



Actes

Colloque régional “Obésité et précarité”

Mardi 13 mars 2007
Hôtel de Région, Marseille



Sommaire

Allocutions d'ouverture

Joël CANAPA, Vice-Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur	p. 5
Jean CHAPPELLET, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales PACA	p. 6
Matinée animée par le Pr Jean-Louis SAN MARCO, Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine de la Timone, Marseille	p. 10

Première table-ronde

La préservation du potentiel santé : facteurs individuels et responsabilité collective

➤ Le point de vue du psychosociologue , Thémis APOSTOLIDIS, Maître de conférences, UFR Psychologie sciences de l'éducation, Aix-en-Provence	p. 11
➤ Le point de vue du généticien , Pr Anne MONCLA, Département de génétique médicale, Hôpital des enfants de la Timone, Marseille	p. 13
➤ Les ressorts utilisés par la publicité pour associer alimentation et protection de la santé , Christophe GUALA, UFC Que choisir, Marseille	p. 15
Echanges avec la salle	p. 25

Deuxième table-ronde

Précarité et obésité : éléments de connaissance

➤ Les chiffres de l'obésité en Provence-Alpes-Côte d'Azur , Aurélie BOCQUIER, responsable du pôle "Observation de la santé", Observatoire régional de la santé PACA	p. 29
➤ L'aide alimentaire en France et ses bénéficiaires : Présentation des études E3A et ABENA , Nicole DARMON, UMR INSERM / INRA / Faculté Aix-Marseille II, Faculté de médecine de la Timone, Marseille	p. 33

Après-midi animée par Zeina MANSOUR, Directrice du CRES PACA

Troisième table-ronde

Précarité, alimentation et activité physique

- **Obésité et trajectoires sociales**, Virginie MASDOUA, socio-anthropologue de l'alimentation, CNRS, Université de la Méditerranée, Aix-en-Provence p. 39
- **Impact des contraintes budgétaires sur les choix alimentaires**, Nicole DARMON, UMR INSERM / INRA / Faculté Aix-Marseille II, Faculté de médecine de la Timone, Marseille p. 41
- **Les difficultés de prise en charge des publics précaires**, Dr Céline ROMAN, pédiatre, consultation d'obésité pédiatrique, la Timone enfants, Marseille p. 43
- **L'activité physique, une démarche culturelle**, Pierre THERME, Professeur des universités, UPRES "Sport et adaptation", Faculté Aix-Marseille II p. 46
Echanges avec la salle p. 50

Quatrième table-ronde

Quelques initiatives régionales auprès de publics précaires

- **L'exemple de l'Union Diaconale du Var**, Dr Patrick PEYCRU, médecin, Toulon p. 53
- **Gastronomie et diététique en milieu scolaire**, Dominique VALADIER, chef cuisinier du lycée l'Empéri, Salon-de-Provence p. 56
- **Un programme de formation des personnels de l'aide alimentaire**, Nathalie MERLE, directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé des Bouches-du-Rhône p. 57
- **La stratégie des Restos du Cœur**, Daniel PARIN, Président de l'association départementale des Bouches-du-Rhône, p. 60
- **et de la Banque alimentaire 13**, Henri-Pierre SOUBIRAN p. 61
Echanges avec la salle p. 61

Clôture

Pascal LISSY, Vice-président du CRES PACA, Président du CoDES des Hautes-Alpes et Président de la CPAM 05 p. 62

Composition du comité de pilotage organisateur :
Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur
DRASS PACA - CRES PACA
Observatoire Régional de la Santé PACA
Dispositif Régional d'Observation Sociale

Allocutions d'ouverture

Joël CANAPA

Vice-Président de la région

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Bienvenue dans l'hémicycle de l'Hôtel de Région, lieu de la démocratie où se prennent des décisions qui engagent l'avenir de la région. C'est une volonté symbolique forte d'accueillir des thématiques de santé dans ce lieu car nous pensons que ces questions font partie intégrante des décisions structurantes de la Région.

Je voudrais accueillir Jean Chappellet, directeur régional des affaires sanitaires et sociales, le Professeur Jean-Louis San Marco, du Laboratoire de santé publique, Zeina Mansour, directrice du CRES chargée par le Conseil Régional d'organiser ce colloque, mon collègue et ami, René Giorgetti, président de la commission santé-solidarité et enfin le Dr Gaunet-Escaras, adjointe au maire de Marseille.

Je vous prie d'excuser Michel Vauzelle, retenu par d'autres obligations alors que le thème de ce colloque lui tenait à cœur. Il nous a demandé à René Giorgetti et à moi-même de le tenir informé des analyses qui seront produites aujourd'hui.

Je suis très heureux de vous accueillir à l'Hôtel de Région pour ce colloque sur le thème "*obésité et précarité*".

Ce thème représente un enjeu de santé publique majeur. L'obésité gagne du

terrain, elle menace nos enfants, elle touche en particulier les plus démunis. Il est donc indispensable de lui opposer de véritables mesures de justice sociale et aussi une véritable stratégie en matière de politique alimentaire et d'éducation à la santé.

On pourrait se satisfaire de ce que la prévalence de l'obésité en région PACA se situe sous la moyenne nationale, 10,9% contre 12,4% pour l'année 2006. Mais, ce serait faire peu de cas de son augmentation de plus 70% en l'espace de neuf ans. L'enjeu est de taille particulièrement quand on sait que l'obésité et le surpoids sont des déterminants dans l'apparition chez l'adulte de pathologies graves telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et certains cancers. Au quotidien, l'obésité et le surpoids sont souvent synonymes de mal-être à la fois psychologique et somatique mais aussi social.

Il est impossible pour la Région de ne pas réagir devant un tel problème sanitaire, même si le domaine de la santé relève des compétences de l'Etat.

La Région a fait le choix de placer la santé des jeunes et des plus démunis parmi ses axes prioritaires en développant des politiques de prévention et d'éducation à la santé. Le comportement alimentaire résulte d'un apprentissage. Il est indispensable, si l'on veut endiguer la progression épidémique du surpoids, d'assurer aux jeunes la meilleure éducation possible en matière de diététique et de nutrition.

Si la Région et le CRES ont fait le choix d'un sujet aussi précis sur la relation entre l'obésité et la précarité, c'est par volonté de mettre en œuvre une politique de lutte contre l'obésité qui soit la plus pertinente possible. Nombre d'études ont mis en évidence l'existence d'une relation inverse entre le niveau de revenu et la prévalence de l'obésité. Les populations les plus vulnérables sont aussi celles qui sont les plus touchées par des problèmes de surpoids faute d'avoir accès à une alimentation de qualité et à une information sur la qualité nutritionnelle.

Il semble indispensable que des actions spécifiques en direction des publics les plus démunis soient mises en place ; l'éducation pour la santé, seule, ne peut suffire.

Au-delà des priorités en matière de santé publique, la Région a également assuré de son investissement tout projet d'action ayant pour but de lutter contre les exclusions et la précarité.

C'est donc pour ces raisons que la Région a tenu à ce que ce colloque soit organisé aujourd'hui car il est impératif d'engager une réflexion sur la question du surpoids et de ses déterminants, sur les liens qui l'unissent à la précarité.

Ce colloque se veut donc l'opportunité de réunir les professionnels de l'éducation, du sanitaire et du social de la région pour que le débat soit lancé. Il devrait être riche d'enseignements sur les moyens d'agir concrètement puisqu'il sera également l'occasion de présenter des actions menées en région en vue d'améliorer l'offre alimentaire en direction des jeunes et des plus démunis.

En mon nom propre, au nom de René Giorgetti et au nom de Michel Vauzelle, je vous souhaite une bonne journée de travaux fructueux qui iront tous, je n'en doute pas, dans l'intérêt général.

Jean CHAPPELLET

Directeur régional des affaires sanitaires et sociales PACA

Je vous remercie, Monsieur le Président, de me donner la parole pour l'ouverture de ce colloque consacré au thème "obésité et précarité", thème qui nous place d'emblée au cœur de notre politique de santé publique, au centre de nos objectifs régionaux de santé et du plan régional de santé publique.

Comme dans tous les pays développés, l'obésité croît rapidement en France, spécialement depuis le début des années 1980, et a même tendance à s'accélérer depuis le début des années 1990. Cette épidémie, pour reprendre le terme utilisé par l'OMS, pourrait n'être qu'une manifestation de la transition alimentaire mise en évidence par les géographes ou les économistes si elle n'avait de si importantes conséquences et ne faisait le lit de maladies graves et coûteuses : maladies cardiovasculaires, diabète, cancers ; on estime à 800 M d'euros, le coût des pathologies attribuables à une mauvaise nutrition.

Plus grave, l'obésité apparaît de plus en plus tôt (16 % des enfants sont en surpoids, contre 5 % en 1980), ce qui

augure mal de leur santé à l'âge adulte voire de leur espérance de vie. Plus grave encore, l'écart entre les groupes sociaux s'est accru fortement : la prévalence de l'obésité est environ trois fois plus élevée chez les personnes de faible statut socio-économique que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Et les enfants issus de milieux défavorisés cumulent les risques : 25 % d'entre eux seraient en situation de surpoids, ce qui est de 10 points supérieurs à ce que l'on constate dans le reste de la population.

Un tel constat ne peut laisser de marbre les autorités chargées d'améliorer la santé publique, qu'elles soient nationales ou déconcentrées ; car améliorer la santé publique, c'est en France d'abord lutter contre la mortalité prématurée et évitable, laquelle frappe d'abord les plus défavorisés.

C'est ainsi qu'au plan national ont été prises trois dispositions qui intéressent notre sujet :

- l'inscription dans la loi de santé publique du 9 août 2004 d'objectifs liés à la nutrition, à la réduction de l'obésité et à l'amélioration de la santé des populations précaires,
- ensuite, la mise en place d'un programme de prévention national nutrition-santé 2001-2006 (PNNS) visant à établir un socle de repères nutritionnels et à les faire connaître par des campagnes de communication de grande ampleur :

vous connaissez tous ces messages, qui consistent en la diffusion de guides INPES ou de messages sanitaires dans les publicités alimentaires. Les messages destinés à la population générale intéressent également les populations défavorisées, sous réserve qu'ils leur soient rendus accessibles,

- enfin le plan triennal d'amélioration de l'aide alimentaire décidé par le comité interministériel de lutte contre l'exclusion ; cette action vise à diffuser les recommandations du PNNS de façon adaptée à leur public, aux bénévoles de l'aide alimentaire pour :
 - adapter l'aide aux besoins des personnes, en quantité et en qualité (augmenter la mise à disposition de fruits et légumes et de produits de la pêche retirés du marché au titre de la régulation des prix),
 - améliorer les connaissances du réseau de distribution de l'aide alimentaire,
 - optimiser les moyens logistiques de gestion et de distribution de l'aide alimentaire.

Nous nous sommes évidemment inscrits, en région PACA, dans ces perspectives de façon d'autant plus volontaire que la situation y est encore plus préoccupante qu'au plan national :

- entre 1997 et 2000, la région PACA voit la prévalence de l'obésité augmenter de plus de 48 %,
 - l'accélération de la tendance est particulièrement inquiétante en terme de santé publique, d'autant qu'elle survient à un

âge précoce : il existe chez l'enfant de 5 – 6 ans une prévalence encore plus précoce qu'au plan national, 15,6 % en PACA contre 14,4 % en moyenne nationale,

- PACA est également une région touchée par la précarité, comme l'indique le nombre de bénéficiaires de minima sociaux (RMI, API, AAH), le nombre de ZUS et de ZEP et le nombre de demandeurs d'emplois.

Nous avons donc aidé, en complément des actions menées au plan national, par des financements, une soixantaine d'actions pour un montant d'environ 500 000 euros :

- formation des professionnels : enseignants, personnels des cantines scolaires,
- information – sensibilisation – éducation nutritionnelle des élèves : organisation de petits déjeuners dans les établissements scolaires,
- actions à destination des publics : jeunes et leurs parents, jeunes en réinsertion, familles précaires,
- promotion d'une bonne hygiène de vie pour les publics très précarisés,
- distribution d'un calendrier destiné à informer les personnels des associations de distribution d'aide alimentaire et des CHRS... notamment en ce qui concerne la confection de repas équilibrés et peu onéreux. Pour les familles précaires, la nutrition est une porte d'entrée pour parler plus globalement de la santé : 17 000 calendriers ont été diffusés auprès des DDASS, du CRES et des CODES.

Ces actions ont été menées en étroite collaboration entre les acteurs du social et les acteurs de la santé. Car je pense qu'agir sur la santé c'est agir sur l'insertion sociale. J'ai ici un ouvrage¹ très intéressant fait dans le cadre d'un centre social par des personnes d'origine étrangère en situation précaire qui ont collecté les recettes de leur pays, du pourtour méditerranéen, à vocation nutritionnelle très intéressante, et qui se sont ainsi insérées en utilisant leur culture d'origine.

Mais tout cela n'est pas suffisant, car la tendance n'est pas bonne ; c'est pourquoi une deuxième version du plan national nutrition-santé, le PNNS 2, comporte des ambitions nouvelles en matières :

- de prévention, tournées sur l'éducation nutritionnelle et prévoyant d'agir aussi sur l'offre alimentaire,
- de dépistage précoce et de prise en charge des troubles nutritionnels (l'obésité, la dénutrition),
- de recherche et d'expertise en matière nutritionnelle,
- enfin, de ciblage sur les populations défavorisées et les personnes précaires, appuyé sur la mobilisation des associations et des collectivités locales.

Ces mesures spécifiques doivent permettre :

- de mieux sensibiliser les populations concernées par des outils de communication plus adaptés,
- de faire appel aux réseaux sociaux, en formant les personnels de ces réseaux,
- de pérenniser les actions vis-à-vis des populations recourant à l'aide alimentaire ; nous consacrons chaque

(1) *Alimentation méditerranéenne et santé*. Editions Barthélémy. 2005

année 250 000 euros à l'achat de produits pour les distribuer par l'aide alimentaire,

- de multiplier les actions locales portées par les communes, les Conseils généraux, les entreprises.

Avoir un cadre national d'action est une condition nécessaire mais pas suffisante ; encore faut-il les traduire dans nos politiques régionales. Et en PACA, c'est indispensable : non seulement parce que les données épidémiologiques dont on a longuement parlé nous y incitent, mais aussi parce qu'il y a une demande forte d'actions dans ce domaine ; les signes en sont nombreux : lorsque nous avons fait, dans chacun des bassins de santé de proximité, les consultations locales préalables à l'établissement du PRSP, systématiquement est revenu le thème de l'obésité et de la précarité.

La quasi-totalité des ateliers santé ville comporte dans leurs plans locaux de santé publique un objectif d'amélioration de la nutrition.

C'est pourquoi, le plan régional de santé publique, que vous connaissez tous, approuvé par le Préfet de Région en juin dernier, comporte un programme : *"promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique"* ; c'est pourquoi également le thème de la nutrition et de la lutte contre la précarité est repris dans deux autres programmes à destination de populations spécifiques : le programme 16, programme de santé scolaire et d'éducation à la santé, et bien sûr le programme 19 – le PRAPS – qui consacre un objectif à la

promotion de l'équilibre alimentaire sur les territoires les plus marqués par la précarité et notamment Marseille, Avignon, Toulon, Hyères, Martigues et Arles.

Le conseil d'administration du groupement régional de santé publique, dans son vote de novembre dernier, a prévu de consacrer à ces trois programmes 1,6 M d'euros, ce qui devrait permettre de donner suite à bon nombre d'actions ; je note d'ailleurs que ces projets sont nombreux, puisqu'une centaine a été déposée ; ils sont actuellement en cours d'étude. Enfin, dans la mesure où de multiples institutions sont concernées par l'amélioration de l'équilibre nutritionnel, dans la mesure également où la santé publique suppose la mise en place d'actions coordonnées, je proposerai prochainement au Préfet de Région de mettre en place un comité de pilotage du PNNS 2 dans lequel évidemment seront représentés les intervenants du domaine social, les collectivités locales, le milieu associatif, les administrations et les industriels de la production ou de la distribution des repas.

Pour conclure d'une phrase, je rappellerai deux évidences :

- lutter contre la mortalité prématurée, c'est d'abord agir sur les addictions, les accidents de la route, la souffrance psychique et l'équilibre nutritionnel,
- la première cause du mauvais état de santé, c'est la précarité, nous dit l'OMS.

Se préoccuper de l'équilibre nutritionnel des populations précaires ne peut donc qu'être un thème prioritaire de nos politiques de santé publique.

J'attends donc avec intérêt les résultats de vos travaux et je souhaite que toutes les institutions représentées dans cette salle puissent participer de façon coordonnée à la mise en place d'actions sur la nutrition.

Pr Jean-Louis San Marco

Laboratoire de Santé publique, Faculté de Médecine de la Timone, Marseille

Le défi auquel nous sommes confrontés, celui de l'explosion de l'obésité des jeunes et plus particulièrement celui des jeunes précaires dans notre région, est un défi majeur de santé auquel nous ne répondrons pas avec une simple réponse sanitaire. La seule réponse possible, culturelle, passe par l'éducation au sens de l'appropriation de connaissances pour gérer sa santé. Cette réponse doit être ciblée à chaque sous-population, celle des jeunes précaires échappe souvent à nos actions et particulièrement aux campagnes de prévention.

Les jeunes sont en perte de référence culturelle ; il faut leur redonner confiance, confiance en ce qu'ils sont, confiance en ce qu'ils peuvent devenir. La santé, et en particulièrement leur aspect physique, constitue un élément de leur épanouissement qui est notre objectif principal.

Je vous remercie et donne la parole à Zeina Mansour.

Zeina Mansour Directrice du Comité régional d'éducation pour la santé PACA

Je vous remercie. Je voulais rebondir sur le terme "coordination" qui a été plusieurs fois employé ce matin en tribune, pour

vous rappeler combien la coordination est nécessaire pour atteindre un objectif de santé publique, notamment celui qui nous intéresse aujourd'hui. La coordination a été au centre de l'organisation de cette journée et je tiens à remercier les structures avec lesquelles nous avons organisé cette rencontre : le Conseil régional et ses équipes, le comité d'organisation composé de la DRASS, de l'ORS et du DROS.

Nous nous apercevons combien la réflexion d'aujourd'hui est collective en analysant les inscriptions : 250 participants issus des Conseils généraux, des mairies, de l'Education nationale, de l'Assurance maladie, des facultés de médecine et des sports, des IFSI, des laboratoires, des mutuelles, du pôle européen des fruits et légumes, des enseignants, des chercheurs, des CFA, la Protection judiciaire de la jeunesse, les Espaces santé jeunes, les ASV, des journalistes, des associations et bien sur mes collègues des CoDES.

Nous ne sommes pas seuls face à cette situation de santé et nous espérons que toutes nos forces pourront faire évoluer la situation favorablement.

Pr Jean-Louis San Marco

La matinée est organisée en 2 parties : la première porte sur les déterminants de l'obésité et la seconde permettra d'analyser les relations entre obésité et précarité. Je donne tout de suite la parole à Thémis Apostolidis qui va nous présenter le point de vue du psychosociologue.

Première table ronde

La préservation du potentiel santé : facteurs individuels et responsabilité collective

Thémis APOSTOLIDIS

Maître de conférence, UFR Psychologie des sciences de l'éducation, Aix-en-Provence

Le point de vue du psychosociologue

Je vais essayer de partager avec vous un certain nombre de réflexions qui sont celles de ma place d'observateur armé, chercheur en psychologie sociale de la santé et impliqué dans la réflexion sur les comportements de santé et la prise de risque.

J'ai structuré ma présentation en deux temps. Dans un premier temps, j'aborderai la question de la précarité en tant que contexte social spécifique qui pose des questions par rapport à la santé. Puis, dans un second temps, je partagerai avec vous des réflexions par rapport au modèle de la psychologie sociale de la santé qui nous permet d'identifier les facteurs en jeu dans la prise de risque et les comportements de santé.

La notion de précarité est habituelle dans le champ de la santé publique depuis quelques années, mais il me semble important de la définir. Il s'agit d'une notion difficilement conceptualisable.

Quand on parle de précarité, on parle tout d'abord d'un processus structurel dynamique et complexe. La précarité en tant que processus est à la base de

situations hétérogènes, instables et évolutives qui génèrent une vulnérabilité d'ordre psychologique, économique et sociale. Les travaux sociologiques nous ont permis de comprendre que la précarité est en lien avec l'évolution récente du rapport au travail ; elle est définie par le sociologue Serge Paugam comme le résultat de la déstructuration du rapport au travail. De ce point de vue, il s'agit d'un processus structurel qui ne peut s'analyser au même titre que la situation de pauvreté. Pauvreté n'égale pas précarité ; précarité n'égale pas pauvreté. La situation est plus complexe.

Quand on parle de précarité, on parle d'une place sociale qui génère une vulnérabilisation multidimensionnelle pouvant conduire à la marginalisation par rapport à l'intégration sociale et aux conditions d'existence. Du point de vue de la psychologie sociale, la précarité est un état psychosocial marqué par l'instabilité et l'incertitude.

Cet état est difficile à circonscrire de façon mécanique à partir des seules caractéristiques socio-économiques des individus. Cela nous amène à penser qu'il est nécessaire de définir la notion de précarité de façon multidimensionnelle.

Pour les anthropologues, la situation de précarité, de privation, révèle la violence structurelle qu'exerce une société sur

les personnes marginalisées, ce qui rend difficile l'analyse du rapport entre santé et précarité même si cette question est au cœur des politiques publiques depuis une dizaine d'années.

Lorsque Zeina Mansour m'a demandé de partager avec vous mes réflexions sur la précarité, je me suis rappelé un entretien avec une fille précaire à Marseille en 1999 dans le cadre d'une recherche sur la santé et la précarité chez les jeunes. Elle avait 18 ans et elle disait : "Pourquoi prendre soin de ma santé ? Je sais que dans 10 ans, je n'aurai plus de dent, je ne pourrai plus manger de viande. Je vis au jour le jour car je sais comment je vais finir". Ce témoignage montre comment, dans l'espace de la précarité, les gens intériorisent un devenir social dans lequel ils ont une grande clairvoyance de leur situation. Il convient de penser à une action qui cherche à agir sur différents types de déterminants. Beaucoup d'études ont montré que le lien entre le niveau de connaissance et le comportement de santé n'était pas un lien mécanique. Le savoir diffusé par les campagnes d'information ne suffit pas à faire changer le comportement. Le tabagisme, le Sida, le dépistage des cancers sont des exemples globaux par rapport à l'ensemble de la population et pas seulement par rapport à la population précaire, qui montrent que l'on peut avoir un niveau d'information élevé et pourtant ne pas adopter un comportement de santé en adéquation avec son niveau de connaissance. Par rapport à la précarité, il faut penser à une action conjointe

sur l'ensemble des déterminants : il faut d'abord informer, agir sur les déterminants cognitifs mais il faut aussi agir sur les déterminants sanitaires, l'offre de soins, les modes d'accès aux soins, la prise en charge. La précarité nous amène à agir sur des déterminants psychosociologiques en terme d'identité, d'aspiration, de compétence psychosociale et aussi sur des déterminants socio-économiques comme les conditions de vie et l'insertion sociale. La précarité nous amène à réfléchir à cette action conjointe sur des déterminants sanitaires et non sanitaires. Cela nous amène à lutter contre la désaffiliation sociale qui amène des jeunes et des moins jeunes à construire des repères normatifs parallèles. Les normes sociales ne sont pas les mêmes dans les situations de précarité. Les gens savent ce qu'il faut faire dans l'idéal cependant, il y a l'idéal et la réalité. Dans un deuxième temps maintenant, j'aimerais aborder avec vous un certain nombre de questions relatives aux apports de la psychologie sociale de la santé. Pour la psychologie sociale de la santé, les comportements de santé sont des comportements sociaux complexes, éminemment normatifs et culturels.

Pour influencer sur un comportement de santé, un certain nombre de variables peut agir :

- les variables de type psychologiques, par exemple la perspective temporelle ; plus les gens sont capables de se projeter dans l'avenir, plus ils adoptent des comportements de santé qui sont des comportements d'anticipation,

- les variables psychosociales liées aux questions de la norme sociale : il a été montré que les gens adoptent un comportement à partir du moment où ils savent que ce comportement est souhaité par leur environnement relationnel. C'est ce qu'on appelle en psychologie sociale la norme subjective, c'est-à-dire la perception du désir de gens importants pour soi.

Dans les années 50 aux Etats-Unis, les premiers travaux de psychologie sociale portant sur le changement d'habitudes alimentaires ont montré qu'il était plus facile de faire changer l'individu en changeant les normes du groupe. La force qui s'oppose le plus au changement est la force de l'habitude, de la conformité par rapport à la norme sociale.

C'est pourquoi, le modèle d'éducation à la santé doit viser le changement de norme sociale. La précarité pose des questions spécifiques, pose des urgences spécifiques mais je ne pense pas qu'il faille penser la précarité de façon spécifique, il faut pouvoir l'articuler avec un modèle plus global par rapport à l'éducation pour la santé. Je vous remercie.

Pr Anne MONCLA

*Département de génétique médicale,
Hôpital des enfants de la Timone,
Marseille*

Le point de vue du généticien

Sur le plan génétique, j'ai choisi de vous présenter 3 grands cadres : les obésités syndromiques, les obésités monogéniques et l'obésité polygénique.

Les obésités syndromiques ont une base génétique pratiquement pure. Elles ont été décrites par des pédiatres depuis quelques années. Elles concernent des enfants qui présentent, en général, des difficultés intellectuelles, comme dans le syndrome de Prader-Willi, que l'on trouve dans des familles pratiquement normales sur le plan social mais qu'on va trouver fréquemment dans un état de précarité. Ces syndromes sont extrêmement rares.

Je vais vous présenter le syndrome de Prader-Willi qui est le plus fréquent. Il concerne 1 enfant sur 15 000 à la naissance ; dans la région, environ 6 enfants par an naissent avec ce syndrome.

Il a été décrit par M. Prader dans les années 60 mais il a fallu attendre 30 ans pour savoir qu'il est lié à une anomalie chromosomique, à une perte d'un petit fragment du chromosome 15. C'est un syndrome très connu : de la naissance et jusqu'à 2-3 ans, les enfants sont hypotoniques, ils ont des difficultés alimentaires et ont donc un poids inférieur à la normale. Cette hypotonie va petit à petit disparaître et vers l'âge de 3 ans va apparaître un changement de comportement alimentaire absolument caractéristique. Sur une période de 6 mois, sans prise en charge, ils vont développer une obésité massive, l'obésité la plus sévère que l'on puisse voir chez l'homme. Le comportement alimentaire des adultes se caractérise par une absence de satiété. Ils ont toujours faim et lorsqu'on les prive d'alimentation, ils sont capables d'ingérer des substances non comestibles.

Ce syndrome est très étudié pour essayer d'identifier les gènes à l'origine de ce comportement et de l'apparition de l'obésité massive.

A ce jour, malgré l'identification de nombreux gènes, aucun n'a pu être donné comme responsable de ce comportement et du développement de l'obésité. Cela dit, il y a quelques voies physiopathologiques : ces personnes ont un dérèglement hypothalamique et secrètent en excès la gréline, une hormone présente dans l'estomac. Dans leur cas, cela va augmenter la voie d'absorption alimentaire ce qui inhibe cette sensation de satiété que l'on a tous au terme d'un repas.

Le deuxième grand cadre concerne les obésités monogéniques : ce sont des obésités pures sans autres signes cliniques associés. Elles sont monogéniques car on les trouve dans certaines familles avec des transmissions dominantes.

Elles sont très difficiles à identifier à l'intérieur du cadre de l'obésité commune. Les patients ont fait l'objet de nombreuses études génétiques. Les chercheurs ont voulu savoir si les défauts observés chez les personnes obèses se retrouvaient dans les mêmes gènes. C'est le cas pour 11 d'entre eux : ce sont des gènes qui interviennent sur la régulation de l'absorption alimentaire et l'appétit. La leptine et la mélanocortine produisent des protéines agissant en cascade. Un défaut au niveau de la cascade peut induire ces obésités.

Cela ne représente que 2,5% des sujets obèses. L'obésité commune a fait l'objet de nombreux travaux génétiques appuyés

par les laboratoires pharmaceutiques dans l'idée probablement de trouver des thérapeutiques agissant plus au niveau génétique qu'environnemental pour améliorer le confort des patients.

Ces études génétiques tentent de trouver les gènes qui pourraient être impliqués dans l'obésité.

En fait, de multiples gènes sont impliqués dans l'obésité mais ils ne présentent pas de défaut. Ils présentent des variants - le génome varie d'un individu à l'autre - communs aux personnes obèses. Ils constituent un facteur de prédisposition génétique à développer une obésité dans des conditions environnementales permissives, comme c'est le cas aujourd'hui dans nos sociétés.

Ces gènes sont soit des gènes impliqués dans l'absorption alimentaire et sa régulation, soit des gènes impliqués dans le métabolisme énergétique mais également dans le métabolisme du tissu adipeux. En France, deux grands groupes travaillant sur les facteurs génétiques à l'origine des obésités ont identifié certains variants plus communs dans la population des obèses qui donnent un facteur de risque pour développer différents types d'obésité.

La génétique peut probablement apporter des améliorations dans la compréhension de la physiopathologie mais pour l'obésité commune, il est fort peu probable que cela ait un impact majeur par rapport à la prévention qui doit être faite par rapport aux conduites alimentaires.

P^r Jean-Louis San Marco

Il est intéressant d'avoir commencé la journée par la double présentation des problèmes qui sous-tendent la constitution d'une obésité, des problèmes constitutionnels et des problèmes acquis. Je retiens de la présentation très complète de M^{me} Moncla l'inégalité des individus vis-à-vis de la prise de poids.

Christophe GUALA, *UFC Que choisir, Marseille - Obésité et publicités télévisées*

Quelles mesures de protection pour les enfants ?

En septembre 2006, UFC Que Choisir mettait en lumière le déséquilibre des aliments présentés dans les publicités diffusées à la télévision lors des programmes pour enfant, et démontrait également l'influence néfaste de ces publicités sur les comportements alimentaires.

A partir de ce constat, il a été demandé aux pouvoirs publics de mettre en place une protection spécifique des enfants vis-à-vis des publicités télévisées.

Ces dernières semaines, a été mise en application la mesure prévue par la loi de santé publique de 2004, consistant à insérer des messages sanitaires lors des communications commerciales pour les aliments transformés.

Nous avons voulu mesurer l'impact de cette mesure auprès d'un échantillon de 704 consommateurs et par-là vérifier si ces messages pouvaient aider parents et

enfants à améliorer leur alimentation, en identifiant les produits revêtant ou non un intérêt nutritionnel.

Au terme de cette étude, UFC Que Choisir arrive aux conclusions suivantes : d'une part, ce que des études antérieures ont dénoncé est avéré : la publicité exerce une influence sur les comportements alimentaires, d'autre part, les messages sanitaires sont insuffisants au regard des enjeux.

Les experts ainsi que différentes études ont démontré l'influence de la publicité sur les comportements alimentaires.

Dès juin 2000, l'Inserm, reconnaissant la gravité de l'obésité et la qualifiant d'épidémie, recommande des mesures de dépistage et de lutte contre la sédentarité.

Il remarque que "l'être humain ingère de plus en plus d'aliments manufacturés riches en sucre et matières grasses". La prévention de l'obésité chez l'enfant passe donc par une alimentation équilibrée et une connaissance de ses besoins énergétiques en fonction du poids et de l'âge.

Les experts recommandent aux autorités d'exercer un contrôle rigoureux sur les messages publicitaires, voire d'interdire ceux destinés aux enfants.

En juillet 2004, l'Afssa constate l'accroissement des déséquilibres au cours des dernières années, notamment la consommation de certains aliments (biscuits) et boissons (sodas) qui a explosé. Est en cause l'exposition à la publicité télévisée, avec le constat suivant : c'est dans les pays dont les chaînes enfantines montrent le plus de

publicités alimentaires que l'on a les taux les plus élevés d'enfants obèses.

Les enfants doivent être protégés de façon efficace et durable, leur sens critique est inopérant, l'interdiction de la publicité alimentaire à destination des enfants est une mesure cohérente et proportionnée.

En octobre 2002, une étude pour le compte de la Direction Générale de la Santé révèle que 70% des publicités diffusées pendant les programmes pour enfants portent sur des produits alimentaires dont la plupart (70%) sont particulièrement sucrés et/ou gras.

Un deuxième volet de cette étude semblait montrer une forte imprégnation des publicités télévisées chez les enfants étudiés.

En septembre 2003, la Food Standards Agency (Grande Bretagne) établit le lien entre la publicité pour les produits alimentaires et l'influence sur les préférences, le comportement d'achat et la consommation des enfants.

L'étude d'UFC Que Choisir de septembre 2006 vient corroborer les précédentes. Les résultats sont accablants : les enregistrements des publicités sur quatre chaînes nationales de télévision et une chaîne spécialisée "enfants" montrent que 89 % des spots publicitaires diffusés pendant les programmes pour enfants sont en contradiction complète avec les recommandations nutritionnelles officielles.

Le deuxième volet de cette étude a été réalisé auprès de 704 parents et enfants à travers toute la France.

Il explique comment et pourquoi les produits déséquilibrés mis en avant dans ces spots se retrouvent finalement dans les assiettes des enfants.

Le premier facteur est l'exposition aux publicités. 60 % regardent la télévision tous les jours en rentrant de l'école, 32 % ont la télévision directement dans leur chambre.

2^{ème} facteur : ces publicités sont très bien retenues par les enfants, 70% sont capables de décrire précisément un spot pour des céréales.

3^{ème} facteur : elles font systématiquement préférer le produit mis en avant à la télé, plutôt que le produit concurrent sans soutien publicitaire. Quant aux parents, ils reconnaissent dans leur grande majorité avoir beaucoup de mal à résister aux demandes des enfants.

Au-delà de la démonstration de l'influence de la publicité sur les comportements alimentaires, cette étude a permis de déduire que les 30 % d'enfants les plus exposés sont également ceux qui exercent le plus de pression sur leurs parents pour l'achat des produits alimentaires et ceux qui consomment les aliments les plus gras et les plus sucrés.

En clair : plus les enfants regardent la télévision et plus les produits qu'ils mangent sont déséquilibrés.

Face à ce constat alarmant, il est logique de s'interroger sur l'efficacité des messages sanitaires, qui semble insuffisante au regard des enjeux.

Elle tient à deux aspects : d'une part à l'opportunité manquée de la loi de santé publique de 2004, d'autre part à un impact limité révélé par notre enquête.

Si en 2004, les experts se sont déjà prononcés pour des mesures réglementaires restreignant la diffusion des publicités pour les produits alimentaires pendant les programmes pour enfants, les pouvoirs publics, contre toute attente, choisissent de ne pas toucher au contenu de ces publicités et proposent l'insertion de plusieurs messages sanitaires, censés attirer l'attention du public sur la nécessité d'une meilleure hygiène de vie et notamment sur l'équilibre alimentaire et de taxer l'annonceur sur la base d'un pourcentage des dépenses publicitaires engagées, ce qui permettra à l'INPES de financer des campagnes du type "5 fruits et légumes par jour".

Cette disposition controversée est intégrée à la loi de santé publique, votée en août 2004, dans une forme à portée encore plus réduite :

- la taxe initialement prévue à 5% est ramenée à 1,5 %,
- la hauteur du message est ramenée de 20 % à 7% de la hauteur totale de l'écran,
- les dispositions de police, de couleur ou de taille de caractère sont supprimées.

Elle ne sera mise en œuvre que 2 ans et demi après son vote, temps pendant lequel la France aura comptabilisé plus d'un million de personnes obèses supplémentaires.

Les faiblesses de ce dispositif de sensibilisation reposant sur des messages sanitaires

résident dans le fait que repose sur le seul consommateur l'entière responsabilité de changer son alimentation, alors qu'à plus d'un point de vue (économique, marketing, physiologique...) les comportements alimentaires ne sont pas libres, ils sont aussi la résultante de nombreux facteurs inconscients.

En n'agissant pas sur les autres facteurs qui déterminent ces comportements alimentaires, les pouvoirs publics privent les familles de moyens concrets pour améliorer la qualité nutritionnelle de leur alimentation.

La mesure de l'impact du message sanitaire : enquête auprès de 704 personnes

Nous avons souhaité mesurer précisément leur impact sur des consommateurs, en termes de visibilité, de lecture, de compréhension et de mise en œuvre.

L'étude portait uniquement autour du message suivant : "*Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé*".

Le média choisi était la télévision, car il est le plus porteur et celui auquel sont le plus exposés les enfants. Nous avons choisi un spot publicitaire existant et neutre, rejetant ainsi :

- les publicités mentionnant explicitement des bénéfices nutritionnels,
- les produits dont l'intérêt nutritionnel ou son absence d'intérêt sont évidents pour une majorité de consommateurs non avertis.

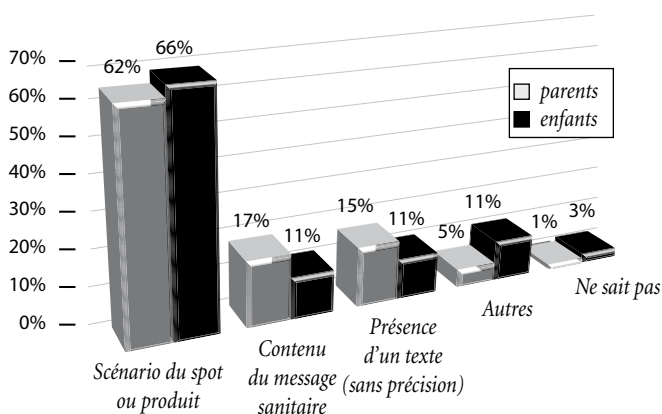
Au final, une publicité, sans argumentaire nutritionnel, portant sur des céréales du petit déjeuner. Conformément aux dispositions de l'arrêté et selon les

modalités de représentation, nous avons inséré le message sanitaire et choisi une vitesse de défilement du message assez lente, un texte imprimé en blanc sur fond noir, ainsi qu'une police et une taille de caractère rendant la lecture le moins difficile possible, compte tenu de la faible hauteur d'écran dévolue au message sanitaire. Afin de limiter les biais inhérents à toute étude déclarative, nous avons élaboré le questionnaire notamment :

- en ne mentionnant pas notre qualité d'association aux personnes interrogées,
- pour chaque question, nous avons choisi les formulations les plus neutres possibles, afin de ne pas induire de réponses.

Les résultats de l'enquête : le message sanitaire rate sa cible

description spontanée de la publicité (plusieurs réponses possibles)

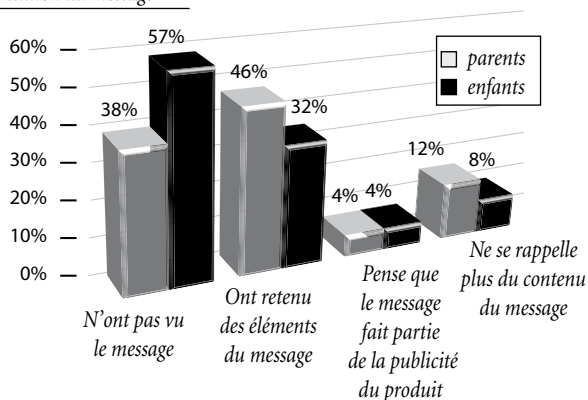


Le message capte très peu l'attention des consommateurs : l'énorme majorité des réponses concerne le spot publicitaire proprement dit et non le message sanitaire.

En ce qui concerne le message sanitaire proprement dit :

- seulement 17 % des réponses données par les parents concernent le contenu du message sanitaire ; 15 % mentionnent seulement la présence d'un texte,
- dans le cas des enfants, la perception spontanée du message est encore plus faible, puisque 11 % des réponses seulement concernent son contenu.

Mémorisation du message



Au final, même avec les relances de l'enquêteur :

- 38 % des parents et 57 % des enfants n'ont tout simplement pas vu le message sanitaire !

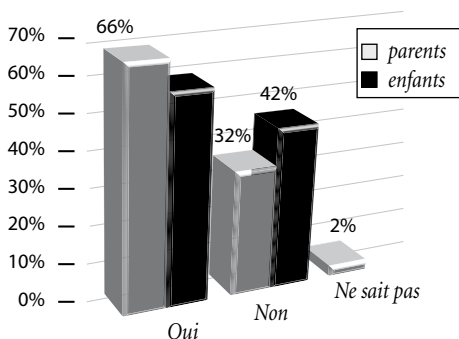
Comparé au 1^{er} volet de l'étude en septembre 2006, on constate que :

- le message sanitaire est rarement mentionné de manière spontanée en comparaison des autres éléments propres au spot publicitaire,

- près d'un consommateur sur deux ne l'a tout simplement pas vu,
- ces difficultés concernent en particulier les familles peu sensibilisées à l'alimentation ou la nutrition, les enfants les plus jeunes ou en situation de surpoids.

L'enquêteur a passé une deuxième fois le spot aux personnes interrogées, en montrant du doigt le message défilant au bas de l'écran, puis a demandé si celui-ci était facile à lire.

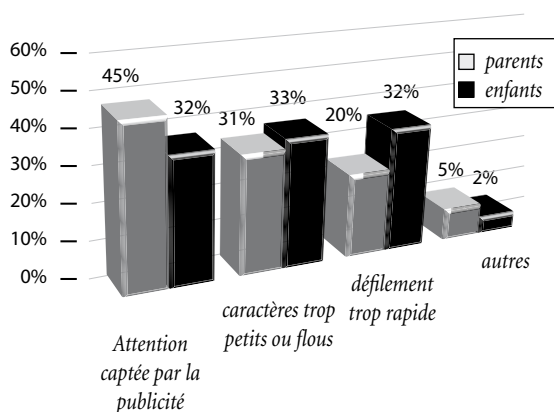
Est-il facile de lire ce message ? (après 2^{ème} passage de la publicité)



Si une majorité de personnes considère que le message est facile à lire, un tiers des parents et 40 % des enfants ont des difficultés, notamment les populations les plus concernées par l'obésité infantile :

- couches socioprofessionnelles moins favorisées,
 - enfants les plus jeunes.
- L'enquêteur a demandé à ces personnes les raisons de ces difficultés, en proposant différentes propositions de réponses.

Pourquoi ce message est-il difficile à lire ? (plusieurs réponses possibles)



- la première raison tient au fait que l'attention du téléspectateur est attirée avant tout par l'image,
- les enfants, et notamment les plus jeunes, ont le plus de difficulté à lire le message du fait de la taille des caractères ou de la vitesse de défilement.

On déduit de ces résultats que le message sanitaire est inadapté dans sa forme, pour atteindre les consommateurs compte tenu des caractéristiques du média télévision.

Puis l'enquête s'est consacrée à la compréhension et l'utilisation que les consommateurs pourront faire de ce message, dans le cas où ils auront pu le localiser et le lire.

Nous avons demandé aux personnes d'indiquer quelle était la signification du message sanitaire, sur la base de cinq propositions lues par l'enquêteur. Les réponses se divisent en deux groupes :

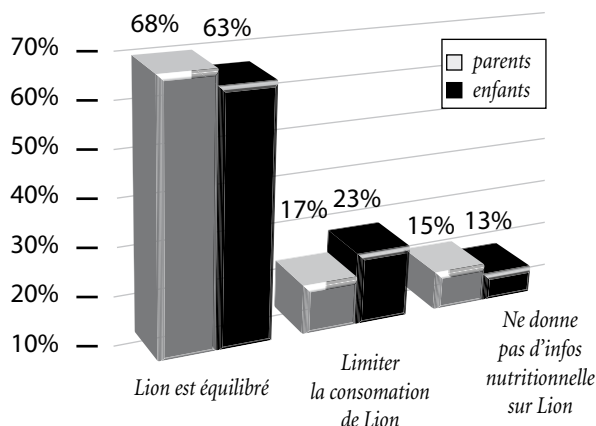
- celles reprenant des bases théoriques de la nutrition : ces réponses se contentent de paraphraser le message sanitaire sous

la forme de principes nutritionnels très généraux (comportements alimentaires, pratiques culinaires, ...),

- celles exprimant un jugement sur l'intérêt nutritionnel du produit, car elles permettent d'observer, sur la

base d'un exemple concret, comment les consommateurs sont susceptibles de traduire ces principes généraux de nutrition, dans leurs choix alimentaires de tous les jours.

Que signifie ce message sanitaire ? (uniquement en ce qui concerne les céréales lions)



On relève :

- une énorme majorité de consommateurs ayant une perception erronée de la valeur nutritionnelle du produit (66%) !
- chez les familles ayant choisi cette réponse, une proportion nettement plus élevée de produits déséquilibrés dans les placards et les réfrigérateurs.

A l'inverse, pour les rares personnes ayant donné une des deux interprétations correctes du message, on note :

- une forte proportion de parents appartenant aux catégories

socioprofessionnelles les plus favorisées,

- un intérêt marqué pour l'équilibre nutritionnel,
- des enfants passant nettement moins de temps devant la télévision.

Le message sanitaire, s'il était efficace, devrait pouvoir se traduire de manière concrète en aidant les consommateurs lors de leurs choix alimentaires, notamment en les aidant à identifier les produits ou les catégories d'aliments selon leur intérêt nutritionnel.

Or, 91 % des consommateurs sont dans l'incapacité d'appliquer correctement les messages sanitaires au produit mis en avant dans ce spot publicitaire.

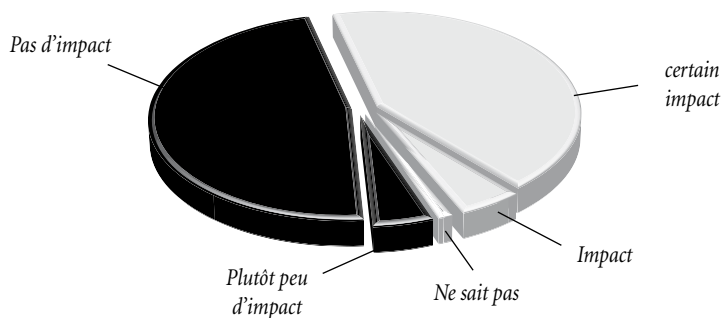
Le message sanitaire ne remplit donc pas le rôle d'alerte et d'aide à la décision qu'il devrait normalement assurer.

L'absence d'impact chez les consommateurs les plus concernés

L'enquêteur a mentionné explicitement quelques exemples de produit concernés par ces recommandations, tels que charcuteries, confiseries, sodas...

Dans ce contexte, les personnes étaient invitées à indiquer si elles pensaient que ce message pourrait modifier leurs habitudes d'achat de produits alimentaires et l'alimentation de leur enfant.

Impact du message sanitaire sur les habitudes alimentaires



Une majorité de parents pense que le message sanitaire aura peu ou pas d'impact. Pour ces familles, on note une très nette sur-représentation :

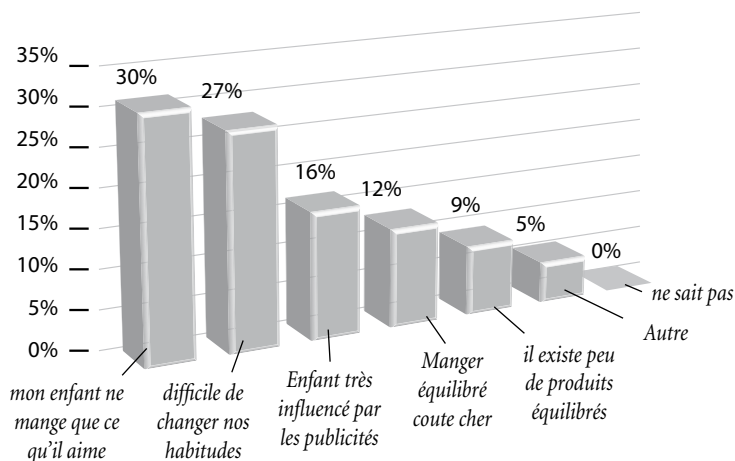
- des catégories socioprofessionnelles les moins favorisées,
- d'enfants fortement influencés par la publicité,
- de produits déséquilibrés dans leurs placards et leurs réfrigérateurs.

A l'inverse, chez les personnes pensant que le message sanitaire aura un impact, on relève :

- une forte proportion de catégories socioprofessionnelles les plus favorisées,
- peu de produits déséquilibrés,
- une moindre proportion d'enfants en situation de surpoids.

L'enquêteur a demandé aux parents ne faisant pas confiance au message sanitaire les raisons de ce jugement négatif, sur la base de 5 propositions de réponses :

Pourquoi ce message aura-t-il peu d'impact ? (plusieurs réponses possibles)



Les raisons citées sont dans l'ordre :

- les goûts spécifiques de l'enfant,
- la difficulté à changer les habitudes alimentaires familiales,
- l'influence des publicités,
- le prix d'une alimentation équilibrée, qui ne vient qu'en 4^{ème} position,
- le manque de produits équilibrés.

Les résultats de notre étude confirment le manque d'efficacité du message sanitaire. La forme choisie ne permet pas aux consommateurs de le repérer ni de le lire facilement, mais c'est la compréhension et l'application pratique de ce message qui posent le plus de problèmes.

En choisissant délibérément un message très général, de peur de stigmatiser certains produits, les pouvoirs publics n'offrent aucun moyen pratique aux consommateurs pour déterminer l'intérêt ou l'absence d'intérêt nutritionnel des produits alimen-

taires. De fait, 91 % des consommateurs que nous avons interrogés sont dans l'incapacité de juger correctement la valeur nutritionnelle des céréales présentées dans le spot publicitaire. Ce message n'assure donc pas son rôle d'alerte.

Ceci nous permet d'affirmer que le message sanitaire rate sa cible.

Ce que demande l'UFC *Que Choisir* :

- que la pression publicitaire sur les enfants soit maîtrisée,
- que les publicités pour les produits riches en matières grasses, sucre ou sel, soient interdites lors des programmes pour enfants,
- que le parrainage et les publicités pour les prémix et les boissons alcoolisées lors des programmes pour enfants et adolescents soient proscrits,
- qu'une définition plus réaliste des programmes pour enfants soit adoptée,

- que pour la protection des enfants, une exception au “pays d’origine” soit posée. Le principe du pays d’origine permet à un diffuseur de s’affranchir des règles nationales, du fait de sa localisation dans un autre état membre. Pour l’UFC Que Choisir, une exception à ce principe doit être donnée dans le domaine de la protection des mineurs.

- Qu’à l’autorégulation inefficace succèdent des contraintes adaptées.

En France, l’incapacité du Bureau de Vérification de la Publicité (BVP) à établir des règles suffisamment protectrices pour les enfants en matière d’obésité démontre la nécessité de recourir à une réglementation d’application obligatoire.

Pr Jean-Louis San Marco

Je vous remercie d’avoir souligné la symétrie de puissance entre des publicités qui jouent sur l’émotion et des éducateurs qui jouent sur la réflexion. Les messages télévisés sont-ils fait pour transmettre des messages éducatifs ? Pour en avoir organisé un certain nombre à l’Inpes, il me semble qu’il faut réfléchir à d’autres méthodes. Thémis Apostolidis, quelles sont les pistes pragmatiques et pratiques qui nous permettent d’envisager des solutions efficaces ?

Thémis Apostolidis

Les modes de vie et les comportements alimentaires sont liés à des phénomènes d’inscription et de participation sociale.

Vous dites que les messages jouent sur l’émotion mais pas seulement, ils jouent aussi sur les appartenances, la filiation sociale, les aspirations, sur tout un univers qui vend le produit en vendant cet univers de sociabilité et d’identité.

Cela me rappelle un travail que j’ai fait il y a quelques années sur les 15-16 ans et le bien manger. Les enfants disaient “MacDo c’est bon et pas bon”. C’est bon car c’est bien d’y être et c’est pas bon pour la santé. Cette ambivalence montre que les comportements de santé sont des comportements relationnels et sociaux et non des comportements individuels.

En ce qui concerne l’information, ce qui me frappe, c’est qu’on fait comme si tout le monde était symétrique par rapport à l’information. Ce modèle individualiste de pensée laisse entendre que chacun traite l’information de la même façon alors qu’on la traite en fonction de nos priorités et de nos appartenances sociales.

On l’a vu dans le dernier exposé : ce ne sont pas les caractéristiques objectives de la situation mais la valeur qui est attachée au produit qui est à la base de la perception et de la mémorisation. Il faut pouvoir s’attacher à la norme sociale, réfléchir à des présentations qui visent des individus non pas comme de simples récepteurs mais comme des acteurs qui s’impliquent.

Il faudrait aussi, dans l’univers de la précarité, renforcer les niveaux d’intégration sociale des individus pour, peut être, renforcer le niveau de capacité de décision et d’action.

Tout comportement de santé pose deux questions a priori contradictoires : les intérêts de santé publique et les intérêts individuels ne sont pas superposables mais en relation dialectique permanente. A nous d'inventer de nouvelles façons d'être et de faire tout en écoutant les gens, en considérant que des prises de risque sanitaires sont, en fait, des conduites d'affiliation sociale, d'appartenance et de socialisation.

Echanges avec la salle

Françoise Michel

Infirmière scolaire au lycée Victor Hugo en zone d'éducation prioritaire.

Que fait-on au niveau politique pour lutter contre les publicités pour les sodas, contre les baraques à frite devant les écoles, contre les fontaines à ketchup à la cantine ?

Pr Jean-Louis San Marco

En avril 2007, une grande campagne dans le cadre du PNNS va être lancée sur le plan national ; elle sera reprise par un certain nombre de municipalités dont la ville de Marseille. Elle portera sur la santé et le mouvement. C'est une réponse ponctuelle.

Je ne suis pas certain que par des messages ponctuels l'on puisse se battre contre des gens qui sont plus forts et plus riches que nous. L'achat d'espace publicitaire représente les 2/3 du budget de l'INPES alors que ce n'est pas le centre de son activité. J'aurais plutôt tendance à miser sur l'exemple et sur l'éducation, comme la

suppression dans tous les établissements scolaires des distributeurs de boissons sucrées et de barres chocolatées.

Mais il faut que l'éducation soit en corrélation avec la réalité quotidienne. Par exemple, les repas de la cantine suivent-ils les préconisations nutritionnelles ?

Denis Lairon - UMR INSERM 476 / INRA 1260 - Faculté de Médecine de la Timone

La seule réponse à apporter consiste à créer un rapport de force en faveur de ceux qui vont gagner contre l'obésité. J'ai contribué avec 15 experts au rapport qui a conduit au PNNS 1 et je sais qu'il a fallu des années pour obtenir l'interdiction des distributeurs de boissons et de confiseries dans les écoles. 3 ans de bataille alors que c'était écrit dans le PNNS.

Tous les acteurs doivent se mobiliser pour créer un rapport de force favorable. Il se passe en Europe ce qui s'est passé aux Etats-Unis avec 15 ans de retard. On n'est pas naïf, on sait ce qui s'est passé aux Etats-Unis et pourquoi. L'épidémie d'obésité n'est pas une fatalité. On peut discuter des déterminants économiques, psychologiques, sociologiques mais le déterminant majeur reste le poids de l'industrie agroali-



mentaire qui a des moyens colossaux pour modifier le comportement des consommateurs. Car, on peut changer le comportement alimentaire. En quelques décennies, il a évolué dans toute la planète. Aujourd'hui, le phénomène dont on parle ici a lieu en Côte-d'Ivoire, en Chine...

C'est un phénomène mondial avec le même déterminant, celui de l'agroalimentaire.

En juillet 2007, une nouvelle réglementation européenne en matière de produits alimentaires va très fortement contraindre les industries agroalimentaires en matière d'allégation et de publicité. On peut espérer qu'un frein important va être mis aux dérives de l'agroalimentaire.

L'obésité n'est pas une maladie génétique mais une maladie de civilisation, une maladie de comportement alimentaire et, bien sur, comme pour toutes les maladies, certains individus ou certaines familles sont plus fragiles ou plus sensibles que les autres.

Pr Jean-Louis San Marco

Merci pour cet appel à une mobilisation générale. Sans une prise de conscience collective et une décision politique, nos enfants sont amenés à devenir ce que les enfants américains sont devenus. Mais nous avons en France et dans notre région la possibilité de nous mobiliser et de faire des propositions pratiques dont la première est d'affirmer notre volonté de lutter contre ce que l'on a appelé la "diabésité", car derrière l'obésité il y a le diabète.

M. Valadier, lycée L'Empéri à Salon-de-Provence

Face à la publicité, nous avons opté pour une contre publicité qui agit tous les jours de manière différente : des sets de tables, de la publicité orale, de la publicité par écran en définissant les menus, en notant la richesse alimentaire par des étoiles, en donnant les provenances ou l'origine des plats.

Responsable d'un service social

Dans le service où je travaille, nous sommes confrontés à des problèmes de survie. Je pense à une jeune femme avec un enfant qui n'a pas les moyens d'acheter un litre de lait tous les deux jours car elle est en contrat aidé.

Pr Jean-Louis San Marco

En effet, la précarité n'est pas seulement un problème financier mais cela en est aussi un, particulièrement préoccupant dans notre région et dans cette ville.

Françoise Michel

Il faudrait que les pouvoirs publics prennent des décisions fermes d'interdire toutes ces publicités. Cela coûterait moins cher que de soigner les obèses et les diabétiques.

Pr Jean-Louis San Marco

A chaque échelon de décision, il faut des gens conscients du problème dans son inégalité sociale. Nos messages et nos actions doivent être inégalitaires pour obtenir une égalité devant la santé vis-à-vis de ce problème.

Etudiant en BTS Economie Sociale et Familial

Quand va-t-on expliquer pourquoi c'est bon ou pas plutôt que dire et d'interdire ?

Pr Jean-Louis San Marco

Il est nécessaire d'utiliser tous les moyens possibles.

Dans le cadre de l'éducation pour la santé, il est nécessaire de susciter une demande par des spots qui vont déclencher une réflexion. Puis, il faut articuler des actions de terrain ponctuelles et des actions à long terme, avec une volonté politique collective, affichée et répercutée à tous les échelons.

Zeina Mansour

En 20 ans, on a réduit de 10% les accidents de la vie courante en associant plusieurs types d'interventions, d'abord l'information et la communication, puis l'éducation pour la santé, également la législation avec les mises aux normes. C'est un des exemples les plus marquants qui a montré que cette complémentarité et cette synergie ont abouti à cette diminution des accidents de la vie courante.

Diététicienne dans une association de prévention à Salon-de-Provence

Je voudrais insister sur la difficulté de lutter contre l'imprégnation des messages publicitaires qui promeuvent les jus de fruits et les potages en disant qu'ils apportent 5 fruits ou légumes. Cela prête à confusion et c'est alors difficile



d'expliquer qu'un potage ou un jus n'apporte qu'une portion.

Pr Jean-Louis San Marco

Nous avons face à nous une industrie riche, puissante, organisée, dont l'objectif est de vendre et qui le fait avec intelligence. Nous devons être capables de donner une formation qui permette à nos enfants de ne plus faire de cette boisson (Coca) la norme.

Thémis Apostolidis

On parle de la publicité agroalimentaire mais c'est le cas de toute la publicité en France. Pensez à la publicité pour l'automobile qui fait la promotion de la vitesse et de la force.

Je voulais prendre un exemple de publicité pour la prévention routière qui me semble être une très bonne publicité. C'était celle avec "celui qui ne boit pas". Avant, "celui que ne boit pas" était mal considéré. La campagne de la sécurité routière lui a permis de trouver une nouvelle place, celui qui se sacrifie pour les autres un soir et à tour de rôle. Et ça marche chez les jeunes. De la même façon, comment est vu un jeune qui

mange des fruits, qui boit de l'eau plutôt que du coca ?

Pr Jean-Louis San Marco

C'est comme ça qu'on a cassé l'image du fumeur dragueur. La cigarette était un élément de drague indispensable. Aujourd'hui, le fumeur est quelqu'un qui a mauvaise haleine et les dents jaunes !

**Diététicienne au CoDES des Alpes
de Haute-Provence**

Il me semble difficile d'opposer un texte à un film publicitaire. Les messages nutritionnels sur les publicités ne sont pas visibles car un texte seul ne suffit pas.

Deuxième table ronde

Précarité et obésité : éléments de connaissance

Aurélien BOCQUIER

Observatoire régional de la santé PACA

Les chiffres de l'obésité

en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Obésité et précarité : un lien certain mais complexe

Je voudrais dans un premier temps remercier le CRES PACA, la Région et la DRASS pour l'organisation de ce colloque et d'avoir sollicité l'ORS pour faire le point de la situation de la région PACA face à l'obésité et le bilan des connaissances sur le lien entre obésité et précarité.

Pour cela, deux grandes enquêtes fournissent des informations sur la proportion de personnes souffrant de problèmes de poids en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

D'une part, les enquêtes Obépi réalisées tous les 3 ans depuis 1997 en France par l'Inserm, l'Institut de sondage TNS Sofres et l'entreprise pharmaceutique Roche. La population française de plus de 15 ans est interrogée tous les 3 ans par courrier. En 2000, les enfants, à partir de 2 ans, ont également été inclus dans l'étude. Ces enquêtes permettent de connaître la prévalence de l'obésité dans les régions françaises et son évolution depuis 1997. Cependant, elles ne permettent pas de faire des analyses plus complexes à l'échelle des régions selon le sexe, l'âge et d'autres caractéristiques.

La 2^{ème} principale source d'information est la dernière enquête décennale santé

réalisée en 2002-2003 par l'Insee. En PACA, grâce au concours du Conseil régional, elle a bénéficié d'une extension qui permet d'analyser plus précisément la situation régionale et de faire des comparaisons avec le niveau national. Cette enquête permet de calculer la prévalence du surpoids et de l'obésité en PACA (à partir du poids et de la taille déclarés par les individus lors d'entretiens en face à face) et d'étudier les différences selon le sexe, l'âge et des variables liées au mode de vie.

Ce sont principalement les résultats de l'enquête décennale que je vais vous présenter aujourd'hui.

Globalement, les adultes de la région sont moins concernés par l'obésité que les autres Français. Selon la dernière enquête Obépi réalisée en 2006, 10,9 % de la population adulte de la région PACA était obèse contre 12,4 % au niveau national. La région Paca se situe au quatrième rang des régions les moins touchées derrière la région Midi-Pyrénées (9,6 %), la Bretagne (10 %) et la région Rhône-Alpes (10,1 %). En terme d'évolution, depuis 1997, la prévalence de l'obésité n'a cessé d'augmenter. Elle était de 6,4% en 1997 et elle a quasiment doublé en 9 ans principalement entre 1997 et 2000 (+ 48 %) rattrapant la moyenne nationale. Depuis, elle continue d'augmenter mais à un rythme un peu moins important qu'en France (+ 6 % entre 2000 et 2003 contre

17 % en France ; + 8 % entre 2003 et 2006 contre 10 % en France).

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge à partir de 20 ans, en PACA comme en France. Globalement, la région est plutôt épargnée par l'obésité mais ceci est observé chez les personnes de plus de 40 ans. Chez les enfants et les personnes de moins de 40 ans, la situation est identique au niveau national. La moindre prévalence de l'obésité observée dans la population adulte en PACA masque des disparités selon l'âge. En effet, en 2003, les habitants de la région qui étaient âgés de moins de 40 ans étaient autant concernés par les problèmes de poids que la moyenne des Français. La moindre prévalence globale était donc principalement due à une différence de prévalence dans les classes d'âge les plus élevées.

Je vais maintenant vous présenter quelques constats sur les relations entre obésité et précarité.

Dès 1989, la littérature a montré un lien fort entre obésité et statut socio-économique, avec une prévalence d'autant plus élevée que le statut est faible, chez les femmes dans les pays développés. Depuis, d'autres études internationales et françaises tendent à confirmer ce lien chez les adultes (hommes et femmes) et les enfants.

L'enquête décennale santé montre qu'en France les cadres ont significativement moins de risque d'être obèses que toutes les autres catégories socioprofessionnelles. La prévalence maximum est observée chez les ouvriers. En PACA, les résultats sont très similaires. Les chiffres qui sont présentés ici sont des chiffres standardisés c'est-à-

dire que c'est le taux que l'on observerait si dans chaque catégorie socioprofessionnelle la population avait la même structure par âge et sexe. Ce sont des chiffres fictifs qui permettent de comparer les catégories socioprofessionnelles entre elles.

En PACA comme en France, on observe également des différences de prévalence selon le niveau de diplôme. Le fait de ne pas être diplômé est associé à une augmentation du risque d'obésité. Inversement, le fait d'avoir un niveau de diplôme supérieur au bac est associé à une diminution du risque d'obésité.

Le risque d'obésité est également plus élevé pour les individus ayant un faible revenu : les individus vivant sous le seuil de pauvreté ou ayant un revenu situé entre le seuil de pauvreté et le revenu médian ont un risque d'obésité plus élevé que les autres.

Pour préciser, le RUC est le revenu par unité de consommation, soit le revenu par individu dans un ménage. En France, le seuil de pauvreté est fixé à 50% du revenu médian qui est le revenu qui partage à parts égales la population.

Le risque d'obésité est ainsi lié à la catégorie socioprofessionnelle, au niveau de diplôme et au revenu des individus. Mais toutes ces variables jouent indépendamment les unes des autres, c'est-à-dire qu'à niveau de diplôme identique, le risque d'obésité varie toujours selon la catégorie socioprofessionnelle.

Chez les jeunes de moins de 18 ans, le lien entre obésité et précarité est également observé.

Conformément aux données de la littérature, l'enquête décennale santé

montre qu'en France comme en PACA le risque d'excès pondéral est plus élevé chez les enfants dont l'un ou l'autre des parents présente un surpoids ou une obésité. Les jeunes dont l'un ou l'autre des parents est obèse ont un risque deux à trois fois plus élevé d'être en surcharge pondérale que ceux dont les parents ont un poids normal.

Indépendamment des problèmes de poids de leurs parents, les jeunes vivant dans un ménage à bas revenus et dont les parents ont un faible niveau de diplôme ont un risque de surcharge pondérale plus élevé que les autres. Inversement, les jeunes dont les parents ont un niveau de diplôme supérieur au bac ont un risque moins élevé d'être en surcharge pondérale que ceux dont les parents ont un niveau équivalent au bac.

Une partie du lien entre obésité et précarité pourrait être expliquée par des différences de comportement.

En France comme en PACA, selon l'enquête décennale santé, la consommation de fruits varie selon la catégorie socioprofessionnelle ; elle est plus fréquente parmi les personnes de statut socioprofessionnel élevé. Des résultats très similaires sont observés pour la consommation de légumes verts et pour la pratique d'une activité physique régulière. A noter que quel que soit le statut socioprofessionnel, les habitants de la région PACA sont plus nombreux à consommer quotidiennement ou presque des fruits et légumes verts que les autres Français. Par contre, ils sont moins nombreux à pratiquer une activité

physique régulière. Selon les connaissances actuelles, les caractéristiques socio-économiques pourraient avoir un effet direct sur les comportements. Un faible revenu peut par exemple constituer un frein à l'achat d'aliments de meilleure qualité ou à la pratique d'une activité sportive ; un faible niveau d'éducation peut être associé à un moindre accès à l'information, à des connaissances moins précises dans le domaine "alimentation-santé". Les caractéristiques socio-économiques peuvent également intervenir via des facteurs liés au contexte résidentiel, même s'ils sont loin d'être bien élucidés (offre et prix de l'alimentation dans le quartier d'habitation, accès à des équipements sportifs...). Les relations entre obésité et précarité sont néanmoins très complexes, avec des déterminants cognitifs, sanitaires et psychosociaux, comme l'a exposé Thémis Apostolidis.

Certaines études suggèrent également que le stress chronique, qui serait plus fréquent chez les personnes en situation de précarité, pourrait constituer un facteur de risque de l'obésité. Le lien entre obésité et précarité pourrait aussi aller dans le sens "inverse", où l'obésité favoriserait la précarité. L'obésité suscite en effet parfois des réactions de stigmatisation et de discrimination pouvant limiter la progression sociale des individus qui en sont victimes. Nos données montrent d'ailleurs que l'obésité peut freiner la sortie du chômage (Paraponaris, 2005²). La moindre prévalence de l'obésité parmi la population adulte de la région PACA

pourrait être liée aux caractéristiques socio-économiques de la population régionale : globalement, il y a en effet plus de cadres et de professions intermédiaires dans la région que dans le reste de la France, plus de personnes ayant un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au bac, autant de facteurs “protecteurs” vis-à-vis du risque d’obésité. Ces bons indicateurs économiques ne doivent pas faire oublier qu’il y a aussi dans la région une forte proportion de personnes inactives ou au chômage.

La consommation de fruits ou de légumes verts plus fréquente qu’ailleurs pourrait aussi expliquer en partie la moindre prévalence régionale. La pratique d’une activité physique régulière est en revanche moins fréquente qu’en France, contrairement à ce que l’on pourrait penser du fait de la forte implantation du sport de haut niveau.

Mais une fois pris en compte ces différents effets, les habitants de la région PACA ont toujours une probabilité moins élevée d’être obèses que les autres Français.

En conclusion, l’obésité continue de gagner du terrain en PACA comme en France où plus d’une personne sur 10 est obèse. Ces dernières années, la prévalence de l’obésité a toutefois augmenté de façon moins importante qu’en France.

Les inégalités sociales face au risque d’obésité sont fortes, en France comme en PACA. Quel que soit l’âge, les problèmes de poids sont plus fréquents chez les personnes de faible statut socio-économique que chez les autres.

La population adulte régionale est moins touchée par l’obésité que la population française et cette situation n’est pas liée à la forte proportion de cadres, de diplômés de haut niveau et la consommation plus fréquente de fruits et de légumes. Pour mieux comprendre ce constat, il faudrait sans doute étudier de façon plus précise les habitudes alimentaires et de consommation de la population régionale. L’enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA 2) pilotée par l’Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) fournira bientôt des informations très précises sur les consommations alimentaires de la population française et à l’échelle des grandes régions.

Les données actuelles montrent par contre que les jeunes de la région sont aussi concernés par les problèmes de poids que les autres jeunes Français. Face à ce constat, deux hypothèses peuvent être formulées : soit la spécificité régionale apparaît à un âge relativement avancé, soit on assiste à une homogénéisation des styles de vie et des habitudes alimentaires en France.

Suivre le comportement des jeunes générations dans le temps permettra sans doute de répondre à cette question. Le suivi permettra également d’évaluer l’impact des programmes actuels de promotion d’une alimentation équilibrée et de prévention des problèmes de poids qui existent en France (PNNS 2) et en région Provence-Alpes-Côte d’Azur dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP).

(2) Paraponaris A., Saliba B., Ventelou B. (2005). “Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey”. *Economics and Human Biology*, 3, p. 241-58.

Pour en savoir plus :

regardsanté n°13 (2005). "Prévalence des problèmes de poids, habitudes alimentaires et repèreSanté n°12 (2007). "Obésité et précarité : un lien certain mais complexe" www.orspaca.org

Nicole DARMON

Unité Mixte de Recherches en Nutrition Humaine, Inserm 476/Inra 1260, Faculté de Médecine de la Timone

L'aide alimentaire en France et ses bénéficiaires

Je remercie les organisateurs de m'avoir invitée à parler de l'aide alimentaire en France et de ses bénéficiaires.

Pour commencer, je voudrais compléter ce qui a été dit par les résultats de l'enquête Obépi qui montrent qu'entre 1997 et 2006, il y a une amplification généralisée du phénomène de l'obésité et que l'obésité a augmenté encore plus chez les populations de faible statut socio-économique. En 1997, le pourcentage d'adultes obèses était 3 fois plus élevé dans les catégories à faible revenu ; aujourd'hui, en 2006, c'est un facteur multiplicatif de 4. En 10 ans, ce phénomène d'inégalité sociale portant sur l'obésité s'est aggravé.

10% de personnes sont pauvres en France. La mesure de la grande pauvreté, basée sur un indicateur monétaire, permet d'estimer à 1,5 millions de personnes très pauvres en France, avec un revenu inférieur à 430 euros / mois. Les personnes sans domicile fixe représentent la partie visible de l'iceberg de la pauvreté en France.

Une enquête de l'Insee a chiffré à environ 100 000 le nombre de personnes vivant sans domicile.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide alimentaire, qui n'a jamais pu être chiffré avec précision, est estimé à 2,5 millions de personnes. Le phénomène s'amplifie. En 15 ans, les quantités d'aliments distribuées par les banques alimentaires ont triplé².

L'impulsion du PNNS, en fixant un objectif spécifique de lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales et les malnutritions dans les populations en situation de précarité et d'exclusion, a permis de mettre en place des études sur la thématique "alimentation-pauvreté-conditions d'existence".

L'étude la plus marquante est l'étude ABENA, réalisée auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire en France, grâce au concours des associations. Elle a eu lieu dans 4 régions, à Paris, en Seine Saint-Denis, à Dijon et à Marseille. Cette étude comporte des enquêtes sur les pratiques alimentaires de bénéficiaires de l'aide alimentaire, un volet sociologique et un volet biologique. En ce qui concerne les pratiques alimentaires, le premier fait marquant est que ces personnes font un faible nombre de repas par jour. Pour les choix alimentaires, cette étude a confirmé les relations entre le statut socio-économique et l'alimentation en montrant que plus les personnes ont un statut socio-économique faible, plus la part des féculents raffinés constitue la base de l'alimentation (pâte, riz,

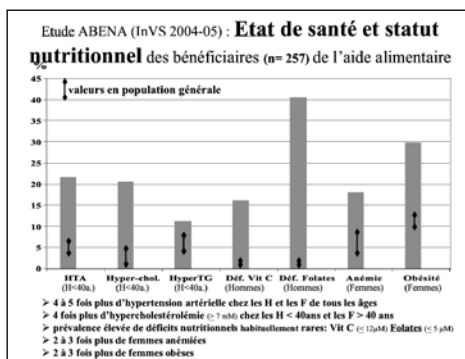
semoule) et plus la consommation de fruits-légumes-poisson est faible. Ces déficits nutritionnels sont accompagnés par des difficultés purement pratiques pour s'approvisionner, stocker et transformer les aliments¹⁰. Ainsi, parmi les bénéficiaires de l'aide alimentaire, 30% n'ont pas de réfrigérateur, 50% n'ont pas de congélateur, 30% n'ont pas de plaques de cuisson et 60% n'ont pas de four. N'ayant généralement pas de mode de transport personnel, ils font leurs courses à pieds ou utilisent les transports en commun.

Quelle est la place de l'aide alimentaire pour les personnes qui y ont recours ?

L'aide alimentaire est la source d'approvisionnement majeur. D'une part au niveau de la durée d'utilisation de l'aide alimentaire : 1/3 depuis moins de 6 mois et un 1/3 depuis plus de 2 ans. Pour tous les aliments (excepté le pain qui n'est généralement pas donné par les associations), leur première source d'approvisionnement est l'aide alimentaire, immédiatement suivie des magasins hard discount¹⁰.

Le volet biologique a porté sur un nombre plus restreint de personnes mais un nombre suffisant pour être représentatif et fiable sur l'état de santé et l'état nutritionnel de ces populations.

L'étude ABENA a mis en évidence 4 à 5 fois plus d'hypertension artérielle chez les hommes et les femmes de tous les âges, 4 fois plus d'hypercholestérolémie (> 7 mM) chez les hommes de moins de 40 ans et les



femmes de plus 40 ans, des prévalences élevées de déficits nutritionnels habituellement rares, notamment en vitamine C (17% des hommes), en folates (41% des hommes) et en fer (18% des femmes) dans cette population⁹. On observe aujourd'hui des carences qui n'existent plus depuis longtemps dans la population générale avec des seuils de déficit en vitamine C proches des seuils scorbutiques. Les folates et la vitamine C sont des nutriments marqueurs de la consommation de fruits et de légumes. Les femmes sont touchées par d'autres pathologies spécifiques comme l'anémie. Pour l'obésité, les taux sont phénoménaux : 1/3 des femmes qui vont à l'aide alimentaire sont obèses. On constate donc un état de santé et un statut nutritionnel extrêmement dégradés.

Quel est le prix d'une alimentation équilibrée ?

Le prix minimal pour respecter l'ensemble des apports nutritionnels conseillés a été chiffré à 3,5 €/jour pour un adulte¹¹. En général, en moyenne en France, le budget est de 6 à 7 euros par jour pour

une restauration à domicile. Ce prix doit être considéré comme un seuil critique.

C'est un strict minimum qui suppose de connaître parfaitement la composition nutritionnelle des aliments, leur prix, les recommandations nutritionnelles... et d'avoir la capacité de calcul d'un ordinateur. Or, ce strict minimum est supérieur au budget des personnes en situation de pauvreté et bien supérieur à celui des bénéficiaires de l'aide alimentaire, estimé entre 2 et 2,5 €/j par personne. Il n'est donc pas étonnant que ces personnes aient recours à l'aide alimentaire pour se nourrir. La majorité d'entre elles en est même dépendante.

L'aide alimentaire est-elle de qualité en France ?

Puisque l'aide alimentaire vient compléter une ration alimentaire dont on a tout lieu de supposer qu'elle est de qualité nutritionnelle médiocre, il faudrait que cette aide ait une qualité optimale, pour être à même de compenser les déficits nutritionnels des personnes qui la reçoivent. Deux études ont été faites, une dans le cadre du PNNS menée à Paris, Lille, Marseille et dans le Val de Marne auprès de structures d'aide alimentaire dans laquelle des exemples de paniers ou de colis ont été relevés et une autre, l'étude E3A, menée à la demande des banques alimentaires sur l'offre alimentaire globale en France. L'étude E3A a été menée dans des structures qui délivrent des repas à des personnes sans domicile ou extrêmement précarisées et dans des structures qui délivrent des paniers, des colis, de type épicerie sociale.

La situation est totalement différente entre les deux types de structures.

Dans les premières, la qualité nutritionnelle des repas est globalement acceptable, à l'instar de la restauration collective. Cependant, l'accès à ces repas et à ces lieux de repas est difficile pour les populations concernées.

Dans les secondes structures, aucune différence de qualité nutritionnelle n'a été détectée entre les colis préparés à l'avance et les paniers emportés dans les épiceries sociales, ni selon que les bénévoles ont déclaré tenir compte, ou non, de l'équilibre alimentaire pour constituer les colis/paniers. Ceci suggère qu'ils ont une mauvaise connaissance des recommandations et/ou des difficultés à les mettre en pratique. De plus, il apparaît moins intuitif de réaliser un colis équilibré qu'un menu équilibré, le menu respectant généralement une structure en 4 ou 5 composants (entrée, plat protidique, accompagnement, fromage et/ou dessert), garantie d'un minimum d'équilibre nutritionnel. L'enquête E3A a permis d'estimer la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire en France, qu'elle soit distribuée sous la forme de repas (généralement à des personnes sans abri) ou de colis/paniers¹³.

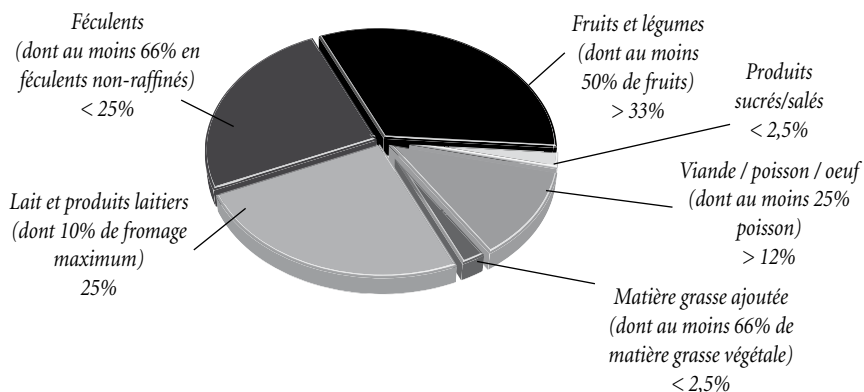
- Les repas apportent en moyenne 850 kcal par personne et par jour, leur densité énergétique (140 kcal/100g) et leur qualité nutritionnelle sont correctes, mais avec une valeur marchande non négligeable (1,8 € par personne et par jour) et un coût d'énergie égal à 4,4 €/2000 kcal, ce qui est proche du coût

de l'énergie moyen de l'alimentation en France (estimé à 5 €/2000 kcal).

- Les colis/paniers apportent l'équivalent de 800 kcal par personne et par jour en moyenne. Ils ont une densité

énergétique élevée (160 kcal/100g) et une densité nutritionnelle faible, avec une faible valeur marchande (1€ par personne et par jour) et un très faible coût d'énergie (2,5€/2000 kcal).

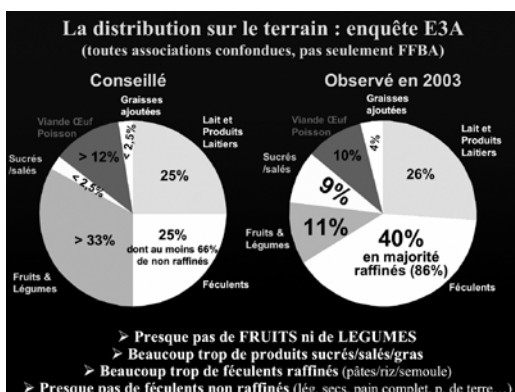
La distribution conseillée - repères du PNNS exprimés en % du poids total (poids comestible)



Pour comparer ces paniers en termes d'aliments, nous avons conçu un colis qui reprend les critères du PNNS en les adaptant à l'aide alimentaire. Ils sont exprimés en poids d'aliments réels, et non en termes de nutriments. Contrairement aux repères du PNNS exprimés en fréquence (5 fruits et légumes par jour, 3 produits laitiers par jour), ils sont exprimés en pourcentage du poids d'un colis donné.

L'idéal serait 1/3 du poids en fruits et légumes, 1/4 du poids en produits laitiers sans trop de fromage (pas plus de 10% car le fromage apporte des acides gras saturés et du sel), pas plus de 1/4 de féculents, pas seulement de féculents raffinés, 12% de

viande, poisson et œuf dont au moins le 1/4 en poisson. La priorité a été donnée aux aliments appelés nobles, les fruits et légumes, le poisson et les viandes en tant que source de vitamines, de minéraux et de fibres. 1/3 de l'aide alimentaire en France provient des dons de l'Union Européenne.



Ils sont déséquilibrés car ils sont constitués des retraits de céréales, de bœuf et ses produits dérivés, de lait et ses produits dérivés. Les dons de l'Union Européenne sont majoritairement constitués de lait et de féculents, tous raffinés. Le colis conseillé contient la moitié des féculents sous forme de légumes secs, de céréales complètes ou de pommes de terre.

Au niveau nutritionnel, les déséquilibres sont énormes : pas de fibre, de vitamine C et de folate, très peu de vitamine E et une quantité extrêmement élevée d'acide gras saturé.

La distribution des banques alimentaires au niveau national est également déséquilibrée par rapport au colis conseillé mais pas si éloignée de l'optimum attendu. Ces résultats ont dynamisé le mouvement des banques alimentaires.

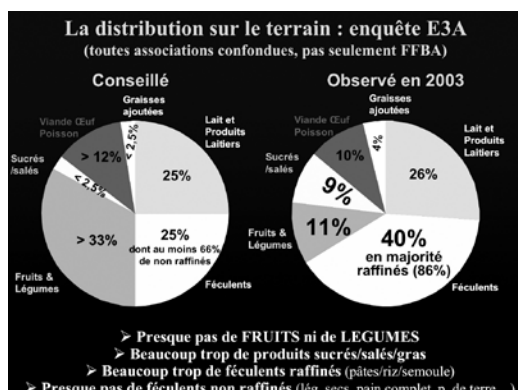
Mais, les banques alimentaires fournissent des associations qui distribuent aux bénéficiaires. Ces associations ont aussi leur collecte propre. On observe une distorsion entre les résultats obtenus auprès des banques alimentaires et ce qui est effectivement délivré par les associations.

Les déficits sont importants : manque de fruits et légumes, trop de pâtes et de riz, trop de produits gras et sucrés car les industriels se débarrassent des produits qui arrivent aux dates de péremption.

Les constats sont :

- Les bénéficiaires de l'aide alimentaire ont un statut nutritionnel et un état de santé très dégradés, même ceux qui ne sont pas SDF
- L'aide alimentaire est leur principale source d'alimentation
- L'aide de l'Union Européenne est totalement déséquilibrée
- Les colis et paniers contiennent
 - pas assez d'aliments nobles (fruits & légumes, viande & poisson)
 - trop de féculents raffinés (pâtes, riz, semoule)
 - trop de calories vides bon marché (produits gras, sucrés et salés).
- Les repas ont :
 - une qualité nutritionnelle correcte
 - des quantités insuffisantes dans le cas des personnes SDF.

En fait, les associations sont souvent confrontées aux mêmes difficultés financières et pratiques que leurs bénéficiaires : des problèmes de budget, de locaux, de transports, d'équipement et un manque d'information des bénévoles sur les liens entre l'alimentation et la santé. A l'heure actuelle, l'aide alimentaire ne permet pas d'équilibrer l'alimentation des bénéficiaires mais elle se donne pour objectif d'aller dans ce sens.



Aujourd'hui, les associations, ne délivrant pas des dons équilibrés, ne sont pas crédibles pour faire de l'éducation nutritionnelle.

Dans ce contexte, nos propositions sont les suivantes :

- décider que l'aide alimentaire, quelle que soit sa forme, est un droit pour tous ceux qui ont un budget alimentaire < 3,5 €/j
- pour tous ceux qui ont un budget alimentaire < 3,5 €/j : développer des systèmes d'aide directe et ciblée sur les fruits, les légumes

et le poisson (La distribution de coupons fruits et légumes pour les plus pauvres était une des propositions du PNNS 2¹⁶, mais elle n'a pas été retenue par le ministre de la santé).

- aider les associations qui distribuent des colis/paniers à améliorer la qualité nutritionnelle de l'aide : diffuser un guide d'auto-évaluation, les soutenir pour intervenir auprès de l'Union Européenne, orienter les collectes auprès des industriels, des producteurs et des particuliers.

Références bibliographiques

1. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Les travaux 2005-2006. La Documentation Française 2006 ; Paris.
2. Rambeloson Z, Darmon N. Analyse nutritionnelle et économique de l'aide alimentaire de l'Union Européenne et du Réseau des Banques Alimentaires en France. Thèse professionnelle. Chaire d'Economie de la Santé 2005;Conservatoire National des Arts et Métiers:58p.
3. INSERM, TNS Sofres, Roche. Obépi: enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. <http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance> 2006.
4. de Saint Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE première 2007;Février:1-4.
5. Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bull Epidemiol Hebd 2005;43:213-6.
6. Feur E, Labeyrie C, Boucher J, Eid A, Cabut S, Dib S et al. Excès pondéral chez les collégiens et lycéens du Val de Marne, France, en 1998 et 2005 selon leurs caractéristiques sociales et économiques. Bull Epidemiol Hebd 2007;4:29-36.
7. Chauliac M, Chateil S. Enquête sur l'alimentation des personnes défavorisées. II. Nutrition et alimentation des enfants en bas âge (6 à 36 mois) de familles défavorisées. Med Nutr 2000;36:13-24.
8. Caillavet F, Darmon N. Contraintes budgétaires et choix alimentaires. Pauvreté des ménages, pauvreté de l'alimentation ? Inra Sciences Sociales 2005;20, vol 3-4, Décembre:1-4, <http://www.inra.fr/Internet/Departements/ESR/publications/iss/index.php>.
9. Bellin-Lestienne C, Noukpoapé A, Deschamps V, Le Clésiau H, Delord G, Varsat B et al. Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005. Bull Epidemiol Hebd 2006;11-12:81-3.
10. Bellin-Lestienne C, Deschamps V, Noukpoapé A, Darmon N, Hercberg S, Castetbon K. Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005. Bull Epidemiol Hebd 2006;11-12:79-81.
11. Darmon N, Ferguson EL, Briend A. Impact of a cost constraint on nutritionally adequate food choices for French women: an analysis by linear programming. J Nutr Educ Behav 2006;38:82-90.
12. Darmon N, Rambeloson Z, Dauphin AG, Bellin C, Deheeger M, Castetbon K. Un colis de référence pour une aide alimentaire équilibrée (A recommended food basket for a dietary adequate food aid). Cah Nutr Diet 2006;41:118-24.
13. Bellin C, Dauphin AG, Castetbon K, Darmon N. E3A: enquête auprès des associations d'aide alimentaire. Rapport pour la Direction Générale de la Santé 2005;51 pages plus annexes:http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/nutrition/enquete_aidealiment.pdf.
14. Darmon N, Lécossais C, Briend A. Comment améliorer l'aide alimentaire destinée aux personnes sans abri ? Acceptabilité d'un aliment de rue enrichi. Médecine et Nutrition 2003;39:15-22.
15. Maillot M, Darmon N, Drewnowski A, Arnault N, Hercberg S. Le coût et la qualité nutritionnelle des groupes d'aliments : quelle hiérarchie ? Cah Nutr Diet 2005;41:87-96.
16. Hercberg S. Propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008). Rapport ministériel 2006;http://www.sante.gouv.fr/html/actu/rapport_pnns/rapport_pnns2.pdf.

Troisième table ronde

Précarité, alimentation et activité physique

“Obésité et trajectoires sociales, ou la discrimination des femmes et des hommes de forte corpulence”

Virginie MASDOUA, *socio-anthropologue de l'alimentation, CNRS, Université de la Méditerranée, Aix-en-Provence*

Quelles sont les conséquences de l'obésité sur les trajectoires sociales?

La société contemporaine a une image sociale négative des obèses.

Ces derniers sont considérés comme des déviants, avec tous les risques de marginalisation, de ségrégation et d'exclusion que cela implique. Pourquoi des déviants ? Parce qu'ils sont en écart de poids vis-à-vis de la norme sociale. Les obèses refusent les normes sociales, les valeurs corporelles contemporaines, qui sont celles de la minceur, ou n'utilisent pas les moyens pour y parvenir. Les personnes obèses sont jugées responsables de leur obésité.

Un autre point de vue considère qu'elles sont plutôt sous l'influence de la société de consommation. Ce sont les industriels qui vont alors être pointés du doigt comme responsables.

En définitive, les personnes obèses sont désignées comme telles soit par un diagnostic médical - on parlera de corpulence réelle -, soit par un marquage social, avec une corpulence imaginaire.

On s'aperçoit que cette norme sociétale de la minceur oppresse les personnes obèses et crée des obèses imaginaires. Ceci a été démontré par Arnaud Basdevant et Jean-Pierre Poulain : il y a pratiquement autant de personnes maigres ou en poids normal que de personnes en surpoids ou obèses qui désirent maigrir.



Il existe une stigmatisation de la société civile sur le poids. On le voit dans certaines publicités, mais ce regard sur les obèses provient également de l'univers de la sphère médicale, avec pénétration des valeurs sociales sur l'ensemble du corps médical et paramédical. Une étude, publiée en 2005, corrèle ainsi le niveau d'incivilité local, à savoir la densité de graffitis ou de crottes de chiens, avec l'indice de masse corporelle (Ellaway A et coll.)

Par ailleurs, dès les années 80, l'obésité est considérée comme un état, qui va engendrer la survenue de maladies. Dans les années 90, l'obésité entre dans la nosographie officielle : l'obèse a désormais un statut social de malade. La maladie est considérée comme un châtiment suite à un péché.

Les obèses ont “*mal agi*”, un lien apparaît entre la maladie et les valeurs morales du mal (Herzlich).

Un anthropologue lie quant à lui obésité et absence de contrôle de soi : les obèses agissent mal, ne savent pas se contrôler (B.J. Good et M. Good, 1981).

La “*maladie*” est par ailleurs assimilée à l’incapacité de travailler (Herzlich). On imagine les conséquences sur les trajectoires sociales des obèses que toutes ces représentations peuvent avoir. Anne Zimmerlan, mannequin de plus de 100 kilos, témoigne : “sans arrêt les autres s’arrêtent sur votre passage, pouffent, vous affublent de petits noms charmants : grosse dinde, gros boudin, tas de graisse... et nous rendent responsables de notre état : elles n’ont qu’à ne pas s’empiffrer”.

Cette stigmatisation sociale influe sur une trajectoire sociale descendante chez les personnes obèses.

Elle porte également sur l’accès à l’enseignement supérieur. Maisonneuve en a expliqué le mécanisme par le fait que “*le bel élève, par rapport à l’élève disgracieux, bénéficie d’un climat affectif plus stimulant*”.

Cette stigmatisation porte aussi sur les revenus et la promotion professionnelle. Les candidats obèses ont moins de chance d’être embauchés parce que les évaluateurs leur attribuent des traits négatifs : lenteur, paresse, absence de volonté, problèmes émotionnels (Pintigore et al. 1998).

Elle sera également rencontrée sur le plan de la vie domestique. Il a en effet été démontré que les femmes fortes épousaient des hommes d’un statut économique inférieur (Poulain, 2002).

Enfin, l’accès à l’utilisation d’équipements collectifs, comme la piscine, s’avère très difficile pour les personnes obèses. Il leur est même quasiment impossible, à cause du regard des autres, de se baigner dans une piscine collective.

Conséquence de cette stigmatisation : la dévalorisation de soi, qui va provoquer et entraîner des pratiques alimentaires compensatoires renforçant l’obésité, dans un cercle vicieux.

Pourtant, au travers des époques, l’obésité n’a pas toujours été considérée comme quelque chose de négatif. A la préhistoire, ou sur les tableaux des peintres à différentes époques, elle était plutôt un signe positif de fécondité et de fertilité.

L’image sociétale négative des obèses est contemporaine.

L’indice de masse corporelle (IMC) pose question aujourd’hui seulement. Ainsi, David Douillet, avec ses 130 kilos pour 1,96 mètre, et donc un IMC de 33, serait obèse. Or, au regard de son palmarès, il n’apparaît pas comme quelqu’un de malade...

On est en droit de se poser la question suivante : n’y a-t-il pas d’autres paramètres que l’IMC pour définir un corps en bonne santé ?

Il semble important de développer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation des personnes obèses.

Quelques idées peuvent être énoncées, comme :

- de rappeler la beauté physique et morale des obèses (les associations d’obèses luttent activement dans ce sens),

- de lutter contre l'obsession de la minceur, génératrice de normes corporelles sociales (la minceur devient la normalité, et le surpoids, l'obésité),
- de rappeler que les rondeurs ne sont pas un problème de santé, ni une obésité en puissance, et qu'il est important dans le langage de tous les jours, d'utiliser une terminologie juste. D'ailleurs, certains industriels commencent à développer des images corporelles diversifiées, avec des campagnes autour de l'estime de soi.

Il convient de différencier les enjeux de santé de l'esthétique. Il est important de surveiller les discours médicaux et diététiques, de rappeler que les corps en santé sont de formats variés, et de se poser la question suivante : a-t-on réussi à atteindre sur le plan médical les couches sociales concernées par l'obésité ?

J'espère avoir pu vous démontrer que l'obésité n'était pas seulement un problème médical mais également un problème social.

“Impact des contraintes budgétaires sur les choix alimentaires”;

Nicole Darmon, Unité mixte de recherches en nutrition humaine INSERM / INRA, Faculté de médecine de la Timone, Marseille

Pour aborder ce sujet, je vais vous faire cheminer dans un raisonnement en quatre étapes, alternant questions et réponses.

Y a-t-il un lien entre le prix et la qualité nutritionnelle de l'alimentation consommée par les individus dans leur environnement naturel ?

La réponse est oui.

Prenons l'exemple de la consommation de fruits et de légumes. Plus on a un budget élevé pour l'alimentation, plus la quantité de fruits et de légumes dans cette alimentation est importante, cette quantité consommée étant le principal indicateur de la qualité nutritionnelle d'une alimentation.

Une critique peut s'élever contre cette affirmation : cela ne prouve rien, ce n'est qu'une corrélation, les plus gros consommateurs de fruits et de légumes sont ceux qui ont un budget alimentaire plus élevé, parce qu'ils sont plus éduqués, ont eu l'habitude d'en manger dans l'enfance... et cela ne prouve pas que les personnes disposant d'un faible budget consomment peu de fruits et de légumes à cause de ce faible budget.

Comment répondre et traquer la causalité ?

J'ai mené une expérience avec un ordinateur, réduisant le budget d'une personne pour observer ses choix alimentaires en réaction à cette réduction de budget.

Le principe consiste à considérer l'alimentation moyenne des Français, de voir de quoi elle est constituée, des dépenses qui y sont consacrées etc. Le premier poste budgétaire est le groupe “viandes, poissons, oeufs”, suivi immédiatement du groupe “fruits et légumes”, bien qu'on n'en consomme pas assez, et viennent ensuite les “produits céréaliers, produits laitiers”. Les produits gras et sucrés représentent une faible part du poste budgétaire car ce sont des aliments peu chers.

Une contrainte de coût agissant seule est-elle capable de diminuer la qualité nutritionnelle ?

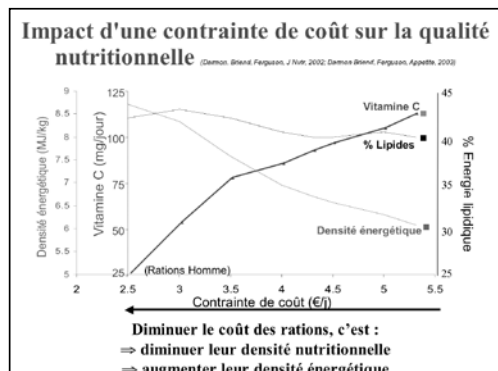
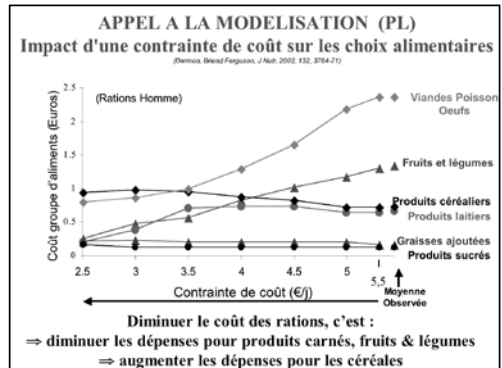
Si je pars de cette alimentation moyenne, et que je demande à un ordinateur de garder la même quantité d'énergie avec un budget de plus en plus faible, comme par hasard, il va acheter de moins en moins de fruits et de légumes, de moins en moins de viande et de poisson, et va consacrer une part de plus en plus importante de son budget aux produits céréaliers et notamment les moins chers, les pâtes et le riz. L'impact de la contrainte budgétaire sur la qualité nutritionnelle est déplorable, la teneur en vitamine C dégringole, et plus la contrainte s'amplifie, plus la densité énergétique augmente de façon dramatique. En conclusion, une contrainte de coût agissant seule diminue la qualité nutritionnelle :

- elle augmente la densité énergétique des rations et donc le risque de surconsommer de l'énergie et de prendre du poids,
- elle diminue la qualité et la densité nutritionnelles, et donc augmente le risque de déficiences nutritionnelles.

Comment expliquer cette relation positive entre la qualité nutritionnelle de l'alimentation et son coût ?

Une des hypothèses consiste à dire que cette relation existe déjà au niveau de la structure des prix alimentaires (les plus chers seraient les "meilleurs").

Voyons ce schéma sur la contribution de chaque groupe d'aliments au coût et à l'énergie de l'alimentation.



La viande, le poisson, les fruits et légumes représentent des sources chères de calories et contribuent peu aux apports énergétiques. Les plus pauvres se tournent donc vers des sources de calories moins chères. On observe une relation globalement négative entre le coût de l'énergie dans les aliments et la densité énergétique des aliments. Les aliments riches en gras et en sucre sont agréables à consommer, pauvres en eau, faciles à transporter et à

stocker (on a parlé ce matin des difficultés de stockage et de transport spécifiques aux populations défavorisées).

Donc la réponse à la question est oui, il existe une relation globalement positive entre la qualité nutritionnelle des aliments, et des groupes d'aliments, et leur prix.

Cette relation explique probablement le lien positif entre la qualité nutritionnelle de l'alimentation considérée dans sa globalité et son coût, et ceci suggère que les choix alimentaires défavorables à la santé observés dans les populations pauvres sont dus, au moins en partie, à des contraintes économiques.

La structure des prix alimentaires n'est donc pas favorable au respect des recommandations nutritionnelles par les populations les plus défavorisées, puisqu'on recommande la consommation de fruits et de légumes, lesquels sont les plus difficiles à se procurer.

Est-ce possible de respecter les recommandations nutritionnelles avec un petit budget ?

Cela est très difficile. Moins on a d'argent et plus on aura tendance à s'orienter vers des aliments peu intéressants sur le plan nutritionnel.

Il est néanmoins possible de manger équilibré pour un coût modéré, estimé par un ordinateur à 3,5 euros par jour et par adulte.

Comment s'y prend l'ordinateur ?

Tout d'abord, il respecte un premier grand principe, qui consiste à donner la prio-

rité aux produits végétaux, par rapport aux produits animaux. En effet, manger une fois par jour des aliments du groupe "viandes, poissons, oeufs" suffit sur le plan nutritionnel, ce qui représente une économie considérable lorsque l'on cesse d'en consommer à tous les repas.

Ensuite, il sélectionne les aliments de très bon rapport qualité nutritionnelle / prix. Cela s'avère plus difficile car il faut bien les connaître.

D'une façon générale, il s'agit des céréales (notamment complètes), des légumes secs, des pommes de terre, des poissons gras (notamment en conserve), des poissons surgelés, du foie, des abats et des oeufs, de la volaille, des légumes et des fruits en conserve, des jus de fruits à 100%, du lait et des produits laitiers à très faible teneur en matière grasse, de certains plats cuisinés (notamment ceux qui contiennent des légumes secs) et des huiles végétales.

Il existe a contrario des aliments de très mauvais rapport qualité / prix. Ils coûtent relativement cher par rapport au peu de vitamines et de minéraux qu'ils procurent. Ce sont les boissons sucrées, les produits chargés en gras, en sel et en sucre.

Donc il est possible de respecter les recommandations avec un petit budget (sauf s'il est inférieur à un seuil incompressible estimé à 3,5 euros par jour), mais cela implique :

- d'avoir une très bonne connaissance du rapport qualité nutritionnelle / prix des aliments
- d'être prêt à s'écarter des habitudes alimentaires couramment observées dans la

population générale (ce qui peut poser un problème d'acceptabilité sociale).

Il convient donc d'améliorer l'accessibilité physique et économique à une alimentation de qualité et de développer des programmes d'éducation nutritionnelle ciblés en direction des populations défavorisées. Lorsque le budget alimentaire n'atteint pas 3,5 euros par jour, l'éducation nutritionnelle ne peut pas suffire, il faut alors fournir une aide alimentaire de qualité.

**D^r Céline ROMAN, pédiatre,
consultation d'obésité pédiatrique,
la Timone enfants, Marseille**
*“Les difficultés de prise en charge
des publics précaires”*

Je vais aborder le versant pédiatrique de la prise en charge des populations précaires. Plusieurs difficultés spécifiques peuvent être identifiées dans ces populations. Il s'agit tout d'abord d'amener l'enfant jusqu'à la consultation spécialisée, puis de modifier ses habitudes alimentaires, de lui faire pratiquer une activité physique et enfin de le suivre régulièrement. L'accès à la consultation spécialisée peut s'avérer difficile car dans ces familles précaires, plus que dans d'autres, l'indication le plus souvent ne vient pas de la famille mais d'un tiers, médecin traitant, médecin scolaire ou médecin de PMI.

Le rendez-vous est pris sans réelle motivation ni prise de conscience, de l'enfant ou de sa famille. Nos délais de consultation étant de deux mois, bien souvent ces premiers rendez-vous ne sont pas honorés.

Il arrive également que certains membres de la famille n'adhèrent pas à la demande de prise en charge de l'enfant.

Il s'agit souvent du papa, qui ne comprend pas pourquoi on demande à son enfant en bonne santé de se rendre à l'hôpital.

Des difficultés de prise en charge se posent lorsque le niveau de motivation n'est pas homogène au sein de la famille. Par ailleurs, dans certaines familles maghrébines ou méditerranéennes, l'obésité est parfois considérée comme un signe valorisant de bonne santé de l'enfant.

Une fois franchie l'étape de la première consultation, nous allons tenter de modifier les habitudes alimentaires.

Ces familles rencontrent des problèmes financiers et ont un accès plus facile aux denrées bon marché, notamment les féculents. Nous intégrons ces contraintes avec la diététicienne pour proposer des menus adéquats.

Se posent parfois les cas plus spécifiques des adolescents, chez qui on observe un déséquilibre de la répartition énergétique dans la journée. Examinons une journée-type : le petit déjeuner est sauté, à midi le repas se compose d'un sandwich (viande, frites, mayonnaise) et d'un soda pris au snack, le goûter comporte des chips ou des gâteaux. Au final, seul le repas du soir est partagé avec la famille, et la maman l'a préparé conséquent, avec des féculents et de la viande.

Ces adolescents ingurgitent donc toute leur ration énergétique en huit heures, sur la deuxième partie de la journée. La prise de poids semble inéluctable.

Nous essayons donc de modifier ces habitudes, d'instaurer un petit déjeuner, ou d'augmenter le budget du midi pour parvenir à un meilleur équilibre.

Les habitudes alimentaires des familles précaires se caractérisent également par un important grignotage, favorisé par l'oisiveté et le temps passé devant la télévision.

Leur niveau d'instruction est également plus faible qu'en population générale, avec parfois des difficultés de compréhension de la langue française, et en particulier de l'étiquetage alimentaire ou des messages publicitaires (jus de fruits sans "sucres ajoutés", pourcentage de matière grasse dans les fromages etc.)

Le second volet de la prise en charge va consister à promouvoir l'activité physique des enfants.

On se heurte ici à nouveau au problème financier, les parents ne pouvant pas consacrer de budget à l'inscription dans un club de foot ou de judo.

On se tourne alors vers d'autres solutions et on rencontre cette fois des problèmes d'accès aux infrastructures sportives, peu développées dans les quartiers où ces enfants habitent, avec des piscines fermées momentanément etc.

Il ne reste à l'enfant qu'à aller jouer au pied de son immeuble avec son vélo ou sa corde à sauter.

Mais à cause d'un sentiment d'insécurité réel ou ressenti, les parents ont peur de le laisser seul. Les enfants rentrent donc directement de l'école à la maison où ils s'installent devant la télévision.

Il arrive qu'au terme de la consultation nous n'ayons trouvé aucune solution pour augmenter le temps d'activité physique.

Nous devons ensuite pérenniser le suivi de ces enfants, et les revoir tous les deux mois.

Des difficultés se posent ici encore, relevant généralement de deux situations. Dans le cas du petit enfant de 4 à 8 ans dont la famille n'adhère pas à la prise en charge, il est illusoire de compter sur un résultat. Dans le cas de l'adolescent qui évolue dans une famille où les habitudes alimentaires ne sont pas modifiées, où le reste de la fratrie ne présente pas de surpoids... on assiste également à une situation d'échec.

Si l'enfant a grossi entre deux consultations, s'il n'a pas réussi à appliquer les consignes, il ne reviendra pas. Nous rappelons les familles, mais au bout de quelque temps, nous en perdons certains de vue.

Les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces enfants de familles précaires sont donc : le manque de motivation familiale, les mauvaises habitudes alimentaires, les difficultés d'accès aux infrastructures sportives et le manque de fidélisation de ces patients.

Trois solutions peuvent être proposées :

- Informer : informer par tous les moyens pour atteindre ces familles, dès la maternité, comme le fait le Dr Deboisse à l'hôpital de la Conception de Marseille, où il s'adresse à des mamans en surpoids, afin de promouvoir l'allaitement maternel et prévenir l'obésité infantile
- Aller au devant des populations : puisque les enfants ont du mal à venir à nous, pourquoi n'irions nous pas à eux? Je cite en exemple les "bus info santé" en Rhône-Alpes, qui se déplacent dans les quartiers pour informer la popula-

tion sur un certain nombre de thèmes de santé publique. Cela peut constituer un premier pas vers des consultations plus spécialisées.

- Etre structuré en réseau : cela existe dans de nombreuses villes mais malheureusement pas à Marseille ; cela nous aiderait, car la finalité du réseau consiste à établir un véritable parcours de soin autour du patient, en plaçant le médecin traitant au centre du dispositif de prise en charge de l'obésité. Cela permettrait de fidéliser et d'assurer un suivi beaucoup plus régulier des patients.

Zeina Mansour,

Directrice du CRES PACA.

Merci Dr Roman. La proposition que vous faites d'ouvrir l'hôpital vers le quartier a longuement été évoquée il y a deux semaines lors d'une journée organisée par l'ARH et la DRASS sur l'hôpital acteur de santé publique. C'est une démarche très intéressante qui mérite d'être promue, notamment dans ce cadre-là. Les exemples se multiplient et il faut encourager ce type d'initiatives.

Nous avons beaucoup parlé d'alimentation jusqu'à présent et nous allons à présent ouvrir le chapitre de l'activité physique.

Pierre THERME, Professeur des Universités, Faculté des sciences du sport, Aix-Marseille II
"L'activité physique, une démarche culturelle",

Nous avons effectivement beaucoup parlé jusqu'à présent des rentrées énergétiques par l'alimentation.

Nous allons à présent évoquer les sorties énergétiques par l'activité physique.

Les populations précaires ont peu accès aux activités physiques et sportives (APS). Ces activités constituent un champ de pratiques sociales et culturelles, comme l'a montré Marcel Mauss dans les années 30.

D'un point de vue anthropologique, elles mettent en jeu le corps et ses pratiques, sont liées aux mentalités, aux imaginaires, aux effets de mode, au bien-être personnel... elles sont des activités qui, comme le soulignait Norbert Elias, participent au processus de civilisation. Elles ne sont donc pas en dehors du social, mais participent pleinement à la dialectique de la construction du social.

La pratique des activités physiques et sportives est partie prenante des distributions sociales. Mais je dirais volontiers que "*n'est pas sportif qui veut*", ou "*ne pratique pas le sport qui en a la seule volonté*". C'est malheureusement ce que l'on va constater.

Dans les années 70 et 80, Pierre Bourdieu et les sociologues du sport ont montré qu'il existait un espace des positions sociales de la pratique des activités physiques et sportives (APS), une répartition de ces activités en fonction des capitaux économiques, culturels et sociaux des populations. Aujourd'hui, les sociologues ajoutent à cela les facteurs psychologiques, qui participent ou non à l'entrée dans une activité physique, et les positions des populations dans l'échelle de la désaffiliation sociale (ou l'exclusion), comme déterminant du type d'accès aux APS.

C'est en ce sens que la pratique d'activités physiques ne peut pas être conçue en dehors des facteurs culturels, sociaux et psychologiques. En première analyse, on peut dire que précarité et obésité sont deux facteurs très limitant dans l'accès social à la pratique des APS. Car se soucier de son corps et de sa santé, de son image sociale, relève bien souvent d'un privilège social, d'une position de non-précarité sociale et corporelle. Le sport est populaire dans son spectacle, il l'est beaucoup moins dans sa pratique quotidienne.

L'enquête de l'INSEE qui a été publiée en février 2007 sur "obésité et catégories sociales" montre que l'obésité marque surtout les familles des milieux populaires, qu'elle se distribue, tout comme la pratique des APS, selon les disparités entre catégories sociales, disparités qui ont tendance à s'accroître.

Ce nonaccès à la pratique physique constitue une double peine pour les personnes en situation précaire, un double handicap pour la personne en surpoids ou obèse, car tous les travaux scientifiques les plus récents montrent les corrélations positives entre activité physique et santé.

Quelques repères.

L'OMS a publié en 2006 un rapport intitulé *"Activité physique et santé, une évidence pour l'action"*.

Il s'agit d'un travail d'experts qui, en se basant sur les données des travaux scientifiques les plus contemporains, références consensuelles, souligne l'importance de l'activité physique sur la santé.

Il est clairement démontré que l'activité physique permet de ne pas prendre de poids supplémentaire et donc de maintenir son niveau pondéral et les facteurs biologiques et psychologiques du bien-être. Le rapport détermine pour cela des seuils de pratique recommandée aux différents âges.

L'activité physique y est définie comme *"toute force exercée par un muscle qui entraîne une dépense d'énergie d'un certain niveau"*.

Cette définition ne se limite donc pas aux seules activités sportives, elle inclut tout type d'activités physiques : la marche, les déplacements à vélo, les jeux traditionnels, les passe-temps... Elle est donc dépendante des habitus et des cultures, des espaces de vie et de l'environnement des personnes. Le sport y est envisagé comme un type particulier d'activité physique. Depuis le milieu du XX^{ème} siècle, on s'accorde à dire qu'une activité physique est sportive dans la mesure où elle respecte trois critères : elle est réglementée, codifiée et fait l'objet d'une compétition instituée.

Quand vous faites du footing le matin vous ne faites pas du sport !

Les activités sportives sont instituées à travers le mouvement sportif, les clubs, les fédérations et les organismes internationaux. Nous y reviendrons, au stade des propositions concrètes. Ces travaux de l'OMS définissent des seuils et des formes de pratiques recommandées aux différents âges. Les activités physiques bénéfiques pour la santé sont celles d'intensité modérée, caractérisées par des sensations d'échauffement, de léger essoufflement et par une augmentation de la fréquence

cardiaque. Dans notre jargon, ce sont des activités à dominante aérobie alactique.

Sachant que cette activité de l'organisme développe le métabolisme du corps de trois à six fois son niveau de base, les scientifiques ont élaboré un critère d'évaluation de l'activité physique. On appelle cela le métabolisme équivalent, le METs, une unité de mesure pour pouvoir comparer les populations et identifier l'activité favorable à la santé. Par exemple, une activité physique modérée de marche active sur au moins une demi-heure correspond à 3 Mets, une activité physique soutenue de marche rapide ou de footing relativement lent correspond à 6 Mets, c'est donc une augmentation de facteur 6 de l'activité métabolique de base. L'activité minimale ayant des effets sur la santé et le surpoids est celle correspondant à 3 Mets d'intensité pratiquée quotidiennement, 1 heure par jour, 5 jours par semaine.

En outre, dans la littérature, il est démontré que l'activité physique diminue de façon significative l'obésité et le surpoids, les risques de dépression et augmente le bien-être psychologique par diminution du stress et de l'anxiété. On note aussi une augmentation des habilités sociales, de l'estime de soi et de la qualité de vie.

Les travaux en sociologie ont démontré une diminution des comportements anti-sociaux, et, en économie, une diminution des coûts de santé.

L'OMS a élaboré un baromètre des niveaux de pratique physique des pays européens. La mesure porte sur le pourcentage d'adultes de plus de 15 ans ayant

une activité physique suffisante (au moins une heure par jour 5 jours par semaine).

Avec 24% de la population pratiquant cette activité, la France se situe à l'avant-dernière place devant la Suède (23%). Les plus actifs sont les Pays Bas (45%), l'Allemagne (40%) et la Grèce (38%). La moyenne des pays européens se situe à 32%.

Ces chiffres pour la France traduisent à mon sens beaucoup plus une inégalité de répartition de l'activité physique, selon les niveaux sociaux, qu'un niveau de pratique moyen. Autrement dit, les écarts-types doivent être très importants.

En outre, les enquêtes montrent un effet du sexe et du genre sur la pratique. En France par exemple, seulement 11% des filles et 25% des garçons répondent aux critères de pratique minimale d'une activité physique. En 2000, le Haut comité de santé publique montrait que les modifications des conditions de vie, notamment les progrès technologiques liés aux occupations professionnelles, aux déplacements, aux travaux ménagers et à l'augmentation des temps de loisirs, ont diminué les dépenses énergétiques et l'activité physique. Ce rapport conclut en faisant de l'inactivité physique un véritable problème de santé publique.

Les facteurs limitant la pratique de l'activité physique sont tout d'abord relatifs au statut socio-économique des personnes. Plus les personnes sont en situation de précarité, moins elles ont accès à la pratique des APS, aux infrastructures et à l'encadrement.

Ils sont également relatifs au manque de proximité des lieux de pratique, au

problème de l'urbanisation et au manque d'offre de pratique à tous les niveaux accessibles à tous.

Viennent ensuite les facteurs individuels. Pour s'engager dans la pratique d'une APS, il est montré que la personne doit se sentir capable et se juger apte, alors que souvent les personnes précaires sont en sous-estime d'eux-mêmes et en auto-dévalorisation. La personne doit aussi développer sur le plan psychologique un sentiment d'auto-efficacité. L'activité physique est possible si la démarche est individuelle, et motivée.

Ce n'est pas magique !

Pourquoi les personnes ne pratiquent pas ?

Les études montrent que la première raison donnée est à 34% le manque de temps. Il s'agit certainement d'une revendication alibi qui est à étudier. Ces enquêtes révèlent également les résistances majeures des jeunes filles obèses ou en surpoids à s'inscrire dans une pratique physique et sportive instituée.

Nous assistons à une sur-normalisation du corps. A l'heure où "l'embonpoint est en passe de devenir un délit, et la maigreur une vertu", l'activité physique et son marché répondent à ces tendances marketing lourdes et pourraient priver les personnes qui en ont le plus besoin d'une pratique publique de l'APS, nécessaire au bien-être de chacun. Je vais faire quatre propositions concrètes :

- Il est nécessaire d'agir sur les niveaux personnels et sur ceux du macro et du micro-environnement social. Un de nos étudiants en Master, Benoît Saugeron,

actuellement en stage au CRES, a montré que c'était à l'école que la pratique de l'activité physique à travers les cours d'EPS et des associations sportives est la plus soutenue. Dans ces lieux publics, elle s'adresse à tous. Les efforts de prévention doivent porter de mon point de vue sur cet espace. Il faut travailler au développement de compétences de gestion de sa vie physique actuelle et à venir, ce qui fait partie du programme d'EPS à l'école. A condition que cette discipline, exclue du tronc commun des connaissances, tout comme les expressions artistiques, ne soit pas décimée comme elle l'est aujourd'hui à l'école, au collège et au lycée.

- Deuxième proposition : il est nécessaire de travailler avec les collectivités et le mouvement sportif et associatif au développement d'une offre de pratique sportive locale, de proximité, gratuite et déstigmatisée, en rupture avec le modèle d'excellence corporelle du champion imaginaire ou réel. On peut le faire en travaillant ensemble.
- Troisième proposition : chez les personnes précaires et en risque de surpoids, l'engagement dans la pratique d'une activité physique et sportive, dans un cadre préventif et curatif, doit être accompagné par des intervenants formés. Il est nécessaire ici de susciter le plaisir de l'exercice, ou de le faire renaître, de reconstruire un sens à l'activité physique pour la personne, de travailler sur ses motivations intrinsèques, sur les attentes des bénéfices de l'exercice, et bien sûr sur la nature, le contenu, le dosage... bref, la didactisation

des activités proposées. Cela ne peut se faire sous forme de campagne publicitaire, mais seulement si on a les moyens de mettre en pratique concrètement, sur le terrain, avec les personnes, une activité physique adaptée à leurs caractéristiques et à leurs besoins. Il est nécessaire avant tout de comprendre et d'analyser les problèmes psychologiques et sociaux des personnes avec ce que l'on propose de leur faire faire sur le plan corporel. Mais il faut pour cela bien sûr des emplois, ou bien des dispositifs adaptés. Nous travaillons, à la faculté des sciences du sport, sur des dispositifs d'intelligence virtuelle d'aide à l'activité physique.

- Quatrièmement : Nous pourrions nous engager, l'Université de la Méditerranée, la Faculté des sciences du sport, avec la Région, le CRES, les institutions de santé publique, le milieu scolaire, le mouvement sportif... à mettre en place un projet d'éducation/prévention par les activités physiques et sportives, sur un secteur donné, et à en évaluer les effets sur le moyen et sur le long terme.

Ces projets concrets pourraient être étayés par les activités de recherche que nous menons dans l'équipe que dirige Daniel Mestre (UMR Université de la Méditerranée

– CNRS) et dont l'objet est la reconstruction de l'image de soi corporelle et l'assistance au coaching pour l'activité physique, dans le cadre de l'outil technologique de Réalité virtuelle implanté à la Faculté des sciences du sport. Ces activités pourraient fédérer les politiques régionales, le CRES et les CoDES, le mouvement sportif et le secteur de la santé. Si les moyens et les volontés politiques le permettent. A condition que ces politiques soient cohérentes, sans effets d'annonce médiatique.

Zeina Mansour

Merci pour ces possibilités de recherche que vous nous proposez. De nombreuses villes sont présentes dans la salle, 11 en région sont "villes actives du PNNS", dont la Ville de Marseille ici présente.

Questions de la salle

Magali Véla, agent de développement pour une fédération sportive,
Y a t'il une adresse Internet où se procurer vos sources?

P^r Pierre Therme

Vous pouvez consulter le site Internet de la Faculté des sciences du sport, et me contacter pour que l'on travaille ensemble.

Françoise Michel, infirmière scolaire

Deux questions pour le D^r Céline Roman. Comment amener nos élèves en situation de précarité à consulter ? Et quel est le taux de réussite des patients ?



Dr Céline Roman

De nombreux pédiatres en ville s'occupent plus spécifiquement d'obésité. Vous pouvez également impliquer le médecin traitant. Ou adresser vos élèves à l'hôpital, mais les délais sont longs. Les délais de ma consultation par exemple sont de deux mois. La réussite est la stabilisation de l'indice de masse corporelle. Parmi les enfants que nous parvenons à suivre, nous obtenons environ 50% de réussite.

Un chercheur en santé publique et géographie de la santé

Madame Darmon, d'après vous, le rapport qualité-prix des fruits et légumes est-il lié à une difficulté de production, d'acheminement ?

Nicole Darmon

La situation a radicalement changé avec la transition alimentaire, à partir du moment où, en très peu de temps, les fruits et légumes gratuits du potager sont devenus payants et très chers. Lorsque l'on regarde les prix au kilo, ce n'est pas démesuré, mais ça le devient pour certaines catégories de fruits. Ce sont des sources d'énergie extrêmement chères.

Mais ils sont tellement riches en vitamines, minéraux et en fibres, que ce sont finalement des sources peu chères de nutriments essentiels, mais le message s'avère beaucoup plus difficile à faire passer !

Dr Peggy Treval, Conseil général 84

En travaillant auprès des précaires, je me suis aperçue qu'ils possèdent les connaissances globales, mais qu'ils ont du mal

à les appliquer dans la pratique quotidienne. Si on les accompagne, ils y parviennent. Accompagner les colis alimentaires de menus par exemple est important, ou encore permettre aux femmes d'échanger entre elles sur la façon dont elles aménagent ces colis alimentaires, pour en faire des repas équilibrés etc.

Les campagnes publicitaires, c'est une chose, mais il faut également des professionnels sur le terrain pour les accompagner.

Dr Charles Mercier, médecin, Centre nutritionnel infantile Les Oiseaux, spécialisé en obésité infantile

Je voulais apporter une précision quant au taux de réussite de la prise en charge de l'obésité infantile : en centre, il est de 30%, avec une stabilisation à long terme (avec 30% d'échec et 30% de résultat partiel).

En ambulatoire, les résultats paraissent un peu meilleurs mais la population est différente, affectée d'une obésité moins morbide, moins grave. Ensuite, concernant le sport, je me suis aperçu qu'une des pratiques que l'on pouvait proposer, en alternative au sport fédéral, était le sport au sein de l'école au travers de l'UNSS. Cela peut représenter une solution intéressante, avec un coût très faible, permettant de renouer du tissu scolaire et social. Mais il faudrait que les professeurs portent une attention particulière aux enfants en surpoids ou obèses, ce qui n'est pas toujours le cas, hélas.

Quant au sport fédéral, on s'aperçoit que certains enfants, en surpoids ou pas, peuvent se voir écartés des compétitions sous prétexte qu'ils ne sont pas compétitifs.

Quant aux enfants en surpoids, l'inscription est parfois carrément refusée.

Pr Pierre Therme

Vous avez raison de souligner l'importance de l'UNSS, de l'USEP, de ce milieu associatif et sportif scolaire, qui malheureusement aujourd'hui n'est pas reconnu par les instances ministérielles. Le plus important à mon sens serait de mailler tout cela, de mettre en réseau l'éducation physique



scolaire, via l'UNSS, l'USEP et la FSU, le milieu sportif et le milieu associatif et social. Décloisonner la pratique physique, cela reste à construire.

Dr Danielle Coste

Je voudrais préciser que l'activité physique considérée comme liée à un bon état de santé, dans le PNNS, est celle du quotidien, consistant à faire son ménage, à ne pas prendre l'ascenseur, à jouer dans la cour etc. Des travaux ont montré que 10 minutes à la fois, c'était déjà bien.

D'autre part, je tiens à rappeler les bienfaits de l'alimentation méditerranéenne, qui permet de bien s'alimenter sur le plan nutritionnel avec un coût minimal. En effet, les féculents fournissent de nombreuses protéines et les légumes secs peuvent avantageusement remplacer les protéines animales.

Quatrième table ronde

Quelques initiatives régionales

auprès de publics précaires

L'exemple de l'Union Diaconale du Var, Dr Patrick PEYCRU, Toulon

Né dans les années 70 dans la lignée d'ATD Quart Monde du Père Joseph Wresinski, la Diaconie du Var a fait suite aux engagements de quelques lycéens catholiques sur une cité de transit, le Fort Rouge à Toulon.

L'Union Diaconale du Var est née ensuite il y a 25 ans, du désir de ce diaconat de se doter d'un outil juridique, associatif, apte à gérer les affaires sociales du diocèse, en acceptant l'exigence de la professionnalisation, et le partenariat avec l'Etat et les collectivités locales.

Aujourd'hui, l'UDV représente une union de 25 associations réparties sur l'ensemble du Var, employant plus de 120 salariés. Son centre ressource en assure comptabilité, paye, formation, communication et l'action du diacre Gilles Rebêche n'est pas étrangère à ce développement.

Mais que les tenants de l'action laïque se rassurent : l'UDV est ouverte à toutes les personnes de bonne volonté et ni les salariés ni les bénévoles ne doivent montrer de certificats de baptême.

S'adressant à un public de grands exclus - personnes à la rue, isolées, prisonniers, étrangers en situation régulière ou non - nos associations savent combien il convient

d'accompagner ces grands blessés de la vie. C'est ce que nous essayons de faire selon trois axes :

- **L'accès aux droits** : conventionnées par les pouvoirs publics, les associations de l'UDV interviennent directement auprès d'un public défini comme trop marginalisé pour être suivi par leurs structures tout au long de leur parcours d'insertion,
- **L'accès à la citoyenneté** : pour nous, on ne peut aider les pauvres autrement qu'en les rendant acteurs des transformations de la société,
- **L'accès à la convivialité** : l'UDV propose une véritable rencontre humaine, dans le plaisir d'être ensemble, de partager, d'échanger dans des moments de fête, de lutte ou de réflexion. Il s'agit donc de compléter la lutte contre la misère matérielle par le combat contre la misère affective et relationnelle.

Personnellement, après une carrière de médecin généraliste libéral, j'ai découvert la précarité comme médecin référent du RMI au Conseil général du Var, puis à travers l'association Promosoins à Fréjus-St Raphaël, dans ses actions de prévention et d'éducation à la santé. Coordinateur de l'atelier santé ville de notre communauté d'agglomération, je suis également pré-

sident de l'antenne territoriale est-varoise de l'UDV Solidarités Est-Var.

Existerait-il une manière associative UDV d'aborder la nourriture et la nutrition ? Nous n'y sommes pas plus forts qu'ailleurs, mais je voudrais rappeler que l'homme est un animal social qui ne vit pas que de pain, mais aussi de partage et de fraternité. Les projets participatifs doivent donc prendre le pas sur les projets simplement distributifs.

Enfin, habitués à rendre compte de nos actions et à les évaluer à moyen terme, nous sommes confrontés dans nos actions d'information et d'éducation nutritionnelle aux résistances culturelles, aux changements d'habitudes culinaires, aux freins pécuniaires, ou aux multiples autres problèmes auxquels est confronté notre public. Humble sur notre impact, nous savons qu'il faut continuer à taper sur le clou.

Permettez-moi à présent d'illustrer ce propos par quatre exemples :

- **Les ateliers de cuisine pour hommes isolés :** l'Accueil Bartimée Logivar, à Toulon, accompagne dans le logement les hommes seuls. Ce CHRS a pu constater que le fait de ne pas savoir cuisiner les amenait soit à fréquenter les cafétérias de façon non compatible avec leur budget, soit à se servir exclusivement de l'ouvre-boîte, soit à acheter des plats préparés très chers. Avec l'aide de la banque alimentaire, l'association a monté des ateliers de cuisine masculine pour faire sauter ce frein au logement ou au relogement.

L'action s'est prolongée par le suivi d'une conseillère en économie sociale et familiale, et par le compagnonnage. Plus d'une trentaine de résidents du CHRS ont bénéficié de ces ateliers, véritables leviers d'insertion vers le logement. En effet, avoir un logement, ce n'est pas seulement avoir un toit, c'est aussi pouvoir y habiter, y être bien, pouvoir y inviter ses amis.

- **Les tables ouvertes :** le Secours Catholique, partenaire de l'UDV, aide des paroisses, sur l'ensemble du Var, à installer des tables ouvertes à toutes les personnes ayant envie ou besoin d'en rencontrer d'autres, autour d'un repas mensuel. Ainsi, à Draguignan, un des derniers projets mis en place, il existe un vivier de plus de 60 bénévoles organisés en équipes - recherche de denrées, cuisine, service, vaisselle... - pour assurer un repas à environ 150 personnes. Ce qui fait la particularité du projet, c'est l'existence d'une équipe "*communication*", pour parvenir à toucher les plus isolés, d'une équipe "*décoration*", avec un thème par mois, et d'une équipe "*paroles*". Les volontaires sont présents à chaque table pour que la parole circule et que tout le monde ait l'occasion de s'exprimer. Faire circuler la parole à table paraît aussi important que d'y faire circuler les plats.

- **L'épicerie solidaire itinérante en centre-Var de Garrigues,** à Saint-Maximin : le monde rural pose les mêmes problèmes en matière de précarité et d'alimentation que le monde urbain.

Le passage régulier du camion-épicerie et de l'équipe d'animation permet de rassembler des personnes isolées autour d'un repas convivial pour se faire des amis, et de rencontrer une conseillère en économie sociale et familiale, dans le cadre du surendettement.

● **L'éducation familiale à la nutrition :**

née il y a 16 ans de l'action bénévole de quelques paroissiennes de l'église de la Gabelle à Fréjus, l'association EPAFA s'est largement ouverte et professionnalisée depuis. Installée dans un quartier où près de 95% des habitants sont d'origine maghrébine et souvent primo-arrivants, cette association a fait de l'alimentation son cheval de bataille. Elle propose de l'information théorique sur l'équilibre alimentaire, avec des supports visuels, en particulier sur les sucres, pour une population particulièrement touchée par le diabète gras ; des ateliers de cuisine pour les mères et d'autres ateliers pour les enfants ; des fêtes autour de la cuisine de tel ou tel pays, ce qui favorise le *"vivre ensemble"* et valorise le talent de femmes nouvellement arrivées en perte de repères dans leur nouvelle vie. Des sorties sensibilisent femmes et enfants à l'activité physique et à la découverte des alentours d'une copropriété dont elles ont peu l'occasion de sortir. Depuis deux ans et demi s'est également mis en place à la Gabelle un atelier santé ville dont l'Epafo est partenaire, et si le premier thème retenu en 2004/2005 en fut *"l'alimentation et le PNNS"*, le thème de l'an dernier, *"prévention des*

cancers", a été l'occasion de reparler de l'intérêt d'une alimentation saine. Les ateliers d'alphabétisation permettent également d'utiliser ces supports visuels. Quelques chiffres : en 2006, cette action nutrition/santé a concerné 82 femmes immigrées dont 70 non-scolarisées ; 28 jeunes mamans autour d'un médecin de PMI sur l'alimentation des bébés et des jeunes enfants ; 39 parents autour de goûters ; 39 enfants autour de découverte de nouvelles saveurs, visites de potagers et sensibilisation au sport ; gym douce et relaxation ont réuni une quarantaine de femmes ; les sorties de marche ont intéressé 25 femmes. A l'occasion des fêtes, les femmes apportent désormais plus facilement de l'eau et des jus de fruits que du soda. Elles préparent un thé moins sucré ; certaines ont même acheté un cuit-vapeur. Elles sont très en demande de sorties et de sport. Elles reconnaissent leurs difficultés à changer les habitudes familiales. Le problème d'autorité dans l'éducation des enfants est important et les associations sur le quartier ont beaucoup de mal à toucher les hommes.

En conclusion, nourrir, donner à manger, est un acte maternel primordial, un acte de vie qui remonte aux fondements de notre humanité. Mais passer de l'oralité à la commensalité (être à table ensemble) et à la convivialité, c'est apprendre à vivre les uns avec les autres. C'est donc un processus de construction et de cohésion sociale. Dans le domaine de la lutte contre les exclusions,

il faut veiller à ce que “donner à manger” ne s’oppose pas à “donner à parler” : remplir les bouches peut être une façon perverse d’étouffer les cris de révolte.

**Dominique VALADIER, chef cuisinier
du lycée l’Empéri, Salon-de-Provence
“Gastronomie et diététique
en milieu scolaire”**

Au lycée de l’Empéri, nous sommes une équipe de fervents parfois traités d’ayatollahs de la nourriture. Nous n’utilisons aucun produit préfabriqué, nous réalisons tout nous-mêmes, de façon à avoir un goût le plus naturel possible.

Pourquoi fait-on de la gastronomie ?

Tout d’abord parce que cela représente toujours un grand plaisir de manger. On fait de nombreux choix, cela apporte une grande liberté et plaît beaucoup aux élèves.

Vous allez me répondre que si on a du plaisir, de la liberté et du choix, on se gave. En fait, pas du tout.

Nous avons développé dans le même temps, à titre expérimental, l’aspect citoyenneté de la nourriture. Par des petites affiches ludiques, nous intéressons les jeunes à la diététique, en utilisant l’exemple du permis de conduire. A côté des assiettes de charcuterie sont ainsi placés des panneaux “Attention”, un triangle bordé de rouge. A côté des crudités, un panneau “fin de limitation de vitesse” indique que l’on peut se servir à volonté. Les jeunes parviennent peu à peu à gérer les quantités. Ils apprennent à se servir selon leur faim. Pour contrôler leur appétit, on a contrôlé le gaspillage.

Ils sont tous les jours obligés de jeter eux-mêmes leurs déchets. Lorsqu’on les informe sur la précarité, les restos du cœur ou autres mouvements, ils ont ensuite vraiment honte de gaspiller et pour ne plus jeter se servent moins et respectent la nourriture qu’on leur propose.

Tous les jours, les élèves du lycée se voient proposer “fruits et fromage obligatoires”, ainsi que “poisson et viande au choix”. Il n’y a pas de pâtisserie car cela démolit notre plan alimentaire. Nous servons 800 couverts. Chaque menu comprend également un légume et un féculent, et 15 à 18 entrées selon les jours (une dizaine de crudités et le reste de charcuterie ou de poisson cru, ou d’œufs, pour équilibrer le plateau de ceux qui ne veulent pas de plat chaud).

Les lycéens sont régulièrement informés. Par des moyens télévisuels notamment, car nous avons une petite télévision liée à un réseau informatique, grâce à laquelle on diffuse les informations relatives au menu, la valeur alimentaire notamment, par des petites pastilles plus ou moins grosses, rouges, jaunes ou bleues, et par des petites affichettes. On les informe également en étant présent lors du service.

En seconde, les élèves qui arrivent massivement du collège sont complètement désorientés par la nourriture qu’on leur propose. Ils mettent deux à trois mois pour s’habituer à ces propositions. Ensuite, aux alentours du 2ème trimestre, il n’est pas rare que des parents appellent pour nous dire “vous avez complètement changé le régime alimentaire de notre enfant, donnez-

nous des recettes car il paraît que l'on mange mieux à la cantine qu'à la maison !"

Les photos qui sont diffusées derrière moi vous présentent mon travail et la philosophie des repas. Nous sommes l'un des seuls restaurants scolaires où l'on s'entend parler à table, même lorsque 300 élèves déjeunent dans le réfectoire.

Je tiens à préciser que si on est parvenu à ce point de réussite, c'est grâce à une équipe très soudée qui m'aide et m'accompagne, ainsi qu'aux proviseurs et aux intendants qui se sont succédé au lycée, puisque cela fait 15 ans que je suis en poste.

C'est un élément très important : ensemble nous avons réfléchi et fabriqué, ensemble nous avons pu convaincre et ensemble nous allons essayer de faire du lycée l'Empéri un centre de formation pour les chefs de cuisine travaillant dans les collectivités et dans les cantines autogérées de préférence, pour qu'ils reproduisent cette initiative. Je voudrais rajouter que je reçois énormément de courrier d'anciens élèves qui se plaignent des restaurants universitaires et qui demandent ma mutation !

Un programme de formation des personnels de l'aide alimentaire, Nathalie Merle, directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé des Bouches-du-Rhône (CoDES 13)

Je vais vous présenter un programme de formation des personnes en charge de la distribution alimentaire, qui a eu lieu en 2004 dans les Bouches-du-Rhône, ainsi que dans l'ensemble des départements de la région, réalisé par les CoDES.

Je ne reviendrai pas sur les données relatives à la précarité, ni sur l'incidence de la précarité sur la qualité de l'alimentation, car il en a été beaucoup question ce matin.

Les comportements d'achats des personnes précaires sont caractérisés par la monotonie et par les à-coups de consommation : consommations épisodiques et importantes de viande et de charcuterie par exemple, ou de confiserie chez les enfants ; préparations courtes des repas ; plats devenus monotones et de moins en moins élaborés au fur et à mesure de la précarisation ; mauvaise répartition des repas ; perte de tradition culinaire et d'estime de soi ...

On a pu constater lors de nos interventions auprès des publics en grande précarité qu'au fil du temps la précarité amène une fatigue, en particulier une fatigue psychologique, qui va influencer le temps de préparation des repas et favoriser l'achat de denrées déjà élaborées. En ce qui concerne les confiseries chez les enfants, nous avons remarqué que les enfants consommaient les produits sucrés vus à la télévision. Dans les familles en grande précarité, offrir ces produits aux enfants, c'est une façon de leur montrer qu'on les aime et qu'on est comme les autres, quitte à grever le budget alimentaire.

Les conséquences sur l'état de santé relèvent de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire, avec des effets à la fois physiques et psychiques, en particulier chez les enfants. On voit bien à l'école élémentaire et au collège l'influence que peut avoir une mauvaise alimentation sur la scolarité des enfants.

Le besoin d'information des bénéficiaires de l'aide alimentaire a été mis en évidence, ce qui nous a amenés à élaborer un projet de formation des bénévoles et des salariés de l'aide alimentaire en région PACA.

Pour élaborer cette formation, un partenariat très étroit a été instauré au cours de l'année 2004 avec la banque alimentaire des Bouches-du-Rhône. Une enquête exploratoire a été menée auprès des structures distributrices de l'aide alimentaire, à savoir l'ensemble des associations qui reçoivent des denrées de la part de la banque alimentaire.

Cet état des lieux a été réalisé auprès de 250 structures et a porté sur leur fonctionnement, la connaissance des usagers, les besoins et attentes de ces structures en terme de formation. 9% de retours ont été enregistrés et toutes les structures qui ont répondu ont par la suite participé aux formations.

En terme de méthodologie, les informations recueillies ont permis d'élaborer le cahier des charges de la formation.

Six formations d'une quinzaine de personnes ont ainsi été programmées en 2004 dans les Bouches-du-Rhône, Marseille et hors Marseille, afin de répondre aux demandes.

Les groupes étaient composés de personnes venant de différentes structures, ayant des pratiques variées de distribution de colis, de repas, des épicerie sociales etc.

Un classeur pédagogique a été réalisé au niveau régional pour les participants. Il contient le cahier des charges de la formation, des outils d'information, des

textes de référence, le déroulement des journées, des références bibliographiques. Il est disponible dans les CoDES de la région.

Dans les Bouches-du-Rhône, nous avons privilégié des interventions en binôme, menées par une diététicienne et une psychologue. Le diagnostic a en effet montré la nécessité de travailler autour des pratiques de chacun et d'accompagner les personnes formées sur les notions de précarité et d'exclusion, sur les goûts et les dégoûts, sur la façon d'améliorer l'accueil du public ou de communiquer avec lui sur l'alimentation.

Suite aux formations, des journées d'accompagnement méthodologique ont été proposées, à raison d'une journée par mois durant six mois. Cet accompagnement devait permettre de répondre aux attentes des salariés et des bénévoles tout au long de l'année, mais aussi de permettre des temps d'échanges entre les participants et de recadrer l'avancée des projets mis en place dans chacune des structures.

Ces formations avaient pour objectifs pédagogiques :

de fournir des éléments théoriques pour concevoir une alimentation diversifiée et adaptée aux besoins des personnes disposant d'un budget limité

- de développer les compétences des acteurs de terrain pour la construction et la réalisation de projets d'éducation nutritionnelle dans une perspective de promotion de la santé
- de renforcer les savoir-faire autour de la préparation et du partage des repas,

dans une perspective de convivialité et de création de liens

- de permettre aux salariés et bénévoles d'échanger sur leurs pratiques
- et d'apporter une réflexion en termes d'éthique.

Le premier jour des formations était consacré aux représentations de la santé, des déterminants de la santé, de l'acte alimentaire, ainsi qu'à une mise au point sur les spécificités de l'alimentation des personnes en situation précaire.

Le deuxième jour abordait les thèmes du comportement alimentaire, des habitudes et traditions, des questions qui se posent lorsqu'on travaille avec les bénéficiaires, des notions d'approche interculturelle en alimentation, des règles de l'équilibre alimentaire, des erreurs alimentaires les plus courantes... et enfin du repérage des rythmes alimentaires et de la répartition des repas.

Le troisième jour était consacré à une réflexion autour du budget alimentaire et des achats, des conseils à donner aux personnes disposant d'un budget limité et des grandes notions d'hygiène (dates limites de consommation, rangement du réfrigérateur, hygiène de la cuisine, des mains...).

Lors de la dernière demi-journée de formation, nous mettions en place des bases méthodologiques pour mettre en oeuvre un projet destiné aux personnes reçues dans les structures. L'idée était de travailler autour d'un projet spécifique à chacune d'entre elles. Cette idée était abordée dès le début de la formation, afin de donner le temps aux participants de réfléchir à ce qui

pourrait être mis en place et d'y réfléchir en équipe dans leur structure entre deux journées de formation.

Les accompagnements ont eu lieu le plus souvent sur site, pour favoriser la mise en place des projets et permettre aux participants d'aller voir comment cela se passait ailleurs ; la demande des participants allait dans ce sens.

En termes de résultats, entre février et novembre 2004, nous avons mis en place six formations. 22 structures y ont participé, soit 84 personnes. A l'issue des formations, des structures ont organisé des journées thématiques, réalisé des enquêtes pour mieux adapter les colis à la population reçue, organisé des actions d'éducation nutritionnelle... Certaines ont mis en place des ateliers cuisine avec des repas pris en commun, des livrets de recettes... Dans l'ensemble des structures, l'espace de dialogue a été aménagé. Un projet d'épicerie sociale a également été proposé.

En termes de résultats positifs, on a pu souligner la complémentarité du binôme diététicienne/psychologue, la diversité des structures participantes ou encore la volonté de poursuivre l'action et de l'étendre à la santé globale. Nous avons également eu la possibilité dans les deux années qui ont suivi de mettre en place de nouvelles actions auprès des structures et des publics.

La plus grande difficulté aura été pour les bénévoles de se libérer neuf journées supplémentaires dans l'année pour participer aux formations, leur temps

de bénévolat étant entièrement consacré au public. 50% des participants étaient bénévoles et cela a représenté un énorme effort pour eux.

A l'heure actuelle, ces formations ne sont plus proposées, mais un dossier a été déposé au niveau régional pour les renouveler.

La stratégie des Restos du Cœur,
Daniel PARIN, Restos du Cœur
des Bouches-du-Rhône

Dès la première déclaration des Restos du cœur le 14 octobre 1985 au Journal Officiel, nous nous sommes orientés sur l'axe alimentaire. Sans doute cela était urgent il y a 22 ans. Mais le président des Restos du cœur nous fait aujourd'hui prendre un tournant, que nous aurions peut-être dû envisager plus tôt.

En effet, la deuxième partie de ce texte nous dit bien *“aider et apporter une assistance bénévole aux personnes démunies, notamment dans le domaine alimentaire, par l'accès à des repas gratuits, et par la participation à leur insertion sociale et économique, ainsi qu'à l'action contre la pauvreté sous toutes ses formes”*.

Aujourd'hui, une fois la base alimentaire assurée, on peut entrer dans le deuxième objectif défini depuis 1985, que nous appelons “l'aide à la personne”.

La nourriture est la clé qui va nous permettre d'aller au-delà, de nous préoccuper de la santé, du logement, et de tout ce qui fait l'être humain.

Nous sommes au contact permanent de la précarité, essentiellement celle qui est déclarée, visible.

Mais nous sommes inquiets de la précarité invisible, quand les personnes n'osent pas se manifester ou ne peuvent pas le faire, car il est très difficile de venir demander quelque chose.

Je pense notamment aux personnes âgées, en difficultés ou handicapées, qui sont seules.

Chaque année, 2 millions et demi de repas sont servis par les Restos du cœur dans les Bouches-du-Rhône.

Nous avons à Marseille 13 centres qui s'occupent à eux seuls de 54% des bénéficiaires, alors que nos 29 centres implantés à l'extérieur couvrent 46% des bénéficiaires.

25% du volume de nourriture dont nous avons besoin nous est accordé gratuitement dans le cadre du PEAD (Plan européen d'aide aux plus démunis).

Et 75% est acheté par nos soins, puis distribué par l'intermédiaire de la plate-forme de services, au niveau des départements. Nous avons donc la maîtrise de nos achats. Les repas sont désormais plus équilibrés, grâce à l'appui de diététiciens. Chaque repas comprend : des protides, des accompagnements, des fromages, des yaourts, des desserts, du lait.

Nous y avons ajouté des compléments alimentaires, des produits d'hygiène et d'entretien, ainsi que des produits pour bébés (lait, petits pots, changes...)

A ce jour, environ 160 produits différents, répartis entre 4 classes d'aliments, font partie de notre liste de distribution.

Nous sommes en perpétuelle évolution. Cette année, nous avons augmenté la

distribution des fruits et des légumes ; nous avons attribué 8 repas par semaine aux personnes seules, au lieu de 6 auparavant. En 2007, durant l'inter campagne, hors saison d'hiver, nous distribuerons 6 repas par semaine au lieu de 3.

Actuellement, nous sommes en recherche vis-à-vis des jeunes et des personnes âgées.

La distribution de 2,5 millions de repas dans le département nécessite des infrastructures et une logistique considérables, une organisation. On devient alors une entreprise, et il ne faut pas oublier l'humain. Chaque centre organise sa propre distribution en augmentant éventuellement certains produits, par des collectes, des dons (pain par exemple).

Avec des contraintes spécifiques, des difficultés particulières et des degrés divers de réussite, suivant les centres, on observe que sur Marseille c'est très difficile, alors qu'à l'extérieur les choses sont plus simples.

Enfin, nous avons à former nos 800 bénévoles de terrain, pour qu'ils puissent toujours aider au mieux les quelque 23.000 bénéficiaires du département.

La stratégie de la banque alimentaire 13, **Henri-Pierre SOUBIRAN**

Nous effectuons un peu le même type travail que les Restos du cœur, mais nous ne travaillons qu'avec des dons.

La Banque alimentaire des Bouches-du-Rhône, c'est 150 associations, 25.000 bénéficiaires, 2 entrepôts, 4 camions frigorifiques et 1350 tonnes reçues et

distribuées chaque année. 85 bénévoles et 5 salariés travaillent chaque jour.

Le challenge quotidien est la recherche d'une amélioration de qualité avec le meilleur équilibre nutritionnel possible.

La collecte annuelle de novembre à la sortie des grandes surfaces est un temps fort pour aller vers plus de qualité, car à cette occasion la banque alimentaire trouve les produits qui lui manquent le plus dans l'année. Cela représente plus de 25% des approvisionnements.

Auparavant, nous étions des passeurs de denrées, nous devenons de plus en plus des passeurs de fraternité, pour aider l'homme à se nourrir mieux. Nous organisons régulièrement avec les associations des réunions de formation pour aider celles-ci à mieux conseiller les personnes en situation de détresse, dans le cadre du Plan national nutrition santé, et dans le respect de l'hygiène et de la sécurité alimentaire. Il est également prévu sur le plan national la recherche de plus de légumes et de fruits.

Le but de la banque alimentaire est plus que jamais *"ensemble, aidons l'homme à se restaurer"*.

Questions de la salle

Une infirmière scolaire

L'initiative des menus gastronomiques au Lycée L'Empéri a-t-elle un coût élevé?

Zeina Mansour

M. Valadier s'est absenté, mais je ne pense pas que l'Education Nationale accepterait cette expérimentation si elle revenait

beaucoup plus cher. Je suis persuadée que c'est avec les mêmes moyens que M. Valadier réussit à donner à ses convives du plaisir en mangeant.

En outre, je rappelle que cette expérience reçoit le soutien du Conseil régional.

Dominique Valadier, quelques instants plus tard

En effet, je n'ai pas plus d'argent que les autres lycées. Le secret est uniquement dans la fabrication, nous faisons tout nous-mêmes, y compris le saumon fumé, la charcuterie, la purée de pommes de terre etc. Forcément, en travaillant le frais, on vit avec les saisons, cela revient moins cher.

La responsable d'une boutique sociale

Une suggestion : nous avons mis en place il y a quelques mois une boutique sociale itinérante, qui permet d'aider les personnes âgées et handicapées ne pouvant plus se déplacer et voulant rester

à domicile.

Henri-Pierre Soubiran, banque alimentaire

Le problème consiste à repérer ces personnes, que l'on sait en difficultés et qui n'osent pas ou ne peuvent pas venir jusqu'à nous. Pendant longtemps, nous n'avons pas été autorisés à porter des colis alimentaires à domicile, mais cela évolue, notamment dans le Var, dans certains secteurs très difficiles d'accès.

Nous essayons d'évoluer.

Nicole Darmon, INRA

L'épicerie sociale ne constitue pas le nec plus ultra. Sur le plan nutritionnel, notamment, les repas servis ont une meilleure qualité nutritionnelle que les colis que ou l'épicerie sociale confondus. En revanche, l'épicerie sociale apporte des avantages en terme de lien social.

Clôture

Pascal Lissy, Vice-président du CRES PACA, Président du CoDES des Hautes-Alpes et Président de la CPAM 05

Plus qu'une conclusion, mes propos se veulent une invitation à la mobilisation sur le terrain autour de cet enjeu fondamental qu'est l'obésité.

Je voudrais d'abord, au nom du Professeur Jean-Marc Garnier, Président du CRES et de Zeina Mansour, la directrice, renouveler

mes remerciements au Conseil régional pour son accueil dans cette enceinte.

Je remercie chacun des orateurs pour le contenu très riche de leurs propos. Tous ont eu un ton que je qualifierai de très militant, pour une invitation à une véritable mobilisation face à ce qui est considéré comme une véritable épidémie. Cette mobilisation doit s'inscrire comme une action de très long terme.

Même si dans notre région la prévalence de l'obésité chez les adultes est inférieure à la moyenne nationale, je crois qu'il ne faut pas oublier la prévalence de l'obésité chez les jeunes. Nous sommes dans une situation de dégradation de la situation et cela nous renvoie à nos propres responsabilités quant à la place centrale que nous entendons donner à l'éducation.

J'ai également observé que le lien établi entre obésité et précarité nous montre à la fois la complexité de la problématique et la diversité de toutes les pistes possibles de prise en charge.

Si l'on veut au bout du compte être efficace, mesurer, évaluer les résultats, cette prise en charge doit être pluri-disciplinaire et faire en sorte que s'organisent de véritables passerelles entre tous les acteurs concernés, vers une politique cohérente.

Pour organiser cette prévention, la place des acteurs de terrain est essentielle, dans une action qui doit être fondamentalement de proximité. J'espère que les acteurs de terrain auront trouvé dans ce colloque des éléments de motivation pour contribuer à cette action. Ce colloque a révélé la nécessité de l'organisation de partenariats et de travail en réseau.

L'exposé de Jean Chappellet ce matin, autour du programme 5 du Plan régional de santé publique, déclinaison du Plan national nutrition santé, nous montre bien où sont les enjeux de la mobilisation dans notre région et les moyens qui y sont consacrés.

Pour clôturer mon propos, je dirais qu'il est essentiel, dans l'exercice de nos actions, que

nous aidions le consommateur à faire des choix éclairés.

Aujourd'hui, dans le domaine de la nutrition, je crois que les Français sont avant tout préoccupés par des problèmes de santé publique largement médiatisés - organismes génétiquement modifiés, vache folle, listériose... - et de nouveaux questionnements sont apparus.

Sentiment d'une perte de contrôle des consommateurs sur l'origine des aliments, remise en cause des fondements de l'agriculture, le consommateur, s'y l'on veut avancer, doit également être aidé dans ce nouveau paysage pour faire des choix.

Il est de la responsabilité des pouvoirs publics, des industries agroalimentaires et des associations d'éclairer le citoyen consommateur sur ces changements. Les activités d'éducation nutritionnelle ne peuvent plus se limiter à la diffusion des grands principes nutritionnels, mais doivent aussi rendre le citoyen intelligent, capable de faire des choix éclairés.

Cette perspective d'une consommation citoyenne me paraît extrêmement importante et je considère que l'éducation pour la santé a sa pierre à apporter à ce débat.

Merci à chacune et chacun d'entre vous d'avoir assisté à cette journée.





Comité Régional d'Education
pour la Santé Provence - Alpes - Côte d'Azur
178 cours Lieutaud - 13006 Marseille
Tél. 04 91 36 56 95 / Fax 04 91 36 56 99
e-mail cres-paca@cres-paca.org
site Internet <http://www.cres-paca.org>