



MISSION AGROBIOSCIENCES

Les restitutions de la Conversation
de la Maison Midi-Pyrénées

« Les politiques nutritionnelles en balance : des bienfaits aux excès »

SEANCE DU 1^{ER} FEVRIER 2006

*Séance introduite conjointement par **Max Lafontan**, Chercheur à l'Inserm, Unité de recherche sur les obésités (U586), **Geneviève Cazes-Valette**, Professeur de Marketing à l'ESC Toulouse, doctorante en anthropologie, et **Muriel Gineste**, sociologue, Espace de Formation et d'Information sur l'Alimentation (EFISA Toulouse).*

Edité par la Mission Agrobiosciences. La Mission Agrobiosciences est financée dans le cadre du contrat de plan Etat-Région par le Conseil Régional Midi-Pyrénées et le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche.

Retrouvez nos autres publications sur notre site : <http://www.agrobiosciences.org>

Contact

Mission d'Animation des Agrobiosciences
Enfa BP 72 638
31 326 Castanet Tolosan
tel : 05 62 88 14 50
fax : 05 62 88 14 51
lucie@agrobiosciences.com





La Conversation de la Maison Midi-Pyrénées est une initiative menée par la Mission Agrobiosciences et la Maison Midi-Pyrénées (1 rue Rémusat, Toulouse) dont l'objectif est de clarifier les situations de blocage sciences et société. Tous les deux mois, un mercredi de 18h à 20h, elle convie un groupe scientifique interdisciplinaire à se pencher sur une question qui fait débat. La discussion est ouverte aux remarques du public permanent de la Conversation.

Liste des membres de la Conversation de la Maison Midi-Pyrénées du 1^{er} février

Séance animée par **Valérie Péan**, Mission Agrobiosciences en présence de **Pierre Verdier**, directeur de la Maison Midi-Pyrénées.

Avec **Mylène Bacon**, coordinatrice du réseau de santé Efformip ; **Pierre Barbe**, nutritionniste, service d'endocrinologie nutrition au CHU de Rangueil, Toulouse ; **Jean-Louis Bernard**, diététicien, maigrir 2000 ; **Pierre Blanc**, Praticien Hospitalier, Conseiller médical à l'ARH Midi-Pyrénées ; **Georges Bories**, Toxicologue, Directeur de Recherches Inra, Président des Comités scientifiques de l'alimentation animale à la Commission Européenne et à l'Afssa ; **Alain-Michel Boudet**, Professeur de Biologie Végétale à l'Université Paul Sabatier ; **Georges Bourrouillou**, praticien hospitalier ; **Geneviève Cazes-Valette**, Professeur de Marketing à l'ESC Toulouse, doctorante en anthropologie ; **Denis Corpet**, Directeur de l'équipe Aliment et Cancer UMR Xénobiotiques Inra/Envt ; **François Delpla**, Mission Agrobiosciences ; **Patrick Denoux**, Maître de conférence en psychologie interculturelle, Université de Toulouse-Le Mirail ; **Catherine Derache**, Docteur en sciences physiologique de la nutrition ; **Farida Ghrib**, coordinatrice du réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie ; **Muriel Gineste**, sociologue, Espace de Formation et d'Information sur l'Alimentation (Efisa) ; **Jean-Marie Guilloux**, Mission Agrobiosciences ; **Béatrice Jouret**, responsable éducation thérapeutique Répop ; **Max Lafontan**, Directeur de Recherches Inserm, Unité de recherche sur les obésités ; **Antoine Pelissé du Rausas**, Ancien Président association INPG ; **Catherine Payen**, Service communal d'hygiène et de santé ; **Brigitte Prevost**, Présidente de l'Adéc 31 ; **François Saint-Pierre**, Professeur de mathématiques, Toulouse ; **Pierre Troyes**, vétérinaire conseil, Agropoint ; **Marie Vella**, Responsable consommation, Ufcs.



Éléments de problématique

Introduction

Par Valérie Péan

« Derrière l'étendard de la lutte nationale contre l'obésité, les discours et les préconisations nutritionnelles ne cessent, en France, d'envahir le moindre espace public et privé. Depuis les cours d'école jusqu'aux médias, en passant par le cabinet du généraliste ou l'enceinte du Parlement, tout un chacun est convié, sur le mode impératif, à bouger, à traquer les aliments " nutritionnellement incorrects", à adopter « des comportements favorables » pour « devenir des acteurs de notre propre santé ». Ainsi, la nutrition constitue-t-elle aujourd'hui notre nouvelle préoccupation. En l'espace de quelques années, cette discipline est venue remplacer les concepts diététiques : pour le grand public nous sommes passés de la diététique à la nutrition, c'est-à-dire du technicien au médecin.

Face aux enjeux et aux dérives de cette situation pléthorique de conseils diététiques, nous avons voulu en savoir un peu plus et aborder cette question des politiques nutritionnelles en les mettant en balance, en identifiant leurs carences et leurs excès, plus particulièrement dans le domaine de la prise la lutte contre l'obésité.

Je vous livrerai brièvement quelques pistes de réflexion. On observe tout d'abord une dérive dans le discours qui, bien souvent, ne différencie pas suffisamment obésité et surpoids alors que leurs risques en terme de santé divergent. Cette confusion s'opère dans un contexte social stigmatisant le gros, le gras et valorisant, à l'inverse, la minceur voire la maigreur. Une petite remarque au passage : depuis que notre attention se focalise sur l'obésité, la malbouffe a disparu de la une des médias...

Le martelage de conseils nutritionnels ne fait que renforcer le phénomène de médicalisation de notre rapport à l'alimentation. L'obésité, identifiée comme maladie en 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a d'ailleurs été qualifiée de première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité. Epidémie non infectieuse. Le terme, même en tant que néophyte, me paraît aberrant car il suppose que la grosseur s'attrape, se transmet. Une posture qui ne fait que renforcer le phénomène de stigmatisation.



Quant à l'approche médicale, on peut se demander si elle n'est pas trop systémique. Certains préconisent une approche plus globale – économique, sociale, psychologique. La grosseur ne pourrait-elle pas être considérée comme une réponse biologique adaptée à nos sociétés d'abondance. Dans ce cas ne serait-elle pas la "norme" ?

De façon plus générale, on peut se demander si cette politique fondée essentiellement sur l'éducation et l'information n'est pas limitée, les contradictions en matière d'information nutritionnelle ne faisant qu'alimenter le sentiment de cacophonie. En outre on ne manque pas d'évoquer, derrière les enjeux de santé publique, le coût induit par le traitement de l'obésité... Deux milliards d'euros pour la France, 2 à 5% des dépenses de santé dans les pays développés. Cet argument n'est pas sans rappeler la nature des acteurs qui, les premiers, ont établi la corrélation entre l'obésité et certaines pathologies c'est-à-dire les compagnies d'assurance vie¹. Comme le souligne très joliment Claude Fischler², nous sommes passé de l'embonpoint au mal-en-point.

Trois personnes sont invitées ce soir à faire une introduction : Max Lafontan, chercheur à l'Inserm dans l'Unité de recherche sur les obésités ; Geneviève Cazes-Valette, Professeur de Marketing à l'Esc Toulouse, doctorante en anthropologie et Muriel Gineste, sociologue à l'Espace de Formation et d'Information sur l'Alimentation. »

¹ Ce sont effectivement des compagnies d'assurance vie américaines qui, au XIX^{ème} siècle ont identifié, en comparant la survenue de certaines pathologies avec la morphologie de leurs clients, trois facteurs de risque : la grandeur, la maigreur et l'obésité (les très gros à l'époque).

² Sociologue, auteur de *l'Homnivore*, édition Odile Jacob, 2001.



Max Lafontan

L'obésité, la part des faits, la part de l'exagération

« Quelques petites précisions avant de commencer. Tout d'abord, je ne suis pas praticien mais chercheur : je n'ai donc jamais fait maigrir personne... Ensuite, il faut savoir que deux tiers des pathologies auxquelles nous sommes confrontés et dont nous mourons, sont des maladies non transmissibles de civilisation, telles que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires.

Comment définir l'obésité ?

L'obésité est une pathologie insidieuse s'installant progressivement. Si certains obèses se sentent mal dans leur peau, d'autres, au contraire, restent sereins et ne consultent pas. Les médecins ne reçoivent donc que les obèses en souffrance psychologique ou physique, comme ceux confrontés aux premières alertes des pathologies associées à l'obésité. C'est un point important à garder en mémoire : tous les individus obèses ne sont pas suivis sur le plan médical.

L'obésité est définie par l'OMS comme un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé. Pour évaluer la corpulence, plusieurs classifications existent. Elles doivent néanmoins être manipulées avec précaution puisqu'elles tendent à vous enfermer dans une valeur, une échelle, une norme.

La première classification de corpulence bien connue de tous est l'indice de masse corporelle ou IMC calculé en divisant le poids en kilogramme par la taille exprimée en mètre et élevée au carré ($IMC = \text{kg/m}^2$).³ L'inconvénient de cet indice est qu'il ne rend pas compte de la répartition entre la masse grasse et la masse maigre. Ainsi, la majorité des joueurs de rugby, au vu de leur musculature, aurait un indice de masse corporelle supérieur à 30.

Dans les années cinquante, un médecin marseillais, Jean Vague a remarqué, au fil de ses consultations, qu'il existait différents types d'obésité. Plus précisément que les personnes présentant une obésité de type abdominal, un beau ventre et des jambes fines, avaient plus de risque de développer les pathologies connexes de l'obésité que les personnes ayant une obésité de type gynoïde, autrement dit une "belle culotte de cheval". Ce travail d'observation initial a par la suite été repris et enrichi par des Suédois qui, pour en rendre compte, ont déterminé le rapport du périmètre abdominal au tour de hanches, appelé "rapport taille-hanche". Mais, les travaux effectués sur la pertinence de cet outil de classification ont montré que chez certaines personnes ce rapport restait stable avec la prise de poids. Les chercheurs sont donc revenus à un test "simplissime" et pratique : le périmètre abdominal. Les recherches menées pour valider ce périmètre ont démontré l'existence d'une corrélation entre ce dernier et l'expansion de la graisse viscérale (distribuée dans la cavité abdominale). Le seuil fixé est de 102 cm chez les hommes et 88 cm chez les femmes (pour la population caucasienne américaine).

³ L'IMC est dit "normal" lorsqu'il se situe entre 18.5 et 25. En dessous, vous êtes considéré comme maigre ; au delà et jusqu'à 30 en surpoids. Entre 30 et 35, on parle d'obésité modérée. Lorsque l'IMC est compris entre 35 et 40, l'obésité est qualifiée de sévère. Au delà, elle est dite massive (ou morbide).



Que nous enseignent finalement toutes ces études ? Que le véritable facteur de risque n'est pas la quantité de graisse mais sa répartition. Un exemple à ce sujet. L'obésité, nous le verrons plus tard, est un facteur de risque important de maladies cardio-vasculaires, en particulier d'infarctus du myocarde. J'apporterai ici une nuance : tout dépend du type d'obésité. En effet, une étude récente ⁴, portant sur le lien entre la répartition de la masse grasse et le risque de faire un infarctus, montre que ce risque est corrélé à la présence d'une certaine quantité de graisse abdominale (obésité androïde). Rien d'étonnant à première vue. Sauf que cette étude révèle une autre corrélation plus insolite : il y a moins d'infarctus chez les patients – plutôt les patientes – présentant une répartition plus basse de la graisse, au niveau des hanches et des cuisses. Entre autres choses, cette étude, dont les résultats semblent être confirmés par d'autres, nous incite à la prudence... Attention aux diabolisations ! La répartition de la graisse est quelque chose d'important en terme de morbidité et de risque pathologique.

Pas à pas, l'obésité progresse

Avatar de la société de consommation, l'obésité touche aussi bien des pays développés que les pays en voie de développement. Chaque fois qu'une transition économique affecte un pays, chaque fois que l'on passe d'une situation de restriction à une situation d'abondance, nos sociétés sont confrontées à cette situation. Les individus délaissent leurs habitudes alimentaires traditionnelles au profit d'aliments standards, de produits à forte densité énergétique. L'an passé, lors d'un séjour sur l'île de la Réunion, j'ai été étonné de rencontrer autant d'individus obèses. Leur standard de vie a changé. Aujourd'hui, en guise de rafraîchissement, on commande un cola... ou d'autres boissons hyper caloriques.

Cela dit, si nous prenons comme exemple l'Europe, on remarque qu'il existe des différences notables. En 2000, en Yougoslavie, plus de 30% de la population avait un IMC supérieur à 30, environ 25% en Grèce et en République Tchèque. En France ? A peine 10%⁵. Rien de très effrayant me direz-vous. Mais il faut tenir compte, en réalité, de la progression de l'obésité chez les plus jeunes. Car un enfant obèse risque bien de le rester à l'âge adulte. De plus, on observe aux Etats-Unis une augmentation de la fréquence du diabète de type 2⁶ dans des populations classiquement trop jeunes pour le développer : les 25-30 ans. Situation dommageable puisque ces individus vont devoir porter ce fardeau avec toute la médicalisation qui lui est associée très précocement et prendre garde aux complications graves apparaissant autour de la soixantaine selon le degré de respect du suivi médical.

⁴ Yusuf et al, *Lancet*, 2005, 366 : 1640. Etude comparative entre deux groupes. L'un de 12000 personnes ayant déjà fait un infarctus. L'autre dit témoin de 15000 personnes. La comparaison entre les deux groupes a été ajustée selon l'âge, le sexe, la consommation de tabac et la région.

⁵ Source IOTF (*International Association for the Study of Obesity*), 2000.

⁶ Le diabète est défini par une hyperglycémie chronique c'est-à-dire un taux de sucre (glucose) trop élevé dans le sang (>1.26g/L). Deux types de diabète sont distingués. Le diabète insulino-dépendant ou diabète de type 1 qui touche les personnes jeunes. Il résulte d'une perte de sécrétion de l'insuline, hormone nécessaire au stockage et à l'utilisation du glucose par les tissus. Il est traité par injection de cette hormone. Le diabète de type 2 ou non insulino-dépendant, qui apparaît normalement plus tardivement (après 40 ans) est lié à une résistance des tissus à l'action de l'insuline (insulino-résistance).



Malgré toutes les complications d'ordre médical, psychosocial et économique associées à l'obésité, il existe toujours un débat concernant sa classification ou non comme maladie. Ainsi, dans un article assez polémique du British Medical Journal de l'an passé, l'obésité était encore classée avec... la cellulite. Elle n'était pas considérée comme une pathologie.

L'adipocyte : une cellule aux propriétés surprenantes et perverses

L'obésité est donc définie comme maladie chronique n'évoluant pas spontanément vers la guérison, objectivée par l'accumulation de graisse. Reste à comprendre pourquoi cette modification du tissu graisseux entraîne chez l'homme des problèmes biologiques.

Le tissu graisseux se compose d'adipocytes, cellules aux caractéristiques originales, capables de stocker des quantités importantes de graisse sous forme de triglycérides. Ces cellules ont, tout d'abord, une durée de vie très longue. C'est du moins ce que l'on suppose puisque l'on ne sait pas, à l'heure actuelle, les faire mourir sans recours à des protocoles drastiques dépourvus d'intérêt clinique. De fait, la mise au régime ne diminue pas le nombre de cellules graisseuses mais simplement la quantité de triglycérides stockés : les cellules se "dégonflent". Dès l'arrêt du régime, en prévision des prochaines restrictions, ces cellules vont se recharger en lipides dans une proportion souvent supérieure à celle précédant le régime. Voilà pourquoi, certains individus récupèrent plus de kilos que ceux qu'ils avaient perdus. A terme, la répétition de cette succession régime-reprise de poids, également appelée effet "yoyo", les mène progressivement en situation d'obésité installée et stabilisée.

Pendant longtemps, les scientifiques ont cru que l'organisme était incapable de fabriquer de nouveaux adipocytes après l'adolescence. Il n'en est rien : notre organisme peut synthétiser de nouveaux adipocytes pendant toute notre existence et il est probable que l'effet "yoyo" ne soit pas sans relation avec l'apparition de nouvelles cellules issues d'un pool de cellules précurseurs d'adipocytes. A l'heure actuelle, les scientifiques s'interrogent sur leur origine. Ils pensent que ces cellules ne proviennent pas du tissu adipeux ; elles viendraient le coloniser. Ces cellules font actuellement l'objet de nombreuses recherches ; gérer l'évolution du nombre d'adipocytes est un objectif important.

Vous l'aurez compris : en soi, une réserve de graisse n'est pas pathogène. Mieux, elle est même utile pour l'organisme. Il est impératif d'avoir une masse graisseuse raisonnable pour être en bonne santé. Par exemple, au cours d'un effort physique prolongé, les acides gras libérés dans la circulation sanguine vont être utilisés par le muscle pour produire l'énergie nécessaire à son fonctionnement. Les problèmes surviennent en cas de dysfonctionnement, de déséquilibre du système, lorsque la quantité d'acides gras libérée est supérieure à celle utilisée. Dès lors les acides gras stagnent dans la circulation.

Pendant longtemps, ce phénomène de libération excessive d'acides gras expliquait "toutes" les complications de l'obésité jusqu'à ce que l'on découvre que le tissu adipeux se comporte



comme une glande endocrine : il sécrète des hormones⁷. Peut-être avez-vous entendu parler de la leptine et de l'adiponeptine, hormones libérées par l'adipocyte et régulant respectivement la prise alimentaire et les métabolismes du muscle et du foie. Ces découvertes, les plus importantes de ces dix dernières années dans le domaine de la biologie du tissu adipeux, révolutionnent nos conceptions sur ce tissu, à la fois lieu de stockage et organe endocrine.

Quelles conséquences médicales ?

Bien souvent, tout commence par une diminution de la sensibilité de certains tissus à l'insuline (insulinorésistance), hormone nécessaire au stockage et à l'utilisation par notre organisme de sucres comme le glucose, de certains lipides et des acides aminés pour la synthèse des protéines. Pour compenser ce phénomène, les cellules fabriquant cette hormone, les cellules β du pancréas, vont augmenter leur sécrétion. Mais au fil du temps, elles "s'épuisent". A l'insulinorésistance des tissus va alors s'ajouter un déficit des cellules pancréatiques entraînant une anomalie de la régulation de la glycémie et de la lipémie (respectivement taux de glucose et de lipides dans le sang). Ce concept d'insulinorésistance des tissus et d'augmentation de la sécrétion d'insuline correspond à ce que l'on nomme aujourd'hui le syndrome métabolique ou syndrome X. Bien que, comme la base d'un iceberg, ces phénomènes soient "invisibles" en tout cas, au départ, indolores pour le patient, ils sont associées à la modification de certains paramètres biologiques facilement quantifiables. La définition clinique du syndrome métabolique repose sur la présence d'au moins trois des cinq paramètres suivants : une obésité abdominale ; une hyperglycémie à jeûn, une tension artérielle élevée, un faible taux de cholestérol HDL⁸ et un taux de triglycérides élevé. Et que décèle-t-on en règle générale chez un patient obèse ? Une insulinorésistance, une dyslipidémie et bien souvent une élévation de la pression artérielle.

Tout cela nous mène à des pathologies bien connues comme le diabète de type 2. J'aimerais ici vous rappeler quelles en sont les conséquences à long terme. Le diabète entraîne des lésions vasculaires invalidantes voire morbides : artériopathie des membres inférieurs (pouvant aller jusqu'à l'amputation), accident vasculaire cérébral, problèmes rénaux et surtout infarctus du myocarde (avec un risque très augmenté chez les tabagiques). Bien sûr, il s'agit de phases extrêmes et aujourd'hui, en France, la prévention permet de les retarder.

L'obésité est enfin associée à d'autres risques comme le syndrome d'apnée du sommeil (arrêts transitoires et répétitifs de la respiration nocturne) et certains cancers.

⁷ Hormones : molécule produite par un organe ou une cellule, transportée par le sang et modifiant, régulant, à distance, le fonctionnement d'un tissu, d'une cellule. Dictionnaire des sciences de la vie et de la Terre, Nathan 1997.

⁸ Classées selon leur densité, les lipoprotéines assurent le transport sanguin des lipides parmi lesquels le cholestérol. Les HDL (High Density Lipoprotein) transportent le cholestérol des cellules vers le foie où il est transformé et éliminé. C'est pourquoi ces lipoprotéines portent le nom de "bon cholestérol" à l'inverse des LDL (Low Density Lipoprotein). Ces dernières, plus connues sous le nom de "mauvais cholestérol", l'acheminent en grande partie vers les cellules de l'organisme.



« Sommes-nous tous égaux devant l'obésité ? »

Pour terminer, je dirai quelques mots sur l'aspect génétique de cette maladie. On sait depuis longtemps qu'en situation d'abondance, tous les organismes ne réagissent pas de la même façon. Comme le souligne une très belle étude de Bouchard⁹, la prise de poids est influencée par le génotype, c'est-à-dire par votre patrimoine génétique. Pour le montrer, il a soumis plusieurs paires de vrais jumeaux à une suralimentation volontaire de l'ordre de 1000 kilo-calories¹⁰ supplémentaires pendant 100 jours ; toutes les autres parties de l'existence comme l'activité physique restant équilibrées. Ses résultats montrent qu'en situation de pléthore, tout le monde prend du poids mais dans des proportions différentes. Les jumeaux d'une même paire, autrement dit des individus partageant le même patrimoine génétique, avaient sensiblement pris le même nombre de kilos. Par contre d'une paire de jumeau à l'autre, d'un génotype à l'autre, une nette différence s'observe : certaines paires n'ont pris que 3 à 5kg, d'autres 13 kg. En conclusion, en situation de pléthore, la prise de poids est inévitable mais très variable d'un individu à l'autre (différence entre les paires de jumeaux) et très influencée par le génotype (prise de poids similaire pour une même paire).

Je conclurai sur une note d'optimisme. Le changement de vie (activité physique, régime alimentaire adapté) est bénéfique pour le patient obèse, notamment pour prévenir l'apparition d'un diabète de type 2 et ce bien plus efficacement que la prise de certains médicaments. Il est important que ces dispositions soient prises le plus tôt possible ; la prévention intelligente sans culpabilisation garde tous ses droits. »

⁹ Bouchard et al, *NEJM*, 1990, 322 : 1477.

¹⁰ A titre indicatif : pour individu adulte de poids moyen (70kg), les apports nutritionnels conseillés sont d'environ 2700 kilo-calories.



Muriel Gineste

« Avant c'était mieux » : Utopie d'un passé idéalisé

« Je voudrais vous parler d'une phrase qui m'a surprise dans beaucoup d'enquêtes, au cours de repas entre amis, ou encore dans le discours de médecins, notamment généralistes. C'est cette phrase magique, un brin nostalgique : « avant c'était mieux ». Car aux dires de ces personnes, avant... « les fruits avaient plus de goût », « on savait ce que l'on avait dans l'assiette », « Mac Do n'existait pas », « les gens étaient moins gros et moins malades »...

Un passé idéalisé

Avant, c'était mieux. Que nous enseigne l'histoire sur ce point ? Que pour vivre au Moyen-Âge, il fallait apprécier la cuisine épicée. Que les pratiques culinaires de la France d'avant guerre, (France avant tout agricole et rurale, berceau de cette cuisine de terroir à laquelle nous sommes si attachés), étaient à mille lieux des règles nutritionnelles dont on entend parler actuellement dans le PNNS¹¹. On cuisine essentiellement à la graisse animale, au beurre, à la crème, parfois à l'huile d'arachide, seule huile végétale connue à l'époque... et on s'approvisionne sur les marchés ou à l'épicerie du village. Je doute fort que, dans cette salle, vous soyez tous prêts à abandonner le rituel hebdomadaire du supermarché. Certes, certains l'ont fait. Edgar Morin¹² les appelait déjà en 1975 les « néo-archaïques urbains ». Ils cultivent une sorte de retour à la nature. Le "frigo américain" est gorgé de produits de la ferme et ils aiment, le temps d'un week-end, se réunir entre amis pour se concocter une bonne potée ou un autre plat "traditionnel". On se plaît à imaginer que les haricots verts achetés au marché, au petit producteur de l'Aveyron, sont plus onctueux et gorgés de vitamines. Cet intérêt plus général pour le terroir et pour la tradition reflète d'une part une manière de reconstruire, dans la nostalgie, un espace alimentaire sans angoisses à l'abri de la modernité et d'autre part une volonté de retrouver une relation directe et privilégiée avec le producteur et l'aliment. Pourtant, il faut reconnaître que les légumes, cueillis depuis plusieurs jours, exposés à la lumière, possèdent moins de qualités nutritionnelles que certains produits surgelés...

Cette aspiration se heurte aux contraintes quotidiennes. C'est une des contradictions de notre époque : la semaine, nous sommes condamnés à manger à la cantine, à s'enfiler un sandwich ou encore à se faire réchauffer un plat tout prêt. De nos jours, le gain de temps est une priorité. La *« vitesse apparaît comme une valeur centrale de notre alimentation [...] Le plaisir gustatif passe alors par l'émotion instantanée, simple, exagérée, violente et éphémère. »*¹³ Les nouvelles générations ont essentiellement connu les goûts de l'industrie agro-alimentaire, les industriels l'ont bien compris d'ailleurs !

¹¹ PNNS : Programme National Nutrition et Santé

¹² Sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS.

¹³ Corbeau J.-P., (1996), « Goûts des sages, sages dégoûts, métissage des goûts », in *Métisse culturelle, Internationale de l'Imaginaire*, Babel, Actes Sud. p. 174.



Y a-t-il un modèle alimentaire "parfait" ?

Parallèlement, on érige en modèles de référence nutritionnelle des modèles alimentaires dits traditionnels. On peut lire notamment dans certains rapports du Conseil National de l'Alimentation (CNA), que certains modèles alimentaires doivent être pris en exemple, comme le modèle Crétois, Japonais ou Chinois¹⁴. Explorer, comparer, c'est bien et nécessaire. Maintenant rien ne sert de vouloir changer les pratiques, sous prétexte de meilleure santé, à une population qui se situe aux antipodes en matière identitaire. Entretenir l'illusion qu'il existerait un modèle alimentaire idéal ancré dans une pseudo-tradition, c'est construire une réalité sur un mensonge ! Les habitants du Pas de Calais ne se mettront pas à manger Japonais demain, même si on leur assure que c'est mieux pour leur santé.

Du concept d'anomie créatrice

Alors vous allez me dire : « il n'y a plus rien à faire, la course en avant ne nous permettra plus jamais de revenir en arrière ? ». Evoluer, changer, cela ne signifie pas forcément aller plus mal.

Cette nostalgie bâtie sur un Passé mythifié et idéalisé, a permis de porter par exemple notre gastronomie au rang de patrimoine national. Protégeons notre foie gras ! Et comme le souligne Jacinthe Bessière, *le patrimoine n'est plus seulement considéré comme un lien entre passé et présent, il est une réserve de sens pour comprendre le monde : ressource pour penser, élaborer l'altérité et donc l'identité*¹⁵. Le paradoxe est que préserver nous aide à créer. Notre histoire alimentaire est semée de découvertes, de mélanges, de croisements. Elle est le fruit également de ces avancées technologiques. Elle est métisse et là est sa richesse. Car n'oubliez pas une chose, cette modernité alimentaire, c'est vous et moi, c'est nous.

Effectivement, entre les médias, la médecine, les discours officiels, ceux validés scientifiquement, ceux vulgarisés..., nombre de normes différentes circulent sur l'alimentation. Autrement dit, on entend un peu tout et son contraire. Or, comme le développera plus en détails Geneviève Cazes-Valette, la prolifération de normes conduit à une situation d'anomie, d'absence de normes. Cela dit, si l'anomie est effectivement une zone d'incertitude, elle prélude également au changement, aux ruptures. Elle n'en est que la première étape. Pour illustrer l'angle sous lequel j'aborde l'anomie, je reprendrai une très belle image de Jean Duvignaud¹⁶, celle de l'écluse. Au fil de l'eau comme de notre histoire, nous nous situons à un moment donné dans le sas, dans une période transitoire, entre un modèle que l'on aimerait dépasser et un autre auquel il faudrait encore donner sens. L'enjeu est de taille, le dénivelé imposant. Mais cette approche offre néanmoins une vision plus positive ; elle nous permet de relativiser la noirceur du discours actuel. D'ailleurs, voilà plus de 12 ans que je travaille sur l'étude des comportements alimentaires en tant que sociologue, et

¹⁴ Avis sur « La place de l'éducation alimentaire dans la construction des comportements alimentaires », 1^{er} Avril 1999.

¹⁵ Bessière J., (2000), *Valorisation du patrimoine gastronomique et dynamiques de développement territorial : le haut plateau de l'Aubrac, Le pays de Roquefort et le Périgord noir*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Toulouse-Le Mirail, p. 107.

¹⁶ Sociologue ayant travaillé dans le champ de la sociologie des imaginaires.



je peux vous affirmer que plus de 75% de la population française n'a pas de problèmes avec son assiette. Alors intéressons nous à eux ! »

La remarque de Jean-Marie Guilloux

« Je ne pense pas que vos propos se limitent à l'alimentation bien que ce domaine focalise singulièrement ces questions. D'une certaine manière, vous nous avez parlé d'une nostalgie ayant pré-existée ou ayant été édictée à certaines époques. A l'époque pétainiste, il n'y avait d'important que le folklore, la tradition, la terre et les produits de la terre. Cette connotation sévèrement identitaire que l'on retrouve aujourd'hui dans les arguments entendus ça et là n'est donc pas nouvelle. Cette angoisse ne se limite pas à l'alimentation : elle est globale, répétée tous les jours à travers par exemple l'économie – on parle de la mondialisation. Tous les jours et de manière bien plus récurrente, on se réfère à cette idée d'une mondialisation qui dépossède. Or ce sentiment de dépossession renvoie à l'idée d'un repli sur soi y compris en terme marketing. D'ailleurs, tout ce discours véhiculé sur l'alimentation – traçabilité, proximité – n'est qu'un joyeux mélange irrationnel. Vous l'avez bien dit : l'aliment de proximité n'est ni meilleur, ni plus sain. C'est vrai : la société française n'arrive visiblement pas à digérer, à se réapproprier ce que vous avez appelé la modernité. C'est une question grave qui dépasse largement le seul aspect de l'alimentation. Je ne dis pas qu'il faille accepter la mondialisation mais que cette dernière engendre un sentiment d'angoisse, de peur dans lequel s'engouffrent des arguments redoutables. »

Valérie Péan

« Il est en effet regrettable de constater que le discours nutritionnel relaie de façon assez masquée cette peur de la modernité. Quelque part, on refuse un modèle alimentaire différent de celui que nous avons connu. »

La réponse de Muriel Gineste

« Une anecdote à ce sujet. Je suis allée voir, un jour, un médecin généraliste que je ne connaissais pas en jouant le jeu de la femme désemparée mal dans sa peau, souhaitant perdre quelques kilos, pour enquêter sur les recommandations nutritionnelles des médecins. Bien sûr, il m'a mise en garde sur la mise au régime et les changements à opérer dans mes habitudes alimentaires. Mais ce n'est pas tout. Pour connaître ma consommation, mes pratiques, il m'a demandé de tenir un cahier et d'y noter tout ce que je mangeais. Or, tous les sociologues vous le diront, cette méthode d'évaluation des consommations alimentaires est peu fiable. Car, le patient, face à cette image d'autorité que le médecin conserve, ne note pas tout. D'une tablette de chocolat avalée un soir de déprime, on passe, sur le cahier, à une demi tablette dans l'espoir qu'il sera moins sévère avec nous. J'ai pu également relever, dans son discours, cette note de nostalgie que j'évoquais précédemment : « où faites-vous vos courses... », « est-ce que vous mangez des légumes ? » « Mais si vous n'en mangez pas, pourquoi ne pas aller faire le marché ? Vous allez voir des gens... ». Cette volonté de réhabiliter le face à face avec le producteur et donc l'aliment, qui pourtant n'a pas grand chose à voir avec la pratique d'un régime ou le fait d'avoir une alimentation équilibrée, se retrouve néanmoins dans le discours médical. »



Geneviève Cazes-Valette

« Anomalie anomie : pourquoi tant de normes ? »

« En posant cette question des normes et de leur inexistence (a-nomie), c'est l'ensemble des conséquences liées à ce phénomène sur notre comportement alimentaire que je vous propose d'aborder.

Quelle utilité sociale aux normes ?

Avant toute chose, il convient de préciser l'importance, la place que tiennent, dans nos sociétés, les normes, en particulier dans le domaine de l'alimentation. Comme l'a montré Claude Fischler, notre condition d'*hominivore* (pour reprendre son jeu de mots) nous pousse d'une part à rechercher la nouveauté pour combler nos besoins et d'autre part à nous en méfier, à en avoir peur pour se prémunir de tout risque d'empoisonnement. L'humain a besoin de se doter de normes : il s'agit là d'une quasi nécessité de survie. Toutes les civilisations – chacune bricolant dans son coin – ont créé leurs systèmes normatifs. Ces normes sont d'autant plus nécessaires en situation de pléthore, lorsque la seule angoisse qui s'offre à nous est celle du choix. A l'inverse des périodes de disettes où l'important était de trouver à manger pour survivre...

Le problème, dans nos sociétés d'abondance, est que les normes changent au fil des ans et des discours. Actuellement, les normes se déclinent sur le mode du "ne pas". Il ne faut pas être gros (et cette obligation est énoncée sur un ton moralisateur), il ne faut pas avoir de cholestérol, ne pas se rendre malade, ne pas fumer, ne pas vieillir.... Et même ne pas mourir ? Face à toutes ces injonctions, une solution existe. On redécouvre Hippocrate et ce précepte bien connu : « de la nourriture, tu feras ta première médecine ». Car à en croire le PNNS et même le discours ambiant, l'alimentation - et elle seule - serait garante de notre bonne santé et de notre bien être. Situation quasi surréaliste qui tourne selon moi au ridicule : la santé est un complexe de vie sociale, de bien être psychique. Certes, l'alimentation en fait partie. Mais elle n'occupe pas la place qu'on aimerait lui attribuer et, il est possible de "mal manger", de ne pas respecter les préceptes diététiques sans pour autant se sentir malheureux.

L'obésité au regard des normes

Je voudrais revenir sur l'obésité, "le sujet à la mode". Comme l'a bien précisé Max Lafontan, dans certains cas, les adipocytes enflent mais ne se multiplient pas. Par conséquent, on peut toujours agir pour les faire "dégonfler". Le problème surgit lorsque, par un mécanisme encore mystérieux, les adipocytes se multiplient, engendrant de nouvelles cellules prêtes à stocker ces fameux triglycérides. La capacité de stockage du tissu graisseux augmente. A partir de ce moment, de cette hyperplasie du tissu adipeux, l'individu bascule du surpoids vers l'obésité. En conclusion, l'obésité ne correspond pas à n'importe quelle masse grasseuse. Pourtant, l'OMS propose une autre définition de l'obésité : excès de masse grasse néfaste pour la santé. Reste à savoir laquelle. Car cette définition a été établie par rapport à l'observation de la



prévalence¹⁷ de la mortalité et de la morbidité au regard des risques cardio-vasculaires. En outre, l'indice de référence choisi pour différencier un individu obèse d'un individu en surpoids ou "normal" est l'IMC. Certes, cet indice a le mérite d'être facile à manipuler mais comme l'a montré Max Lafontan, à vouloir faire simple, on fait simpliste. Il est vrai que lorsque l'on observe le risque de morbidité mortalité cardio-vasculaire en fonction de l'IMC, on remarque une augmentation de ce risque quand l'indice dépasse 25 (risque modéré) et 30 (risque important). Cela dit, chez les plus maigres (IMC inférieur à 20) le risque augmente également.

Denis Corpet

« En fait ce n'est pas tout à fait vrai. Une équipe de chercheurs menée par Willey a démontré, il y a deux ans de cela, que la forme de cette courbe, pour des valeurs d'IMC inférieures à 20, était influencée par la consommation tabagique. Voilà pourquoi cette courbe présente, entre 16 et 20, une forme en U et non en J. Si l'on exclut ce facteur de l'étude, elle s'aplatit. »

Effectivement, le tabac est un facteur important. Pourtant, avoir un IMC supérieur à 30, c'est être obèse donc anormal malgré les limites de cet indice. Car l'IMC reste, selon moi, un indice imparfait. D'une part parce qu'il ne reflète pas - comme l'a souligné Max Lafontan - la quantité de masse grasse comme sa répartition. D'autre part, parce qu'il a été calculé dans une population dite caucasienne, indépendamment de la masse osseuse, de l'âge et du sexe. Nous avons évoqué le cas des rugby man. Regardez les habitants des Tongas¹⁸ ! Ce sont des mètres cubes de muscles et, pourtant, selon les critères de l'IMC, ils seraient obèses. Leur morphologie est telle que le seuil d'obésité devrait être déplacé à 35. A l'inverse, les asiatiques possèdent une ossature très fine. De fait, un individu en excès de masse grasse ne présentera pas forcément un IMC supérieur à 30. Cette norme caucasienne est donc, à mon sens, très dangereuse.

Max Lafontan

« J'aimerais ajouter une petite précision. Ce caucasio-centrisme évolue suite à l'émergence de certains pays asiatiques. Mais vous avez totalement raison. D'ailleurs, les valeurs limites du périmètre abdominal que je vous ai communiqué précédemment sont validées aux Etats-Unis. En réalité, en France, le seuil est abaissé. »

Comment se propagent les normes ?

Pour illustrer le mécanisme de diffusion des normes dans notre société, je m'appuierai sur le modèle de filière du manger développé par Jean-Pierre Corbeau¹⁹, modèle qui place le mangeur au centre de nombreuses influences.

Premier facteur de diffusion des normes : les médias. Encore récemment, l'IMC "normal" était compris entre 20 et 25. Mais, le seuil a été abaissé à 18,5. Pourquoi ? Parce qu'autrement

¹⁷ Prévalence : nombre de cas d'un trouble par rapport à la population globale.

¹⁸ Etat d'Océanie, archipel d'environ 170 îles et îlots.

¹⁹ Jean-Pierre Corbeau, sociologue, Maître de conférence à l'Université de Tours.



la grande majorité des jeunes filles auraient été déclarées trop maigres, à l'image d'ailleurs des tops models auxquelles, par une succession de régimes et autres privations alimentaires, elles tentent de ressembler. Au vue de ces images de filles filiformes, comment voulez-vous que les adolescentes et même – ce qui s'avère très dramatique – les préadolescentes ne se trouvent pas trop grosses, imparfaites ? Aujourd'hui, le corps médical accueille des filles de 8, 9 ans présentant déjà des symptômes pré-anorexiques !

Outre les images qu'ils véhiculent, les médias sont aussi à l'affût d'effets d'annonce ce qui n'est pas sans conséquences dans le cas de l'obésité. Quand un journal titre, par exemple, « prévalence de l'obésité des enfants en Europe 34% en Espagne, 19% en France », que fait-il ? Il affole les mamans lesquelles n'ont pas envie que leur enfant soit obèse.

A cela s'ajoute, deuxièmement, l'influence de l'Etat qui, désireux de réduire les dépenses de santé, a tendance dans son discours comme dans ses actions à culpabiliser les individus. A croire que tout obèse est coupable de l'être. La réalité est pourtant tout autre. Il y a eu, dans le discours étatique, un glissement entre la notion de surpoids et celle d'obésité de type 1 (IMC compris entre 30 et 35). Ce pourcentage d'enfants français, ce 19% ne reflète pas le pourcentage d'enfants dont l'IMC est supérieur à 30 mais à 25. En réalité, seuls 4% d'entre eux possèdent un IMC supérieur à 30. Chez les plus de 15 ans, le pourcentage augmente pour atteindre 11%. De quoi rajouter des angoisses aux mamans... En outre, n'oublions pas le caractère caucasio-centrique de cet indice alors que l'ensemble de la population française n'est pas d'origine caucasienne.

Plus récemment, l'Etat, au titre de la lutte contre l'obésité, a fait interdire les distributeurs automatiques dans les établissements primaires et secondaires²⁰. Cette mesure est, selon moi, inutile pour la simple raison que les élèves ont juste à traverser la rue pour aller trouver ces produits chez l'épicier du coin. Autres mesures tout aussi inefficaces : la taxation des publicités pour produits nutritionnellement incorrects²¹ ou le projet d'étiquetage nutritionnel. Selon certaines études, plus de la moitié des consommateurs ignorent la définition d'un lipide.

Le troisième facteur que j'identifie est le corps médical lequel, il faut le dire, n'est pas aussi compétent qu'on le penserait. Certains de mes étudiants ont mené une enquête sur les vecteurs d'information nutritionnelle du médecin généraliste. Les résultats sont sans appel : leur principale source d'information, celle qu'ils déclarent en tout cas, sont les magazines féminins de leurs épouses. Rien que de très normal finalement puisque la nutrition n'est pas ou très peu enseignée en faculté de médecine. Cela dit, cette situation d'angoisse, d'"affolement" des mamans ont des retombées économiques positives. Je m'en excuse mais c'est une réalité : cette situation fait vivre certaines professions comme les diététiciens, les nutritionnistes voire les gastro-entérologues dont les représentants sont beaucoup plus nombreux depuis quelques années.

²⁰ Loi n°2004-806 du 9Août 2004 relative à la politique de santé publique, publiée au JO du 11/08/2004, pages 14279 et 12486. Article 30 : « *Interdiction, au titre de la lutte contre l'obésité, des distributeurs automatiques de boissons et de produits accessibles aux élèves dans les établissements scolaires.* »

²¹ « *Obligation d'assortir toute publicité télévisuelle ou radiodiffusée en faveur de boissons avec ajout de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse et de produits alimentaires manufacturés d'un message d'information sanitaire* », Code de la Santé Publique, article L 2133-1. Source Légifrance.



En dernier lieu j'évoquerai l'influence des experts. Tous ne résistent pas à l'attrait des médias, aux subsides de l'état ou de l'industrie agro-alimentaire pour financer certaines recherches.

Et, finalement, qu'observe-t-on ? Une augmentation des sujets médiatiques notamment sur l'obésité. L'an passé, par exemple, 10 sujets par jour – il s'agit d'une moyenne – traitaient d'obésité. Sur le seul mois de mai, identifié comme le moment de l'année où il convient de perdre quelques kilos avant la période estivale, il y en avait 13 ! Le sentiment de cacophonie nutritionnelle est donc bien réel : entre les images véhiculées par les médias, les conseils de la presse, de l'état, du PNNS, du médecin, l'individu ne sait plus à quelle norme se vouer. Or, la prolifération de normes conduit à l'anomie, à l'absence de normes. Quelles en sont les conséquences ?

Tout d'abord, cette situation permet d'expliquer l'augmentation des troubles du comportement alimentaire observée depuis quelques années. Auparavant, cette pathologie apparaissait aux alentours de l'adolescence ; aujourd'hui, non seulement elle survient plus tôt mais elle se prolonge au delà.

Ensuite, elle ouvre une brèche dans laquelle l'industrie agro-alimentaire, avec parfois l'appui des scientifiques, ne manque pas de s'engouffrer pour nous proposer des produits qui sont, au mieux, des poudres de perlimpinpin...

Pierre Barbe

« De plus, il ne faut pas oublier que, pour certaines personnes, la prise de cet aliment fonctionnel les dispense, quelque part, de s'astreindre au régime alimentaire habituel. »

Effectivement : « je prend de la margarine aux stérols végétaux et un beau saucisson à côté ». Il y a d'ailleurs à ce sujet une publicité très frappante où l'on voit une jeune femme s'empiffrer – il n'y a pas d'autre mot pour la décrire – de fraises saupoudrées d'un sucre hypocalorique. Le bol dans une main, une pleine poignée de fraises dans l'autre toute dégoulinante de jus, elle arbore une mine réjouie. Véritable mise en scène des troubles du comportement alimentaire, de la boulimie, le message de cette publicité est simple : vous pouvez vous en "gaver", c'est allégé ! D'autres messages sont à l'inverse beaucoup plus complexes car le produit va cumuler plusieurs caractéristiques à l'image d'Actimel[®], 0% de matières grasses et bon pour le transit...

Et la santé dans tout ça ?

Au vu de toutes ces remarques et observations, j'aimerais revenir sur la question de la santé. Car, c'est bien au nom de celle-ci que l'on combat l'obésité, que l'on met en place des programmes de prévention et des produits anti-cholestérol en vente. Cela dit, est-ce vraiment le problème ? Et cherche-t-on véritablement à le résoudre ? Telles sont les questions que je me pose. Les facteurs expliquant le mieux l'obésité sont les niveaux d'éducation et la position dans l'échelle sociale (donc le niveau économique). La prévalence de l'obésité augmente



lorsque le niveau d'éducation, d'études diminue ou, notamment chez les femmes, lorsque le niveau économique baisse. La prévalence de l'obésité est donc liée aux revenus dont les individus disposent c'est-à-dire à la somme d'argent qu'ils peuvent investir dans leur alimentation. Or, personne ne peut le contester, acheter un kilo de pomme coûte plus cher qu'un paquet de biscuits (2,09€ contre 1,3€), un kilo de poireaux qu'un kilo de pommes de terre (2,29€ contre 0,78€), un kilo d'haricots verts surgelés qu'un kilo de frites surgelées, etc... Si n'avez que le SMIC ou le RMI, pensez-vous vraiment pouvoir consommer vos 5 fruits et légumes par jour ?

Valérie Péan

« Je voudrais rappeler une loi économique connue depuis 40 ans voire plus, la loi des calories bon marché. Plus l'individu est pauvre, plus son budget relatif à l'alimentation est élevé, par compensation. Comme on ne peut pas payer des vacances aux enfants, on abonde dans les gâteaux et autres sucreries. Si vous regardez les caddies dans les supermarchés, vous remarquez que – pardonnez-moi le terme - plus les gens paraissent "démunis", plus les caddies sont remplis de conneries parfois très chères. »

Christine Derache

« Pourquoi ne présentez-vous pas le prix des "chocos" en euros par kilogramme ? Exprimé ainsi, ce prix est nettement plus élevé que le kilo de pommes auquel vous le comparez . »

C'est vrai. Cela dit, j'ai voulu comparer ces deux produits non par rapport à leur prix en kilo mais selon de leur effet satiétogène. Si l'on donne deux ou trois biscuits à un enfant, il sera aussi rassasié qu'en ayant mangé une pomme.

J'aimerais, pour conclure, proposer quelques pistes de réflexion. Effectivement, comme cela a été dit, l'éducation est l'une des solutions possibles pour résoudre le problème de l'obésité. Mais c'est un projet à long terme et d'autres actions peuvent être menées dans l'immédiat. La lutte contre la pauvreté par exemple. A mes yeux, financer une campagne publicitaire telle que le PNNS où le message principal est de l'ordre de « manger des fruits et des légumes » n'a pas de sens. Les gens riches le savent déjà ; les pauvres, comme nous avons pu le constater, n'en ont pas forcément les moyens. Il serait plus judicieux d'investir cet argent dans la lutte contre la pauvreté au lieu de faire de la publicité pour valoriser un modèle alimentaire que certaines personnes ne peuvent s'offrir. A mon sens, cette démarche est hypocrite. On livre des conseils à des personnes qui ne peuvent les suivre faute d'éducation.

Je terminerai en citant Agathe Hochberg qui, à propos de l'hygiénisme ambiant, écrit : *« Je parie que les gens hyper sains vont se sentir très cons le jour où ils seront sur un lit d'hôpital, en train de mourir de rien. »* Nous allons tous mourir un jour. Pourquoi ne pas se donner le droit de mourir gras et heureux ? »



La remarque Béatrice Joubert

« Une précision s'impose concernant la définition de l'obésité infantile car les critères notamment le seuil de l'IMC diffèrent entre l'adulte et l'enfant obèses. Un enfant dont l'IMC dépasse 25 n'est pas en surpoids mais obèse. Il y a donc bien 19% d'enfant en situation d'obésité. Les 4% que Geneviève Cazes-Valette cite, dont l'IMC est supérieur à 30 sont au stade d'obésité morbide. Bien souvent, ces enfants présentent une obésité de type abdominale. Il faut donc les voir déshabillés pour s'en rendre compte ».

La réponse (après relecture) de Geneviève Cazes-Valette

« Après exploration de divers sites sur le sujet, les choses semblent bien plus complexes (voir par ex. <http://nutrition.unice.fr/documents/PhysioNutrCEN.pdf>). L'âge de l'enfant joue, son sexe aussi, le fait qu'il soit sportif ou non, sans compter, bien entendu, la question déjà évoquée des origines ethniques... C'est tout le problème des mesures simples (IMC), qui risquent le simplisme ».



Points de vue et échanges des participants

1 Sommes-nous vraiment empreints de nostalgie ?

François Saint-Pierre

La modernité est derrière nous

« La dialectique « présent-passé » ne rend pas compte, selon moi, de la politique nutritionnelle. Auparavant, c'était la famille, en particulier la mère qui à travers les traditions, les coutumes, les habitudes familiales, était porteuse d'une politique nutritionnelle. Par la suite, au rôle de la mère s'est substitué l'état providence. La nation a mené de grandes campagnes de lutte (alcoolisme) ou de promotion (consommation de laitages), le tout dans un contexte de croyance dans le progrès. Voilà ce que l'on pourrait appeler la modernité.

Cela dit, il me semble – et je ne suis pas le seul à le penser – que cette étape est révolue. Nous sommes dans une période post moderne ou hyper moderne. Le débat « avant » « après » (modernité) n'a donc pas lieu d'être. Certes nous nous situons dans une phase déstabilisante, une nouvelle phase où toutes ces choses se superposent. Face aux produits de l'agro-alimentaire, de la grande distribution, l'individu, devenu consommateur, semble effectivement déstabilisé. Pour autant, on ne peut pas dire que les propos des scientifiques en matière de nutrition soient inadaptés ou inappropriés. Car ce discours est noyé dans la masse des discours médiatiques, commerciaux, publicitaires, politiques... Si j'ai reconnu, dans les propos de Max Lafontan, le discours d'un scientifique, il faut remarquer que les dires des médecins diffèrent. En effet, ces derniers mélangent indicateur et maladie. Par exemple, pour avoir travaillé sur les causes d'infarctus, le meilleur prédicteur de l'accident cardio-vasculaire n'est pas la quantité de masse grasse mais l'activité physique. La confusion tient au fait que les deux facteurs – quantité de masse grasse et activité physique - soient corrélés : on sait pertinemment qu'un individu de plus de 110 kg n'est pas un adepte du jogging matinal exception faite des rugby man. Pourtant il existe des "obèses" dont l'espérance de vie est plutôt bonne, les sumos par exemple. »

La remarque de Max Lafontan

« Ce n'est pas tout à fait juste : l'espérance de vie des sumos n'excèdent pas 60 ans. »



Antoine Pelissié du Rausas

Interrogeons nous sur la défiance des consommateurs

« En évoquant la défiance du consommateur vis-à-vis de la modernité, Muriel Gineste a parlé de bonnes recettes traditionnelles sans aborder la question des produits issus de l'agriculture biologique dont la forte croissance, ces dernières années, n'est pas sans lien avec cette défiance. Il faut analyser cette dernière du point de vue du consommateur qui ne retient de l'agriculture et de l'agro-industrie modernes que les ajouts dont elles font l'objet : pesticides, conservateurs... autrement dit des choses auxquelles il ne connaît rien ! »

Pierre Barbe

Les conditions sociales ont changé

« D'un point de vue médical, on comprend mal ce qui sous tend cette nostalgie alors que les pratiques d'hier, des années trente, ne correspondent pas aux recommandations nutritionnelles actuelles. Cela dit, il ne faut pas oublier que les préoccupations de l'époque différaient elles aussi. Ce n'est pas l'obésité que l'on combattait mais la tuberculose. »

La remarque de Geneviève Cazes-Valette

« Je suis d'accord avec Pierre Barbe mais le fait est que, cette phrase "avant c'était mieux" constitue le principe de base de toute génération... Virgile l'écrivait déjà ! »

2 Quand le discours véhicule des idées reçues....

Pierre Barbe

Nous ne savons pas guérir l'obésité

« J'aimerais faire quelques remarques. Tout d'abord, comme le soulignait à juste titre Max Lafontan, il n'existe pas de régime amaigrissant capable de "guérir" de l'obésité. Pour maintenir sur le long terme cet amaigrissement, les apports énergétiques doivent être adaptés aux dépenses, c'est-à-dire au métabolisme de base²² et à l'activité physique. Ensuite, il n'y a, à ce jour, aucun régime alimentaire pour lequel les bénéfices en terme de santé soient scientifiquement démontrés sur le plan physiologique, excepté le régime crétois (et non le régime méditerranéen). Ce régime correspond au type d'alimentation des crétois dans les années 60. Autrement dit, l'alimentation d'une population essentiellement rurale, consommant beaucoup de céréales et, pour des questions de coût, peu d'aliments carnés. L'équipe de Serge Renaud²³, s'inspirant des données de l'enquête des sept pays²⁴ a montré

²² « Quantité d'énergie utilisée pour assurer les fonctions vitales de l'organisme : travaux cardiaques et respiratoires, synthèse des constituants. Elle se mesure au repos. » Apports Nutritionnels Conseillés pour la population française, 3ème édition, coordonné par Ambroise Martin, édition Tec et Doc, 2001.

²³ Alors Directeur de recherches à l'Inserm, Professeur à l'Université Victor Segalen, Bordeaux.

²⁴ Commencée en 1956, cette étude d'une durée de 30 ans comparait les taux de mortalité coronarienne et les habitudes alimentaires de 7 pays : Etats-Unis, Finlande, Grèce, Italie, Japon, Pays-Bas et Yougoslavie.



que seul un type de régime sur les sept étudiés (dont trois étaient de type méditerranéen) présentait un bénéfice pour la prévention des pathologies cardio-vasculaires. Selon lui, ce bénéfice, observé dans le cadre d'un régime crétois, s'expliquerait par une plus grande consommation d'un d'acide gras particulier dont on fait grand cas aujourd'hui : l'oméga 3. Néanmoins, une récente étude vient nuancer cette conclusion puisqu'elle suggère que ce rôle protecteur serait dû à plusieurs facteurs. Ainsi, pendant 7 à 8 ans, en Grèce, des chercheurs ont suivi l'état de santé cardio-vasculaire (mortalité-morbidité) et les pratiques alimentaires (enquêtes) de 15000 personnes. L'objectif était de constituer une base de données alimentaires et de déterminer le ou les aliments du régime crétois ayant un impact bénéfique sur la santé. En dépit de l'énorme masse de données collectées, cette tâche s'est avérée statistiquement impossible. Cette étude démontre, indirectement, que l'intérêt de ce régime ne tient pas à un aliment en particulier mais à un ensemble, un mélange. En outre, et là se situe toute la nuance, les méthodes d'élevage ne sont pas sans influence sur la composition lipidique d'un aliment. L'analyse des acides gras d'œuf de poules crétoises révèle par exemple une quantité non négligeable d'oméga 3. Pourquoi ? Parce que les poules sont élevées en plein air, qu'elles picorent des escargots ou du pourpier, bref des aliments eux-mêmes riches de cette substance. »

Alain-Michel Boudet

Appréhender l'alimentation dans sa diversité

« Je voudrais apporter deux remarques aux précédentes interventions.

Pierre Barbe a évoqué, en parlant du régime crétois, l'importance du "mélange", autrement dit de la diversité de l'écosystème alimentaire. Dans le cadre de projets européens portant sur les aliments fonctionnels auxquels j'ai participé, comme Fufose²⁵, nous sommes arrivés à la même conclusion : la prise d'un micronutriment particulier ne peut être associée à un effet positif, bénéfique pour la santé. L'effet observé résulte d'un ensemble complexe donc indéfinissable. Cette notion est d'autant plus importante qu'elle bat en brèche nombre d'arguments marketing dans le domaine de l'aliment santé.

Ma deuxième remarque concerne l'agriculture biologique et cette idée, introduite par Antoine Péliissié du Rausas, que l'agriculture biologique est un mode de culture inapte à nourrir l'humanité. Il faut en être conscient : le "bio" n'est pas viable à grande échelle. Sans protection, 80 à 90% des cultures disparaissent alors que ce pourcentage s'abaisse à 50% lorsque l'on utilise des traitements adéquats. Soyons lucides sur ce point. »

La remarque de Geneviève Cazes-Valette

« Je regrette. Ce n'est pas le marketing qui dit que tel ou tel aliment est bon pour la santé. C'est le marketing avec la caution des médecins. »

²⁵ Fufose : Functional Foods Science in Europe. Programme de recherche réunissant 54 chercheurs chargés de comprendre « les conditions exactes qui favorisent le rôle protecteur ou thérapeutique d'un aliment spécifique. » <http://europa.eu.int/comm/research/quality-of-life/leaflets/fr/casestud01.html>



La remarque de Pierre Barbe

« Le problème est que les médecins possèdent peu d'information en matière de nutrition. Cette discipline n'est pas ou éventuellement très peu enseignée en faculté de médecine. Et, quand c'est effectivement le cas, elle l'est depuis quelques années à peine. Dès lors, le médecin fait ce qu'il peut et, bien évidemment, il ne fait que répercuter des idées générales, des représentations communes à travers un langage qu'il a appris à scientifier. »

Marie Vella

Comment expliquer la mise sur le marché de "produits miracles" ?

« Selon Pierre Barbe, les connaissances nutritionnelles des médecins sont pratiquement nulles. Comment expliquer alors la mise sur le marché de produits comme la margarine Proactiv® dont le fabricant se targue de la caution de l'Institut Pasteur pour affirmer que la consommation de stérols végétaux - l'un des constituants de cette margarine - induit une diminution du cholestérol LDL ? Comment justifier le remboursement de certains de ces produits – à croire qu'il s'agit de médicaments - par des compagnies d'assurance ? »

La réponse de Pierre Barde

« Je voudrais apporter quelques précisions. Tout d'abord, l'Institut Pasteur de Lille est un organisme de recherche. Il n'a donc pas la vocation, à l'inverse des hôpitaux, de soigner. Ensuite, effectivement, le message véhiculé par cette marque est une excellente illustration des dérives auxquelles nous conduisent les allégations santé mal comprises. Quant à l'association entre les compagnies d'assurance, autrement dit d'importants groupes financiers, et certaines industries agro-alimentaires, elle est plus que préoccupante. Bientôt, ce seront les assureurs qui nous dicteront comment bien manger ce qui n'est pas sans rappeler – comme le soulignait Valérie Péan en introduction – la genèse de la pathologisation de l'obésité. »

3... Et devient moralisant

Pierre Barbe

Un discours médical culpabilisant

« En tant que praticien, il y a un point dans le PNNS concernant l'obésité qui me choque. Jusqu'à preuve du contraire, nous ne savons pas à l'heure actuelle prendre en charge ni même stopper l'obésité. De même qu'on ne savait pas soigner le cancer dans les années 60, on ne sait pas guérir de l'obésité. On peut prévenir, c'est une chose. Néanmoins, notre société "fabrique" des obèses et le discours médical tel qu'il est relayé laisse penser, parce qu'il y a des laboratoires pharmaceutiques, des industries agro-alimentaires, que c'est chose possible. Faux. Quelles que soient les méthodes employées, tous les obèses récidivent, rechutent. Comme le précisait les recommandations françaises et le rapport de l'OMS sur l'obésité en



1998, la seule chose que la médecine sache faire est de réduire de 10% le poids de départ du patient puis de le maintenir à long terme.

En outre, on observe une dérive dans le discours médical qui tend à faire culpabiliser l'individu : « si vous êtes obèse, c'est bien de votre faute ». A nouveau cette affirmation est fausse. Certains individus ayant un poids "normal" mangent n'importe quoi mais ne sont pas gros. Pourquoi ? Parce qu'ils ne présentent pas de troubles de la régulation de la balance énergétique. Si les individus normaux ne le sont pas volontairement, consciemment pourquoi en serait-il autrement pour les obèses ? C'est une représentation moralisante des comportements. »

La remarque de Denis Corpet

« Pierre Barbe affirme que les individus "normaux" mangent autant qu'ils veulent sans pour autant grossir. Avec un modèle de vie sédentaire (métier intellectuel), dans une société d'abondance et des relations sociales bâties autour des repas, il est presque impossible de vieillir sans grossir. La masse maigre diminue avec l'âge, les besoins énergétiques diminuent aussi : en mangeant "comme avant", on grossit inéluctablement. Ceux et celles qui ne grossissent pas se donnent le plus souvent beaucoup de mal pour y arriver. Ils ne font pas forcément "un régime", mais ils "font attention" à chaque repas (à chaque plat), ou compensent tout repas important par un repas minuscule. Je l'ai lu et entendu maintes fois, et c'est aussi ce que je vis, tout en ayant une dépense physique peu commune. Les deux types de personnes qui ont moins besoin de "faire attention" sont les fumeurs, et ceux qui ont une excellente régulation de l'appétit : ces derniers sont loin d'être la norme comme le montre l'exemple américain. »

Muriel Gineste

De l'enfant poupon à l'enfant obèse

« Je ne suis ni pédiatre, ni médecin. Pourtant, je me souviens avoir connu des enfants de 8, 9 ou 10 ans en surcharge pondérale qui à l'adolescence, avec la croissance, l'activité physique, les transformations hormonales, perdaient cet aspect poupon. On le dit depuis des générations mais, alors, on ne parlait pas d'obésité ce qui, psychologiquement, pour la mère, est une énorme différence. Aujourd'hui, pour le médecin, "poupon" n'a aucun sens à l'inverse d'"obèse" qui constitue un critère clairement établi. Il n'en va pas de même dans l'imaginaire de la mère. Lui dire que ce n'est pas grave si son enfant est poupon, qu'en bougeant un peu il va dépasser ce stade est moins dramatique que lui déclarer que son enfant est obèse et qu'en l'absence de modification de son alimentation, il va devenir encore plus gros. En relativisant ces discours, nous pourrions poser le problème de l'obésité différemment. »

Béatrice Joubert

« N'exagérons pas ! Les pédiatres ne parlent ni aux mères ni aux enfants en ces termes. C'est malheureusement un fait avéré : un enfant obèse qui ne modifie pas ses habitudes va continuer à grossir. »



Geneviève Cazes-Valette

Arrêtons de dramatiser la situation

« Je suis en complet accord avec les propos de Muriel Gineste. Il faut arrêter de dramatiser la situation car certaines mères, de peur que leur enfant ne devienne obèse, exercent un contrôle drastique sur l'alimentation de leur progéniture. A ce sujet, j'ai malheureusement dans mon entourage des exemples d'enfants que la mère martyrisait préventivement et qui, à partir du moment où ils ont pu se nourrir comme bon leur semblait, sont devenus obèses. »

4 Faut-il stopper la machine « PNNS » ?

Alain-Michel Boudet

« Il est inconcevable de refuser la prévention »

« Selon moi, il est inconcevable, dans le cadre d'une épidémie mondiale comme l'obésité de refuser la prévention et les actions de sensibilisation menées par l'état. Il convient peut-être de contrebalancer le pourcentage d'anorexiques et d'obèses. »

Brigitte Prévost

Un travail d'information est possible

« Je voudrais apporter un éclairage quelque peu différent. Sur le fond, je suis tout à fait d'accord avec les positions de Geneviève Cazes-Valette. Cela dit, j'aimerais nuancer certains points à partir d'un exemple concret. Dans l'école maternelle que je dirige, nous avons mené une enquête sur la collation auprès des parents, des mères en particulier. Parallèlement à cette enquête, nous avons réalisé, au sein de la commune, un travail d'information sur la collation et les bienfaits d'une consommation régulière de fruits et légumes.

La première remarque concerne le niveau socioculturel. Bien que dans cette école celui-ci soit plutôt élevé, les mamans ont reconnu se fier à la publicité pour choisir le goûter de leur enfant. Chez ces personnes, le travail d'information a joué le rôle de déclencheur – « il faut peut-être que je réfléchisse un peu plus à ce que je lui donne ». Parce qu'elles travaillent, ces mères font leurs courses rapidement. "Elles vont parfois à la facilité". Cela dit, et c'est ma deuxième remarque, les familles qui, après cette action, n'ont pas modifié leurs habitudes, sont les foyers les plus défavorisés. Ils ont continué à fournir une collation sous forme de gâteaux alors qu'à mon sens, elle n'est pas plus économique qu'une demi pomme ou une demi banane.

En conclusion, je voudrais souligner un point, une ombre au tableau des actions de prévention. Le rendu médiatique du PNNS insiste plus sur l'alimentation que l'activité physique. Je ne dis pas qu'il n'apparaît pas mais qu'il est moins relayé par les médias ou les associations se référant au PNNS. D'ailleurs même le nom de ce programme évince l'activité physique... programme nutrition et santé. »



Antoine Péliissié du Rausas

Qu'avons-nous à proposer en retour ?

« Je trouve que nous avons été ce soir très négatif dans tout ce qui a été dit. Certes il faut être critique. Mais, je n'ai pas entendu beaucoup de proposition si ce n'est de lutter contre la pauvreté. Jusqu'à présent, nous n'avons fait que tirer un boulet rouge sur un certain nombre de choses. Si ce n'est pas bien, que peut-on faire de mieux ? »

Muriel Gineste

« Des actions existent »

« Des actions concrètes existent. Dans le cadre de ma profession, ma priorité est de développer des formations destinées au professionnels des domaines de la santé et du social qui croisent des regards d'horizons divers : anthropologues, sociologues, nutritionnistes. L'objectif étant de leur fournir des clés, des repères validés scientifiquement pour accompagner leurs patients ».

Denis Corpet

« Ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain »

« J'ai trouvé les propos de Geneviève Cazes-Valette très intéressants notamment les points suivants. L'IMC devrait dépendre du pays et de l'ethnie considérée et non, comme à l'heure actuelle, être basé sur des données d'Amérique du Nord. Les recommandations nutritionnelles doivent s'accompagner de mesures sur les prix en permettant par exemple l'accès aux aliments recommandés.

Cela dit, je pense qu'il ne faut pas dénigrer l'action du PNNS et jeter le bébé avec l'eau du bain. Les pouvoirs publics envisagent enfin la prévention des maladies les plus importantes et il est normal qu'ils y cherchent leur intérêt – réduire les dépenses de santé – intérêt que nous partageons également. Quant au financement de ces campagnes, n'est-il pas logique d'investir pour aider les gens à manger mieux puisque l'on dépense tant pour les pousser à manger plus ? Il serait criminel de ne pas communiquer nos connaissances en matière de prévention et de protection. »

François Saint-Pierre

« Ces campagnes ont-elles l'impact souhaité ? »

« Il est vrai que le discours ambiant diffère quelque peu de celui tenu par les spécialistes de la question de l'obésité. En outre, comme cela a été dit par Geneviève Cazes-Valette, il s'agit d'un discours schizophrène. D'un côté, on dramatise la situation, on culpabilise les gens, ce qui entraîne des comportements déviants comme la boulimie ou l'anorexie. De l'autre, nous évoluons dans une société où la publicité nous incite fortement à la consommation.



Cela dit, ces campagnes nutritionnelles ont-elles véritablement l'impact souhaité ? Si l'on se réfère aux statistiques de consommation des glucides lents depuis quarante ans par exemple, qu'observe-t-on ? Qu'en dépit de nombreuses campagnes de promotion de ces aliments, leur consommation diminue. Les conseils déjà prodigués en 1975 par Jean Tremolières n'ont pourtant pas changé. En fait, le discours officiel n'est guère entendu.

Je voulais aussi revenir sur la question de l'analyse statistique des impacts de tel ou tel aliment souligné à la fois par Pierre Barbe et Alain Boudet. Parce que notre alimentation est diversifiée et complexe, il est extrêmement difficile pour un statisticien d'étudier l'effet de tel ou tel aliment sur notre santé. Une étude intégrative correcte fait intervenir beaucoup de variables et les modèles mathématiques dont nous disposons sont très lourds à mettre en oeuvre. Pourtant, on tente très souvent d'utiliser des études superficielles pour faire passer un message commercial promotionnel alors qu'il n'y a pas de véritables preuves. A contrario les nutritionnistes n'ont pas toujours les moyens de mener des études complexes pour prouver l'efficacité de leurs recommandations diététiques. »

Georges Bories

Une science complexe en marche

« Comme évoqué à plusieurs reprises, un grand nombre de pathologies sont intriquées dans ce problème de l'obésité : régulation des lipides, de la glycémie, des maladies cardiovasculaires... Voilà qui nous rappelle la complexité du problème.

Dans les grandes lignes du PNNS, il est dit que « le choix alimentaire est un acte libre ». Il était bon de le rappeler. Ceci étant dit, que met-on en place par rapport à ce qui doit rester un acte libre ? L'éducation. Elle est effectivement fondamentale, tant du point de vue du public que des professionnels, des médecins, de tout ceux qui sont chargés d'intervenir. De part sa complexité, l'alimentation convoque et englobe d'autres disciplines. C'est la raison pour laquelle le discours nutritionnel est encore imparfait et qu'il évolue au fil du temps. On ne peut considérer les "vérités du jour" comme définitives parce qu'elles seront peut-être remises en cause quelques années après. N'oublions pas que la nutrition est une science en marche. »



En guise de conclusion...

Patrick Denoux

Le corps humain, un formidable objet de marketing

« Sans avoir la prétention de faire une conclusion, je remarquerai deux ou trois choses.

Au cours de son exposé que j'approuve dans sa grande majorité, Geneviève Cazes-Valette suggère que la question centrale est celle des normes. Je ne le crois pas. Selon moi, la question centrale est celle de l'écart à la norme, plus précisément, sa pathologisation. De fait, la médecine – et non les médecins dont on saisit bien l'honnêteté des propos – a une part de responsabilité. Car la figure et l'autorité morales du médecin sont parfaitement utilisées pour "bombarder" des normes sur la population et lui faire sentir son écart par rapport à la norme. Que l'on parle d'obésité, d'orthorexie ou même de vieillissement, cette question de la pathologisation est fondamentale. Il ne s'agit pas d'un problème de modèles de régimes alimentaires, d'opposition entre un avant idéalisé et un présent, un après mal vécu mais d'une multiplicité des normes d'origines et de cultures différentes. Et la société ne sait pas comment, face à cette multitude, faire émerger de nouvelles valeurs. Il en résulte un certain dépositionnement. Dès lors, vers quoi se tourne-t-elle ? Vers ce qui lui est amené comme normal. La seule responsabilité de la médecine dans tout ça est de se prêter au jeu, de laisser faire.

Un exemple à ce sujet. J'ai été sollicité par le CNA sur la question de la représentation du vieillissement dans nos sociétés. J'y ai défendu l'idée que le vieillissement n'est plus considéré comme un phénomène naturel et qu'il est, au contraire, systématiquement pathologisé. Les publicités en sont d'ailleurs une illustration très parlante. L'American Academy Anti Aging of Medicine ou A4M – je vous laisse déjà savourer cet intitulé – a par exemple décrété que « la vieillesse n'existait plus puisque l'on pouvait la combattre. » A ce titre, l'une de leurs publicités représente un vieux motard, cheveux longs, à cheval sur une Harley Davidson qui prononce cette phrase : « I've taken the age of my cholesterol ». Il s'agit d'un jeu de mot que l'on pourrait d'une part traduire par « j'ai pris l'âge de mon cholestérol » et d'autre part « j'ai pris le pas sur mon cholestérol ». Autrement dit, même si mon cholestérol trahit mon âge, je peux toujours lutter grâce, bien entendu, au produit X...

Quelles sont alors les solutions que j'ai proposé pour faire face à ce problème de pathologisation du vieillissement ? Je vous en citerai une à titre d'exemple : éliminer toute référence à un déficit, ne plus dire « permet de lutter contre la fragilité osseuse » mais « apport en calcium ». L'objectif est de bloquer toutes les publicités qui présentent un déficit et obligent l'individu à se mesurer négativement par rapport à un modèle corporel. Des propositions, il y en a ! J'en ai formulé une dizaine qui figurent dans leur rapport définitif.



Avant de conclure, je voudrais souligner un dernier point : l'orthorexie – le manger sain, tout ce dont nous avons parlé, cette tyrannie, ce cortège de mères coupables - touche également les plus âgés. Si autrefois, les personnes âgées qui arrivaient dans les institutions avaient préserver un modèle alimentaire ; aujourd'hui, elles y entrent déjà avec nombre de stéréotypes sur le poids.

Je terminerai sur une idée simple : aujourd'hui tout événement de notre corps est devenu un prétexte à mesurer un écart à des modèles corporels. C'est une faille énorme dans laquelle s'engouffrent la publicité et l'économie de consommation. A mon avis, ce contre quoi nous avons à lutter, c'est l'extension de ce processus qui mène finalement notre corps à devenir la plus grande surface de marketing. »