec une adaptation possible à sa différence dans un chemin de mieux être.

Pour conclure, j'aimerais dire que l'obésité est la question des limites. Ce sont les limites corporelles de la personne, la façon dont elle prend sa place, mais ce sont aussi les limites de la médecine et de la médicalisation d'une fonction aussi importante que manger. Ce sont les limites aussi des secteurs considérés ; les domaines impliqués sont la santé, l'agroalimentaire, le sport, l'éducation, la famille, les transports, l'équipement. Et les limites, ce sont les limites au jugement moral.

L'obésité est une question de société, est-ce toujours une maladie ? N'y aurait-il pas une interrogation éthique qui renvoie aux limites des libertés de chacun ? L'obésité pose de nombreuses questions.

## **Anne-Sophie JOLY**

Juste pour faire une petite parenthèse sur ce que disait Sylvie, sur le sport, je me revois 10 ans en arrière à l'Assemblée Nationale où un grand professeur disait : « les gros, il faut les faire courir ! » et là, je me suis trouvée légèrement agacée et je lui ai dit ok, je vous propose quelque chose : vous et moi, sur un stade olympique et vous mettez une machine à laver qui pèse 40 kg sur votre dos et après on fait le top départ. C'est marrant, je n'ai pas eu de réponse.

---

### BIBLIOGRAPHIE

- CHASSEGUET-SMIRGEL., (1999) La maladie d'idéalité Essai psychanalytique sur l'idéal du moi, Paris l'Harmattan  
CICCONE A. - FERRANT A., (2009) Honte, Culpabilité et Traumatisme Paris Dunod  
CROIZET JC - LEYENS JP, (2003, 2007) Mauvaises réputations Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale, Paris Armand Colin  
DE GAULEJAC V., (1996) Les sources de la honte, Paris : Desclée de Brouwer  
JANIN C (2007)., La honte ses figures et ses destins, Paris PUF  
MAC DOUGALL J. (1978) Plaidoyer pour une certaine anormalité Paris Gallimard  
POULAIN JP (2009) Sociologie de l'obésité, Paris PUF  
SILVESTRE C. (2006) La honte, face obscure de l'idéal du moi dans Le Coq Héron 184 (mars 2006) Secret, honte et violences à l'épreuve de la psychanalyse Paris Ed Erès  
TISSERON S (1992)., Psychanalyse d'un lien social Paris Dunod

J'ai une date en tête, celle du 14 avril 1990. Ce jour-là, mon DRH me convoque. Je suis secrétaire de deux directeurs nationaux, dans une grande boîte allemande et nous faisons des reportings tous les mois en Allemagne.

Nous sommes à 2 jours du départ pour le reporting mensuel et il m'annonce qu'il a loué les services d'une intérimaire pour y aller, puisque je ne représente plus l'image de la boîte.

J'avais 27 ans et j'ai donné ma démission.

C'était la première fois que je réalisais que j'avais 40 kilos en trop.

La deuxième fois, c'est deux mois plus tard, quand je suis entrée dans un service de gynécologie obstétrique parisien et qu'on m'a dit : « Vous savez, dans votre état, il aurait mieux valu que vous ne soyez pas enceinte ».

Là, je me suis dit : « On est mal ! ». Mon fils va très bien, il a maintenant presque 22 ans et il pompe l'énergie de sa mère, régulièrement, ma fille aussi. J'ai mené à bien mes deux grossesses, avec une super obésité.

J'étais bien portante et puis les grossesses m'ont provoqué de l'hypertension que je garde et du coup depuis 22 ans, tous les matins, je prends un comprimé et un demi-diurétique pour mon hypertension.

Je vais très bien et j'ai, seule, pris la décision de perdre du poids. Ce n'est pas la société qui me l'a imposé.

Par contre, la société m'a imposé un regard dur. Un regard méchant. Un regard qui juge, qui estime que vous ne pouvez pas faire partie de la société.

Alors, je me suis dit : « Comment vais-je pouvoir aider les autres à s'accepter ? » Parce-que pour perdre du poids, il faut d'abord s'accepter, sinon vous allez à l'échec.

Comment vais-je réussir à faire comprendre à celle ou celui, avec une image corporelle plus imposante qu'il va devoir d'abord accepter ce qu'il est aujourd'hui, pour pouvoir dire : « Demain, je sais ce que je veux être ! Je veux être la même personne, je veux garder mon poids, ou je veux être différent et je souhaite perdre mon poids ».

Et puis, une fois que la décision a été prise, si c'est de garder son poids, c'est aussi lui dire, bien qu'il puisse être bien portant, qu'il peut être malade et qu'il va devoir accepter certains contrôles. C'est tout bête.

Vous savez, l'apnée du sommeil, c'est juste : « J'oublie de temps en temps de respirer en dormant ». Moi je ne sais pas si je n'ai pas quelqu'un à mes côtés, qui dort et qui est réveillé parce que d'un seul coup, il n'y a plus de respiration à côté de lui. L'apnée du sommeil, c'est une maladie qui va causer de graves problèmes cardiovasculaires plus tard.

Et puis, quand vous avez décidé de perdre du poids, est-ce que vous perdez du poids pour vous ? Est-ce que vous perdez du poids pour les autres ? Où allez-vous, vous arrêtez ? Où allais-je m'arrêter ? Moi, j'ai décidé de perdre du poids, j'avais 20 ans de plus, j'avais 15 ans d'obésité derrière moi et je me suis dit « A 35 ans et avec 2 grossesses : tu n'auras jamais le poids que tu avais à 20 ans ! »

Il faut l'accepter. Mon objectif n'était pas de perdre x kilos, mon objectif était de me sentir mieux, pour pouvoir mieux bouger. Parce que pour moi, c'était un vrai handicap.

J'habite au 3<sup>ème</sup> étage, sans ascenseur, et j'ai beau avoir fait des pieds et des mains auprès de mon propriétaire, il n'a jamais voulu mettre d'ascenseur. J'avais le choix, soit je faisais quelque chose pour arriver en haut de mon étage avec mes 2 enfants à peu près correctement, soit j'arrivais au 36<sup>ème</sup> dessous.

Il m'est arrivé, les derniers temps, de ne plus descendre. Je payais les services de quelqu'un pour aller chercher mon enfant à la maternelle, au bout de la rue, parce que 3 étages à descendre et 3 à monter, c'était au-dessus de ce que je pouvais faire.

Quand j'ai commencé à travailler sur l'aspect associatif concernant l'obésité, je me suis rendue compte que la stigmatisation et la discrimination se faisaient à tous les niveaux.

J'ai par exemple entendu, des professeurs, dans le collège de mon fils, dire à la classe, devant un petit gamin de 5<sup>ème</sup> qui était plus gros que la normale : « Installez-vous, car le temps qu'il fasse son tour de terrain, vous avez le temps de vous reposer ! » Naturellement les gamins éclataient de rire, sauf le petit, qui chose surprenante, une semaine après, arrivait avec un certificat médical d'inaptitude au sport et qui n'en a jamais refait jusqu'à l'université. À l'université, il s'est dit : là, il va falloir quand même que je fasse quelque chose !

L'activité physique, c'est aussi pour les clubs, l'acceptation du sport pour le plaisir, pas pour la compétition. Des subventions plus importantes sont données en fonction du nombre de licenciés qui font les championnats. Le sport, le sport pour tous, le sport plaisir, c'est aussi accepter de ne pas avoir de résultats, régionaux ou nationaux de champions.

Et puis le sport, quand vous êtes obèse, vous pouvez difficilement en faire parce que vous êtes sorti de l'aspect sportif, mais vous pouvez faire de l'activité physique.

Anne-Sophie dit régulièrement aux femmes : « Vous pouvez faire les magasins, en marchant, vous faites fonctionner la carte bleue de monsieur, et les hommes vous pouvez très bien faire le ménage pendant que vos femmes sont en train de faire leurs courses ! »

Il faut faire de l'activité physique, se réadapter tout doucement, faire des marches, faire des mouvements cardiovasculaires ; il y a nécessairement une petite réadaptation au quotidien et puis vous allez aller de plus en plus loin parce que, lorsque vous allez développer votre masse musculaire, on va s'apercevoir obligatoirement que vous avez perdu du poids, vous aurez, à peu près le même poids sur la balance, mais votre masse grasse aura diminué et la masse maigre qui l'aura remplacée, vous permettra de mieux vous dépenser et de mieux bonifier cette dépense énergétique par rapport à ce que vous consommez.

Anne-Sophie parlait de mes ateliers cuisine, les frites c'est bon, je confirme ! Nous ne sommes pas très loin de la Belgique, pour ceux qui aiment le chocolat, c'est très bon aussi, en plus c'est un antidépresseur extraordinaire et puis le légume, le légume c'est bon.

Je me souviens d'un colloque, ou gentiment une dame a levé la main et a dit : « Si je mets un oignon pour faire mon potage, est-ce que cela compte comme un légume ? Et la sauce tomate qu'il y a sur ma pizza, est-ce qu'elle compte pour un légume ? Et les légumes jaunes ? » Les légumes jaunes, je ne connaissais pas et bien ce sont les frites, les pommes de terre ! « Le petit pois, c'est vert, donc c'est un légume vert ». Manger 5 fruits ou légumes, c'est un message qui peut être un message d'information vis à vis du plus grand nombre, il ne peut pas être un message de prise en charge, dans le but de faire perdre du poids à une personne, ce n'est pas possible.

Vous ne pouvez pas, du jour au lendemain, dire à une personne qui va avoir une compulsions face à un aliment, ou qui va, juste simplement prendre du plaisir à manger un aliment, lui dire que ce qu'elle mange, n'est pas bon, et qu'il faut absolument qu'elle change du tout au tout.

C'est le discours qu'avaient les diététiciennes, il y a quelques années en arrière, parce que les études n'étaient pas si avancées ; c'était : « le haricot vert, tu le manges à l'eau, le poisson tu le manges à l'eau, le beurre si tu peux l'éviter et mettre du beurre allégé, c'est mieux, la crème tu lui dis au revoir à tout jamais, les pâtisseries, ce n'est pas pour toi... » Essayez de vous imaginer cette situation, une fraction de seconde !

Vous vous frustrez et un jour l'on vous dit : « Nous sommes dans la phase où tu vas équilibrer, pour stabiliser. Donc, tout doucement, nous allons réintroduire ». C'est sympa, cela fait juste 2 mois que je n'ai pas mangé de chocolat... on stabilise tout de suite hein, la tablette de chocolat est toujours là et on se dit : « 2 mois, à raison d'un carré par jour, je peux me la faire, je vais stabiliser ! »

Et puis, on fait le yoyo, le yoyo plus, parce que ce n'est pas un vrai yoyo, ce n'est pas, je descends au maximum et je remonte, là où j'étais, mais je descends au maximum et je remonte encore plus. Et on a construit une obésité.

Alors, on vous regarde et on vous dit : tu ne ressembles pas à Claudia SCHIFFER. Il y a un très bon logiciel, qui s'appelle Photoshop. Tous les graphistes des grands magazines féminins l'utilisent pour faire maigrir les gens ou supprimer leurs rides, c'est la meilleure crème anti rides !

Nous avons tendance, avec Anne-Sophie, à utiliser la même photo et à la faire grossir, juste pour donner à la personne, son poids et sa taille normale, telle que nous, nous la voyons ! Et le comble, c'est que, quand vous demandez à un obèse qui a perdu du poids de dessiner sa silhouette, il se dessine tel qu'il était quand il était gros, il ne se voit pas perdre du poids, il ne se voit pas mince, il ne se voit pas différent. Quand vous êtes obèse et que vous avez pris la décision de perdre du poids, vous allez toujours au rayon 56/58 pour vous habiller.

La discrimination, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, des vêtements qui coûtent plus chers ou alors, des créateurs qui vous disent : « Dorénavant je n'habillerai pas en dessous de 38, parce que chez moi je n'habille que des beaux mecs ou des belles nanas ! » Ou bien, des grands couturiers qui disent : « Il est gros, c'est immonde, c'est dégoûtant. Il faudrait supprimer ces gens-là de la société ! »

La discrimination passe dans notre regard. La discrimination, c'est quand vous passez dans la rue, que vous voyez quelqu'un de gros et qu'instinctivement, vous pensez : « il pourrait faire un effort ! »

J'ai commencé ma vie associative en ayant une phrase : je suis désolée, je vais me montrer extrêmement mal polie, mais « si je le souhaite un jour, mes kilos, je pourrais faire quelque chose contre ! Je vous jure, que contre la connerie, vous ne pourrez jamais rien ! »

La discrimination c'est de l'inconscient collectif. Quand on voit un homme un peu gros, qu'est-ce qu'on lui dit ? C'est un bon vivant ! Monsieur le Maire, vous avez fait de bons repas, vous avez bien travaillé ! Mais quand c'est une femme, obligatoirement, elle se laisse aller, franchement, elle n'est pas désirable !

Vous remarquerez, quand même, que chez nos grands artistes, nos grands peintres, nos grands sculpteurs, ce ne sont pas des corps diaphanes que l'on peint, que l'on sculpte. Chez Rubens, elles ne sont pas maigres, chez Botero, elles sont obèses. Nous avons au moins nos chances sur quelque chose !

On n'est pas obligé de maigrir pour se sentir bien. Le principal, est que le regard que vous allez avoir vis à vis de l'autre, on va le prendre en considération dans son intégrité, dans tout ce qu'il est, dans son enveloppe : il est grand, il est petit, il est blond, il est brun, il est noir, il est arabe, il est français, il est tout ce que vous voulez. Il est blanc, il est jaune et puis, il est gros, pas gros.

Il y a des gens qui téléphonent au collectif, qui me disent : « Je suis très maigre, est-ce que vous pouvez m'aider à grossir ? » Une fraction de seconde, je me dis : quand même, c'est mal foutu, moi cela fait 25 ans, que j'essaie absolument de perdre les quelques kilos qui me restent à perdre et elle, elle me demande de l'aider à grossir !

Il y a des maigres qui vous parlent de la même souffrance par rapport à leur image du corps. La maigre, quand elle est sur la plage en 38, on ne la regarde pas, ou on dit, belle plante ! Et si on vous met sur la plage en 60 ? Aller à la plage, c'est déjà costaud. Tout à l'heure, on parlait de la piscine, de créer des créneaux horaires spécialement pour les gros. C'est une forme de stigmatisation que de créer des créneaux horaires !

C'est vrai que l'aquagym va être très favorable pour les personnes obèses parce qu'elles n'ont pas la même pesanteur que sur terre mais c'est discriminant que d'arriver à dire, on va créer des créneaux horaires pour les obèses.

Est-ce que finalement, ce n'est pas aussi à la ville, aux associations sportives de dire : c'est un public comme un autre et ce public-là a droit, comme un autre, de venir profiter et s'amuser des dispositifs et des aménagements citadins.

Je vous remercie.

# COMMENT LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION DES PERSONNES OBESES

## **Jean-Michel LECERF**

*Docteur en médecine, spécialisé en endocrinologie et maladies du métabolisme*

*Chef du service nutrition à l'Institut Pasteur de Lille*

*Attaché Consultant au sein du service de médecine interne du CHU de Lille*

Merci de m'accueillir et félicitations aux organisateurs d'avoir eu l'initiative de ce thème. Il est extrêmement rare que cela soit abordé et c'est formidable.

Les choses évoluent quand même, et j'espère que l'on pourra être optimiste, positif, parce que les témoignages que vous avez reçus sont authentiques, vrais.

Les mentalités peuvent évoluer avec le CNAO, avec le GROS, et toute une série d'associations et ce genre de manifestations.

Nous pourrions dire, à propos de l'obésité, que c'est une maladie, un problème de société mais aussi un handicap !

La caractéristique du handicap, c'est quelque chose qui se voit ! Quand vous êtes chez le médecin traitant et que vous allez consulter pour un cor au pied, personne ne sait que vous avez un cor au pied ! Mais, quand vous êtes chez le médecin, dans la salle d'attente, tout le monde sait que vous êtes en surpoids, même si vous consultez pour autre chose.

C'est un peu la difficulté de cette pathologie, de cette maladie, de cet état : il n'y a pas de secret professionnel et finalement, c'est la caractéristique d'un handicap !

Quelles sont les causes profondes de cette stigmatisation ? Il faut d'abord analyser les causes et les mécanismes.

- La première cause est sans doute la **non reconnaissance de la différence** entre les personnes. Non seulement nous devons nous accepter différents mais aussi admettre cette différence comme normale, naturelle, nécessaire : car nous nous construisons dans l'altérité.

Or, aujourd'hui, au nom du principe d'égalité, on voudrait nier les différences, alors que l'inégalité est constitutive de la nature humaine. Mais celle-ci est perçue comme injuste, alors qu'en terme de santé, il n'y a qu'inégalité (il est par contre nécessaire de tenter de la réduire et de tenter de donner les mêmes chances à chacun, principe d'équité).

- La seconde cause, qui est le corollaire de la première, est liée à la **norme**, considérée comme normale : c'est le standard du poids idéal, pour tous. Ceci est une interprétation erronée du sens épidémiologique de la valeur normale de l'IMC, qui n'est en fait qu'un repère statistique.
- Ce sont ensuite les **jugements** qui sont à l'origine de cette discrimination : ceux-ci sont basés sur des rumeurs, des idées reçues, des préjugés : « les personnes obèses sont sans volonté, faibles, molles, elles se laissent aller, elles ne se maîtrisent pas ».

Ces jugements sont entretenus par l'idée qu'il suffit de faire attention pour ne pas grossir ou de se priver pour maigrir : « la preuve, certains y arrivent ».

Ceci est sous-tendu par une grande ignorance des déterminants de l'obésité, de ses facteurs prédisposant, favorisant, et déclenchant ; mais aussi de la physiopathologie de l'obésité, véritable maladie du tissu adipeux. Or celle-ci est souvent considérée comme une simple accumulation de graisses. De même, la notion de pondérostas et donc de résistance à l'amaigrissement, n'est pas connue.

- Le fait que les régimes soient vendus comme un bien de consommation et l'obésité comme un marché et non pas comme une pathologie, fait que le problème n'est pas pris au sérieux, puisque tout le monde s'en occupe et tout le monde peut y arriver.
- Sur le plan psychologique et social, le regard des autres est bien sûr fondamental. Or il est non seulement dans le jugement à l'emporte-pièce, mais aussi dans la critique, par rapport à un modèle idéal et/ou standard. On peut y ajouter le fait que les personnes obèses, ont elles aussi une idée négative de l'idée que les autres ont d'elles-mêmes.
- Enfin, les critères de beauté sont totalement « formatés » et l'esthétique est complètement culturelle. Or, ils incluent aujourd'hui minceur et ligne sous la pression des médias. Les personnes obèses se sentent donc mal aimées, exclues. Pourtant la beauté physique passe autant ou plus par un visage, un sourire, et n'est pas incompatible avec les rondeurs. Et puis, notre société accorde trop d'importance à l'apparence, voire au futile. Or, la beauté intérieure, reflet de l'âme, est une valeur beaucoup plus profonde, qu'il faut cultiver.

J'ai envie de dire quelque chose, qui ne va peut-être pas forcément plaire à Madame JOLY ou à Madame CITRINI, c'est qu'il faut remédicaliser l'obésité, qui ne doit pas être considérée comme un « machin » mis en vente, comme si c'était accessible à tous, au point que l'on ne comprend pas que l'on soit encore gros ! Regardez, il suffit d'acheter le numéro de Elle, il y a le régime X ! Franchement, je pense qu'il faut remédicaliser. Il est nécessaire pour cela, que les médecins acquièrent un peu plus de compétences, ce qui ne veut pas dire qu'ils doivent s'en occuper eux-mêmes mais ils doivent savoir orienter.

Et à l'inverse, j'ai envie de dire qu'il faut démedicaliser l'alimentation. Moi, qui suis nutritionniste depuis longtemps, je pense qu'il faut démedicaliser l'alimentation. Quand vous mangez, il faut automatiquement penser à l'effet que cela va avoir sur votre santé. Non, il faut arrêter, être un peu plus détendu, quand même !

Pour lutter contre discrimination et stigmatisation, il faut donc changer nos regards, nos valeurs, et accroître la connaissance de l'ensemble de la population vis à vis de cette affection.

Enfin, aimer les personnes telles qu'elles sont pour ce qu'elles sont et non pas pour leur apparence, fait partie du bien vivre ensemble.

Merci.

## ECHANGES AVEC LA SALLE

**Anne-Sophie JOLY** : « Les trois interventions demandaient « comment lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes obèses ? »

Je suis d'accord avec le Professeur LECERF, pour remédicaliser, mais il faut surtout que les médecins généralistes travaillent de plus en plus avec les personnes obèses, parce que finalement, le médecin généraliste, la plupart du temps, a peur. En effet, sur une consultation d'un quart d'heure ou 20 minutes, et généralement, c'est plutôt un quart d'heure montre en main, nous nous sommes rendus compte à la HAS, que le généraliste ne pèse pas ses patients, qu'il ne les mesure pas, qu'il ne prend pas le tour de taille abdominale, alors que nos problèmes sont effectivement liés à notre tour de taille abdominale et finalement, avoir un patient obèse en consultation pour un médecin généraliste, c'est un casse-tête chinois, parce qu'on ne sait pas quoi faire de ces patients. »

**Jean-Michel LECERF** : « Il faut redonner confiance au médecin par rapport à sa capacité à s'occuper d'une personne en surpoids.

Ce qui ne veut pas dire qu'il va forcément le prendre en charge, mais il a les moyens intellectuels, la connaissance et l'expertise psychologique. Il connaît son patient et il faut qu'il retrouve confiance mais, lui aussi, a été manipulé par l'idéal minceur, manipulé par le fait que les gros : « n'ont qu'à », « il faut que », « c'est de leur faute » etc... et en plus, dès l'information médicale, il est tellement habitué à ce qu'un patient exécute ce qu'on lui a prescrit et réussisse à faire ce qu'on lui dit. Il faut que le succès soit au rendez-vous. Or, le médecin n'est pas très habitué, dans sa culture, à cette approche.

Je crois, qu'il y a un vrai travail pédagogique et de formation, à faire auprès du médecin.

Il est discrédité aussi par le temps de consultation qui est rapide, parce qu'il est trop peu rémunéré. Si on lui explique que l'objectif, ce n'est pas forcément de perdre des kilos, mais de commencer quelque chose, pas à pas, il est capable d'aider son patient.

Mais il peut aussi tomber dans le panneau de la prescription des sachets de protéines. Il y a tout un travail de formation à faire auprès des médecins. On essaie de le faire mais c'est difficile. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Il y a la formation et la communication du patient. En fait, nous nous rendons compte que parler à un patient n'est pas si simple ; il n'y a pas de molécule miracle pour régler le problème, nous ne pouvons pas dire : « Prenez vos comprimés, nous nous revoyons dans 15 jours, et puis vos 15 kilos, vos 20 kilos, hop, disparus »...

Cela ne marche pas. Donc, il y a un problème médical, sociétal et conflictuel. Nous parlions tout à l'heure de la prise de poids, mais cela commence 3 mois avant la fabrication d'un bébé, qu'on soit une femme ou un homme.

Nous avons fait un colloque là-dessus, au ministère de l'Agriculture. Tout se joue, 3 mois avant la conception ! C'est-à-dire, que, vous, messieurs, vos spermatozoïdes sont programmés 3 mois avant et les ovules pareils. Ainsi, les dés sont jetés dès le départ et influenceront sur la grossesse de madame et sur ce qui suivra derrière. Donc, vous voyez, ce n'est pas simple du tout. »

**Marie CITRINI** : « Je voulais juste ajouter quelque chose, parce que Monsieur LECERF a parlé des régimes et du livre de Monsieur DUCAN.

Je m'adresse aux mamans et aux papas : faites attention ! Sur Internet, sur les pages que vos enfants consultent, il y a des petites fenêtres, comme sur Facebook. Votre petite gamine de 14/15 ans, qui s'est vue rejetée par le petit copain qui ne veut pas aller au cinéma parce qu'il a trouvé qu'elle avait un petit cul un peu trop rebondi, elle clique, elle ne fait juste que cliquer, elle n'a même pas besoin de faire entrer le bouquin à la maison. Et elle entre dans l'engrenage.

Une fois sur deux, cela basculera sur un surpoids.

Donc, on ne va pas parler obligatoirement de contrôle parental, mais juste de parler avec son enfant, de ce qu'elle est, de ce qu'il est, parce que, il y a aussi des garçons.

Depuis plusieurs années, nous voyons de plus en plus dans les consultations, des garçons anorexiques et de plus en plus de garçons en surpoids.

Faites attention, il ne faut pas obligatoirement aller au supermarché pour se payer un bouquin. Et puis nous parlions des consultations des généralistes, il y a autre chose que nos politiques doivent entendre, c'est que la prise en charge d'une personne qui veut perdre du poids, ce sont des rencontres régulières avec une diététicienne, qui sont non remboursées, ainsi que le psychologue.

Le livre DUCAN coûte 15 euros en tête de gondole et vous faites l'année avec. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Et des kilos en plus et de la maltraitance psychologique en plus. »

**Khalid HAMDANI, Directeur de l'Institut Ethique et Diversité** : « J'ai une question très précise pour le Professeur LECERF, sur la classification de l'IMC, qui si je ne me trompe pas, a trois classes : 30 à 35, 35 à 40 et supérieure à 40, classe 1, classe 2, classe 3.

Evidemment, je ne suis absolument pas scientifique, simplement, dans cette affaire, nous avons quand même des banques qui donnent des crédits basés sur cet indice, des assurances.

Vous avez tout un champ que je connais un peu, celui de la discrimination, légale celle-ci, tout à fait légale. La question précise, c'est à partir de quelle classe allons-nous avoir réellement un élément où l'on supprime, neutralise, les facteurs systémiques que vous avez évoqués, en courant vers le médical pur ? »

**Docteur LECERF** : « A partir de quand l'IMC pose des problèmes de santé ?

Le problème, c'est que là aussi, c'est très complexe.

L'IMC est associé statistiquement, lorsqu'il s'élève, à un risque accru. Entre 25 et 30, le risque augmente à peine, au-delà, il commence à augmenter un petit peu plus, mais il est éminemment variable en fonction de beaucoup d'autres facteurs. Au-delà de 40 kg/m<sup>2</sup>, le risque de complication est nettement élevé.

Vous pouvez avoir des personnes qui ont un IMC de 28, sont sédentaires, se nourrissent mal, fument, ont un petit excès de ventre. Ces personnes ont un risque beaucoup plus important qu'une personne, un homme, qui aurait trop de poids, qui serait donc en obésité dite, de grade 1 mais qui serait actif, dont le poids serait stable, qui ne fumerait pas, et qui aurait cette corpulence depuis toujours sans autres facteurs de risques associés.

Inversement, une femme de 30 ans qui aurait un IMC de 31 et qui aurait cette surcharge, essentiellement au niveau du bas du corps, sans autres facteurs de risques, n'a pas de risques cardiovasculaires particuliers, elle est même un peu plutôt protégée et donc l'IMC ne suffit pas à établir un niveau de risque.

A l'inverse encore, une femme de 65 ans qui serait un peu enrobée mais qui l'est depuis toujours, avec un IMC de 28 ou 29, n'a pas de risque pour sa santé. Il ne faut pas qu'elle maigrisse, surtout pas.

En fait, les assurances se sont embarquées dans des schémas qui sont des stéréotypes, parce que cela les arrange.

C'est beaucoup plus facile pour eux. Il faudrait des algorithmes très compliqués mais on a exploité, si vous voulez, des données statistiques pour en faire des outils économiques qui sont inappropriés et c'est très ennuyeux. On ne peut pas résumer une personne à son IMC et la santé à l'IMC. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Le groupe ALLIANZ a contacté le CNAO, en se demandant s'il ne serait pas possible, pour les gens qui ont une obésité morbide et qui se sont fait opérer ou pour les gens qui sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, de baisser les taxes ? C'est dans les tuyaux. Maintenant, les tuyaux des assurances... »

**Khalid HAMDANI** : « J'ai 2 remarques. Souvent, l'anthropologie et l'ethnologie ne sont pas assez mobilisées dans cette affaire.

Or, James NEEL, il y a fort longtemps, en 1960, 1962, avait fait un travail remarquable sur ce que l'humanité doit aux obèses.

Car le néolithique, contrairement à ce que l'on croit, était une période d'abondance, les hommes et les femmes du néolithique vivaient heureux et mangeaient bien et c'est l'agriculture et la sédentarisation qui ont créé les disettes des familles.

Durant cette période-là, ce sont les gènes, infiniment incompetents en la matière, qui vont permettre de stocker ; et ce phénomène a fait que les obèses ont permis une survie de l'humanité.

C'est une hypothèse qui a très sérieusement été retravaillée ces dernières années.

Je pense que, versé au débat, cela donne un regard peut-être légèrement différent.

Je veux dire que c'est grâce à lui que je suis là. Peut-être que c'est une hypothèse sur laquelle il faudrait réfléchir. En tout cas, ce sont des travaux extrêmement sérieux d'anthropologie.

La 2<sup>ème</sup> remarque concerne le lien entre la religion et l'obésité. Les religions n'ont pas été défavorables aux obèses, bien au contraire. L'une d'entre elle, des 3 monothéistes, prêche beaucoup la tempérance alimentaire mais fait l'éloge des rondeurs en matière d'esthétique et toute l'esthétique. »

**Jean-Michel LECERF** : « Il ne faut pas passer d'un extrême à un autre, le culte de la rondeur comme le culte de la minceur serait idiot, on retomberait dans les mêmes travers, mais la rondeur a des attraits tout à fait évidents. »

**Sylvie BENKEMOUN** : « Je voulais simplement ajouter quelque chose sur Rubens qui a été évoqué tout à l'heure. Rubens détestait les femmes grosses. Il a simplement peint les femmes de son époque. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Je dois rebondir sur les hommes de religion. Effectivement, Monsieur PELISSON, la fois prochaine, nous inviterons des hommes de religion parce que je pense, quand vous regardez bien, qu'ils ont tous quand même une bonne bedaine ! »

**Jean-Michel LECERF** : « Figurez-vous que je suis un homme religieux, parce que je suis diacre... et je suis mince ! »

**David LAVENS, Infirmier scolaire au lycée Sévigné à Tourcoing** : « Nous travaillons sur le problème de poids. En début d'année, nous devons faire du dépistage.

Cette année, nous avons remarqué qu'il y a un peu plus d'élèves qui sont atteints « de surpoids ».

On insiste sur la pratique d'activités physiques, manger bien, etc... et le rôle important des médecins traitants au niveau de leur expertise psychologique par rapport aux élèves, mais cela fait 10 ans que je suis infirmier scolaire et je remarque une augmentation des dispenses de sport.

En début d'année, nous avons une fiche d'urgence où sont indiqués les antécédents médicaux et les problèmes particuliers des élèves ; et par rapport au certificat médical qu'on a en début d'année, je regarde la fiche d'urgence et il n'y a pas d'antécédents médicaux particuliers.

On parle de la psychologie, de l'image, des regards croisés mais il y a de plus en plus de certificats médicaux qui dispensent ces élèves-là, alors que moi, sur les fiches d'urgences je n'ai pas de problème de santé particulier en dehors d'un IMC supérieur à la moyenne, ce qui n'empêcherait pas de faire du sport.

Tout à l'heure, vous parliez d'un député qui disait il faut faire courir les gros. Dans un sens, il n'a pas tort mais il a une façon de le dire qui stigmatise aussi. Mais lui mettre la machine de 40 kg sur le dos, c'est déjà fait, ce n'est pas nouveau.

Il y a des barèmes qui sont adaptés par rapport à leur IMC et au lieu de courir en 2 minutes, ils auront un peu plus de temps, on est plus dans la compétition mais dans le plaisir, et surtout dans l'importance d'avoir une activité. Là encore, il y a un paradoxe : ce n'est pas bien de fumer mais on autorise les cigarettes, on doit faire du sport, mais les médecins délivrent des certificats de dispenses, alors je ne dis pas qu'ils sont incompétents mais c'est de la psychologie. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Je suis d'accord : infirmier scolaire, c'est un très beau métier et il y a beaucoup de travail. Effectivement, les enfants ne se sentent pas à l'aise. La cause n'est pas médicale, elle est psychologique. À Paris, il y a des DU concernant le sport adapté. Effectivement, il faut adapter le sport à un élève qui a des problèmes d'articulations, de genoux, de chevilles, de bassin, de cœur, de respiration... »

**David LAVENS** : « Je suis conscient de ces problèmes, mais c'est compliqué et c'est pour cela que nous sommes ici, par rapport à l'image, le poids de la société, du regard que les gens peuvent avoir. Les cours de sport, de piscine, s'ils étaient fermés, réservés, c'est vrai que ce serait une façon de stigmatiser mais aussi par rapport à l'image de soi qu'on pourrait avoir au départ, cela pourrait aider pour pouvoir se réadapter.

Il faut faire attention et ne pas dire qu'il faut les réinsérer à tout prix et dire qu'ils sont comme tout le monde, ils ont comme vous l'avez dit, des problèmes d'articulations etc... et ne peuvent pas faire pareil que les autres mais il ne faut pas non plus les mettre dans un coin et les isoler complètement, alors c'est super compliqué.

Quand je calcule l'IMC, je dis à des jeunes filles, vous avez un IMC de... elles ont des petites connaissances et tout de suite, elles me disent « je suis grosse » ! Même le regard par rapport à elles-mêmes est compliqué, quand je leur dis tu as un IMC d'autant, c'est pour prévoir un problème de santé sur le long terme, cela peut être un diabète, de l'hypertension plus tard, mais c'est compliqué à leur faire comprendre. »

**Marie CITRINI** : « Je suis pour les ateliers d'aquagym. Je parlais plus particulièrement des adultes parce que dans ma pensée, ce sont plus les adultes.

C'est très important de ne plus sentir la pesanteur de son corps pour faire les mouvements. Il faudra de toute façon, que l'autre monde, le monde dit du « normal » rejoigne le monde du « a normal » dont parlait tout à l'heure, Monsieur le Député Maire.

Concernant les certificats médicaux, c'est là où l'on voit qu'il y a une limite à la communication institutionnelle dans les recommandations qu'a faite la Haute Autorité de Santé sur la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent en surpoids.

On a établi un certificat médical d'inaptitude partielle, qui fait un recto et le médecin généraliste va pouvoir exclure la course, par exemple, sur un enfant qui va avoir des problèmes respiratoires, et qui va estimer qu'il est plus apte à faire d'autres sports.

On a eu un frein de la part des médecins généralistes qui ont dit : dans nos consultations, nous n'avons pas le temps de remplir cela, donc on continue de faire des certificats d'inaptitude. C'est desservir l'enfant. »

**Anne-Sophie JOLY** : « Nous sommes là pour trouver des solutions. Serait-il possible de travailler conjointement avec les écoles et la mairie, sur des parcours santé adaptés pour les jeunes et au fur et à mesure les réintégrer dans une activité physique en club ? »

**MEIS Christine, médecin généraliste à Wattrelos** : « Je ne veux pas rentrer dans la polémique mais j'ai une patientèle qui est très jeune et j'ai parfois des difficultés à faire des certificats adaptés car il y a des professeurs de sports qui ne veulent pas prendre en compte les différences que peuvent présenter certains élèves.

Mais je pense que, notamment au niveau de l'asthme, on peut très bien faire courir un enfant asthmatique en prenant des précautions particulières naturellement, s'il a sa Ventoline sur lui, etc.

Il est très difficile aussi de faire des certificats d'inaptitude adaptés, parce que nous n'avons pas toujours, non plus, le répondant en face de nous.

Donc, les généralistes essaient de faire bien leur métier, ils connaissent bien leurs patients, nous essayons d'être à l'écoute, quand nous proposons des choses à certains enfants, nous ne sommes parfois pas entendus, parce qu'effectivement, en raison des messages qui viennent des médias ou de ce qui se dit dans les cours d'écoles, ce n'est pas toujours facile de pouvoir répondre. »

**Marie CITRINI :** « J'avoue que sur toutes les difficultés qu'ils rencontraient avant ce certificat, celle que vous évoquez est fondamentale.

L'école n'a pas pour vocation d'adapter 3 heures d'activités physiques hebdomadaires par rapport à chacun et on avait la difficulté de trouver en ville de l'associatif ou des structures qui permettaient de mettre en place un parcours plus adapté pour l'enfant.

Il y avait des raisons très justifiées et ce n'était pas du tout une critique vis à vis du corps médical, excusez-moi si vous l'avez compris ainsi. Mais il y avait de leur part une réelle difficulté à trouver une réponse adaptée après le certificat d'inaptitude. »

**Jean-Michel LECERF :** « Je crois que les médecins doivent faire face à des pressions des parents, parfois, qui eux-mêmes, voyant leur enfant malheureux parce qu'il a été l'objet de discrimination à l'école, se disent qu'il n'y a que cela comme solution.

Donc nous sommes un peu dans un cercle vicieux. Pour s'en sortir, on prend ce qui paraît le plus facile, c'est pourquoi il faut vraiment agir sur les causes. »

**Anne DUQUESNOIS :** « Je souhaite répondre à la question d'Anne-Sophie sur les parcours de santé et revenir sur l'action menée à Wattrelos.

Les enfants sont pris en charge par des éducateurs sportifs et vont faire des activités adaptées à leur problématique.

Nous avons acheté des vélos adaptés et ils ne vont pas seulement faire de la marche mais de l'escrime.

Les activités sont très diversifiées. Nous avons eu des enfants qui ont repris une activité physique en incitant leur famille à faire de même, comme acheter des vélos pour toute la famille.

Le problème qui se pose ensuite, c'est l'éventuelle inscription dans un club, où l'on est dans la compétition et je pense que c'est cela qui manque, des clubs où l'on pratique le sport plaisir.

Si vous allez dans un club sportif on parle automatiquement compétition.

Je vais reprendre mon exemple. Il faut faire très attention à ce que l'on dit à l'adolescence, car si vous êtes un peu rond et que vous voulez faire du sport, vous vous inscrivez mais si vous faites un sport collectif, on ne va pas s'occuper de vous. Vous êtes toujours sur le banc d'à côté parce qu'effectivement, il faut faire du sport mais vous avez plus de difficultés, puisque vous avez des problèmes d'articulation, vous bougez moins bien.

Il faut faire vraiment très attention à ce qu'on dit aux adolescents parce qu'après vous pouvez les dégoûter à tout jamais de pratiquer une activité physique. »

**Anne-Sophie JOLY :** « Les éducateurs sportifs et les professeurs sont formatés à la performance et je pense que le rapport au corps est difficile, qu'on soit gros ou pas. L'école pourrait être le bon moment d'être dans la réalité de son corps, ce qui permettrait à l'enfant, à l'adolescent de se rendre compte davantage de sa morphologie, sans fuir dans une image idéalisée.

Je ne pense pas qu'il faille adapter, mais peut-être avoir une conception qui est vraiment centrée sur la perception du corps, le mouvement, les côtés ludiques.

Pour vous donner des exemples associatifs, il y avait une association en Italie qui faisait faire de l'équitation.

On n'imagine pas que des personnes grosses puissent monter sur des chevaux. Des chevaux qui peuvent supporter leur poids, bien sûr.

Dans notre association, nous faisons de la danse africaine et la danse africaine insiste beaucoup sur la façon d'habiter son corps et sur la façon de gérer la pesanteur.

C'est quelque chose d'assez étonnant quand on est gros. N'ayez pas peur de peser, n'essayez pas de vous cacher, vous êtes ancrés au sol.

On a beaucoup trop encore une conception hygiéniste de la façon de bouger, comme de la façon de manger.

Tous les efforts, qu'on doit faire pour sortir de l'hygiénisme de l'alimentation, il faut les faire pour sortir de l'hygiénisme sportif et vraiment retrouver le plaisir du jeu, la façon d'être dans son corps. Je pense que les éducateurs sportifs ne sont pas du tout habitués à cela, comme les diététiciennes ne sont pas du tout habituées à construire des repas, avec la façon dont les gens se nourrissent.

L'éducation sportive sera discutée cet après-midi par les mairies de Roncq et de Strasbourg. Si vous voulez plus de renseignements, vous pourrez assister aux ateliers. »

**Dorothée GERMAIN, Ville de Saint-André** : « Je voulais juste rebondir sur cet aspect sport-plaisir. Finalement, allons plus loin, pourquoi note-t-on le sport au collège ? Il faut arrêter la notation et il n'y aura plus de compétition ! »

**Anne-Sophie JOLY** : « Bien d'accord avec vous ! »

**Jean-Michel LECERF** : « Certaines personnes ont bien souhaité noter le bac en fonction du poids, alors... »

J'ai un petit complément sur l'IMC. Il faut aussi interpréter la trajectoire. C'est-à-dire que, vous l'avez très bien dit, le poids c'est une histoire.

On sait quand cela commence et comment cela va évoluer.

Quelqu'un ayant un IMC à 31 et qui avait auparavant un IMC à 26 n'a rien à voir avec une autre personne ayant auparavant un IMC à 38 !

Quelqu'un, ayant un IMC à 31 ou à 35, alors qu'il était à 40, c'est formidable.

De même, je vois très souvent des gens qui sont en difficulté et qui doivent consulter un chirurgien pour un problème x ou y. Si le chirurgien leur dit : il faut que vous maigrissiez alors que cette personne a déjà perdu 25 kg, que doit-elle comprendre et faire ?

L'effort qui a été fait, est déjà extraordinaire.

Il y a des limites. Le poids, non seulement, ne définit pas les gens mais c'est une dynamique et elle peut être positive ou négative. C'est une histoire, d'où vient-on ? Et où va-t-on ? »

**Nathalie AUTEM, diététicienne** : « Je voulais savoir si au niveau de la ville de Wattrelos, il y a un encadrement qui est fait pour les personnes qui servent dans les restaurants scolaires et si une sensibilisation est faite auprès du personnel.

Je suis personnellement concernée et j'ai des messages qui me remontent du style « tes parents ont payé ton repas, alors il faut manger ton assiette » ou « si tu manges bien, tu auras un bon point, ou une sucette ».

Servir 3 fois des lasagnes à un enfant... En tant que parent, on se retrouve à devoir serrer encore plus la vis parce que à la cantine.... Après il y a peut-être d'autres choses de bien, les dames de service sont très gentilles, mais je voulais savoir s'il y avait une formation qui était faite auprès du personnel ? »

**Anne DUQUESNOIS :** « Effectivement, nous commençons à travailler sur tout l'environnement de la restauration scolaire et je vais passer la parole à notre diététicienne, qui est dans la salle et qui sera beaucoup plus apte à répondre.

**Sylvie BERTRAND, diététicienne :** il y a effectivement une formation pour les personnes qui servent les repas et qui accompagnent les enfants.

Il faut savoir que sur la ville, il y a 14 écoles, cela fait beaucoup de monde. La formation dure environ 6 à 9 heures dans l'année.

Je passe régulièrement dans les écoles et malheureusement, il y a des débordements de ce genre. Une formation ne résout pas tous les problèmes. Une personne va travailler avec ses images, son vécu et il est très difficile de tout contrôler à ce niveau.

La formation existe, mais cela va être un long apprentissage, qui mériterait des contrôles tous les jours, mais il y a aussi une question de moyens qui sont mis à notre disposition. »

# CONFERENCES DE CADRAGE

**Amélie DESROSIERS :**

*Responsable des communications,  
Coalition québécoise sur la problématique du poids*

**Sandrine SEGOVIA-KUENY :**

*Directrice générale adjointe  
en charge de la Santé Publique et Environnementale  
à l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais*

## APPROCHE QUEBÉCOISE DE L'OBESITE

### ***Amélie DESROSIERS***

*Responsable des communications, Coalition québécoise sur la problématique du poids*

Bonjour, cela me fait plaisir d'être avec vous aujourd'hui pour vous présenter l'approche québécoise de l'obésité et les actions de la coalition pour laquelle je travaille. J'espère que vous me comprendrez bien malgré mon accent.

Comme de nombreuses sociétés occidentales, le Québec est aux prises avec une épidémie d'obésité et de problèmes de poids qui a des conséquences graves sur la santé et la qualité de vie de ses citoyens. Cette situation engendre aussi des coûts directs pour son système de santé public et des conséquences sur son économie en général. Selon des données mesurées, 57% de la population adulte est en surpoids (22% obésité et 35% embonpoint)<sup>7</sup> et près d'un enfant sur quatre (7% obésité et 15% embonpoint)<sup>8</sup>.

Depuis le début des années 1970, la croissance de la prévalence du surpoids est constante et toutes les tranches de la société sont touchées sans égard au statut socioéconomique, au revenu, au sexe, etc... Une telle progression de l'obésité dans l'ensemble de la communauté ne peut donc pas, être attribuée uniquement à des changements de comportements individuels. Bien que les choix d'habitudes de vie relèvent de l'individu, ils sont conditionnés par l'environnement dans lequel il évolue. Effectivement, notre santé est soumise à l'influence d'un vaste ensemble de facteurs. Par exemple, l'étalement des villes où l'offre abondante de malbouffe ainsi que le marketing intensif qui l'accompagne participent à l'influence que subissent les individus au quotidien. On pourrait illustrer ceci par le fait que la majorité de la population sait qu'il est recommandé de manger 5 à 10 portions de fruits et légumes par jour, mais encore faut-il qu'elle y ait facilement accès physiquement et économiquement.

---

<sup>7</sup> Mongeau, L., N. Audet, J. Aubin et R. Baraldi (2005). L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003. Québec : Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique.

<sup>8</sup> Tjepkema, M. et M. Shields (2005). Obésité mesurée : obésité chez les adultes au Canada (Produit no 82-620-MWF20050001). Ottawa : Statistique Canada, Repéré le 20 décembre 2011 à [www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/adultes-adultes/8060-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/adultes-adultes/8060-fra.htm)

C'est dans cette vision écologique que l'approche québécoise de l'obésité a été développée au début des années 2000, par le Groupe de travail provincial, sur la problématique du poids (GTPPP) qui regroupait une dizaine d'experts et de professionnels qui se sont penchés sur la question.

### « Problèmes reliés au poids »

Premier constat important de ce groupe : il convient d'aborder les « problèmes reliés au poids » plutôt que de se concentrer uniquement sur l'obésité. Par « problèmes reliés au poids », on entend à la fois l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids, soit le désir omniprésent de minceur qui peut être présent chez des personnes qui sont en surpoids ou non. Ces deux phénomènes vont de pair. D'une part, un accent prononcé sur l'obésité, plutôt que sur l'adoption de saines habitudes de vie, peut exacerber le désir de minceur. D'autre part, l'obsession de la minceur mène souvent à des tentatives répétées d'amaigrissement qui peuvent être néfastes pour la santé physique et mentale, entraînant même, à terme, un gain de poids (phénomène du yoyo). Ainsi, les deux pendents de cette problématique doivent être considérés dans un tout constructif afin d'éviter que les actions visant à prévenir l'une, n'entraînent pas l'autre.

### Mieux vaut prévenir que guérir

L'approche québécoise des problèmes de poids s'articule principalement autour de la prévention primaire et de la promotion de la santé, concept inspiré de la Charte d'Ottawa<sup>9</sup>. Devant la complexité des problèmes reliés au poids et des facteurs qui les influencent, il convient de trouver des solutions multiples et complémentaires. Evidemment, il n'existe pas de remède miracle à l'épidémie d'obésité. C'est plutôt un ensemble d'actions qui nous permettra de mieux intervenir.

Pour ce faire, la toile causale des facteurs influençant la problématique du poids<sup>10</sup> présente l'ensemble des mécanismes qui amènent l'instauration de changements sociaux qui, à leur tour, influencent le poids. On y constate donc, clairement, que les causes des problèmes reliés au poids sont multiples et que pour chaque comportement en lien avec le poids, « la responsabilité de l'individu de faire des choix sains est soumise à des pressions environnementales très fortes »<sup>11</sup>. Cette toile causale nous permet d'identifier différentes cibles à adresser pour agir en amont sur les déterminants et renverser la tendance indésirable actuelle. Au-delà de l'éducation et de la sensibilisation, on agira donc aussi sur les environnements.

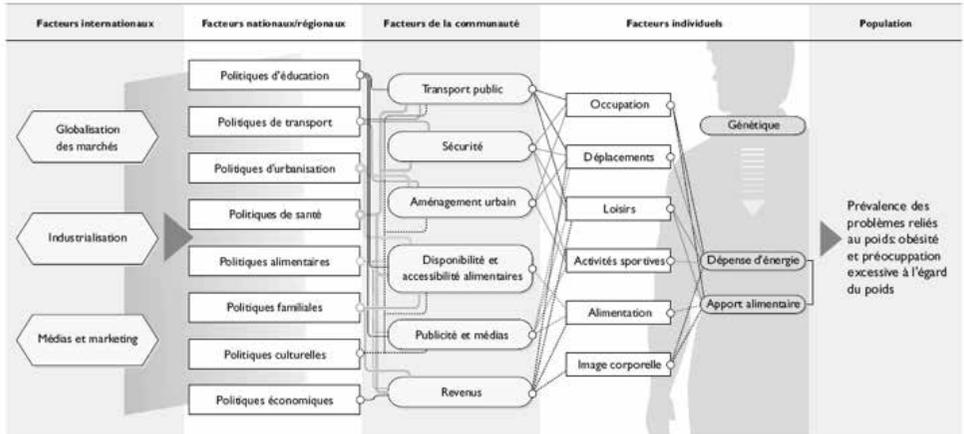
---

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa. Repéré le 19 avril 2011 à [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

<sup>10</sup> International Obesity Task Force adapté de Kumanyika, S. et al. (2002). *International Journal of Obesity* 2002;26:425-36. Traduit et adapté par Ritenbaugh C., Kumanyika S., Morabia A., Jeffery R., et Antipatis V., IOTF 1999. Dans Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2004). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*. Editions ASPQ, Montréal, 23 pages. Repéré le 4 juin 2013 à [www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec\\_un-appel-a-la-mobilisation.pdf](http://www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec_un-appel-a-la-mobilisation.pdf)

<sup>11</sup> Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2004). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*. Editions ASPQ, Montréal, 23 pages. Repéré le 4 juin 2013 à [www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec\\_un-appel-a-la-mobilisation.pdf](http://www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec_un-appel-a-la-mobilisation.pdf)

**Toile causale des facteurs influençant la problématique du poids\***



**Environnements favorables**

Au cours des dernières décennies, notre mode de vie a beaucoup changé, ce qui explique en partie la progression fulgurante des problèmes reliés au poids. En présence d'environnements qualifiés d'« obésogènes », c'est-à-dire qu'ils ne facilitent pas les choix favorables au maintien du poids, à la saine alimentation ou à un mode de vie physiquement actif<sup>12</sup>, l'information et l'éducation ne suffisent plus. Le marketing de l'industrie est aussi plus présent que jamais, ce qui peut accentuer la confusion chez les consommateurs et inviter à des choix moins souhaitables. Notons que pour chaque dollar américain investi par l'Organisation mondiale de la Santé pour la promotion de saines habitudes alimentaires, le secteur agroalimentaire en dépense 500 pour promouvoir ses produits transformés<sup>13</sup>. Ainsi, pour conduire la population à modifier ses habitudes de vie, l'approche québécoise de la problématique du poids vise notamment à rendre les choix santé plus faciles et les choix malsains plus difficiles à faire, créant alors des « environnements favorables ».

Bien que les grandes campagnes de sensibilisation puissent rejoindre un large public, il n'en demeure pas moins que certaines personnes n'ayant pas accès aux médias conventionnels (accès physique, langue, éducation/alphabétisation, etc.) ne seront pas touchées par celles-ci, contribuant à élargir les écarts de santé entre certains sous-groupes. En modifiant nos environnements, nous agissons pour toute la société.

<sup>12</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. Repéré le 15 mai 2013 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf>

<sup>13</sup> International Association of Consumer Food Organizations (IACFO). Broadcasting Bad Health: Why Food Marketing to Children Needs to be Controlled. Washington. Juillet 2003.

## Un projet de société

Les solutions à mettre en place pour modifier les environnements et prévenir les problèmes reliés au poids nécessitent une collaboration de plusieurs secteurs d'activités qui se retrouvent à l'extérieur du réseau de la santé. Comme souligné par l'Organisation mondiale de la Santé dans son *Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non-transmissibles*, « les déterminants fondamentaux des maladies non transmissibles se situant souvent en dehors du secteur de la santé, les stratégies supposent la participation d'acteurs du côté aussi bien public que privé de secteurs multiples comme l'agriculture, les finances, le commerce, les transports, l'aménagement urbain, l'éducation et les sports »<sup>14</sup>.

C'est avec cette même vision que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec plusieurs autres ministères et organismes, a mis sur pied, en 2006, le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012) : Investir pour l'avenir*<sup>15</sup>(PAG). Né, grâce à une véritable volonté politique, ce plan d'action repose sur la contribution et la concertation de 10 ministères et organismes. Ceux-ci collaborent pour mettre en avant plusieurs orientations et actions qui visent à améliorer la qualité de vie des Québécois, en rendant les environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie et en s'attardant à l'ensemble des problèmes reliés au poids. Pour ce faire, le PAG mise sur 5 axes prioritaires :

- Favoriser une saine alimentation
- Favoriser un mode de vie physiquement actif
- Promouvoir des normes sociales favorables
- Améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids
- Favoriser la recherche et le transfert de connaissances

## Trois secteurs d'interventions stratégiques

Les travaux du GTPPP ont mis l'accent sur trois « environnements » qui ont un impact considérable sur les problèmes reliés au poids, soit l'environnement alimentaire, environnement bâti et environnement socioculturel. Pour modifier chacun de ces environnements, une variété d'interventions concertées est à prévoir à plusieurs niveaux : sensibilisation, éducation, taxation, réglementation, législation, etc. Pour y arriver, la mobilisation et l'implication de tous les acteurs de la société sont essentielles, particulièrement celles des décideurs nationaux, régionaux et locaux. Ainsi, il devenait nécessaire de mettre en place une force de frappe ayant pour seul mandat l'évolution des politiques publiques, laissant l'éducation et la sensibilisation aux soins d'autres organismes. La Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids) a donc vu le jour en 2006 à la suite d'une grande concertation d'acteurs de tous les milieux.

---

<sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé (2008) Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non-transmissibles. Repéré le 27 octobre 2011 au [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf)

<sup>15</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir. Repéré le 27 octobre 2011 au <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/fi/documentation/2012/12-289-08W.pdf>

Son mandat est de susciter les appuis nécessaires pour revendiquer des modifications législatives, réglementaires et des politiques publiques afin de favoriser la mise en place d'environnements facilitant les choix santé qui contribueront à prévenir les problèmes de poids. Aujourd'hui, la Coalition Poids peut compter sur l'appui de plus de 260 partenaires issus du monde municipal, scolaire, de la santé, de la recherche, de l'environnement, de la nutrition et de l'activité physique. Ces partenaires endossent tous la plate-forme de la Coalition Poids, qui présente des mesures spécifiques dans les trois secteurs environnements définis par le GTPPP.

## **Environnement alimentaire**

La plupart des Québécois savent qu'une saine alimentation est essentielle à la santé. Pourtant, on cuisine moins, on mange plus et plus souvent, et les problèmes de poids et maladies chroniques liés à l'alimentation nous assaillent.

Notre environnement alimentaire a profondément changé :

- Les repas en famille autour d'une table sont de plus en plus rares. Alors que 8 adultes sur 10 ont vu leurs parents cuisiner tous les jours, environ 4 parents sur 10 cuisinent aujourd'hui chaque soir. Les enfants ont donc moins d'opportunités de développer leurs compétences alimentaires et culinaires<sup>16</sup>.
- Nous mangeons maintenant à toutes sortes d'heures et d'endroits.
- Nos repas et aliments sont de plus en plus préparés par l'industrie alimentaire.
- Les portions sont plus grosses pour nous donner l'impression « d'en avoir plus que pour notre argent ».
- Les nouveaux aliments se multiplient au rythme de 10 000 par année, dans un circuit qui en compte plus de 300 000.
- Les aliments transformés, riches en sucres, en gras, en sel, possèdent souvent une haute densité énergétique.
- Et on les retrouve partout : au garage, dans les pharmacies, dans les cinémas, dans les stations de métro...

Créer un environnement alimentaire qui favorise et facilite une alimentation saine peut se faire notamment par :

- Des politiques alimentaires dans les écoles et les établissements de santé ;
- **Une politique d'étalage responsable dans les marchés d'alimentation ;**
- Des cours de cuisine dans les écoles pour développer le savoir-faire culinaire et le plaisir de bien s'alimenter ;
- Des menus offrant des portions modérées dans les restaurants ;
- Une taxe dédiée pour soutenir des actions de prévention des problèmes de poids.

---

<sup>16</sup> Projet Tout le monde à table (s.d.). Extensio, Centre de référence sur la nutrition du Département de nutrition de l'Université de Montréal. Repéré le 15 mars 2013 au [www.toutlemondeatable.org](http://www.toutlemondeatable.org)

## Environnement bâti

La majorité des Québécois et des Québécoises sont conscients des bienfaits de l'activité physique pour le mieux-être, la santé et la qualité de vie. Pourtant, ils n'en restent pas moins sédentaires.

L'explication se trouve notamment dans notre environnement et dans notre mode de vie :

- Les enfants marchent de moins en moins pour se rendre à l'école.
- Les villes se sont développées en fonction de l'automobile, rendant les modes de transport actif comme la marche et le vélo de plus en plus difficiles. En banlieue, tous les services sont à distance de voiture. Nous sommes devenus dépendants de l'automobile, même pour des trajets courts.
- Les loisirs qui ne demandent pas de dépense d'énergie, tels que la télévision et les jeux vidéo, sont devenus de plus en plus accessibles et de plus en plus attrayants.

Et si un mode de vie plus agréable nous amenait aussi à être plus actifs, moins sédentaires? Si on arrivait, collectivement, à concilier le besoin de bouger avec les exigences de la vie de tous les jours ? Si, pour se déplacer, la marche, la bicyclette, le transport en commun devenaient aussi accessibles que l'automobile, voire plus efficaces et moins coûteux? Ne serait-ce pas là une excellente façon de faire de l'exercice, de dépenser de l'énergie sans se discipliner, se culpabiliser ou faire des efforts qui semblent parfois si pénibles aujourd'hui ?

Au Québec, bien que les municipalités ne détiennent pas de responsabilités formelles en matière de santé, certaines de leurs décisions ont un impact direct sur la santé publique. Pensons à l'aménagement des parcs, des pistes cyclables, des trottoirs et des installations sportives, au service des loisirs et au transport en commun. Les élus municipaux ont le pouvoir de légiférer pour limiter l'usage de l'automobile dans certaines zones et prioriser les marcheurs et les cyclistes. Les autorités municipales ont les moyens d'intervenir directement sur notre environnement immédiat, nos rues, nos parcs, nos quartiers, nos villes.

Nous pouvons donc améliorer l'environnement bâti notamment par :

- Un environnement sécuritaire autour de chaque école pour que les enfants puissent s'y rendre à pied ou à vélo ;
- Une politique d'école active ;
- Des ententes entre les municipalités et les écoles afin d'accroître l'utilisation des installations sportives en dehors des heures de classe ;
- La revitalisation des quartiers par de larges trottoirs, un mobilier urbain adéquat et des aménagements paysagers ;
- La multiplication des parcs, des espaces verts, des pistes cyclables et des réseaux piétonniers ;
- La limitation de l'automobile dans certaines zones ;
- L'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de transport en commun.

Plusieurs groupes sociaux qui travaillent en faveur de la protection de l'environnement et du développement durable ont les mêmes revendications, quoique pour des raisons souvent différentes. La convergence de ces intérêts, la complémentarité de ces arguments et la concertation de certaines de nos actions pourront faire en sorte que notre environnement bâti favorise l'activité physique et la dépense énergétique et, du même coup, améliore la qualité de vie dans nos communautés.

## Environnement socioculturel

Notre environnement socioculturel a lui aussi beaucoup changé depuis une vingtaine d'années. La publicité est omniprésente et elle modifie profondément notre rapport au corps, à l'alimentation et à bien d'autres choses. On estime que les individus sont exposés à plus de 1 500 publicités par jour, à la télévision, dans les journaux, sur Internet, sur les panneaux routiers, sur les aribus, dans le métro, dans les circulaires et même dans les toilettes publiques !

Même si les enfants ne disposent pas de leur propre source de revenus, ceux-ci sont exposés à plus de 40 000 publicités par année, uniquement à la télévision<sup>17</sup>. Parmi ces messages, près du  $\frac{3}{4}$  des publicités provenant de l'industrie agroalimentaire font la promotion d'aliments trop gras, trop sucrés ou trop salés (ex. : grignotines, friandises, mets préparés, boissons)<sup>18</sup>,<sup>19</sup>. Les aliments hautement transformés, créés par l'industrie agroalimentaire, sont l'objet d'une mise en marché agressive et d'une publicité omniprésente. Compte tenu de leur vulnérabilité, ce marketing influence conséquemment leurs connaissances, leurs préférences et leurs choix alimentaires, posant obstacle à la promotion d'une saine alimentation. C'est pourquoi, en 1978, le Québec a reconnu la vulnérabilité des enfants face au marketing commercial et s'est doté d'un encadrement pour les protéger<sup>20, 21</sup>, soit les articles 248 et 249 de la Loi sur la protection du consommateur (LPC) interdisant la publicité commerciale destinée aux enfants de moins de 13 ans. L'expérience a toutefois démontré que certaines entreprises continuent à cibler le marché lucratif que constituent les enfants.

---

<sup>17</sup> Office de la protection du consommateur. Vos enfants et la pub. Repéré le 12 mai 2013 au [www.opc.gouv.qc.ca/fileadmin/media/documents/consommateur/sujet/publicite-pratique-illegale/EnfantsPub.pdf](http://www.opc.gouv.qc.ca/fileadmin/media/documents/consommateur/sujet/publicite-pratique-illegale/EnfantsPub.pdf)

<sup>18</sup> Union des consommateurs (2006). Marketing de la malbouffe pour enfants. Repéré le 18 août 2011 au [www.consommateur.qc.ca/union-des-consommateurs/docu/agro/malbouffe.pdf](http://www.consommateur.qc.ca/union-des-consommateurs/docu/agro/malbouffe.pdf)

<sup>19</sup> Laperrière, J-P, Renaud, L. & Des Rivières-Pigeon, C. (2010). Les stratégies publicitaires qui plaisent aux jeunes : une présence accrue sur les chaînes jeunesse. Repéré le 11 août 2011 au [www.grms.uqam.ca/upload/files/Article/3-3\\_ER\\_A\\_strategies\\_publicitaires\\_jeune.pdf](http://www.grms.uqam.ca/upload/files/Article/3-3_ER_A_strategies_publicitaires_jeune.pdf)

<sup>20</sup> Loi sur la protection du consommateur. L.R.Q., chapitre P-40.1. Repéré le 5 juillet 2011 au [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P\\_40\\_1/P40\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_40_1/P40_1.html)

<sup>21</sup> Wilcox, B. L., Kunkel, D., Cantor, J., Dowrick, P., Linn, S. & Palmer, E. (2004). Report of the APA Task Force on Advertising and Children. Repéré le 5 juillet 2011 au [www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf](http://www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf)

Les nombreuses plaintes déposées par la Coalition Poids et les plaidoyers de culpabilité enregistrés<sup>22</sup>, confirment la nécessité de maintenir la surveillance pour protéger nos enfants contre les assauts répétés de la commercialisation.

La prévention des problèmes de poids au Québec doit aussi passer par une reprise en main collective de notre paysage médiatique, de notre espace public et de notre environnement socioculturel qui peut se faire par :

- L'application rigoureuse de la loi sur la publicité destinée aux enfants ;
- Une réglementation sur les produits, services et moyens amaigrissants ;
- Des mesures législatives ou réglementaires pour limiter l'empiètement de la publicité dans les espaces publics ;
- La création d'un organisme indépendant pour régir l'industrie de la publicité ;
- L'implantation d'une politique de conciliation travail-famille pour permettre aux familles de prioriser leur santé et leur bien-être.

### **Actions de la Coalition Poids**

Pour assurer la mise en œuvre de ces différentes mesures, la Coalition Poids souhaite influencer les décideurs de tous les paliers de gouvernement afin qu'ils prennent conscience de l'impact de leurs décisions sur l'adoption de saines habitudes de vie par la population. Pour ce faire, elle doit entre- autre, faire évoluer l'opinion publique en faveur des mesures proposées. Elle utilise les médias (traditionnels et sociaux) pour faire connaître ces enjeux, la science qui s'y rattache et les solutions prometteuses. Elle utilise des sondages, des pétitions, des campagnes de lettres, etc. Elle participe aux consultations en cours, rencontre les politiciens concernés dans différents secteurs d'activité, développe des argumentaires étoffés, oriente les débats en fonction des mesures qu'elle propose, etc. Elle travaille donc en complémentarité avec les autres organismes qui œuvrent sur le terrain, auprès des familles et des jeunes, pour que la sensibilisation et l'éducation puissent trouver écho dans un environnement où les changements de comportements seront plus faciles à réaliser et à conserver.

---

<sup>22</sup> Coalition québécoise sur la problématique du poids (s.d.). Plaidoyers de culpabilité enregistrés. Repéré le 12 mai 2013 au [www.cqpp.qc.ca/fr/dossiers/publicite-destinee-aux-enfants/plaidoyers-de-culpabilite-enregistres](http://www.cqpp.qc.ca/fr/dossiers/publicite-destinee-aux-enfants/plaidoyers-de-culpabilite-enregistres)

## LE PROGRAMME REGIONAL DE PREVENTION DE L'OBESITE

### **Sandrine SEGOVIA-KUENY**

*Directrice générale adjointe en charge de la Santé Publique et Environnementale à l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais*

Bonjour à tous.

Je vous parlerai, comme Directrice générale adjointe mais également comme médecin. Le fait, d'être passée après Amélie, notre collègue du Canada traduit quelque chose d'important. Celle de l'importance en Santé publique, de nos cousins canadiens qui en sont les leaders. En effet, lorsqu'on regarde nos plans de santé publique, on remarque qu'ils s'inspirent librement de plans canadiens.

En outre, le modèle canadien promeut un cadre d'actions en Santé publique avec un investissement politique fort étatique et provincial, que l'on retrouve dans notre région où les collectivités territoriales s'impliquent au côté de l'Etat. Les élus sont des parties prenantes dont le maire de Roncq ici présent, qui était intervenu la semaine dernière pour un autre projet de prévention et promotion de la santé avec l'IRFO. Je dirais que le modèle que nous avons adopté dans le Nord-Pas-de-Calais, est le modèle d'une Agence de Santé, inspiré d'un modèle québécois. Par ailleurs, la stabilité que nous avons en santé publique est issue de la stratégie inscrite dans le projet régional de santé, déclinée dans le schéma régional de prévention et qui requière une composante essentielle celle de l'évaluation, qui demeure un point fort de la démarche de santé publique canadienne.

Dans notre région, l'Agence régionale de santé a décidé à la suite de l'élaboration du Plan National Obésité, d'élaborer un Plan Régional Obésité, qui aura pour objectif de formaliser notre stratégie dans ce domaine notamment sur la prise en charge des personnes. Parallèlement un nouveau programme régional Alimentation et Activité physique va être adopté, qui est le fruit d'un travail de concertation avec l'ensemble des associations, des professionnels de santé, les usagers, les différentes administrations impliquées dans ce sujet. Au-delà du Programme Régional Alimentation et Activité Physique, des conventions seront à discuter avec la Direction Régionale Alimentation, avec la Direction Jeunesse Sports et Cohésion Sociale parce que c'est important de fixer dans le temps des objectifs et de formaliser ce que nous pouvons faire ensemble.

Concrètement, je voudrais revenir, sans être redondante avec les propos de ce matin de Monsieur le Directeur général, Daniel Lenoir sur nos leviers d'actions, nos victoires et nos actions à construire ensemble.

D'une part, la démarche initiée au Canada sur les taxes sur les produits énergisants et les taxes sur les boissons sucrées est séduisante sur le message de santé publique mais elle est également contributive lorsque ces taxes servent à financer des actions de prévention et promotion de la santé. Ce débat sera sans doute de nouveau au sein de la prochaine loi de finances de la Sécurité Sociale.

D'autre part, le sujet des conventions multi partenariales, des appels à projet partagés permettent d'arriver à formaliser des projets ensemble et les financer comme cela se traduit également dans les contrats locaux de santé avec les municipalités en présence des autres acteurs. Enfin, l'innovation c'est également comme lors d'un point presse co organisé par l'ARS de diffuser des pistes d'actions qui pourraient se territorialiser comme avec l'outil du diagnostic de l'IRFO, qui permet de connaître son état de santé et sa condition physique.

Notre ambition, au-delà de la mise en œuvre d'actions est également de changer le regard sur l'obésité et au-delà du discours qui est le plus souvent celui de la culpabilisation, d'essayer d'avoir une prise en compte globale de l'ensemble des déterminants, de l'alimentation, de l'activité physique, et de l'urbanisation. En effet, l'urbanisation ne prévoit pas toujours la possibilité de marcher, d'avoir un libre accès à des transports en commun permettant d'éviter de prendre sa voiture, mais aussi d'avoir accès à des équipements sportifs à proximité. Est-ce qu'on pourrait rêver d'avoir plus de piscines, est-ce qu'on pourrait rêver d'avoir plus de possibilités de faire plus aisément du sport, sans doute mais beaucoup d'efforts sont menés, et il faut se rappeler que les conditions doivent être réunies avec d'un côté l'envie de faire une activité et de l'autre l'offre et enfin de son coût.

En tant que médecin, je voudrais aussi aborder la question des régimes, dont la connotation est assez négative. Nous devons surtout privilégier une bonne hygiène de vie, une alimentation équilibrée et avoir une activité physique qui soit adaptée dès le plus jeune âge. Cela a été dit ce matin, mais plus nous faisons de régime, plus notre dépense énergétique diminue et plus il faudra avoir un régime de famine pour essayer de ne pas prendre du poids avec des risques de dénutrition et de reprise plus importante de poids à postériori. C'est pourquoi, le plus important est d'avoir une activité physique associée à un régime alimentaire équilibré, qui permettra de remettre à zéro notre métabolisme de base puis de poursuivre par une alimentation équilibrée avec un nombre de calories suffisant et nécessaire qui couvre l'ensemble de nos besoins nutritionnels.

Je voudrais sincèrement remercier Dominique BAERT, député-maire de Wattrelos pour cette journée qui réunit un grand nombre de participants et qui témoigne de son implication dans la santé de la population. Cette journée illustre à la fois le diagnostic porté sur l'obésité donc que nous sommes la région de métropole la plus touchée avec 20% de notre population mais aussi qui montre la dynamique mise en œuvre pour essayer d'y répondre. Les solutions dépendent de l'ensemble des acteurs et il n'y a pas de fatalité, mais de la prévention à tous les âges de la vie. Ainsi, il faut associer la démarche de la prévention à instaurer chez les tout petits et la vigilance à adopter comme parents, comme famille auprès de nos enfants qui sont les futurs consommateurs de demain. À titre d'exemple, si j'écoutais mes fils, nous serions davantage sur un régime alimentaire hamburgers ou pizzas à emporter tels que mis en valeur dans les publicités, que dans un type d'alimentation équilibrée.

J'aimerais conclure avec vous sur des simples mots avec en premier : le travail ensemble, parce qu'effectivement, c'est ensemble que nous pouvons gagner du terrain pour avoir une meilleure santé dans notre région. Pour le deuxième : l'absence de fatalité. On connaît les déterminants, on sait sur quels leviers agir et surtout sur quels leviers agir ensemble. Enfin, pour le troisième : la détermination. C'est une qualité que l'on retrouve dans notre région, qui est au-delà de l'engagement individuel du monde des élus, des associatifs, des professionnels de santé, des citoyens, le fait de dire qu'ensemble on peut réussir à faire bouger les lignes en faveur de notre santé.

Je vous souhaite une bonne après-midi.

# ATELIER 1

*Comment lutter contre la stigmatisation ?  
Quelles bonnes pratiques et quels bons messages  
des politiques publiques ?*

Animateur :

**Jean-Michel LECERF**

Intervenants :

**Sylvie BERTRAND,**

*Diététicienne, Wattlelos*

**Hélène DEBERNARDY,**

*Directrice Régionale Adjointe  
de la Direction Régionale de l'Agriculture,  
de l'Alimentation et de la Forêt*

**Amélie DESROSIERS,**

*Responsable des communications,  
coalition québécoise  
sur la problématique du poids*

**Juliette KERAUDY,**

*Élue en charge de la restauration municipale  
et des relations internationales, Wattlelos*

**Vincent LEDOUX,**

*Maire de Roncq*

**Jean-Philippe ZERMATI,**

*Nutritionniste, psychothérapeute,  
Président de l'association GROS*

Bonjour à toutes et à tous, je me présente, je suis le Docteur Jean-Michel LECERF, je vais animer cet atelier, qui a pour titre « Comment lutter contre la stigmatisation ? Quelles bonnes pratiques et quels bons messages des politiques publiques ? »

Avec moi cet après-midi, un certain nombre d'experts, des grands noms, des compétences et je vais leur demander de se présenter, très brièvement, ensuite, je leur poserai une ou deux questions, et ils auront une ou deux minutes pour répondre, car le but du jeu, cet après-midi, c'est d'établir un dialogue entre nous, mais surtout avec vous, donc, cet atelier sera interactif, comme il se doit.

**Sylvie BERTRAND** : je suis diététicienne à la ville de Wattrelos. On m'a demandé d'expliquer ce qui se fait dans la commune, les différentes actions de prévention que nous essayons le plus possible de ne pas être stigmatisantes. Je travaille à temps partiel ici et j'ai un autre mi-temps en consultation. Je suis ravie des choses que j'ai entendues ce matin, car j'entends régulièrement des gens qui me disent : je n'ai aucune qualité, je suis en surpoids, c'est tout.

**Juliette KERAUDY** : je suis élue en charge de la restauration municipale et des relations internationales, mais pas pour aujourd'hui, et j'ai en charge une direction d'une école dans le quartier de la Martinoire à Wattrelos où je travaille beaucoup sur la prévention de l'obésité par des actions non stigmatisantes.

**Amélie DESROSIERS** : je viens du Québec, pour la coalition Québécoise sur la problématique du poids. Je suis responsable des communications. À la coalition, certains sont chargés de développer les contenus, les argumentaires etc..., pour appuyer les mesures que l'on propose, et moi je suis chargée de les faire connaître au public et de passer par les médias pour rejoindre les décideurs politiques. Nous essayons d'être le moins stigmatisant possible dans nos discours. Les mots ont une grande importance pour éviter de stigmatiser les personnes en surpoids.

**Hélène DEBERNARDI** : je suis Directrice Régionale Adjointe de la Direction Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt, nous sommes les représentants du Ministère de l'Alimentation au niveau régional et je suis là pour vous parler de la politique de l'alimentation et du programme national pour l'alimentation et puis également des actions que nous menons à la DRAAF sur le sujet alimentation, de manière générale.

**Vincent LEDOUX** : Maire de Roncq, je représente les 250 communes qui sont engagées dans un programme qui s'appelait initialement EPODE, et qui s'appelle désormais le réseau VIF, Vivons en Forme, dont l'objectif est de faire en sorte d'aider les collectivités territoriales de base que sont les communes, à promouvoir des modes de vies, des habitudes alimentaires et des pratiques d'activités physiques favorable à la santé. Et il n'y a pas plus proche que la commune et le maire de ses concitoyens, enfin normalement et c'est ce que montrent encore les sondages dans ce désamour des français avec la politique, Cela veut dire que nous sommes les acteurs bien placés pour être les relais des politiques dont nous parlons depuis ce matin.

**Jean-Philippe ZERMATI** : je suis nutritionniste et psychothérapeute, je suis président d'une association qui s'appelle le GROS, Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. C'est une association qui existe depuis 15 ans, dont la vocation est de lutter contre les régimes et les pratiques restrictives dans leur ensemble, et de lutter également contre la stigmatisation, non pas uniquement pour des raisons de justice sociale ou de morale, mais pour des raisons médicales. Je vous expliquerai pourquoi la stigmatisation, ce n'est pas bon pour la santé.

**Jean-Michel LECERF** : la parole est à Madame DESROSIERS :

### ***Amélie DESROSIERS***

*Responsable des communications, Coalition québécoise sur la problématique du poids*

Bien que la majorité de la population adulte affiche un surpoids en Amérique du Nord, la norme sociale soutient encore qu'être gros est une caractéristique indésirable liée à la responsabilité individuelle et souvent associée à la paresse ou à la négligence de son apparence et de sa santé. Au sein d'une telle société où la minceur est synonyme de beauté et de succès, des études tendent à montrer que les enfants ont une aversion pour les grosses personnes dès l'âge de 4 ans<sup>23</sup>. Les personnes obèses sont alors fortement susceptibles d'être jugées, critiquées, rejetées et stigmatisées. Ces personnes, aussi porteuses des mêmes valeurs dites occidentales, peuvent également avoir de la difficulté à accepter leur propre condition, voire à éprouver du dégoût ou du mépris envers elles-mêmes, facteurs conduisant bien souvent à une préoccupation excessive à l'égard du poids.

Pourtant, lorsque l'on observe la toile causale de l'obésité, on remarque que de nombreux déterminants du surpoids sont extérieurs à l'individu et conditionnent les choix individuels. En effet, une progression aussi importante de l'obésité au cours des 40 dernières années ne peut pas relever uniquement de choix personnels ou de facteurs relatifs aux individus. Ainsi, en ciblant principalement la responsabilité individuelle dans le discours public, nous risquons d'accroître la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes en surpoids. Puisque l'approche individuelle pousse à l'obsession de la minceur et à l'utilisation de méthodes de perte de poids douteuses voire dangereuses pour leur santé<sup>24</sup> ou au développement de troubles alimentaires, ce type d'approche ne contribue pas à enrayer le problème de santé publique lié à l'obésité. Au contraire, il pourrait contribuer à l'aggraver.

---

<sup>23</sup> Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 429–451.

<sup>24</sup> Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2004). Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation. Editions ASPQ, Montréal, 23 pages. Repéré le 4 juin 2013 à [www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec\\_un-appel-a-la-mobilisation.pdf](http://www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec_un-appel-a-la-mobilisation.pdf)

Par conséquent, même si elle n'intervient pas directement auprès de la population par des programmes ou des campagnes de sensibilisation, la Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids) porte une attention particulière aux messages qu'elle transmet. En effet, la Coalition Poids tente d'influencer les décideurs pour qu'ils mettent en place des politiques publiques favorables à l'adoption de saines habitudes de vie (comme expliqué plus tôt dans la présentation « Approche québécoise de l'obésité »). Pour rejoindre les décideurs, elle utilise notamment les médias traditionnels via ses relations publiques et les médias sociaux. Pour éviter, autant que possible, d'encourager la stigmatisation des individus en surpoids, elle concentre son discours et ses actions uniquement sur les environnements plutôt que sur les comportements individuels. Outre l'avantage majeur d'éviter de causer du tort à une partie de la population, cette façon de faire permet également d'être efficace en termes de santé publique, en favorisant les saines habitudes de vie autant chez les personnes en surpoids que chez les individus de poids normal.

D'ailleurs, la plupart des organismes québécois traitant d'obésité estiment qu'il est préférable d'éviter l'utilisation de l'expression « lutte contre l'obésité » pour des raisons de stigmatisation. L'expression « lutte contre l'obésité » peut avoir la connotation de « lutte contre les personnes obèses », ce qui encourage inévitablement la stigmatisation et les discriminations qui en découlent. Nous préférons davantage parler de « prévention de l'obésité » (ou plus largement, des problèmes reliés au poids).

Mais, au-delà de la prévention de l'obésité, la promotion des saines habitudes de vie, semble une voie d'intervention encore plus prometteuse. L'obésité a été longuement identifiée comme un cheval de bataille clair et visible. Toutefois, aujourd'hui, on tend à miser davantage sur l'acquisition de saines habitudes de vie (qui contribueront à prévenir les problèmes reliés au poids). De plus, c'est toute la population qui bénéficie d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif, et non seulement les personnes en surpoids. Ainsi, en faisant davantage la promotion des saines habitudes de vie, on obtient un angle de communication et d'intervention plus large qui ne discrimine pas les personnes obèses.

En plus, lorsque l'on met l'accent sur les environnements favorables<sup>25</sup> à l'adoption de saines habitudes de vie, cela nous permet d'agir pour améliorer la santé de la population générale tout en se détachant le plus possible d'un regard et d'une approche individuelle et culpabilisante de l'obésité. Il convient donc de mettre l'accent sur la nécessité de créer des conditions qui favoriseront le changement de comportement des individus en ciblant par exemple l'industrie alimentaire, les politiques publiques, la publicité, l'aménagement du territoire, etc. pour que ceux-ci rendent l'adoption de saines habitudes de vie plus facile.

Cet angle d'action tente également de s'enligner avec l'approche *Health at every size*<sup>26</sup> qui se concentre davantage sur la santé dans sa globalité plutôt qu'autour du poids. En effet, une personne mince qui fume, s'alimente mal ou est sédentaire, peut être en moins bonne santé qu'une personne ronde, voire obèse, qui a de saines habitudes de vie<sup>27, 28</sup>.

Ainsi, en misant sur la santé et les saines habitudes de vie, nous sommes en mesure de transmettre un message qui vise toute la population et qui évite de cibler les personnes en fonction de leur poids.

---

<sup>25</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. Repéré le 15 mai 2013 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf>

<sup>26</sup> Robison, J. (2005). Health at Every Size: Toward a New Paradigm of Weight and Health. *Medscape General Medicine*, 7(3), 13. Repéré en ligne le 26 mai 2013 au [www.medscape.com/viewarticle/506299](http://www.medscape.com/viewarticle/506299)

Connaître les causes multiples de l'obésité et la force de l'impact des environnements sur les choix des individus peut contribuer à réduire les préjugés et à promouvoir une norme sociale favorable à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif, de même qu'à une diversité de formats corporels. Ainsi, parler de prévention, de santé et d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie semble une approche plus globale et moins culpabilisante qui nous permet d'intervenir pour que toute la population acquière un mode de vie plus sain, sans nuire aux personnes en surpoids et sans contribuer à leur stigmatisation.

**Jean-Michel LECERF** : ce serait bien que chacun d'entre vous puisse répondre à la question suivante : s'il n'y avait qu'un seul message à faire passer pour les politiques publiques de discrimination, quel message ou quelle pratique, il voudrait bien faire adopter ou faire passer auprès de ceux qui sont responsables de ces politiques ?

Ce n'est pas un exercice facile, car les politiques publiques peuvent être quelque chose d'un peu lointain, un peu flou mais pourtant des actions peuvent être réellement menées.

**Vincent LEDOUX** : j'ai envie de dire deux choses : cohérence et priorité. Comme nous sommes dans un pays où il y a, vous l'avez bien vu, une contraction des recettes et de l'argent que l'on peut mettre sur la table, il faut fixer des priorités et je pense que c'en est une, en tout cas je suis très engagé dans ma commune et les élus qui composent ce panel de 250 communes le sont extrêmement.

Il faut donner de la cohérence aux politiques que nous menons.

Cela veut dire qu'il faut travailler en transversalité, c'est un peu comme le développement durable, tout le monde en fait, ce n'est pas que l'écologie ou l'environnement, cela touche tous les domaines politiques d'une commune ou d'une nation et cela veut dire qu'il faut s'organiser en fonction de ce maître mot, si l'on estime que c'est une véritable problématique de santé publique.

Cela va au-delà de l'obésité, pour moi, ce n'est pas que le seul sujet, c'est de faire que les gens mangent plus sainement, c'est de faire que les gens bougent. Madame DESROSIERS du Québec, nous a montré une image très amusante : nous voyons un escalator qui mène au centre de fitness...c'est tout à fait cela.

J'avais rendez-vous avec l'ARS pour une conférence de presse avec l'IRFO, vous ne pouvez pas y accéder par l'escalier, vous êtes obligés de prendre l'ascenseur. Ce sont des petites pratiques, mais dès que nous les avons en tête c'est extraordinaire.

---

<sup>27</sup> Beck, E. & Scheen, A. J. (2009). Metabolically obese with normal weight individuals: an intriguing phenotype. *Revue médicale de Liège*, 64(1), 16-24.

<sup>28</sup> Beck, E., Esser, N., Paquot, N. & Scheen, A. J. (2009). Metabolically obese normal-weight individuals and metabolically healthy, but obese, subjects. *Revue Médicale Suisse*, 5(214), 1644-6, 1648-9.

Revisitons toutes les politiques que nous mettons en œuvre. Quand j'ai pris ma commune en main, avec mon équipe municipale, j'ai pu déplorer, que depuis des années, il y avait une maternelle qui prenait le bus pour aller à la piscine alors qu'elle se trouve à 150 mètres à pieds. C'est juste ce qu'il ne faut pas faire. Cela doit concerner tout le monde et il faut de la cohérence, pas de rupture et de la priorité.

**Jean-Michel LECERF** : c'est vrai que ce sont des messages et des pratiques intéressantes pour prévenir l'obésité mais par rapport à la stigmatisation qui est le cœur de notre préoccupation de cet après-midi, est-ce que vous imaginez des pistes ?

**Vincent LEDOUX** : je n'en imagine pas et j'ai envie de dire qu'il ne faut surtout pas stigmatiser, c'est tout le contraire et cela passe aussi par un regard différent, y compris chez les acteurs de l'enfance et de la petite enfance.

J'ai trop souvent, des parents qui viennent se plaindre de l'inadaptation du corps enseignant, il y en a sans doute ici, mais si l'on veut changer les choses, il faut mettre les doigts où cela fait mal.

Nous ne pouvons pas continuer avec cette différenciation que l'on opère. Nous sommes vraiment là pour se mobiliser contre cela.

Nous avons voulu changer de nom et ne plus nous appeler EPODE, pour ne plus avoir ce mot, obésité, qui était trop connoté et se dire, alors comment rentre-t-on dans une dynamique de progrès à travers le mot VIF ? C'est-à-dire, nous nous mettons en route et nous mangeons mieux. C'est peut-être se cacher derrière son petit doigt, en disant que nous ne voulons plus parler d'obésité mais je pense, qu'en en parlant moins, cela permet de moins stigmatiser.

**Jean-Michel LECERF** : effectivement, changer les mots, quand ils sont blessants.

**Sylvie BERTRAND** : c'est difficile de définir une règle, mais je me dis que depuis ce matin et souvent, j'entends parler obésité, mauvaise alimentation mais après trente ans de métier, je peux dire que tout le monde mange mal, en tout cas les trois quart des personnes mangent mal.

Certaines, ont la chance de ne pas évoluer avec un surpoids mais d'autre vont avoir une autre pathologie comme le cholestérol.

Je voudrais rejoindre ce que Monsieur dit, se sortir de la tête, que parce qu'on est fort, on mange mal.

J'ai accompagné beaucoup de personnes, qui étaient en surpoids, qui mangeaient très bien, et beaucoup mieux que moi-même.

L'éducation alimentaire, c'est pour tout le monde et pas uniquement pour les gens qui sont en surpoids. Si déjà, nous partons avec cette idée-là, il y aura moins de stigmatisation. Oui, nous mangeons tous mal, parce que c'est plus facile d'acheter des plats tout prêts, parce que, les aliments bruts, qu'ils soient viandes, légumes ou poissons sont chers, c'est peut-être un sujet, mais s'il fallait faire quelque chose, c'est peut-être détaxer les produits non transformés par l'industrie et peut-être que cela inciterait plus facilement les gens à consommer des produits plus sains.

**Juliette KERAUDY** : pour moi, c'est la coéducation qui est la plus importante dans la stigmatisation des enfants.

La réforme des rythmes scolaires en parle d'ailleurs, de cette coéducation et je pense qu'il faut travailler avec les familles et les enseignants sur l'importance des mots que l'on porte sur les enfants. Je disais tout à l'heure à Monsieur LEDOUX, que dans mon école, j'ai une très forte proportion d'enfants obèses et sur cette proportion, 80% est en échec scolaire. Donc, nous nous rendons compte que c'est double peine pour eux, car je pense qu'il y a un manque de cohésion entre l'éducation des parents, l'éducation des enfants et ce que nous mettons en place à l'école.

C'est pour cela que nous travaillons beaucoup avec Sylvie, notre diététicienne, sur les familles qui ont besoin d'aide et que l'école est un des premiers référents qui peut les aider. Imaginez un enfant de 5, 6 ans qui entend à longueur de journée « tu es gros, tu es nul ». Comment voulez-vous qu'il puisse évoluer sereinement ?

Les enseignants ont beaucoup aussi à apprendre sur cette stigmatisation par la parole. La réforme scolaire va dans ce sens et pourrait encore aller plus loin.

**Jean-Michel LECERF** : vous suggérez, donc d'apporter une petite formation aux enseignants ? En effet, cela pourrait être une solution intéressante.

En soulignant, que 80% des enfants en surpoids ou obèses sont en échec scolaire, est-ce que vous voulez dire par là, qu'il y a un rapport entre les deux ou est-ce parce-que, il y a des causes communes ?

**Juliette KERAUDY** : pour réussir à l'école, il faut être bien dans sa tête et bien dans son corps.

J'ai une petite fille qui est très seule, parce que justement, les enfants sont vraiment différents avec elle.

C'est dans ce sens que cette petite ne va pas bien et c'est difficile pour elle de rentrer dans les apprentissages, car elle a tellement de choses à gérer... Ce sont peut-être des chiffres qui sont spécifiques à mon établissement, mais je pense qu'un enfant qui va bien, a quand même un meilleur état d'esprit, pour être attentif aux apprentissages qui peuvent lui être fournis.

**Jean-Michel LECERF** : en sachant, qu'il y a deux à dix fois plus d'enfants obèses ou en surpoids dans les milieux défavorisés, donc cause à effet, sans doute les deux, vous avez raison, mais vraisemblablement aussi, des causes communes. Le milieu défavorisé, facteur de prise de poids pour des raisons multiples et le milieu moins aisé, facteur de moins bon succès scolaire mais nous ne pouvons pas prendre trop de raccourcis...

**Hélène DEBERNARDI** : j'ai un peu de mal à interroger les politiques publiques. J'étais là pour parler du modèle alimentaire, puisque c'est là-dessus que se base la politique publique de l'alimentation.

C'est bien, d'avoir conscience, que le modèle alimentaire français, même si nous avons un nombre important de personnes obèses dans la région, reste quand même structurant et permet d'avoir un moins faible taux de personnes obèses que dans d'autres pays, nous citons l'exemple du Québec.

Scientifiquement, nous avons bien montré, que ce modèle, avait un côté structurant et permettait d'avoir des bons repères et était aussi basé sur le plaisir de manger, la convivialité, le repas, le fait que nous ayons encore en France, heureusement, des produits bruts de qualité, puisque nous avons une agriculture, et là c'est la casquette agricole qui parle, très

diversifiée, qui produit des bons produits, sous signe de qualité et c'est important. Et cet aspect-là, c'est vraiment quelque chose de structurant et la politique de l'alimentation se base là-dessus. Alors, je dirais que ce n'est pas stigmatisant puisque cela s'applique à tout le monde et nous sommes vraiment sur des repères plus positifs.

Cela n'empêche, qu'il y a des risques. Nous voyons, notamment, chez des jeunes, qu'ils ont de plus en plus de difficulté à manger des fruits et légumes et également, vous l'avez dit les populations défavorisées.

Je pense, qu'il doit y avoir un facteur de priorisation sur ces populations et c'est ce qui fonde l'action prioritaire du Ministère de l'Agriculture, de travailler avec les jeunes, notamment en introduisant les fruits et légumes à l'école et puis de travailler en priorité auprès des populations défavorisées au sein des associations d'aide alimentaire, pour les aider, par exemple à faire des cours de cuisine.

Voilà, les points un peu structurants que je voulais présenter sur la politique de l'alimentation.

**Jean-Philippe ZERMATI** : je souhaiterais insister sur une différence entre la discrimination et la stigmatisation. Dire qu'il ne faut pas stigmatiser, ce n'est pas si simple. Nous pouvons empêcher les gens de discriminer, ce n'est pas très compliqué, enfin, ce n'est pas très compliqué dans la mesure où il suffit de faire appliquer les règlements et les lois et l'on peut, à ce moment-là, sanctionner les comportements discriminatoires ou même délictueux, mais lutter contre la stigmatisation, c'est tout à fait autre chose.

Lutter contre la stigmatisation, c'est empêcher les gens ou les individus de penser du mal d'eux-mêmes ou des autres. Lutter contre la stigmatisation, cela veut dire lutter contre le stéréotype de l'obésité et de la personne en surpoids.

Donc, comment faire pour empêcher les gens de dire du mal des autres, et encore plus, comment faire pour les empêcher de penser du mal d'eux-mêmes ?

C'est cela, la question de la stigmatisation. Ce n'est pas du tout la même chose que la discrimination.

Sur quoi s'appuie la stigmatisation ? Nous le savons très bien : sur un stéréotype connu, qui est celui de la personne en surpoids, qui serait une personne faible de caractère et qui manquerait de volonté.

À ce titre-là, cette personne est donc responsable de son état, elle ne suit pas les recommandations du PNNS ou de qui on veut, et donc, elle n'a pas droit à la compassion des autres.

La société, la montre du doigt et cette personne, elle-même, a intégré ces messages et s'accable exactement des mêmes reproches. C'est-à-dire, qu'elle est, elle-même, convaincue de la véracité de ces messages. L'émotion dans laquelle elle vit, essentiellement, c'est la honte.

Lutter contre cela, ce n'est pas si simple.

La question qui se pose dans ce colloque est de savoir, s'il est possible d'établir un rapport entre les messages de santé publique concernant l'alimentation et le phénomène de stigmatisation. Est-ce que les messages de santé publique, ont une responsabilité ou non, dans la stigmatisation ?

Est-ce qu'ils nous aident à penser la personne obèse, de manière différente ? Comme une personne et pas comme une obèse ? Comme un être humain, tout aussi digne qu'une autre personne. Donc, si nous pouvions faire évoluer la discussion autour de ce thème, nous pourrions peut-être avancer dans notre discussion.

**Jean-Michel LECERF** : effectivement, il y a un autre atelier qui va parler de la discrimination ; par exemple, la discrimination à l'emploi est quelque chose de tout à fait différent, elle est quand même imprégnée par l'image négative que l'on a de la personne en surpoids. Des textes de loi disent que nous n'avons aucun droit de discriminer les gens sur des caractéristiques qui sont liées à leur aspect extérieur, mais c'est un autre thème.

La stigmatisation, c'est le fait de désigner une personne, voire même, éventuellement d'en faire un bouc émissaire. Nous avons connu cela dans le temps. Et le fond de la pensée, pourrait être : ces personnes, qui ne font pas ce qu'on leur dit, cela commence à nous coûter cher ! C'est, le message larvé, qui arrive tout doucement. Cela peut nous mener jusqu'à dire : « puisqu'ils n'obéissent pas, il faudra bien qu'ils paient ! »

Je pense que cela fait partie de la problématique et nous, en tant que médecins, nous ne voulons absolument pas, qu'il y ait quoi que ce soit de ce genre pour l'accès aux soins ou pour le remboursement des soins, ce qui revient à peu près au même.

Voilà, le débat est ouvert, vous avez vu à peu près la pensée de tout le monde, mais peut-être Madame DESROSIERS souhaite-t-elle s'exprimer ?

**Amélie DESROSIERS** : pour nous, au Québec, la priorité, c'est que, lorsque, nous allons mettre en place des politiques publiques, nous voulons penser à l'ensemble de la population et non pas seulement aux personnes qui ont des problèmes de poids actuellement.

De plus en plus, à la Coalition sur la problématique du poids, nous nous remettons en question et, au Québec, c'est vraiment une tendance, d'aller davantage vers la promotion de saines habitudes de vie, au niveau alimentation et activité physique, ce qui peut bénéficier à tout le monde. Nous en avons un peu parlé ce matin, des personnes obèses ou en surpoids peuvent être en très bonne santé, avoir une alimentation exemplaire, faire de l'activité physique etc..., alors qu'une personne de poids normal, qui fume, qui mange mal ou qui ne bouge pas du tout, serait en moins bonne santé.

Une politique publique qui vise véritablement l'ensemble de la population et qui vise les saines habitudes de vie ou la santé plus globale, pour nous, c'est vraiment une façon d'intervenir sans nuire. D'intervenir, de poser un geste pour qu'il y ait moins de problèmes liés au poids, puisque évidemment ce sont des déterminants, mais de faire en sorte que nous ne stigmatisions pas cette partie de la population.

**Jean-Michel LECERF** : en étant provocateur, pourquoi s'occuper de tout le monde et non pas seulement des personnes qui ont un problème de poids, puisque nous n'allons pas ennuyer tout le monde avec des questions qui ne les concernent pas ?

**Amélie DESROSIERS** : comme je le disais, puisque il y a des gens qui sont obèses mais qui ont une santé exemplaire, versus des gens, qui ont un poids normal mais qui n'ont pas de saines habitudes de vie et qui à long terme vont développer d'autres pathologies, des maladies chroniques, qui vont, si nous voulons être extrêmes, avoir un coût pour notre système de santé.

Alors, nous nous focalisons sur la santé, dans sa globalité. Et en parlant de saines alimentations et d'activité physique, tout le monde peut se sentir concerné. En s'éloignant du discours par rapport au poids, nous allons créer un message plus positif finalement au sein de la population et qui a des bénéfices sur l'ensemble des citoyens.

**Jean-Michel LECERF** : nouvelle provocation, cette fois pour Jean-Philippe ZERMATI : comment les politiques de santé publique, les messages qui sont bons pour la santé, peuvent-ils contribuer à stigmatiser, c'est quand même bizarre ?

**Jean-Philippe ZERMATI** : je ne crois pas que des politiques publiques, se soient fixées comme objectif de stigmatiser. Comment, en effet, d'un message qui se veut bienveillant, nous pouvons arriver à un message stigmatisant ?

Par exemple, comment le message, mangez moins gras, moins sucré, peut aboutir à la stigmatisation des personnes en surpoids ?

D'abord, manger moins gras, moins sucré, c'est mieux pour votre santé mais ce n'est pas un message vrai pour le poids.

Manger moins gras et moins sucré, ceux qui lisent les études scientifiques, savent que cela n'aboutit pas de manière automatique, à des pertes de poids.

J'en veux pour preuve un certain nombre de paradoxes. Nous parlons, aujourd'hui, du paradoxe américain, c'est-à-dire, qu'en fait, nous avons observé chez les américains une diminution de la consommation de lipides et une augmentation fulgurante de l'obésité.

Nous avons observé chez les australiens, une diminution de la consommation de sucre et concomitamment, une augmentation fulgurante de l'obésité et chez nous, les français, une alimentation, qui est plus ou moins, la même qu'ailleurs, avec une protection face à l'obésité, probablement liée, d'ailleurs à nos cadres alimentaires.

Donc, ce message, qui a peut-être une valeur pour la santé, c'est-à-dire que manger moins gras, moins gras non, moins de certaines graisses, peut avoir de la valeur pour la santé, manger moins gras dans l'absolu, n'a aucune valeur par rapport au poids.

Donc, déjà je pense, qu'il faut tout à fait séparer les messages qui concernent la santé nutritionnelle, des messages qui concernent l'obésité.

Pour ce qui est des messages qui concernent l'obésité, ce qui est vrai aujourd'hui, cela fait quelques années qu'il semble y avoir un consensus dans nos congrès en nutrition, c'est que ce qui fait prendre du poids, c'est de manger plus que ses besoins, c'est-à-dire manger plus qu'à sa faim, quel que soit le type d'aliments consommés, c'est-à-dire que vous mangiez 50 calories de pommes en trop ou 50 calories de chocolat en trop, le résultat est exactement le même.

Donc, pourquoi s'en prendre au chocolat plus qu'aux pommes, c'est une énigme à laquelle, moi, je n'arrive pas encore à répondre.

Les vrais messages efficaces, ce serait déjà : mangez selon votre faim et non pas un aliment plutôt qu'un autre.

Les aliments sont discriminés, diabolisés, puisque certains sont taxés. Le fait de diaboliser et de discriminer, aboutit effectivement à une stigmatisation. Comment ? Par exemple, quand nous adressons aux gens le message : si vous voulez maigrir, écoutez ce que l'on vous dit, ne mangez pas gras, ne mangez pas de chocolat, mangez cinq fruits et légumes et si vous ne le faites pas, c'est vraiment que vous êtes de mauvaise volonté ! Donc, si vous y mettez autant de mauvaise volonté, c'est que vous n'avez pas de volonté du tout.

Nous arrivons à ce moment-là, au renforcement de ce stéréotype. Il faut bien comprendre, je le redis ce qu'est la stigmatisation. La stigmatisation, c'est un stéréotype. Donc, le traitement, la lutte contre la stigmatisation, c'est la lutte contre le stéréotype de la personne qui manque de volonté. Tant que l'on croira que l'obésité est une maladie du mal manger,

de gens qui n'écourent pas leurs recommandations, comme par exemple en tabagisme, la maladie de ceux qui n'arrivent pas à lire en bas des paquets de cigarettes, tant que l'on croira des choses comme cela, on continuera à stigmatiser les obèses, les fumeurs, les alcooliques et tout ce qu'on voudra.

Cela veut dire que, nous n'avons pas compris que manger plus que ses besoins est une maladie qui est due à des dérèglements, à plusieurs types de dérèglements qui sont favorisés par l'environnement. Ce n'est pas un hasard, si ces dérèglements, nous les trouvons dans les populations défavorisées.

Quels types de dérèglements dans le comportement alimentaire ? Principalement, des troubles émotionnels, même mineurs, conduisent à manger au-delà de ses besoins, parce que cela conduit à manger pour se calmer. La fatigue, le stress mineur conduisent à manger au-delà de ses besoins.

Ensuite les sentiments de restriction, c'est-à-dire de contrôle. Passer son temps à vouloir contrôler son alimentation est en soi un stress qui conduit à des compulsions alimentaires et à long terme, à manger en excès.

Et puis, une cause de plus en plus répandue, sont les conditions que crée notre société par rapport à l'attention que nous portons à nos sensations alimentaires.

Et là, je rejoins, un peu, ce que vous disiez tout à l'heure. Nos cadres alimentaires, qui nous protégeaient, nous protègent de moins en moins car de plus en plus souvent, nous avons une alimentation, des conditions de repas qui contribuent, pas toujours de manière volontaire, à nous détourner de nos signaux de faim et de satiété, parce que l'on mange en 10 minutes, devant la télévision, en envoyant des SMS, en répondant à nos mails ou parfois, tout simplement parce que, dans certaines entreprises, les pauses repas n'existent pas, ou elle sont réduites à peau de chagrin ou dans certaines universités, elles n'existent même plus du tout.

Les universitaires, sont obligés de prendre des notes en même temps qu'ils mangent leurs sandwiches.

Il faut comprendre que l'obésité est une maladie, d'une part du comportement alimentaire, ce qui fait grossir et que c'est aussi, une maladie du tissu adipeux, un dérèglement du tissu adipeux qui empêche les personnes, qui ont pris du poids de perdre ce poids-là.

Tant que nous n'aurons pas dit ces choses de manière honnête, franche et directe, nous continuerons de croire que les gens qui mangent, le font par manque de volonté, parce que ce sont de mauvais citoyens.

**Jean-Michel LECERF** : Y a-t-il des réactions à ce qui vient d'être dit ? Est-ce que vous êtes surpris ? Est-ce que c'est la première fois que vous entendez parler d'une part, des conséquences de la restriction, j'imagine que non, des causes de la stigmatisation, notamment à travers ces messages de santé publique ?

Je pense à un de mes patient qui m'a dit ne plus oser manger dans la rue, parce que la fois dernière, il y a un enfant qui s'est retourné vers lui et qui a dit à sa maman : « dis maman, le gros il mange, il ne devrait pas manger ». Il m'a dit qu'il n'osait plus sortir, parce qu'il n'ose plus manger dans la rue.

Il n'y a pas de volonté de nuire à travers les messages de santé publique qui ont été édités, je ne sais pas si manger moins gras, moins sucré c'est aussi un message qui est véhiculé au Québec ?

**Amélie DESROSIERS** : beaucoup moins qu'ici. Nous n'avons pas les petits écriteaux en dessous des publicités, comme vous avez ici. Au Québec, nous essayons d'orienter tout le discours de saine alimentation, plutôt au niveau de la responsabilité de l'industrie alimentaire. Quand je parle des environnements favorables, c'est dire : comment faire en sorte qu'on puisse dénoncer les pratiques de marketing de l'industrie, qui font, qu'on mange à toute heure du jour et de la nuit, qu'on a accès à la pharmacie, dans les arénas, dans le métro, et ce, 24 heures sur 24, à une nourriture qui est souvent trop grasse, trop sucrée, trop salée.

Il y a des publicités chez nous du style : ne cuisinez pas, commandez en ligne toute sorte de produits de restauration rapide qui sont livrés chez vous.

C'est une culture contre laquelle nous allons nous battre finalement plus que sur des indicatifs. Cinq fruits et légumes, c'est bien martelé, mais trop gras, trop sucré, trop salé ne fait pas vraiment parti des messages.

**Jean-Michel LECERF** : il faut bien que vous compreniez, qu'il y a deux conceptions qui peuvent se poser dans le domaine public et scientifique. Certains vont dire que ce sont les produits qui sont mauvais et donc il faut les taxer effectivement ; d'autres vont dire, ce ne sont pas tellement les produits mais l'hyper sollicitation qui est là, plus d'autres facteurs de dérèglement, qu'ils soient internes : manger gras, sucré, salé ou externes : la disparition des occasions où nous pouvons manger à table tranquillement et où nous avons le temps de ressentir les sensations.

Donc, aujourd'hui, la France est un peu tiraillée entre les deux. Certains disent qu'il faut montrer du doigt les produits mauvais mais nous pensons que montrer du doigt les mauvais produits, c'est aussi montrer du doigt les mauvais mangeurs.

Il n'est pas tout à fait sûr, que nous atteignons la cible avec ce type d'approche.

**Sylvie BENKEMOUN** : puisque, ce qui est important, ce sont les messages qui sont martelés comme manger cinq fruits et légumes par jour, je vais rester dans ce registre et dans le registre communication rapide, je dirais, que nous ne pouvons pas peser le poids que nous voulons et cela, je pense que c'est un message important parce que cela va à l'encontre de ce que nous imaginons pour l'instant.

Evidemment, je suis complètement en phase avec tout ce que Monsieur ZERMATI a dit, ces formules trop globales et simplificatrices ont un effet délétère en laissant supposer qu'il suffit de suivre ces règles pour ne pas être gros.

Puisque nous sommes dans ces messages lapidaires, troquons les, contre des messages de tolérance afin que les personnes obèses, ne soient pas montrées du doigt en risquant, d'entendre, quand elles font leurs courses dans un supermarché : « tu ne prends pas le petit paquet de gâteaux secs qui est là, sinon, tu vas ressembler à la dame ».

**Jean-Michel LECERF** : il y a eu un autre message, récemment, qui n'était pas PNNS, mais qui était « manger plus de féculents, c'est bon contre le poids ». C'est un peu bizarre et je pense qu'il faut sortir de cette ornière des bons et des mauvais aliments. Je me suis opposé depuis longtemps, aux bons ou mauvais aliments et je crois que cela fait partie du sujet.

**Sylvie BERTRAND** : vous parliez de sensations. Je travaille avec des adultes et des enfants et les enfants n'ont plus, justement, ces notions de sensations. Pour moi, la première chose à faire, pour ne pas dériver au niveau de l'alimentation, c'est de retrouver le plaisir, car nous parlons beaucoup de composition, d'industrie, mais il est vrai, qu'aucun aliment n'est mauvais, les personnes ont juste perdu le temps de prendre le temps, de se faire plaisir.

**Jean-Michel LECERF** : mais pourquoi les enfants n'ont-ils plus de sensations ?

**Sylvie BERTRAND** : parce qu'ils ne prennent pas le temps, parce qu'ils ne connaissent pas, parce que dans les familles, la fonction alimentaire a perdu un peu de sa valeur, de sa représentation. Les fruits, les légumes ne sont plus trop découverts et effectivement, l'industrie a créé des produits et ce n'est pas du tout une critique, très chargés en goût, en saveur, avec des goûts assez uniques et je crois que la population s'est habituée à cela.

**Jean-Michel LECERF** : vous avez raison d'apporter un peu la nuance. Il ne s'agit pas de décharger l'industrie de sa responsabilité mais peut-être de ne pas tout mettre sur le dos des produits. Ceci étant, il est plus facile, d'engouffrer des barres de machin ou de truc.

**Amélie DESROSIERS** : au Québec, nous sommes très critiques par rapport à l'industrie alimentaire, pas tant au niveau des produits mais plutôt au niveau du marketing. La publicité est une chose, mais il y a aussi tout le rapport au prix, toute la stratégie de promotion. Ce sont toujours les aliments les moins sains, (je ne vais pas faire de discrimination d'aliments mais bon, c'est trop tard, je m'excuse) mais ce sont toujours ces aliments-là qui sont mis en bout d'allée dans les supermarchés, en promotion. Nous les retrouvons dans les machines distributrices.

Chez nous, il n'y a pas de pommes dans les machines distributrices. S'il y a de l'eau, elle est dans la dernière rangée. Nous ne pouvons pas ignorer l'impact de ces pratiques de marketing sur les choix que les gens font.

**Jean-Michel LECERF** : comment voulez-vous, vous opposer aux pratiques de marketing, nous sommes dans un pays de liberté économique.

**Amélie DESROSIERS** : déjà, le Québec l'a fait, en interdisant toute publicité commerciale au moins de 13 ans et vous ne serez peut-être pas contents, mais chez nous, il y a certaines municipalités qui interdisent la vente de boissons énergisantes. Je suis entièrement d'accord avec le fait que tous les aliments sont intéressants dans un régime alimentaire, par contre, les boissons énergisantes, sont des boissons très sucrées qui contiennent, en plus, de la caféine, en quantité abondante.

Je reviens sur le marketing. C'est une industrie avec un marketing qui s'associe avec des grands sportifs, à des événements, auprès des jeunes qui sont très actifs sur les réseaux sociaux, alors que les jeunes, là, je fais une grosse parenthèse, ce sont les personnes qui sont les plus à risque de faire des surdoses de caféine. Au Québec, nous avons d'importants cas de décès qui sont rapportés. Alors, pour moi, cela est inacceptable et justifie que les pouvoirs publics interdisent ces boissons dans les centres sportifs qui sont sous la juridiction de la municipalité.

Nous avons fait un rapport sur le marketing des boissons sucrées, car c'est une industrie très avancée, très pointue. Nous avons donc étudié les quatre « P » du marketing : les stratégies de prix ; il y aurait moyen de faire en sorte qu'il y ait une réglementation pour que le prix soit fixe et que l'on ne puisse pas le descendre en début de mois, quand les gens reçoivent leur chèque, par exemple, puis la stratégie de distribution, de promotion et enfin de la composition du produit.

Il y a des réglementations qui peuvent être mises en place, pour encadrer ces industries, qui pour l'instant, ont complètement libre cours et font de l'argent sur le dos de la santé de la population.

**Jean-Michel LECERF** : quand vous parlez de boissons énergisantes, c'est quelque chose qui n'est pas très diffusé chez nous, il ne s'agit pas de boissons caloriques uniquement, vous voulez parler de produits comme Redbull etc., mais pourquoi se focaliser sur ceux-là ?

**Amélie DESROSIERS** : en raison de leur importance contenance en caféine.

**Jean-Philippe ZERMATI** : je voulais insister sur cette confusion qui est faite. Il faut bien séparer les problèmes. Le problème de la caféine, n'est pas le problème du poids. Si nous voulons nous en prendre à la caféine, il n'y a qu'à insister sur les nuisances de la caféine mais il ne faut pas mélanger cela avec les problèmes de l'obésité.

Alors, si maintenant, nous pensons qu'il y a un rapport avec la consommation des boissons sucrées et l'obésité, il faut le dire, mais je voudrais savoir sur quelles études, vous vous appuyez pour dire des choses pareilles, alors que les études là-dessus, ne sont pas du tout consensuelles, elles sont extrêmement contradictoires pour le moment. Le rapport entre boissons et obésité est tout à fait controversé et le rapport entre alimentation sucrée et obésité, alors lui, est complètement clair, il n'y en a pas. Il n'y a aucun rapport entre boisson sucrée et obésité, pas plus qu'entre aliment gras et obésité. Il y a simplement, aujourd'hui, on le sait, une relation entre une alimentation excessive, c'est-à-dire, manger plus qu'à sa faim et obésité.

Donc, si nous voulons avoir des messages efficaces, il faut que ce soient des messages vrais. Les messages vrais, se sont probablement ceux qui ont le plus de chance d'être le moins stigmatisant.

Donc des messages du style, comme le disait Sylvie, nous ne pouvons pas peser le poids que l'on veut, c'est un message vrai, c'est absolument effarant de laisser entendre que n'importe qui peut perdre 20 kilos, y compris parce qu'il a des problèmes de santé. Il va chez son cardiologue, on lui dit, il faut, pour votre santé, que vous perdiez 25 kilos et vous aurez moins d'hypertension, moins mal aux genoux, c'est une aberration, parce que ce n'est pas forcément faisable sur un plan physiologique.

Ensuite, plutôt que de dire aux gens, mangez moins gras, moins de fromage, buvez moins de boissons sucrées, demandez-leur plutôt de manger en respectant leurs sensations de faim, demandez-leur plutôt de garder une place pour le dessert ou pour le fromage, ils doivent avoir faim jusqu'à la fin du repas, demandez-leur de manger dans des conditions qui respectent le cadre des sensations alimentaires, qui leur permettent l'écoute des sensations alimentaires, envoyez-leur des slogans qui leur disent mangez sans regarder la télévision plutôt que de lire les slogans en bas de l'écran etc...mettez des slogans qui sont vrais ; ceux-là, ont beaucoup moins de chance d'être stigmatisant.

Quand je vous écoute, ce n'est pas votre intention, j'en suis absolument conscient, vous n'avez aucune intention de stigmatiser ou de diaboliser mais il faut que vous ayez conscience, que la diabolisation des aliments, conduit à la stigmatisation des individus.

Les études, là-dessus, et j'espère que vous vous appuyez sur ces études, quand vous faites des politiques de santé, sont claires : quand on diabolise un aliment, on aboutit à la stigmatisation d'un individu.

Donc, il faut repenser les messages de santé publique et croyez-moi, cela n'a rien de simple, car tous les messages, même celui qui semblerait le plus vrai : recommander à quelqu'un de manger selon sa faim, chaque message comporte un effet pervers, chaque message, je vous l'assure !

Il faut être capable, avant d'envoyer un message à des millions de personnes, des centaines de millions de personnes, d'avoir mesuré les impacts des effets positifs et négatifs de ces messages.

Pour le moment, l'impact des slogans qui inondent notre planète, n'ont pour effet, que de renforcer les comportements de restriction et de stigmatiser les personnes.

**Jean-Michel LECERF** : les messages du PNNS, ont été évalués après qu'ils soient sortis et certaines études, effectivement, montraient que les messages aboutissaient à l'effet inverse.

**Marie BUTITAT** : *doctorante en psychologie à l'université de Lille 3*. Je travaille sur la qualité de vie des enfants obèses et notamment sur l'impact de la stigmatisation sur la qualité de vie. Je voulais réagir sur ce que disais madame, tout à l'heure, à savoir que vous souhaitiez que les gens comprennent que nous ne pouvons pas faire le poids que nous souhaitons. Je pense que ce message va passer par un autre message, à savoir que les régimes, ne fonctionnent pas. Nous ne pouvons pas maigrir à la demande et là, il y a un vrai problème avec ce message que nous voyons partout dans les magazines : perdez 2 kilos en une semaine etc...ce n'est pas vrai, cela ne fonctionne pas.

Tout à l'heure, Madame DESROSIERS, vous avez rapidement abordé cette question en précisant que chez vous, il y avait toute une politique pour faire attention à ces messages, pourriez-vous expliquer de quoi il s'agit ?

**Amélie DESROSIERS** : en fait, je pense ne pas avoir été assez claire sur le sujet. Dans la coalition pour laquelle je travaille, nous n'intervenons pas au niveau des messages de santé publique, en tant que tels.

Alors, je vais répondre à votre question mais autant pour ce qui est des boissons sucrées que des produits amaigrissants, nous ne faisons pas de messages populationnels. Nous proposons plutôt des interventions qui se font au niveau législatif et qui permettent de régir différentes industries dont l'industrie des services et moyens amaigrissants, soit, tous les régimes, tous les produits que nous achetons en pharmacie.

Ce qui est fait, c'est au niveau fédéral. Les produits doivent se soumettre à une homologation qui préconise que les produits vendus ne doivent pas avoir d'effets secondaires. Ce n'est pas suffisant, c'est certain.

Nous essayons de travailler aussi, à faire développer une politique, pour que le marketing de ces produits, soit mieux encadré et qu'on ne puisse pas alléguer des pertes de poids ciblées ou des pertes de poids faramineuses.

L'Association pour la santé publique du Québec, a développé, 8 critères de saine gestion de perte de poids et, à ce jour, aucun produit ou régime qui est en vente ne répond à ces critères.

Le travail de l'Association avec qui nous travaillons, c'est de sensibiliser le gouvernement pour qu'il ait une approche au niveau de leur marketing.

Pour l'instant, les produits ont été analysés, par Santé Canada, cela peut paraître banal, mais auparavant, ils ne l'étaient même pas et des tonnes de produits avec des effets secondaires étaient vendus en tablettes. Il y a donc une amélioration, mais il y a encore beaucoup à faire au niveau marketing.

**Juliette KERAUDY** : même, sans diaboliser les aliments, nous stigmatisons surtout les personnes défavorisées. C'est vrai, que dans le quartier où je travaille, manger cinq fruits et légumes par jour, les parents le vivent mal, parce qu'ils sont incapables de faire connaître ce slogan à leurs enfants.

Nous nous étions amusées avec Sylvie, à faire goûter des fruits et légumes à un panel d'élèves avec les yeux bandés et ils ne connaissaient pas les fruits et légumes les plus basiques, comme la banane.

Une petite fille en CM2 a goûté une banane, pour la première fois.

Même sans diaboliser, je pense que nous stigmatisons les personnes les plus fragiles.

**Sylvie BERTRAND** : la difficulté, est de diffuser des messages pour toute la population. Je pense que l'alimentation, c'est individuel, c'est intime et quand nous passons des messages comme cela à la télévision, mangez moins gras, mangez moins sucré, chacun l'interprète comme il veut et le piège vient un peu de là.

Peut-être que le message, serait justement de changer la représentation d'aliments simples. Je pense à l'eau, au beurre, au pain, car l'industrie, sans vouloir encore taper sur elle, a des moyens et elle fait beaucoup de publicité pour ses produits. L'agriculteur qui cultive des poireaux, lui, ne va pas pouvoir faire la publicité de ses produits, ce qui fait que, dans l'imagination des gens, nous mangeons aussi une image.

La publicité pour les produits Marie, a fait, que nous avons presque pensé, qu'il est mieux d'acheter la tarte, que de la faire soi-même !

Je provoque, parce que, dans la tête des gens, c'est beaucoup mieux de l'acheter.

C'est la représentation que nous en avons, c'est plus moderne, c'est mieux présenté, la boîte est belle.

Je pense que c'est dans cette représentation-là, qu'il y a quelque chose à faire. Valoriser des produits qui sont bons, plutôt que dénigrer des produits.

L'autre danger, c'est par rapport à l'alimentation des enfants. Je travaille beaucoup avec des parents d'enfants en crèches et pour l'anecdote j'ai des parents qui me disent, mais vais-je pouvoir faire à manger à mon enfant ?

Les publicités sont tellement bien faites à la télévision, qu'un parent pense qu'il fait mieux en achetant un petit pot plutôt qu'en préparant à manger à son enfant.

Je ne sais pas si vous avez déjà goûté des petits pots, mais au niveau saveur, c'est délicat donc l'éducation au goût et à la saveur ne se fait pas au plus jeune âge.

**Jean-Michel LECERF** : ce n'est pas facile d'avoir des messages qui soient justes. Je vais provoquer Jean-Philippe ZERMATI. Dire que manger 50 kilo calories de plus que notre besoin, c'est un message qui peut être pervers parce que les gens peuvent se dire, mais comment je peux savoir que je mange 50 kilo calories de plus que mes besoins ? Finalement, c'est très inquiétant, nous allons tomber dans une forme de comptabilité que nous dénigrons.

Je vous rassure, vous mangez très régulièrement, 50 kilo calories de plus que vos besoins mais votre corps ajuste. Le problème, c'est de manger régulièrement plus que vos dépenses.

C'est pour dire simplement, que les messages les plus pertinents en apparence peuvent être contre productifs, ce n'est pas facile de communiquer.

**Jean-Philippe ZERMATI** : je suis d'accord avec toi, je l'ai admis, moi-même, mais je ne dirai jamais comme slogan, mangez 50 kilo calories de plus, personne ne sait combien il mange de calories !

En revanche, le message que nous pourrions imaginer, c'est : mangez selon votre faim ! Mais ce message peut facilement être détourné et devenir contre-productif.

**Jean-Michel LECERF** : effectivement, il y a des gens qui, depuis que nous leur avons dit de manger à leur faim, ont toujours faim !

**Jean-Philippe ZERMATI** : il y en a qui vont dire cela, mais ce qu'on nous observons parmi les gens que nous traitons, avec lesquels nous travaillons pour apprendre à respecter la sensation de faim, c'est qu'ils partent dans l'excès inverse.

Quand ils s'interdisaient de manger du chocolat, dès qu'ils en mangeaient, ils faisaient une compulsion de chocolat. Maintenant, dès que nous leur apprenons à respecter leur faim, dès qu'ils mangent sans faim, ils font une compulsion de n'importe quoi.

En fait, c'est le fait de transgresser la faim qui va entraîner la compulsion.

C'est très délicat, un message, parce que, même s'il est bien intentionné, il a aussi des effets pervers.

**Jean-Michel LECERF** : faut-il encore donner des messages, alors ?

**Jean-Philippe ZERMATI** : la question que nous nous sommes posée, est : est-ce qu'il est possible de produire des messages de santé publique, sans produire d'effets pervers et sans créer de nouvelles peurs aux mangeurs, aux consommateurs ?

C'est une question, qui est un peu compliquée, à laquelle nous n'avons pas encore répondu.

Je voudrais revenir sur les effets de la stigmatisation sur la santé et sur l'obésité elle-même.

Derrière la stigmatisation, il y a une peur archaïque, qui est la peur du rejet social, de l'exclusion et il est très facile de réactiver ces peurs-là.

Donc, dans la stigmatisation, il y a deux dangers : il y a un danger pour la population, même quand elle n'est pas en surpoids parce que les gens qui ne sont pas en surpoids, si nous leur faisons peur avec le danger de l'obésité, se mettent spontanément, préventivement, dans des comportements de restriction, qui vont entraîner des troubles du comportement alimentaire. Ils ne vont plus savoir manger quand ils ont faim.

Et puis, chez les personnes en surpoids, si nous les stigmatisons, cette stigmatisation augmente des traits qui sont déjà présents chez eux : l'émotivité, l'impulsivité alimentaire. Plus nous les stressons avec leur poids, plus nous les faisons manger.

Ils partent dans une espèce de cercle vicieux, où plus ils ont peur, plus ils mangent, plus ils mangent, plus ils ont peur, ils tournent en rond et cela ne s'arrête pas.

La stigmatisation, n'est pas seulement un problème de justice sociale, ce n'est pas un problème moral, c'est aussi un problème de santé pour combattre la maladie obésité.

Si nous voulons venir à bout de cette maladie, il faut l'attaquer par le bout de la stigmatisation.

**Jean-Michel LECERF** : y a-t-il des réactions ? C'est un sujet difficile. Je pense que lorsque nous parlons de messages, nous sommes dans la bonne direction.

**Anonyme** : pour réagir à ce que vous venez de dire, effectivement, cela a un impact négatif sur la santé, nous serions même presque tentés d'être pessimistes sur le fait que nous ayons du mal à faire passer ces messages de non stigmatisation.

Vous savez, très certainement, peut-être que vous le pratiquez, puisque vous nous avez dit être psychothérapeute, qu'il était possible au niveau individuel, d'aider les personnes qui souffrent de cette stigmatisation, de mettre en place des stratégies d'ajustement, pour après, réussir, entre guillemets, à ne plus être sensible à ces stigmatisations.

Ce qui est très complexe, car nous arrivons déjà à un stade où les gens sont très abîmés.

**Jean-Philippe ZERMATI** : ce n'est pas si facile que cela de changer un stéréotype. J'ai travaillé avec des spécialistes des stéréotypes, des psychologues, des spécialistes de la psychologie sociale, spécialistes précisément des stéréotypes et qui étaient eux-mêmes, affectés d'un surpoids.

Je peux vous dire que parmi eux, j'ai traité une personne, elle-même très stigmatisée, elle se stigmatisait elle-même, et elle ne parvenait pas, avec tout son bagage scientifique et psychologique à se défaire du stéréotype.

Le stéréotype est quelque chose d'inscrit dans le disque dur. Pour aller le déloger, pour aller imprimer autre chose, c'est très compliqué.

Vous avez des gens qui sont capables de dire : je sais pertinemment que je ne suis pas cette personne faible et sans volonté mais je ne peux pas m'empêcher de le penser quand même !

Pour aller contre ces choses-là, je vous assure qu'il faut plusieurs heures, plusieurs séances de psychothérapie.

**Juliette KERAUDY** : je vous invite à lire les quatre accords toltèques de Don Miguel Ruiz qui travaille sur le poison émotionnel de la parole et qui travaille sur la stigmatisation de la société dans laquelle nous vivons. Il exprime vraiment ce que vivent les gens à travers des exemples et l'un des accords toltèques, qui lutte contre la stigmatisation, est bien sûr, la parole impeccable, puisqu'il dit que l'on peut ruiner une personne, en lui disant qu'elle chante mal ou qu'elle est grosse.

Il donne des pistes pour nous aider à lutter contre la stigmatisation de la société dans laquelle nous vivons.

**Sylvie BENKEMOUN** : moi aussi, j'ai envie de dire que ce n'est pas si simple de lutter contre la stigmatisation, même si on est un super psy, même si on est un super patient car l'obésité est un paradoxe, c'est-à-dire que les soignants ou toutes ces personnes de bonne volonté, vous, nous, sommes stigmatisants à notre insu.

Il y a toujours le spécialiste et la personne qui est dans la société civile et parfois les deux se contredisent. Certains médecins vont prendre en charge l'obésité avec de bonnes intentions en ne se rendant pas compte que de temps en temps, ils dérapent, car ce sont aussi des personnes ayant pris deux kilos pendant l'hiver, qui vont essayer de les perdre en se disant, moi, j'y arrive, pourquoi pas eux ?

Donc, il y a toujours cette dichotomie. La stigmatisation existe chez tout le monde et c'est cela qui est très compliqué. Comme l'obésité n'est pas un état mais un parcours, les stigmatisations se potentialisent et s'ajoutent.

Cela commence, par le début de l'histoire de la stigmatisation. Quand vous interrogez l'histoire d'une personne en obésité, il y a le premier moment où elle le découvre. En général, au moment où elle le découvre, c'est un mot qui peut être banal, le moment où quelqu'un dit : vous ne voyez pas que votre enfant est en risque d'obésité ?

Actuellement, le simple fait de dire qu'un enfant est en risque d'obésité, c'est comme l'annonce d'une maladie grave et autour de cela, toutes les petites vexations. Je pense qu'il est important lorsque l'on pèse les enfants, d'être très discret. Il y a des tas de choses auxquelles nous ne pensons pas et qui vont faire que la personne qui est en surpoids ou en obésité, va cumuler des petites stigmatisations qui vont s'inscrire et qui vont se conduire comme des prophéties.

Tous ces petits mots, mis bout à bout, tous ces regards qui en disent long, vont influencer le devenir de la personne. Les messages vont aggraver cette situation.

Je pense, qu'effectivement, vous avez été provocateur, Monsieur LECERF, mais j'ai envie de vous suivre ; jusqu'où avons-nous le droit, avec des bonnes intentions, de faire de l'obésité une question de santé publique ? Avec les messages que nous avons, quelles sont les limites que nous accordons à la dignité de ces personnes ?

Il faut avoir une réflexion éthique sur les limites des interventions en santé publique, les limites de ce que nous pouvons dire et ne pas dire, et surtout comprendre, comment cela s'inscrit dans des parcours. Pourquoi les gens sont-ils en errance médicale ?

Il faut beaucoup de temps à une personne en obésité avant qu'elle ne se décide à consulter un spécialiste. Si l'accueil n'est pas bienveillant elle risque d'attendre parfois de nombreuses années avant de consulter à nouveau.

Il faut évoquer, afin de permettre aux personnes qui en ont le plus besoin d'être aidées au risque d'une aggravation de leur obésité.

**Jean-Michel LECERF** : je vous remercie. Finalement, cela veut dire que dans notre table ronde, nous sommes peut-être hors sujet, nous parlons de politique publique mais comme je le disais ce matin, c'est peut-être nous-mêmes qui devrions changer notre regard et arrêter de juger à l'emporte pièces, les gens pour ce qu'ils sont.

Je crois qu'il y a aussi, peut-être, une part qui nous échappera toujours, tant que nous resterons dans notre attitude de jugement.

Peut-être, parce que c'est une maladie que nous ne savons pas bien soigner, peut-être parce que c'est une maladie dont on pense qu'elle est liée au comportement individuel uniquement, alors que c'est beaucoup plus complexe, tout le monde le dit. Il faut, peut-être, dans l'esprit d'un certain nombre de gens, avoir des boucs émissaires, l'obésité, le mal à combattre. D'ici à ce que l'on pense que ce soit la personne elle-même qui est le mal !

Je crois que les choses évoluent un peu quand même, la preuve, des colloques comme celui-ci existent, les associations comme le GROS, des émissions. Il y a quand même des petits changements mais bon le disque dur...je crois que c'est nous qui devons changer !

**Sylvie BERTRAND** : vous vous posez la question de savoir pourquoi l'obésité ? Je pense que c'est beaucoup plus large. Nous sommes dans un monde où il n'y a plus que l'apparence qui compte. Que les gens aient 3.50 g de cholestérol, cela ne dérange pas grand monde et là, il n'y a pas de messages.

Si je me souviens bien, les cinq fruits et les cinq légumes par jour, ce n'était pas, par rapport au poids, mais pour la prévention des cancers de l'intestin et le message a été peut-être interprété autrement.

**Sylvie BENKEMOUN** : le PNNS disait qu'il parlait uniquement de conseils de santé, mais en consultant les objectifs annoncés, il était aussi question d'une perte de poids de 20%, je pense que la confusion vient de là, qu'elle est grave, qu'elle est inscrite et que nous allons mettre beaucoup de temps à l'éliminer.

Les messages s'inscrivent facilement dans l'inconscient mais il faut beaucoup de temps pour qu'ils puissent en sortir.

**Sylvie BERTRAND** : tout à fait. Je dirais : que l'on développe la qualité humaine plutôt que son apparence et valoriser les produits de base, plutôt que dénigrer les « mauvais produits ».

**Jean-Michel LECERF** : alors, est-ce qu'il faut des politiques publiques ou pas pour changer tout cela ?

Il faut être prudent dans tout ce que l'on dit. Le sport national en France, c'est la critique. Si le PNNS n'existait pas, on critiquerait, il existe, on le critique.

L'enfer est pavé aussi, de bonnes intentions, je vous le rappelle.

**Juliette KERAUDY** : nous vivons dans une société où il est plus facile de pointer du doigt l'autre, pour éviter de se regarder soi-même, alors, oui, les politiques publiques ont un rôle à jouer. Quand nous parlions, tout à l'heure, de formation ou de coéducation, je pense qu'il y a un vrai travail à faire sur l'estime de soi par rapport à l'enfant, dès la naissance.

J'ai des enfants qui arrivent à deux ans, simplement pour visiter l'école et les parents qui me disent, vous avez vu mon petit gros. Eh bien, non, à deux ans, un enfant, peut déjà avoir une culpabilité par rapport à son poids et je pense que l'estime de soi passe aussi par la coéducation, la formation et la dédramatisation des produits à risque.

**Jean-Michel LECERF** : tout à l'heure, nous discutons en aparté, avec un médecin scolaire, qui me disait : ce n'est pas si facile que cela, pour nous aujourd'hui, parce qu'on nous dit qu'il ne faut pas stigmatiser. Je n'utilise pas le mot obésité, qui à un moment donné, a été utilisé pour l'obésité grave, grade 1 et 2, alors qu'elle correspondait au surpoids. Alors je n'ose plus utiliser ce terme et du coup, je n'ose plus rien faire. Il y a donc, aussi, toujours des effets inverses à nos bonnes intentions. Je n'ose plus dire qu'il est gros parce que je vais blesser, comment dois-je faire, quels messages dois-je faire passer ? Comment dire à cette maman : faites quand même attention à votre enfant, mais déjà c'est peut-être trop ?

Ce n'est pas facile. Le tact, oui mais bon...De même, on a critiqué, je l'ai critiqué ce matin aussi, l'idéal minceur. Je me pose aussi des questions. Je pense que l'idéal minceur est toxique. Fondamentalement.

Mais, à côté de cela, nous pouvons nous dire que, peut-être, d'une certaine façon, il peut conduire un certain nombre de personnes, qui n'ont pas trop de problèmes de poids, à faire plus attention à leur image. Pourquoi pas ?

A l'inverse, aux Etats Unis, le poids a longtemps été considéré comme tout à fait ordinaire. Peut-être, y a-t-il moins de mise à l'écart des gros qu'en France.

Est-ce exact ? Est-ce que, en Nord-Amérique, on s'accepte mieux comme on est, les uns les autres, mais du coup, cela entretient l'obésité. Parce que, finalement être gros ou très gros, cela ne gêne personne et tant mieux, mais c'est très complexe.

**Amélie DESROSIERS** : d'une certaine façon, c'est plus facile pour les gens en surpoids, en Amérique, mais en même temps, la pression de l'image qui nous vient de l'industrie du cinéma, d'Hollywood, le rêve américain, tout cela est extrêmement présent. C'est pour cela que nous abordons à la fois, obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids.

Chez nous, il y a beaucoup de cas d'anorexie, de boulimie, donc des troubles alimentaires qui se développent. Je m'avance peut-être un peu, mais au niveau de l'accès à l'emploi, il y a probablement moins d'impact.

Ce matin, quelqu'un donnait l'exemple d'une secrétaire, qui a été licenciée parce qu'elle avait pris 10 kilos de trop. Ce ne sont pas des situations dont nous entendons parler, peut-être que cela se passe, mais que nous les voyons moins.

Par contre, c'est sûr que, dès que nous allons vouloir parler d'obésité, même si nous voulons avoir une image positive, la première chose que les médias vont nous mettre, c'est l'image d'une grosse personne qui s'empiffre ou qui est écrasée devant la télévision.

Même si nous essayons d'avoir des messages qui soient plus tournés vers des saines habitudes de vie, ce n'est pas ce, à quoi les gens, pensent quand ils parlent.

**Jean-Michel LECERF** : si tout le monde était gros, il n'y aurait plus de stigmatisation, ce serait plus simple !

A l'inverse, j'ai entendu récemment aux Etats Unis, une journaliste qui m'interviewait en me disant qu'aujourd'hui il y avait une nouvelle stratégie de lutte contre l'obésité, c'est l'humiliation !

Alors, c'est un degré de plus par rapport à la stigmatisation.

**Amélie DESROSIERS** : effectivement, nous le voyons beaucoup, dans toutes les émissions qui nous viennent des Etats Unis et nous en avons parlé ce matin, c'est l'humiliation des personnes obèses ou en surpoids, en leur disant que c'est uniquement de leur faute et de les mettre face au mur et de leur réserver toutes sortes de situations très humiliantes pour qu'après ces personnes soient complètement abandonnées. On les remet dans la nature, si je puis dire, c'est un peu caricatural, sans s'intéresser à leurs conditions de vie, à ce qui les a menés à cela.

Au Canada, nous avons eu une émission de ce type, qui se déroulait dans un village qui n'avait pas accès à un supermarché qui vendait des aliments frais, qui n'avait pas d'infrastructure pour bouger. Pendant toute la durée de l'émission, on a poussé l'exercice extrême et on ne leur a fait manger que des carottes mais quand l'équipe de tournage s'en allait, personne ne se posait la question de savoir s'ils allaient avoir accès à des aliments frais, s'ils allaient comprendre comment ils en sont arrivés là, est-ce qu'ils vont pouvoir bouger ? Et cela, est un grave problème.

**Sylvie BENKEMOUN** : un commentaire, pour juste appuyer sur les émissions de télévision et l'humiliation. Il y a une émission qui marche beaucoup et je m'en sers au cabinet, c'est « Belle toute nue ».

A la fin de l'émission, la personne doit se dénuder et je trouve incroyable que l'on demande cela à une personne grosse, on ne le demanderait jamais à une personne mince.

Il serait important de veiller à la dignité des personnes obèses dans les émissions de télévision en proposant une réflexion éthique face à certaines émissions stigmatisantes.

**Jean-Michel LECERF** : c'est vrai, qu'il pourrait y avoir un aspect politique publique, puisqu'il pourrait peut-être avoir une censure, si on voulait la rétablir, mais je crois qu'on ne pourra pas la rétablir.

**Jean-Philippe ZERMATI** : je me disais, que finalement, si les responsables politiques devaient se donner une mission, ce serait de faire passer le message, que l'obésité n'est pas une maladie, n'est pas une faute morale.

Ce n'est pas la première fois dans l'histoire, qu'une maladie soit confondue avec une faute morale. Au Moyen âge, la lèpre était une punition divine, jusqu'à ce qu'on découvre que c'était quand même le résultat d'un bacille.

Aujourd'hui, nous en sommes au Moyen âge par rapport à l'obésité. Aujourd'hui, nous considérons l'obésité, comme nous considérons la lèpre il y a 500 ans.

Aujourd'hui, si les responsables publics devaient se doter d'une mission, ce serait de modifier cette image, de faire passer dans le public, l'information que l'obésité est une maladie compliquée, une maladie du métabolisme, du tissu adipeux, une maladie du comportement, une maladie renforcée par des conditions de vie difficiles, ce n'est pas du tout le hasard, si nous trouvons le plus d'obèses parmi les gens qui ont les conditions de vie les plus difficiles, et cela n'a rien à voir avec une maladie du mal manger ou du mal écouter les conseils que l'on m'a donnés.

S'il y avait une mission à se donner, je pense celle-là devrait être prioritaire.

**Jean-Michel LECERF** : de même que les chercheurs ont besoin de chercher, s'ils ont trouvé, ils ne cherchent plus, sinon il arrête de travailler, on peut se demander dans quelles mesures, les gens de santé publique, doivent donner des messages de santé publique pour justifier leur mission, mais ces propos sont sans doute déplacés !

On nous a appris, qu'on ne devait pas soigner un artéritique, tant qu'il n'arrête pas de fumer, ce qui est juste mais on le soigne quand même.

Les médecins ne peuvent pas accepter cela, on doit soigner les gens, quelle que soit leur condition, quelle que soit la contribution qu'ils peuvent avoir eu dans leur pathologie. Parce que celui qui fume, c'est celui qui fume, ce n'est pas le voisin. Ce n'est pas si simple que cela, compte tenu du problème économique qui est en train d'arriver ; demain, on aura peut-être envie de dire aux gens, vous vous êtes mal comportés, on va vous le faire payer !

C'est donc vraiment une question éthique forte et elle n'est pas tellement morale, elle est éthique.

**Jean-Philippe ZERMATI** : je voulais ajouter par rapport à ta réflexion précédente, je suis un peu en retard, une boutade, d'un auteur que j'aime beaucoup, qui s'appelle Petrovska SKRABANEK, qui disait : « quand vous ne savez pas quoi faire, faites le énergiquement, surtout !

**Sylvie BENKEMOUN** : je vais reprendre la parole, je suis un peu bavarde, mais j'étais contente d'entendre parler d'alcoolisme, parce que la prise en charge de l'alcoolisme, au début, était autoritaire et intolérante.

Maintenant, la prise en charge de l'alcoolisme, n'a plus rien à voir. C'est-à-dire, qu'on entend, on comprend, on ne stigmatise pas, on prend la personne là où elle est et on essaie de faire avec elle, là où elle est, sans mettre un préalable et ce préalable, ce serait l'abstinence.

Pour l'obésité, c'est la même chose ! Il ne doit pas y avoir de préalable alimentaire. Très souvent, manger trop, à un certain moment, a été un système de défense pour maintenir

un équilibre en raison d'événements de vie, de maltraitance. Toutes les personnes obèses n'ont pas de problèmes psychologiques, mais lorsque l'on voit des parcours d'obésité qui ont commencé précocement, il y a des histoires de vie importantes. Et manger beaucoup, à ce moment et se remplir, cela a été peut-être un moindre mal, peut-être, que cela, il faut l'entendre.

L'équilibre psychique s'est construit avec ce système de défense. À un certain moment, le corps et le psychisme n'ont plus besoin de tout cela, mais c'est enregistré, inconsciemment. La prise en charge thérapeutique peut aider à trouver un nouvel équilibre, sans ces besoins. Cela peut ressembler à certaines prises en charge de l'alcoolisme.

**Jean-Michel LECERF** : un petit mot sur l'alcoolisme. Nous savons aujourd'hui, que tous les alcoolismes, ne se soignent pas de la même façon. À certains, nous dirons d'arrêter et à d'autres, nous dirons de diminuer, de prendre des plus petites doses etc...

Donc pour l'obésité, il faut aussi, la même chose.

**Sylvie BERTRAND** : j'ai dit tout à l'heure, que je travaillais à mi-temps pour la ville de Wattrelos, mon autre mi-temps, je l'exécute dans un centre de toxicologie et depuis 30 ans, je fais effectivement le parallèle entre les problèmes d'alcool, d'alimentation, de tabac. L'alcoolisme, ne se soigne plus comme avant, mais la démarche est la même avec quelqu'un qui vient pour un trouble du comportement alimentaire et je le répète, parce que cela est important pour moi, les personnes qui ont un trouble alimentaire, ne seront pas forcément en surpoids, ni forcément obèses.

**Jean-Michel LECERF** : autrefois dans les centres d'hygiène alimentaire (devenus CSAPA), c'est curieux on ne soignait que les problèmes d'alcool.

**Sylvie BERTRAND** : en fait, tout au départ, nous étions là pour un dépistage précoce de difficultés avec l'alcool et nous nous sommes rendus vite compte, que les personnes qui étaient, en réelle difficulté avec l'alcool, n'avaient pas de lieu, donc, nous sommes devenus, Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et puis nous avons constaté qu'il y avait quand même beaucoup de personnes qui avaient des problèmes d'alcool et nous avons mis de côté le dépistage précoce et nous sommes devenus, centre d'alcoologie et CSAPA mais aujourd'hui, nous essayons de faire reconnaître qu'il n'y a pas qu'une dépendance à l'alcool mais aussi à l'alimentation, au tabac.

Ce n'est pas le sujet ici, mais le parallèle est vrai. Une personne, dans son histoire de vie, a des périodes où elle a besoin d'une béquille, qu'elle ne trouvera pas dans la parole, puisque parler n'est pas facile et elle va aller chercher, ce qui est le plus facile autour d'elle, parfois c'est l'alcool, parfois, l'alimentation, parfois le travail ou le sport.

Le tout est de voir, qu'à un moment donné, cette béquille ne suffit plus à son équilibre.

**Jean-Michel LECERF** : nous avons été très bavards et j'aimerais, qu'on puisse revenir, pour la fin, sur deux ou trois mots, de ce que vous retiendriez.

**Laurent BARRET, Directeur du Centre Hospitalier de Wattrelos** : je voulais féliciter les organisateurs de cette manifestation qui m'a, je dirais, tenu en haleine, jusqu'à la fin et je voudrais revenir sur un mot : le plaisir, dont on a peut-être pas assez parlé et je crois que le rôle des politiques publiques et des services de restauration collective, c'est de redonner du plaisir aux gens, le plaisir de bien manger, de mieux manger, pas forcément de bannir ou de stigmatiser certains aliments mais simplement de retrouver le temps de bien manger.

Je pense que les comportements alimentaires sont aussi très liés à la paresse, paresse des gens qui ne font plus la cuisine, on passe de moins en moins de temps à cuisiner, on ne fait que des quatrième ou cinquième gamme et finalement on ne fait plus rien par soi-même, on passe de moins en moins de temps à table, il y a de moins en moins de convivialité, les plateaux repas se multiplient le midi parce qu'il faut que les gens soient disponibles, et puis il y a la performance aussi.

Performance et paresse qui nous mènent d'une certaine manière à cette situation. Mais le plaisir surtout, n'oublions pas !

**Jean-Michel LECERF** : merci pour ce mot de la fin qui est le vôtre. D'autres personnes veulent-elle prendre la parole ?

**Amélie DESROSIERS** : je souhaiterais dire un petit mot sur la paresse. Il convient de se demander si c'est vraiment de la paresse ou si c'est le mode de vie qui pousse les gens à agir ainsi.

Les gens travaillent des heures incroyables, ils doivent aller chercher les enfants à l'école etc...ce n'est pas évident. Je reviens avec mon concept de développement favorable (voir texte plus haut), le but c'est de donner aux gens, les moyens de pouvoir mieux s'organiser par exemple par des cours de cuisine. Le plaisir, par contre, je suis entièrement d'accord.

J'ai entendu plusieurs fois ici, et je suis assez surprise, parce qu'au Québec, on a tendance à l'utiliser le moins possible, l'expression « lutter contre l'obésité ».

Chez nous, cela ne passe pas du tout, parce que cela inclut de lutter contre les personnes obèses et ce n'est pas du tout l'objectif. Alors, nous allons parler de prévention, de problème de poids ou de promotion des bonnes habitudes de vie mais plus lutter contre l'obésité.

**Jean-Michel LECERF** : vous avez tout à fait raison de dénoncer cette expression.

**Sylvie BERTRAND** : je rejoins Monsieur BARRET, sur le plaisir. Je ne travaille que sur le plaisir avec les enfants en surpoids et cela marche très bien.

**Juliette KERAUDY** : le plaisir de cuisiner ensemble et d'apprendre à cuisiner. Alors, un bon spot publicitaire pourrait être une recette de cuisine facile à faire et nos mamans, pourraient cuisiner pour leurs enfants.

**Hélène DEBERNARDI** : tout le monde a repris, le plaisir, qui est le maître mot de la politique de l'alimentation, c'est très bien. Quand on est agent de l'état et parfois en position de pouvoir influencer les politiques publiques, en tout cas donner son avis et écrire parfois ces politiques, la question de l'impact que cela peut avoir est vraiment une question fondamentale.

Je pense qu'il y a certainement des politiques à réinterroger dans notre pays.

**Vincent LEDOUX** : au risque de plomber l'ambiance : repenser l'Etat. J'ai entendu tout et son contraire. Je pense qu'il faut arrêter de tout demander à l'Etat. Donc, à un moment donné, il faut repenser le rôle de l'état. C'est quoi l'Etat ? C'est quoi la politique de santé ? La chaîne des acteurs de la santé publique, en partant de la commune, jusqu'au plus haut niveau de l'Etat parce que tout le monde bricole dans son coin mais il n'y a aucune cohérence.

Je ne suis pas médecin, c'est le rôle des médecins. Je fais mon boulot de maire au quotidien, j'essaie de le faire en vous écoutant, je n'ai pas pris la parole, parce que l'on dit toujours que les élus parlent mais là je vous ai écoutés et il y a des choses très intéressantes qui ont été dites, très intéressantes, et nous sommes des éponges qui absorbons et nous avons besoin, nous, d'avoir les bons messages.

Je voudrais dire une chose et j'en terminerai là. Quelqu'un a parlé de chronobiologie. Nous récupérons la réforme des rythmes scolaires, nous n'avons rien demandé mais c'est à nous de la mettre en œuvre, comme on nous demande de tout mettre en œuvre. Sauf que l'on nous dit, attendez, il y a madame untel qui dit cela et monsieur untel qui pense autre chose. Nous, nous sommes à la synthèse et il faut que nous arrivions à faire notre miel de tout cela.

C'est extrêmement compliqué, il faut redonner de la lisibilité, il faut que l'Etat joue son rôle, lequel ? Vous l'avez dit, nous sommes en période de crise, il n'y a plus d'argent. Il faut qu'il redéfinisse les priorités, qu'il se recentre sur les priorités et puis après, à chacun de faire son travail.

Madame, quand l'Etat passe un message, cela ne peut pas être uniquement sur les personnes obèses, ce n'est pas possible. L'Etat a un rôle d'intérêt général, il passe des messages d'ordre universel et d'ordre général et donc forcément, il y a des gens qui vont se sentir lésés.

Nous avons parlé du retour de la morale, tout à l'heure. Le mariage pour tous, que l'on soit pour ou contre, c'est aussi l'objet de tout cela, des gens se sont sentis stigmatisés, à tort ou à raison. C'est une autre affaire mais il y a toujours quelqu'un de stigmatisé dans l'affaire.

En plus, c'est vieux comme le monde : la peur du loup ! Le loup est-il un animal si nuisible ? Je me le demande. Ce sont des vieux clichés. J'aurais été Louis VI le Gros, il est évident que j'aurais été adoré parce que l'écu de l'époque devait être gros. Reprenez la république censitaire, un élu devait être gros, parce que le gros réussissait, parce qu'il mangeait bien.

Nous sommes vraiment ici, à la confluence de plein de messages, de plein de maux de la société, de plein de crises et nous essayons de bien faire et parfois, quand nous voulons bien faire, nous faisons mal. Mais en tout cas, chacun doit tenir son rôle et c'est le message que je veux donner.

**Jean-Michel LECERF** : peut-être que l'état s'occupe moins de remplacer les parents dans leur rôle éducatif, par exemple.

Je remercie tous les participants et le public de cet atelier et nous nous retrouvons dans cinq minutes pour la restitution de tous les ateliers.

# ATELIER 2

***Comment lutter contre la discrimination dans l'emploi  
et l'accès aux services ?***

Animateur :

**Khalid HAMDANI**

Intervenants :

**Catherine CLARISSE,**

*Architecte enseignante-chercheuse à l'École Nationale d'Architecture Paris-Malaquais*

**Ayité CREPPY,**

*Directeur du club FACE Lille Métropole*

**Jean-Marie THEPOT,**

*Directeur Jeunesse et Sports honoraire,  
Ancien directeur départemental de la Cohésion Sociale du Nord,  
Ancien inspecteur de la Jeunesse et des Sports*

# RECRUTEMENT ET OBESITE : L'ESTHETISATION DU MARCHE DU TRAVAIL EST EN ROUTE

## ***Ayite CREPPY***

*Directeur du Club FACE Lille Métropole*

### **1 - Face Lille métropole ; Un club d'entreprises pour l'emploi qui vise à transformer les pratiques discriminatoires des entreprises**

La fondation agit contre l'exclusion Lille métropole est un réseau d'entreprises pour l'emploi.

Conformément à notre mission, Face Lille métropole exerce son action dans les 3 domaines suivants : exclusion, discrimination, pauvreté et dans les 5 axes opérationnels tels que : entreprise, emploi, école, territoire et quotidien.

En 2012, 254 entreprises et 566 collaborateurs se sont impliqués dans nos actions, 698 collaborateurs ont été sensibilisés, formés à manager la diversité, 864 personnes accompagnées à l'emploi et 102 contrats de travail signés.

Notre action s'exerce dans et avec les entreprises pour :

- Transformer les pratiques rh, les politiques et les projets des entreprises.
- Faciliter le recrutement et l'accès à l'emploi du plus grand nombre de personnes et dans ce cadre de préparer, d'accompagner et de former les demandeurs d'emploi dans une approche directe
- Accompagner les jeunes à obtenir les stages, mieux connaître les entreprises, leurs réalités et s'y préparer
- Aider les acteurs, intermédiaires de l'emploi, institutions et autres partenaires
- Appuyer et aider dans leurs quotidiens, les familles en difficulté

Aussi, sommes-nous un observatoire attentif des difficultés des personnes qui s'adressent à nous et qui évoquent souvent les discriminations comme un des freins de non accès à l'entreprise et à l'emploi.

Pour mémoire, Face Lille métropole agit activement contre les discriminations à travers ses actions de sensibilisation, formation, accompagnement des pratiques des entreprises, et au label diversité. Nous accompagnons également les bénéficiaires de nos actions pour faire de leurs différences et diversités un atout dans leur recherche d'emploi.

### **2 - La discrimination liée à l'obésité s'intègre à celle liée à l'apparence**

La discrimination liée à l'apparence revient bien souvent car elle est évoquée par nos publics bénéficiaires, et ce, quelques soient leurs qualifications et ou expériences.

La question de l'obésité s'intègre à celle de l'apparence en général et à celle de l'esthétisation du marché du travail en particulier.

C'est une discrimination légale, sociale et multicritères.

## **Une discrimination légale**

Les recruteurs n'ont pas tous conscience, de discriminer en choisissant des candidats en fonction de la photo et du poids supposé. Or, l'apparence physique est bien un critère de sélection qui est discriminatoire au même titre que l'appartenance à une ethnie, le sexe ou l'appartenance religieuse (article L 122-45 du code du travail, articles 225-1 et 225-2 du code pénal). Qu'il s'agisse d'un poste de commercial ou de télévendeur, la discrimination en raison du physique est tout aussi illégale. Discriminer en fonction de l'apparence est donc un délit.

## **Une discrimination sociale**

La discrimination dans l'accès à l'emploi dont sont victimes les personnes obèses, frappe particulièrement les catégories sociales défavorisées. L'obésité, dès la maternelle est plus répandue dans les milieux sociaux modestes. Elle frappe davantage les filles et les femmes ainsi que les non européens. Dans les pays occidentaux comme en France ces liens sont bien connus. Par conséquent, la discrimination au moment du recrutement, atteint de manière évidente, des candidats qui rencontrent déjà des difficultés d'accès à l'emploi, en raison de leur sexe, de leur origine géographique, de leur couleur de peau, du quartier défavorisé où ils résident et de leur capital scolaire. L'obésité provoque l'échec scolaire et l'exclusion et elle est ensuite aggravée par les discriminations directes et indirectes dont souffrent les personnes obèses.

## **Une discrimination multicritères**

Comme évoquée dans les lignes précédentes, la discrimination des personnes obèses est toujours composite, car allié à la fois, des critères d'apparence, de sexe, d'âge, de santé qui se cumulent. La discrimination vis-à-vis du surpoids, en particulier celle exercée à l'égard des femmes, intègre également toutes les représentations fausses qui lui sont associées, telles que la paresse, la mollesse, la maladie, l'inaptitude. Il apparaît enfin, que cette discrimination se focalise majoritairement sur certains types de personnalités qui se fragilisent encore plus dans leurs démarches d'accès à l'entreprise et à l'emploi.

Lors d'une embauche, tout se passe dans le non-dit ; allusions, remarques sur le poids et les façons d'y remédier, les obèses doivent en permanence subir les mêmes insinuations. C'est toujours au détour d'une phrase, que le recruteur interroge la personne sur son état physique, sa santé. Le recruteur opère une sélection subjective, et parfois inconsciente, en décrétant que telle ou telle personne n'est pas compatible avec l'image et les objectifs de l'entreprise. Les obèses doivent donc se résoudre à un état de fait et se contraindre à ne postuler que pour des emplois « cachés ».

## **Des conséquences évidentes pour une diversité non assumée**

Si les discriminations évoquées par les publics bénéficiaires de nos actions d'accès à l'emploi portent souvent sur l'apparence, il en résulte de leur part, un certain nombre de comportements, posant fondamentalement la question de l'acceptation de la diversité par les parties en présence, lors du processus de recrutement.

Il est important à ce stade de définir la diversité et ses manifestations directes.

La diversité peut être définie comme la prise en compte et l'acceptation des différents profils humains de la société dans les entreprises. Il existe un certain nombre de caractéristiques, qui selon l'universitaire américain Point, sont définies par les éléments suivants :

- Les plus visibles : le genre, le sexe, la race, la couleur, le handicap physique et l'apparence physique

- Les moins visibles : l'éducation, les croyances, l'orientation sexuelle, les valeurs, les connaissances,
- Les primaires (invariables) : âge, origine ethnique, aptitude, orientation sexuelle,
- Les secondaires (évolutifs) : revenu, statut marital, statut parental, expériences professionnelles, croyances religieuses.

Aussi, la question de l'apparence, ne peut être liée seulement au physique. On note une sorte de dialectique entre l'affiché et l'admis, le culturel et le non culturel, le perçu et l'admis. La perception de l'apparence physique entraîne l'imagination de toutes les autres qualités de l'individu engagé dans un processus de recrutement depuis l'accueil, l'entretien, jusqu'à l'intégration dans l'entreprise.

### **3 - 53% des employeurs ne choisissent pas un obèse dans des situations de compétences comparables en France**

L'obésité est marquée par une apparence physique que certains qualifient de « grande taille », taille forte, gros, grosse, etc... Cette apparence pose problème à certains recruteurs, car toutes les études montrent que, face au marché du travail, les chances des « obèses » diminuent.

Je rappelle les résultats de l'Eurobaromètre 2012, qui nous donne les informations suivantes :

LORQU'UN EMPLOYEUR A LE CHOIX ENTRE 2 CANDIDATS DE QUALITE ET DE COMPETENCE EGALE, L'APPARENCE (taille, visage) peut défavoriser à 53% en France et à 37% en Europe.

On ajoutera les informations suivantes, de l'observatoire de M. AMADIEU :

Les français ont conscience de cette discrimination à l'embauche puisque 74% d'entre eux, considèrent qu'un candidat obèse n'a pas les mêmes chances qu'un autre d'être embauché à compétences égales.

Les femmes obèses sont très discriminées, souvent au chômage et condamnées aux emplois précaires.

Les hommes obèses sont également discriminés pour accéder à des emplois en contact avec la clientèle.

Dans un testing d'avril 2005, nous avons constaté qu'un candidat obèse, a 3 fois moins de chances de décrocher un entretien d'embauche, qu'un candidat au poids normal, lorsqu'il s'agit d'un poste de commercial. Et les réponses positives qu'il obtient, le sont 4 fois moins souvent à Paris. Le fait qu'elles soient en banlieue parisienne, révèlent des emplois de moins bonne qualité (éloignés, moins rémunérateurs).

L'obésité défavorise, face à un processus de recrutement et tout laisse croire que cette discrimination qui est de l'ordre du tabou, occulte totalement les compétences ainsi que tous les atouts du candidat ou de la candidate obèse, qualifié, expérimenté, tel quel.

#### **4 - Des pistes d'action nées de l'expérience de Face Lille métropole**

Notre expérience à Face Lille métropole, nous a amené à proposer un mode de faire, facilitant la vie des candidats obèses ou marqués par une obésité apparente.

Notre mode de faire, repose sur un socle : sensibiliser et animer les entreprises sur la diversité en général et l'obésité, pour démystifier cette discrimination réelle, l'expliquer,

- Proposer une session de sensibilisation destinée aux personnes obèses, pour faire de l'obésité un atout dans son recrutement
- Mettre en place des sessions de préparation, de type Atout Face, destinées à préparer et à accompagner des personnes obèses, à mieux négocier leurs situations de mise à l'emploi.
- Faire bénéficier de l'action, PROJET FACE LOOK-COACHING MODE imaginée avec l'entreprise KIABI qui vise les objectifs généraux suivants :
- Offrir l'opportunité aux personnes qui s'adressent à FACE dans leur parcours, de bénéficier de conseils personnalisés pour améliorer leur image personnelle et professionnelle.
- Agir contre l'exclusion, les discriminations liées à l'apparence

Ce projet vise également les objectifs opérationnels suivants :

- Optimiser la présentation et le look des personnes rencontrant des difficultés dans leurs démarches d'insertion
- Donner des conseils pratiques et opérationnels aux personnes concernées
- Mettre à disposition les équipes de conseiller clientèle pour assurer le conseil de proximité
- Valoriser les savoir-faire et la dynamique des personnes engagées dans une démarche active de lutte contre l'exclusion, les discriminations et la pauvreté

#### **5 - Des valeurs ajoutées de promotion des personnes obèses**

Ces différentes actions permettent d'apporter différentes valeurs ajoutées aux personnes concernées, car, il les valorise, les met en confiance, leur fait bénéficier des conseils des entreprises et implique les collaborateurs des entreprises. Face Lille métropole en agissant ainsi vise à :

- Préparer les candidats différents, tels les obèses, à prendre conscience et à se forger une image personnelle et professionnelle
- Proposer un véritable service de valorisation et de promotion des personnes qui vivent une situation d'inégalité liée à l'apparence et donc à l'obésité.

L'action de Face est un accélérateur de recrutement mais il ne changera pas définitivement les représentations des recruteurs. C'est pourquoi, nous devons poursuivre ce travail de sensibilisation, de formation, de conseil en vue d'obtenir le label diversité pour transformer durablement le regard, les pratiques et les politiques des entreprises dans cette démarche progrès et retrouver ainsi des leviers dans nos actions et ou projets.

## RECHERCHE OBESITE SEVERE ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DANS L'HABITATION

### Catherine Clarisse

*Architecte enseignante-chercheuse à l'École Nationale d'Architecture Paris-Malaquais, architecte d'intérieur, a effectué des recherches universitaires sur l'évolution de la pièce cuisine en France au XX<sup>e</sup> siècle, recrutée au CHRU de Lille dans une équipe pluridisciplinaire pour la recherche Obésité Sévère et Comportements Alimentaires dans l'Habitation.*

Je ne suis pas spécialiste de la discrimination. Ceci dit, dans mon travail, je me suis retrouvée confrontée à une discrimination par l'espace. Ma pratique professionnelle d'architecte a été de signer de très nombreux logements en agence d'architecture. C'est par hasard que j'ai commencé à travailler sur les évolutions de la cuisine. Avec des enfants en bas-âge, je me suis ensuite orientée vers la recherche et ai repris un cursus universitaire pour me pencher sur la question de la place des femmes dans l'architecture.

Un de mes enseignants m'a alors conseillé de restreindre le sujet et de me cantonner à l'étude de la cuisine de Francfort de Margarete Schütte-Lihotzky en 1927. Dans un premier temps, un peu choquée par cette proposition, j'ai continué à chercher dans les dessins d'architectes la place que les hommes avaient donnée aux femmes dans le domaine de l'architecture.

En cherchant au sein de la fondation Le Corbusier, grande référence des architectes, j'ai trouvé une petite phrase de Le Corbusier de 1953 à propos des femmes et des cuisines, prononcée pour vendre une de ses cuisines construite à Marseille :

« La femme sera heureuse si son mari est heureux, le sourire des femmes est un don des Dieux et une cuisine bien faite vaut la paix du foyer. Alors faites donc de la cuisine le lieu du sourire féminin et que ce sourire rayonne sur l'homme et les enfants présents autour de ce sourire. »

Cette cuisine minuscule vendue par Le Corbusier, je l'ai surnommée « la cuisine corset » de par sa taille : 4m<sup>2</sup> ; la femme étant toute seule dans sa cuisine et obligée de pivoter sur elle-même pour servir les autres.

Je me suis alors penchée sur la question suivante : que s'est-il passé pour qu'on passe à un si petit espace après avoir eu de grandes cuisines, et cette recherche a mis en évidence la disparition de la table dans la cuisine en France.

Les règlements de construction évoluent à cette époque. On autorise l'ouverture de la cuisine sur le séjour. Et la cuisine française perd en plus de sa table et de ses chaises sa porte et sa fenêtre, jusque-là obligatoires dans toutes les pièces de la maison. On utilisera à cette époque- là ce modèle de cuisine pour les constructions et reconstructions de logements en masse, excepté dans le nord de la France où les bâtiments sont plus anciens.

Dans la même période en Suède, les années 50, les théoriciens et architectes considèrent important de conserver une table dans la cuisine. Cela permettant une meilleure répartition du travail domestique : tout le monde est ensemble autour de la table ; et ayant également une visée sociale : permettre aux femmes de se dégager du temps pour avoir d'autres activités.

J'ai donc fait mon entrée en matière dans l'étude de la discrimination par l'égalité homme-femme et le partage des tâches ménagères. Etant gauchère, je suis sensible à tout ce qui est fait pour les droitiers, à toutes ces machines conçues pour les droitiers, comme un distributeur de billets, un portillon de métro, un appareil photo, un fer à repasser, et toutes les machines domestiques. Cela m'a beaucoup aidée dans cette recherche. Il en est de même pour la question du conditionnement par l'espace : on peut travailler seul et debout dans un espace réduit comme dans une grande cuisine, mais on n'a pas le choix d'être plusieurs à travailler dans un espace exigü.

**Jean-Marie THEPOT, Directeur Jeunesse et Sports honoraire, ancien directeur départemental de la Cohésion Sociale du Nord, ancien inspecteur de la Jeunesse et des Sports** : j'ai longtemps travaillé à faire prendre conscience aux mouvements associatifs et sportifs qu'ils avaient une responsabilité très importante dans l'intégration des populations ayant le plus besoin d'activités physiques adaptées, notamment vis-à-vis des personnes sur la voie de l'obésité.

J'aimerais rebondir sur ce qu'a dit la représentante de l'Agence Régionale de Santé, qui a évoqué la bonne concertation des différents acteurs, et donc la mise en place d'un plan de prévention et de lutte contre l'obésité. La question que je pose aujourd'hui est celle du moyen : comment faire sauter les verrous pratiques de la vie quotidienne qui nous maintiennent actuellement dans des organisations discriminantes ?

Je voudrais vous faire partager l'exemple suivant : un club de foot lambda, tel qu'on peut en trouver dans les villes de Wattrelos, Roubaix comme dans tout le département. Ce club sportif voit arriver en septembre une dizaine d'enfants fans de grandes vedettes de football, dont un enfant en surpoids. Revenons un mois après, nous constaterons que cet enfant est toujours sur le banc de touche et n'intervient que s'il manque un joueur.

Alors même que le message que nous passons à ces familles est de faire du sport, de bouger, de se prendre en main, elles se retrouvent face à ce facteur d'exclusion qu'il faut absolument démonter.

**Catherine CLARISSE** : on parle beaucoup des sports tels que le foot, il y a cependant des activités telles que la danse, le yoga, la relaxation qui peuvent être des étapes permettant à l'enfant de se sentir bien, de bouger. Il peut être plus facile pour ces disciplines d'intégrer des enfants en surpoids.

**Khalid AMDANI, Directeur de l'Institut Ethique et Diversité, animateur de l'atelier 2** : dans ce que vient de dire Jean-Marie THEPOT, on comprend que cette discrimination est inscrite dans le fonctionnement même des institutions, qui prend pour modèle la compétition. Dès lors que l'on entre dans une compétition qui a pour but d'obtenir des récompenses internationales, médailles d'or etc. pour la France, on assiste à une sélection féroce et redoutable. Ce qui était déjà vrai dans la Grèce Antique, c'est un modèle que l'on connaît bien.

En revanche, on parle bien ici de sport payé par les citoyens, par les impôts. M. THEPOT a dirigé une institution publique d'Etat, qui fait du sport un élément de socialisation, de prévention pour la santé. Et effectivement cet enfant pris pour exemple, se voit enlever un droit d'accès à un service que ses parents ont payé. C'est donc doublement discriminant, de par l'institution même, et par l'accès au service.

**Ayité CREPPY, Directeur de Fondation Agir Contre l'Exclusion Lille Métropole, réseau d'entreprise qui agit dans les entreprises contre les discriminations d'accès à l'emploi, dans les écoles et auprès des familles** : je voudrais réagir, en précisant que la question ne se pose pas seulement par rapport à la pratique sportive, mais dès l'accueil du jeune. D'une part, quel est le regard que porte la personne qui accueille ce jeune sur son surpoids ? D'autre part, quels sont les critères d'évaluation de tel ou tel sport ?

Prenons l'exemple d'un rugby club. On a tous une représentation selon laquelle pour faire du rugby il faut être costaud, fort, trapu. Si j'avais été moi-même recruteur d'une équipe de rugby, ce stéréotype l'aurait peut-être aussi emporté ; ma vision de ce sport ayant été formatée par la télévision. Heureusement les critères commencent à évoluer, selon le temps et les modes. Le débat autour de l'équipe de France le montre.

Le travail à faire est à effectuer dès l'accueil, mais également sur les stéréotypes que renvoie le sport : pour certains sports il faudrait être svelte, pour d'autres très musclé. Ce travail préalable, les sportifs n'en ont pas conscience. On se cache souvent derrière les valeurs du sport.

**Jean-Marie THEPOT** : la notion que vous avez introduite est très importante : faut-il infléchir les conditions d'accueil sur des activités valorisées par les médias ? Ou au contraire promouvoir des activités plus spécifiques, plus adaptées, avec des éducateurs mieux formés pour accueillir ces personnes en surpoids ? Il y a quelquefois des problèmes de compétences dans l'organisation. On se pose alors la question du comment.

Je vais prendre exemple sur ma vie personnelle. Nous avons entre autres une fille qui a très jeune présenté des signes de surpoids. Elle avait par ailleurs une cophose de l'oreille, et on a cru bon de la priver du seul sport qui l'attirait et lui aurait fait du bien : la natation. Nous voulions lui attribuer une activité physique stigmatisante et appropriée : la GRS. Notre excès de précaution à l'égard de son activité physique nous a fait rater le développement de son schéma moteur, elle le dit elle-même. À aujourd'hui quarante ans, elle est en surpoids. Nous l'avons privée de la seule discipline physique suffisamment appropriée à sa norme intrinsèque pour s'épanouir.

Longtemps le rugby a été une discipline des plus accueillantes pour les différents gabarits. Or notre organisation du sport et de l'accueil dans le sport fait que l'on se dirige vers des morphotypes extrêmement standards. Les éducateurs notamment chez les plus jeunes, anticipent sur ces critères de sélection. La véritable question aujourd'hui est de savoir comment orienter les familles et les enfants vers une offre d'activités physiques adaptée, que j'appelle « activités physiques salutaires ».

Dans certains cas, des clubs sportifs standards ont des éducateurs formés, je pense au travail effectué au sein de la Fédération Française d'Athlétisme. Dans d'autres cas, on trouve des clubs totalement inaptes à accueillir convenablement ces jeunes.

La question est posée en particulier à Watrelos, où nous avons un vieux compagnonnage avec la politique de la ville, avec les ateliers Santé Ville, avec le programme EPODE (Ensemble Luttons Contre l'Obésité Des Enfants) etc. Nous avons impérativement besoin d'un travail d'expérimentation pédagogique des structures de pratique d'activités physiques. Et il faut le rationaliser, bassin de vie par bassin de vie.

Ma première expérience de fonctionnaire de l'Etat vis-à-vis de Watrelos a été de venir inaugurer au nom du préfet le forum des associations de la ville de Watrelos. Il y avait un camaïeu d'associations mais pas une d'entre elles ne cherchait à s'attaquer à des publics non sédentaires. Cela parce que chacune d'entre elles était très préoccupée par sa survie et par la desserte de sa clientèle habituelle. Il nous a fallu alors commencer à réfléchir à la façon de tisser un lien entre les associations elles-mêmes afin qu'elles attaquent ces niches de sédentarité, que ce soit dans des familles issues de l'immigration, chez les femmes, chez les retraités, les pauvres, les SDF etc...

Il existe toute une série de populations-cible qu'il faut vraiment appréhender avec les techniques modernes du marketing pour leur offrir, à travers vraisemblablement l'économie sociale et solidaire, un moyen de s'épanouir dans une activité physique qui va évoluer en fonction de leur nutrition.

***Khalid HAMDANI*** : essayons d'être concrets sur un point. La prévention par le sport permet de lutter contre l'obésité et son apparition dès le plus jeune âge. Les associations sous la houlette de la Direction Régionale Jeunesse et Sports Cohésion Sociale, sous l'autorité du préfet, sont payées par les impôts des citoyens (TVA) pour faire ce travail. Concrètement, un enfant en surpoids arrive dans une association et alors qu'il en a pleinement le droit on le met sur le banc de touche et l'écarte. Les questions qui se posent sont les suivantes : Y a-t-il des sanctions ? Quelles sont les mesures concrètes mises en place pour lutter contre cette forme de discrimination ?

***Ingrid RINGUE***, **Chargée de projet stagiaire au Mouvement Européen du Pas-De-Calais, en master management des ressources humaines** : je vais vous parler de l'expérience de mon frère qui a pratiqué le basket-ball. En tant que débutant dans un nouveau club, il n'a pas été totalement intégré. Etant grand pour son âge, il est arrivé avec un de ses amis plus petit. On a pu constater que des efforts ont été faits pour intégrer mon frère. Son ami plus petit s'est vu relégué au banc de touche et ne jouait jamais, il a dû se tourner vers un autre sport, en l'occurrence le judo.

A mon avis, c'est du devoir des personnes qui gèrent l'association sportive de faire un effort afin d'intégrer l'enfant. Même s'il y a de la compétition, il faut bien comprendre qu'un enfant est là pour s'amuser. De plus pour ces sports collectifs il est important de garder un esprit d'équipe. Je ne comprends pas qu'on puisse exclure un enfant parce qu'il ne correspond pas à certains critères.

***Catherine CLARISSE*** : c'est en fait l'esprit du sport qui est peut-être à remettre en question. Je suis une militante des cercles d'éducation populaire. Avec mes étudiants, je travaille en réseau avec les Maisons des Jeunes et de la Culture. Nous visitons des lieux absolument extraordinaires. Tant pis pour ces établissements sportifs qui ne savent pas reconnaître la diversité, je pense qu'il y a d'autres lieux qui sont très à l'écoute.

***Khalid HAMDANI*** : c'est très cohérent dans les stratégies individuelles. En revanche, il me semble que nous avons deux catégories de filières : la filière qui va détecter très tôt les petites pousses comme Zidane par exemple qui vont rentrer dans le sport-études et qui vont être l'élite sur mille à obtenir une médaille d'or. C'est une forme d'élevage, assez terrible en plus. Ils deviennent alors des sportifs de haut niveau. Et il y a les filières qui ne sont pas celles-là : celles que je fréquente quand j'emmène mon enfant dans une petite association parce qu'il ne deviendra pas un sportif professionnel.

Le danger c'est donc de détourner une activité qui a une vocation de cohésion sociale, de prévention. Ce sont deux logiques à distinguer de manière ferme, pour que ce ne soit pas la mauvaise monnaie qui chasse la bonne, comme on dit. Il ne faut pas que ce modèle s'impose à l'autre, puisqu'ils n'ont pas du tout les mêmes finalités.

Si l'on veut que l'obésité diminue par la prévention notamment par le sport, il faut reconquérir par les associations à vocation sociale pour en faire un véritable outil de prévention de l'obésité, mais aussi de diminution du poids. Nous avons entendu ce matin combien il est douloureux, lorsque vous venez de perdre 30kg que l'on vous dise qu'il faut maigrir, d'autant plus lorsque cela vient d'un médecin. Nous avons vécu ce matin des moments d'émotion extrêmement forts, en écoutant les témoignages. C'est terrible ! On vous extermine en quelque sorte.

Il y a là une piste à suivre : la mairie, la tutelle impose un cahier des charges. Il faut former les animateurs à l'accueil, à l'accompagnement, à faire du sport, non pas une compétition, mais un amusement. Si ce cahier des charges n'est pas respecté, le donneur d'ordre peut remettre la main sur les subventions, ce qui fera peut-être de l'effet.

**Ayité CREPPY** : j'aimerais rajouter deux points. Pourquoi et pour qui fait-on le sport ? On peut en faire son métier ou en pratiquer en tant que loisir. La question qui se pose est celle du coût des sports. Lorsque les enfants font du sport à l'école, c'est imposé dans le programme. Il peut y avoir de railleries, cela va de soi. Mais lorsqu'ils choisissent leur sport, cela a un coût. Toutes les familles n'ont pas les moyens de payer un sport à leurs enfants, et encore moins les équipements. Il me semble que la question de l'obésité touche également celle de l'exclusion sociale.

L'obésité subit une discrimination sociale. Je vous renvoie une deuxième question : dès lors que l'on pratique un sport, on le fait sous le regard des autres. Je prends pour exemple les quartiers, dans lesquels les filles ne sortent pas pratiquer le sport avec les garçons. Pourquoi ? Parce que on ne le fait pas avec les grands frères ou autres, que l'on soit obèse ou non.

Enfin, il me semble que l'éducation passe aussi par de petits modules de sensibilisation des sportifs à ce qu'est la discrimination entre eux-mêmes. Parce que le groupe peut exclure très vite, pour la performance, le physique, etc...

Je vais prendre pour anecdote une action que l'on mène à FACE. Lors d'une sensibilisation, les parents et les jeunes qui venaient pour cette journée de découverte de sports ont lu le tableau explicatif des discriminations. Je les ai vus se demander : « c'est vraiment ça, ce dont on parle ? On ne s'en rend pas compte. »

Il y a un travail à faire auprès des institutions, auprès des éducateurs, auprès des jeunes eux-mêmes. Mais il y a aussi un travail à faire sur le regard des garçons entre eux par rapport aux filles.

**Khalid HAMDANI** : quand on parle de disciplines sportives, tous les comités (olympique, de football, les fédérations) et le droit international en matière de sport séparent clairement le sport féminin du sport masculin, ce qui ne nous aide pas ! Les compétitions sont totalement sexuées et séparées pour les récompenses, nous en sommes tous témoins.

Ce qui vient d'être soulevé et qui est important, c'est la question de l'obésité croisée avec la discrimination sociale. Ne pensez-vous pas que nous avons, collectivement, un petit déficit de connaissances ? Par rapport à nos amis québécois, qui sont très fins dans leur analyse. Disposons-nous de données fines ? Par bassin d'emploi par exemple, par quartiers ? Sur la pratique du sport par catégories socio-professionnelles ? Par origine ethnique et culturelle ?

**Jean-Marie THEPOT** : le Ministère de la Jeunesse et des Sports a depuis une trentaine d'années des données fines. La ministre actuelle, Mme FOURNEYRON, avait d'ailleurs en tant que médecin au ministère de la Jeunesse et des Sports participé à ces études, notamment pour l'INSEP à Paris.

Il existe une tradition française de l'éducation physique. Il y a un mouvement qui en mai 1968 a donné de la voix et beaucoup influé sur le rattachement de l'éducation physique et sportive au ministère de l'Éducation Nationale. Ce mouvement a récusé le sport comme un modèle d'éducation physique. Nous sommes heureusement sortis de ce dualisme, de cette dichotomie. Ce n'est ni tout blanc ni tout noir, il y a un plaisir moteur qui se traduit par la pratique sportive, ce serait donc stupide d'en priver l'éducation motrice de nos enfants et des adultes. Les québécois nous ont relayés dans nos efforts, il y a en effet besoin de réinventer des lieux et des méthodes d'activités physiques qui soient beaucoup moins discriminantes.

Vis-à-vis de l'emploi il y a un arsenal juridique qui permet de porter plainte et de se défendre, moyens que l'on verra tout à l'heure. Dans le domaine de la vie associative, du contrat volontaire, nous sommes entièrement démunis face à ces cas de discrimination latente.

**Khalid HAMDANI** : entendons-nous. Si une personne se présente pour accéder à un bien, à un service, un droit, une prestation (une carte d'identité, carte grise de voiture, rentrer dans un établissement type boîte de nuit, entrer dans un stade de football, s'inscrire dans une association ou s'inscrire à Pôle Emploi), qu'elle remplit toutes les conditions et qu'on l'écarte pour un des dix-neuf motifs énoncés par la loi, il s'agit alors d'une discrimination dite directe. Le but n'est pas de jargonner, mais de dire qu'en tout état de cause c'est une infraction, le droit est remis en cause.

En revanche, lorsque c'est plus subtil, par exemple une association de marcheurs qui exige pour s'inscrire de satisfaire à certaines épreuves physiques, qu'il y a une certaine cooptation, il devient difficile de parler de discrimination au sens judiciaire et juridique du terme. Il est plus compliqué d'entraîner une action en justice.

Cela pose la question des inégalités. Et nous sommes ici davantage sur ces questions d'inégalité lorsque l'on fait le croisement entre l'obésité et les personnes défavorisées, on peut également ajouter le facteur couleur. Être gros, être noir et être pauvre est un petit peu plus compliqué qu'être simplement gros et blanc, et ainsi de suite... Ce sont des choses que l'on ne veut pas voir car on se fait Tartuffe. Mais être Emir d'Arabie et être gros, et il y en a beaucoup, passe bien mieux. Ce saoudien obèse richissime passera différemment. Nous sommes ici au cœur de la question du cumul.

Nous avons évoqué le sport. Voyez-vous des discriminations sur d'autres services envers les personnes obèses ?

**Anonyme** : j'aimerais parler du travail. Mais je ne sais pas si on peut appeler cela de la discrimination. Très récemment, certains travailleurs d'une collectivité (que je ne nommerai pas) bénéficiaient d'une mutuelle. Après un nouveau remaniement, et suite à de nouveaux questionnaires, on leur a refusé des indemnités de salaire du fait de leur surcharge pondérale. Cela m'a interrogé, choqué.

**Ayité CREPPY** : il faut en parler. C'est vraiment une question de qualité. Aux Etats-Unis par exemple, les entreprises, qui sont soumises à des assurances, se sont rendues compte que les salariés obèses avaient plus de problèmes de santé. Ils leur coûtaient donc plus cher que les autres. Ils ont fait le deal suivant : ou on vous augmente, ou on s'occupe de votre santé. Et il est demandé aux personnes obèses de cotiser plus pour les mutuelles. Dans l'entreprise, l'employeur paye une partie de la mutuelle et le salarié l'autre partie. Aujourd'hui, par rapport au droit français, c'est une discrimination. Dans des conditions comparables, on ne peut pas traiter deux salariés de façon différente. C'est clair et net.

Cela nous amène à la question que je veux traiter. Je voudrais parler des discriminations liées à l'accès au marché du travail et à l'emploi.

Premier constat : nous avons observé depuis ces dernières années ce que l'on appelle l'esthétisation du marché du travail. C'est à dire que la beauté est entrée dans le monde du travail. Pour aller vers l'emploi, il faut être beau, jeune, bien portant, bien sous tous rapports. Nous avons remarqué que les personnes belles au sein d'une entreprise évoluent plus facilement que d'autres paraissant moches ou malades. C'est prouvé.

Deuxième point important : l'Eurobaromètre fait des études au niveau européen tous les ans. Il a constaté que dans une situation comparable, à compétences égales, en France au sein d'une entreprise, l'apparence physique peut défavoriser une personne à 53%. Un employeur va discriminer une personne à 53% à cause de son apparence. L'obésité fait partie de ces critères d'apparence. Le look en France peut défavoriser à 60%, en Europe à 45%. Cela veut dire tout simplement que les éléments subjectifs sont très importants. On aurait dû appeler Pôle Emploi « Look Emploi ».

Ce qui nous amène à une troisième considération. Lorsque l'on est une personne obèse et que l'on n'est pas jugée sur nos qualités intrinsèques, nos qualifications, les compétences que l'on peut apporter dans l'entreprise, arrivent un certain nombre de difficultés. La Fondation Agir Contre l'Exclusion que j'ai le plaisir de diriger à Lille propose trois solutions.

La première solution, c'est d'agir auprès des entreprises elles-mêmes. Pour transformer le regard, la pratique, faire en sorte que l'on objectivise au maximum les processus de recrutement. Nous sommes une génération, et de plus en plus, où les critères subjectifs comptent beaucoup dans le recrutement. Alors qu'avant nous avions des tests psychotechniques, des concours et autres qui existent de moins en moins. C'est le premier point : agir sur les entreprises c'est les aider à travailler sur les procédures. Prenons les critères d'appréciation d'un poste : dynamique, motivé etc...Il faut définir la signification de ces critères. Parce que dynamique pour l'un n'est pas dynamique pour l'autre. Pour une personne obèse par exemple, on lui assigne d'emblée des mécanismes actifs qui n'ont rien à voir avec le poste : on ne la trouve pas dynamique, on la trouve lente, on pense qu'elle ne fera pas l'affaire. Cela parce que les éléments subjectifs de ressenti auront de l'importance, ce qui est une complète discrimination.

Deuxième point, nous pensons qu'il faut aussi agir auprès des personnes qui souffrent d'obésité ou autre. Nous le faisons en utilisant le principe de faire de la différence un atout. Nous avons expérimenté un module qui aujourd'hui est dupliqué partout. Nous formons et préparons ces personnes elles-mêmes à faire de leur différence un atout. Ce travail est mené auprès des personnes qui nous sont envoyées.

Enfin, depuis l'année dernière, nous avons mis en place tout un travail avec KIABI. Cette grande entreprise connue a développé avec nous un module et des actions bien précises appelés « FACE Look-coaching mode ». Cette entreprise s'est engagée auprès de nous à mettre à disposition ses collaborateurs pour donner des conseils pratiques aux personnes qui veulent aller à l'emploi. Ce travail est fait non pas en cosmétique mais tout simplement en faisant prendre conscience à chacun de ses atouts et de ce qu'il dégage comme image.

**Anonyme** : sans vouloir me faire l'avocat du diable, est-ce que ce genre de pratique ne cautionne pas la discrimination ou la stigmatisation ? Est-ce qu'à l'inverse, on ne pourrait pas plutôt éduquer l'employeur à accepter la différence, plutôt que le potentiel employé à correspondre à un standard ?

**Ayité CREPPY** : la discrimination d'une personne obèse est une discrimination à la fois légale, sociale, qui peut être multicritères. Dans la lutte contre les discriminations il y a également plusieurs approches.

L'approche légale tout d'abord : il y a discrimination, on en appelle à la loi, à la justice.

Il y a l'approche par le management : nous pensons qu'il faut aider les personnes à prendre conscience et à transformer leur regard.

Mais il faut travailler simultanément sur la personne. Parce que tout n'est pas discrimination. Le fait d'être obèse ou femme ou d'origine étrangère n'est pas un argument à opposer aux uns et aux autres.

La troisième chose est qu'il faut, pour mieux se lever, savoir s'asseoir. Il y a lieu d'éduquer les employeurs, pas par décrets puisque ce travail ne suffit plus. On le fera par l'accompagnement, en aidant la personne à avoir une meilleure représentation d'elle-même, à connaître ses atouts. C'est lui donner le moyen de concourir. Qu'elle comprenne que ce qu'on lui reproche ce n'est pas tant sa façon de se présenter ni sa façon d'être. « Je suis ce que je suis et je présente les meilleurs atouts pour aller à l'emploi ».

***Khalid HAMDANI*** : il est important d'agir sur les deux niveaux. Au niveau micro, individuel, la question n'est pas de résoudre tous les problèmes de la France, de l'Europe ou du monde avant de trouver un emploi. Prenons une femme obèse, noire, musulmane et hyper compétente en informatique. Son problème n'est pas qu'on résolve les mentalités, mais de trouver sa place. Et c'est là que le travail que font des institutions comme FACE est irremplaçable.

Au niveau macro, collectif, la question de la discrimination est une question politique. Cela passe par de la répression, et ce n'est plus le travail de FACE. Les discriminations relèvent de la loi et doivent être sanctionnées sévèrement. Il est nécessaire que cela soit su, connu et publicisé.

Deuxièmement, il faut impérativement que les boîtes à image (télévision, films, etc...) fassent leur travail. Il faut que les gens puissent comprendre qu'un gros peut être souple, par exemple un sumo. Il faut que l'imaginaire change par du matraquage médiatique, publicitaire.

Personnellement, quand nous recevons quelqu'un dans notre cabinet, notre approche est de lui dire « avec tes atouts, voilà ce que tu peux espérer, et on va se battre pour que tu puisses rentrer ». Sinon les individus n'y croient pas.

***Infirmière, anonyme*** : il y a quelques années je suis sortie de l'école d'infirmière. On ne m'a jamais rien dit à propos de mon poids à l'entrée en école. Aujourd'hui j'ai mon diplôme, j'ai un contrat. Je suis embauchée dans un grand centre général. Au bout de trois mois, au moment de passer de stagiaire à titulaire, on m'a dit « Non, vous êtes obèse, vous allez toujours être en arrêt. Vous allez coûter très cher à l'établissement, on ne peut pas reconduire votre contrat ». Ça remonte à une trentaine d'années, j'étais jeune, je n'ai pas pensé à porter plainte. Ça fait mal de s'entendre dire « Si vous ne perdez pas du poids, c'est au revoir. »

***Catherine CLARISSE*** : je voulais juste souligner l'action Coaching Mode de la FACE. Je pense qu'il est aussi important d'aider la personne à avoir une bonne estime de soi. Une femme qui revient de chez le coiffeur se sent belle. Il y a une femme formidable dans le 18<sup>ème</sup> à Paris qui a mis en place des salons de coiffure à destination des femmes qui n'ont pas d'emploi et qui vont à des entretiens d'embauche.

**Laurent CAMELOT, Formateur pour le centre de formation Pôle Emploi inter-régions :** je ne vais pas reprendre tout ce qu'a dit Ayité CREPPY car son discours était très efficace. À Pôle Emploi nous organisons des ateliers pour apprendre à communiquer par son image et valoriser son image depuis 1991. Je voudrais faire part de deux constats.

J'interviens également sur les addictions et lorsque j'aborde les addictions au sport, on me demande comment je peux comparer une addiction au sport à celle envers la drogue ou l'alcool. La mécanique de l'addiction est la même. La mécanique de la discrimination est similaire. Je pense que le surpoids et l'obésité sont des sujets particulièrement tabous dans la société française, parmi les sujets de discrimination. Le harcèlement et la discrimination entre collègues existent aussi, et c'est d'autant plus compliqué à aborder.

Je crois que la première des choses pour rompre cette mécanique est de s'exprimer. D'exprimer quand on subit, pour les usagers (demandeurs d'emploi ou entreprises) par leur accompagnement ; en interne tous les conseillers Pôle Emploi sont formés à la lutte contre les discriminations. Il n'y a pas de focus sur l'obésité, les dix-neuf critères sont abordés. Mais effectivement les critères les plus faciles d'accès sont ceux communiqués par nos politiques.

**Khalid HAMDANI :** il y a une hiérarchie invisible des critères. Une discrimination à raison de la race, de la conviction religieuse, de l'orientation sexuelle ou du genre (homme/femme) n'est plus vécue, elle fait l'ouverture du 20 heures. Nous avons organisé un colloque à Sciences Po avec Eric PELISSON et j'avais de longue date proposé cette idée de l'obésité. À l'époque elle a été jugée non recevable, non audible. « Les gros n'ont qu'à se débrouiller », c'est un peu ça l'idée. Si l'on est gros c'est qu'on le veut bien, que c'est notre volonté. Alors qu'être noir n'est pas un choix. C'est aberrant.

**Ayité CREPPY :** pour conclure mes propos, j'aimerais faire trois précisions. La première : lorsqu'on parle de discrimination, et plus particulièrement celle liée à l'obésité, il y a un certain nombre d'éléments importants. Les éléments visibles et ceux qui sont invisibles.

L'élément le plus visible est la corpulence, les éléments invisibles sont les valeurs et les croyances qui sont derrière. On affuble une personne de défauts qu'elle n'a pas sans même l'avoir testée, évaluée.

Il y a également des éléments invariables liés par exemple à l'âge.

Mais il y a aussi des éléments évolutifs : le revenu. Une personne obèse qui est médecin bénéficiera d'un autre regard.

Tous ces critères sociaux interviennent bien dans la décision. Cette discrimination multicritère est taboue. Dans l'entreprise, on ne parlera jamais d'obésité, mais de « problème de santé, problèmes psychologiques, problèmes d'estime de soi »... Cette discrimination n'est jamais nommée dans l'entreprise. C'est un tabou, un déni permanent. Il est important d'exprimer les choses au sein de l'entreprise d'une part, et d'autre part pour l'accès à l'emploi, d'agir simultanément sur les organisations, les entreprises, et sur le public. Il est important que la personne qui va à l'emploi ait conscience que l'employeur pense à cette discrimination même s'il ne l'exprime pas.

**Khalid HAMDANI :** je vais vous faire partager deux situations de discrimination pour obésité que j'ai rencontrées au cours de ma carrière.

La première est celle d'une femme coiffeuse hautement qualifiée dont le mari est fonctionnaire. Elle travaille au sein d'un salon de coiffure urbain. Pour des raisons de mutation, son mari déménage à l'autre bout de la France, où elle ne connaît encore personne et n'a donc aucun réseau. Elle se présente par téléphone et obtient de nombreux entretiens d'embauche auprès de l'ANPE à l'époque. Arrivée aux rendez-vous, on lui annonce que la place est déjà prise. Au bout d'une dizaine d'entretiens elle s'est demandé ce qui posait problème. Elle a vite compris que c'était son obésité. Au rendez-vous suivant, elle déclare à son potentiel employeur « Oui Madame je suis grosse. Mais vous avez des clientes qui sont grosses comme moi. Vous me donnez le matériel et je passe le test. Si les clients sont satisfaits, vous n'avez aucune raison de ne pas m'embaucher. » Elle a été embauchée. Et elle était excellente dans son métier.

Deuxième exemple, celui d'un informaticien réseau. Après 8 ans dans une boîte, il se retrouve au chômage. Même peine, même punition. Il obtient par téléphone tous les entretiens pour lesquels il postule. Quand il arrive devant l'employeur rien ne va plus. Jusqu'au jour où il tombe sur quelqu'un de franc (Pas nécessairement un DRH sophistiqué, un artisan de bon sens peut être infiniment moins discriminant qu'un DRH ultra sophistiqué). Ce monsieur lui a demandé s'il n'était pas trop gros pour être souple. Et c'est là que l'informaticien a pu lui montrer qu'il était suffisamment souple pour faire son métier.

On appelle l'association impulsive le fait d'attribuer implicitement à certaines populations d'autres critères. On associe implicitement à un arabe le football, la danse etc. On ne peut pas lutter contre la discrimination tant qu'on n'aura pas admis que cette association implicite existe, tant qu'on n'aura pas nommé les choses. Il faut dire les choses pour faire avancer. Il vaut mieux dire que l'obésité gêne. Une fois cette discrimination purgée, il faut réhumaniser.

Lorsqu'on exclut quelqu'un de l'accès à l'emploi, au logement, à la santé, on le déshumanise. Les mécanismes de discrimination sont toujours les mêmes, pour la couleur, le handicap, etc. c'est la tolérance du corps social qui n'est pas la même.

**Anonyme** : je voulais revenir sur l'intérêt de travailler sur la personne et sur sa présentation au moment de l'embauche. Ces interrogations font écho à mes études actuelles, où l'on nous parle de menace du stéréotype. Le fait de connaître ce stéréotype avant l'entretien d'embauche va transformer les performances de l'individu.

Des premières recherches ont été faites sur les noirs américains qui étaient dits « moins intelligents » que les blancs. On leur a fait passer des tests en activant chez eux le stéréotype ; c'est à dire en leur disant avant l'entretien « on sait que les noirs sont moins intelligents que les blancs ». Ils se sont effectivement montrés moins performants que si on ne le leur disait rien. On ne connaît pas encore les mécanismes qui conduisent à cette différence de performance, peut être le stress d'être tel qu'on nous l'a prédit. D'autres études ont été menées depuis, notamment sur des femmes, et elles concluent par les mêmes résultats.

Je voulais donc souligner l'importance de travailler sur l'estime de soi, sur les connaissances de ses performances pour pouvoir contrer ces éventuels impacts du stéréotype.

**Ayité CREPPY** : je suis allé un peu vite tout à l'heure en parlant de l'action menée par la FACE avec le partenariat de KIABI : FACE LOOK.

Nous avons mis en place trois types d'actions :

- L'action menée sur les individus mêmes : comment faire de la diversité un atout pour un demandeur d'emploi, quelle qu'elle soit. On permet aux individus de se construire des arguments.
- Un travail d'accompagnement des demandeurs d'emploi par les entreprises elles-mêmes, par les DRH qui seraient susceptibles de les employer par la suite. Ce sont donc les futurs employeurs potentiels qui font eux-mêmes ce travail au niveau collectif comme individuel. C'est très important car l'implication est différente lorsque l'on traite avec la personne qui pourrait nous embaucher un jour.
- Le travail sur l'image personnelle et professionnelle. Comment travailler sur l'image que l'on renvoie sans devenir un standard mais en valorisant ce que l'on est, à partir de ce que l'on est.

**Laurent GUENAN-ORUY, chef d'une entreprise de financement** : j'aimerais aborder une première chose : les TAI évoqués précédemment (Tests d'Associations Implicites). J'ai effectué ce test, précisément celui sur le poids, que je vous engage à faire de façon très prudente. En sachant quel était l'objectif du test et en étant dans une formation de lutte contre les discriminations, je n'ai obtenu qu'un 7 ou 8 sur 20. Ce test peut être un des outils à utiliser pour faire changer les mentalités, aussi bien dans l'entourage personnel que dans le monde de l'entreprise ou associatif ; en étant encadré bien entendu.

J'aimerais aborder un second point. Avant d'entrer à Sciences Po dans cette formation de lutte contre les discriminations, j'avais une collaboratrice d'environ 100kg. À l'époque, dans le Nord-Pas-de-Calais on nous surnommait « l'agence élite du financement ». Parce que l'on se recrutait par cooptation ; et sans en être réellement conscients, nous recrutions des personnes nous ressemblant : même âge, taille, couleur de peau, origines socio-éducatives. Nous avons quand même recruté notre collaboratrice qui a aujourd'hui perdu plus de 40kg sans opération chirurgicale. Nous nous sommes rendus compte des stéréotypes et préjugés que nous avons inconsciemment sur les gros. Elle transpirait plus que d'autres, mais il y a des gens minces qui transpirent. Elle avait un problème de tassement des vertèbres, mais des minces ont aussi ce problème etc...Ce qui était paradoxal c'est que tout en étant bourré de stéréotypes et de préjugés, j'avais quand même fait cette embauche. J'étais peut être déjà alors sur la voie de la compréhension.

Il y a une dernière chose que j'aimerais dire. Je suis actuellement en mission au sein d'un groupement d'assurances mutualistes âgés de la seconde guerre mondiale et dont le siège est ici à Mons-en-Barœul. Je travaille sur la création du premier code éthique de cette mutuelle. J'ai déjà travaillé il y a trois ans au sein de Thalès sur les codes éthiques et déontologiques. Sanctionner pour faire peur et faire prendre conscience au gens, c'est utile. Mais on peut aussi, et notamment dans le monde de l'entreprise privée, aborder (en parallèle avec cette sanction) l'éducation et la responsabilisation à ces thématiques éthiques qui me paraissent fondamentales comme leviers pour faire évoluer les mentalités.

**Laurent CAMELOT** : j'aimerais apporter quelques précisions pour compléter nos discours sur les tests. Il en existe principalement deux, que je vous invite à faire : Harvard Implicit Project et le test de monsieur AMADIEU, dont nous avons parlé tout à l'heure. Il est utile de faire ces tests en les datant, pour les refaire plus tard. C'est là que l'on peut constater une évolution et faire son auto-diagnostic : « Comment personnellement je me positionne par rapport à ces sujets-là ? »

Les conseillers Pôle Emploi sont également formés à orienter les personnes vers des formations qui leur correspondent. On travaille sur les représentations collectives et individuelles que l'on peut avoir sur des activités professionnelles et casser les préjugés.

Nous utilisons les tests par habileté par rapport au monde de l'entreprise. Ce sont les fameux tests de méthodes de recrutement par simulation, par lesquels nous mesurons les capacités individuelles. Nous faisons donc complètement abstraction des CV et lettre de motivation. Les entreprises en partenariat avec nous s'engagent à embaucher les personnes qui réussissent ces tests. C'est la valorisation des capacités.

***Khalid HAMDANI*** : cette méthode a été inventée par un français : Lemoine, salarié de l'ANPE à l'époque.

***M. KAG SANOSSI, Secrétaire Général de la Charte de la Diversité. Ancien Directeur Régional de l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances, ancien directeur de la Politique de la Ville et de l'aménagement du territoire, directeur d'un cabinet conseil et d'un centre de soins spécialisés en toxicomanie*** : j'aimerais revenir sur les relations culturelles et interculturelles dans la question du surpoids dans le monde de l'emploi. Les canons de beauté ne sont pas les mêmes en fonction de l'endroit où l'on se trouve sur le globe. Par exemple, une femme forte en Afrique est considérée comme très belle, alors qu'en occident, il faut être maigre. Je pense que le plus gros travail à faire est sur la valorisation de l'image de soi.

Lorsque j'ai été aux Etats-Unis, j'ai été frappé de voir des femmes noires fortes décomplexées et à l'aise dans leur corps. J'ai constaté que mes schémas d'appréciation de la beauté avaient changé en séjournant longtemps en Europe, mais également qu'elles étaient vraiment belles. Il faut comprendre que le regard qu'une personne porte sur elle-même induit le regard que nous portons sur elle. Il est très important que chacun apprenne à s'accepter. Parfois on n'en a pas envie, mais parfois on ne peut pas faire de régime. Il faut savoir qu'on peut être grosse et belle, ou gros et beau, quand on arrive à s'assumer.

Cette partie du travail de FACE, de revalorisation de l'image de soi est très importante. C'est par l'image que l'on a de soi que l'on influe sur l'image que les autres ont de nous.

***Khalid HAMDANI*** : monsieur LECERF nous a présentés ce matin les trois niveaux de la classification de l'obésité. Je voudrais rappeler que seul le niveau 3 est médicalisé. C'est le seul niveau où il y a des risques réels, indépendamment du multifactoriel. Toute personne obèse n'a pas nécessairement de soucis de santé. Le réel problème est que les assurances, les employeurs, les banques font de l'obésité un critère de défavorisation, et que cela fait de la mauvaise publicité.

Il y a un grand danger à laisser des publicitaires sans règles strictes. Mais également les films, les séries. Penchons-nous sur la filmographie des Etats-Unis depuis 1950, on y trouve des films sur les noirs, sur les gros, sur le sida, sur l'homosexualité, etc...Pour que le regard du public change, il faut que les médias aient des cahiers des charges très strictes. Il faut que l'on puisse voir et parler de la diversité.

***Ayité CREPPY*** : tout ce qui a été dit nécessite aussi de se poser la question des avantages et bénéfices que retire une entreprise du fait d'attirer des personnes différentes, notamment obèses.

Le premier avantage est que cela ouvre l'environnement social de l'entreprise, cela la rend plus humaine. L'entreprise attire plus, puisqu'elle est plus représentative de la population.

Le deuxième point : l'entreprise attire ainsi des talents. Puisque les compétences sont partout et ne sont pas liées à un standard. Certaines personnes mises de côté pourraient apporter beaucoup à une entreprise, puisqu'elles donneraient le meilleur d'elles-mêmes.

Un autre avantage, on donne accès au marché caché de l'emploi à des personnes jusque-là exclues. C'est à dire qu'elles entrent dans les cercles du relationnel. Lorsque quelqu'un recommande une personne, en conseillant de ne pas se fier à son apparence, de lui faire confiance parce qu'elle a déjà fait preuve de ses compétences, cela compte dans la décision d'embauche. La personne accède donc à des chances supplémentaires de trouver un emploi.

Enfin, cela crée des réseaux d'opportunités. Les personnes ainsi aidées amènent une vraie ouverture dans l'entreprise.

**Khalid HAMDANI** : ce sont des propositions d'amélioration. Permettez-moi d'en rajouter une. Prenons pour exemple les aménagements pour handicapés. Ils ont amélioré la qualité de vie de tous : qui n'a pas déjà pris un escalator, un ascenseur, une rampe d'accès ? Ne serait-on pas tous bénéficiaires des changements apportés pour faciliter l'accès aux personnes en surpoids ? Des sièges plus grands et plus confortables dans les avions, les bus etc...

J'aimerais apporter un premier constat : les associations ou institutions qui s'occupent des personnes obèses sont constituées de personnes elles-mêmes obèses. Pourrait-on introduire de statistiques pour mieux connaître cette réalité ? Ne serait-on pas susceptible de les taxer un jour de communautarisme ? C'est par exemple le cas pour l'ethnie, pour laquelle les statistiques sont interdites et l'on crie au communautarisme pour un rassemblement de trois personnes de couleur.

**Ayité CREPPY** : en effet, c'est l'affaire de tous. Il est question de diversité, d'être hommes et femmes sensibles à ces préoccupations. Il n'est pas nécessaire d'être obèse pour s'occuper d'obèses, ou maigre pour s'occuper des obèses. Ce risque de communautarisme existe bel et bien, et j'engage chacun à porter ce type de combat, quelle que soit la forme que nous avons, nos problèmes immédiats. Au cours de la vie, nous avons tous pu constater que les gens changent, psychologiquement comme physiquement. C'est une question humaine, sociale et citoyenne. Il faut sortir de ces catégories factices.

Nous avons parlé de l'école, de l'emploi, du sport ; nous avons tous des voisins, des enfants, des emplois etc...C'est donc que nous sommes tous concernés. C'est une question hautement citoyenne d'intérêt général me semble-t-il.

« Ce qui ne se mesure pas ne s'altère pas ». Il me paraît nécessaire de mesurer, d'obtenir des statistiques pour donner des repères.

**Anonyme** : dans la mesure, on pointe la différence. Alors que dans la société, tout est fait pour ne pas montrer, pointer la différence. La race, l'ethnie, l'orientation sexuelle, la religion sont trop chargées de craintes pour être pointées par des statistiques. Il serait intéressant et important que ce regard change et que l'obésité ne subisse pas ce tabou.

**Khalid HAMDANI** : je suis partisan de la mesure pour tous ou pour personne. La politique publique ne se fait hélas pas avec du qualitatif. Elle se fait fondamentalement avec du quantitatif, que l'on traduit plus ou moins par des adaptations qualitatives qui sont des ajustements. 95% du travail de Pôle Emploi aujourd'hui concerne du reporting statistique.

**Dame, anonyme** : des mutuelles d'assurance il y a quelques jours se sont engagées à rembourser les abonnements sportifs pris par des personnes en surpoids.

**Khalid HAMDANI** : il n'est pas bon de ne se baser que sur le surpoids. Les risques sont multifactoriels, comme nous l'ont expliqué les médecins ce matin. On peut faire 95kg pour 1m73, avoir une vie saine, aucun problème de santé et mourir de vieillesse à 92 ans. On peut également peser 70kg pour 1m73, pratiquer du sport à outrance et développer une maladie à 50 ans.

Il est important aujourd'hui d'intégrer cette notion de multifactoriel : génétique, hérédité, mode de vie. La solidarité c'est partager les risques. C'est ce qui manque aux Etats-Unis, par exemple. Je vais reprendre à mon compte la célèbre phrase de Clemenceau : « Ce pays qui est passé de la Préhistoire à la décadence sans connaître la civilisation ». La sécurité sociale est un élément clé pour que l'on se soigne tous.

Si les assurances remboursent seulement sur l'argument du surpoids c'est stigmatisant. Les surtaxes devraient-elles être interdites ? Il serait utile d'avoir une loi, une directive communautaire qui interdise aux banques, assurances, de poser ces questions de poids dans l'étude des dossiers pour l'octroi de crédits etc. Si ce n'est pas le cas, les banques deviennent alors de vraies banques capitalistes, et comme tout artisan, devraient se sauver elles-mêmes ou fermer boutique lorsqu'elles font faillite. Cette discrimination légale doit cesser.

Le premier chantier de lutte contre la discrimination pour les personnes obèses serait de débusquer toutes les discriminations organisées par la loi. Chaque fois que l'on supprime une discrimination légale, on améliore la situation des discriminations illégales.

**Ayité CREPPY** : je me propose pour conclure de faire une synthèse de ce dont nous avons débattu.

La question des discriminations liées à l'accès aux services et à l'emploi nécessite d'abord une prise de conscience historique, d'architecture des logements, d'aménagement de l'espace et du conditionnement induit par ces espaces, d'assignation de lieux de domicile. Il faut aussi garder en mémoire la question de l'égalité homme-femme.

Il faut également avoir conscience des organisations discriminatoires, de la stigmatisation du marché du travail.

Les débats que nous avons menés nous ont conduits à constater que nous pouvons être conditionnés par l'espace dans lequel nous vivons. J'en ai également retenu que les femmes sont souvent victimes de discrimination.

Dans le domaine associatif, il y a donc lieu de faire un travail sur l'accueil, l'intégration, l'accompagnement, aux images transmises (par exemple les stéréotypes sportifs). Il faut faire attention à la prise en compte du surpoids, aux morphotypes standardisés, à l'orientation des familles. Il faut se poser la question de la loi et des sanctions : ce qui n'est pas permis et quelles sanctions mettre en place ? Il est nécessaire de mettre l'accent sur la prévention.

La discrimination de l'obésité est une question sociale. Elle nécessite de mettre en place des actions d'information auprès des intervenants (sportifs, éducateurs etc...), des familles et des jeunes.

Compte tenu de l'esthétisation du marché du travail, il y a deux positions à adopter :

- Micro : Comment agir auprès des individus ?
- Macro : Comment agir auprès des institutions, des entreprises et de la société ?  
Comment faire ces auto-évaluations qui nous permettent de prendre conscience de nos propres stéréotypes ?

Les leviers proposés sont l'éducation, le travail sur les représentations. Le bénéfice étant d'obtenir des organisations plus humaines, plus responsables et plus solidaires.

Tout ceci nécessite d'être mesuré.

# ATELIER 3

## *Collectivités territoriales, quel rôle dans la prise en charge des personnes en surpoids ?*

Animateur :

**Eric PELISSON**

Intervenants :

**Marie-José COUTEAU,**

*Observatoire de santé du Hainaut, Belgique*

**Dania Vélos DINIS,**

*Ville de Guarda, Portugal*

**Michèle DUBUS,**

*Association Rest'o*

**Emmanuelle GUILLAIN,**

*Service de prévention santé de Roubaix-Tourcoing,  
Département du Nord*

**Danielle PAUTREL,**

*Association les sens du goût*

**Carine SCHINDLER,**

*Ville de Strasbourg*

**Elsa TEXIER,**

*Service de prévention santé de Roubaix-Tourcoing, Département du Nord*

# INTRODUCTION

## **Eric PELISSON**

*Directeur de la formation, Ecole nationale d'administration  
Animateur de l'atelier*

Je suis heureux d'ouvrir cet atelier consacré au rôle des collectivités territoriales dans la prise en charge des personnes en surpoids.

On sait que depuis longtemps notre pays a privilégié le soin et que la prévention demeure hélas accessoire, avec moins de 2% des crédits consacrés à la santé. Or la prévention est infiniment plus efficace et moins coûteuse que le traitement. C'est le sujet de notre atelier, car les collectivités territoriales exercent des compétences en matière de santé publique, c'est-à-dire de prévention.

L'OMS donne la définition suivante de la santé publique : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

1. Assainir le milieu ;
2. Lutter contre les maladies ;
3. Enseigner les règles d'hygiène personnelle ;
4. Organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;
5. Mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ».

Les collectivités territoriales exercent depuis la loi du 13 août 2004 une compétence légale en matière de santé, dans le cadre d'une convention qu'elles concluent avec l'Etat en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles. Le rapport d'information 600 du Sénat, en date du 14 juin 2011, soulignait le rôle résiduel des collectivités territoriales en matière de santé, aux côtés des compétences de l'hôpital et de la médecine de ville en matière de soins et de l'Etat en matière de santé publique et de prévention. Or, elles sont bien au contraire effectivement associées à la gouvernance de la santé, les agences régionales de santé ayant été constituées pour contribuer à la structuration de cette gouvernance en tant que partenaires des collectivités. En effet, la santé se présente comme une question transversale. La définition de la santé donnée par l'OMS, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, souligne combien la santé touche à tous les domaines de la vie économique et sociale, car elle est impactée par l'environnement des individus, y compris leur vie professionnelle, sociale et privée, en même temps qu'elle a en retour un impact sur ces domaines. On a ainsi pu mesurer avec l'explosion des risques psychosociaux que les origines professionnelles, sociales et privées étaient étroitement imbriquées. C'est éminemment la même chose pour l'obésité et il est essentiel que les collectivités territoriales s'impliquent, car elles agissent par leur proximité sur l'ensemble des dimensions de la vie des individus.

Les collectivités territoriales n'ont pas attendu la loi de 2004 pour initier des politiques locales de santé. En effet, la clause générale de compétence leur ouvre la possibilité de

prendre des initiatives en complément des compétences de l'Etat et de la sécurité sociale. Par conséquent plus ou moins ancienne et plus ou moins large, l'action des collectivités a pu aborder la question de l'obésité, comme Montpellier, Fleurbaix-Laventie, Roubaix ou Saint-Yrieix-la Perche. L'association FLVS, partenaire des collectivités sur la question de la prise en compte de l'obésité via le programme Vivons en forme, ex EPODE, fédère plus de 250 villes membres, dont 170 dans la région.

L'action des collectivités territoriales est déterminante à plusieurs titres dans la prise en compte de l'obésité.

Tout d'abord, déclinant les plans nationaux ou de leur propre initiative, les collectivités sont des acteurs de terrain dont la capacité d'action est déterminante. En effet, la logique nationale de décentralisation comme la logique européenne de subsidiarité tendent à voir reconnaître aux collectivités territoriales un rôle majeur en matière de santé. Le Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais comme le Conseil général du Nord ont ainsi initié chacun une politique de santé volontariste qui aborde directement ou indirectement la question de la lutte contre l'obésité. Nous avons choisi de demander au Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais de présenter son exposé dans un autre atelier qui nous a semblé correspondre davantage à la thématique qui y est abordée, en l'espèce j'ai beaucoup apprécié sa vision de mainstreaming qui, comme chacun sait, consiste à exiger que chaque direction, chaque service intègre la dimension de la santé dans ses politiques et ses actions. C'est mettre ses services en ordre de bataille pour faire en sorte que l'ensemble des politiques régionales soient cohérentes et non simplement juxtaposées.

Par conséquent, la vision globale à l'échelle du territoire régional et l'effet de levier d'une politique régionale, dans la région française la plus touchée par l'obésité selon les derniers résultats de l'étude Obépi, expliquent pourquoi la mobilisation du Conseil régional est essentielle. Dans les faits, il a choisi de ne pas axer sa politique de prévention santé sur l'obésité, mais sur des actions qui contribuent à lutter contre l'obésité : je pense en particulier à la lutte contre le diabète. Son action vise à faire de la prévention durable et de l'éducation pour la santé l'une de ses priorités majeures. Il mobilise les acteurs locaux sur un certain nombre d'actions, dont la lutte contre l'obésité : « l'obésité est particulièrement élevée dans la région, note son site internet, 20,5% contre 14,5% en moyenne en France. Les hommes sont plus touchés par le surpoids et les femmes par les formes les plus graves de l'obésité. Résultant de nombreux facteurs, le surpoids et l'obésité jouent un rôle défavorable sur la santé. »

Le Conseil général du Nord sera représenté par Emmanuelle GUILLAIN et Elsa TEXIER dans cet atelier, du service de prévention santé de Roubaix-Tourcoing. Dans le cadre plus général de ses compétences en matière d'action sociale, le Service de Prévention Santé travaille avec ses publics cibles : familles, enfance, personnes âgées, personnes en insertion, personnes handicapées. Les publics fragiles sont plus touchés que la moyenne par l'obésité, qui représente un marqueur social fort.

Nous n'aurons pas de témoignage de collectivités locales, telles que les communes ou les intercommunalités, dans cet atelier. Cela ne signifie pas que ces collectivités n'agissent pas en la matière. J'ai demandé à la ville de Wattrelos d'être présente à l'atelier sur la communication par exemple, ou encore à l'atelier sur les enfants car la commune a une action à destination des publics scolaires. Quant aux communes présentes parmi nous aujourd'hui comme Roubaix, Saint-André ou Roncq, elles sont également réparties dans les trois autres ateliers. Je voudrais témoigner ici de l'action résolue de nombreuses collectivités locales dans la lutte contre l'obésité, parfois antérieurement à la loi de 2004, souvent à la suite de l'initiative d'un élu local, d'un médecin, d'une association, d'un collectif.

Nous pensons tous à Fleurbaix et Laventie qui ont été deux villes de la région innovatrices en la matière. Les actions des communes peuvent être directes : programmes dans les écoles, en partenariat avec l'Éducation nationale, sous forme d'intervention de personnels de santé (pesée des enfants, actions spécifiques d'éducation physique, actions nutritionnelles éducatives dans les cantines scolaires en complément d'un projet d'école impliquant les instituteurs et les parents), programmes dans les écoles de sport municipales, dans les centres aérés municipaux, actions à destination des agents communaux...

Les actions des collectivités sont le plus souvent indirectes. Et c'est le second titre de leur implication que j'indiquais au début de mon exposé. Car premier acteur local, les communes ont une responsabilité particulière dans la mobilisation des acteurs locaux, entreprises, associations, professionnels de santé, etc. Les diagnostics de santé permettent d'identifier des caractéristiques locales et de déterminer à la suite des priorités d'action, fédérant l'ensemble des professionnels. La présence dans le public venu assister au colloque de professionnels venant d'horizons les plus divers montre l'importance d'un lieu où il est possible de se rencontrer pour échanger, diagnostiquer et agir. Parmi nous, nous avons des professionnels de santé, des enseignants, des éducateurs, des travailleurs sociaux, des architectes, des employeurs, des managers, des psychologues, des nutritionnistes, des responsables et bénévoles associatifs... Si l'on veut pouvoir prendre en considération l'individu dans sa complétude, dans l'ensemble de ses dimensions, il faut permettre aux différents métiers de se parler. Parce que l'obésité est multifactorielle, parce qu'il serait trop simple d'en réduire la responsabilité à l'individu qui en est victime, il importe qu'il y ait des espaces de rencontre et de dialogue, seules les communes peuvent permettre cette rencontre si l'on ne veut pas que de telles rencontres se limitent à l'institutionnel et au représentatif.

L'agence régionale de santé ne s'y est pas trompée. Présente aujourd'hui parmi nous, elle encourage les communes à se mobiliser dans les plans communaux de santé, qui dressent des diagnostics locaux de santé, identifient les acteurs locaux et les actions entreprises, encourageant à la mobilisation des acteurs en vue de répondre aux défis locaux spécifiques par une concertation et une cohérence de l'action.

Mais la mobilisation des collectivités est également d'un titre plus inattendu. La santé est aujourd'hui un facteur d'attractivité d'un territoire. Les familles qui choisissent une habitation prennent en compte un certain nombre de facteurs, comme la présence d'une crèche ou d'un cabinet médical dans la commune. Mais elles prennent aussi en considération des indicateurs de santé, comme la présence d'un cabinet médical. L'image d'une ville est en partie déterminée par l'état de santé de ses habitants. La ville de Watrelos présente des indicateurs de santé parmi les plus mauvais de la région. C'est pourquoi la santé, et plus précisément deux priorités, la prévention des cancers et des maladies cardio-vasculaires a été à l'origine de la mobilisation communale. La croissance de l'obésité est aujourd'hui un défi qu'il faut relever en allant chercher là où elles sont les meilleures pratiques pour les transposer à Watrelos. La santé est ainsi source d'attente d'initiatives des citoyens à l'égard des collectivités, comme les maisons médicales ou les actions préventives dans les écoles.

Mais la question de l'obésité dépasse de loin la problématique de la désertification médicale des territoires, qui n'est que la partie émergée de l'iceberg. En effet, si l'accès à la santé est une question épineuse pour la région et plus particulièrement pour des villes comme Watrelos, il serait illusoire d'imaginer que la présence de médecins et professions médicales serait suffisante pour une bonne prise en charge de la politique locale de santé. C'est pourquoi la ville a choisi depuis une dizaine d'année, nous l'avons dit ce matin, de se doter d'un conseil communal de santé chargé de conseiller la municipalité sur les enjeux et les problématiques à prendre en charge collectivement. Parallèlement, la ville a initié

un plan communal de santé, plan partenarial et pluri-objectifs, afin d'appréhender une stratégie globale de santé, mobilisant l'ensemble des acteurs sur des priorités identifiées et partagées, dont la lutte contre l'obésité.

Dans chaque atelier, nous avons souhaité avoir un grand témoin, c'est ainsi la ville de Strasbourg, particulièrement innovante dans son initiative de sport sur ordonnance, que j'ai l'honneur et le plaisir d'accueillir en la personne de Madame Carine SCHINDLER, merci madame d'être venue jusqu'à nous pour nous présenter l'action de votre municipalité.

Nous avons également voulu avoir au moins une expérience étrangère relatée dans chaque atelier. Nous en avons deux dans notre atelier. La première est celle de notre ville jumelle portugaise, la ville de Guarda, qui a organisé il y a deux ans un colloque hispano-portugais sur le thème. La délégation portugaise est arrivée nombreuse, dans le cadre d'une importante manifestation européenne organisée par la ville de Wattlelos en réponse à un appel à projets européen. Cette délégation a participé à un week-end entier de manifestations dans le cadre de la fête de la musique et hier soir au dîner des intervenants, les musiciens et chanteurs portugais ont charmé nos oreilles par leurs chants traditionnels du Fado, que vous avez pu à nouveau entendre durant la pause méridienne. Merci à nos amis portugais eux aussi venus de si loin. C'est madame Dania Vélos DINIS, diététicienne de la municipalité de Guarda, qui présentera son exposé, en portugais, traduit en Français par sa compatriote.

Marie-José COUTEAU, Française expatriée en Belgique, nous exposera ensuite l'action innovante conduite par l'observatoire de santé du Hainaut, en Belgique francophone, dans un cadre européen et transfrontalier. En effet, si les politiques de santé sont encore très majoritairement nationales, les questions de santé, elles, ne connaissent pas les frontières, et l'obésité est un fléau qu'il importe de prendre en compte de manière concertée et si possible coordonnée de part et d'autre de la frontière.

Michèle DUBUS, association Rest'O, nous présentera en lien avec l'action précédente le Programme d'éducation thérapeutique des patients adultes obèses « changer pour mieux être » dans les structures de proximité dans les centres sociaux. En effet, il importe que l'on puisse approcher des publics fragiles par des structures locales dans lesquelles ils ont confiance, pour pouvoir dans un second temps rétablir le lien naturel avec les professionnels de santé.

Enfin, j'oserais dire que j'ai gardé l'initiative la plus globale et la plus aboutie pour la fin. Danielle PAUTREL, de l'association les sens du goût, nous présentera ce qu'elle nomme éducation sensorielle, c'est-à-dire, si je ne trahis pas sa pensée, un retour au plaisir de l'alimentation et à la sensation de satiété. Son association agit aujourd'hui pour former des équipes d'éducateurs sensoriels, après avoir défini un référentiel de compétences et elle travaille sur un référentiel métier.

Nous allons commencer par notre grand témoin. Madame SCHINDLER, si vous voulez bien commencer.

## SPORT-SANTE SUR ORDONNANCE UNE EXPERIENCE UNIQUE EN FRANCE

### ***Carine SCHINDLER***

*Chargée de projet au sein du service promotion de la santé à la Ville et à la communauté urbaine de Strasbourg*

Depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la Ville de Strasbourg s'investit pleinement dans le champ de la santé. Elle a notamment mis en place, à partir de 1887, des soins gratuits pour les enfants, un service de santé scolaire et un centre de soins dentaires.

Aujourd'hui, la Ville exerce certaines de ses missions en santé, pour le compte de l'Etat - santé scolaire, service communal d'hygiène et de santé - et du Département - protection maternelle et infantile, vaccination. Elle s'implique également dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

En 2008, le Président de la CUS a choisi de faire de la santé, un axe politique. Ainsi, il annonce l'élaboration d'un plan santé communautaire à l'échelle de la CUS : le Plan santé CUS. Le Document de Diagnostic et d'Orientations Communautaires en santé (DDOC santé), concrétise la première étape de mise en œuvre de ce plan. Son objectif est de dresser les grandes orientations politiques en matière de santé et les leviers d'actions à mobiliser. Ce projet intitulé « Pour une politique de santé dans la communauté urbaine » a été porté par le département Promotion de la santé et présenté en mai 2011.

En France, c'est l'Etat qui porte la compétence de la santé. Cependant, la loi «Hôpital, patient, santé, territoire» du 21 juillet 2009 prévoit que la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé (CLS). Ces contrats ont pour vocation de participer à la réduction des inégalités de santé et portent sur la promotion de la santé, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de santé.

En raison de l'engagement de la Ville de Strasbourg en faveur de la santé, l'Agence Régionale de Santé d'Alsace et la Ville de Strasbourg, ont négocié un Contrat Local de Santé pour la période 2012-2014, en y associant la Préfecture, l'Education Nationale et le Régime local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle.

Ce Contrat local de santé porte sur sept axes prioritaires, choisis en fonction des besoins et de la situation sanitaire des Strasbourgeois.

Le troisième axe du CLS de Strasbourg prévoit de « développer les incitations à la mobilité active en vue de promouvoir la santé et lutter contre les maladies chroniques ». L'objectif principal de cet axe, est de promouvoir les modes de déplacement physiquement actifs et la pratique d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques.



« Bouger », au même titre que « bien manger », est un facteur important pour protéger sa santé et sa qualité de vie. Tous les experts le confirment : l'activité physique est un élément déterminant en matière de santé, mais aussi pour la qualité de vie et le bien-être psychologique.

Chaque année, plus de 10 000 habitants de la CUS sont admis en Affection de Longue Durée (ALD). Les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète représentent 70% de ces admissions, avec des taux particulièrement élevés à Strasbourg.

L'activité physique ou sportive fait désormais partie intégrante du traitement de nombreuses maladies, dans le cadre de l'éducation du patient obèse, diabétique, asthmatique, insuffisant respiratoire ou cardiaque.

La Ville de Strasbourg dispose, d'ores et déjà, de leviers particuliers pour le développement de l'activité physique, notamment par la promotion des modes de déplacements physiquement actifs (Plan de déplacements urbains, plan piéton...).

L'expérimentation «sport-santé sur ordonnance» est née de la volonté conjointe des signataires du Contrat Local de Santé (Ville de Strasbourg, Agence Régionale de Santé d'Alsace, Régime Local d'Assurance Maladie, Préfecture, Education Nationale.), et a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Durant un an, la Ville de Strasbourg expérimente ce dispositif innovant. Plus de 100 médecins généralistes ont signé la Charte d'engagement «sport-santé sur ordonnance». Ils peuvent donc prescrire à leurs patients une activité physique modérée et régulière dans le cadre du dispositif «sport santé sur ordonnance».

Muni de son ordonnance, le patient prend contact avec un éducateur sportif de la Ville, dédié au développement et au suivi de l'expérimentation à Strasbourg. Cet agent a pour mission d'orienter les patients vers l'activité physique qui leur convient le mieux, en fonction des recommandations du médecin et d'une évaluation de la sédentarité et des habitudes en matière de pratique d'activité physique. En cas de besoin, il assure une remise à niveau de la pratique du vélo, avec le concours d'autres éducateurs sportifs de la Ville.

Le patient peut se voir proposer trois types d'activités :

- Les modes de déplacement physiquement actifs, marche et vélo
- Les pratiques douces et des activités gérées en régie par le service des sports de la Ville de Strasbourg
- Les activités proposées par les associations et clubs sportifs labellisés « sport/santé » selon un cahier des charges rédigé par la Direction Régionale Jeunesse et Sport et Cohésion Sociale et le service des sports de la Ville de Strasbourg. Trois associations sportives sont concernées : Education Physique du Monde Moderne, Athée Santé Nature et le Rowing Club.

Les patients sont suivis régulièrement par l'éducateur sportif, afin de suivre leur motivation et leur satisfaction par rapport à l'activité physique proposée et les réorienter le cas échéant. Des rendez-vous réguliers sont prévus après un, six et douze mois d'activité physique.

Un médecin coordonnateur, mis à disposition par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, une demi-journée par semaine, a en charge la coordination médicale et le suivi médical de l'action. Il a également la responsabilité de la formation/sensibilisation des médecins en matière de sport/santé et le suivi de l'évaluation, pour son versant médical.

Durant l'année d'expérimentation, cette action est totalement prise en charge financièrement par les différents partenaires et le patient bénéficie gratuitement de l'activité sportive (abonnement Vélhop, entrées à la piscine, cours dispensés par des associations...) et de l'accompagnement personnalisé.

Les personnes concernées par le dispositif sont des personnes adultes sédentaires vivant sur le territoire strasbourgeois, atteintes d'une des maladies chroniques suivantes :

- Obésité (Indice de Masse Corporelle supérieur à 30)
- Diabète type 2 (non insulino-dépendant)
- Maladies cardiovasculaires stabilisées

400 personnes environ seront suivies dans le cadre de cette action durant l'année d'expérimentation.



À ce jour, les médecins généralistes volontaires ont réalisé plus de 300 prescriptions et 200 patients ont rencontré l'éducateur sport / santé.

Le dispositif participe largement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé puisqu'il touche essentiellement des personnes en difficultés, aussi bien économiques que psychologiques.

Aussi, 70% des bénéficiaires de l'action ne travaillent pas. 80% d'entre eux ne savent pas faire de vélo ou nager.

L'évaluation du dispositif a été confiée à l'Université de Strasbourg et plus précisément à l'équipe de recherche « sport et sciences sociales » de la faculté des sciences du sport.

Cette évaluation, dont les résultats seront rendus publics lors du congrès européen de la médecine du sport (26-28 septembre 2013 à Strasbourg) a pour objectif d'évaluer les effets du dispositif du point de vue des principaux acteurs concernés : les responsables et intervenants du dispositif, mais surtout les patients, bénéficiaires de l'action et d'élaborer des recommandations en termes d'ajustement ou de modification du dispositif en tenant compte des modalités d'appropriation des patients.



En lien avec cette évaluation, le dispositif évoluera à partir de novembre 2013. Plusieurs pistes sont d'ores et déjà travaillées :

- L'ouverture du dispositif à d'autres pathologies telles que le cancer
- La multiplication des points d'accueil des patients, situés directement dans les quartiers de Strasbourg
- La généralisation des écoles du vélo et de la natation

Valérie Fourneyron, ministre des sports, soutient fortement l'expérimentation strasbourgeoise préférant « le sport, plutôt qu'une longue liste de médicaments ».

# INCIDENCE DE L'OBESITE DANS LES ECOLES ELEMENTAIRES DE LA COMMUNE DE GUARDA

## OBSITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

### ***Dania Vélós DINIS***

*Nutritionniste de la municipalité (Camara Municipal) de Guarda, Portugal : politique municipale de lutte contre l'obésité.*

*Traduction française réalisée par Teresa CABRAL, Chargée des relations internationales à la municipalité de Guarda.*

La fréquence actuelle du surpoids et en particulier de l'obésité est telle, qu'ils remplacent progressivement les problèmes plus traditionnels de santé publique, comme les maladies infectieuses, parmi les facteurs les plus significatifs d'altération de l'état de santé.

L'obésité est donc une maladie qui touche de plus en plus de monde et surtout de plus en plus de jeunes. En effet les enfants sont les premières victimes de l'obésité, ceci est inquiétant et demande réflexion pour essayer de lutter contre cette épidémie qui entraîne une discrimination sociale.

L'obésité est la perturbation nutritive la plus fréquente chez les enfants et les adolescents. C'est l'un des problèmes de santé les plus difficiles à traiter, quel que soit l'âge.

Les auteurs sont unanimes quand ils affirment qu'il est impossible de définir avec précision et d'une manière scientifique cet état pathologique. Bien sûr, tous s'accordent sur le point suivant : l'obésité réside dans une accumulation excessive de graisse qui provient d'une ingestion trop calorique et trop énergétique en comparaison avec le besoin nutritionnel et la quantité d'énergie dépensée par son métabolisme de base au cours de sa vie quotidienne.

### **1. La genèse de l'obésité primaire chez l'enfant est multifactorielle :**

- L'hérédité est un facteur de risque, mais dans la majorité des cas, les standards alimentaires ont également un fondement social et culturel.
- Quand l'un des parents est obèse, les enfants ont un risque de 40% d'être obèses. Si les deux géniteurs sont obèses, la possibilité est de 80%, mais cela ne signifie pas que les enfants soient systématiquement obèses.
- L'hypothyroïdie, la tumeur sur la glande ad rénale, la production excessive de corticoïdes.
- Le diabète Mellites.
- Les facteurs nutritionnels : ils ont une importance décisive dans l'acquisition et le maintien du tissu adipeux. En effet, l'obésité provient des comportements alimentaires : portions trop grosses, alimentation trop grasse, trop riche en sel ou en sucre, déstructuration des repas...

Aujourd'hui, le marché offre une très grande variété de plats préparés, majoritairement industrialisés, dont les apports nutritionnels sont disproportionnés par rapport au besoin journalier de l'organisme et riches en composants qui favorisent l'obésité. À l'heure actuelle, nous vivons dans une société très consommatrice de ce type de plat « tout prêt » : les erreurs les plus graves des enfants se traduisent par une alimentation avec une Valeur

Calorique Totale (VTC) supérieure à celle qui est conseillée (consommation excessive de graisses saturées et de produits sucrés) et une diminution de consommation de produits frais horticoles, fruits et légumes.

Par ailleurs, la qualité des repas, l'absence de limitation des quantités d'aliments ingérés et le manque de critères sur l'horaire des repas sont autant de facteurs qui favorisent l'obésité. Les enfants sédentaires ont plus de probabilité de devenir obèses. La télévision et l'ordinateur sont responsables de la réduction considérable de l'exercice physique.

Beaucoup de parents utilisent certains aliments, tels que les confiseries, bonbons et autres « gourmandises » pour encourager des comportements positifs souhaités et/ou pour compenser un sentiment de culpabilité (exemple : parents absents). Cette pratique acquiert rapidement une signification symbolique pour les enfants qui commencent à utiliser la nourriture comme une récompense. Parfois, certains parents préfèrent, par facilité, amener leurs enfants au Mac Donald plutôt que de leur préparer des repas sains.

Autrefois, l'obésité était considérée comme quelque chose qui arrivait seulement aux enfants des classes économiquement défavorisées, non seulement parce que ces familles n'avaient pas la possibilité d'acquérir des produits alimentaires sains et équilibrés, mais aussi à cause de la méconnaissance des parents.

Aujourd'hui, je pense que c'est le contraire : les parents préfèrent acheter des produits alimentaires industrialisés, qui sont faciles à mettre dans leur sac et rapides, plutôt que de faire un sandwich équilibré à leur enfant, et ceci par facilité et en compensation de leur absence...

## **2. Complications de l'obésité**

L'obésité provoque plusieurs complications chez les enfants :

- Apnée du sommeil, syndrome de Pickwick ;
- Discrimination ;
- Vieillesse prématurée des os ;
- HTA ; Hypertrophie cardiaque ;
- Décollement de l'épiphyse du fémur ;
- Diabète Type II, cholestérol ;
- Pseudotumeur...

## **3. Traitement de l'obésité : traitement nutritionnel et activité physique**

Les perspectives de traitement de l'obésité infantile ne pourront pas être semblables à celles des adultes, puisque les situations ne sont pas considérées de la même manière. Il est inimaginable de proposer à des enfants de la thérapie pharmacologique et de la chirurgie.

Les seules thérapies à entreprendre chez l'enfant sont : la restriction calorique, l'éducation alimentaire, la modification durable du comportement et l'exercice physique, avec pour objectifs une perte de poids, une meilleure hygiène de vie, pour éviter toutes complications physiques, et la promotion d'un équilibre de vie sain.

Ainsi, il convient d'adapter l'alimentation aux caractéristiques personnelles de l'enfant, son sexe, son âge, sa hauteur et le type d'activité physique qu'il pratique.

C'est la raison pour laquelle, nous conseillons aux enfants de manger plusieurs fois pendant la journée, jusqu'à 6 repas par jour : 3 repas classiques - petit-déjeuner, déjeuner et dîner - et 2 intermédiaires, en milieu de matinée et au goûter. Il faut éviter de remplacer le déjeuner et le dîner par des sandwiches, puisqu'ils ne produisent pas un effet coupe-faim et sont parfois trop caloriques. Il faut boire beaucoup d'eau, éviter les boissons gazeuses sucrées, les fritures et les produits sucrés. Il faut stimuler la pratique d'exercices physiques et éviter d'être immobilisé devant la télé ou l'ordinateur et jouer aux jeux vidéo avec ses doigts...

#### **4. Actions de la municipalité de Guarda**

La Direction des Ressources Humaines, Secteur de l'Éducation, de la Municipalité de Guarda a estimé important le suivi et l'évaluation annuelle de la masse corporelle de tous les élèves de CM1, grâce au calcul de l'IMC (conformément à la classification de Cole, et al, BM2000), projet intitulé « prévention de l'obésité - les courbes du poids ». Les données sont prises, à titre anthropométriques et sociodémographiques, pour les élèves des classes de CM1 et ceux du projet « Classes de Natation ».

##### **Il est prévu :**

- Le dépistage chez les enfants et la détermination de l'IMC des enfants du CM1 des communes de Guarda (Piscines Municipales « cours de natation »)
- L'analyse des résultats (Département de l'Alimentation et de la Nutrition)
- Elaboration d'un plan de prévention de l'obésité (Les élèves avec obésité seront conduits à une visite médicale chez la diététicienne de l'ULS et ceux, en surpoids, seront soumis à un programme de prévention spécifique)

##### **Les objectifs sont de :**

- Faire l'évaluation de la prévalence du surpoids et de l'obésité des élèves du CM1 des communes de Guarda
- Identifier des comportements de risque d'obésité
- Etablir un plan de prévention de l'obésité

Les résultats obtenus pendant l'année scolaire 2012/2013 sont les suivants : 12% ont un poids insuffisant, 65% un poids normal, 17% des élèves sont en surpoids et 6% en obésité.

Pour prévenir l'obésité, deux projets d'éducation alimentaire sont mis en place en simultanément, afin de promouvoir le développement des habitudes alimentaires saines et établir des règles d'hygiène des aliments. Le Projet Education Alimentaire « La Planète des Aliments » est destiné aux enfants de la maternelle et du CM1. Le Projet « Consommation de fruits à l'école » est destiné aux élèves du CM1.

Le Gouvernement Portugais a adhéré au programme européen qui a été expérimenté durant un an et qui a été approuvé et publié par la Loi 1242/2009. Le Projet « Consommation de fruit à l'école » est une initiative intégrée dans le cadre européen qui a comme objectif la distribution gratuite d'un fruit deux fois par semaine pour chaque enfant et cela pendant 30 semaines de l'année scolaire.

Les actions de sensibilisation suivantes sont prévues :

1. Actions de sensibilisation « Alimentation saine » (Ferme Pédagogique de Maunça)  
Au travers de ces actions de sensibilisation sur l'« Alimentation saine » à la Ferme Pédagogique de Maunça (Quinta Pedagógica da Maunça) dont le propriétaire est la Municipalité de Guarda, la Ville promeut aussi une action de sensibilisation « alimentation de l'enfant » destinée aux parents chargés de l'éducation de leur enfant, professeurs, instituteurs du périscolaire et surveillants d'éducation.
2. Science dans la cuisine (Laboratoire de la Ferme Maunça)  
Les ateliers visent à la démonstration au travers des expériences, de l'excès de sucre et de graisse dans certains aliments, l'identification des protéines dans la cuisine moléculaire...
3. Récolte des légumes et fruits afin de les cuisiner (Potager et cuisine de l'Hôtel de Ville) Cette action a pour objectif d'encourager la consommation de fruits et des légumes.

Les Unités de Restauration Collective de la Municipalité de Guarda fonctionnent selon un modèle de délégation de service public, elles sont gérées selon le souhait de la municipalité et restent de la responsabilité du maire. De l'élaboration des menus, à la réalisation des fiches techniques des produits, au contrôle et respect du système qualité HACCP, la définition des lots alimentaires, l'élaboration du cahier des charges pour l'approvisionnement continu, le contrôle de la qualité des repas et la réquisition des produits nécessaires à la préparation et à la confection sont de la responsabilité de la Municipalité de Guarda.

Afin de commémorer la Journée Mondiale de l'Alimentation, depuis l'année 2008/2009, la Municipalité de Guarda promeut la Semaine de l'Alimentation avec la communauté éducative de l'élémentaire et du primaire, durant laquelle sont programmées des activités ludiques-didactiques par rapport à l'alimentation et à la pratique sportive.



## **Conclusion :**

Les écoles jouent un rôle important pour influencer sur la consommation et l'alimentation des enfants et sur la pratique d'exercices physiques. Les premières années d'enseignement primaire et élémentaire sont fondamentales pour stimuler et impulser des règles d'alimentation saine. Il y a plusieurs études qui constatent que c'est pendant les premières années de scolarité que les comportements vis-à-vis de l'alimentation semblent le plus susceptibles d'être améliorés. À mon avis, il serait utile et important de créer une politique alimentaire commune avec tous les pays du monde.



# L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE AUPRES D'UN PUBLIC FRAGILISÉ

**Emmanuelle GUILLAIN et Elsa TEXIER**

*Service de Prévention Santé de Roubaix-Tourcoing*

Le Service de Prévention Santé de Roubaix-Tourcoing est un service du Département du Nord qui travaille essentiellement avec un public fragilisé : en situation de précarité, bénéficiaires de minimas sociaux mais aussi des usagers des ESAT porteurs de handicaps moteurs et/ou mentaux.

Ceci explique l'utilisation d'une méthodologie et d'outils extrêmement simplifiés, à leur portée.

Comme pour toutes les interventions que mène notre service en matière de prévention, nous mettons en place le contenu des ateliers à partir des besoins et préoccupations exprimés par les usagers.

## **Notre démarche consiste à :**

- Partir de l'existant, d'un constat local réalisé avec les partenaires.
- Faire un état des lieux avec les participants du groupe préalablement constitué.
- Lister les habitudes alimentaires de chacun.
- Repérer les demandes précises du groupe afin d'adopter au mieux notre intervention, par le biais de méthodes et d'outils adaptés : brainstorming, blason, quiz, questionnaire.

## **Des objectifs sont alors fixés :**

- Sensibiliser les usagers à l'intérêt de manger équilibré et varié.
- Les amener à repérer dans leurs habitudes alimentaires des comportements inadaptés.
- Les aider à bien s'alimenter malgré un petit budget (menus et recettes simples).

## **Mise en place de l'action proprement dite en utilisant des outils adaptés :**

### **1) Dans un premier temps, nous privilégions les outils d'information pure :**

- ✓ *Les ballons* afin d'évaluer les connaissances et d'apprendre aux participants les différents groupes d'aliments.

Dans un souci de simplification, chaque groupe d'aliment a sa couleur. (ex : rouge pour les protéides, vert pour les légumes...)

Les participants doivent disposer des cartellettes représentant les différents aliments dans le ballon correspondant. Ce travail est ensuite évalué avec eux.

Puis on finalise ce travail en leur montrant les ballons remplis.

Cet outil permet également d'identifier les aliments à limiter.

- ✓ À partir de là, le rôle de chaque groupe d'aliment est étudié de façon simplifiée grâce à la maison des énergies.  
Cet outil permet de visualiser facilement l'importance et le rôle de chaque catégorie d'aliments dans la santé globale.
- ✓ Nous abordons ensuite les aliments indispensables à avoir dans son réfrigérateur et dans son placard.  
L'utilisation de l'outil les indispensables du réfrigérateur et du placard sera identique à celle des ballons, à l'aide des cartelettes illustrées.
- ✓ Nous étudions pour finir l'équilibre alimentaire de chaque repas de la journée et de la semaine en utilisant le jeu des plateaux-repas.  
La consigne est pour chaque participant, de constituer son propre plateau repas; ceci permettant de pointer les mauvaises habitudes et de réajuster avec eux.  
L'opération est répétée pour chaque repas mais aussi pour l'équilibre de la journée et de la semaine.
- ✓ Pour illustrer tout ce travail, chaque participant se voit remettre différents livrets récapitulatifs de tous les ateliers vus précédemment.
- ✓ Dans l'atelier suivant, est abordé l'intérêt d'associer une activité physique régulière.

## 2) Dans un second temps, nous évaluons les acquis avec des outils ludiques :

- ✓ Le jeu des plateaux-repas est à nouveau utilisé mais de manière différente, la consigne étant cette fois pour les usagers de réaliser des menus journaliers et hebdomadaires équilibrés.
- ✓ Le jeu des équivalences nous permet de pousser plus loin la réflexion : ils doivent évaluer la teneur en sucre et en matières grasses des aliments fréquemment utilisés. Ceci leur permet donc de se rendre compte, que, certains produits sont moins intéressants que d'autres.
- ✓ Le jeu de l'oie est l'outil idéal pour synthétiser l'ensemble des ateliers car il associe à la fois les notions d'équilibre, d'activité physique et permet une discussion autour des thèmes abordés.
- ✓ A l'issue du dernier atelier, nous remettons à chaque participant un questionnaire permettant d'évaluer les changements de comportements alimentaires éventuels.

D'autres outils sont également utilisés pour évaluer le degré de satisfaction et de compréhension des personnes sur l'action dans sa globalité.

### En conclusion :

- Les personnes ayant participé aux différents groupes, peuvent être valorisées à leur tour en devenant des relais auprès des autres usagers. Notamment par la mise en place d'actions dans le cadre de la fraich'attitude : ces personnes contribuent à la préparation et à l'animation des différents stands avec les professionnels médico-sociaux.
- De la même manière, ils élaborent avec les animateurs, des recettes simples mises ensuite à disposition de tous les usagers intéressés.

## **OBESITE QUARTIERS NORD-HAINAUT : UN PROJET TRANSFRONTALIER DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE VISANT A DEVELOPPER LES ACTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

***Marie-José COUTEAU***

*Observatoire de Santé du Hainaut*

Cette communication s'inscrit dans le cadre de la problématique « Collectivités territoriales : quel rôle dans la prise en charge des personnes en surpoids ? »

Elle présente une expérience européenne transfrontalière, pilote de prise en charge de l'obésité, dont la coordination fut assurée par l'Observatoire de la santé du Hainaut dans le cadre d'un projet Interreg, mené de janvier 2010 à décembre 2012 au sein de différents quartiers.

Ce projet s'inscrit dans un contexte épidémiologique qui fait de l'obésité, un problème majeur de santé publique, tout particulièrement dans le Nord en France mais aussi en Province de Hainaut en Belgique.

Sa prévalence, selon la dernière enquête Obepi est, en 2012 de 21,8% en Nord-Pas-de-Calais. Elle était de 20,5% en 2009. Elle représente la région la plus touchée. Elle est de 15% en France (14,5% en 2009). En Belgique, l'enquête de santé nationale indique qu'en 2008, il y a 13,8% d'obèses pour 16,7% en Hainaut. Cette prévalence tend à augmenter régulièrement, touchant les classes sociales les plus défavorisées de manière plus importante, même si il y a, actuellement, une tendance à une stabilisation en France mais avec d'une part, des disparités régionales et, d'autre part, d'importantes différences entre les catégories socioprofessionnelles.

Face à cette situation, le projet transfrontalier Interreg « Obésité quartiers Nord-Hainaut » se met en place.

Concrètement, cette expérience consiste en une prise en charge médico-sociale de l'obésité dans les quartiers en difficulté, dans le Nord de la France et dans les arrondissements frontaliers de la Province de Hainaut.

L'originalité de la démarche découle d'une collaboration du secteur médical et du secteur social, pour un mieux-être des personnes en situation de précarité.

Dans un premier temps, Osean (Obésité sévère de l'enfant et de l'adulte en Nord/Pas-de-Calais) via l'équipe de l'association française Rest'o (Regroupement pour l'éducation, le suivi et le traitement de l'obésité), constituée d'une diététicienne, d'une psychologue et d'un éducateur médico-sportif a formé durant trois mois en 2010 l'équipe du Centre Poids et Santé du CHU Ambroise Paré de Mons au cycle d'éducation thérapeutique.

Cette formation visait à faire bénéficier les paramédicaux belges de l'expérience française menée en milieu associatif, basée sur le déplacement d'une équipe de professionnels au plus près des populations concernées dans les centres sociaux de la métropole lilloise.

Dans un second temps, l'équipe belge a transféré cette pratique, en mettant en place au sein d'une des mairies de quartier de Mons, un cycle d'éducation thérapeutique.

Celui-ci se caractérise de la manière suivante:

- Groupe de 9 personnes (inclusion à partir d'un imc 30)
- 12 Séances
- 1 Séance par semaine
- Chaque séance dure 2 heures

Cette prise en charge médico-sociale ambulatoire dans le milieu de vie des participants s'est instaurée après un processus d'information et de communication varié (conférence de presse, reportage télévisuel et audiovisuel, interviews de la coordinatrice par des journalistes, fêtes de quartiers, goûters des enfants, réunions d'information à la mairie de quartier avec les personnes potentiellement intéressées, dépliants et affiches en direction de la population habitant les quartiers sociaux de la ville de Mons et des professionnels potentiellement intéressés...).

Par exemple, une réunion d'information avec les personnes pré-inscrites fut l'occasion de mettre en évidence leurs motivations et d'apporter des réponses personnalisées à leurs éventuelles interrogations et craintes, sur le contenu et l'objectif du programme proposé.

Lors de cette rencontre, les personnes ont décrit leur parcours face à l'obésité et la manière dont elles l'avaient abordé. Pour la plupart, ce parcours restait un moment difficile, même si les techniques et les options étaient différentes. Il était souvent vécu comme un sentiment d'échec.

Face à cette situation, ce cycle se présentait, alors pour elles, comme un atout sous trois critères principaux : la gratuité, la proximité c'est-à-dire que l'action se déroulerait au sein de leur quartier et une démarche innovante (allant du médical au social).

Le « recrutement » des personnes obèses et l'accès au cycle a été mené par un travail de proximité, une présence sur le territoire et l'identification d'un agent dont la mission était précisément de mettre en place, sur le terrain, ce dispositif.

Ouvert aux habitants du quartier, ce cycle pluridisciplinaire gratuit fonctionne sur base du volontariat. Il est orienté vers l'adoption de comportements favorables à la santé : alimentation équilibrée, activité physique mais également estime et image de soi chez les personnes en situation de précarité. Six centres sociaux ont participé à ce dispositif transfrontalier au sein de sept cycles (trois français et quatre wallons) pour lesquels, une mobilisation des acteurs fut indispensable ainsi qu'un accompagnement.

Le premier cycle wallon s'est terminé en janvier 2011. Les personnes ont été assidues aux séances collectives et ont participé activement au contenu.

En matière d'alimentation, toutes les personnes mentionnaient qu'elles utilisaient les « trucs », astuces et conseils qui leur avaient été appris pour confectionner, à leur tour, chez elles leur repas.

Elles faisaient l'effort pour la famille - ou pour elles-mêmes quand elles vivaient seules - de « manger mieux avec un petit budget ». Confiance retrouvée, volonté de participer à part entière au programme, les personnes sont satisfaites du déroulement et de l'ambiance des séances. Elles retrouvent une dignité basée sur un lien social dans la mesure où certaines n'osaient plus sortir de chez elles.

Une des dimensions essentielles de ce projet consiste à recréer du lien social mais aussi à le poursuivre après le cycle d'éducation thérapeutique. On constate dès les premières séances, que des contacts se nouent entre les participants et que des relations s'établissent au sein de la maison de quartier.

Lorsque l'expérience de ce cycle prend fin, l'ensemble des participants manifeste le souhait de poursuivre « la vie de ce groupe ».

Sous cet aspect, c'est bien la volonté de mettre en place et au même endroit des actions de santé communautaire qui est exprimée.

Des discussions sur le thème des activités qui pourraient être réalisées sont menées et un consensus se forme sur la création d'un atelier culinaire. Il est prévu le premier mardi de chaque mois et, depuis février 2011, il fonctionne à ce rythme jusqu'à ce jour. Il est organisé par les participantes qui proposent chacune, des recettes. Celles-ci sont réalisées en commun et les mets sont ensuite dégustés collectivement.

Cet atelier ne se limite pas aux personnes du cycle. Il est ouvert à la population du quartier, même si l'objectif est bien de prolonger de manière ludique les acquis des séances collectives d'éducation thérapeutique.

Des ateliers culinaires ponctuels peuvent aussi se créer en fonction d'événements saisonniers. En revanche, des séances d'activité physique, apparemment moins attrayantes pour la population ciblée, ont eu plus de difficultés à s'installer.

Programmées à partir de l'automne 2011, ces séances, pourtant conçues avec elles, montrent que la participation y reste cependant plus timide, liée aux conditions climatiques et aussi à l'état de santé des personnes. Parallèlement, une activité physique douce, réalisée en intérieur, est mise en place. Elle veille à s'adapter aux participants.

Il est important de souligner que toutes les activités post-cycle sont établies à partir des besoins et des attentes de la population. Elles leur sont destinées et ce sont les bénéficiaires du cycle avec d'autres habitants qui les mettent en place. Ils sont accompagnés par un agent de proximité et par les professionnels des centres sociaux qui assurent une écoute, un soutien logistique et la continuité du lien.

Dans cette perspective, ces actions de santé communautaire, objectifs majeurs du projet initial, incitent les personnes à utiliser les acquis du cycle par une pratique ludique, conviviale et sociale renforçant l'appartenance à un groupe, tout en mettant en évidence une autonomie des personnes dans les actes de la vie quotidienne afin de favoriser un bien-être.

D'autres cycles se sont déroulés dans les centres sociaux à Tourcoing, Mouscron, Mons (deux autres centres) et Maubeuge sur le modèle développé précédemment. Il est important de noter que si le public est différent dans chacun des centres sociaux, les participants au sein de deux des six centres apparaissent être dans une situation plus vulnérable que les autres.

À ce niveau, un effort particulier des intervenants et des acteurs est nécessaire afin de conduire le groupe jusqu'au bout des douze séances. L'adhésion des participants au cycle puis aux actions découle en effet de l'implication des professionnels des centres au projet, de la volonté de ceux-ci de s'y investir et aussi des ressources humaines disponibles.

Si les différents ateliers culinaires, d'activité physique et de bien-être redynamisent la vie de la population des quartiers sociaux dans lesquels ils s'exercent, ils permettent également aux professionnels de reprendre un nouveau souffle et de voir que leurs actions se diversifient en intéressant et en intégrant d'autres citoyens.

Les ateliers non seulement répondent aux préoccupations des personnes : « manger mieux à moindre coût » en l'occurrence, mais aussi ils tendent à s'inscrire vis-à-vis de leur entourage dans une démarche de prévention de l'obésité.

Cette dernière les renvoie à une responsabilité sur les choix nutritionnels et de mode de vie. Cependant le développement de ces actions reste lié à la motivation de l'ensemble des acteurs, à leur engagement, à une volonté communale et aux moyens alloués.

Parallèlement, le fait qu'un service hospitalier quitte son institution pour exercer hors de son champ habituel et dans un centre social est d'autant plus novateur que, d'une part, il agit en transfrontalier et que, d'autre part, les séances ne sont plus assurées « en individuel » mais collectivement. Les professionnels ont adapté leur pratique aux bénéficiaires et les cycles ont souvent été une base à partir de laquelle les centres sociaux ont relancé d'autres activités ou ont travaillé de manière plus étroite avec les associations situées sur le territoire.

Si ce programme de prise en charge de l'obésité a répondu aux attentes et aux besoins des habitants de quartiers constitués de logements sociaux, on peut cependant remarquer, que malgré les efforts développés pour une égalité d'accès aux cycles, les hommes ont été peu nombreux à y participer. Sans doute sont-ils a priori plus réticents que les femmes à parler de leur problème de poids - ce d'autant plus de manière collective au sein d'une majorité féminine - et à s'engager dans une action qui requiert assiduité, persévérance et mise en pratique quotidienne ? À contrario, certaines femmes ont manifesté dans la poursuite des activités de santé communautaire post-cycle, leur souhait de n'être qu'entre elles.

La notion de confiance et de sa mise en place dans ce dispositif a été fondamentale tout au long du déroulement des séances pour les participants. Chacun des bénéficiaires se dit satisfait du cycle, en particulier lorsqu'il y a eu une initiation à la sophrologie. Quelques personnes ont été plus mal à l'aise lors des séances consacrées à la psychologie. Si, de manière unanime, les participants considèrent que le cycle et les activités qui le prolongent contribuent à leur bien-être et à entrer en contact avec d'autres personnes en resserrant un lien social - qui était parfois inexistant depuis de longs mois - les actions de santé communautaire, développées au niveau d'une collectivité territoriale, permettent bien d'agir sur les déterminants de l'obésité.

## L'ASSOCIATION REST'O REGROUPEMENT POUR L'EDUCATION, LE SUIVI ET LE TRAITEMENT DE L'OBESITE

### ***Michèle DUBUS***

*Coordonnatrice diététicienne*

L'association propose un Programme d'éducation thérapeutique des patients adultes obèses qui s'intitule « **changer pour mieux être** » dans les structures de proximité dans les centres sociaux.

- Historique : l'association existe depuis 1999
- Elle agit sur le terrain depuis 2002, tout d'abord dans un premier centre social de Lille Sud : le centre social Lazare Garreau
- Pourquoi l'association intervient-elle dans les centres sociaux ? Afin de faciliter l'accès au soin dans des lieux de vie facilement repérables dans les quartiers
- Ce programme se déroule sous forme de groupes fermés de 8 à 12 personnes afin de créer des liens entre les participants pour faire des activités ensemble
- Et insérer ces patients dans le tissu social par le biais des activités proposées par le centre social

### **Pour cette année 2012-2013 dans quels centres sociaux (année 2012-2013) l'association est-elle intervenue ?**

- Centre social la maison du chemin rouge (Fâches)
- Centre social la maison du grand cerf (Ronchin)
- Centre social MJC Mons-en-Barœul
- Centre social Mosaïque- Fives
- Centre social de Marcq-en-Barœul
- Centre social Ostricourt
- Centre social Wasquehal
- Espace santé faubourg de Béthune

Pour chaque année l'association propose 2 sessions :

De septembre à janvier et de février à juin.

Les séances se déroulent une fois par semaine hors vacances scolaires car les centres sociaux deviennent alors centres de loisirs pour les enfants du quartier.

## **Quels sont les objectifs du programme d'ETP « changer pour mieux être » ?**

- Guider les choix alimentaires et développer l'esprit critique : rôle de la diététicienne
- Modifier le comportement alimentaire sur le long terme : rôle de la psychologue
- Travailler sur l'estime de soi : rôle de la psychologue
- Augmenter l'activité physique dans la vie de tous les jours : rôle de l'EMS
- Les objectifs à atteindre sont au long terme

## **Quelles sont les portes d'entrée afin d'accéder à ce programme ?**

- Par le biais des médecins traitants que l'association informe via l'interne OSEAN faisant une partie de son stage à REST'O et via les patients qui sont nos meilleurs ambassadeurs
- Par un partenaire du réseau OSEAN (obésité sévère de l'adulte et de l'enfant de la région nord-pas de calais)
- Par le centre social en faisant passer l'info dans ses différents ateliers
- Entrée libre: presse, affichage, bouche à oreille qui fonctionne très bien dans un quartier
- Les critères d'entrée sont IMC > 30 ou > 25 si autres facteurs de risque (HTA, hypercholestérolémie, diabète...)

## **Les moyens pour mettre en œuvre ce programme :**

- Sous forme de groupes fermés de 8 à 12 personnes
- Animés par une équipe pluridisciplinaire :
- Une psychologue
- Une diététicienne
- Un éducateur médico-sportif et infirmière
- 12 séances de 2 heures pour changer les choses, un peu à la fois, en fonction du rythme de chacun, précédées d'une réunion d'informations et d'entretiens individuels, ce qui correspond à 4 mois de suivi.

La réunion d'informations permet à chacun de faire connaissance avec l'équipe et les participants, de faire coïncider les attentes des patients avec ce que l'association propose.

Les participants adhèrent en toute connaissance de cause à la fin de cette séance et un rendez-vous est pris pour un entretien individuel avec la diététicienne ou l'infirmière pour établir le diagnostic éducatif et le programme personnalisé du patient. Ces documents lui sont remis afin de les faire viser par le médecin traitant, restant le pilier de la prise en charge. Une lettre est également remise afin d'informer celui-ci de l'entrée de son patient dans le programme.

L'équipe pluridisciplinaire mobile d'ETP est composée de :

- 2 diététiciennes
- 2 psychologues
- 1 EMS
- 1 infirmière et EMS

## **Le programme des séances :**

- **Séance 1 :** Quels aliments choisir et pourquoi ?
- **Séance 2 :** Être à l'écoute de son corps : reconnaître ses sensations de faim et de satiété, apprendre à faire la différence entre la faim et les envies de manger
- **Séance 3 :** Comment organiser son rythme de vie et ses habitudes avec son alimentation ?
- **Séance 4 :** Que faire d'autre que manger en cas d'envie de manger : quand je m'ennuie, quand je suis stressée, quand je vois un aliment... ?
- **Séance 5 :** gestion des envies de manger suite
- **Séance 6 :** comment augmenter son activité physique en fonction de ses possibilités ?
- **Séance 7 :** Lecture des étiquettes nutritionnelles pour choisir ses aliments sans se laisser influencer par ce qui est écrit sur les emballages.
- **Séance 8 :** Jeux autour de l'activité physique, en fonction des possibilités de chacun.
- **Séance 9 :** Image de soi, de son corps, regard des autres
- **Séance 10 :** Les messages publicitaires alimentaires (publicités à la télé, prospectus...) : apprendre à avoir un œil critique à leur égard.
- **Séance 11 :** Visite au supermarché
- **Séance 12 :** Bilan des groupes : un entretien individuel est prévu en parallèle afin d'établir une feuille de bilan que l'interne ira discuter avec le médecin traitant afin qu'il puisse continuer à travailler et encourager les changements de comportement.

## **Les activités physiques adaptées en parallèle proposées par l'association :**

- Aquagym en partenariat avec le service des sports Mairie de Ronchin, piscine de Ronchin : le mardi de 12h00 à 13h00 et le jeudi de 12h00 à 13h00 ou le mardi de 13h00 à 14h00 en partenariat avec la FFEPGV
- Marche nordique : au jardin botanique le samedi matin
- Tai-Chi-Chuan : centre social de Ronchin le mardi de 9h30 à 10h45
- Gymnastique adaptée en partenariat avec FFEPGV dans différents centres sociaux

## **Les résultats obtenus depuis 2003 :**

- 1330 adultes ont participé au programme « Changer pour mieux être »
- Le taux de participation est autour de 70%

## **L'évaluation :**

Un questionnaire d'évaluation est rempli par le patient en début et fin d'action portant sur

- L'activité physique (Ricci et Gagnon)
- L'alimentation
- Comportement alimentaire (TFEQ) et qualité de vie (Duke)
- La perte de poids moyenne est de 2,8 kg à 4 mois du début de la prise en charge.
- On observe une diminution de l'alimentation émotionnelle et incontrôlée (résultats significatifs)
- Augmentation de l'activité physique.
- Amélioration de la qualité de vie notamment au niveau physique, mental et général.
- Tendance à une diminution de l'anxiété.

## **Quel lien avec le médecin traitant ?**

C'est le patient qui porte son dossier d'éducation thérapeutique : dedans on y trouve :

- Une lettre d'informations
- Un programme personnalisé et synthèse du diagnostic éducatif à faire viser
- Le bilan pluridisciplinaire

L'interne en médecine est également chargé de faire le lien et de discuter des progrès et des points à continuer à travailler.

## **Les perspectives :**

Elargir notre rayon d'action : en septembre, projet d'un groupe sur Hénin-Beaumont et continuer le travail avec les parents, pour changer les habitudes de toute la famille.

### ***Danielle PAUTREL***

*Association Les Sens du goût*

J'ai créé l'association, Les sens du goût, il y a maintenant 15 ans, dont l'objectif est le bien-être et la santé, mais la santé globale.

Nous sommes bien sur le bien-être physique, moral et social. J'insiste beaucoup sur ce sujet-là, parce que c'est un complément essentiel et notre moyen d'action, notre outil, c'est l'alimentation et l'approche sensorielle de l'alimentation.

L'alimentation est un outil et un levier, ce n'est pas une finalité.

En formation, en animation, nous travaillons sur la construction du schéma.

Voilà, le schéma sur lequel je travaille : manger est un acte banal, quotidien et en même temps, très complexe et c'est vraiment très important, quand on travaille sur ces questions-là, de s'interroger.

D'abord, personnellement, sur qu'est-ce que manger ? Qu'est-ce que je suis comme mangeur ? Qui suis-je comme mangeur ? Et se dire, moi, finalement, mangeur, si je suis professionnel, qu'est-ce que je m'autorise à faire ? Qu'est-ce que je veux faire ? Quelle distance je prends par rapport à ce que je suis comme mangeur ?

Je pense que c'est complètement essentiel, car nous avons tendance à projeter ce que nous sommes, ce que nous pensons, on dit souvent : « chacun ses goûts », mais cette expression est tout à fait juste et chacun ses comportements.

Manger comporte au moins 3 fonctions, je pense que l'on pourrait encore en ajouter, mais les fonctions essentielles sont : je mange pour me nourrir, pour vivre, mais je mange aussi pour le plaisir, et je mange pour me réunir.

L'acte alimentaire, ce qui est vraiment important, c'est au moment de l'homme chasseur, cueilleur. Ce qui nous a rendu homme social, animal homme social, c'est quand même l'apparition du feu et la transformation de l'alimentation.

A partir de là, quand l'animal était cuit, la viande, donc, chaude, on a trouvé que c'était bon et trouvé sympathique de la manger tous ensemble.

Cela a été le début de la commensalité, c'est-à-dire manger ensemble.

Et puis évidemment, comme on mangeait ensemble, on a communiqué, c'était la convivialité.

Donc, c'est bien l'alimentation, qui a fait de nous, des animaux sociaux.

Mon travail est beaucoup plus politique et je pense même que l'obésité est une problématique politique, avant d'être une problématique sanitaire.

Je reviens sur la notion de plaisir. Le plaisir, nous en parlons souvent mais notre travail à nous, c'est de nous situer entre la recherche et l'action de terrain. Il y a énormément de travaux en recherches qui sont fait, avec des résultats incroyables mais qui restent dans les universités, et je pense qu'il est très important de se dire, qu'est-ce qu'on en fait sur le terrain et en application, notamment sur le plaisir ?

Nous avons, aujourd'hui, identifié dans le cerveau, le centre du plaisir. Le plaisir est un besoin physiologique, donc, cela change tout dans nos actions.

L'alimentation, vous comprenez, que pour moi, c'est un outil, cela structure la personne, il y a l'incorporation etc., cela redonne du sens et surtout, l'alimentation, comme je vous l'ai dit, c'est éminemment politique.

Cela veut dire, que, si nous voulons qu'une action alimentation, soit efficace, il faut qu'elle soit multi-partenariale. Nous avons chacun une mission, des compétences mais nous savons très bien que les facteurs déterminants sont multiples dans le comportement alimentaire.

Cela veut dire que, si nous voulons faire bouger un comportement alimentaire, il faut agir sur tous ces facteurs déterminants. Donc, il faut agir en équipe, mais en équipe large.

Il faut des personnes de l'environnement, du culturel, du sport, du secteur de la famille etc... c'est encore beaucoup plus large que les équipes pluridisciplinaires présentées.

L'approche sensorielle, quel intérêt j'y vois ? Nous avons tous parlé de changement de comportement.

Il faut se poser la question individuellement : qu'est-ce qui nous met en mouvement ? Qu'est-ce qui fait que nous allons changer de comportement ?

Est-ce que c'est aussi facile que cela ?

Non évidemment, nous le savons tous.

Tout le monde connaît les règles. Jean-Pierre POULAIN, de la Faculté de Toulouse a démontré le décalage entre les normes et les pratiques. Nous savons ce qu'il faut faire, nos publics savent ce qu'il faut faire, mais ils ne le font pas, comme nous tous, d'ailleurs.

Cela veut dire, qu'il faut bien trouver un moyen, de nouvelles modalités d'interventions qui vont nous mettre en mouvement, qui vont mettre en mouvement les publics, pour finalement démarrer, créer un déclic, et ensuite les choses vont se faire.

Les savoirs, ils les ont, plus ou moins affinés, mais les savoirs, je pense que c'est avant tout le savoir-faire et le savoir être.

Il faut mettre en mouvement les personnes et l'approche sensorielle ; et quand je parle d'approche sensorielle, ce n'est pas de l'analyse sensorielle. Dans ma pratique, je vais me consacrer, grâce à l'aliment, sur la personne. Donc, je parle plutôt d'évocation sensorielle.

Nous travaillons toujours avec de vrais aliments, nous créons de l'intimité avec l'aliment, de la rencontre entre la personne et l'aliment et nous allons, à partir de l'aliment, demander à la personne de se raconter, de raconter son histoire, avec cette odeur, avec cet aliment, avec cette sensation tactile, etc.

Donc, forcément, la personne est actrice, puisqu'on lui demande de nous raconter ses sensations.

Au bout de 15 ans, nous avons travaillé la marguerite, que vous avez vue tout à l'heure. Nous avons travaillé avec chacun de ces partenaires et nous avons constaté, que sur le terrain, il y avait énormément d'acteurs et des acteurs qui travaillent de façon très isolée ; et pourtant, la personne, elle, c'est une mosaïque.

Elle est à la fois, parent d'élèves, peut-être une personne au RSA, elle est aussi la cliente du boulanger, elle va chez un médecin, au théâtre, etc...

Cela veut dire que, ce qui est intéressant, c'est de faire que, grâce à cette mosaïque, nous ne nous adressions plus seulement à la personne obèse, mais à une personne.

Pour cela, nous nous sommes dit : il faut enclencher des dynamiques territoriales, pour faire que cette action devienne politique et que les élus s'emparent de ces questions-là.

Tout à l'heure, la personne du Québec le disait bien. Nous avons aménagé les routes mais cela nous, les acteurs professionnels, nous ne pouvons le faire, ce sont bien les élus qui doivent le faire.

C'est pour cela, qu'aujourd'hui, l'association Les sens du goût, c'est cinq manières d'intervenir.

C'est continuer la diffusion d'outils, mais surtout, apprendre à d'autre ce que l'on fait, former. Former des équipes d'éducateurs sensoriels, parce que, finalement, cette profession n'existe pas. Les premières classes du goût remontent pourtant à 30 ans. Nous avons réussi, aujourd'hui, à définir un référentiel de compétences mais nous n'avons pas encore le référentiel métier, nous y travaillons, parce qu'autour de l'éducation au goût, il y a beaucoup d'actions qui sont menées.

Je pense au Groupe de Réflexion de l'Obésité et du Surpoids, qui vient voir ce que l'on fait. Il s'est un peu approprié ces techniques et semble dire que c'est une des piste sérieuse, encore faut-il former les gens. Il y a une vraie exigence dans cette approche parce que, souvent, nous allons reproduire des erreurs.

Simplement avec un petit flacon à odeurs, nous allons demander ce que cela sent. Je ne sais pas, c'est difficile... Même des œnologues, des sommeliers, dont c'est l'habitude, vont se tromper.

En demandant à des gens ce que cela sent, dans le petit flacon, nous les mettons encore en situation de difficulté et d'échec, ce n'est pas l'objectif. Nous allons leur demander : qu'est-ce que cela vous évoque, est-ce que cela vous transporte ? Quel paysage, quelle couleur ? Vous ne connaissez pas cette odeur mais peut-être vous évoque-t-elle des choses ?

La différence, elle est là, mais elle est fondamentale.

L'idée, était de mettre à disposition cette expérience de 15 ans, puisque nous sommes des généralistes. Nous avons été jusqu'à 5 salariés dans l'association. Nous sommes des généralistes et il nous paraît évident de travailler avec de nombreux partenaires et nous avons voulu créer une espèce de labo, un espace de transfert, de mise à disposition d'une bibliographie, un centre de formation, un centre d'exploration, parce qu'il y a encore des tas de choses à inventer.

Il y a également une dynamique de lancée, au Plan National Alimentation, autour des maisons de l'alimentation. J'ai trouvé que c'était vraiment très intéressant. Il y a un concept « maison de l'alimentation », mais il y a un vrai concept à définir, à préciser et donc, nous, nous sommes aujourd'hui identifiés comme maison de l'alimentation en Sambre-Avesnois et l'idée est de dire, qu'est-ce que nous faisons ensemble, qu'est-ce que chacun fait, qu'est-ce qui manque ?

Donc, c'est en cours et il y en a 3, en région Nord-Pas-de-Calais, une autour de Bellenglise et une à Saint André.

Il y a les maisons de promotion de la santé. Mais le concept de maison de l'alimentation, il faut y réfléchir ensemble. C'est encore plus large que cela, c'est dire que l'on va parler aussi des signes de qualité, c'est de la culture alimentaire mais je pense que ce qui est essentiel, c'est l'alimentation et se focaliser sur les savoir-faire, sur les savoir-être et être en contact direct avec l'alimentation.

Il faut que les gens se confrontent. Il faut travailler sur leur relation à l'alimentation, il ne faut pas qu'en parler, il faut y aller.

Vous avez à votre disposition notre site Internet ([www.envidali.org](http://www.envidali.org)) pour créer un réseau et je vous invite à y déposer des fiches actions ou des fiches acteurs.

**Éric PELISSON** : Merci, chers intervenants, de ces interventions passionnantes et souvent illustrées.

Merci mesdames et messieurs, nous avons largement dépassé notre temps de parole et je regrette que nous manquions de temps pour des échanges avec la salle. J'observe que cela fait déjà un petit moment qu'on nous fait signe que les autres ateliers sont en pause. Je suis navré de nous frustrer tous collectivement, je vous propose de lever la séance pour vous laisser cinq minutes de pause avant la reprise en séance plénière. Je propose à celles et ceux qui ont des questions de ne pas hésiter à se rapprocher des intervenants pour échanger des cartes de visite et prendre des contacts, voire à se retrouver tout à l'heure après la conclusion pour pouvoir poser leurs questions. Moi-même je resterai à votre disposition à l'issue du colloque. Encore une fois je suis désolé, mais il nous appartient maintenant de nous diriger vers la grande salle. Cinq minutes de pause.

# ATELIER 4

*Ecoles, collectivités et partenaires : prévenir et prendre en charge l'obésité des enfants et des adolescents, quelles problématiques ?  
Quelles bonnes pratiques locales ?*

Animateur :

**Jean-Pierre MOLLIERE,**

*Inspecteur départemental de l'Education Nationale*

Intervenants :

**Caroline ALLION,**

*Diététicienne, réseau Diabhainaut*

**Angel COSTA,**

*Directeur de l'association APESAL*

**Dorothée GERMAIN,**

*Chargée de projet VIF, ville de Saint-André*

**Céline LATU,**

*Chargée de projet, ville de Roubaix*

**Agnès LOMMEZ,**

*Coordinatrice nationale du programme VIF*

**Jean-Christophe REQUILLART,**

*pédiatre*

**Florence WEXSTEEN,**

*Diététicienne, association APESAL*

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue dans cet atelier que je suis heureux d'animer. Je suis Jean-Pierre MOLLIÈRE, Inspecteur Départemental de l'Éducation Nationale. Cet atelier a pour intitulé : Ecoles, collectivités et partenaires : prévenir et prendre en charge l'obésité des enfants et des adolescents, quelles problématiques ? Quelles bonnes pratiques locales ?

Je vous présente nos intervenants : Monsieur Angel COSTA, qui est le tout nouveau directeur de l'APESAL, accompagné de Mademoiselle Florence WEXSTEEN, diététicienne au sein de l'association, Agnès LOMMEZ, coordonnatrice nationale du programme VIF, Madame Dorothee GERMAIN, de la ville de Saint André, Madame Céline LATU, de la ville de Roubaix. Madame Caroline ALLION, du réseau Diabhairaut. Le Docteur REQUILLART, pédiatre nous rejoindra tout à l'heure.

Madame LOMMEZ en tant que grand témoin a l'honneur de commencer cet atelier.

## PROGRAMME VIVONS EN FORME

### ***Agnès LOMMEZ***

*Coordonnatrice nationale du programme VIF*

Bonjour à tous,

Je suis coordonnatrice nationale du programme Vivons en forme. Le programme VIF est un programme national de prévention santé autour des questions de l'alimentation et de l'activité physique. Actuellement, nous avons 250 communes qui adhèrent au programme, cela représente environ 4 000 000 de personnes. Un tiers de la région Nord-Pas-de-Calais est dans le programme.

L'objectif initial du programme est de prévenir la prévalence de l'obésité des enfants. Maintenant, Vivons en forme a un objectif plus large qui est d'essayer d'induire des changements de comportement durables chez les familles afin qu'elles adoptent des modes de vie plus sains. Pour cela, les villes adhérentes mettent en place des actions autour de l'alimentation et de l'activité physique en utilisant les leviers qui vont favoriser ce changement de comportement : ces leviers peuvent être le plaisir de manger, partager, faire ensemble, vivre ensemble etc...

Ce que nous proposons aux villes ce sont des actions ou des formations des acteurs locaux, qui a la fois partent de l'existant ou/et répondent aux attentes des acteurs locaux (Animateurs du péri scolaires, personnels de cantine, personnels des centre sociaux. Nous ne partons pas de rien, nous construisons à partir des habitudes de la ville, des acteurs mobilisés. Nous encourageons les villes à consolider les actions existantes, en les structurant, pour leur donner du poids, de l'ampleur. Nous essayons de suggérer, d'impulser des actions aux associations, aux clubs sportifs, etc...

Pour accompagner les villes adhérentes nous proposons des outils d'information, de communication, de mobilisation mais aussi des formations qui vont permettre aux acteurs de la ville de développer les actions

Le programme Vivons en Forme est un programme AU SERVICE des changements des comportements dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique.

Par exemple, les villes ont souhaité qu'on leur propose un outil afin :

- Que les enfants s'approprient mieux les légumes dans la vie quotidienne
- Que les enfants s'approprient mieux les légumes qu'on leur propose en restauration scolaire
- De contribuer de façon constructive au développement durable de proximité et avoir moins de légumes à jeter en fin de journée

Nous proposons une formation aux personnels de service de la restauration scolaire pour les aider à mieux comprendre le comportement alimentaire de l'enfant et leur apporter des astuces pour les inciter à goûter et apprendre à aimer ce qui leur est servi. Parallèlement, une formation est proposée au cuisinier pour lui apporter des astuces pour améliorer le goût des légumes.

Voilà ce que l'on peut proposer aux villes. Si un enfant s'approprie plus les légumes, il aura tendance à modifier, petit à petit son comportement alimentaire. En effet, il ne s'agit pas de lui dicter son comportement avec « attention, il faut manger ci, il faut manger ça.... »

Nous proposons donc des plans d'actions thématiques : sur la petite enfance, sur l'activité physique, sur le goûter, sur la restauration scolaire. Nous avons tout un panel d'outils et de thématiques que nous proposons aux villes. Elles s'approprient les outils, les actions et les thématiques qui sont corrélées de façon à ce que les familles qui sont au cœur de notre préoccupation, puissent modifier, progressivement, leurs comportements en matière d'alimentation et d'activité physique.

Le but, c'est cela : Vivons en Forme apporte une petite pierre à l'édifice, pour travailler à petits pas sur les changements des comportements familiaux.

Le travail est long, mais les villes adhérant au programme depuis 2004, ont des résultats en termes d'IMC encourageants.

Pour mieux comprendre et illustrer la méthode qui est mise en place au sein du programme VIF, je vais vous présenter le kit « Activité physique », nous avons développé un film « Bouger davantage sur le temps péri-scolaire ».

Celui-ci propose des activités sur trois moments de la journée, pour faire bouger davantage les enfants sur la journée :

- Le matin : proposition d'un parcours réveil musculaire pendant une dizaine de minutes en réalisant des exercices simples
- Activités sportives ludiques pendant la pause méridienne, à l'aide des tracés au sol dans les cours de récréation
- En fin de journée, moment de relaxation, pour permettre aux enfants d'être moins excités pour le retour à la maison.

Les aménagements des cours de récréation, permettent d'augmenter sensiblement, la durée de la pratique des activités physiques spontanées des enfants et de lutter efficacement contre la sédentarité et donc des maladies afférentes.

Si je vous ai donné cet exemple, c'est vraiment pour illustrer ce qui est dit depuis ce matin, c'est-à-dire que prévenir le surpoids et l'obésité des enfants, concerne tous les enfants en mobilisant tous les acteurs.

Ce film et ce travail ont pu être réalisés grâce à la volonté et l'engagement de la municipalité et de l'éducation nationale.

Tous les jeux ont une action pédagogique et toutes les fiches pédagogiques ont été données aux éducateurs périscolaires.

Cet exemple montre qu'une action a été mise au cœur de la ville sans évoquer une seule fois la prévention de l'obésité et du surpoids.

Pour conclure, la non-stigmatisation des personnes et la mobilisation de tous sont des piliers de la philosophie du programme VIF, l'union fait la force.

# PRESENTATION INTERVENTION COMMUNE DE SAINT-ANDRE

## PROJET « VIVONS EN FORME A SAINT-ANDRE »

### **Dorothee GERMAIN**

*Chef de projet VIF - Saint André*

Je représente la ville de Saint-André qui est une petite commune de 11500 habitants qui, dès 2001, s'est préoccupée de la santé de ses habitants en faisant le choix d'une cuisine centrale autogérée pour les écoles. À sa création, des animations ont été proposées par l'équipe du restaurant scolaire aux enseignants, avec la volonté d'être coacteur de l'éducation des enfants, le temps du midi, pour une continuité éducative sur toute la journée scolaire. Dans ce contexte, en 2007, l'adhésion à la démarche Vivons en Forme (alors appelée EPODE) fût une évidence.

Depuis presque 6 ans, la commune poursuit donc sa mission de coéducation dans les écoles et auprès des familles, avec une approche particulière très concrète, ludique et sortant des messages normatifs. Comprendre et parler plaisir, tels sont les objectifs que nous développons en priorité lors de toute création d'animation. Voici 2 exemples d'ateliers phares que nous développons pour modifier les comportements et ainsi prévenir l'obésité des enfants.

### **1 - Le Royaume de Morphée**

À la recherche d'un atelier pour aborder les rythmes biologiques et entre autre expliquer l'importance des 4 repas, nous avons fait des recherches sur le sommeil. Notre but : faire comprendre aux enfants qu'une bonne nuit permet de commencer la journée par un bon petit déjeuner, et donc de ne pas avoir besoin de grignoter entre les repas.

À notre grande surprise, nous avons alors découvert les premiers articles qui évoquent un lien direct entre le sommeil et l'obésité, et ceci dans les 2 sens :

- Un manque de sommeil joue sur les prises alimentaires de la journée, en stimulant l'appétit avec une prédilection pour les aliments sucrés et en diminuant la synthèse de l'hormone de satiété. La dette de sommeil devient alors source de somnolence, de grignotage et de frein à l'activité physique.
- L'obésité et le surpoids créent des troubles du sommeil, notamment par les problèmes respiratoires engendrés (ronflement, apnée...).

Ainsi, plus un individu sera en surcharge pondérale, moins il va dormir correctement et plus son organisme va s'adapter et compenser par la nourriture et la baisse de l'activité physique. C'est un cercle vicieux qui se met en place ...

De plus, nous avons réalisé une enquête rapide auprès d'un échantillon d'élèves en 2011, qui faisait état de la forte présence d'écrans dans les chambres, 10,6% déjà en cycle 1 et 2, mais jusqu'à 50% dans certaines classes de cycle 3. Nous avons donc décidé de bâtir une animation exclusivement sur le sommeil, pour toucher un public d'enfants de cycle 3.

Cette animation se veut très interactive. Outre les messages essentiels à faire passer, ce sont en réalité les enfants qui par leurs exemples personnels font le contenu de l'animation.

Comprendre pour mieux changer son comportement, tel est notre souhait.

4 étapes y sont développées :

- À quoi sert le sommeil (récupérer, synthétiser l'hormone de croissance, développer son système de défense immunitaire, mémoriser ...) ?
- Quels sont les signes du sommeil (les yeux qui piquent, le changement d'humeur, l'impression d'avoir froid ...) ?
- Pourquoi connaître ces signes, les respecter et comprendre le rythme de son sommeil (le train du sommeil, les réveils nocturnes) ?
- Quels sont les facteurs qui influencent en positif ou en négatif le sommeil (l'environnement, l'alimentation, l'activité physique, les écrans) ?

Les enfants sont déjà trop nombreux à évoquer des difficultés à s'endormir, des réveils nocturnes qui se transforment en insomnies. Voici quelques exemples variés :

- Mon chat me réveille, et après je n'arrive plus à me rendormir
- J'ai trop chaud, mais maman veut que je mette une couverture
- Mon petit frère pleure la nuit et maman crie, ça me réveille
- La nuit, on peut mourir
- Mes grands frères m'ont fait regarder des films qui font peur, depuis, je fais des cauchemars
- Je me réveille quand papa part au travail la nuit, après je dors moins bien
- Je me lève pour faire pipi
- La nuit, quand je ne dors pas, je joue à la Nintendo
- J'ai peur de m'endormir
- Le soir je mets du temps à m'endormir, mais mes parents me forcent à éteindre la lumière, c'est parfois long dans le noir
- Je tombe de mon lit

À chaque difficulté, nous essayons de comprendre et d'apporter une réponse individuelle. Les animations ne sont jamais identiques, mais les messages passent. À ce jour 550 enfants ont bénéficié de cette animation depuis 2011.

Le sommeil est abordé très succinctement en cycle 3, pourtant, les enseignants ne sollicitent pas toujours une intervention d'1h30 par un animateur extérieur, prétextant un programme trop chargé. À la suite d'un atelier, les enseignants ont souvent dit « on comprend mieux l'attitude, le comportement ou les difficultés de certains enfants après cet échange avec vous ».

Le sommeil est donc une thématique essentielle dans le travail de prévention du surpoids et de l'obésité, mais aussi plus simplement dans la recherche de mieux être des enfants et la réussite scolaire. Il est à aborder dès la rentrée, en donnant aux enfants un petit livret pour qu'ils puissent en parler chez eux.

Une deuxième animation, me tient très à cœur :

## **2 - Eveille tes sens**

À la demande de la directrice d'une école maternelle de la commune, nous avons proposé en 2011 des ateliers de découverte des fruits et des légumes. Notre but : approcher les enfants dès la toute petite section, par les 5 sens, pour éviter la néophobie alimentaire.

Notre approche est très douce et en plusieurs étapes, toujours identiques :

- Découverte par la vue le fruit ou le légume dont fait l'objet la séance (forme, couleur) puis par le toucher et l'odorat ;
- Approche très concrète pour comprendre d'où vient le fruit ou le légume (comment il pousse, à quelle saison, où trouve-t-on les graines)
- Approche gustative, pour découvrir l'aliment sous différentes présentations (cru, cuit, en purée, en soupe, en tarte, en quiche ...). L'enfant réalise alors qu'il peut aimer une soupe de poireaux, mais ne pas aimer la tarte aux poireaux. Cette démarche amène l'enfant à oser goûter systématiquement, pour pouvoir dire qu'il n'aime pas un aliment. Une grande règle néanmoins au cours de nos ateliers : les enfants goûtent, mais on le droit de cracher ...l'important est d'essayer !

Ces ateliers sont réalisés avec 2 animateurs, dont Johanna Bédouard, diététicienne INTERFEL. Cette stabilité de collaboration depuis presque 3 « saisons d'éveil des sens » est primordiale : les enfants de maternelle sont en phase de socialisation. Pour oser goûter, il faut qu'ils aient confiance en l'animateur. L'idéal est que celui-ci soit le même d'une séance à l'autre.

En mai 2011, 180 enfants de TPS à GS ont abordé les carottes, les choux fleurs et brocolis, les fraises et les tomates. En juin 2012, nous avons réalisé l'éveil des sens auprès de 540 enfants de TPS au CE1 (avec un atelier de cuisine simple du fruit ou du légume pour les CP et CE1), abordant les asperges, les betteraves et la rhubarbe. Nous avons ensuite revu notre mode de fonctionnement pour étaler plus dans le temps nos animations. Sur l'année scolaire 2012-2013, 540 enfants ont découvert successivement les pommes, les courges et potirons, les légumes oubliés, les endives, les choux pommés, les poivrons et enfin les pastèques et melons.

Une enquête auprès des parents a montré que :

- 33,2% d'entre eux ont des difficultés à faire goûter des fruits et légumes à leur enfant
- 45,5% d'entre eux ont des difficultés à faire goûter un plat nouveau à leur enfant.

À la demande des familles, nous avons amélioré nos ateliers, en apportant un suivi personnalisé des enfants pour que les parents sachent si leur enfant goûte et s'il aime une recette. Ce suivi est accompagné de l'ensemble des recettes présentées aux enfants, sous la forme d'un livret. Ainsi, cela offre la possibilité aux parents d'assurer une continuité de l'animation, en reproduisant chez eux et si possible avec leur enfant un plat facile à réaliser.

Une enquête de fin d'année scolaire nous permettra de mesurer le changement de comportement des enfants chez eux. Mais déjà, les témoignages sont nombreux. Les parents sont satisfaits et souhaitent la poursuite de cette action.

### ***Céline LATU***

*Chargée de projet - Ville de Roubaix*

Je vais vous parler d'un dispositif qui existe à Roubaix depuis 2008, qui n'est pas porté par le service santé ni par le service sports mais par le service culture, que je représente.

Il s'agit d'un projet qui s'appelle : **Breakfast classes**, projet artistique et d'éducation à la santé, qui s'adresse cette saison, aux enfants des écoles Jules Guesde, Léon Marlot et Léo Lagrange de la ville de Roubaix, ainsi qu'au public des centres sociaux des Trois Ponts et Trois Villes, avec pour objectif de les faire évoluer vers un bien être en les sensibilisant, de manière ludique et pédagogique, à la **pratique d'une activité physique et créative** (la danse contemporaine) associée avec la **découverte d'une alimentation équilibrée**.

Afin de faire rayonner le projet sur l'environnement de vie de chaque enfant, la démarche de sensibilisation à la danse et à la nutrition **s'étend au-delà du cadre scolaire** (le quartier et la famille), tout en responsabilisant chacun comme étant acteur et relais de l'expérience vécue. L'intérêt de cette démarche est de rendre possible la transmission du projet en dehors de la classe concernée par les ateliers et de le partager avec les autres classes, les habitants ou ses parents, chaque élève devenant pilote du projet. Ainsi, par un travail sur la **parentalité**, et par les partenariats avec les centres sociaux (par la mise en place d'ateliers parents-enfants), le projet **Breakfast classes** tente de s'ouvrir et d'être bénéfique à l'ensemble des habitants d'un quartier.

Des ateliers danse et cuisine sont donc mis en place dans les deux centres à l'intention des familles, dans le but de partager une expérience éducative créant un autre lien entre l'enfant et son parent.

Le parcours des enfants au sein des **Breakfast classes** est enrichi par des temps d'**ateliers de pratique de la danse et d'ateliers nutrition**, de découverte de **spectacles** programmés au sein du festival jeune public Les Petits pas, **d'échanges avec des professionnels** de la santé ou du secteur artistique, de **rencontre entre classes** au Gymnase (salle de spectacle de Danse à Lille/CDC) et de temps de **restitution**.

La restitution prend la forme d'un atelier ouvert aux parents et aux familles, étape importante pour les élèves dans le désir de partager avec leur famille, leur expérience et valorisant leur démarche et leur participation active au sein notamment de l'atelier de danse.

Par la richesse de ces propositions, le projet vise à sensibiliser chaque enfant à la danse et à la nutrition, en éveillant sa curiosité, son imagination et ses émotions et en rendant élèves et enseignants responsables et acteurs du projet.

Pour la quatrième année, Danse à Lille/CDC prend la coordination de cette sixième édition du projet des **Breakfast classes**, en collaboration avec le service Culture de la Ville de Roubaix, pilote du dispositif et les Inspections de l'Education Nationale Roubaix Est et Roubaix Ouest.

## LES ACTIONS

### Dans le cadre scolaire :

Le projet se déroule dans trois écoles élémentaires de Roubaix : Léon Marlot, Léo Lagrange et Jules Guesde (cette dernière arrivant cette année dans le projet) sur deux périodes de réalisation :

- Janvier - février 2013 pour les CM1 et CM1/CM2
- Mars - avril 2013 pour les CM2 et CM1/CM2

Cette année, le projet concerne 6 classes de Roubaix :

- Les classes de Claire Godart (CM1) et de Flore Planque (CM2) de l'école L.Lagrange
- Les classes d'Antoine Baltz (CM1/CM2) et de Priscilla Dehondt (CM2) de l'école L. Marlot
- Les classes de Lionel Wanozyniak (CM1/CM2) et de Mathieu Merchez (CM1/CM2) de l'école J.Guesde

Les actions proposées à chaque classe se présentent sous la forme de deux ateliers :

- Un atelier de danse contemporaine à raison de 2h par semaine, effectuées sous diverses formes (atelier de pratique, rencontre entre les classes, atelier ouvert...) sur une durée de 5 semaines, mené par Sandrine Becquet et par Amandine Leleu (cf. planning).
- Un atelier nutrition à raison de 1h par semaine traversant différentes thématiques (dégustation, étiquetage alimentaire...) sur une durée de 4 semaines. Sur la cinquième semaine sera proposé un atelier cuisine (cf. planning). Les ateliers seront menés par Pauline Miersman, diététicienne au service Santé du CCAS, auprès des trois écoles.

Chaque période de 5 semaines (période 1 en janvier/février et période 2 en avril/mars) intègre d'autres temps et formes de sensibilisation :

- Une restitution dansée durant la réalisation du projet afin de valoriser les élèves dans l'action et de la partager avec leurs familles.
- Une rencontre des pratiques au Gymnase entre les 3 classes d'une même période dans le but de confronter les expériences, placer les élèves en spectateur, initier de nouvelles démarches d'échanges entre élèves de différentes écoles et bénéficier d'un espace de création.
- Des rencontres privilégiées avec les intervenants en danse et en santé avec chaque classe investie sur le projet, permettant d'aborder des notions comme le métier de danseur (avec les pédagogues et danseuses Sandrine Becquet et Amandine Leleu), l'hygiène (avec Sophie Wattine infirmière du CCAS de Roubaix), un professionnel de la santé, une sortie au Centre Permanent du Goût...
- Un atelier d'écriture autour de la danse mené par Sarak Kruszka auprès les élèves lors de leur première année dans le projet. Ici, cela concernera l'Ecole Jules Guesde (présentation ci-après).

De plus, pour les sensibiliser à cette forme artistique qu'est la danse contemporaine et qu'elle soit pour eux plus qu'une simple activité physique, les six classes du projet profiteront de deux sorties spectacles :

- La première se réalisera dans le cadre du Festival Les Petits pas qui se déroulera du 4 au 15 février 2013 sur Roubaix.
- La seconde sortie se fera sur le spectacle de l'Ecole du Centre Chorégraphique National de Roubaix qui aura lieu au mois de mai au Colisée de Roubaix.

Dans le but de laisser une trace du projet, chaque élève se verra remettre un cahier de bord. Accompagné par l'enseignant de chaque classe, il est complété et enrichi par l'élève au fur et à mesure de l'action et pourra accueillir tous types de support :

- Ecrit sur les ateliers de pratique de la danse ou les ateliers nutrition
- Dessin, collage, expression plastique sur le vécu des enfants dans les ateliers danse
- Billet, photo, programme de salle... du spectacle vu par les élèves
- Retour écrit, dessiné...sur le spectacle
- Etiquettes de produits alimentaires
- ...

Il sera possible également selon les envies des enseignants de travailler à l'édition d'une gazette commune pour les classes, journal qui recueillera les écrits, dessins, photos...du projet réalisé par les élèves.

Chaque support permettra ainsi de travailler en classe, en aval des ateliers sur divers aspects qui permettent autant à l'élève qu'à l'enseignant de prendre du recul sur l'action (la verbalisation, l'expression des émotions et du ressenti, la conservation, la formulation d'idées), de lier les deux ateliers (nutrition et danse) et de faire des similitudes éventuelles avec le tronc commun (le français, l'histoire des arts...).

Au total, **environ 140 élèves** vont être touchés par le projet **Breakfast classes** cette saison.

Hors temps scolaire, dans les centres sociaux :

Dans le désir de faire rayonner le projet **Breakfast classes** en dehors des murs de l'école, celui-ci se poursuit dans les centres sociaux des **Hauts Champs** et **Les Trois Ponts**, à travers des ateliers cuisine et danse pour les parents et leurs enfants, afin de sensibiliser un plus grand nombre de personnes et notamment les familles à la pratique d'une activité physique et créative associée à la découverte d'une alimentation équilibrée. Il s'agit de créer un nouveau lien entre l'enfant et un de ses proches par le biais d'un travail en duo autour de la danse et de la nutrition.

Dans chacun des centres, l'action se déroulera sur deux journées, sous la forme suivante :

- 9h30 -12h30 : Atelier cuisine (échange, préparation du repas du midi...)
- 12h30 -14h30 : Repas
- 14h30 -16h30 : Atelier danse (improvisations, expérimentation en duo, apprentissage d'enchaînements)

Les intervenantes danse et alimentation seront présentes sur l'ensemble de la journée dans le but de permettre un échange continu et une unité avec le groupe de participants (10 adultes et 10 enfants maximum), inscrit sur chaque jour.

Les interventions dans les centres se dérouleront sur une journée durant les vacances de Pâques (avril 2013).

Pour relayer l'information auprès des enfants et parents du quartier, une communication par centre sera réalisée pour les deux dates (affiches, flyers) et diffusée en amont dans les centres sociaux, dans les écoles environnantes de chaque quartier et auprès des parents d'élèves élus des deux écoles.

Chaque groupe des centres sociaux aura la possibilité d'assister à un spectacle de danse, en vue de compléter les ateliers de pratique de la danse.



### L'ATELIER DE DANSE CONTEMPORAINE

Menés par des pédagogues, les ateliers de danse débutent par un éveil corporel et un échauffement permettant de rendre le corps disponible et de mieux connaître et ressentir les différentes parties qui le composent.

La séance se construit ensuite sous plusieurs formes et au travers de différentes expériences telles que l'improvisation, la danse contact, des enchaînements dansés ou des ateliers thématiques...

Ces techniques de découverte et de parcours autour du corps se reposent sur les fondamentaux de la danse :

- Le corps (le poids, la mobilité, la respiration...),
- L'espace (les directions, les volumes, les niveaux...),
- Le temps (la musique, les rythmes, la vitesse...),
- La relation (l'écoute de soi et de l'autre, le contact...).

L'attention est également portée sur la mise en jeu de l'imaginaire et la créativité de chaque enfant, lui laissant la possibilité de prendre possession de ce nouvel espace d'expression.

Dans une relation de confiance et de respect avec l'intervenant et en présence de l'enseignant investi dans cette démarche, cet atelier ne perd pas non plus l'objectif de créer du lien avec l'atelier nutrition en proposant un travail autour des 5 sens, sorte de fil conducteur, liant la danse à l'alimentation. Cette thématique peut se vivre sous plusieurs aspects et peut donner lieu à d'autres ouvertures : atelier d'écoute, geste culinaire, travail sur les sensations (gustatives)...

Les ateliers de danse contemporaine sont menés par Sandrine Becquet et Amandine Leleu.

## L'atelier d'écriture autour de la danse

Kruszka Sarah, professeur de lettres sur un poste ambition réussite au collège Sévigné de Roubaix, missionnée par la DAAC (délégation académique à l'éducation artistique et à l'action culturelle) auprès du CDC/Danse à Lille et du CCN de Roubaix, propose d'accompagner les enseignants et les élèves, lors de leur première année dans le projet. Elle interviendra donc auprès de l'école Jules Guesde. Les interventions auront pour objectifs de :

- Exploiter le cahier de bord afin de garder une trace du projet
- Prolonger l'expression du corps en expression orale et écrite
- Inciter l'élève à prendre du recul sur sa pratique
- Amener l'élève à exprimer un sentiment de la langue, travail écriture, réception d'un spectacle...).

Elle propose aux enseignants des écoles Marlot et Lagrange des pistes de travail dans le prolongement de ce qu'ils ont abordé la saison précédente (propositions en annexes).



## **L'ATELIER NUTRITION**

Grâce à un partenariat entre le service santé de la ville et le CCAS de Roubaix, des ateliers d'éducation alimentaire sont proposés.

Ils visent à sensibiliser les enfants à l'importance d'une bonne hygiène de vie et d'une alimentation équilibrée avec un accent sur l'approche appliquée et concrète des séances. L'objectif est de leur transmettre des outils pratiques et des compétences adaptées à leurs réalités. Cette sensibilisation passe par l'intervention de la diététicienne du service santé pour des sujets tels que la dégustation de divers produits alimentaires, la découverte de la fabrication de certains aliments et l'apprentissage du décryptage d'étiquettes alimentaires.

De plus, un temps de découverte des lieux de proximité liés à l'alimentation pourra être mis en place, tel qu'une boulangerie par exemple. La dégustation n'est pas un repas donné aux enfants. La programmation des séances est choisie en commun avec l'enseignant, selon le niveau de sa classe, le programme scolaire correspondant et les thèmes que celui-ci souhaite aborder avec sa classe.

Propositions de séances ateliers alimentation :

### **Séance 1 et 2 - 1h00**

#### **Les 5 sens dans la dégustation**

1. Déterminer les 5 sens et établir un tableau de la dégustation : activité de la langue de chat

Démontrer que la vue peut être une barrière sensorielle : activité du sirop de framboise, des confitures.

Un tableau des 5 sens pourra être affiché dans la classe, ce sera l'occasion pour les élèves de le compléter avec du vocabulaire, au fur et à mesure de leurs dégustations (pendant les séances B&C et hors séance)

2. Une dégustation comparative tournée autour des 5 sens. (fromage, yaourt, pain, fruit, jus). Une fiche dégustation sera remplie par les élèves à la fin de la séance.

L'objectif de ces ateliers de dégustation est de :

- Faire prendre conscience qu'on utilise ses 5 sens quand on goûte un aliment.
- Démontrer que le contact avec l'aliment se fait en 2 étapes : avant la consommation / pendant la consommation
- Enrichir son vocabulaire pour mieux communiquer

### **Séance 3 - 1h00**

- *Classes de CM1 + la classe de CM2 de Jules Guesde*

**L'étiquetage alimentaire** : présentation d'une étiquette, révision des groupes d'aliments, mise en pratique avec des emballages amenés par les élèves.

L'objectif est de donner des compétences pratiques qui peuvent être réutilisées dans la vie quotidienne (achat des courses,...)

- *Classes de CM2 de Léo Lagrange et Léon Marlot (ayant déjà suivi le projet en 2012)*

### **La balance énergétique**

Explication entre apport et dépense d'énergie au cours d'une journée, effets sur le corps. Cette séance permet de faire le lien entre la nutrition et la danse.

### **Séance 4 - 1h00**

- *Classes de CM1 + classe de CM2 de Jules Guesde*

### **Décryptage de publicités alimentaires.**

Cet atelier vise à développer l'esprit critique de l'enfant et à amener une prise de conscience de technique de marketing par la discussion.

- *Classes de CM2 de Léo Lagrange et Léon Marlot (ayant déjà suivi le projet en 2012)*

**Amener des échanges entre les élèves sur de multiples thèmes de l'alimentation** (le rôle de l'alimentation, la convivialité des repas, la composition du repas, le rythme alimentaire, l'activité physique en utilisant l'outil Vinz et Lou. Il s'agit de petites vidéos de 3 minutes qui mettent en situation un frère et une sœur.

Un rappel sur l'étiquetage est également envisageable.

### **Séance 5 - ½ journée**

#### **Atelier cuisine**

Manipulation à travers la confection d'une recette. Les parents sont invités à assister à l'atelier.

Lors des séances, nous parlons également de l'importance de prendre un petit-déjeuner, de sa composition ; en faisant le lien avec l'atelier danse contemporaine. Un message global est donné également sur l'hygiène de vie : le sommeil, l'activité physique..

## LES OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT

### La malle pédagogique

Afin d'avoir une approche complémentaire du projet, chaque école disposera d'une malle pédagogique constituée par la Médiathèque de Roubaix, contenant des ouvrages en lien avec les thématiques abordées dans le projet : la danse, l'alimentation, l'équilibre alimentaire, la cuisine, le spectacle vivant...

### Outils bibliographiques pour la danse disponibles à Danse à Lille/CDC

#### **Ouvrages**

- *La danse moderne, Carnets de danse*, La Compagnie Beau Geste, Editions Gallimard Jeunesse/Cité de la musique, nov.98 (livre + DVD)
- *La danse hip hop*, Carnets de danse, M.Christine Vernay, Editions Gallimard Jeunesse/Cité de la musique, nov.98 (livre + DVD)
- *La danse jazz*, Carnets de danse, Virginie Garandeau et Eliane Seguin, Editions Gallimard Jeunesse/Cité de la musique, oct.99 (livre + DVD)
- *La danse classique*, Carnets de danse, M.Françoise Bouchon & Nathalie Lecomte, Editions Gallimard Jeunesse/Cité de la musique, mai 99 (livre + DVD)
- *La danse au XXe siècle*, Marcelle Michel & Isabelle Ginot, Edition Bordas, août 95
- *Légendes de la danse*, Philippe Verièle, Editions Hors Collection, 2002
- *La danse contemporaine*, Dominique Frétard, Editions Cercle d'art, 2004
- *Panorama de la danse contemporaine*, Rosita Boisseau, Nouvelle édition, 2008

#### **Vidéos**

- *Le Jardin italien*, Cie TPO
- *Le Jardin japonais*, Cie TPO
- *Le jardin peint*, Cie TPO
- *Kippeç*, Cie Gilles Verièpe
- *Tricôté*, Cie Kafig, Mourad Merzouki
- *Une étincelle d'éternité*, Cie Eolipile, Lin Yuan Shang
- *Le cabaret dansé des vilains petits canards*, Cie Cas Public, Hélène Blackburn
- *A l'ombre des arbres*, Cie Félicette Chazerand
- *Le A de Léa*, Cie du nouveau jour, Sophie Girod
- *L'Amoureuse de Mr muscle*, Cie Kelemenis
- *Délicieuses et Figures libres*, Cie Nathalie Pernette

## **Sites internet - Thématique Alimentation et Santé**

*Interprofessions et Centres d'informations sur les aliments*

- **APRIFEL** (*Interprofession des fruits et légumes*) : <http://www.aprifel.com/>
- **INTERFEL** (*Interprofession des fruits et légumes*) : <http://www.interfel.com/>
- **CIDIL** (*Centre d'informations sur le lait et les produits laitiers*) : <http://www.cidilait.com/>
- **Observatoire du Pain** : <http://www.observatoiredupain.fr/>
- **CIEAU** (*Centre d'informations sur l'eau*) : <http://www.cieau.com/accueil.htm>
- **CEDUS** (*Centre d'informations sur le sucre et les produits sucrés*) : <http://www.lesucre.com/>
- **CIV** (*Centre d'informations sur les viandes*) : <http://www.civ-viande.org/index.html>

### **Communication, informations, documentation, outils**

- **INPES** (*Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé*) : <http://www.inpes.sante.fr/>
- **Manger, bouger** : <http://www.mangerbouger.fr/>
- **CERIN** (*Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles*) : <http://www.cerin.org/>
- **EPODE** (*Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants*) : <http://www.epode.fr/>
- **Villes actives PNNS** (*Plan National Nutrition Santé 1 et 2*) : <http://www.villeactivepnns.fr/>
- **Ville de Roubaix** : <http://www.ville-roubaix.fr/>
- **IFN** (*Institut Français pour la Nutrition*) : <http://www.ifn.asso.fr/>
- **OCHA** (*Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires*) : <http://www.lemangeur-ocha.com/>
- **CESG** (*Centre Européen des Sciences du Goût*) : <http://www.cesg.cnrs.fr/>
- **La Semaine du Goût** : <http://www.legout.com/home.php>

### **Banque d'images**

- **Epictura** : <http://www.epictura.fr/>
- **Fotolia** : <http://fr.fotolia.com/>
- **Photosearch** : <http://www.fotosearch.fr/>

### **Leaflets EPODE : (Disponibles au Service Santé)**

- « Vive l'eau ».
- « La saison a le goût du lait et des produits laitiers »
- « La saison a le goût des féculent ».
- « La saison a le goût des fruits »
- « La saison a le goût des légumes »
- « On bouge et on aime ça ! »
- « Le petit quizz de l'activité physique »
- « Vive la gourmandise »
- « Manger simple, sain et pas cher ? Ça se cuisine ! »
- « La santé ça commence à table ! »
- « Jouer, c'est déjà bouger ! »
- « Le poisson il a tout bon ! »

### **Dossiers pédagogiques EPODE : (Disponibles au Service Santé)**

- « Vive l'eau », cycle II et III.
- « La saison a le goût du lait et des produits laitiers », cycle II et III.
- « La saison a le goût des féculent », cycle II et III.
- « La saison a le goût des fruits », cycle II et III.
- « La saison a le goût des légumes », cycle II et III.
- « On bouge et on aime ça ! », cycle II et III.
- « Vive la gourmandise », cycle II et III.
- « Manger simple, sain et pas cher ? Ça se cuisine ! », cycle II et III.
- « La santé ça commence à table ! », cycle II et III.
- « Jouer, c'est déjà bouger ! », cycle I, II et III.
- « Le poisson il a tout bon ! », cycle I, II et III.

**Guides alimentaires PNNS : (Disponibles au Service Santé et sur le site de l'INPES)**

- « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous »
- « La santé vient en mangeant, le guide nutrition de la naissance à trois ans »
- « La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents »
- « J'aime manger, j'aime bouger, le guide nutrition pour les ados »
- « La santé vient en bougeant, le guide nutrition pour tous »
- « Pense-bête nutrition »

**Documents PNNS : (Disponibles au Service Santé et sur le site de l'INPES)**

- « 3 produits laitiers par jours ? Vive la variété ! »
- « Viande, poisson, œufs, 1 à 2 fois par jour c'est essentiel ! »
- « Au moins 5 fruits et légumes par jour sans effort ».
- « Les féculents un plaisir à chaque repas ».
- « Matières grasses, savoir les choisir et réduire sa consommation »
- « Limitez votre consommation de sucre tout en restant gourmand »
- « De l'eau sans modération »
- « Le sel, comment limiter sa consommation ? »
- « Bouger chaque jour, c'est bon pour la santé »

**Documents CERIN : (Disponibles au Service Santé et sur le site du CERIN)**

- «Petit-déjeuner, goûter, des repas vitalité ! »
- Livret « L'alimentation de l'enfant de 3-10 ans »
- Livre Résumé du Symposium sur « L'alimentation de l'enfant et de l'adolescent »

## **ANNEXES**

### Ateliers d'écriture de Sarah Kruszka pour l'Ecole Jules Guesde

#### Objectifs :

- Raconter un atelier et un spectacle
- Décrire la danse que je vis, que je vois
- Définir la danse
- Exprimer des sentiments

#### Supports :

- Le carnet de bord
- Extraits vidéo
- Extraits de textes
- Expérience des ateliers-spectacles

#### Démarches :

#### **Séance 1 : qu'est-ce que la danse ?**

Ecriture : tentative de définir la danse

Lecture de l'image : 3 extraits vidéo

Introduction : à l'oral et collectivement, poser la question suivante : « c'est quoi la danse? » en prenant, ou pas, note des réponses proposées.

Activité 1 : Visionner chaque extrait et collecter au tableau les descriptions des élèves. Ce qu'on peut attendre :

- Extrait danse classique (attention un solo fille) : danse classique, positions-pas-techniques académiques, fille, tutu, ballerine, chignon, spectacle, imaginaire...
- Danse contemporaine hors-scène (vidéo Carolyn Carlson Musée ou solo) : on danse partout, pas forcément de costume établi, pas la même technique, pas d'âge
- Le générique du film Footlose montre : la mixité (garçons/filles), les différentes styles (look vestimentaire et styles de danse), le travail sur le rythme et la musique. On débouche aussi sur l'idée qu'on danse dans la vie de tous les jours (bals, mariages, devant son miroir, en faisant la cuisine...)

Activité 2 : À l'écrit et individuellement, chacun répond à la question initiale « qu'est-ce que la danse? »

## **Séance 2 : Je fais quoi quand je danse ?**

Écriture : Décrire la danse que je vois et que je vis

Lecture de l'image : Extrait de Singing in the rain

Langue : Les verbes d'action, l'infinitif, le présent de l'indicatif, le champ lexical du corps

Oral : Décrire la danse que je vis et que je vois

Introduction : « Qu'avez-vous fait ce matin ? ». Les laisser s'exprimer chacun leur tour et noter au tableau les parties du corps citées (qui nourriront leur description en activité 2 et 3)

Activité 1 : Visionner une première fois l'extrait et demander aux élèves « que fait ce personnage? ».

Lister au tableau les verbes d'action proposés à l'infinitif.

Activité 2 : Écrire individuellement 1 phrase qui décrit une action du personnage, en utilisant un verbe d'action du tableau au présent. Interroger quelques élèves pour qu'ils lisent leur phrase à voix haute.

Activité 3 : Écrire individuellement 3 phrases au présent qui décrivent une action de l'atelier du matin.

## **Séance 3 : qu'est-ce que je ressens quand je danse, quand je vois la danse?**

Écriture : les sentiments, les sensations

Lecture de l'image : extrait de Rain ATDK

Langue : les synonymes, passer du nom à l'adjectif et inversement.

Oral : exprimer un sentiment personnel

Introduction : commencer par faire raconter le dernier atelier vécu par la classe.

Activité 1 : Poser la question suivante : « Qu'est-ce qui se passe dans votre cœur ou dans votre tête quand vous dansez ? ». Réponses à l'oral.

Lister alors les réponses proposées en séparant si besoin les sentiments des sensations, ou en séparant les noms communs des adjectifs pour ensuite trouver les correspondances.

Activité 2 : Chacun à l'écrit complète la phrase suivante « Quand je danse, je... » (faire un dessin pendant un temps libre pour illustrer sa phrase).

Activité 3 : Visionner extrait de Rain de 36'22 à 39'15. Question avant de lancer l'extrait : « A votre avis, qu'est-ce que ressentent ces danseurs quand ils dansent ? Vous pouvez en choisir un seul (fille ou garçon) ou considérer qu'ils forment un groupe tous ensemble. »

Sans passer à l'oral, chacun écrit son avis sur les sentiments de ces interprètes. Puis lecture de quelques exemples.

Activité 4 : Poser la question à l'oral : « Et vous qu'est-ce que vous ressentez quand vous les voyez danser ? »

#### **Séance 4 : est-ce que la danse raconte toujours une histoire ?**

Écriture : Écrire une histoire à partir d'une œuvre.

Lecture de l'image : Un tableau de Degas et un tableau de Matisse ou un Pollock.

Oral : Inventer une histoire à partir d'une œuvre.

Introduction : Un spectacle de danse peut parfois raconter une histoire (exemple des contes des ballets classiques ou des comédies musicales, ou du spectacle du Roi Penché). Parfois, le chorégraphe n'a pas choisi de raconter une histoire, il a juste envie de créer un univers (rappel Rain). D'autres artistes peuvent également choisir ou pas de raconter une histoire.

Activité 1 : un tableau de Degas et poser la question suivante : « Quelle histoire le peintre a-t-il bien voulu raconter ? ». Réponses individuelles à l'écrit + partage collectif. Même activité à l'oral avec un tableau de Matisse ou un Pollock. Conclusion : même si l'artiste ne semble pas raconter une histoire dans son œuvre, il est possible d'en inventer une.

Activité 2 : expliquer collectivement qu'en tant que spectateur également, on peut choisir d'inventer ou pas une histoire. Répondre individuellement et à l'écrit à cette question « S'il n'y a pas d'histoire, que cherche (regarde)-t-on dans un spectacle ? ». Les réponses attendues seront des éléments abstraits (couleurs, décors, costumes, mouvements (du pinceau ou des danseurs), musique, silence...). Noter en conclusion que ce qu'on regarde dans un spectacle sont les éléments les plus importants pour moi (et ce ne seront pas les mêmes que mon camarade).

#### **Séance 5 (évaluation) : ma trace du spectacle**

Écriture : raconter, décrire, et exprimer un sentiment.

Lecture de l'image : spectacle vivant pour jeune public.

Langue : les verbes d'action, le champ lexical du corps, exprimer un sentiment.

Oral : rassembler les souvenirs d'un spectacle.

Introduction : Quels sont vos souvenirs du spectacle ?

Activité : répondre à l'écrit à ces 4 questions en étant le plus précis et possible. 1- Quel est le moment du spectacle dont tu te souviens particulièrement ? 2- Décris ce moment le plus précisément possible. 3- Quel sentiment as-tu ressenti pendant le spectacle? (tu peux en avoir ressenti plusieurs) 4- As-tu une idée des sentiments qu'ont pu ressentir les interprètes ?

Pistes de poursuite pour les ateliers d'écriture de Sarah Kruszka pour les écoles Léon Marlot et Léo Lagrange

#### **1. Danser partout et toujours (histoire de la danse)**

Il s'agit d'amener les élèves à comprendre que la danse existe depuis toujours, à travers le monde, et se pratique de multiples façons et pour de multiples raisons.

Activité proposée : A partir des œuvres, les élèves pourront trouver des éléments de réponses aux questions suivantes « Où danse-t-on ? quand ? avec qui ? pourquoi ? »

## **2. Les costumes : Du tutu au tout nu (les styles de danse)**

Il s'agit de traverser des périodes d'histoire de la danse en s'appuyant sur des photographies de costumes. À travers cette évolution « vestimentaire », les différents styles de danse seront ainsi évoqués et définis.

Activité proposée : À partir des photographies présentées aux élèves, ceux-ci devront les associer aux différents styles de danse en justifiant leur réponse par des éléments d'observation. Dans un second temps, ils pourraient choisir un costume en justifiant leur préférence.

## **3. Ecrire la danse**

À partir de citations et d'extraits vidéos, les élèves vont découvrir une œuvre, *L'après-midi D'un Faune de Nijinski*, mais aussi distinguer les différents statuts de chorégraphe, danseur interprète et spectateur. Il s'agit d'établir un lien évident entre la danse et L'écriture.

Activités proposées :

- a) Jeu d'association. Les élèves devront classer les citations en choisissant si elles ont été écrites par un chorégraphe, un danseur interprète, ou un spectateur.
- b) Jeu de rôles. À partir d'un autre extrait vidéo, et/ou à partir du spectacle vivant programmé, les élèves doivent à leur tour écrire une phrase en se mettant dans la peau du chorégraphe, du danseur, et du spectateur.

## **4. L'expression des émotions**

## **Angel COSTA**

*Directeur*

## **Florence WEXTEEN**

*Diététicienne*

[www.apesal.fr](http://www.apesal.fr)

Je représente **L'APESAL** « Association de Prévention et d'Education Sanitaire - Action Locale » est une association loi 1901 qui œuvre depuis 1985 dans le département du Nord.

Elle a pour objet la coordination et la réalisation d'actions en matière de prévention de la santé, d'éducation sanitaire, de dépistage et de suivi, en faveur de l'enfant afin de lui éviter tout handicap pouvant mettre en péril sa scolarité et son avenir. Reconnue pour ses actions de dépistage précoce dans les domaines visuel, auditif, langagier et bucco-dentaire auprès des jeunes enfants des écoles maternelles et primaires, l'APESAL est née d'une coordination entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille, le service de Protection Maternelle et Infantile, et la Mutualité.

Près de 100 000 dépistages sont réalisés chaque année dans le département du Nord.

Aujourd'hui, l'Agence Régionale de Santé (ARS), principal financeur de l'association, souligne la dimension régionale qu'elle souhaite impulser à APESAL.

### **Repérage du risque ultérieur d'obésité**

L'action d'APESAL, concernant le repérage du risque ultérieur d'obésité, a débuté à titre expérimental en 2011.

A l'époque, ce thème avait été choisi car, en France, selon l'USEN (Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle), la prévalence du surpoids des enfants était de 18%. Celle de l'obésité infantile de 4%, selon les mêmes sources. Notre Région Nord-Pas de Calais, selon plusieurs études épidémiologiques, semble la plus touchée par cette épidémie. Cette même prévalence était de 16,7% d'après une enquête réalisée auprès d'enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2005-2006.

Les résultats de l'étude Obépi 2009 montrait que cette maladie était déjà en augmentation exponentielle depuis une dizaine d'année (augmentation de 51,9% depuis 1997).

Aujourd'hui, la situation est plus préoccupante, on constate qu'on devient obèse de plus en plus tôt. Enfin, la répartition géographique de la maladie est en rapport avec le niveau socio-économique de la population. Les régions les plus touchées sont celles dont le chômage est le plus élevé.

Ce constat a été vérifié par l'expérimentation qui a été menée sur quelques communes de la CPAM des Flandres.

## **Qu'est-ce que le risque ultérieur d'obésité ?**

Face à la balance énergétique, nous ne sommes pas tous égaux. Certaines personnes prennent plus facilement du poids que d'autres. À l'heure actuelle, nous pouvons repérer ces personnes dès l'enfance, en regardant, non pas leur poids et leur taille à un seul moment, mais en regardant l'évolution de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) au cours du temps.

Cet indice est replacé sur des Courbes de références, à plusieurs dates clés de la vie de l'enfant. Si on constate, sur la courbe obtenue, une inversion vers le haut (écart significatif, changement de couloirs), l'enfant sera classé « à statut pondéral normal mais à risque ultérieur d'obésité » car cela montre que l'enfant est exposé à prendre du poids facilement.

### **Objectifs visés :**

- S'assurer d'un suivi effectif visant à stabiliser, voire diminuer, l'IMC de 50% des enfants normaux pondéraux à risque ultérieur d'obésité sur une durée de 2 ans.
- S'assurer d'une possible prise en charge des enfants obèses et insuffisants pondéraux par les médecins traitants et les réseaux existants.

### **Déroulement de l'action**

L'Apesal, avec la collaboration des services de PMI, a obtenu l'accord de l'Inspection Académique pour intervenir en milieu scolaire.

Les parents des enfants sont informés, en amont, de l'action qui va être menée. Ils sont invités à apporter, à partir d'une fiche de renseignements, les éléments nécessaires à l'élaboration de la courbe de corpulence de leur enfant (poids, taille à la naissance, à 8 jours, à 9 mois et 24 mois).

Par là même, ils donnent leur autorisation à l'évaluation par APESAL du statut pondéral de leur enfant.

C'est un professionnel de santé, salarié de l'association (diététicienne ou infirmière) qui effectue les mesures. Son intervention consiste à :

- Repérer précocement, à l'âge de 4 ans, les enfants normaux pondéraux à risque ultérieur d'obésité et les enfants obèses.
- Proposer une prise en charge accessible et adaptée à la totalité de ces enfants en s'appuyant sur une dynamique locale.
- S'assurer d'un suivi effectif visant à stabiliser (voire diminuer) l'IMC de 50% de ces enfants sur une durée de deux ans.
- S'assurer d'une possible prise en charge, organisée par les médecins traitants et les réseaux existants.

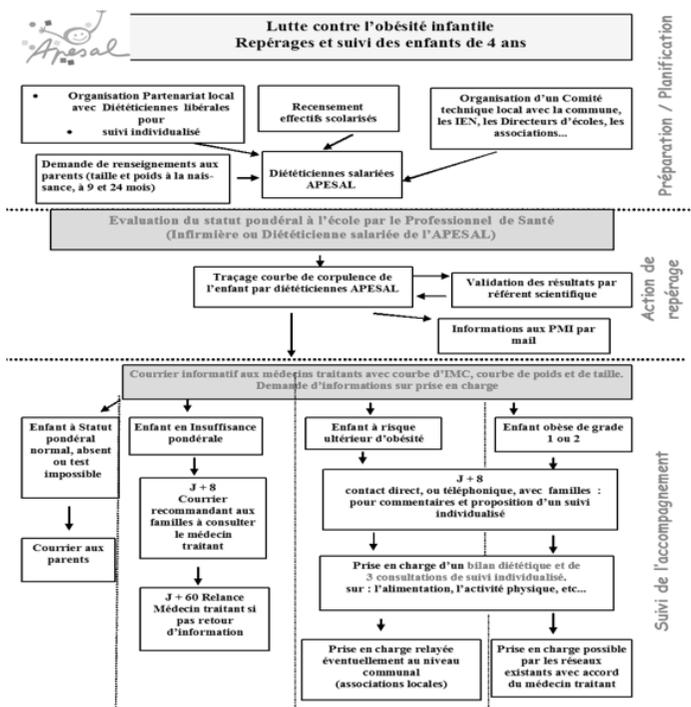
## Déroulement du repérage en milieu scolaire :

- Le courrier d'information et la fiche de renseignements sont donnés aux parents par le biais des enseignants. La fiche permet de nous renseigner sur les poids et taille des enfants à la naissance, à 8 jours, à 9 mois, à 2 ans.
- Le professionnel de santé récupère les fiches de renseignements au sein de l'école. Il pèse et mesure les enfants.
- Par la suite il trace les courbes de poids, taille et IMC. Grâce à celles-ci on peut évaluer le statut pondéral de l'enfant.

## Prise en charge et suivi :

Pour les enfants que l'on repère à risque ultérieur d'obésité ou en obésité avérée, nous proposons aux familles un accompagnement diététique gratuit. Ils peuvent bénéficier d'un premier bilan d'une heure puis de 3 consultations de suivi, tous les 2 à 3 mois réalisés par des diététiciens hospitaliers ou libéraux.

Nous essayons également de créer une dynamique locale dans chaque ville où l'on intervient afin de proposer aux familles des activités physiques possibles dès l'âge de 4 ans.



## DEPISTAGE DE L'OBESITE CHEZ LES PETITS

### **Docteur REQUILLART**

*Pédiatre*

Il y aura peut-être quelques redondances avec le sujet précédent, car le rôle des pédiatres c'est bien sûr aussi de faire de la prévention, mais vous le dites, nous travaillons tous ensemble.

Je fais partie, de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, une association nationale, qui compte environ 1400 pédiatres libéraux à travers la France. Cette association s'est fait connaître en organisant les journées nationales de dépistage de l'obésité infantile, qui ont eu lieu de 2005 à 2008 et qui ont, je crois, vraiment permis de parler de ce sujet et de le mettre en valeur.

Il y a deux types de consultations pour un pédiatre libéral.

La consultation la plus fréquente chez les enfants est la consultation de suivi, où les courbes de poids, taille et IMC sont notées dans le carnet de santé et montrées aux parents sur ordinateur. Cela est pour eux, beaucoup plus parlant que de voir des chiffres.

Je demande aux parents de remplir eux-mêmes les courbes sur le carnet de santé, cela leur permet de mieux prendre conscience de la prise de poids excessive, qui est le fameux rebond précoce d'adiposité, qui a lieu normalement à partir de 6 ans. Au plus le rebond est précoce, au plus le risque d'obésité ultérieure est important.

« Parce qu'au début, cela ne se voit pas », c'était le slogan des journées de dépistage de l'obésité infantile. Nous souhaitons vraiment faire passer ce message : chez un enfant de 2 ans ou 3 ans, ce n'est pas évident du tout, il faut peser, mesurer et faire le calcul.

Parfois, les parents viennent directement nous voir ou sont envoyés par leur médecin, pour une prise en charge de l'obésité et là, c'est beaucoup plus difficile à prendre en charge. Nous faisons alors une évaluation du cadre de vie, la parentalité, les activités physiques, les choses dont nous avons déjà bien parlé aujourd'hui.

Personnellement, je demande à remplir un cahier alimentaire pendant 1, voire 3 jours, puis je propose de se revoir pour en discuter.

Je propose une consultation avec une diététicienne mais c'est loin d'être facilement accepté, certains parents sont demandeurs, mais d'autres estiment que cela n'a pas beaucoup d'utilité.

Je vais vous passer quelques diapositives. Sur la première, vous verrez les courbes d'un enfant montrant un premier pic d'augmentation de l'IMC à 6 ans, il a pris 7 kilos en 13 mois, il n'était pas bien depuis la naissance de son petit frère et de la reprise du travail de sa maman. Il a même été pris en charge au CMP. Il a été mieux pendant quelques temps puis cela a repris, car sa maman elle-même était déprimée. Tout cela pour vous montrer que la nutrition est loin d'être le seul facteur d'augmentation de l'obésité, il faut aussi prendre l'enfant dans sa globalité.

La deuxième diapositive montre les courbes de poids de sa sœur jumelle, qui elle, a réagi tout à fait différemment à la dépression de sa maman et qui nous montre que nous sommes tous différents.

Ici, nous avons une maman qui a des antécédents de surpoids. On avait déjà noté chez l'enfant une prise de poids excessive à 2 ans, puis arrivé en obésité de type 1 puis de type 2 à l'âge de 4 ans.

En posant des questions de nutrition simples, nous constatons des erreurs alimentaires flagrantes : 4 Kinders par jour, des viennoiseries au goûter, trop de viande, visiblement pas assez d'activité extérieure et puis déjà, 2 heures de télévision par jour à 2 ans, c'est considérable.

Beaucoup d'erreurs alimentaires ont été actées. Nous essayons de faire prendre conscience que tous ces aliments ne sont pas forcément utiles à 2 ans.

Le message doit être cohérent mais il est difficile à entendre et à mettre en pratique.

Il y a aussi des parents obèses, très motivés par la prévention. Malgré leurs bonnes intentions, nous constatons qu'à 4 ans et demi, l'enfant est déjà en obésité de type 1.

Une autre diapositive montre un exemple de parents en surpoids. À 3 ans et demi, l'enfant a déjà un ordinateur, il y a 4 télévisions dans la maison, dont une dans sa chambre, une télévision ouverte toute la journée dans le salon...

La suivante montre une petite fille de 6 ans avec de mauvaises habitudes alimentaires, revue 2 mois après, sans aucun changement des habitudes.

Puis, un exemple de prise de poids excessive entre 4 et 6 ans. Je fais remarquer à la maman que la courbe augmente mais la maman trouve que sa fille ne fait pas du tout partie des enfants à risques et n'est pas du tout d'accord avec mon discours.

Vous voyez, parfois, que ces pics de prises de poids excessives arrivent très tôt dans la vie d'un enfant.

Les grands parents doivent être également sensibles à l'équilibre alimentaire. Ils ont un rôle important à jouer. Quand des enfants prennent 3 ou 4 repas par semaine chez leurs grands-parents, et si ceux-ci ne jouent pas le jeu, c'est difficile car ce sont des acteurs importants dans la vie du jeune enfant.

Les erreurs alimentaires les plus fréquentes : quantité de lait, de viande trop importante, le grignotage, les boissons sucrées.

Les mesures prises en cas de prise de poids excessive : cahier alimentaire, supprimer ce qui est inutile, pas de régime, distribuer la brochure du PNNS et celle de l'association Rest'0, bilan de l'activité physique à la maison, limiter le temps passé devant un écran...

La fréquence des consultations lorsqu'il y a une prise de poids excessive : le suivi normal chez le médecin, c'est deux consultations par an entre 2 et 6 ans et une, à partir de 6 ans jusqu'à la puberté mais, en cas de problème de surpoids, il faut se revoir beaucoup plus rapidement et surtout expliquer aux parents et à l'enfant son potentiel de croissance en taille.

L'objectif est de faire ralentir la courbe de corpulence. Cela fait partie des recommandations HAS.

Quand les conseils ne sont pas suivis d'effets, on ressent un certain malaise de la part des parents, de l'enfant et du médecin. C'est dur, aussi bien pour le médecin que pour les parents.

Il faut vraiment aider les parents à décrypter tous les pièges de la société moderne et apprendre à l'enfant à gérer son autonomie, car la tentation est grande quand l'enfant rentre chez lui et qu'il est seul.

Est-ce que nos conseils sont trop intrusifs ? Grands parents insensibles au discours nutritionnel ? Que fait l'Education Nationale ? Il y a beaucoup d'amélioration mais l'on peut encore mieux faire.

Je dois dire que j'ai été très impressionné par les diapositives présentées par VIF sur l'activité physique à l'école, c'est vraiment une très bonne idée.

Et puis il y a le paradoxe de la société. Nous sommes dans une société où nous avons un indice de consommation qui ne fait qu'augmenter avec une inégalité flagrante entre le budget de prévention (INPES) et les budgets de publicité des sociétés agroalimentaires (200 fois plus élevé).

En conclusion, la grande humilité du soignant face à la prévention de l'obésité infantile impose les raisons de travailler tous ensemble. Tout ne se résume pas à des conseils diététiques, ce serait trop simple. Le programme est beaucoup plus global du rapport à la nourriture. Pourquoi mange-t-on ? Il faut aussi savoir se poser la question. Par ailleurs, la prise en charge est difficile en cas d'antécédent familial de surpoids.

## PRESENTATION DU RESEAU DIABHAINAUT

### **Caroline ALLION**

*Diététicienne*

Le Réseau Diabhainaut, association de loi 1901, créé en 2001, est un réseau ville-hôpital. Il a pour mission principale de contribuer à la prévention et à l'amélioration de la prise en charge de maladies chroniques (diabète de type 2, obésité adulte, obésité enfant, suivi après un diabète gestationnel, HTA,...) dans le Valenciennois.

Les objectifs du réseau sont de développer des prises en charge éducatives globales et de proximité, d'améliorer le suivi des patients dits complexes ainsi que la coordination du parcours de santé, et enfin, d'optimiser les compétences des professionnels de santé.

Le réseau Diabhainaut intervient sur l'ensemble du Valenciennois, avec quatre antennes : Anzin (siège du réseau), le Denaisis, les portes de l'Avesnois (Le Quesnoy), Condé-sur-l'Escaut.

Dans le cadre de la campagne de dépistage de la rétinopathie diabétique, le réseau Diabhainaut couvre le secteur du Valenciennois, de l'Avesnois, et le Cambrésis.

Depuis 2005, c'est grâce au partenariat mis en place avec le réseau régional OSEAN (Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte dans le Nord-Pas-de-Calais), piloté par le Professeur Monique ROMON, que le réseau Diabhainaut propose une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité de l'adulte et de l'enfant.

### Parcours éducatif du patient

Les patients peuvent être orientés vers le réseau par tout professionnel de santé mais c'est le médecin traitant qui validera ou non son adhésion et la coordination de son parcours de santé (Plan Personnalisé de Soins et Formulaire d'adhésion signés).

En effet, le médecin traitant, initiateur de la prise en charge, complète et signe le Plan Personnalisé de Soins, document sur lequel il précise les activités qu'il juge utiles que réalise son patient dans le cadre du réseau, ainsi que toutes les informations médicales et autres informations qu'il estime importantes de nous faire savoir pour organiser au mieux le parcours de son patient.

Une fois l'adhésion validée, le Bilan Educatif Partagé (BEP) ou Diagnostic Educatif est ensuite réalisé. Cet entretien complète et finalise le Plan Personnalisé de Santé, qui est alors transmis pour validation au médecin traitant.

Ce premier entretien a pour but d'identifier, pour chaque patient nouvellement adhérent, les besoins, les attentes et les difficultés de ce dernier et de convenir ensemble d'un contrat éducatif personnalisé au regard duquel est planifié le parcours au sein du réseau.

Les patients ont ainsi la possibilité d'intégrer différents cycles d'éducation.

Pour les enfants, nous proposons un programme spécifique composé de 12 séances hebdomadaires.

Dans le cadre de cette prise en charge, l'enfant (ou l'adolescent) et sa famille sont d'abord reçus en consultation individuelle pluridisciplinaire pour réaliser le bilan éducatif partagé, au cours duquel seront évoqués l'histoire du surpoids, les habitudes alimentaires, l'activité physique, le contexte socio-économique, la dynamique familiale, le degré de motivation de l'enfant et de ses parents. Il a donc pour intérêt de repérer l'ensemble des ressources et des points de vigilance de chaque enfant, ceci dans le but d'optimiser la réussite de la prise en charge.

Un entretien complémentaire, qui fait suite au bilan éducatif partagé, est proposé de manière systématique juste avant l'intégration à un cycle dans le but de s'assurer de la motivation et de l'adhésion de l'ensemble de la famille.

### Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent

Le programme de prise en charge de l'obésité de l'enfant a pour spécificité de combiner, comme pour les adultes, l'approche thérapeutique d'une diététicienne, d'un éducateur médico-sportif et d'un psychologue. En revanche, ce qui diffère est la présence du trinôme à chaque séance tout au long des 12 séances du cycle. L'articulation des 3 intervenants permet de varier les rythmes et les contenus pédagogiques, et de maintenir ainsi le niveau d'attention.

L'autre spécificité est d'inscrire le programme dans le cadre d'un projet familial car l'investissement de la famille est primordial pour engager le processus de réussite, en évitant l'exclusion de l'enfant du fonctionnement alimentaire familial. C'est la raison pour laquelle le programme se compose de séances dévolues aux enfants, de séances dévolues aux parents et de séances communes enfants/parents.

Ce programme s'adresse aux enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans et à leur famille. La structuration du programme s'articule autour de 12 séances hebdomadaires de 2 heures pour les enfants ou adolescents et, en parallèle, 7 à 8 séances pour les parents dont l'investissement est primordial pour permettre la réussite du programme.

**Sachant que, même si le programme est pré-structuré autour d'un nombre déterminé de séances, pour chaque intervenant, le programme n'est pas figé et est adapté et modulé pour chaque groupe en fonction des besoins et attentes des participants.**

Les objectifs de ce programme sont triples. Il s'agit :

- D'apprendre à varier et à équilibrer son alimentation au quotidien,
- De modifier son comportement alimentaire, notamment en étant à l'écoute de ses sensations corporelles de faim et de rassasiement et en mieux gérant les envies de manger,
- De retrouver le plaisir de bouger.

L'objectif final du programme est de grandir sans grossir, c'est-à-dire de permettre une baisse de l'Indice de Masse Corporelle, en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui sont, rappelons-le, chez l'enfant en cours de croissance, de stabiliser le poids ou de ralentir la prise de poids et, chez l'adolescent, de stabiliser le poids ou d'en perdre très progressivement.

### **Séances dévolues aux enfants**

Le programme débute systématiquement par une séance de présentation au travers de différents jeux. Les enfants font ainsi connaissance et s'approprient les règles de fonctionnement du groupe (respect des personnes, absence de jugement, respect de la confidentialité...).

Toutes les notions sont abordées auprès des enfants de façon ludique avec une adaptation des outils en fonction de l'âge de l'enfant.

- Sur le plan diététique, les enfants ont l'occasion de découvrir l'importance d'une alimentation saine et variée, d'aborder les recommandations nutritionnelles officielles et d'intégrer l'importance des notions de plaisir (pas d'aliments interdits) et de convivialité.
- Le travail avec la psychologue permet tout d'abord aux enfants d'être plus à l'écoute de leurs sensations corporelles (faim, rassasiement, envies) et donc d'être plus autonomes dans leur comportement alimentaire.

Par ailleurs, le rôle du psychologue est également transversal à la prise en charge proposée.

En effet, il est présent à toutes les séances en tant qu'observateur, afin d'étudier les réactions des enfants et les interactions sociales entre eux au sein du groupe, mais aussi les relations enfants-parents.

De plus, dans le but de compléter le travail réalisé au cours du cycle par le psychologue sur l'estime de soi et l'image de soi, souvent très affectées, y compris chez les enfants, une séance co-animée par le psychologue et une socio-esthéticienne a été récemment mise en place à l'issue du programme. Cette séance, actuellement davantage destinée aux adolescents, a pour but d'aborder les difficultés rencontrées sur ces thématiques (tenues vestimentaires...). Ce travail nécessiterait bien entendu un temps beaucoup plus long.

C'est pourquoi, un partenariat avec un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel a été récemment mis en place (mars 2013), permettant d'accueillir, dans une démarche collective, les adolescents souffrant de cette problématique. Actuellement, 3 adolescents adhérents au réseau sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue, psychomotricienne, infirmière, éducateur). Néanmoins, nous n'avons pas encore suffisamment de recul pour exploiter l'efficacité de cette prise en charge mais une rencontre est prévue courant juillet 2013.

Grâce aux séances d'activité physique adaptée proposées par l'éducateur médico-sportif, les enfants redécouvrent le plaisir de bouger et reprennent confiance en leurs capacités (renforcement positif utilisé tout au long des séances). Ils parviennent à comprendre que bouger n'est pas forcément synonyme de sport, ce qui est rassurant et les encourage à poursuivre leurs efforts à l'issue du cycle. Ces séances permettent également aux enfants de découvrir de nouvelles activités sportives qui leur étaient jusqu'alors inconnues. Globalement, à l'issue du cycle, chacun tente de trouver des solutions pour bouger davantage, par exemple à travers des activités familiales.

### **Séances dévolues aux parents**

En Diététique, le contenu pédagogique est identique à celui des séances enfants, ce qui permet de renforcer la cohérence du programme.

Les temps d'échange sont favorisés pour faire évoluer les représentations et les pratiques des parents : **alimentation équilibrée régime**, pas de pesées d'aliments, **pas d'aliments interdits/aliments autorisés**, représentations qui auraient pour conséquence de renforcer le sentiment de privation et/ou de restriction.

Dès le début du programme, sont ainsi abordés le cercle vicieux de la restriction cognitive, et donc l'importance du plaisir de manger.

Des repères concrets (en lien avec le Programme National Nutrition Santé) sont également donnés pour aider les parents à avoir une alimentation plus variée et à mieux équilibrer les repas.

De la même façon, en Thérapie Cognitivo-comportementale (TECC), les séances reprennent les mêmes notions que celles abordées avec les enfants pour renforcer la cohésion familiale et favoriser ainsi les changements.

De plus, les séances permettent d'aborder, selon les attentes et les besoins, différents thèmes tels que la parentalité, la gestion des conflits... En effet, notre objectif est également de soutenir les parents face aux difficultés rencontrées dans la communication avec leurs enfants, qui sont récurrentes. La résolution de problème est alors utilisée pour les amener à trouver des solutions. Des habiletés de communication sont notamment travaillées avec les parents dans le but de renforcer la communication avec leur enfant.

### **Séances communes parents-enfants**

2 séances communes ont lieu de manière systématique au cours du cycle dans le but de renforcer la cohésion entre l'enfant et son/ses parent(s) et d'harmoniser leurs connaissances réciproques. Ces séances sont également souvent l'occasion pour le parent de donner du poids à la parole de l'enfant.

Au cours de ces séances, l'analyse sensorielle est également travaillée afin que les enfants et les parents prennent conscience de l'importance de goûter tous les aliments pour pouvoir définir leurs goûts alimentaires.

Une séance de dégustation permet de comprendre l'intérêt des 5 sens dans le comportement alimentaire. Cette séance est également l'occasion de rappeler certains principes éducatifs, comme l'importance de prendre le temps de manger dans de bonnes conditions.

Les séances communes permettent aussi de positionner le projet familial en activité physique dans le but d'augmenter la pratique familiale.

### **Les outils pédagogiques :**

Un outil commun aux trois disciplines a été mis en place : un jeu en équipe sous forme d'un semainier sur lequel il est demandé d'inscrire la consommation de fruits et légumes, mais aussi de faire apparaître les envies de manger ainsi que les temps d'activité physique effectués.

Parallèlement, il existe également des outils spécifiques à chaque discipline :

### En diététique :

- Un jeu, type « **jeu de l'oie** » pour repérer les représentations et connaissances en matière d'alimentation. Afin de rendre la séance de jeu plus dynamique, des défis sportifs ont été ajoutés en cas de mauvaises réponses.

Ce jeu est généralement utilisé en début de cycle pour adapter le contenu du programme en fonction des besoins repérés.

- La découverte des 7 familles d'aliments se fait grâce à un **jeu de cartes d'aliments** et l'utilisation du **code couleur** universel. Pour illustrer le rôle de chaque famille, un **set de marionnettes** a été créé facilitant ainsi la mémorisation du rôle de chaque famille d'aliments (par exemple, la famille des produits laitiers est représentée par la couleur bleue claire et est illustrée par « Mr Squelettocosto », mettant en évidence le rôle du calcium).
- La découverte des aliments riches en graisses cachées et/ou en sucre, appelés « aliments plaisir » se fait également à l'aide d'une marionnette, « Monsieur Régalo ».

Notons qu'initialement, au moment de la conception du programme, cette marionnette portait le nom de « Monsieur Vazymolo » et était représenté par l'image d'un gendarme. Il ne s'agissait en aucun cas de diaboliser ces aliments et de créer une restriction envers ceux-ci, mais plutôt d'amener l'enfant à comprendre pourquoi il est important de réduire leurs quantités et leurs fréquences de consommation, tout en insistant sur l'importance du plaisir que procurent ces aliments.

Or, grâce aux études réalisées par les internes du réseau OSEAN, nous avons pu remarquer que cette notion « d'aliments Vazymolo » confortait un certain degré de restriction alimentaire. Nous avons ainsi fait remplacer cette appellation au profit des « aliments Régalo ». Rappelons en effet que, selon les recommandations de la HAS, « il est recommandé de n'interdire aucun aliment. En effet, les interdictions alimentaires peuvent induire ou renforcer un phénomène de restriction cognitive ». Par ailleurs, il est important de rappeler la triple fonction de l'alimentation : énergétique et nutritionnelle, symbolique (psychologique, relationnel et émotionnel) et hédonique, notion totalement occultée en cas de régime restrictif !

- Des **aliments factices** permettent d'aborder la notion d'équilibre alimentaire à travers la création de **sets de tables** faisant apparaître les codes couleurs des familles d'aliments.
- En fonction des groupes et de la nécessité, une séance supplémentaire peut être proposée pour aider les enfants à augmenter leur consommation de fruits et légumes, à travers des **jeux de dégustation** ainsi qu'un **jeu de mémo** (pour les plus jeunes) dans le but de faire découvrir l'étendue de cette famille.

### En Thérapie Cognitivo-comportementale :

- Les notions de faim, de rassasiement et d'envies de manger sont abordées grâce à **jeu de société** (type jeu de l'oie) basé sur des questions/réponses dont l'objectif est de susciter la réflexion et le questionnement chez les adolescents.

Chez les enfants, ces notions sont abordées grâce à un **spectacle de marionnettes** (ex : « Mme Faim », « M. Jétromanger », « Melle Jemennuie »...). Une **bande dessinée** a également été créée en complément du spectacle pour aborder ces notions en famille.

- Le repérage des différentes envies de manger se fait par l'utilisation d'un jeu d'**images** et de **photos**, et leur gestion, à travers la technique de la résolution de problèmes, basée sur la recherche d'activités possibles à mettre en place pour réduire ces envies émotionnelles et sur une réflexion de l'efficacité des solutions proposées.

#### En Activité Physique Adaptée :

- Les **exercices d'échauffement, d'étirement**, mais aussi la **lutte ludique** (lutte avec utilisation de pince à linge) permettent aux enfants de prendre conscience de leur corps, c'est-à-dire de découvrir ou redécouvrir toutes les parties du corps qui vont être mobilisées tout au long des séances.
- Des **parcours moteurs** dans lesquels est intégrée la cécimotricité (parcours aveugle) permettent aux enfants d'enrichir leur motricité grâce à un enchaînement de tâches et de gagner dans la fluidité de leurs déplacements.
- Des **activités physique collectives** (telle que la thèque) favorisent la réussite ; l'enfant pourra alors développer son esprit d'équipe et le plaisir d'élaborer des stratégies collégiales.
- Un **biathlon adapté** (phase de marche ou de course adaptée enchaînée avec plusieurs tirs) apprend le sens de l'effort, capacité qui sera mise en exergue avec du tir à la sarbacane.
- La découverte des **arts du cirque** favorise l'expression corporelle et permet une meilleure appropriation du corps, pouvant jouer un rôle sur l'image de soi.

#### Suivi :

Concernant le suivi et l'évaluation du parcours éducatif, deux consultations individuelles ont été prévues :

- Un bilan réalisé à l'issue des 12 séances (=V3mois)
- Un bilan réalisé 6 mois après la fin du cycle (=V9mois)

Lors de ces bilans, sont évoqués les changements d'habitudes de vie et les difficultés rencontrées à la mise en place de changements. L'indice de masse corporelle est également recalculé.

Ces rencontres sont aussi l'occasion d'envisager d'éventuelles orientations possibles vers nos partenaires (structures relais, professionnels de santé) en fonction des difficultés, besoins et attentes de chaque famille.

Par ailleurs, le réseau Diabhainaut travaille à l'optimisation du lien avec le médecin traitant dans le cadre d'un suivi post-cycle pour renforcer l'efficacité du programme et favoriser la pérennité des changements de comportements.

A ce titre, deux internes de médecine du réseau OSEAN, en stage au réseau Diabhainaut, ont pu rencontrer une vingtaine de médecins généralistes au cours de ce premier semestre. Ces rencontres avaient pour but d'échanger sur la prise en charge proposée par le réseau, et notamment sur le programme de prise en charge des enfants et/ou adolescents obèses, et sur la qualité de l'échange d'informations entre le réseau et les médecins traitants. Ces temps d'échange ont également permis de recueillir leurs remarques et suggestions sur le suivi proposé à l'issue du parcours éducatif.

Cette étude s'est révélée très intéressante. Les médecins traitants se sont montrés tous très favorables à l'action du réseau, et apprécient l'aide qu'il leur apporte. Ils sont tous d'accord pour participer davantage au suivi des jeunes patients en instaurant, par exemple, de façon systématique une consultation 3 mois après la fin du cycle d'éducation thérapeutique. Par ailleurs, à leur demande, un document de synthèse reprenant les messages clés transmis au cours du programme a été conçu pour les aider à renforcer notre discours. Une courbe de suivi de l'IMC personnalisée au rythme du suivi du réseau a également été créée.

#### Evaluation :

Initialement, l'évaluation de notre programme était avant tout qualitative et très peu centrée sur le patient. Au fil des années, les documents d'évaluation ont été modifiés, de manière à pouvoir également évaluer le programme sur le plan quantitatif et à axer davantage l'évaluation sur l'évolution des comportements.

#### En diététique :

Lors de l'adhésion, chaque enfant remplit un questionnaire sur les habitudes alimentaires (reprenant les différentes familles d'aliments). Ces questionnaires sont, de nouveau, complétés lors du bilan de fin de cycle (V3mois) et du bilan à 9 mois.

Le questionnaire sur les habitudes alimentaires consiste en une grille cotée sur un total de 31 points qui permet d'évaluer les habitudes alimentaires des enfants pour chacune des 7 familles d'aliments officielles, en s'appuyant sur les recommandations du Plan National Nutrition Santé. Plus le score tend vers 31, plus les habitudes alimentaires se rapprochent de ces recommandations. En 2012, à l'issue des 12 séances du programme, les chiffres mettent en évidence la mise en place de changements alimentaires en faveur d'une alimentation équilibrée (**augmentation de 6,8 points entre le début du cycle et la fin du cycle**). Par ailleurs, on observe une évolution favorable des habitudes pour chaque famille

#### En Thérapie Cognitivo-comportementale :

Le comportement alimentaire est évalué grâce un auto-questionnaire au regard de trois dimensions : la perception des sensations de faim, la gestion des envies et la sensation de rassasiement. Ces dimensions sont évaluées avant le cycle, à 3 mois (à l'issue du cycle) et à 9 mois. Concernant **les sensations de faim**, 70% des enfants déclarent percevoir et respecter ces sensations au démarrage du programme contre 85% à l'issue du cycle, chiffre qui se maintient à 9 mois. Au démarrage du programme, 19,5% des enfants déclarent parvenir à gérer les **envies de manger** (liées à des émotions positives ou négatives), contre 44% à l'issue du cycle et 82% à 9 mois. Le respect de la sensation de **rassasiement** est évalué à partir d'une grille de changement des habitudes. À 3 mois, 50% des enfants déclarent respecter cette notion, contre 68,5% à 9 mois.

### En Activité Physique Adaptée :

Concernant l'activité physique, un auto-questionnaire est également complété lors de l'adhésion et lors des bilans à 3 et 9 mois après le cycle. Une grille de cotation permet d'évaluer de manière précise et exploitable les changements mis en place concernant la pratique d'activité physique et la sédentarité à partir des critères suivants : Pratique de l'activité physique à l'école / Activité physique > 30mn/jr / Temps d'écran (< 2h/jour). Lors de l'adhésion 9,8% des enfants atteignent ces critères, contre 29,3% à l'issue du cycle et 58,5% 6 mois après le cycle. Cette amélioration permet par conséquent de mettre en valeur le travail réalisé avec les parents pour intégrer la pratique de l'activité physique comme habitude de vie au sein de la cellule familiale.

### Auto-évaluation :

Depuis septembre 2011, un document d'auto-évaluation intitulé « Mon parcours au réseau Diabhainaut » est remis à chaque enfant. Ce document est complété dans un premier temps au moment du diagnostic éducatif complémentaire (entretien individuel précédant l'intégration de l'enfant au cycle de 12 séances). L'enfant y indique alors ses attentes par rapport au programme. Ce document d'auto-évaluation est ensuite complété par l'enfant lui-même à la moitié et la fin du cycle (avec l'aide éventuelle des professionnels de santé) et a pour but d'aider chaque enfant à repérer et à évaluer les changements mis en place pendant le cycle, en termes d'habitudes alimentaires, de comportement alimentaire et d'activité physique, mais aussi à repérer les éventuelles difficultés rencontrées.

Enfin, lors de chaque bilan en individuel (V3 mois et V9mois), une grille faisant apparaître les changements de comportement alimentaire est désormais également utilisée. Elle permet à chaque enfant de positionner son évolution, de manière globale et par objectif.

### Conclusion :

Les études réalisées par les internes du réseau OSEAN ont permis de recueillir une évaluation globale de notre prise en charge depuis la création du programme de prise en charge de l'obésité de l'enfant et/ou de l'adolescent obèse.

Selon cette évaluation, 76% des enfants pris en charge déclarent ne plus présenter d'hyperphagie, même si la tachyphagie reste plus difficile à gérer. 97% des enfants ont appris à écouter leur faim et 65% déclarent ressentir et respecter leur rassasiement.

Grâce aux modifications apportées au contenu du cycle d'éducation thérapeutique, on constate que la notion de restriction cognitive est largement intégrée par les familles permettant de favoriser une meilleure relation avec les aliments.

Enfin, 72% des enfants suivis déclarent se sentir mieux dans leur corps.

**Jean-Pierre MOLLIERE, Inspecteur de l'Education Nationale, animateur de l'atelier :** la grande humilité des soignants qu'a évoquée le Docteur REQUILLART, fait écho à la grande humilité de l'Education Nationale, qui fait beaucoup, mais qui ne fait pas toute seule et vers laquelle, on se tourne toujours. C'est peut-être l'occasion de lancer la discussion, car nous avons quelques instants pour échanger. Est-ce que vous avez des questions sur ce que vous venez d'entendre ?

**Hubert YTHIER, pédiatre à Roubaix,** et j'ai été responsable du programme EPODE, maintenant Vivons en forme, pendant un moment, avec Agnès LOMMEZ. Quand on parle, des aspects socio-culturels, je pense qu'il y a un aspect, que nous avons abordé, mais pas approfondi, c'est de se poser la question des diversités culturelles auxquelles nous sommes confrontés, parce que dans une ville comme Roubaix, où nous avons une population extrêmement diverse, on connaît bien le projet Breakfast classes, et dans le retour de certains parents, la stigmatisation est vécue comme le manque de connaissance de leur conditions et habitudes de vie.

Je pense, en particulier, à certaines populations avec lesquelles nous avons les plus grosses difficultés par rapport aux poids, je ne vais pas citer quelles populations car les gens qui travaillent sur ce domaine, les connaissent bien et ces populations, sont très attentives lorsqu'on connaît de façon pratique leur façon de s'alimenter et aussi, que leur principal mode d'activité professionnelle s'est orienté sur la restauration. Donc, cela pose un problème réel. On ne peut pas aborder le problème de la surcharge pondérale de leurs enfants, si on ne sait pas que toutes ces familles, pratiquement, gagnent leur vie par la restauration et que l'enfant, en même temps qu'il mange à la maison, vient manger au restaurant.

Ce sont des points, extrêmement importants pour des professionnels de bien prendre en compte cet aspect culturel, en tout cas dans nos régions, c'est très important.

**Sylvie DECOBERT, médecin Education Nationale.** Je suis avec 2 collègues et nous faisons partie d'un groupe de travail sur l'obésité au niveau de l'inspection académique et nous avons traité plusieurs thèmes, en particulier les collations à l'école, mais il y en a eu d'autres pendant l'année.

Nous allons présenter les résultats de notre groupe de travail lors de la réunion annuelle de tous les médecins de l'Education Nationale Nord-Pas-de-Calais et nous espérons avoir des outils à leur proposer car nous nous sommes rendu compte, que beaucoup de collations étaient données, pour de multiples raisons que je ne peux pas exposer ici, mais encore de façon beaucoup trop importante.

Il y a un gros travail à faire là-dessus car la représentation dont on parlait tout à l'heure, tant au niveau des enseignants qu'au niveau des parents amène tout cela.

**Jean-Pierre MOLLIÈRE** : si nous voulons nous intéresser à ce que peut promouvoir l'Éducation Nationale vis-à-vis de ses établissements, la littérature est importante. Il suffit de consulter le site EDUSCOL pour s'apercevoir que, entre les circulaires, les notes de service, le sujet est traité depuis des années.

Vous parliez des collations. Le ministère a communiqué les recommandations de l'AFSSA déjà en 2004, si ma mémoire est bonne. De la documentation, des incitations, de la réglementation même, tout cela se diffuse un peu à la fois. Il y a énormément de productions là-dessus.

Ensuite, il y a la diffusion, la signalisation de ces pratiques mais l'école ne peut pas être seule, nous voyons bien l'apport, la richesse à la fois, du milieu médical, du milieu associatif, du paramédical.

Avec toutefois, juste un bémol. Nous échangeons ce midi avec les intervenants de cet atelier : dès que nous avons un message important en termes d'éducation de la société, on se tourne vers l'école. Mais l'école, on lui donne tellement de missions, qu'il faut aussi lui permettre, l'aider à faire passer des messages avec des professionnels.

Sinon, je rappelle simplement, qu'en deux générations, nous sommes passés de 5 jours de classe à 4. Les plus anciens dans la salle allaient à l'école le samedi toute la journée maintenant il y a 6 heures de moins mais pendant ce temps, on a ajouté l'enseignement d'une langue vivante, l'éducation au développement durable, le brevet informatique et internet, apprendre à porter secours, l'attestation de première éducation à la route...

Il y aussi, le fait que l'école est amenée à faire des choix et à essayer de travailler sur des thématiques qui peuvent recourir à la fois à une discipline comme les mathématiques et le calcul, pourquoi pas de l'indice de masse corporelle ou en sécurité routière, une distance de freinage.

Nous sommes là pour évoquer la lutte contre la discrimination que nous avons évoquée il y a un instant. Il y en a une autre aussi, que je peux observer et j'appelle à en témoigner, c'est cette forme de harcèlement que l'on trouve sur les réseaux sociaux, où l'on désigne le gros, où l'on fait des commentaires sur des photographies : « tiens qui c'est bouboule à côté de toi ? »

Le respect des personnes fait aussi partie de l'éducation. Je pense que cette dimension-là, pourrait également faire l'objet d'autres développements, ou d'autres colloques.

J'avais également noté, à propos du choix du territoire d'intervention et des synergies, la possibilité de trouver des prolongements d'actions communes à faire.

En aparté, nous avons évoqué VIF qui intervient sur 240 communes dans toute la France et une association départementale (APESAL). D'un côté, vous promouvez le Vivre en forme et là, nous avons un outil intéressant pour du repérage. Sur certaines villes, il y aurait peut-être des actions à mener ensemble.

**Angel COSTA, Directeur de l'APESAL** : je souscris à ce que vous venez de dire, c'est exactement ce que l'on recherche. Il faut que nous soyons reliés avec des partenaires qui soient aussi bien impliqués que VIF. Nous travaillons aussi avec le souci qu'il n'y ait pas de discrimination entre les enfants. Toutes nos actions sont tournées dans ce sens-là. On veut voir tous les enfants et parmi eux, il peut y avoir des enfants qui sont dans des situations un peu plus précaires, ou dans des familles qui sont plus en difficulté.

Avec ces enfants, nous allons être bienveillants, c'est ceux qu'il faut soutenir le plus.

D'ailleurs en ce moment, ce que l'on fait à propos du dépistage du risque d'obésité, concerne pour l'instant, des familles sans difficulté, dans des secteurs qui ont été relevés par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie comme étant des secteurs en difficulté.

Par contre, notre souhait, c'est aussi de pouvoir dans ce domaine-là, faire un dépistage de masse mais vous le savez, le nerf de la guerre, c'est le financement.

**Sylvie DECOBERT** : je voulais revenir sur les missions de l'école et compléter un peu vos dires, concernant les enseignants. C'est vrai, qu'au niveau de l'Education Nationale, je vais rebondir sur l'expérience qui a été faite sur les 2 villes, notamment sur les sens du goût au niveau des jeunes enfants.

Il faut savoir qu'au niveau de l'Education Nationale, nous avons travaillé avec la DRAAF, pour mettre en place des formations auprès des enseignants et pour bien impliquer ce genre d'interventions, dans le cadre des programmes, pour que ce genre d'expérience ne soit pas une expérience ponctuelle mais qu'elle soit aussi reprise dans le cadre des enseignements. Donc il y a bien sûr des choses qui sont menées sur ces thématiques au niveau de l'Education Nationale dans le cadre des missions.

**Dorothée GERMAIN, chargée de projet ville de Saint André-lez-Lille** : je vais me permettre de rebondir, par rapport à l'Education Nationale, le projet éveil des sens, marche bien justement parce que les enseignants ont pris le projet à bras le corps et qu'ils font des prolongements.

L'année dernière le projet a regroupé 4 séances sur 1 mois et en fait à la fin l'année, nous nous sommes dit que c'était beaucoup trop court et maintenant nous faisons 7 séances sur l'année, c'est-à-dire 1 par période scolaire à peu près, de manière à ce que les enseignants puissent faire un prolongement et l'utiliser dans le cadre de leur travail au quotidien et cela marche beaucoup mieux.

Il y a autre chose dont nous n'avons pas parlé, c'est l'importance de la coéducation avec les parents, les enseignants et nous, acteurs de terrain, et c'est là que cela marche.

**Docteur NGUYEN, médecin de l'Education Nationale** : j'ai été très surprise d'apprendre que l'APESAL faisait des dépistages de l'obésité dans les écoles, parce que nous, nous voyons les élèves en grandes sections à la 6<sup>ème</sup> année, et nous les voyons dans leur globalité et on adresse un courrier aux parents pour leur signaler le problème de surpoids ou d'obésité de leur enfant.

Il est déjà, très difficile de parler aux parents quand on les a devant soi et quand on voit une modification de la courbe d'IMC, d'évoquer le terme d'obésité et de ce qu'il faut faire. Je suis donc très surprise de voir cette façon de faire car l'enfant doit être pris dans sa globalité et quand le dépistage se fait dans ce style, la globalité je ne la vois pas.

Cette méthodologie n'est peut-être pas essentielle, car il y a beaucoup de choses qui sont découvertes quand on fait un entretien avec les familles et qu'on ne peut pas voir quand on fait simplement le poids et la taille et puis une courbe.

**Jean-Pierre MOLLIERE** : il est intéressant de voir les prolongements possibles. Nous avons une association qui est récemment, d'ailleurs agréée par l'Education Nationale. Nous avons des médecins de l'Education Nationale et il y a peut-être des possibilités de collaboration pour partager les résultats.

J'ai noté les propos du Docteur REQUILLART, pédiatre, on vient de les reprendre maintenant à propos des courbes de poids : prendre l'enfant dans sa globalité.

**Sylvie DECOBERT** : il y a l'activité physique sur laquelle on travaille également, la collation, il y a aussi un outil sur le dépistage pour les professionnels de santé, qui sera peut-être présenté après. Et justement en ce qui concerne l'activité physique à l'école, en périscolaire, ce qui a été présenté par la ville de Roncq était très bien. Nous sommes en train de travailler là-dessus pour proposer aux enfants qui ont des problèmes de poids, des activités près de chez eux. Souvent les familles nous disent qu'il n'y a rien près de chez eux. Par la suite, nous allons travailler pour pouvoir donner aux écoles, tous les moyens pour que tous les élèves puisse pratiquer une activité physique.

**Agnès LOMMEZ, programme Vivons en forme** : je tenais à vous répondre au sujet du document diffusé tout à l'heure. Il a bien été tourné à Roncq mais cette action a été mise en place dans énormément de villes dans la région mais aussi dans le sud de la France, dans les villes du programme.

Ce qui est intéressant, c'est qu'il a été construit en partenariat, avec vous effectivement, puisque l'Education Nationale y a participé, à la fois avec la ville puisque les cours d'école répondent de la législation municipale, les professeurs d'école, la médecine scolaire mais aussi, la Ligue Française d'Athlétisme pour être sûr que tout aille bien et les conseillers pédagogiques en éducation physique auprès de l'inspecteur d'académie.

Le film a donc été tourné à Roncq pour le côté pratique car la ville est proche de l'association. Je ne suis pas étonnée que l'outil corresponde aux besoins car il a été fait en concertation de multiples acteurs avec l'objectif de répondre à cette question : Comment faire pour faire bouger les enfants au quotidien ? Nous prenons également en compte les contraintes budgétaires dans les propositions de projet. Le réaménagement des cours d'école est réalisable sans investir des sommes extravagantes car le but est aussi, de faire avec l'existant. Je ne dis pas qu'il ne faut pas des fonds mais nous essayons de faire avec l'existant pour que cela soit pérenne.

Je tiens à vous dire, qu'il y a quelques années, nous avons fait une étude. Nous avons comparé des villes VIF à des villes non VIF. Nous nous sommes intéressés au curseur pour que les enfants fassent de l'activité physique, à équipements sportifs égaux. Il s'est avéré que ce curseur, n'est pas le suréquipement sportif mais la mobilisation des acteurs.

Souvent les villes ont énormément d'équipements mais c'est la mobilisation qui marche pour que les enfants se lèvent de leur siège, s'éloignent de leur écran et aillent taper le ballon ou faire du basket dans une association.

**Sylvie DECOBERT** : Il y aussi les espaces verts, où les familles peuvent faire de l'activité physique car ce n'est pas simplement faire du sport en club, mais marcher pour aller à l'école plutôt que faire le trajet en voiture, quand c'est possible.

**Hubert YTHIER** : toujours une remarque par rapport aux aspects culturels. Quand nous avons commencé ces actions à Roubaix, avec l'Education Nationale, nous nous sommes rendu compte assez vite dans les enquêtes de repérage, que les personnes qui faisaient les enquêtes et les familles étaient mal à l'aise, en raison de ce que nous arrivions à montrer par les courbes car parfois, cela mettait en cause les façons de faire, de vivre des familles.

Il y a donc toute une réflexion de faite avec la ville de Roubaix pour faire des enquêtes sociologiques auprès de différents groupes d'origine, de culture, pour savoir comment était perçus ces questionnaires et quels étaient les retours pour que nous puissions modifier la façon d'aborder les problèmes et à revenir, à ce que disait le Docteur REQUILLART, à une approche globale, une approche qui s'adresse à tous les enfants, à toutes les familles et non plus au repérage de certaines personnes.

**Jean-Pierre MOLLIERE** : on entend bien la nécessité de prendre en compte cette globalité. C'est ce que nous faisons à l'école aussi. La problématique c'est à la fois, prendre l'enfant dans sa globalité et en même temps, considérer qu'ils sont tous différents et ont tous des besoins différents.

**Infirmière scolaire** : nous avons beaucoup parlé de la prévention mais que fait-on quand nous avons un enfant en surpoids, qui vit très mal ce surpoids. Nous avons beaucoup de mal à l'orienter. Nous alertons les parents, le médecin traitant mais nous avons beaucoup de difficultés à faire une réelle prise en charge donc c'est vrai que votre association est intéressante et j'aimerais avoir vos coordonnées pour vous adresser nos jeunes patients.

**Agnès LOMMEZ** : notre association met en place un programme de prévention de premier degré pour les villes. Ici, c'est Wattrelos, le député-maire qui a dit, j'engage ma ville dans le programme.

En ce qui concerne la prise en charge, nous sommes à un stade supérieur et cette prise en charge est faite dans des structures existantes de la ville ce qui valorise le travail que vous faites à l'Education Nationale pour sensibiliser les parents.

**Docteur REQUILLART** : une fois que l'enfant est en obésité de types 1 ou 2, la prise en charge est difficile dans un cabinet de ville pour un médecin traitant ou un pédiatre et dans ces conditions, il y a des consultations hospitalières ou des réseaux pluridisciplinaires avec psychologue, diététicienne.

La prévention de l'obésité à 6 ans, c'est bien, à 4 ans, c'est bien mais il faut aller plus en amont, il ne faut pas laisser la courbe monter, il faut dépister le plus tôt possible et sensibiliser et prévenir la femme enceinte.

L'alimentation de la femme enceinte conditionne aussi le poids de son bébé et son état de santé à venir, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, il faut aller le plus en amont possible et c'est un vaste programme.

**Jean-Pierre MOLLIERE** : c'est un programme que nous n'épuiserons pas aujourd'hui. Je vous laisse le mot de la fin. Merci d'avoir participé à cet atelier et pour la richesse des discussions.

## DISCOURS DE CLOTURE

### ***Eric PELISSON***

*Directeur de la formation à l'Ecole Nationale d'Administration*

*Ancien Directeur Général des Services de la Ville de Wattrelos*

*Auteur de Les Discriminations, éd. Ellipses, 2007*

*Auteur de Les Discriminations au motif de l'apparence physique (dir.), FusionL, 2012*

Monsieur le Député-Maire, cher Dominique,

Chers partenaires du colloque,

L'objectif du colloque était : comment passer du mode de l'injonction stigmatisante à celui de la co-construction ? Le rôle des collectivités territoriales et des acteurs locaux dans la prise de conscience des représentations et de la modification des comportements. Injonction stigmatisante : nous dénonçons les maladroites des politiques actuelles de prévention et de lutte contre l'obésité qui conduisent à stigmatiser les gros, considérés comme responsables de leur situation. Nous revendiquons au contraire une politique globale de santé, au sens de la définition qu'en donne l'OMS, à savoir englobant l'ensemble des facteurs de santé dans une vision sociétale n'oubliant aucune des dimensions de la personne ni des relations interhumaines, une approche qui se traduit en termes d'action par le *mainstreaming*, c'est-à-dire la prise en compte de la problématique dans l'ensemble des politiques publiques puisqu'elles sont interdépendantes. L'obésité est un véritable problème de société qui mérite un autre professionnalisme que d'être réduit à la dimension de la malbouffe, même si à l'évidence celle-ci fait partie du problème. Le rôle des collectivités territoriales ? Parce qu'à côté des institutions nationales comme les ministères de la Santé et de l'Agroalimentaire, c'est dans la proximité, dans une approche globale de la personne, en fédérant l'ensemble des acteurs publics et privés que l'on peut efficacement, comme l'expérience de Fleurbaix et Laventie l'a montré, lutter contre la prévalence de l'obésité.

Vous savez que depuis un mois j'ai quitté la ville de Wattrelos dont j'étais le Directeur Général des Services, pour devenir Directeur de la formation de l'ENA. Je vais donc pouvoir, je l'espère, porter ces questions sociales et sociétales dans cette grande école pour faire en sorte que les managers de la fonction publique prennent en compte les questions sociales sous cette vision globale que nous avons partagée aujourd'hui et qui, sous le terme de *mainstreaming*, croise les regards des différentes disciplines concernées pour permettre une meilleure compréhension et une action concertée. En charge aujourd'hui de la formation des élèves de l'ENA, mais aussi de la formation continue et enfin de la recherche, des études et des publications, j'aspire à pouvoir développer encore davantage dans cette école de la République la recherche et l'enseignement sur les questions de l'égalité. Ainsi, le jour de mon arrivée, avait lieu un colloque sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Un second est programmé en septembre prochain, un troisième aura lieu en octobre sur l'accessibilité à tous des emplois publics. Cette dynamique doit être poursuivie et renforcée, la démocratisation de notre société et de nos institutions étant un enjeu républicain majeur, la participation pleine et entière de tout un chacun au développement harmonieux du corps social l'étant tout autant.

Je voudrais rendre hommage à mon ancien député-maire, et adresser ainsi un clin d'œil à celui qui est aussi un ami, en structurant mon propos en trois points. C'est son péché mignon de structurer ses propos en trois points et pour tout dire c'est aussi le mien, depuis une école que nous avons suivie tous les deux, mais pas dans la même promotion. Une école où, il faut l'avouer, on essayait de nous faire développer nos arguments en deux parties et deux sous-parties. En aurions-nous lui et moi conçu un esprit de résistance contre les vents dominants ?

Trois parties donc pour ces conclusions du colloque : tout d'abord des remerciements chaleureux aux partenaires et intervenants sans lesquels cette manifestation n'aurait pas vu le jour, ensuite un récapitulatif de l'histoire d'un projet ou devrais-je dire d'un défi semblant relever de l'impossible, et pour terminer les principales conclusions du colloque et les recommandations pour la suite.

## **1. Remerciements aux partenaires et intervenants**

Mesdames et messieurs, vous avez vu l'ensemble des logos sur l'affiche et sur le document de communication, nous avons réuni un beau partenariat, pluridisciplinaire, pour réussir à monter cette opération. Permettez-moi de le rappeler rapidement : à tout seigneur tout honneur, le premier partenaire qui s'est engagé à nos côtés a été la Fondation Louis Bonduelle, qui financera la publication des actes du colloque chez Fusion L d'ici la fin de l'année. L'ouvrage sera adressé à tous les partenaires et intervenants, tandis que la version pdf du livre sera mise en ligne sur le site de l'ensemble des partenaires pour un téléchargement gratuit, afin de contribuer à faire connaître les réflexions et les bonnes pratiques. Merci à mesdames Laurence DEPEZAY et Cécile COURMONT qui ont été nos interlocutrices et partenaires compétentes et motivées.

### **- Les associations, premier acteur national et de terrain engagé dans la lutte contre l'obésité**

En France, avant même d'être portée par les pouvoirs publics, la lutte contre l'obésité est le fer de lance du combat de plusieurs réseaux associatifs, composés de victimes, de professionnels ou de militants. C'est un signe de vitalité de notre société civile, qui n'attend pas seulement les décisions des pouvoirs publics mais se mobilise de son côté, à la fois en lobbies mais aussi en acteurs autonomes, voire en soutien méthodologique des acteurs locaux. Nous avons été soutenus par les associations engagées dans la lutte contre l'obésité, qui ont trouvé pertinente l'approche globale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, afin de dépasser la seule approche par l'alimentation et la santé. Qu'elles soient ici collectivement félicitées pour leur engagement citoyen. Je vais les citer, n'y voyez pas d'ordre de préséance, mais seulement une salutation ordonnée à nos soutiens indéfectibles du début.

Nous avons reçu dès le départ un soutien ferme et engagé du CNAO - le collectif national des associations d'obèses-, par Anne-Sophie Joly, sa présidente et Marie CITRINI, sa secrétaire générale. Le GROS - groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids - a aussi été partenaire de la première heure, merci à son président le Dr Jean-Philippe ZERMATI, et son bureau, notamment au professeur Jean-Michel LECERF et au quotidien à sa vice-présidente Sylvie BENKEMOUN, également animatrice du site internet Regards XXL, qui a contribué à diffuser l'information relative au colloque.

La SOFFCO, présidée par le professeur Jean-Marc Chevallier aurait dû être représentée en la personne de notre contact en région le professeur François PATTOU, absent aujourd'hui pour raison de sa participation à un colloque aux Etats-Unis, il nous prie de vous transmettre ses regrets de ne pouvoir être parmi nous. Le professeur PATTOU avait des expériences significatives à nous rapporter, justement sur la stigmatisation dont souffre la profession de chirurgien de l'obésité, elle-même réduite à une vision stigmatisante de la part des autres spécialités chirurgicales en rapport direct avec la stigmatisation de l'obésité elle-même et une vision simplificatrice du rôle de cette spécialité dans la lutte contre l'obésité. Si la chirurgie n'est pas la réponse automatique à l'obésité, je dirais même qu'elle n'en est qu'une des éventualités, sans doute la plus traumatisante pour les victimes, elle est réduite à l'anneau gastrique et l'on ignore, grand public comme corps médical, la déontologie de cette profession. Le professeur PATTOU aurait pu parler de l'accueil pluridisciplinaire de la personne qui arrive souvent désespérée dans son service pour une première consultation, de l'importance qu'il attache à un accueil dédramatisant où la parole est libre et la personne ne se sent pas jugée. « C'est souvent la première fois, m'a-t-il dit en préparant notre colloque, que la personne obèse se sent bien et non stigmatisée ». Il m'a indiqué combien il considérait lui-même que la chirurgie n'était pas la solution miracle et comment il accompagnait avec son équipe les personnes obèses dans la maturation de leur choix, ce qui l'avait conduit à développer un projet, présenté ici cet après-midi par Catherine CLARISSE, architecte, avec l'école nationale d'architecture et du paysage de Lille et financé par le conseil régional, pour réfléchir en interdisciplinarité à l'aménagement intérieur des cuisines des personnes obèses.

L'association FACE - Fondation agir contre l'exclusion - Lille métropole, a été aussi un partenaire de la première heure : club d'entreprises, FACE Lille Métropole est engagée depuis de nombreuses années dans la lutte contre les discriminations, c'est un partenaire actif des initiatives que j'ai organisées depuis 2008 dans le cadre du master Politiques et Management de l'Egalité et de la Diversité de sciences-po Lille, en particulier le colloque sur les discriminations au motif de l'apparence physique. FACE a pris en charge la diffusion de la communication dans les réseaux nationaux et locaux, la gestion des inscriptions, l'accueil de notre manifestation. Merci à Ayité CREPPY et à son équipe, en particulier Elsa BLANQUART.

L'AFMD - association française des managers de la diversité -, autre vieux compagnon de route des combats dans la lutte contre les discriminations, a cherché à identifier parmi ses adhérents et plus généralement les entreprises, des institutions qui auraient eu une expérience, réussie ou non, dans la prise en compte de l'obésité comme facteur de discrimination. Nous avons par exemple cherché du côté de la Poste, qui a des facteurs à vélo depuis près d'un siècle et doit être en mesure de dresser avec son service médical un comparatif de l'évolution du poids de ses facteurs selon qu'ils travaillent à pied, à vélo, en voiture ou sont sédentaires. Eh bien ! Nous n'y sommes pas parvenus, parce qu'il semblerait que la question n'ait pas été identifiée par le groupe et c'est bien dommage. Merci à toute l'équipe de l'AFMD qui nous a soutenus jusqu'au bout dans ce beau projet et va reprendre à son compte nos travaux pour poursuivre cette aventure. Merci à Bruce ROCH et Marie-Christine GABILLAUD-WOLF qui ont su prendre la balle au bond et à Elena MASCOVA qui a été notre interlocutrice présente et dynamique sur ce projet, malgré la faiblesse des résultats obtenus auprès des entreprises, qui ne doivent pas nous décourager mais au contraire nous mobiliser davantage encore !

L'association FLVS - Fleurbaix Laventie Villes santé, à laquelle la ville de Wattrelos adhère via le programme VIF - Vivons en forme - a aidé à définir l'objet du colloque et s'est engagée résolument dans sa construction, notamment en prenant en charge la dimension de communication, en particulier le visuel que nous ne voulions pas stigmatisant. Elle a contribué à structurer le projet, puis le programme, en participant activement aux comités de pilotage. Nous avons pu compter sur le concours de Christophe ROY, directeur de l'association, d'Agnès LOMMEZ qui est intervenue cet après-midi au cours d'un des ateliers, et d'Emilie SOTTY qui a suivi notamment le projet de communication.

Les associations professionnelles nous ont également soutenus, comme l'Association française de pédiatrie ambulatoire, AFPA, représentée aujourd'hui par le Docteur Jean-Claude REQUILLARD, ou l'association de prévention et de dépistage des troubles visuels, auditifs, de langage et des anomalies bucco-dentaires chez l'enfant - APESAL -, représentée par Angel COSTA.

Les associations locales, comme Les sens du goût à Maubeuge en la personne de sa présidente Danièle PAUTREL. C'est me semble-t-il l'expérience la plus innovante et la plus intégrée de toutes celles que j'ai entendues aujourd'hui et je voudrais chaleureusement recommander le site internet de cette association qui gagne à être connue. Merci aussi à Michèle DUBUS de l'association Rest'O qui nous a témoigné de son action au bénéfice des personnes défavorisées au sein de plusieurs villes de la communauté urbaine.

Le Groupement régional de promotion de la santé - GRPS -, qui fédère plusieurs associations de santé préexistantes, a largement diffusé et relayé notre campagne de communication, de même que l'institut régional de la ville, l'IREV. Au total, ce sont une quinzaine d'associations qui se sont impliquées, d'une manière ou d'une autre, à nos côtés, merci à elles.

### **- Les collectivités territoriales, légitimes acteurs de la mise en cohérence des initiatives locales**

Le panorama des compétences et actions des collectivités territoriales en matière de santé est complexe. Pour autant, leur mobilisation dans la lutte contre l'obésité est essentielle, c'est pourquoi nous avons cherché à rencontrer l'ensemble des acteurs. Le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais est mobilisé sur les questions de la lutte contre le diabète et a montré un vif intérêt pour notre colloque par sa participation active à la recherche d'intervenants et sa présence aujourd'hui. Sa méthodologie intégrée est un modèle du genre, avec un correspondant dans chaque service pour décliner la politique de santé dans tous ses aspects, et il serait bien que cette approche de la santé soit diffusée dans toutes les administrations de l'Etat et territoriales de la même façon.

Le Conseil Général du Nord est mobilisé sur les questions de santé, son plan départemental santé ne devant être voté que fin juin il n'a pas été possible pour lui d'annoncer des actions dans le cadre du colloque, bien qu'il organise déjà des actions collectives auprès d'adultes fragiles et/ou en situation de précarité, ainsi qu'auprès de personnes relais, avec pour objectif «la sensibilisation à l'équilibre alimentaire». Mais le département est également compétent sur les questions de l'aide et de l'action sociale, nous avons trouvé dans nos partenaires de terrain, l'UTPAS en particulier, des acteurs dynamiques pour relayer nos demandes et identifier des actions pertinentes à valoriser dans le cadre de cette journée.

Nous avons aussi reçu un soutien matériel de la communauté urbaine Lille métropole - LMCU - sous forme de reproduction des affiches et flyers. De la même façon le Centre de gestion du Nord comme la Caisse des dépôts et consignations ont relayé notre campagne de communication dans leurs réseaux professionnels, puisqu'elle s'adressait à un public bien plus large que le public des seuls professionnels de santé.

La ville de Roncq s'est montrée un partenaire plus que précieux. Car l'expérience de son maire, Vincent LEDOUX, témoigne que nous grandissons autant de nos réussites que de nos échecs. Je ne reviendrai pas sur sa mobilisation énergique contre l'obésité, je voudrais retenir sa légitime amertume dans l'échec, face à des clubs sportifs auxquels il disait que la vocation d'une ville moyenne n'est pas de soutenir le sport de compétition et encore moins de haut niveau, mais d'encourager la pratique sportive de tous. Proposant un nouveau conventionnement financier aux clubs sportifs, il s'est vu opposer une absence totale de réaction positive des clubs, ce qui montre que le chemin est encore long d'ici la prise en compte de l'activité sportive comme facteur de santé avant d'être lieu de compétition.

La ville de Roubaix a souvent été précurseur sur des initiatives croisant la prise en compte de la précarité et la valorisation du public : Céline LATU nous a ainsi présenté les breakfast classes, initiative conjuguant apprentissage de la danse et du petit-déjeuner équilibré. C'est une des nombreuses actions qu'il est aisé de mettre en place au plan local, qui part souvent d'un constat simple et n'a pas pour vocation au départ de lutter contre l'obésité, puisqu'elle est ouverte à tous, mais dont l'impact global montre la pertinence.

Au titre des interventions de la journée, il convient de citer la ville de Saint-André et ses actions d'éveil des sens, de promotion du sommeil et d'animation pédagogique des supermarchés, le **Réseau Diabhainaut**, créé en 2001, qui est un réseau ville-hôpital situé à Valenciennes.

Venant de la région où j'habite désormais, Carine SCHINDLER est venue présenter l'action innovante de la ville de Strasbourg, consistant dans une prescription médicale de sport adapté destiné aux personnes obèses. J'ai cru comprendre qu'il était question que l'assurance maladie s'engage dans le dispositif, ce qui serait une très bonne nouvelle, espérant que cette initiative entre bientôt dans le droit commun.

Merci au député-maire de Wattrelos d'avoir fait confiance à la petite équipe organisatrice, il savait combien ce projet était un sacré défi, il nous a toujours soutenu malgré la succession d'événements contraires et de défections contre lesquels il a fallu lutter en permanence, j'y reviendrai. Merci à Anne DUQUESNOIS d'y avoir cru contre vents et marées et d'avoir porté ce projet avec moi. Aux côtés de la ville de Wattrelos, se sont mobilisés ses écoles, son CCAS et sa mission locale. Merci aux enseignants, aux élèves, aux parents. Merci à nos agents, de la ville et du CCAS. Je souhaite tout particulièrement remercier la Mission locale de Wattrelos, son président et son directeur Laurent SANTOLINI, ainsi que son équipe, qui ont cherché à identifier les bonnes pratiques en matière d'insertion et d'emploi et sont présentes parmi nous, à l'accueil ainsi que dans les ateliers.

### **- Les entreprises, acteurs généralement encore trop peu impliqués, que ce soit pour ses salariés comme pour ses clients**

Nous avons été soutenus par des entreprises. La société Transpôle, groupe Keolis, en la personne de Xavier DUQUESNE, nous a aidés en prenant en charge le transport des intervenants. Moteur dans le partenariat, cette entreprise a bien mesuré qu'elle était concernée par la montée en puissance de l'obésité, aussi bien celle de son public, ce qui peut justifier d'anticiper sur les besoins spécifiques ou de droit commun de places ou d'accès dans les transports en commun, les bus, les métros, trams, etc., mais aussi celle de ses agents, la réflexion actuellement conduite, notamment par la présence de plusieurs de ses cadres ici aujourd'hui, portant sur la distinction fine à opérer entre la discrimination illégale et la nécessaire prise en compte du handicap de l'obésité dans les fonctions professionnelles de ses agents concernés via la médecine du travail et l'adaptation des postes de travail.

Eurasanté a également été un partenaire engagé et précieux, notamment en la personne d'Etienne VERVAECKE son directeur général. En effet, nous cherchions à la fois un acteur capable de nous accompagner au plan de la méthodologie - Eurasanté a pris en charge la recherche bibliographique et l'étude de marché du colloque, établissant la primeur de sa thématique dans un ensemble particulièrement chargé d'initiatives concentrées sur la dimension de la santé. Etienne VERVAECKE nous avait également proposé de prendre en charge la gestion logistique du colloque et il y a sans doute là un partenaire précieux pour renouveler cette manifestation que Wattrelos a souhaité porter mais qui d'évidence doit trouver une place plus régionale - voire transfrontalière - dans son organisation si les partenaires souhaitent la renouveler.

Je voudrais citer ici mon ami et vieux complice - je sais qu'il ne m'en voudra pas de l'expression -, Khalid HAMDANI, gérant du cabinet Ethique et Diversité. Il a été le premier en France à ouvrir un cabinet de conseil sur la question des discriminations, dès 1995. Il a été intervenant dans le master Politiques et management de l'égalité et de la diversité, que j'ai déjà cité, et m'a proposé la thématique du fameux colloque européen sur les discriminations au motif de l'apparence physique. Il a été animateur d'un des ateliers de l'après-midi. Merci à lui, sa disponibilité bénévole à mes côtés, toujours fidèle.

Nous aurions souhaité être soutenus par d'autres sociétés engagées dans la lutte contre l'obésité.

Comme je le disais plus haut, l'AFMD n'en a pas identifié, en dehors de Nestlé France, qui nous a fait faux bond au dernier moment et devait nous parler de son action en faveur de ses salariés.

Notre propre recherche s'est tournée d'abord vers le secteur du textile - habillement, qui s'est inquiété d'une éventuelle instrumentalisation de sa présence, considération éthique que nous comprenons tout-à-fait, et qui résidait dans le fait que ces entreprises, même quand elles développent des produits spécifiques pour que les vêtements des personnes obèses soient plus esthétiques, ont par là une démarche de marketing et non de militance : faire en sorte que les personnes obèses trouvent des vêtements qui conviennent à leur image et davantage à la mode, en présentant notamment des mannequins ronds et rondes, ne relève pas d'une dimension d'engagement citoyen mais commercial.

Nous comprenons cette posture bien légitime mais estimons qu'il y aurait là aussi des partenariats innovants à développer avec les associations militantes pour contribuer à promouvoir une image plus positive de la personne obèse. Nous avons cherché ensuite dans le domaine de l'agro-alimentaire, plus précisément un distributeur régional d'eau de boisson par exemple, ou encore une entreprise de la grande distribution, qui n'ont pas non plus souhaité s'associer à la démarche. C'est dire combien aujourd'hui cette question de l'obésité est encore suspecte parmi les professionnels qui devraient au contraire prospecter des « niches » de consommateurs, comme ils le font depuis peu de temps avec les publics issus de la diversité. Le retard que prennent les entreprises françaises dans la prise en compte des évolutions sociétales est préjudiciable à leur capacité d'innovation, laissant le marché aux illusionnistes du régime.

Le Comité de pilotage a été très favorablement impressionné par la publicité récente contre l'obésité réalisée par Coca Cola. Pour boucler le budget et donner une couverture médiatique nationale au colloque, il a été tenté de prendre contact avec cette société américaine, soucieuse de son image citoyenne et en recherche d'initiatives locales dans le genre de la nôtre. Après mûre réflexion, nous avons estimé que, malgré la remarquable publicité qui va dans le bon sens, nous ne pouvions cautionner une entreprise qui, par son produit même, a contribué durant des décennies à la progression de la malbouffe dans le monde. Nous espérons que ce revirement d'attitude est sincère et va se concrétiser par des actions locales de soutien à l'apprentissage gustatif et à la prévention de l'obésité. Nous faisons confiance aux acteurs qui s'engagent mais avons estimé que cet engagement était encore trop récent pour être pleinement crédible.

### **- Les services de l'Etat, inégalement mobilisés**

L'Education nationale aura été manifestement un service de l'Etat très impliqué, autant à l'échelle de l'inspection académique, nouvelle direction départementale des services de l'EN, son directeur, le chef du service de santé des élèves le Dr DUPOND, qu'à l'échelle locale, via son inspecteur de circonscription Jean-Pierre MOLLIERE ou des enseignants des écoles de Wattrelos très impliqués au quotidien dans la lutte contre l'obésité. Comme nous l'a dit Jean-Pierre MOLLIERE dans son intervention, la violence verbale comme la violence symbolique que subissent les enfants obèses est répercutée aujourd'hui par les réseaux sociaux, qui ont pu conduire plusieurs enfants à des actes extrêmes, car ils étaient victimes d'un véritable harcèlement sur la toile, ce contre quoi il faut absolument que les parents soient attentifs et mobilisés.

Au titre des services de l'Etat en charge de la prévention globale au titre de l'agroalimentaire, il convient de remercier d'une part le ministre délégué à l'Agroalimentaire, qui nous a octroyé un soutien financier, d'autre part la direction régionale de l'agriculture qui a participé activement directement au niveau de la directrice régionale et de son staff à la définition des objectifs et a participé aux ateliers en la personne d'Hélène DEBERNARDI et Cécilia MATHIS.

Nous avons été soutenus par nos partenaires habituels de la politique de la ville, le préfet délégué, qui est originaire de Wattrelos et connaît bien ces problématiques particulièrement prégnantes dans la région, ainsi que son équipe en préfecture. La délégation régionale aux droits des femmes a accepté de diffuser nos supports de communication mais ne s'est pas davantage impliquée à nos côtés, à l'exception de son ancienne déléguée régionale, qui a monté un cabinet de conseil et a bien compris qu'il fallait faire du mainstreaming sur des sujets aussi transverses pour mobiliser les acteurs et avoir du résultat.

### **- Le monde hospitalier et universitaire, à la croisée des chemins**

Au titre des institutions de santé, nous étions soutenus par les centres hospitaliers de proximité, celui de Wattrelos en la personne de son directeur Laurent BARRET qui a pris en charge l'organisation du déjeuner, et de Roubaix le Dr Hubert YTHIER. L'Agence régionale de santé, qui n'a pas soutenu financièrement notre action mais s'est impliquée dans sa réussite, notamment par la présence aujourd'hui de son directeur général. Merci aussi à Sandrine SEGOVIA KUENY de son intervention cet après-midi qui nous a éclairés sur la politique de lutte contre l'obésité de l'ARS. L'ARS Île-de-France s'est mobilisée par un intérêt tout particulier manifesté pour notre colloque et la présence aujourd'hui de l'équipe au complet des chefs de projet accompagnés par la responsable de l'action de prévention régionale.

Notre projet a été soutenu par les universités de Lille II (soutien de la présidence et de la faculté de médecine), de Paris I la Sorbonne (laboratoire de lutte contre les discriminations du professeur Jean-François AMADIEU) et de Toulouse le Mirail (laboratoire de sociologie du professeur Jean-Pierre POULAIN), qui en sont officiellement partenaires. Je les remercie d'autant plus que ces trois partenaires avaient déjà soutenu il y a trois ans le premier colloque européen sur les discriminations au motif de l'apparence physique. Toulouse le Mirail avait cofinancé la publication des actes du colloque, qu'on trouve sur internet en téléchargement libre. Je vous présente les excuses de Jean-Pierre Poulain qui est en Asie en ce moment. Merci dans le cadre de ce partenariat universitaire à Monique ROMON, présidente de VIF, à Jean-François AMADIEU pour leurs interventions décapantes en plénière ce matin et à Jean-Michel LECERF qui a participé à la table-ronde du matin. J'ai déjà cité au début de mon exposé l'action conduite par le service du professeur PATTOU avec l'école nationale d'architecture et du paysage de Lille.

Outre ces trois partenaires universitaires, il était envisagé d'avoir deux interventions d'universitaires qui n'ont pas pu venir.

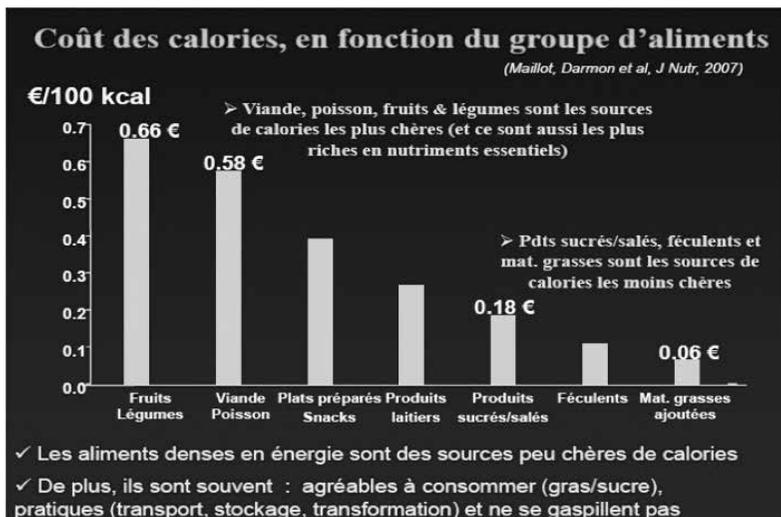
Les travaux de Chantal SIMON, professeur à l'université de Lyon 1, sont connus : il s'agit des bienfaits du sport et de l'activité physique en général sur la prévention de l'obésité, notamment chez les jeunes.

Les travaux de Nicole DARMON sont moins connus. J'aurais en effet souhaité une intervention de Nicole DARMON, professeur à l'université d'Aix-Marseille, elle n'a pas pu hélas avoir lieu, sur la thématique « équilibre nutritionnel et budget », qui démontrait que la piètre qualité alimentaire des milieux sociaux modestes était moins liée à la contrainte du budget qu'aux habitudes de consommation de produits alimentaires semi-finis ou finis, sous forme de plats cuisinés à réchauffer.

Cette étude passionnante concluait que manger équilibré n'était pas une question d'argent mais bien d'éducation nutritionnelle et à la confection des repas. Elle établissait même qu'il n'y avait pas de différence nutritionnelle entre des aliments de marque et des aliments de premier prix et que par conséquent il était possible de concevoir par modalisation des paniers alimentaires de qualité nutritionnelle optimale pour 3,5 euros par jour.

Après avoir souligné que, plus les aliments sont riches en nutriments, plus ils sont chers, elle soulignait le comportement très rationnel des consommateurs pauvres qui leur substituaient des aliments de qualité moindre pour obtenir un apport alimentaire jugé équivalent.

Pour manger équilibré avec un petit budget, il fallait selon elle donner la priorité aux aliments de meilleur rapport qualité nutritionnelle / prix dans chaque groupe d'aliments. L'action réalisée consistait à s'appuyer sur des ateliers collectifs, mettant en valeur des achats réels (tickets de caisse) et des listes d'aliments de bon rapport qualité nutritionnelle / prix seuils observés dans le quartier, puis d'intervenir dans les supermarchés de proximité pour rendre disponibles, visibles et attractifs les aliments correspondants.



Source : Nicole Darmon, Université Aix-Marseille, colloque VIF, 3 avril 2013

## - Les médias

Nous avons bénéficié de partenariats avec les médias. La presse quotidienne régionale nous a honorés d'une belle pleine page cette semaine. Le Journal de l'action sociale, grâce à Emmanuelle VIGAN, nous a ouvert ses colonnes avec un article et une insertion d'encart publicitaire destiné aux lecteurs du journal, les travailleurs sociaux.

## - Les partenaires et intervenants étrangers

Pour terminer, je voudrais citer nos partenaires intervenants étrangers, à commencer par Amélie DESROSIERS de la Coalition Poids, qui réunit au Québec l'ensemble des acteurs mobilisés dans la prévention et la lutte contre l'obésité. Merci au professeur américain Adam DREWNOWSKI de l'université de Washington qui, ne pouvant pas être présent parmi nous, nous a adressé un message vidéo enregistré avant son départ pour un colloque aux Etats-Unis qui se tient en ce moment-même. Une intervention du professeur Sinead BROPHY, lecteur en santé publique auprès de la faculté de médecine de la Swansea University était prévue sur la thématique des initiatives locales en prévention de l'obésité, mais elle n'a pas pu se joindre à nous. Je pense également à la ville jumelle de Mohacs, dans le canton de Pecs, en Hongrie, dont l'hôpital a obtenu l'an passé un prix européen dans la lutte contre l'obésité et dont le projet d'être présent parmi nous aujourd'hui n'a pas pu aboutir. Merci à Marie-José COUTEAU, venue de Belgique nous présenter les actions de l'observatoire de santé du Hainaut, financées sur des fonds européens, qui ont permis de rapprocher de la médecine hospitalière les publics fragiles par le truchement des centres sociaux. L'exemple de la ville de Guarda au Portugal, très engagée dans la lutte contre ce fléau, a montré combien était important le travail de benchmark des meilleures pratiques pour éviter la stigmatisation des publics par des approches trop radicales des pouvoirs publics.

## **- Remerciements aux animateurs et aux parrains de la journée**

Merci à Anne-Sophie JOLY qui a assuré la tâche ingrate d'animer la journée en faisant respecter les horaires, ce dont elle s'est acquittée avec brio et non sans humour. Merci à nos trois animateurs d'ateliers de l'après-midi, qui ont officié parallèlement avec moi : Jean-Michel LECERF à l'atelier 1 relatif à la lutte contre la stigmatisation et aux messages des politiques publiques, Khalid HAMADANI à l'atelier 2 sur la lutte contre les discriminations dans l'accès à l'emploi et aux services, et Jean-Pierre MOLLIÈRE à l'atelier 4 sur les bonnes pratiques dans la prise en charge de l'enfance obèse. Enfin merci à tous ceux qui nous ont soutenus sans pouvoir être ici aujourd'hui, je pense en particulier au professeur Arnaud Basdevant et au professeur François PATTOU.

Merci à vous cher public venu nombreux - plus de 240 inscrits et présents - et divers de vos origines professionnelles et géographiques. Profitons-en pour nouer des contacts et fédérer des réseaux, puisque c'est là me semble-t-il la première bonne pratique : croiser les regards !

## **2. Récapitulatif de l'histoire d'un projet ou devrais-je dire d'un défi semblant relever de l'impossible.**

Tout d'abord, l'histoire de ce colloque est une question de regards croisés. Anne DUQUESNOIS l'a dit ce matin, notre rencontre et le fait que je me sois occupé dans le passé de lutte contre les discriminations et qu'elle soit en charge de la santé dans cette ville, ont fait qu'immédiatement nous nous sommes dit : il y a quelque chose à faire autour de la stigmatisation et de la discrimination des personnes obèses. Merci aussi à Sylvie BENKEMOUN qui avait déjà suggéré ce colloque, il y a trois ans, au tout début de mon arrivée à Wattrelos, à la suite d'un précédent colloque, que nous avons monté à Sciences Po Lille, autour des discriminations liées à l'apparence physique.

Ces regards croisés, nous y reviendrons, parce c'est, je crois, la clé du succès.

Se sont posées pour organiser ce colloque plusieurs problématiques. Une question de projet tout d'abord, puisque c'est un projet que nous avons commencé à monter, il y a déjà un an, à marche forcée, je dois le dire, avec beaucoup d'efforts. Une équipe projet à laquelle je veux rendre hommage : Anne DUQUESNOIS notre élue à la santé, Juliette KERAUDY notre élue aux relations internationales pour la dimension de politique comparée, Lise ROGGO mon attachée de direction pour la supervision du projet et la prise en charge de la dimension internationale, Nazzario SANTAMARIA, DGA pour le pilotage de la dimension santé du projet, Sylvie BERTRAND, diététicienne, pour l'accompagnement scientifique et une intervention remarquée cet après-midi, Sylvie DELGRANGE, le bras armé de la préparation organisationnelle du colloque depuis un an et notre atout de réussite.

Je ne peux hélas pas citer tous les cadres et agents de la ville qui ont contribué à la réussite du projet. Une logique de projet, avec la définition d'un plan d'action, d'un calendrier, d'un partage de responsabilités et d'un comité de pilotage. Enfin une volonté forte : quand nous nous y mettons, c'est un peu un rouleau compresseur, nous avançons et entraînons tout le monde dans notre enthousiasme, mais un projet qui a été quand même difficile à mettre en œuvre. Alors un grand merci à tous, partenaires et cadres et agents de la ville, pour y avoir adhéré et avoir emporté la partie, ce n'était pas gagné d'avance !

Une question de légitimité : ce n'était pas évident qu'une ville soit reconnue comme légitime pour organiser ce type d'événement. Vous aurez remarqué que, dans le partenariat, vous avez effectivement le soutien des sociétés savantes : nous avons cité le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, évidemment le CNAO, le Collectif National des Associations d'Obèses, qui a pris une part également déterminante, la SOFF CO et avons souhaité avoir le parrainage de trois universités, Lille 2 qui était représentée ce matin par Monique ROMON, au titre de la Faculté de Médecine, l'Université de Toulouse, même si Jean-Pierre Poulain vous prie de l'excuser, il n'a pas pu venir au titre de la psychologie et Paris 1 Panthéon-Sorbonne au titre des sciences de gestion et malheureusement Jean-François AMADIEU qui participait à l'atelier 2, cet après-midi, vous prie de l'excuser aussi, il a fait son intervention ce matin et il est reparti, car appelé pour une interview sur LCI. Il devait vous présenter les éléments statistiques de la mesure, que depuis 2006, chaque année il fait, de la discrimination des personnes obèses dans l'accès à l'emploi, tout simplement par des CV qu'il adresse à des recruteurs.

Question de partenariat institutionnel : cela n'a pas été facile d'entraîner l'adhésion des partenaires. Certains nous ont dit oui, tout de suite, l'Education Nationale par exemple, qui lors d'une visite ministérielle, a dit c'est génial, je viens. Cela a été plus compliqué pour d'autres, que je ne citerai pas, avec des querelles de clocher, et c'est bien dommage sur un sujet comme celui-ci, où on nous disait, en gros, mais pourquoi c'est eux qui ont eu l'idée ?

Question de budget : cela n'a pas été simple, jusqu'à une bonne nouvelle, avec une subvention qui est arrivée juste après mon départ.

Question de pilotage : nous avons dû faire des comités de pilotages à Lille et à Paris, car les bénévoles des différentes associations, n'ont pas forcément l'argent pour pouvoir venir jusqu'à nous et nous nous sommes dit qu'il était important de se déplacer pour les rencontrer ; mais question pilotage aussi, parce que, assez souvent, nous adressions des compte-rendus et aucune question ne revenait, nous nous disions, soit nous sommes géniaux et tout le monde a tout compris ou il y en a peut-être qui n'ont pas lu...

Et puis bien sûr, questions des suites à donner, c'est ce qui nous mobilise aujourd'hui.

### **3. En troisième partie, je voudrais aborder les principales conclusions du colloque et les recommandations pour la suite.**

La première question qu'il est pertinent de se poser est la question de l'accompagnement et de la prévention de l'obésité sous l'angle de la discrimination et de la stigmatisation.

Jean-Philippe ZERMATI nous disait l'autre fois que, finalement, quelque part c'est plus facile de lutter contre la discrimination, car c'est l'arsenal de la loi, donc effectivement discriminer une personne à l'embauche est puni par la loi mais il faut encore le prouver.

Lutter contre la stigmatisation est plus difficile, parce qu'il faut démonter les mécanismes qui sont dans nos têtes depuis tout petit et je pense à Umberto ECO qui est un grand écrivain, mais qui s'est surtout fait connaître parce qu'en tant que professeur des universités, en Italie, il a écrit un livre sur l'histoire de la beauté qui a obtenu tellement de succès, qu'il a écrit un livre sur la laideur à travers les âges et je crois que c'est très révélateur, effectivement, nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, soit de la permanence, soit de la rupture de nos modèles du beau.

Evidemment, se poser la question souvent de la discrimination et de la stigmatisation, c'est poser la question des effets de nos propres politiques publiques, de notre action. Est-ce que notre action est bien ? Est-ce que nous ne devons pas la remettre en question ? Du coup, nous avons tout de suite un doute ; un doute, d'abord, sur les actions qui seraient seulement informatives. Est-ce que c'est suffisant d'informer ? Je pense notamment au public des médecins, qui sait très bien qu'il y a le cancer du poumon et qui est un des plus gros public fumeur.

Informer, ne suffit pas.

Dans un atelier, tout à l'heure, nous avons entendu quelqu'un qui disait : « nous disons aux personnes de ne manger des gâteaux sucrés, qu'une fois par mois ».

Est-ce qu'une action qui culpabilise, qui renforce la culpabilité, va dans le bon sens ?

Alors, finalement les solutions : la première, nous l'avons dit et répété : réhabiliter le plaisir, motiver le public pour un vrai changement des comportements, pas seulement en informant ou en sensibilisant mais en agissant sur l'ensemble de son environnement social et donc du coup, travailler ensemble, croiser les expériences, croiser les idées.

Nous avons eu beaucoup de difficultés à identifier les acteurs qui sont intervenus aujourd'hui, nous sommes vraiment partis à la pêche, cela a été compliqué parce que, aussi bien les associations que les institutions n'ont pas véritablement de répertoires des bonnes pratiques, je citerai même une action, que l'on m'a envoyée voir et qui n'existe plus, donc si c'est une bonne pratique, soit elle n'existe plus car le public n'est plus obèse, et j'en suis très heureux, soit on ne savait pas que l'action n'existait plus.

Troisième regard : mailler le territoire, faire en sorte que l'on puisse se rencontrer, que l'on puisse s'envoyer des messages, faire une base de données, je crois que c'est Danielle PAUTREL qui a une base de données où elle charge les adresses mail des acteurs pour qu'ils puissent se rencontrer.

Croiser les regards, nous l'avons vu. Les diététiciens, les psychologues, les médecins, les enseignants, je ne peux pas tous les citer, tellement il y a de professions, qui sont d'ailleurs ici représentées.

Croiser les regards internationaux, nous l'avons vu tout à l'heure avec Amélie DESROSIERS pour une intervention québécoise, avec son accent qui donne du soleil au cœur pour toute la journée et puis évidemment, nos amis belges et portugais qui, en plus d'être intervenus, nous ont fait le plaisir de nous jouer de la musique ce midi.

Et puis, peut-être, est-ce que c'est un indicateur de bonne pratique locale ? Que serait justement le fait que, systématiquement, il faudrait que dans toute action, il y ait des regards croisés ; par exemple, un diététicien et un psychologue qui travailleraient ensemble. C'est peut-être là que réside la clé du succès ! Qu'il y ait au moins deux spécialités à chaque fois qui soient capables de s'interpeller, de se critiquer l'une et l'autre.

Alors, oui, nous l'avons dit, il y a un lien, entre l'origine sociale et l'obésité. Je vous citerai une étude de la Seine et Marne, qui montre que, dans ce département, qui, il y a trente ans, n'était encore que des champs de betteraves à perte de vue, toutes les populations, qu'elles soient d'origine française ou étrangères, sont des populations immigrées. Ce sont des populations qui ont connu des ruptures dans les trajectoires familiales, avec des enfants qui n'habitent pas là où habitent leurs parents, qui se sont traduites par des ruptures du comportement alimentaire et une explosion de l'obésité.

Il y a un lien, également, entre les trajectoires sociales des femmes et l'obésité.

Nous n'avons pas eu l'occasion de le dire aujourd'hui, c'est important. Il faut savoir qu'en France, aujourd'hui, une femme qui est obèse, statistiquement, épousera un homme qui « n'est pas de sa condition sociale », c'est-à-dire que quelque part, l'homme sera très content d'avoir une femme qui a fait des études supérieures et les enfants de cette femme, statistiquement, feront moins d'études que leur mère et je trouve que c'est dramatique, dans un pays, qui rêve de méritocratie à la Jules FERRY, qui rêve d'égalité des chances, qui rêve d'ascenseur social, d'imaginer qu'une catégorie, simplement pour des raisons d'apparence physique, est condamnée à une sorte de déchéance sociale, intergénérationnelle.

Enfin, question intéressante, que nous n'avons pas eu le temps d'évoquer, aujourd'hui, gérer son budget quand nous avons très peu d'argent.

J'ai cité tout-à-l'heure, l'étude très intéressante de l'université d'Aix-Marseille, qui montre qu'au fond, le budget achat de nourriture à Marseille, où nous produisons beaucoup de fruits et légumes, n'est pas le même qu'à Paris, qu'à Wattrelos. La première conclusion de l'étude, c'est que contrairement à ce que nous imaginons, les comportements de consommation de produits de mauvaise qualité, notamment de graisses et sucres, sont très rationnels, c'est-à-dire que ce sont vraiment des substitutions d'aliments, les personnes sont parfaitement informées et ce comportement leur permet, non pas d'obtenir un équilibre alimentaire mais une quantité de nourriture et tant que nous les culpabiliserons, nous n'arriverons pas à résoudre la difficulté.

La deuxième, c'est que oui, nous pouvons avec un budget très modeste, l'INRA avait calculé que cela était possible avec un budget de 3,05 par jour, se nourrir complètement équilibré mais cela veut dire, réapprendre à faire la cuisine, et travailler avec des matières premières comme les fruits et les légumes.

Troisième point dans ces conclusions : l'importance de l'environnement culturel et des normes sociales. Il faut agir à tout niveau, tout tourne autour de la création d'un environnement favorable, parce que la personne seule se retrouve désespérément isolée, si nous ne travaillons pas sur l'ensemble de cet environnement. Et là je voudrais citer l'exemple du professeur Chantal SIMON, qui n'a pas pu venir non plus, et qui indiquait, qu'un comportement d'activité qui prend en compte l'environnement social et physique de la personne, dure encore deux ans après que l'action d'accompagnement ait été arrêtée.

Cela signifie, qu'au fond, les personnes qui vont se lancer dans des activités physiques, vont poursuivre même quand l'action d'accompagnement cesse, donc c'est un signe encourageant.

Quelques recommandations pour la suite : la première est que ce n'est pas un hasard, si c'est Wattrelos qui organise ce colloque. Nous sommes au cœur de l'Europe et si les politiques de santé sont nationales, les problématiques de santé sont internationales.

Nous voyons bien, puisque nous avons aujourd'hui des témoignages de plusieurs pays étrangers, Etats Unis, Canada, Portugal et Belgique, nous avons eu également des regrets d'intervenants Anglais et Hongrois qui se sont désistés, il y a moins d'une semaine, qu'il y a intérêt à croiser les regards à l'échelle internationale, sur ces sujets. Double croisement des regards : benchmark des meilleures pratiques à l'échelle internationale d'une part, identification des initiatives associant des spécialités différentes dans des projets plurifactoriels, comme la médecine et l'architecture.

Alors, des recommandations concrètes, je ne vais pas me répéter, j'essaie de rester dans mon temps, et nous en avons parlé tout à l'heure, en termes de communication : ne plus communiquer de manière stigmatisante.

La stigmatisation, nous l'avons bien vu, au travail et sur l'environnement, cher Jean-Pierre MOLLIERE, cela n'a pas été cité, mais je sais combien tu es sensible à ces mauvaises réputations qui peuvent être faites sur Internet, sur les réseaux sociaux, avec des enfants qui ont 400 copains parce qu'ils sont gros.

Il y a toute une éducation à faire. Les parents sous-estiment l'influence négative que les réseaux sociaux peuvent avoir sur leurs enfants, la situation de souffrance et d'isolement terrible de ces enfants qui, finalement, se retrouvent stigmatisés en public sur internet, et donc la nécessité de contrôler ces vecteurs de communication, car il faut savoir que les souffrances, quelles qu'elles soient, la souffrance morale par exemple, sont la première cause de suicide des adolescents.

Nous avons évoqué la discrimination, là aussi, avec trois niveaux d'actions, et je ne redirai pas ce qu'Ayité CREPPY a pu dire. Donc, pour conclure, les critères de bonnes pratiques locales :

- Premièrement, la prévention est toujours plus efficace que le traitement, c'est bien évident, en France, nous n'y consacrons malheureusement que peu d'efforts et peu d'argent, c'est comme cela que nous allons pouvoir changer les choses.
- Deuxièmement, les partenaires locaux doivent s'engager dans des actions dans la durée, nous l'avons dit, accompagnées méthodologiquement. Les animations évoquées dans l'atelier 3, dont j'assurais l'animation, étaient très intéressantes, parce que l'on voyait bien toute cette réflexion méthodologique, évaluée, partenariale. Danielle PAUTREL citait une sorte de marguerite avec l'ensemble des partenaires. Et puis, évidemment, tisser des réseaux de veille sur les meilleures pratiques et si ce colloque n'a eu que deux mérites, je crois que le premier, c'est d'avoir posé les termes des débats et le deuxième, c'est de vous avoir permis de vous rencontrer et nous tenons vos adresses mails à la disposition des uns et des autres, si vous nous y autorisez, pour qu'il puisse y avoir des lendemains. Il ne faut pas non plus négliger les retours d'expérience, y compris des échecs. Enfin avoir une approche intégrée comme celle du Conseil régional : un correspondant dans chaque service pour décliner la politique de santé dans tous ses aspects.

Le maître mot, finalement, nous l'avons bien dit, c'est redonner du plaisir. Je citerai à nouveau, Danielle PAUTREL qui avec son association Les sens du goût, disait « il y a trois fonctions du fait alimentaire : le bien-être physique, se nourrir, le bien-être moral, se réjouir, le bien-être social, se réunir ».

Je pense, que nous ne pouvons rien ajouter de mieux que ces trois termes.

J'ai un dernier souhait, qu'après Wattrelos, qui a été la première ville à se mobiliser, il y ait d'autres villes qui relèvent le défi en disant : nous serons les prochaines, en France ou ailleurs, que ce soit en Europe ou en Amérique du Nord, parce que nous souhaitons qu'une vaste chaîne de solidarité se mette en œuvre autour de ce défi et que l'exemple qui a été donné par la ville puisse être repris par d'autres. Plusieurs partenaires, je l'ai déjà dit, ont un savoir-faire et sont en mesure de se mobiliser : EURASANTE sur l'identification des acteurs pertinents, le montage d'un partenariat financier et l'organisation logistique d'un colloque ou d'une manifestation ; le club FACE (la fondation FACE souhaite développer un club dans chaque département) dans sa capacité à fédérer et accompagner les acteurs publics et privés locaux dans un plan territorial de lutte contre les discriminations sur un programme d'action thématique ; l'AFMD dans sa capacité à mobiliser au plan national un groupe d'acteurs engagés pour en tirer une méthodologie opérationnelle et la publier dans un rapport.

Ce colloque est maintenant clos, merci encore à tous, partenaires, intervenants, public et à une prochaine fois.

### **Liste des recommandations :**

#### Pour les institutions :

Disposer de données et indicateurs ou créer un observatoire local

Créer du réseau

Mobiliser les partenaires

Engager un plan territorial avec l'ensemble des acteurs locaux

Développer un plan d'actions en étapes évaluables avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs

S'inscrire dans la durée

Privilégier la prévention mais disposer d'une approche globale

Faire des retours d'expérience, y compris des échecs.

Croiser les regards interdisciplinaires

Mobiliser les partenariats de conviction et de compétence

Avoir une approche intégrée dite mainstreaming

Généraliser les bonnes pratiques transposables

Evaluer partenarialement le plan d'action

#### Pour le public :

Créer un environnement favorable

Eviter l'isolement des personnes

Eviter de cibler le public, plutôt mobiliser un public large

Insérer les personnes

Favoriser l'activité physique

Redonner du plaisir au comportement alimentaire

Education alimentaire et à la cuisine

Procéder au rapprochement alimentation / prix (expérience Nicole Ramon)

Communiquer de manière non stigmatisante

Associer le public à la définition et à la mise en œuvre de l'action, à son évaluation

## PRESENTATION DES PARTENAIRES DU COLLOQUE

### AFMD



Créée en 2007, l'Association Française des Managers de la Diversité se mobilise pour que les organisations intègrent la diversité dans leurs pratiques managériales. Elle propose à ses membres - entreprises, administrations, grandes écoles et universités - des pistes d'action en s'appuyant sur les retours d'expériences des organisations adhérentes, dans une logique de collaboration avec le monde académique. Riche de ses 112 membres, l'AFMD s'impose comme une interface de référence avec le monde institutionnel et politique. [www.afmd.fr](http://www.afmd.fr)

### CENTRE HOSPITALIER DE WATTRELOS



Le Centre Hospitalier de Wattrelos est situé au centre-ville de Wattrelos, 5<sup>ème</sup> ville la plus peuplée de l'arrondissement de Lille (41 750 habitants).

C'est un établissement de proximité au sein d'un territoire de santé densément peuplé, jeune et fragilisé : le versant Nord-Est.

Le centre hospitalier de Wattrelos est engagé dans la mise en œuvre de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), pour un certain nombre d'activités.

L'offre de soins comprend :

- Un service de médecine de :
  - 29 lits de médecine polyvalente
  - 6 lits de surveillance continue polyvalente
  - 4 places d'hôpital de jour

Pathologies prises en charge : cardio-vasculaire, pneumologie, neurologie, neuro-gériatrie, gériatrie, gastro-entérologie, médecine polyvalente, soins palliatifs (2 lits identifiés).

- Un service de rééducation de :
  - 23 lits d'hospitalisation complète
  - 14 places d'hôpital de jour.

Pathologies prises en charge : affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections cardio-vasculaires, affections respiratoires, polyopathologies de la personne âgée, SSR polyvalent.

- Un EHPAD de 196 lits composé de 2 résidences :
  - Emeraude (116 lits)
  - Saphir (80 lits).

Le Centre Hospitalier de Wattrelos dispose également de :

- Une unité d'accueil des soins non programmés.
- Des consultations médicales, gynéco-obstétricales et chirurgicales programmées.
- Une permanence d'accès aux soins : l'espace de soins de proximité et d'accueil santé (ESPAS).
- Un plateau d'imagerie.
- Une pharmacie hospitalière.

## CLUB FACE



Face Lille métropole est un des 40 clubs Face qui agissent et innovent en permanence sur différents territoires en France et à l'international en mettant en œuvre à partir des entreprises du réseau, des actions concrètes au sein des entreprises elles-mêmes pour manager la diversité et prévenir toutes les formes de discriminations en gestion des ressources humaines ; à l'école en favorisant l'accès aux stages et une meilleure connaissance de la réalité des entreprises ; pour l'emploi en vue de préparer et d'accompagner le plus grand nombre de personnes jeunes et d'adultes à l'emploi ; au quotidien permettant ainsi aux entreprises d'agir en faveur des travailleurs dits pauvres et précaires et sur les territoires pour prévenir et agir contre les discriminations en étroite collaboration avec les partenaires publics, les intermédiaires de l'emploi et les structures d'insertion par l'activité économique.

Face Lille métropole est membre du réseau national FACE qui a été créé en 1993 par Martine Aubry et rassemblant aujourd'hui plus de 4000 entreprises locales et nationales innovatrices dans les politiques locales de prévention et de lutte contre les exclusions, les discriminations et la pauvreté en apportant toutes leurs compétences d'acteurs économiques, en partenariat avec les collectivités territoriales et les acteurs associatifs et institutionnels locaux.

## C.N.A.O.



Le Collectif National des Associations d'Obèses est un collectif regroupant 40 associations en France et dans les DOM-TOM. Il a pour objet de permettre à toute personne souhaitant avoir une information concernant les problèmes de poids de trouver des réponses adéquates et scientifiquement démontrées. Présent dans les instances de tutelles (6 Ministères, DGS, DGOS, HAS, ARS, AP-HP, CSA, ...) pour participer à une meilleure prise en charge des personnes en surpoids et/ou obèses, le CNAO anime des groupes de paroles et aide à une meilleure interaction entre professionnels de santé et patient-acteur de son état de santé.

Depuis quatre ans, nous sommes organisateur des journées européennes de l'obésité en France et travaillons en collaboration avec le parlement européen. Nous sommes là pour vous aider et vous pouvez nous retrouver sur nos sites internet, [www.cnao.fr](http://www.cnao.fr) , [www.jeo-cnao.fr](http://www.jeo-cnao.fr) ainsi que de nous contacter par @mail sur [cnao@wanadoo.fr](mailto:cnao@wanadoo.fr)

## CONSEIL REGIONAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS



Le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais, présidé par Daniel Percheron, est composé de 113 conseillers régionaux et 5800 agents. Il gère un budget de 2 milliards d'euros pour agir auprès des acteurs locaux (communes, groupements, associations, entreprises, organismes...) afin d'améliorer le quotidien des habitants de la région. En matière de santé, il s'investit dans la prévention, le dépistage et l'accès aux soins, notamment pour lutter contre les cancers. L'enjeu est d'améliorer la santé des habitants en luttant contre la désertification médicale, en soutenant la recherche, en aidant au financement d'équipements et en créant des maisons de santé pluridisciplinaires.

## EURASANTE



EURASANTE, en tant qu'agence de développement économique spécialisée, accompagne tous les acteurs de la filière Biologie Santé Nutrition de la région dans leurs projets d'innovation, de création et de développement d'activité.

EURASANTE assure également la promotion de l'ensemble de la filière santé régionale sur les salons spécialisés, permettant ainsi d'attirer et d'accompagner tout projet d'implantations d'entreprises étrangères. L'agence couvre ainsi tous les métiers du développement économique et accompagne les entreprises dans les différentes étapes de leur développement grâce à un panel de services et d'expertises mis à leur disposition.

En plus d'une agence dédiée, EURASANTE c'est aussi :

**Un Parc d'activité** de 300 hectares, situé au cœur du plus grand campus hospitalo-universitaire d'Europe

**Un Bio-Incubateur** de projets innovants en Santé

**Un Pôle de compétitivité** dynamique - le Pôle Nutrition Santé Longévité

**Une grappe d'entreprises** - le Clubster Santé, qui regroupe plus de 150 acteurs de la région

## FONDATION LOUIS BONDUELLE



**Depuis 2004, la Fondation Louis Bonduelle contribue à faire évoluer durablement les comportements alimentaires en plaçant les légumes et leurs bienfaits au centre de son action.**

Les gouvernements nationaux favorisent l'adoption d'habitudes alimentaires plus saines. La Fondation, avec la volonté affichée d'aller plus loin que les discours d'intention générale, agit en donnant à chacun, des moyens efficaces, pratiques et souvent inédits de faire entrer les légumes dans son quotidien.

Son programme s'articule autour de 3 piliers : informer et sensibiliser, soutenir et aider la recherche, agir sur le terrain.

Chaque année au printemps, sont organisées les Rencontres de la Fondation Louis Bonduelle. Elles sont l'occasion de faire le point sur les avancées en matière de comportements alimentaires, et de remettre au lauréat le Prix de Recherche Louis Bonduelle. **Pour obtenir une invitation, contactez-nous depuis notre site Internet.**

Retrouvez sur le site de la Fondation ses actualités, sa newsletter, ainsi que toutes les rubriques dédiées aux légumes :

- Veille scientifique, riche de plusieurs centaines de résumés d'articles publiés.
- Dossiers scientifiques complets sur des sujets autour des légumes, de leurs nutriments, ou du comportement alimentaire.
- Portraits de légumes : fiches signalétiques de chaque légume, avec ses valeurs nutritionnelles, quelle que soit sa forme.
- Recettes de légumes, simples et rapides, ou bien sophistiquées : des idées pour cuisiner les légumes.

[www.fondation-louisbonduelle.org](http://www.fondation-louisbonduelle.org)

## GROS



Le GROS est une association composée de différents professionnels de santé prenant en charge des personnes en difficulté avec leur poids et leur comportement alimentaire. La prise en charge du GROS est originale : pas de régimes, ni de conseils diététiques. Et pour acquérir les compétences nécessaires, le GROS organise différents événements dont une formation destinée aux professionnels. Elle s'articule autour de trois axes : la relation à l'alimentation : cheminer vers un comportement régulé, la gestion des émotions, notamment l'impulsivité et l'acceptation de soi, au sens large (de son corps, de ses valeurs..). L'objectif est de redonner au mangeur les rênes de son alimentation, de lui permettre de faire la paix avec les aliments et son corps, d'atteindre son poids d'équilibre en mangeant de tout et d'apprendre à s'écouter pour choisir à chaque instant la quantité appropriée à ses besoins.

**Pour plus d'information, visitez notre site : [www.gros.org](http://www.gros.org)**

## L.M.C.U.



Lille Métropole Communauté Urbaine est une structure intercommunale française comprenant 87 communes. Articulée autour des villes de Lille, Tourcoing, Roubaix et Villeneuve d'Ascq, elle abrite plus d'un million d'habitants, plus de 30 000 entreprises et est présidée par Martine Aubry depuis 2008.

## MISSION LOCALE



La mission locale est un espace d'intervention au service des jeunes. Chaque jeune accueilli bénéficie d'un suivi personnalisé dans le cadre de ses démarches. Elle assure des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement pour aider les jeunes de 16 à 25 ans à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion sociale et professionnelle, en apportant des réponses aux questions d'emploi, de formation mais aussi de logement, de santé ou de culture.

## REGARDS XXL



**Regards XXL est un site qui lutte contre les préjugés en général et ceux liés au surpoids et à l'obésité en particulier.**

Gros ou « anciens gros » nous avons rencontré et nous rencontrons encore, au cours de notre vie un regard qui juge, une méconnaissance de ce que nous vivons et un manque d'information sur une question devenue sujet de société : l'obésité

Ce site a pour vocation de lutter contre les idées reçues qui isolent et participent à la difficulté de vivre plus gros que la moyenne. Il propose des activités : groupes de parole, accueil, activités physique, sensibilisation à certaines techniques de mieux être et de mieux vivre au service des personnes en difficulté avec leur poids.

« Un regard XXL » propose une autre façon de voir l'obésité et de la vivre au-delà de considérations médicales réelles mais qui ne résumant pas tous les aspects de nos vies.

<http://www.regardxxl.com/wordpress/>

## TRANSPOLE - GROUPE KEOLIS



TRANSPOLE, filiale du Groupe KEOLIS, exploite le réseau des transports en commun de la Métropole lilloise dans le cadre d'une Délégation de Service Public. Gestionnaire d'un réseau multimodal (Métro, Bus, Tramway, V'Lille, Parc-Relais...), TRANSPOLE a transporté plus de 169 millions de voyageurs en 2012. Chaque jour, l'entreprise agit pour offrir aux habitants de la Métropole lilloise la solution de mobilité adaptée à leurs besoins.

## VIVONS EN FORME



Le programme **Vivons en Forme** (VIF) est un programme national de prévention santé autour des questions alimentation et d'activité. Le manque d'activité physique et une alimentation déséquilibrée sont deux facteurs de risques clefs de maladies chroniques que sont le diabète, les maladies cardio-vasculaires, et certains cancers.

Le programme VIF, initié et piloté par l'**association FLVS**, est mis en œuvre depuis 2004 dans près de 240 communes adhérentes. Le programme VIF est un centre ressources pour les villes adhérentes proposant formations, outils et plan d'actions. La clé de son efficacité est la mobilisation synergique des acteurs locaux coordonnés par un chef de projet, sous l'impulsion du Maire et de ses élus.

L'objectif du programme Vivons en Forme est d'aider les familles à modifier en profondeur et durablement leur mode de vie dans un sens plus favorable à la santé. Les actions et messages du programme sont structurés autour de trois axes, en cohérence avec les recommandations du PNNS (Programme National Nutrition Santé) :

- Une alimentation équilibrée, diversifiée, abordable et plaisante au niveau familial
- La pratique d'activités physiques régulière pour tous, intégrée dans le quotidien
- Un environnement local favorable à l'intégration de ces bonnes pratiques





*Jean-Pierre MOLLIERE - Anne DUQUESNOIS - Dominique BAERT*



*Marie CITRINI*



*Jean-Michel LECERF*



*Amélie DESROSIERS*



*Sandrine SEGOVIA KUENY*



*Agnès LOMMEZ*



*Atelier 1*



*Atelier 2*



*Atelier 2 - Khalid HAMDANI et Jean-Marie THEPOT*



*Atelier 3*



*Atelier 3 - Eric PELISSON*



*Atelier 4*



*Salle*

## ***Mot de l'Elue***

Je remercie Monsieur Dominique BAERT, Député-Maire d'avoir autorisé l'organisation de ce colloque à Wattlelos ainsi qu'Eric PELISSON, Directeur Général des Services qui s'est considérablement impliqué dans cette aventure.

Ce colloque est le fruit d'une collaboration étroite entre les membres d'une équipe municipale mais je tiens à accorder un merci particulier pour son investissement, à Sylvie DELGRANGE, notre « Chef d'orchestre », toujours présente et disponible et qui a retranscrit l'intégralité des débats afin de concevoir cet ouvrage.

Docteur Anne DUQUESNOIS

Malgré le travail d'écriture, de relecture, de compilation qu'exige un tel document, des omissions, des erreurs peuvent subsister pour lesquelles nous sollicitons l'indulgence du lecteur.

La ville de Wattlelos et les deux co-responsables de la direction de l'édition déclinent toute responsabilité quant aux propos exprimés à l'occasion du colloque, aux références, citations et illustrations, qui n'engagent que leurs auteurs.

Le lecteur acceptera les limites, les imperfections, les styles des écrits ici publiés qui reflètent la grande diversité des intervenants à ce colloque.

