

Les Carnets des Dialogues du Matin

NICOLAS BOUZOU - ALAIN COULOMB

Entre autonomie et interdit : comment lutter contre l'obésité ?

Les Carnets des Dialogues du Matin

NICOLAS BOUZOU - ALAIN COULOMB

Entre autonomie et interdit : comment lutter contre l'obésité ?

FÉVRIER 2018

Sommaire

Avant-propos	p. 5
Jean-Claude Seys	

Introduction	p. 7
Olivier Goëau-Brissonière	

Entre autonomie et interdit : comment lutter contre l'obésité ?	p. 9
Nicolas Bouzou et Alain Coulomb	

Débat	p. 24
-------	-------

Les publications de l'Institut Diderot	p. 38
---	-------

Avant-propos

L'obésité est devenue un problème quasiment universel à la fois médical, sociétal, social et économique. L'enquête dirigée par Nicolas Bouzou et le débat organisé par l'Institut Diderot en précisent l'ampleur et esquissent des pistes qui permettraient d'espérer une régression de cette véritable épidémie.

Ce qui est frappant dans ce phénomène et explique la difficulté d'y mettre fin est la multiplicité des causes, qui peuvent agir séparément ou se combiner.

Les individus paraissent biologiquement inégaux dans leur capacité à stocker les calories qu'ils absorbent.

Des causes culturelles et économiques, distinctes mais souvent imbriquées, interviennent également : dans certains groupes sociaux, longtemps marqués par la misère, l'embonpoint est regardé d'un œil favorable. Plus généralement, le manque d'éducation constitue un obstacle à l'efficacité des messages de santé publique.

Il coïncide, le plus souvent, avec une situation économique dégradée qui conduit à se nourrir gras et très calorique.

L'obésité peut avoir en outre une cause psychologique. On sait ce qu'il en est de la boulimie ; du stress qui peut induire des comportements à l'origine du surpoids. Plus

généralement, le rapport des êtres humains avec leur corps peut conduire à des frustrations diverses que vise à compenser le recours à la nourriture.

Toutes ces causes peuvent coexister et se potentialiser ; chacune est difficile à combattre : il n'est donc pas étonnant que leur action commune le soit davantage encore, ce qui peut conduire parfois à chercher des traitements symptomatiques plutôt que de s'attaquer aux causes.

Enfin, l'obésité illustre un problème plus général de nos sociétés modernes : leur complexité conduit à la spécialisation et celle-ci est un obstacle à la prise en charge globale des personnes à laquelle on tente de remédier par la création du parcours de soins : c'est une solution par défaut ; laquelle constitue néanmoins une voie intéressante. C'est ce qui caractérise par ailleurs, à côté de l'obésité, les problèmes de l'alcoolisme, du tabagisme et des pathologies résultant de la dégradation de l'environnement.

Jean-Claude Seys
Président de l'Institut Diderot

Introduction

Olivier Goëau-Brissonière

Chef du service de chirurgie vasculaire à l'hôpital Ambroise-Paré

Président de la Fédération des spécialités médicales

L'obésité est un sujet majeur de société. Près de 20 % des adultes peuvent être dits en situation d'obésité, et ce chiffre global recouvre de fortes disparités régionales et sociétales.

Pendant longtemps, la prise en charge des personnes souffrant d'obésité s'est centrée sur la chirurgie bariatrique, avec des résultats majeurs. Mais cela ne saurait suffire. Sur le thème de l'obésité, comme sur d'autres, les réflexions actuelles montrent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et multiprofessionnelle du patient tout au long de sa vie. Cette émergence d'une médecine de parcours est un fait majeur, qui ne va pas sans difficulté : un parcours peut-il être imposé ? Quels sont les facteurs susceptibles d'être efficaces pour aboutir au résultat escompté ?

À l'occasion du rapport publié par Christophe Marques et Nicolas Bouzou chez Asterès¹, nous avons invité ce dernier à discuter de ces différentes questions avec

1. *Lutter contre l'obésité. De la prise de conscience à l'action*, Asterès, février 2018. Disponible sur : <https://asteres.fr/site/wp-content/uploads/2018/02/Asterès-Covea-6-février-2018.pdf>

Alain Coulomb, président de Coopération Santé et ancien président de la Haute Autorité de Santé.

Avant de donner la parole à nos deux intervenants, je voudrais profiter de cette occasion pour présenter la *Fédération des spécialités médicales*. Peu de gens, en effet, même parmi les médecins, connaissent cet organisme. Celui-ci regroupe des conseils nationaux professionnels, à raison d'un par spécialité. Ces conseils sont aujourd'hui au nombre de 47. Il s'agit là d'une nouvelle façon d'organiser la médecine, qui permet de réunir dans un même conseil l'ensemble des structures d'une spécialité. Parmi elles figurent les syndicats et les sociétés savantes. Cette organisation permet ainsi d'améliorer le dialogue entre les divers acteurs d'une spécialité avec, pour résultat, une amélioration de la qualité des soins.

Entre autonomie et interdit :

comment lutter contre l'obésité ?

Nicolas Bouzou

Comme économiste, le champ de la santé m'intéresse pour deux raisons.

La première tient à ce qu'il est relativement sous-investi intellectuellement, en raison de sa difficulté. D'autres sujets sont faciles. On sait ce qu'il faut faire concernant le marché du travail et la formation continue. Cela peut poser des difficultés d'ordre politique, mais on sait très bien ce qu'il faudrait faire. Ce n'est pas le cas concernant la santé. Tous les pays sont confrontés à des problèmes de santé publique comme l'obésité, et il n'y a pas de réponse simple.

La deuxième raison de mon intérêt au champ de la santé est la question des coûts. La santé est l'un des domaines qui coûteront le plus cher à la collectivité ces prochaines années. Certains des facteurs qui expliquent cette montée des coûts sont bien connus. Le vieillissement de la population, par exemple. D'autres le sont moins. Je pense en particulier à l'augmentation du coût des traitements, en oncologie notamment.

Peu importe le partage de ces dépenses entre le public et le privé, même si évidemment il y lieu d'en discuter. Globalement, la santé coûtera très cher à la collectivité dans quelques années. Et c'est une excellente nouvelle !

I. LE COÛT ET LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ

Nous entrons ainsi dans une période où il devient nécessaire d'optimiser les dépenses. La question de l'obésité apparaît sur ce point particulièrement importante. L'obésité coûte cher à la collectivité : environ 13 milliards d'euros par an, avec 10 milliards pour les traitements et 3 milliards correspondant à des pertes de productivité. Il est important de ne pas oublier ce dernier chiffre : l'obésité a un impact sur ce que les économistes appellent la croissance potentielle, et cet impact est loin d'être négligeable. Il ne s'agit pas de quelques dizaines de millions d'euros.

Certes, le tabagisme et l'alcoolisme coûtent plus cher encore à la collectivité : 27 milliards d'euros et 15 milliards respectivement. Le coût de l'obésité est du même ordre de grandeur.

On considère généralement qu'entre 8 et 9 millions de Français sont obèses. 17 % de la population adulte est touchée. Il existe actuellement un débat pour déterminer si l'épidémie est en train ou non de se ralentir. Mais en tout état de cause, 17 % est un chiffre très important. On observe par ailleurs une montée de l'obésité chez

les jeunes et chez les enfants. Or la probabilité d'être un adulte obèse est proche de 100 % quand un enfant a été obèse. De mauvaises habitudes s'ancrent ainsi dès l'enfance, contre lesquelles il est important de lutter.

Encore faut-il distinguer l'obésité du surpoids. Les deux phénomènes sont très différents pour ce qui est de la morbidité. Être en surpoids n'est sans doute pas optimal, mais ne représente pas du tout les mêmes risques de pathologie que le fait d'être obèse. Cela compte notamment quand on réfléchit à la prévention : il faut cibler les messages pour être efficace, et ce serait donc une erreur d'associer deux problématiques assez différentes, sauf chez ceux qui sont en train de basculer du surpoids à l'obésité.

II. LES CAUSES DE L'OBÉSITÉ

En plus des facteurs génétiques, on reconnaît en général deux grandes causes de l'obésité, auxquelles j'ajouterai ici une troisième.

Un premier responsable de l'obésité est la diminution de nos besoins énergétiques depuis plusieurs décennies. Cette diminution s'explique elle-même par quatre facteurs. En premier lieu, la tertiarisation de l'économie. C'est un facteur important, notamment parce qu'il est irréversible : nous n'allons pas créer beaucoup d'emplois autres que des emplois de service dans les prochaines années. Par conséquent, c'est sur notre environnement

qu'il faudra travailler. Deuxième facteur, la généralisation du chauffage et de la climatisation. Avoir chaud ou avoir froid est un excellent moyen de dépenser de l'énergie. Or nous vivons dans un environnement qui est à 20 ou 21°C toute l'année. Le développement des moyens de transport individuels et collectifs diminue aussi nos besoins énergétiques, puisqu'ils nous évitent de marcher ou de courir. Enfin, dernier facteur que je trouve particulièrement intéressant pour la prévention en direction des jeunes, les loisirs : ceux-ci sont devenus plus sédentaires. Ceux qui ont des enfants rivés à leurs écrans de smartphone ou d'ordinateur en savent quelque chose. Il y aurait ainsi sans doute quelque chose à faire avec les éditeurs de jeux vidéo. Rappelons-nous la frénésie Pokémon GO : une application de ce type, qui a atteint les 130 millions de téléchargement en un mois, ce qui est le record historique, a poussé les jeunes à sortir et à se déplacer. Des chercheurs en épidémiologie essaient ainsi actuellement d'estimer l'effet que ce jeu a pu avoir sur la physiologie des jeunes. C'est un cas intéressant, qui montre qu'il est possible de désédentariser nos loisirs. C'est un travail qu'il faudrait mener en concertation avec les éditeurs de jeux vidéo.

La deuxième grande cause de l'obésité est une alimentation inadaptée. Il est important, sur ce point, de souligner les limites des accusations contre l'industrie agro-alimentaire. Car celle-ci s'est en fait tout simplement adaptée à nos modes de vie. Ce n'est pas tant l'industrie agro-alimentaire qui nous empoisonne que nos modes de vie, auxquels elle répond. Si elle nous propose des

plats préparés, c'est que nos modes de vie font que nous en sommes demandeurs. Il ne s'agit pas de disculper l'industrie agroalimentaire, mais se contenter de la critiquer est insuffisant.

Une troisième cause de l'obésité, enfin, que l'on voit apparaître, est le stress au travail. Le stress, dans ce cas, n'est pas simplement le burnout. C'est aussi l'ennui ou la résultante d'un management absurde. Or ce stress monte très fortement, et il a des effets importants sur l'alimentation des salariés. C'est à mon sens un sujet particulièrement intéressant qu'il faudra étudier plus en détail.

III. LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION

Notre stratégie nationale de lutte contre l'obésité n'a pas été satisfaisante. Les Programmes nationaux nutrition santé lutte n'ont pas atteint leur objectif. Je dois dire à ce sujet que je suis lassé d'entendre depuis des années la même ritournelle sur le problème de la coordination des soins. Ça n'avance pas, ou, si ça avance, ça n'amène pas beaucoup d'effets. On parle ainsi de plus en plus de parcours de soins. J'avoue que je suis assez critique face à cette notion. Nous sommes un pays très administré, nous aimons bien ce qui a été élaboré d'en haut par des experts, mais nous avons affaire à des êtres humains : ce n'est pas parce que vous éditez un parcours de soin que les gens vont le suivre. Il faut être d'une naïveté qui frise l'incompétence quant à la nature humaine pour croire que si on imagine des choses intelligentes les gens vont les

faire. Et déconcentrer ou décentraliser l'administration ne change pas nécessairement grand-chose : ce n'est pas parce qu'une administration est déconcentrée ou décentralisée qu'elle est moins administrative.

Deuxième point important concernant la prise en charge : la chirurgie bariatrique. Nous en faisons beaucoup : 47 000 séjours hospitaliers en 2014, ce qui est trois fois plus qu'en 2005. Il y a une véritable inflation. Ce type d'intervention peut bien entendu répondre à un certain nombre de problématiques. Nous proposons cependant dans notre rapport de diminuer le nombre d'unités de soins spécialisées en chirurgie bariatrique : celle-ci devrait être vue comme un soin de dernier recours, qui signale un échec du système.

Nos principales marges de manœuvre reposent sur la prévention. Il faut à cet effet modifier nos politiques publiques :

- faire évoluer le mode de rémunération, avec un paiement dédié au suivi de l'obésité ;
- favoriser la médecine à distance, qui heureusement entre dans le droit commun avec la LFSS 2018, et dont on voit bien que des dispositifs comme les balances connectées, les applications sur smartphones sont particulièrement adaptées à l'obésité ;
- utiliser l'affichage Nutri-Score de A à E. Nous sommes dans une société libérale, vous avez le droit d'acheter un produit E, mais il me semble normal de vous informer clairement de la nature du produit que vous

achetez et du fait que vous risquez de faire augmenter des dépenses de santé qui pèsent sur l'ensemble de la collectivité. Je suis tout à fait favorable à ce qu'on envoie ce type de signal, qui n'est pas coercitif, au contraire, et qui est la contrepartie du fait d'avoir un système de santé universel ;

- enfin, dernier levier, les *nudges* (« coups de pouce », en français). Il s'agit d'une forme d'intervention qui s'est beaucoup développée ces dernières années et qui a récemment été mise à l'honneur avec l'attribution du prix Nobel d'économie 2017 à l'un de ses deux concepteurs, Richard Thaler. Il s'agit de mettre en place de toutes petites interventions visant à orienter les choix des individus en exploitant leurs biais cognitifs. Ces petites interventions, qui se limitent en général à simplement modifier la façon de proposer un choix aux individus, ont cependant des effets levier très importants. Je prends deux exemples, qui montrent que la prévention, cela peut aussi être de petites choses très concrètes et très simples.

Le premier exemple, maintenant classique, est celui des cantines. Toutes les administrations, les écoles, les entreprises, ont des cantines. Or si vous mettez les crudités ou les fruits au niveau des yeux, ou encore si vous les placez en amont, cette position augmentera de façon sensible la consommation de ces aliments. Ça marche, et l'un des intérêts de ce type d'intervention est que n'importe quel décideur peut très simplement, du jour au lendemain, mettre en place ce type de petites interventions.

Mon second exemple vient d'une expérience personnelle récente. J'avais rendez-vous au siège d'une grande entreprise parisienne – dans le secteur de la santé, de surcroît. Le bureau se trouvait au premier étage. Mais j'ai dû prendre l'ascenseur, parce qu'il était impossible, comme souvent, de trouver les escaliers. C'est ennuyeux : pour prévenir le surpoids, l'ascenseur est à déconseiller. Prendre les escaliers, en revanche, est bénéfique. La même chose vaut d'ailleurs sur le plan du développement durable, car un ascenseur consomme énormément d'énergie. J'engage donc ceux qui ont des responsabilités en entreprise à encourager dès aujourd'hui leurs employés à prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur. Et ça peut être fait vite et de façon très simple, par exemple en montant une exposition photo dans l'escalier. C'est facile, ça ne coûte à peu près rien et c'est très efficace.

Voilà en quoi consiste l'économie du *nudge*. Il y a bien sûr de la place pour les grandes politiques publiques, des taxes nutritionnelles – encore que cela ne marche pas très bien. Mais amorçons déjà le changement par ces petites interventions efficaces et très concrètes. Sinon, la prochaine fois que j'irai dans une entreprise où je ne pourrai pas trouver l'escalier alors que j'ai rendez-vous au premier ou au deuxième étage, je risque de m'énerver et de mettre une photo sur les réseaux sociaux. Et si ça continue, de proposer de rendre l'ascenseur payant. Ce serait dommage, quand on sait que nous pouvons pousser les gens sans les contraindre à privilégier les escaliers.

Olivier Goëau-Brissonière

Je remercie Nicolas Bouzou pour son exposé qui suscitera, j'en suis sûr, de nombreuses questions. Avant de donner la parole à Alain Coulomb, je voudrais revenir sur la notion de parcours : puisque vous venez de parler des *nudges*, il me semble utile de préciser que le parcours peut renvoyer à des réalités diverses. Dans le parcours, il peut y avoir de la contrainte, une impossibilité de choisir, mais aussi des *nudges* pour pousser les gens à prendre l'escalier. Cet exemple relève aussi du parcours. D'où la question des arbitrages à faire entre la contrainte et liberté ou autonomie, tout en arrivant à obtenir des résultats.

Alain Coulomb

Nous vivons depuis plusieurs décennies une transformation majeure : la chronicisation des pathologies.

Il y a seulement cinquante ans, les maladies qui tuaient étaient les maladies infectieuses. On en guérit maintenant presque toujours. Ce sont les pathologies chroniques qui tuent, et qui constituent la plus grande part, environ les deux tiers, des dépenses de santé.

Cette transition épidémiologique devrait nous amener à modifier complètement notre système de santé. Nos structures ont été bâties pour prendre en charge les soins aigus, pas les soins chroniques. Il ne s'agit plus d'aller ponctuellement chez le médecin ou à l'hôpital : les pathologies chroniques se caractérisent justement

par le fait qu'elles relèvent et de l'un et de l'autre alternativement. Je défendrai pour cette raison la notion de parcours, malgré les critiques de Nicolas Bouzou : elle correspond à une évolution structurelle, à la rupture épidémiologique que constitue le passage des affections aiguës aux maladies chroniques. Les personnes atteintes d'un cancer, d'un diabète, d'une maladie cardio-vasculaire vont et viennent dans le système de santé en fonction des phases de rémission ou des phases plus lourdes.

Nicolas Bouzou a donné les chiffres : l'obésité coûte environ 13 milliards, à comparer au cancer et aux maladies cardio-vasculaires, qui coûtent 15 milliards dans les deux cas, au diabète, qui en coûte 16, et à la santé mentale qui, bien qu'on insiste moins sur ses coûts, vient en premier avec 22 milliards. Indépendamment des dépenses, l'une des particularités de l'obésité est qu'elle n'est pas fatale en elle-même. La mortalité qui lui est associée est évitable, ce qui m'amène à la question de la prévention.

I. LA PRÉVENTION ET SES OBSTACLES

La prévention est traditionnellement présentée comme le parent pauvre de notre système de santé, conçu plutôt pour soigner que pour prévenir. Mais en vérité il n'est pas aisé de chiffrer les sommes qui lui sont allouées. Les estimations des spécialistes varient entre 3 et 15 milliards d'euros, selon que l'on prend en compte les dépenses directement affectées à la prévention ou tout

ce qui dans la vie d'un système de santé, en particulier les médecins généralistes, y a trait d'une façon ou d'une autre.

En tout état de cause, organiser la prévention demanderait d'être déjà capable de la chiffrer.

De quoi devons-nous nous prévenir ? Quels sont les principaux fléaux en matière de santé publique ?

Il en existe principalement quatre : le tabac, l'alcool, l'alimentation fabriquée industriellement et la sédentarité. Tout le reste est quasiment accessoire.

Or ces quatre facteurs se retrouvent dans l'obésité. Lutter contre l'obésité demande de lutter contre ces quatre fléaux de santé publique.

Que signifie cependant « prévenir » ? Qui doit faire objet de prévention, quand est-on tenté de prévenir ?

On distingue traditionnellement trois types de prévention. La prévention primaire qui s'adresse à toute la population, qui vise à modifier les comportements, et qui le fait de tous les acteurs – politiques, professionnels de santé, industriels, etc. La prévention secondaire, de dépistage, qui consiste à repérer la maladie et à agir le plus tôt possible. Ici, sont plus particulièrement concernés les trois lieux classiques des systèmes de dépistage : l'école, l'entreprise et le système de santé. On cible les sujets à risque et les enfants. Enfin, la prévention tertiaire,

de traitement, qui vise à éviter les complications et les récives chez les patients atteints. Son lieu est le système de soin et les centres hospitalisés.

Or la prévention rencontre de nombreux obstacles.

Le premier tient aux messages. Ceux-ci doivent affronter un flux ininterrompu de messages opposés et intéressés. Le débat sur la vaccination montre bien la force des fausses informations et de l'irrationnel. Peu importe que ce soit n'importe quoi, tant que cela fait du bruit. De plus, les messages sont parfois bien trop simples : « il suffit » de bouger davantage, ou de manger moins – non, c'est soit trop général, soit non pertinent face à un problème complexe et multifactoriel comme l'obésité.

Un autre problème tient à la formation des médecins. D'une part, ceux-ci apprennent à soigner, pas à prévenir. De plus, la prévention de l'obésité demande une approche interdisciplinaire : plus un sujet est complexe, et l'obésité l'est assurément, moins la médecine hyper spécialisée peut le prendre en charge. L'approche interdisciplinaire est une nécessité évidente devant un problème comme celui de l'obésité.

Troisième obstacle, le modèle biomédical reste dominant. Combien de médecins commencent par faire une imagerie, une analyse du sang, avant même de regarder le patient, de l'écouter, de le palper ? Les progrès de la biomédecine sont indéniables, et ils ont permis d'améliorer la prise en charge. Mais nous ne sommes pas qu'une

collection de globules. De ce point de vue, il est grand besoin à côté de la prise en charge biomédicale, d'un modèle plus ouvert, plus coopératif, plus humain.

Le paiement à l'acte aussi constitue un obstacle : s'il convient à une médecine des affections aiguës, il est, en revanche, tout à fait inadapté à une médecine des soins chroniques qui représentent pourtant, comme je l'ai indiqué, les deux tiers de nos dépenses de santé.

Enfin, les messages de santé devraient éviter de provoquer de la frustration. Je me rappelle qu'on m'avait demandé de relire le PNNS 2006-2010. La brochure se voulait sympathique, illustrée. On pouvait voir côte à côte une photo d'un plat de brocolis et de l'autre des babas au rhum et des religieuses. Je suis intervenu pour dire que ça n'allait pas : on ne peut pas vendre de l'insatisfaction et de la frustration en permanence. Si on donne le choix entre la frustration et le plaisir, les gens choisiront le plaisir

II. LUTTER CONTRE L'OBÉSITÉ : LES NOUVELLES APPROCHES

Quelles sont les nouvelles approches dans la lutte contre l'obésité ? J'en distingue trois.

La première est l'éducation thérapeutique du patient. Il s'agit de faire acquérir au patient atteint d'une pathologie chronique un ensemble de savoirs et de compétences qui

lui permettront de prendre en charge de façon autonome cette pathologie et le traitement qui l'accompagne. Sur le papier, le processus est simple : on établit un diagnostic éducatif, on propose un programme personnalisé, on met en œuvre différentes techniques, notamment des techniques cognitivo-comportementales, et on procède à une évaluation individuelle. Ça marche plus ou moins bien. Le problème est que c'est compliqué à mettre en place. Car se contenter d'une poignée d'heures ne sert à rien. Il faut quelques semaines. Or quand vous parlez à un responsable politique d'un programme à 1 500 euros par jour, pour un résultat incertain et non immédiat, son intérêt s'affaisse très vite... Les gains attendus, s'ils se produisent, arriveront bien après le temps bien plus court de sa présence au ministère. Le problème est général : comment ajuster le temps du retour sur investissement de la prévention avec le temps de présence d'un élu ? Malgré ces difficultés, l'éducation thérapeutique est une voie intéressante – je pense notamment à l'utilisation des cartes conceptuelles dans des programmes d'éducation thérapeutique pour personnes atteintes d'obésité.

Une autre approche consiste à essayer de voir de plus près qui sont les obèses. Une grande partie d'entre eux sont en pré-précarisation. Certains facteurs géographiques sont aussi marquants : traverser le périphérique à la hauteur de la porte de La Chapelle, par exemple, multiplie par quatre le risque de diabète gestationnel, ce qui augmente en retour le risque d'obésité chez l'enfant.

Une dernière approche, enfin, qui me semble originale, est celle du G.R.O.S (Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids). Cet organisme met en avant un certain nombre de points qui me semblent importants dans la lutte contre l'obésité :

- lutter contre la stigmatisation des gros ;
- à la fois dédiaboliser l'industrie agro-alimentaire, au sens où, comme l'a dit Nicolas Bouzou, elle ne saurait être jugée seule responsable, et lutter sans pitié contre les indications trompeuses ;
- promouvoir l'usage d'informations nutritionnelles rassurantes : l'angoisse et le stress ne sont pas des outils efficaces pour la prise en charge personnelle, au contraire ;
- lutter contre l'hégémonie de la minceur ;
- moraliser les pratiques individuelles et le commerce, en particulier la chirurgie bariatrique : il est scandaleux de soutenir que la chirurgie bariatrique est l'alpha et l'oméga de la lutte contre l'obésité, surtout quand elle n'est ni préparée ni suivie après ;
- promouvoir l'éducation alimentaire et valoriser la diversité des cultures alimentaires.

Ces quelques recommandations relèvent d'une approche complètement différente de l'approche biomédicale. Des deux filles d'Esculape, Hygée et Panacée, la seconde l'emporte depuis des décennies. Il est temps de les réconcilier, et de faire revivre Hygée. C'est ainsi que nous aurons moins d'obèses.

Débat

Olivier Goëau-Brissonière : Je voudrais souligner l'importance de la réconciliation avec son corps. Dans *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Georges Vigarello montre comment le fait d'être une ficelle ou d'être plus corpulent a une signification qui a évolué historiquement, alors qu'on peut être corpulent et en bonne santé, bien dans sa peau.

Jean de Kervasdoué (économiste de la santé, titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du CNAM) : *Je crois qu'il faut insister sur trois points. Le premier est l'évolution des pratiques alimentaires. À Paris, 25 % des personnes ne préparent plus de repas. Nous n'avons plus de rites et de rythmes alimentaires. Dans mon enfance, on allait à table trois fois par jour ; on n'avait pas le droit de manger entre les repas ; on mangeait ce qui avait été préparé, même quand il s'agissait de brocolis. Là où se trouve mon bureau, à Paris, les gens mangent maintenant à toute heure, de midi à minuit.*

Le deuxième point important est une certaine confusion dans les rapports entre nutrition et santé. Le modèle qui est en général diffusé, notamment par les magazines

féminins, est en effet celui d'une sorte de lien direct entre les nutriments et une maladie. Or ce modèle est très rare. Il fonctionne pour la vitamine C et le scorbut, mais c'est, avec quelques autres cas, une exception.

Il faut enfin lutter contre une double méconnaissance. La première est le fait des médecins : ceux-ci ne connaissent pas la nutrition. Il existe moins de trente professeurs de nutrition en France qui s'intéressent en général à des états pathologiques, à certaines formes de malnutrition. Les agronomes connaissent mieux la nutrition que les médecins. D'autre part, la stigmatisation des graisses, quelles qu'elles soient, polyinsaturées ou non polyinsaturées, est un problème. C'est probablement l'une des causes, avec le rôle de l'industrie, la taille des portions, etc. de l'épidémie d'obésité aux États-Unis. Les travaux de Marian Apfelbaum et de l'équipe de nutrition de Bichat sont particulièrement intéressants sur ce point. D'où par exemple une forme de réhabilitation actuellement du beurre.

Olivier Goëau-Brissonière : Vous dites que la nutrition n'est pas enseignée. C'est un vrai sujet. La fédération que je construis a ainsi dû lutter avec une institution que je respecte pourtant profondément, l'Ordre des médecins, pour que se crée un Conseil national de la nutrition. On nous objectait que cette spécialité n'existe pas, mais nous avons pourtant conservé ce conseil, parce qu'il faut que la nutrition soit plus enseignée en formation initiale.

Monique Romon (Présidente de la Société française de nutrition) : *Il se trouve que je suis justement professeure de nutrition... Je souhaiterais faire deux remarques au sujet de l'épidémie d'obésité. Nicolas Bouzou a parlé d'un probable ralentissement de l'épidémie. Ce qui est vrai, en tout cas, c'est qu'elle n'augmente plus chez les enfants. Mais comme cela a également été dit, les enfants obèses ou en surpoids continuent en général sur leur trajectoire et prennent de plus en plus de poids. D'où la nécessité de mettre en avant l'objectif de stabilisation du poids, c'est déjà très important, et cela implique de lutter contre la stigmatisation.*

Je voudrais aussi insister sur l'une des principales causes de l'épidémie : la télévision. Pas simplement parce qu'elle est un facteur de sédentarité, mais tout simplement parce que les gens mangent maintenant inconsciemment devant la télévision. Il faut, plus généralement, réconcilier les gens avec leurs sensations. Réapprendre à manger en suivant sa faim, la sensation de satiété, le plaisir. C'est l'un des objectifs de l'éducation thérapeutique. Vous avez dit que son coût est de 1500 euros. Ce n'est pas exact, j'en organise depuis 20 ans, et le coût est de 350 euros par personne...

Alain Coulomb : 1500 euros, c'est en établissement.

Monique Romon : *Mais l'éducation doit se faire au plus près de la vie des patients, et pas à l'hôpital, ce sera moins cher et peut-être plus efficace. Nous en revenons à la question du parcours : il a été question de prise*

en charge, de prévention, mais l'accompagnement, effectif, de la personne tout au long de sa vie, est primordial.

Alain Coulomb : Oui – je précise, cependant, que la prise en charge en établissement peut permettre d'affranchir le patient d'un environnement pathogène.

Arnaud Basdevant (professeur de nutrition) : *Vous avez parlé de l'échec des politiques de santé publique. À mon sens, il ne s'agit pas tant d'un échec que du fait que c'est là quelque chose de très difficile. Ce n'est pas du tout la même chose. Dans le domaine des soins, nous avons fait depuis 2013 un effort énorme pour améliorer l'offre de soins. Cet effort s'est traduit concrètement par un maillage territorial exceptionnel, médical et chirurgical, en matière d'offre de soin. Mais en ce qui concerne la prévention de l'obésité, le problème est qu'une politique de prévention demande dix, vingt, trente ans pour commencer à porter ses fruits : comme l'a dit M. Coulomb, l'agenda politique et celui de la santé publique ne coïncident pas.*

Je voudrais aussi corriger ce qui a été dit concernant la chirurgie : nous avons en France des taux d'intervention qui sont ceux des pays avancés, pas plus. Les malades que nous opérons nous ont été envoyés après des réunions de concertation pluridisciplinaires et sont véritablement au bout d'une trajectoire, sans autre solution. Je ne suis pas d'accord pour dire qu'il y a en France un scandale, un abus du recours à la chirurgie.

Nicolas Bouzou : Vous avez bien sûr raison concernant le temps long, mais justement : autant y réfléchir sérieusement, dès maintenant, et en parler ailleurs que dans des cénacles politiques afin de modifier la perception qu'ont les gens de tel ou tel problème.

Je souhaiterais revenir à la question de Mme Romon : vous avez parlé de plaisir. C'est l'un des grands enseignements de l'économie du *nudge* : comme l'a aussi souligné Alain Coulomb, on obtient de bien meilleurs résultats quand on montre aux gens qu'un changement de comportement va leur faire du bien plutôt qu'en soulignant que cela va leur faire du mal. C'est assez simple, mais c'est fondamental. Ça marche dans le domaine environnemental : si vous dites aux gens qu'ils risquent de vivre dans un environnement où l'air sera pollué, où le niveau des mers va monter, cela les intéresse et les inquiète sur le plan de la culture générale, mais c'est tout ; si vous leur dites que vous travaillez à construire un environnement agréable, beau, vert, où eux et leurs enfants respireront bien, le message sera largement plus efficace. Pareil pour le sport : il faut présenter l'exercice physique comme un plaisir, une activité intéressante, qui se trouve être bonne pour la santé – pas comme quelque chose qui fait souffrir et qu'on doit s'imposer pour être en bonne santé.

André Parodi (docteur vétérinaire) : *Les études de prévalence montrent qu'il y a une relation significative entre le niveau de vie l'obésité. Confirmez-vous cette relation ? Si oui, les facteurs que vous avez évoqués*

interviennent-ils directement, ou indirectement, dans les différences constatées ? L'un des facteurs expliquant la plus grande prévalence de l'obésité dans les couches sociales défavorisées est probablement le défaut d'information. D'où ma seconde question : comment expliquez-vous le semi-échec de la promotion des logos coloriés ? Le président du PNNS, Serge Heberg, s'est violemment battu pour faire valoir le bien fondé de ce mode d'information. Notre ministre de la Santé a réussi à faire aboutir ce projet. Et puis... on tergiverse, on freine, sous l'influence, manifestement, du lobby des industries agro-alimentaires.

Nicolas Bouzou : Oui, la relation entre obésité et position sociale est vérifiée. Notre étude montre ainsi qu'au sein d'un même secteur, les professions de service, toutes très sédentarisées, il y a une relation inverse entre obésité et élévation dans la hiérarchie et donc, globalement, du revenu : 8 % des cadres sont obèses, 12 % des professions intermédiaires et 16 % chez les employés administratifs. Ces différences, en outre, se retrouvent chez les enfants de ces personnes.

Il y a deux explications à ce fait. La première est qu'il est plus coûteux de manger « sainement » que de manger moins sainement, et la deuxième raison est que les messages de prévention, qui sont des messages non ciblés, fonctionnent en fait justement chez ceux qui ont déjà des niveaux d'éducation et de revenus élevés. C'est une limite importante des messages de prévention globale. Ceci implique que nous devrions développer

des messages pour des populations ciblées, ce qui évidemment change les coûts. Il existe néanmoins un certain nombre de leviers. La pharmacie en est un. Je crois que son avenir est de se médicaliser. Il y a des officines partout, tout le monde va chez le pharmacien, et pas nécessairement chez les médecins, mais dans le même temps les économistes s'interrogent de plus en plus sur le *business model* des pharmacies, qui sont en grande difficulté en matière de rentabilité. Il y aurait donc des choses à faire avec les pharmacies dans le domaine de la prévention.

Il faut aussi arriver à toucher la population des étudiants, qui est la plus difficile à atteindre en matière de prévention et où le problème est qu'un message de santé publique risque d'engendrer le comportement qu'on cherche à éviter. Il faut être là où sont les étudiants, aller sur les campus, les toucher avec ce qui leur parle. Je reviens sur Pokémon GO : c'était intéressant parce que c'était un moyen de toucher les jeunes – sans le vouloir, ce n'est pas fait pour maigrir. D'où le fait que nous devrions discuter avec les éditeurs de jeux vidéo. Je critiquais la notion de parcours : je souscris aux remarques qui ont été faites, ce n'est pas le parcours en soi, le problème, mais son mode d'organisation, qui doit être pensé efficacement, avec des acteurs qui ne sont pas nécessairement ceux avec lesquels on discute habituellement.

Monique Romon : *Il n'est pas obligatoirement plus coûteux de manger sainement. Nicole Darmon, qui a*

beaucoup travaillé sur le sujet, a montré que pour les mêmes populations, dans le même supermarché, des gens se nourrissaient mieux pour moins cher. Car ce qui coûte, chez les populations les plus défavorisées, c'est qu'elles achètent plus souvent des aliments de *snacking* superflus et des aliments préparés. Croire que manger sainement est nécessairement plus cher est une représentation, et l'éducation devrait aussi porter sur ça et les représentations que les gens ont des aliments.

Philippe Marre (secrétaire général de l'Académie de chirurgie) : Je voudrais commencer par vous remercier d'avoir intégré l'obésité dans ce qu'on appelle les MNT, les maladies non-transmissibles, dont font partie bien évidemment, avec l'obésité, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires.

Il y a finalement quatre moyens pour lutter contre ces maladies : la lutte contre le tabac, contre l'alcool, contre la sédentarité et l'alimentation. Or aucun de vous n'a parlé de l'école. On risque de supprimer les sciences de la vie et de la Terre comme enseignement obligatoire au lycée. C'est quand même extrêmement choquant : c'est à ce moment-là que l'on peut faire prendre conscience aux jeunes, d'une part, de leur alimentation et, de l'autre, des effets bénéfiques du sport. La question de l'éducation est d'autant plus importante qu'en retour, les enfants peuvent éduquer les parents.

Il faudrait évoquer aussi la question de la satiété. On commence à comprendre que nous ne sommes pas

égaux relativement au microbiote intestinal. Il y a donc beaucoup de recherches biomédicales à faire concernant l'obésité, en particulier au sujet de la satiété.

Nicolas Bouzou : Je ne suis pas sûr de vous suivre concernant l'école. Elle peut agir par le biais des cantines. Mais le rôle de l'école, c'est d'apprendre à lire, à écrire, la culture générale. Et elle n'y arrive pas. Je ne militerai donc jamais pour qu'on rajoute des enseignements de ce type. En revanche, les cantines scolaires et le sport sont des outils extrêmement utiles.

Paolina Blaizot van Wijk (coordinatrice administrative du CINFO – Centre intégré nord-francilien de l'obésité) : *Mon travail porte sur le maillage territorial au nord de l'Île de France : la coordination des soins dans la prise en charge de l'obésité et plus spécifiquement la coordination entre la ville et l'hôpital pour les patients qui ont subi une chirurgie bariatrique. Comme on l'a dit, il est très important de prendre ces personnes en charge avant de subir l'opération et, bien entendu, après, étant donné les complications qui peuvent s'ensuivre. Je voudrais ainsi appuyer sur le fait que le maillage territorial et la coordination des soins est en train de se développer – il y a encore beaucoup à faire, mais nous essayons d'être le plus dynamique possible dans ce domaine.*

Olivier Goëau-Brissonière : Oui, c'est une chose essentielle – l'obésité n'est qu'un exemple, mais un exemple majeur, de la nécessité de ce genre de maillage.

Alain Coulomb : Une des choses importantes et relativement nouvelle, où l'actuel gouvernement est en continuité avec le précédent, est le fait que la santé s'est territorialisée. Comme le disait Nicolas Bouzou, une organisation décentralisée peut être aussi stupide qu'une organisation centralisée. Mais une vision territorialisée de la santé pousse à la diversité, à la prise en compte de la diversité des territoires, de façon à faire émerger des solutions qui leur soient adaptées. Le système est alors plus intelligent, pas parce que les administrateurs le deviennent, mais parce qu'il est territorialisé.

Michel Hannoun (Médecin, membre du conseil de Surveillance de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) : *Le problème n'est-il pas que nous proposons des solutions générales alors que nous ne sommes pas égaux à ce sujet. Il y a des facteurs génétiques, et puis des facteurs culturels où le rapport à l'alimentation peut être différent – parce que pour certains donner à manger signifie « je t'aime », par exemple. Cet aspect-là des choses n'est pas pris en considération. On veut apporter une réponse égalitaire unique à un problème qui me paraît être excessivement inégalitaire.*

Alain Coulomb : La chronicité implique la médecine personnalisée. On l'a complètement admis pour le cancer. On ne l'admet pas, ou en tout cas on ne l'intègre pas, dans la prise en charge de l'obésité, alors qu'à l'évidence la médecine personnalisée y est particulièrement à sa place. C'est d'ailleurs un problème, d'après moi, pour l'éducation thérapeutique : les groupes

d'éducation permettent d'échanger, de diminuer les coûts, mais le risque est d'avoir un meneur et d'autres qui sont marginalisés. C'est un travail pédagogique extraordinairement difficile de la part des soignants d'animer des ateliers d'éducation thérapeutique, justement parce que nous ne sommes pas semblables.

Quentin Spooner (collaborateur parlementaire de Mme Aina Kuric, députée) : *Vous avez évoqué les étudiants. Je crois que ceux-ci sont très attentifs au problème de l'obésité, en particulier parce qu'ils sont à un âge où l'on se soucie particulièrement de son apparence. Mais quand ils entrent dans le monde du travail, leur activité physique diminue. Ils passent leur temps assis dans des bureaux et ne pensent plus forcément à leur physique. Comment donc améliorer la prise en charge de l'obésité dans le monde du travail ? Y a-t-il des choses à faire au niveau de la loi, ou faut-il plutôt faciliter la prise de conscience ?.*

Nicolas Bouzou : Vous avez tout à fait raison de mettre l'accent sur la prévention en entreprise. Les complémentaires santé pourraient sans doute être plus présentes dans ce domaine. Malakoff Médéric, par exemple, a lancé ces dernières années plusieurs initiatives intéressantes dans le domaine des maladies cardiovasculaires.

En ce qui concerne l'obésité, il y aurait mille choses à faire. Je vous donne un exemple très précis. Je connais des dirigeants d'entreprise qui ont voulu ouvrir des

salles de sport dans leur PME. Le problème est que si quelqu'un fait un accident cardiaque, le chef de l'entreprise est pénalement responsable. Voilà quelque chose que nous pourrions aisément modifier. Les grandes entreprises peuvent recruter du personnel, des professeurs de sport, mais ce n'est pas le cas des autres. Elles ne peuvent pas se le permettre. Ce serait pourtant très bien qu'elles puissent ouvrir une salle de sport. Mais la déclinaison actuelle du principe de précaution interdit de le faire. Voilà un exemple de modification qu'il serait extrêmement simple de mettre en œuvre.

Patrick Bergevin (chirurgie de l'obésité) : *Le parcours de l'obèse est personnel. Il est différent d'un obèse à l'autre. C'est quelque chose d'essentiel. Depuis le temps que je m'occupe de ce sujet en tant que chirurgien, je me rends compte de la difficulté de la prise en charge des patients et de la nécessité absolue d'avoir une équipe pluridisciplinaire pour arriver à des résultats durables. Une équipe pluridisciplinaire permet de préparer au mieux l'opération et un meilleur suivi. C'est la clef pour obtenir des résultats à long terme. Car il y a énormément d'échecs. On s'en rend compte maintenant, avec le recul, à tel point qu'on dit souvent, dans les congrès de chirurgie, qu'un obèse « est fait » pour être opéré plusieurs de fois de suite dans sa vie. Or remodeler plusieurs fois l'estomac ne résoudra pas le problème de fond. Il est donc fondamental de s'appuyer sur le nutritionniste ou le psychologue. Il y a toujours une part de problèmes psychologiques sous-jacents dans le parcours de l'obèse, ne serait-ce qu'en*

raison des échecs successifs et de la perte de l'estime de soi lié aux régimes yo-yo successifs.

La prise en charge doit donc inclure aussi le psychologue – on en revient alors au problème financier, puisque tout cela n'est absolument pas couvert par les organismes de tutelle. Il faudrait sérieusement songer à cette possibilité, si l'on veut voir les attitudes changer. Les gens se précipitent actuellement chez le chirurgien parce que c'est à la mode et que le critère essentiel est l'indice de masse corporelle. Mais derrière, la prise en charge, dans l'immense majorité des cas, n'est pas bien menée. Elle est recommandée, mais, en pratique, les gens vont voir le psychologue ou le diététicien pour avoir un temps de pause sur un passeport, et ça se limite à ça. Or ce n'est pas ainsi que l'on obtient des résultats à long terme.

Sylvie Benkemoun (vice-présidente du G.R.O.S – Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids) : *Je voudrais revenir sur la question de la stigmatisation. On en parle comme quelque chose d'accessoire. Or c'est fondamental. Depuis 2002, au G.R.O.S, nous soutenons qu'il n'est pas possible de prendre en charge l'obésité sans tenir compte de la stigmatisation. L'obésité, c'est la maladie des disqualifications : à l'école, à l'adolescence, dans l'emploi, dans sa vie amoureuse.*

Comment lutter contre cette stigmatisation ? C'est d'autant plus difficile qu'il faut bien dire que la plupart des personnes obèses ont de si mauvais souvenirs de

certaines prises en charge par les médecins qu'on aboutit à une situation d'errance médicale. Toutes les obésités importantes auraient probablement pu être stabilisées à un moment donné, sans avoir recours à la chirurgie, s'il n'y avait pas ce problème que les médecins ne savent pas ce qu'est l'obésité et ont bien souvent une attitude stigmatisante à ce sujet.

Ainsi, plus l'obésité est importante, moins les personnes se soucient de leur évolution. Il faut vraiment avoir une action concertée et commune sur ce point. Les facteurs psychologiques sont importants. On n'a pas idée de ce que représente le fait de vivre gros en milieu hostile.

Il faudrait en outre découpler l'idée d'être en bonne santé et l'idée de maigrir. De ce point de vue, les messages de santé et les messages liés à l'obésité devraient être repensés. Une personne obèse stabilisée, qui bouge, qui n'a pas de trouble du comportement alimentaire, n'aura peut-être pas la santé d'une personne de poids standard, mais elle aura la meilleure santé possible. Autrement dit, il y a une façon vivable de vivre quand on est gros, et si, au lieu de développer la chirurgie, on développait davantage la médecine de l'obésité, peut-être pourrions-nous mieux distinguer les cas qui appellent une intervention chirurgicale et d'autres qui pourraient être suivis sans problème.

Retrouvez l'intégralité du débat en vidéo sur
www.institutdiderot.fr

Les publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

- L'avenir de l'automobile - Louis Schweitzer
- L'avenir de l'automobile - Louis Schweitzer
- Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme - Etienne Klein
- L'avenir de la croissance - Bernard Stiegler
- L'avenir de la régénération cérébrale - Alain Prochiantz
- L'avenir de l'Europe - Franck Debié
- L'avenir de la cybersécurité - Nicolas Arpagian
- L'avenir de la population française - François Héran
- L'avenir de la cancérologie - François Goldwasser
- L'avenir de la prédiction - Henri Atlan
- L'avenir de l'aménagement des territoires - Jérôme Monod
- L'avenir de la démocratie - Dominique Schnapper
- L'avenir du capitalisme - Bernard Maris
- L'avenir de la dépendance - Florence Lustman
- L'avenir de l'alimentation - Marion Guillou
- L'avenir des humanités - Jean-François Pradeau
- L'avenir des villes - Thierry Paquot
- L'avenir du droit international - Monique Chemillier-Gendreau
- L'avenir de la famille - Boris Cyrulnik
- L'avenir du populisme - Dominique Reynié
- L'avenir de la puissance chinoise - Jean-Luc Domenach
- L'avenir de l'économie sociale - Jean-Claude Seys
- L'avenir de la vie privée dans la société numérique - Alex Türk
- L'avenir de l'hôpital public - Bernard Granger
- L'avenir de la guerre - Henri Bentegeat & Rony Brauman
- L'avenir de la politique industrielle française - Louis Gallois
- L'avenir de la politique énergétique française - Pierre Papon
- L'avenir du pétrole - Claude Mandil
- L'avenir de l'euro et de la BCE - Henri Guaino & Denis Kessler
- L'avenir de la propriété intellectuelle - Denis Olivennes
- L'avenir du travail - Dominique Méda
- L'avenir de l'anti-science - Alexandre Moatti
- L'avenir du logement - Olivier Mitterand
- L'avenir de la mondialisation - Jean-Pierre Chevènement

-
- L'avenir de la lutte contre la pauvreté - François Chérèque
 - L'avenir du climat - Jean Jouzel
 - L'avenir de la nouvelle Russie - Alexandre Adler
 - L'avenir de la politique - Alain Juppé
 - L'avenir des Big-Data - Kenneth Cukier & Dominique Leglu
 - L'avenir de l'organisation des Entreprises - Guillaume Poitrinal
 - L'avenir de l'enseignement du fait religieux dans l'École laïque - Régis Debray
 - L'avenir des inégalités - Hervé Le Bras
 - L'avenir de la diplomatie - Pierre Grosser
 - L'avenir des relations Franco-Russes - S.E Alexandre Orlov
 - L'avenir du Parlement - François Cornut-Gentille
 - L'avenir du terrorisme - Alain Bauer
 - L'avenir du politiquement correct - André Comte-Sponville & Dominique Lecourt
 - L'avenir de la zone euro - Michel Aglietta & Jacques Sapir
 - L'avenir du conflit entre chiite et sunnites - Anne-Clémentine Larroque
 - L'Iran et son avenir - S.E Ali Ahani
 - L'avenir de l'enseignement - François-Xavier Bellamy
 - L'avenir du travail à l'âge du numérique - Bruno Mettling
 - L'avenir de la géopolitique - Hubert Védrine
 - L'avenir des armées françaises - Vincent Desportes
 - L'avenir de la paix - Dominique de Villepin
 - L'avenir des relations franco-chinoises - S.E. Zhai Jun
 - Le défi de l'islam de France - Jean-Pierre Chevènement
 - L'avenir de l'humanitaire - Olivier Berthe - Rony Brauman - Xavier Emmanuelli
 - L'avenir de la crise du Golfe entre le Qatar et ses voisins - Georges Malbrunot

Les Notes de l'Institut Diderot

- L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert - Emmanuel Halais
- Le futur de la procréation - Pascal Nouvel
- La République à l'épreuve du communautarisme - Eric Keslassy
- Proposition pour la Chine - Pierre-Louis Ménard
- L'habitat en utopie - Thierry Paquot
- Une Assemblée nationale plus représentative - Eric Keslassy
- Où va l'Égypte ? - Ismaïl Serageldin
- Sur le service civique - Jean-Pierre Guallezzi
- La recherche en France et en Allemagne - Michèle Vallenthini
- Le fanatisme - Texte d'Alexandre Deleyme présenté par Dominique Lecourt
- De l'antisémitisme en France - Eric Keslassy
- Je suis Charlie. Un an après... - Patrick Autréaux
- Attachement, trauma et résilience - Boris Cyrulnik
- La droite est-elle prête pour 2017 ? - Alexis Feertchak

-
- Réinventer le travail sans l'emploi - Ariel Kyrou
 - Crise de l'École française - Jean-Hugues Barthélémy
 - À propos du revenu universel - Alexis Feertchak & Gaspard Koenig
 - Une Assemblée nationale plus représentative - *Mandature 2017-2022* - Eric Keslassy
 - L'avenir de notre modèle social français - Jacky Bontems & Aude de Castet
 - Handicap et République - Pierre Gallix

Les Dîners de l'Institut Diderot

- La Prospective, de demain à aujourd'hui - Nathalie Kosciusko-Morizet
- Politique de santé : répondre aux défis de demain - Claude Evin
- La réforme de la santé aux États-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie française ? - Victor Rodwin
- La question du médicament - Philippe Even
- La décision en droit de santé - Didier Truchet
- Le corps ce grand oublié de la parité - Claudine Junien
- Des guerres à venir ? - Philippe Fabry
- Les traitements de la maladie de Parkinson - Alim-Louis Benabib

Les Entretiens de l'Institut Diderot

- L'avenir du progrès (actes des Entretiens 2011)
- Les 18-24 ans et l'avenir de la politique

Entre autonomie et interdit : comment lutter contre l'obésité ?

Comment venir à bout de la redoutable épidémie que représente le phénomène de l'obésité ? Le débat qui s'est tenu à l'Institut Diderot ne laisse aucun doute sur la gravité de la question. Alain Coulomb attire spécialement l'attention sur la chronicisation des pathologies qui correspond à une véritable transition épidémiologique.

La question de la prévention porte alors le poids de l'argumentation... Lutter contre la stigmatisation des gros, dédramatiser l'industrie agroalimentaire, refuser le monopole thérapeutique de la chirurgie bariatrique...

L'ample discussion qui suit ici les exposés de Nicolas Bouzou et Alain Coulomb ne manque pas de faire apparaître les arrières plans philosophiques et radicaux des polémiques qui s'attachent à l'ascension sociale et épistémologique de la prévention.

Dominique Lecourt
Président de l'Institut Diderot



“ Nicolas Bouzou,

Économiste, directeur-fondateur du cabinet de conseil Asterès et co-fondateur du Cercle de Belém, directeur d'études au sein du MBA Law & Management de Paris II Assas. Il a siégé au Conseil d'Analyse de la Société auprès du Premier Ministre (2010-2012).



“ Alain Coulomb,

Président de Coopération Santé et ancien Directeur Général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé puis de la Haute Autorité de Santé.

La présente publication ne peut être vendue

