

# Prévention et Prise en Charge de la Surcharge Pondérale en Milieu Sportif

Formation organisée les 19 avril et 3 mai 2007

Création et mise en page SC pour le CDOS 66 - Impression : Imprimerie Catalane



**Comité Départemental Olympique et Sportif  
des Pyrénées Orientales**

Maison Départementale des Sports  
Rue René Duguay Trouin — 66000 PERPIGNAN  
Tél. 04. 68. 63. 32. 68 Fax. 04. 68. 34. 29. 14  
cdos66@wanadoo.fr  
<http://pyreneesorientales.franceolympique.com>  
[Http://perso.orange.fr/cdos66](http://perso.orange.fr/cdos66)  
Siret 411 234 560 00034 - APE 9312 Z



## Les intervenants

**Frédérique BRANDOU - Physiologiste**  
**Olivier COSTE - Médecin conseil DRDJS**  
**Agathe GUILHEM - Psychologue**  
**Irène LENFANT - Psychopédagogue**  
**Jean Marie PIET - Médecin Centre Sport Santé**

## Jean ROMANS, Président du CDO5.66



Quand le docteur Olivier COSTE, médecin conseiller à la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports du Languedoc-Roussillon, responsable du pôle santé « Jeunesse et Sports » à Montpellier nous sollicita, c'est de manière responsable, et avec enthousiasme que nous répondîmes à sa demande.

Mettre en place une action au bénéfice des enfants et des adolescents montrant une tendance au surpoids et à l'obésité, contribuer à la prévention et à la correction de ce problème de santé par une meilleure nutrition et la pratique sportive était notre souhait, cela devenait un devoir.

Notre objectif fut d'aller par la formation, mais aussi par une information de qualité, d'abord dans le sens d'un meilleur accueil de ce « public jeune » par les associations sportives, puis vers l'engagement du mouvement sportif dans le Programme National Nutrition Santé.

Au terme de cette opération qui mérite une suite, nos remerciements et nos félicitations s'adressent très particulièrement au docteur Olivier COSTE, à l'équipe compétente et sympathique d'intervenants réunie à ses côtés, à l'ensemble des participants, à la DRJS, à la DDJS des P.O. et au Conseil Général des P.O. pour leur aide et la confiance qu'ils nous témoignent, à la DRASS et à la CPAM pour leur accompagnement, ainsi qu'à la dynamique et efficiente Commission Médicale du Comité Départemental Olympique et Sportif 66.

## Christine ONDERKA, Présidente de la Commission Médicale du CDO5.66



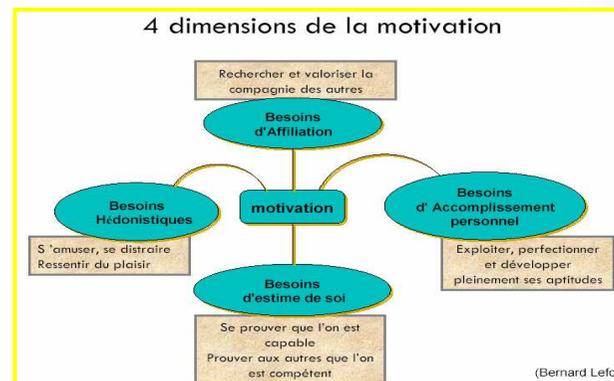
« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS)

Cette phrase d'introduction ouvre sur les objectifs de notre projet :

- sensibiliser et informer les éducateurs sportifs,
- créer un réseau de clubs référents (former des personnes),
- intégrer le réseau global de prise en charge,
- élaborer des projets de programme.

Nous avons procédé en 3 étapes :

- rédaction et envoi d'un questionnaire aux clubs sportifs
- réunion à la maison des sports avec les élus des comités
- formation des éducateurs sur 2 journées :
  - le 19/04/07 : accueil des jeunes présentant une surcharge pondérale, en leur présentant une nouvelle feuille de tâche,
  - le 03/05/07 : l'approche globale et la gestion comportementale, sont abordées avec le monde mental et le monde social.



Les adolescents en situation d'obésité rencontrent des problèmes physiques et physiologiques, qui contre-indiquent la pratique de certains sports où les articulations sont fortement sollicitées. En effet des problèmes liés apparaissent :

- les articulations : l'axe des membres étant modifiés compte tenu de la surcharge pondérale, la pression sur les articulations augmente, ce qui multiplie les risques d'arthrose : ce phénomène porte le nom de dyspnée d'effort;
- la dyspnée d'effort est responsable de l'essoufflement, une gêne à la pratique du sport,
- l'essoufflement est un signe de manque d'endurance : le corps fatigue très vite; des douleurs musculaires apparaissent,
- problèmes de proprioception : connaissance des parties du corps, de leur position et de leur mouvement dans l'espace, sans que l'individu ait besoin de les vérifier avec ses yeux.

### Pour remédier à ces problèmes : AU BOULOT !!!

Quelques exemples de pratiques sportives et présentation des principaux effets associés.

**Pour le travail aérobie = endurance musculaire.**

- **la natation** : effets bénéfiques sur les fonctions cardiaques et respiratoires : apprentissage des notions d'alternance effort/ récupération.
  - **l'athlétisme** : améliore l'adaptation à l'exercice, la récupération cardiaque et respiratoire : apprentissage de la notion accélération/ récupération active.
  - **le cyclisme** : la perception de l'effort réalisée est plus faible et la durée plus élevée.
- Risques liés : attention aux genoux (déjà endommagés par le poids) - aux essoufflements (exercice de manière progressive) - pour la natation, savoir nager...

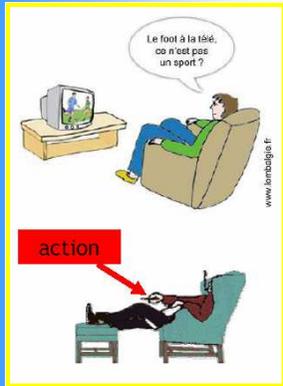
**Pour le travail anaérobie = force musculaire.**

- **la musculation** : prise de conscience de son corps et travail ciblé des groupes musculaires
- Risques liés : faire attention à la rigidité des os (résistance moindre à la pression) - faire attention aux tissus ligamentaires et tendineux, aux os et cartilage (plus fragile et déformable chez l'enfant)

**DANS TOUS LES CAS, SI L'ENFANT EST TROP GROS, IL CONVIENT D'ATTENDRE LA PERTE DE POIDS ET DE PRATIQUER LA MARCHÉ.**

## « Programmation d'une APS adaptée ».

Frédérique BRANDOU, Physiologiste.



L'activité Physique est génératrice d'effets résolument positifs :

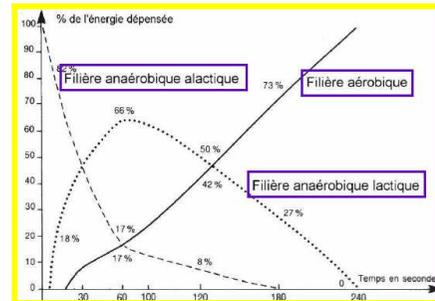
- Aide au maintien du poids : réduction du tour de taille
- Augmentation du taux du « bon » cholestérol
- Meilleure utilisation des substrats énergétiques
- Meilleur travail cardiaque
- Meilleure oxygénation des muscles et des organes, et augmentation de l'endurance locale
- Augmentation de la force
- Plus grande solidité des articulations
- Renforcement des os

L'exercice musculaire, mobilise 3 sources d'énergie :  
2 sont assimilées à de la **résistance**

- **l'anaérobie alactique** : utilisation par l'organisme des réserves musculaires en ATP et CP, dans le cadre d'efforts brefs à intensité maximale.
- **l'anaérobie lactique** : utilisation par l'organisme des réserves de glycogène et de glucose, avec formation d'acide lactique, pour des efforts intenses de durée modérée.

1 est assimilée à de **l'endurance** :

- **l'aérobie** ; utilisation par le métabolisme oxydatif de glycogène, de glucose et d'acides gras.

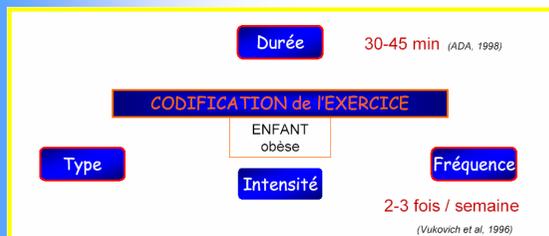


Compte tenu de ces données, un éducateur sportif doit veiller à :

- adapter l'effort à l'enfant obèse, qui a déjà des difficultés à soulever son propre poids,
- ne pas le mettre en échec, pour éviter qu'il ait une mauvaise image de lui,
- faire attention aux articulations sollicitées par l'effort.

En outre il se doit de respecter, il faut au maximum pour respecter l'équilibre physiologique, alterner exercices en endurance et exercices de résistance.

Toutefois, si l'intérêt physiologique, médical, d'une activité physique codifiée est réel et doit être pris en considération, il ne faut pas oublier non plus que le but principal de toute APS est de **BOUGER** au quotidien. L'enfant ne devant pas sentir l'effort constant, les activités doivent être ludiques et l'enfant doit prendre plaisir à les faire.



Il faut trouver des motivations pour les pratiques physiques et sportives.

## Introduction

L'évolution des modes de vie a entraîné une modification des comportements des individus en matière d'alimentation et d'activité physique ce qui influe sur leur état de santé.

Selon l'organisation mondiale de la santé 60 à 85% de la population mondiale dans les pays développés comme dans les pays en développement a un mode de vie sédentaire.

Les statistiques font de ce mode de vie l'un des problèmes de santé publique les plus sérieux de notre époque, même si cela n'attire pas encore l'attention des pays en voie de développement.

Avec l'augmentation du tabagisme et avec les déséquilibres alimentaires, la sédentarité prend une part croissante dans notre monde moderne et entraîne une augmentation rapide de la fréquence des maladies comme les affections cardiovasculaires, le diabète ou l'obésité.

La France n'échappe pas à ce constat puisque selon l'institut national de veille sanitaire 10 à 15% des adultes français ne pratiquent aucune activité physique.

Face à l'explosion épidémique de certaines pathologies notamment l'obésité, il était temps de réagir.

Avec le programme national nutrition santé (PNNS), le ministère de la santé et de la solidarité positionne sa politique de santé publique.

La finalité est claire et précise ; elle porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur les déterminants suivants :

- l'alimentation
- la prévention par l'activité physique
- la lutte contre la sédentarité.

Les conclusions de plusieurs conférences de consensus publiées ces dernières années soulignent le rôle de l'activité physique, psychique et sociale des individus et des populations, en accord avec la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Avant de découvrir les objectifs spécifiques de ce programme, des précisions sont à apporter face à la kyrielle de termes existants et à leur emploi souvent erroné.

En effet, derrière activité physique nous entendons "tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et entraînant une augmentation de la dépense d'énergie par rapport à la dépense de repos".

De fait, cette acception du mot activité physique recouvre un domaine plus large que celui de la seule pratique sportive.

Selon le contexte nous pouvons identifier deux situations principales :

- l'activité physique lors des activités professionnelles et de la vie courante : ex : faire le ménage.
- l'activité physique lors des activités de loisirs : ex : Jogging...

Il est important de clarifier ces termes car la plupart des adolescents et des adultes emploient comme usage le mot sport.

Face à la diversité des points de vue, retenons la définition de Parlebas (1986) qui propose d'appeler "sport" les activités caractérisées par trois traits principaux :

- la pertinence motrice, (le sens de l'activité et de l'engagement moteur),
- la codification compétitive (les règlements en vigueur),
- l'institutionnalisation (instance qui organise les compétitions).

Nous pouvons parler de sport quand il y a ces 3 caractéristiques qui sont présentes en même temps.

Un éclaircissement sur la sédentarité et l'inactivité physique s'avère essentiel pour la compréhension. La sédentarité est caractérisée par toutes les occupations spécifiques dont la dépense énergétique est proche de celle de repos (mesurer par le temps passé devant un écran). Au contraire l'inactivité physique est caractérisée par une absence de mouvement corporel. (alitement)

Nous pouvons mettre en avant les objectifs spécifiques du PNNS par des axes stratégiques :

- promouvoir un mode de vie actif par une intervention informationnelle,
- agir sur les comportements et les représentations,
- agir au niveau informationnel.

Pour être efficace, la sensibilisation tournera autour de la mobilisation des structures sportives de notre Département (associations sportives, clubs...), compte tenu de l'hétérogénéité et de l'étendue de la population qu'elles touchent. Les éducateurs sportifs représentent un maillon non négligeable de la prévention primaire, c'est-à-dire lutter contre le risque ou la pathologie avant qu'il arrive, comme en prévention secondaire voire tertiaire dans l'accompagnement et dans l'entretien de sa forme physique.

De plus l'enquête effectuée par nos soins en amont, nous prouve qu'à plus de 86% les éducateurs interrogés sont convaincus que leurs structures sont adéquates à l'éducation pour la santé.

Toutefois, ils souhaitent être formés et acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour pouvoir attirer, intégrer et fédérer un public sédentaire voire un public rencontrant des problèmes pathologiques comme l'obésité.

C'est dans cette optique qu'il est nécessaire de tenter d'apporter un aspect novateur, pour aider les « professionnels » et pour rendre chacun maître de sa vie. L'objectif n'est pas de donner toutes les réponses aux éducateurs sportifs, mais d'élaborer certaine stratégie à mettre en place pour attirer ce public.

**Fabrice GOSSE— Master Pesap  
Université Montpellier I**

## **L'expérience ETHIC&TOI 2006/2007.**

*« Comment accompagner dans leurs choix et dans leurs changements des enfants et des adolescents en difficulté, si souvent délaissés, découragés, mal jugés ? Comment les aider à retrouver un équilibre qui leur permettrait à nouveau de se mouvoir avec plaisir ? Et bien sur, comment réussir à faire du sport ce vecteur de bien-être ? »*

Indépendamment du fait que les jeunes atteints d'obésité présentent les mêmes problèmes que les jeunes en général - ils sont en pleine structuration et sont fortement malléables - d'une manière générale, les personnes atteintes d'obésité présentent des aspects psychologiques, corporels et comportementaux spécifiques. Une bonne connaissance de la problématique de l'obésité peut permettre d'éviter des erreurs pédagogiques et/ou médicales déterminantes et éventuellement d'obtenir des modifications notables dans les comportements vis à vis d'une ou plusieurs situations données. Les **éducateurs et les entraîneurs en charge des sportifs ont un rôle à jouer** : au-delà de leur rôle d'éducateurs, ils vont intervenir auprès d'une population en difficulté et faire face à des problématiques de santé et de comportements auxquels ils ne sont pas forcément préparés dans leur formation initiale.

### **L'expérience de Nanterre :**

Depuis deux ans, l'approche que nous avons choisie porte ses fruits : les enfants changent de comportement, de posture, grandissent, perdent du poids et s'orientent d'eux-mêmes vers les activités sportives de leur choix.

Cette expérience sur le terrain nous a montré que ces enfants en surpoids, dans leur déni corporel, sont très mal latéralisés et ont un réel problème pour « être à la bonne distance » de tout ce qui les entoure : la « bonne distance » du regard des autres (erreur d'interprétation), la « bonne distance » de la nourriture (erreur de quantité ou de qualité), la « bonne distance » de leurs parents (erreur de place) et la bonne distance dans leur espace corporel (erreur de ressenti).

Hors, bien accompagnés dans le mouvement, dans un contexte adapté et ludique, ils retrouvent une meilleure posture, une très grande joie à se mouvoir et à progresser. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'ils expriment le désir d'un sport plus spécifique comme ils l'ont fait en fin d'année avec la boxe, le volley, le tennis de table ou l'escrime.

### **Le travail des encadrants**

Travailler sur les postures, le ressenti corporel, la latéralité, l'assouplissement et la relaxation **fait partie intégrante de l'éducation sportive**. Les programmes scolaires, depuis l'école maternelle, comportent en grande partie les mouvements nécessaires au bon développement des enfants : encore faut-il qu'ils soient enseignés.

Il est question cependant d'ajouter le jeu et la créativité dans **tous** les exercices ; de mener un travail régulier sur l'expression des émotions et sur le recentrage ; d'élaborer des outils d'auto-évaluation, qui sont une des clés de la réussite de ce projet ; de proposer des thèmes de réflexion sur la responsabilité ; enfin de leur apprendre à développer une aptitude à se fixer des objectifs qui ont du sens pour eux. Il est question aussi de mettre en place un travail régulier avec les familles, en lien avec le médecin du sport et la diététicienne chaque fois que c'est nécessaire.

**Parce que le corps ne ment jamais, l'activité physique est le vecteur de recentrage et de rééquilibrage par excellence, pour tous, pour peu que l'on y ajoute l'écoute et le respect de l'intégrité et du droit à la différence.**

Ethic&toi travaille depuis deux ans à construire et animer des programmes de prévention dans ce domaine du surpoids et de l'obésité chez les enfants, les ados, les jeunes adultes et leurs familles. Les résultats obtenus nous font dire que nous devons être beaucoup plus vigilants sur les grands sujets sociétaux : la gestion de l'équilibre dans la famille, la gestion de la vie prénatale, celle de la naissance elle-même et celle de la toute petite enfance, mais aussi la gestion de l'éducation dans les écoles, la gestion des programmes éducatifs, et celle qui a tant de mal à se faire apprécier à sa juste valeur, la gestion du « mouvement » tout au long de la vie.

### L'obésité et l'activité physique.

Dans le fond de sa nuit utérine, l'enfant est déjà en mode d'exploration et d'apprentissage : il observe l'environnement de l'utérus, les sons du cœur et les mouvements du corps de sa mère, pendant que les mouvements réflexes de son propre corps le gardent en vie, tournant, se retournant, tétant, s'agrippant, développant une aptitude à assurer sa sécurité malgré son immense vulnérabilité. Étape après étape, il se prépare à découvrir le monde. L'environnement « sécurit » du moment lui permet cette croissance. Plus tard, il fera face à sa recherche d'équilibre, en apprenant à bouger avec la gravité, puis il pourra marcher à quatre pattes et se mettre debout. Il découvrira enfin qu'il est dans son corps et pourra alors courir, sauter, danser... Le mouvement est inhérent à la Vie : il est la Vie ; il commence et s'arrête avec elle.

*« Le mouvement est véritablement la porte de l'apprentissage (...) Dans notre monde moderne accablant, notre incapacité à bouger ou à faire confiance à notre corps est probablement à la fois la cause et la conséquence de l'incapacité à comprendre, à nous exprimer nous-mêmes, à interagir avec l'environnement ou à vivre nos vies consciemment. (...) »*

**Paul E. Dennison.**

Les personnes atteintes de surpoids et d'obésité, en plus d'avoir du mal à se mouvoir et à rentrer dans une dimension de performances, ont beaucoup de difficultés avec l'image de leur corps qu'elles détestent en général. A partir de là, elles sont enclines à nier leur propre existence corporelle et à rentrer dans un processus de retrait.

Ce processus de retrait se traduit depuis l'enfance par une sorte d'indifférence à l'égard de « qui elles sont », de « ce qu'elles veulent » et de « là où elles vont ». L'avis, le regard, les jugements, les manières « des autres » ont beaucoup plus d'importance que leur propre point de vue. Pour satisfaire ce qu'elles croient être le désir de l'autre, elles sont prêtes à tout. Elles sont souvent des personnes très affairées, s'occupant de toutes et de tous, oubliant de subvenir à leurs propres besoins, Ne sentant pas leur corps, elles n'ont pas vraiment de repères qui leur permettent de savoir si une activité est bonne ou non pour elles. Si « les autres » le font, elles peuvent le faire ! Seul l'échec, expérimenté amèrement, les amène à se rendre compte de leur incapacité à faire tel ou tel mouvement, mettant parfois leur corps en grande souffrance.

Une activité physique adaptée peut leur permettre de reprendre doucement contact avec leur corps, de se remettre à l'écoute de leurs propres sensations, de redécouvrir leur aptitude à se relaxer, à s'étirer, à respirer, à s'assouplir, etc. Dans cette aventure corporelle, elles retrouvent un équilibre intérieur, du plaisir à l'effort et peu à peu celui de mieux se (re)connaître et de s'affirmer. A partir du ressenti de ces perceptions internes, elles développent une aptitude à mieux gérer leurs besoins, qu'ils soient alimentaires ou non.

## « L'obésité infantile : un enjeu pour la promotion des activités physiques et sportives ».

### Épidémiologie.

L'obésité est devenue la première maladie non infectieuse de l'Histoire. C'est une véritable épidémie qui frappe aussi bien les pays industrialisés que les pays en voie de développement.



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) place actuellement sa prévention et sa prise en charge comme une priorité dans le domaine de la pathologie nutritionnelle.

Du Canada à l'Europe en passant par la Chine, ce phénomène atteint tout particulièrement les États-Unis. Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain.

### L'obésité et le surpoids en France.

On dénombre en France 8 millions d'obèses, de 100 000 à 200 000 obésités massives (IMC >30). Un tiers de ces patients sont hypertendus, un tiers diabétiques et un tiers hyperlipidémiques.

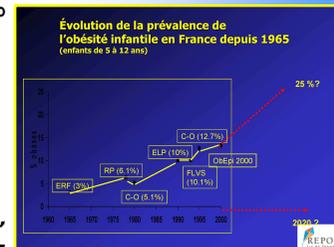


Il est à noter que l'obésité infantile :

- est en augmentation de 20% en 20 ans et concerne 19% des enfants en France;
- s'observe dans tous les milieux sociaux de manière identique
- s'observe peu dans les pays européens
- persiste à l'âge adulte dans la moitié des cas.

### Un enjeu de santé publique.

L'obésité infantile pose un réel problème de santé publique, par ses conséquences sur la santé. Différents réseaux et différentes études se mettent en place pour comprendre ce phénomène. Les conséquences sont très importantes à prendre en considération concernant la santé des populations et les répercussions psychologiques et sociales de ce phénomène.



Selon l'OMS, l'épidémie d'obésité constitue l'un des véritables défis pour la santé publique dans la région européenne. La tendance est particulièrement alarmante chez les enfants et les adolescents. Un déséquilibre énergétique s'est installé à cause d'un recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification radicale des habitudes alimentaires. Une prédisposition génétique, ne peut, à elle seule expliquer l'épidémie d'obésité.

**Prévalence de l'obésité infantile en Languedoc Roussillon**

- baromètre santé nutrition 2002
  - 27,8 % surpoids (27,3 % national)
  - 6,6 % obésité (7,9 % national)
  - hommes / femmes
    - surpoids : 37,3 % contre 18,7 %
    - obésité : 12,7 % contre 6,4 %
- Observatoire régional d'épidémiologie sociale
  - grande section de maternelle (ans 1999 et 2004)
    - surpoids chez garçons : 6,3 à 8,6%
    - obésité chez garçons : 1,0 à 4,6%
- service de P.M.A. de l'Hôtel de Ville de Montpellier
  - 1988 à 2002 :
    - obésité = 1,1
    - surpoids = 1,6

Mais il convient de noter que l'épidémie d'obésité a un caractère réversible. Il est alors nécessaire d'inscrire les mesures dans le contexte culturel de chaque pays (et région), de valoriser le plaisir que procure une alimentation favorable à la santé et de valoriser la pratique d'une activité physique.

A ce titre, les secteurs tels que les clubs sportifs, les clubs de loisirs... ont également un rôle important à jouer.

## La sédentarité.

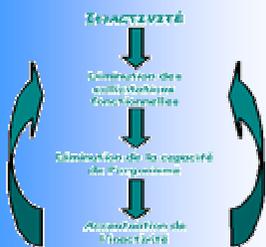


En France, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité (32%) soit 170 000 décès par an. Les tumeurs malignes représentent 29% des décès chez l'homme, 23% chez la femme. L'obésité, est la cause du décès de 7 à 10 % des adultes et 10 à 12,5 % des enfants de 5 à 12 ans. Enfin, la prévalence du diabète, tous âges confondus est estimée à 2,5% quand près d'un adulte sur cinq, présente un taux de cholestérolémie supérieur à 2,50 g/l.

Ce contexte médical est générateur d'un coût économique important :

- Cardiopathies ischémiques : 30 milliards de francs/an
- Obésité : près de 12 milliards de francs/an

Liés à la sédentarité, les risques de développement de certaines maladies sont importants : maladie du cœur, obésité, hypertension artérielle, diabète de la maturité, ostéoporose, accident cérébrovasculaire, dépression, cancer du colon, mort prématurée.



On remarque également, qu'avec une accentuation de l'inactivité, donc avec une diminution des sollicitations de l'organisme, la population a tendance à développer une diminution des capacités de l'organisme : ce phénomène est appelé le **déconditionnement**.

Si l'alimentation est la seule cause de l'obésité infantile, l'obésité infantile a tout de même une origine multifactorielle, dont la sédentarité est l'un des facteurs majeurs en cause : la pratique d'un sport ne compense pas l'inactivité contemporaine. Il est nécessaire de « casser » la spirale du déconditionnement.

## Conseils alimentaires et activité physique.

- le régime alimentaire des enfants obèses doit comporter beaucoup d'interdits pour être efficace
- il faut garder le rythme de 4 repas par jour et éviter les grignotages entre les repas
- les enfants obèses doivent éviter de manger après leur séance d'activité physique
- les apports en calcium sont importants à respecter en veillant à éviter la confusion entre produits laitiers et desserts lactés

## Les bénéfices des activités physique et sportives : une activité comme élément thérapeutique.

- l'activité physique fait perdre beaucoup de poids
- l'activité physique permet de rééquilibrer la balance énergétique et a donc un rôle clé dans la prévention et le traitement de l'obésité infantile
- l'activité physique a un effet global sur la santé en diminuant l'incidence de nombreuses pathologies (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète) et influe aussi sur l'équilibre psychologique
- l'activité physique est n'intéressante qu'en cas de pratique intensive et à un bon niveau.

## Dérives à l'échelle individuelle.

L'histoire de ces personnes atteintes de surpoids ou d'obésité exprime un profond mal-être : un sentiment de manque d'amour, de manque de respect, de manque d'estime de soi, de manque de sécurité, de manque de vision d'avenir. Et en réponse à cela, elles sont envahies par de très grandes peurs, des sentiments d'injustice, de honte et de culpabilité, générant à leur tour une profonde tristesse et surtout une immense colère. Et de fait, la prévention de l'obésité est étroitement liée à la prévention de la violence... la violence sous toutes les formes de son expression : la guerre sous toutes ses formes, la maladie, la tristesse, la mort, bien sur, mais plus encore parce qu'inique, la manipulation, le mensonge, la médiocrité, la facilité, la bêtise, le mépris, la dérision, le manque de respect, l'inconscience, l'irresponsabilité, l'incohérence, l'inadéquation, mais aussi l'indifférence, la séparation, le racisme, la suspicion, la cruauté, etc.

Et bien sûr, leur histoire nous raconte aussi une histoire de « profits ». A l'image d'une dérive générale où chacun tente de tirer un maximum de bénéfices, dans la facilité et le profit immédiat, sans se préoccuper des conséquences de ses actes, ils nous racontent avec leurs corps cette frénésie sociétale de "profit", de "superflu", de "trop", de "vain et d'inutile". Et nous assistons, impuissants, à la montée de ces besoins artificiels, nourris empiriquement par une large couverture médiatique qui, en dehors de programmes très confidentiels, n'offre que platitude et médiocrité, construisant peu à peu une société de marketing, d'images ... et de mirages.

## Dérives à l'échelle planétaire.

En arrière plan de cette pandémie, nous retrouvons le même accroissement d'insécurité, de perte de confiance et d'estime collective, de colère, liés à leur tour à tous les déséquilibres générés par les grands fléaux de notre siècle :

- les guerres passées et présentes qui déstructurent les familles,
- les famines qui entretiennent les peurs archaïques dans la conscience collective,
- le développement abusif de l'élevage intensif qui démultiplie les risques sanitaires (maladies de Creutzfeldt-Jakob, le virus influenza de la grippe aviaire...)
- l'inadaptation des modèles agricoles modernes au bien-être des peuples : dérèglements hormonaux dus aux épandages massifs des pesticides ou des engrais, dérèglements alimentaires liés aux productions inconsidérées de l'industrie agroalimentaire
- les maladies créées par les dérives pharmaceutiques et les guerres entre les grands laboratoires (affaire du sang contaminé),
- toutes les formes de pollutions chimiques, industrielles, pollution sonore (responsable d'un grand nombre de problèmes comportementaux),
- la mondialisation du commerce du sexe et ses dérives (SIDA, réseaux pédophiles, prostitution et rapt des enfants, filières mafieuses sur Internet, etc.),

**Arnaud Basdevant, professeur de l'hôpital de l'Hôtel Dieu à Paris** « il faut agir sur les facteurs environnementaux et développer des mesures de prévention chez l'enfant. [...] »



**David SERVAN-SCHREIBER - Docteur en médecine :** « *Aujourd'hui, 70 % de l'apport alimentaire dans les sociétés occidentales proviennent de la farine blanche, du sucre raffiné, de l'huile végétale et des produits laitiers. Or, 200 ans auparavant ces denrées constituaient une partie marginale de l'alimentation des hommes. Ces évolutions ont de nombreuses conséquences sur notre physiologie. Notre appareil génétique a été constitué il y a plusieurs millions d'années et n'a pas évolué du tout depuis près de 10 000 ans. Il était alors parfaitement adapté au contexte nutritionnel de l'époque. Avec l'invention de l'élevage, les graisses saturées ont fait leur apparition dans notre alimentation en remplaçant l'herbage par le maïs et le soja. L'alimentation était de moins en moins adaptée à notre équilibre physiologique, ce qui a augmenté le nombre de maladies chroniques. L'évolution de la consommation de sucre raffiné est également en cause. Au début du siècle, les Européens en consommaient 6 kilogrammes par an et par habitant. Aujourd'hui, leur consommation s'est envolée à 70 kilogrammes par an et par personne soit une multiplication par 35 par rapport à ce que notre appareillage génétique est capable de supporter. La consommation d'huile de soja a également explosé après la seconde guerre mondiale.* »

### De quelle nourriture parlons-nous ?

Aujourd'hui, cette pandémie planétaire de l'obésité, qui concerne la moitié de la planète, (l'autre moitié étant en train de mourir de malnutrition!) vient illustrer la nécessité impérieuse de « ralentir », de nous « poser », de « réfléchir », de nous « réajuster », de « construire autrement » et plus « parfaitement » le monde de demain, afin de ne pas emmener les générations futures tout droit dans le mur de l'irréversible.

La « Nourriture » que nous ingurgitons dans notre quotidien, au-delà des aliments, est d'une importance capitale pour notre devenir : Si « nous sommes ce que nous mangeons », nous devons être très attentifs « aux Nourritures » dont nous avons « besoin » pour vivre : il nous appartient d'apprendre à gérer les nourritures affectives, alimentaires, culturelles, éthiques, intellectuelles, ludiques, professionnelles, sexuelles, sociales, spirituelles, sportives etc. qui construisent notre individualité et notre équilibre jour après jour, tout autant qu'un régime alimentaire bien étudié.

### L'obésité, miroir de nos dérives ?

La problématique de l'obésité est une problématique très complexe qui relève aussi en grande partie d'une succession d'erreurs commises depuis plus d'un siècle dans un très grand nombre de domaines. Elle se situe bien au-delà du « bien manger, bien bouger » qui ne constitue que la partie visible de l'iceberg.

**Viviane GACQUIÈRE Présidente de l'Association Allegro Fortissimo :** « *De nombreux spécialistes s'accordent à dire que l'obésité est une maladie multifactorielle et que les régimes restrictifs aggravent les problèmes de poids dans le temps par le phénomène du yoyo. Ils peuvent également entraîner ou aggraver les troubles du comportement alimentaire au lieu de stabiliser une situation par un accompagnement souhaitable. Les complications de l'obésité peuvent se chroniciser alors. Les solutions proposées doivent tenir compte du développement de cette maladie pour apporter des réponses appropriées. L'obésité peut ne pas s'améliorer en dépit d'un faible apport calorique et d'une activité physique satisfaisante, (...).* »

Si nous additionnons simplement les chiffres du surpoids et de l'obésité aux chiffres du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'usage des antidépresseurs, du cannabis, des drogues dures, du dopage, de la délinquance, etc... le pourcentage de personnes en souffrance et en recherche de potions magiques est immense.



## Programme National Nutrition Santé n°2 (aperçu)

L'objectif de ce programme est d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs qu'est la nutrition : on dénombre 9 objectifs prioritaires en terme de santé publique :

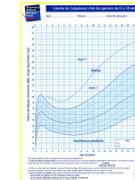
### 1- modifier les habitudes de consommation alimentaire :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire d'au moins 25 % le nombre de petits consommateurs (environ 45% de la population)
- Augmenter la consommation de calcium : réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports < ANC
- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers
- Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers
- Réduire la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% afin de passer en dessous de 8,5 l/an / habitant



### 2- modification de l'hygiène de vie :

Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage de personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 1/2h d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes).



### 3- modification des marqueurs de l'état nutritionnel

- Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL cholestérol) chez les adultes,
- Réduire de 2-3 mm de Hg de la pression artérielle systolique moyenne chez les adultes,
- Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes et interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.



# Des répercussions psychologiques et sociales.

Agathe GUILHEM, psychologue

« Obésité et surpoids Prévention et accompagnement »

## 1-Quelques repères psychosociologiques : Alimentation et lien social.

Le phénomène actuel est pluridisciplinaire, il résulte d'une rencontre de maux provoqués par le fonctionnement économique et politique de notre époque et d'organisations psychiques singulières d'autre part : il s'agit donc d'une pathologie à la fois sociale et individuelle.

Généralement dans les sociétés, plus l'isolement est présent, plus le comportement alimentaire est désocialisé. Cette désocialisation du comportement alimentaire peut engendrer des troubles des conduites alimentaires.

En effet, la table est un temps de remplissage affectif, d'intégration (joue un rôle important dans l'éducation des enfants) et de régulation (le comportement alimentaire se trouve naturellement régulé quand la nourriture n'est pas absorbée dans la solitude). L'autre est témoin et donc garant d'un comportement « normal ».

Parfois, les personnes qui n'ont pas pu bénéficier suffisamment tôt et de manière suffisamment structurante de la présence de modèles parentaux sont contraintes à l'âge adulte de regarder les autres et de les imiter. L'absence de référents externes peut compromettre la présence de référents internes c'est à dire l'impossibilité de se référer à une norme intérieure, celle-ci n'ayant pas été intégrée dans les premières années de vie, d'où :

- personnes fonctionnant dans le tout, tout de suite (= principe de plaisir)
- fragilité des limites internes (= ne savent que c'est assez que lorsque c'est trop)
- l'entourage ne peut être utilisé comme relais
- difficulté à différer l'envie de manger et à supporter la frustration

## 2-Quelques repères psychologiques : le trouble alimentaire comme symptôme.

Tout symptôme a une valeur adaptative, correspondant à la formation d'un compromis afin d'obtenir moins de tension interne et de protéger la personne. Les troubles du comportement alimentaire ont une signification et sont une manière d'exprimer des sentiments de manière déplacée. Une vision globale est donc importante car le poids n'est pas la question en soi.

L'obésité a un sens, elle peut préserver d'un mal plus grand. Une possible conséquence : les troubles du comportement alimentaire (TCA)

### 2-1Quels modèles proposés ?

#### • Modèle général : La théorie de l'attachement/Bowlby

(sentiment de sécurité interne et à l'estime de soi) : elle souligne l'importance des premiers liens affectifs entre l'enfant et son entourage, ils auront des implications sur le développement socio-affectif ultérieur.

Le nouveau né est immature et dépend pour sa survie des soins et de l'affection des personnes qui s'occupent de lui, en général ses parents dans notre société. Les pleurs sont le seul signal dont il dispose à sa naissance pour attirer l'attention. Lorsque un bébé bénéficie de la sollicitude de sa mère ou de la personne qui l'élève, cette dernière répond à ses appels, lui parle, lui fait ressentir qu'elle partage son vécu émotionnel, apaise sa détresse et lui permet de retrouver un état de paix, de se détendre et de reprendre le contrôle de lui-même.

Chez les adultes, 29,4% sont en surpoids et 9,6% sont obèses soit 39 % en surpoids ou obèses. Le nombre d'adultes en surpoids ou obèses a augmenté de 17% de 1997 à 2000. (Source : Étude ObÉpi, INSERM / Institut ROCHE / SOFRES)

### Sur le plan régional...

Il y a une répartition très inégale de ce phénomène sur le territoire français : les campagnes sont plus affectées que les villes, le pourtour méditerranéen subit une évolution particulièrement rapide et défavorable... La Corse est la région où il y a la plus forte prévalence de France avec un maximum de 24 % d'obèses. Une progression inquiétante car elle porte sur des individus de plus en plus jeunes.

### L'obésité et les facteurs de risques.

Aux États-unis est apparue depuis quelques années une maladie nouvelle, qui touche les enfants obèses de onze ans en moyenne, principalement au sein des minorités ethniques pauvres. Il s'agit d'une forme ultra-précoce de diabète de type 2 (dit diabète gras). Les premiers cas de diabète atypique de l'enfant sont arrivés en France en 1999, et tout indique qu'il va s'étendre.

L'obésité est un facteur de risque majeur associé aux maladies suivantes :

- Hypertension artérielle
- Diabète non insulino-dépendance de type 2
- Maladies cardiaques
- Risques plus importants pour certains cancers (cancer de l'intestin et le cancer du sein).
- Autres : cholestérol, apnée du sommeil, arthrose, infertilité, insuffisance veineuse, etc...

Chez l'enfant obèse, des anomalies apparaissent, telles qu'une augmentation de la pression artérielle, du cholestérol total ou une hyperinsulinémie. Chez les enfants présentant une obésité sévère, des apnées du sommeil peuvent se déclencher, ainsi que des pathologies orthopédiques. Des cas de diabète très précoce de type 2 (diabète non insulino-dépendant) sont décrits, aux États-unis, chez des adolescents présentant une obésité sévère.

### L'obésité et l'environnement.

« Contrairement à certaines idées reçues, la lutte contre l'obésité ne peut se limiter aux incitations individuelles en faveur d'une alimentation équilibrée et de la pratique d'une activité physique régulière. Il serait en effet angélique d'affirmer que les comportements humains se déterminent en dehors de leur environnement, notamment en matière de consommation alimentaire, dans des sociétés modernes caractérisées par l'accès facile aux produits et la satisfaction immédiate des besoins. C'est pourquoi, la création d'un environnement plus favorable implique en premier lieu une forte mobilisation des distributeurs et de l'industrie agroalimentaire ».

Rapport de l'OPEPS n° 8 (2005-2006) de M. Gérard DÉRIOT, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005

L'être humain n'a pas évolué dans l'abondance de nourriture qui est maintenant la réalité des pays développés. Il s'agit d'un phénomène unique dans l'histoire de l'humanité et très récent surtout à l'échelle de l'évolution. Le métabolisme des êtres humains et leurs instincts ne sont pas adaptés à cette situation. Instinctivement nous sommes attirés par les aliments riches en sucres et en graisses qui étaient les plus difficiles à se procurer au néolithique. Leurs très grandes disponibilités conduisent à des excès qui induisent entre autres l'obésité, les diabètes, les maladies coronariennes...

Les instincts s'éduquent. Maîtriser ses instincts est l'essence de l'éducation, mais ils sont très difficiles pour un processus éducatif de contrôler la tendance naturelle des individus surtout lorsqu'elle est encouragée par des messages publicitaires.

## « Prise en charge des personnes en surcharge pondérale par les activités physiques et sportives ».

*Irène LENFANT, psychopédagogue*

L'obésité est devenue la première maladie non infectieuse de l'Histoire. C'est une véritable épidémie qui frappe aussi bien les pays industrialisés que les pays en voie de développement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) place actuellement sa prévention et sa prise en charge comme une priorité dans le domaine de la pathologie nutritionnelle. Du Canada à l'Europe en passant par la Chine, ce phénomène atteint tout particulièrement les États-Unis. Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain.

D'après les dernières estimations mondiales de l'OMS pour 2005 : environ 1,6 milliard d'adultes (âgés de 15 ans et plus) avaient un surpoids, au moins 400 millions d'adultes étaient obèses. L'OMS prévoit en outre que d'ici 2015, quelque 2,3 milliards d'adultes auront un surpoids et plus de 700 millions seront obèses.

Avec plus de 55 % de la population souffrant de surcharge pondérale, les États-Unis détiennent le triste record de personnes souffrant de surpoids. Les pays émergents ne sont pas non plus épargnés : 60 % de la population mexicaine serait trop grosse. En Égypte, 35 % de la population est obèse, en Arabie Saoudite, 24 % des femmes sont obèses et 40 % des femmes au Koweït.

Dans certaines îles du Pacifique, l'obésité affecte près de deux tiers de la population. Les Indiens Pimas d'Arizona, les Nauruens mélanésiens sont obèses à 80 %, et près d'un sur deux développe un diabète avant l'âge de cinquante ans.

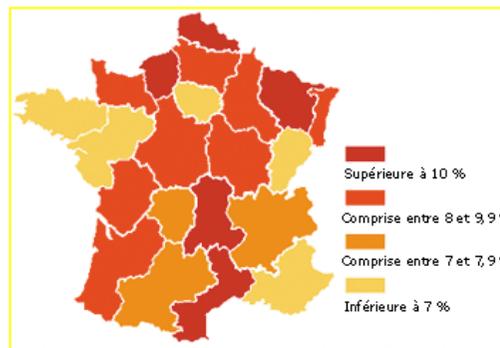
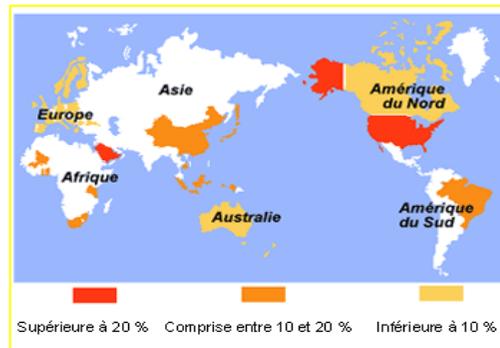
La prévalence de l'obésité est de 40 % chez les femmes des pays d'Europe de l'Est et de la Méditerranée, ainsi que chez les femmes noires aux États-Unis d'Amérique.

L'Europe compte 30 % d'adultes en surpoids et le nombre d'enfants obèses a doublé en cinq ans.

### L'obésité et le surpoids en France

La prévalence de l'obésité a augmenté d'environ 45 % entre 1987 et 1996. On dénombre en France 8 millions d'obèses. Un tiers de ces patients sont hypertendus, un tiers diabétiques et un tiers hyperlipidémiques.

En juin dernier l'INSERM révélait qu'un enfant sur 10 est obèse à l'âge de 10 ans. Selon cet institut, l'obésité entraîne des effets délétères sur la santé à l'âge adulte. Chez les enfants et les adolescents, 10,9% sont en surpoids et 2,4% sont obèses, soit 13,3% en surpoids en surpoids ou obèses.



A l'expérience de la proximité physique, le bébé associera ensuite le sentiment de sécurité émotionnelle qui est intérieur. Le fait que sa mère lui apporte du réconfort de façon répétée va lui permettre au fur et à mesure de ses capacités cognitives, d'ancrer en lui ce sentiment de sécurité.

Lorsque le lien d'attachement est sécurisant, il permet à l'enfant de se créer une représentation rassurante du monde qui l'entoure et de partir à sa découverte.

Lorsqu'il sera confronté à de nouveaux défis, à de nouvelles inquiétudes (impuissance, frustration, colère, peur de l'inconnu...), il va pouvoir puiser en ses ressources internes. Ce sentiment de sécurité interne entraîne :

- Confiance en soi /estime de soi ainsi qu'en l'autre
- Indépendance
- Exploration et régulation des émotions



Dans les TCA : ces aspects ont tendance à faire défaut. L'insécurité mène à une certaine dépendance à l'entourage, menaçant la propre autonomie de la personne.

- **Modèle spécifique aux problématiques des troubles des comportements alimentaires /Hilde Bruch (Confusion entre les différents états émotionnels)**

Ce modèle permet d'approfondir le précédent : d'après Hilde Bruch, l'origine des TCA serait due à une inadaptation fonctionnelle de la fonction alimentaire touchant les mécanismes de perception et de reconnaissance du besoin de manger.

Au départ les besoins de l'enfant sont indifférenciés, se sont les expériences qui vont lui permettre de les différencier : il est donc fondamental que l'entourage fournisse des réponses appropriées à ses besoins afin qu'il prenne conscience de ceux-ci, qu'il puisse les identifier.

Dans le cas contraire, il peut être en difficulté du point de vue de la faculté de différencier la faim d'autres sensations de nature émotionnelle. Ainsi, la fonction alimentaire se trouve dénaturée à savoir qu'elle répond à d'autres besoins que ceux de l'alimentation.

Dans les TCA : l'enfant se retrouve alors dans l'incapacité de reconnaître sa demande et donc de pouvoir y répondre. Un rapport de dépendance avec l'extérieur s'instaure donc, car comment le sujet peut-il exercer un contrôle sur une demande qu'il n'est pas en mesure de reconnaître ? Les difficultés vont apparaître le jour où l'individu sera confronté à un besoin d'indépendance, ce notamment au moment de la socialisation mais surtout à l'adolescence car les plaies mal cicatrisées se ré-ouvrent au moment de la puberté.

### 2-2 Une possible conséquence : les troubles du comportement alimentaire

Certaines périodes de remaniement identitaire sont charnières : l'âge de raison / l'adolescence / de manière générale les périodes de changements, de bouleversements des repères (grossesse, mariage, ménopause...)

**Les manques** : sécurité interne : la personne n'a pas les ressources en elle pour s'apaiser et a du mal à solliciter son entourage / reconnaissance / confiance en soi & estime de soi

**Les émotions cachées** : rapport au manque et sentiment de vide, qui est difficilement tolérable entraînant un sentiment de vide que la nourriture vient combler / culpabilité et sentiment d'échec / sentiment de tristesse / sentiment de honte

## Les conséquences :

- besoin de satisfaction immédiate : « c'est tout, tout de suite ». La sensation de faim n'est pas physique. « J'ai le ventre plein mais j'ai faim dans ma tête » : manger non par faim mais pour éviter d'avoir faim avec une anticipation de cet état. La personne obèse ne cherche pas à grossir mais veut seulement manger sans limites.
- difficulté à exprimer ses émotions (=alexithymie); certains sujets vivent directement les émotions dans leur corps, empêchant de mettre en mots leur ressenti et entravant la communication avec soi-même et avec l'autre.
- trouble de l'image du corps qui est « **l'image que nous formons dans notre tête de notre propre corps c'est à dire la façon dont nous représentons le corps** » (F.Dolto).

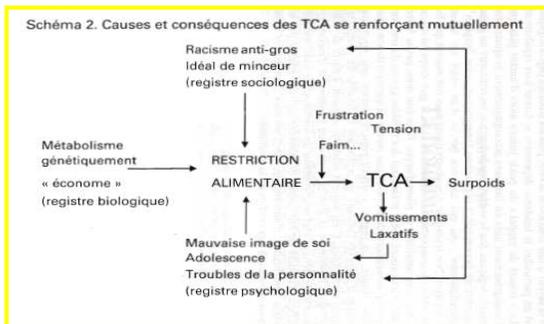
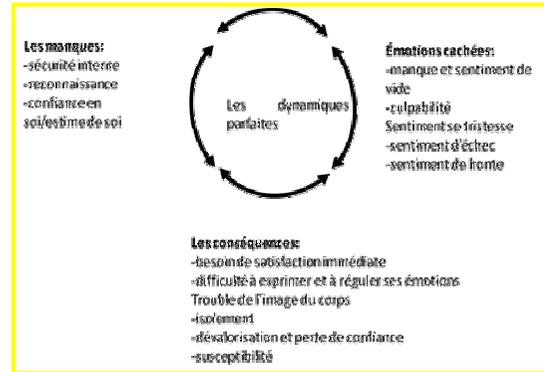
La valorisation de notre image est essentielle. Au fur et à mesure que la personne prend du poids, la personne se sent de moins en moins aimable et perd confiance en elle.

- crainte de la dépendance : la personne peut craindre de se trouver dominé par l'autre,
- isolement (moins je montre mes émotions, plus je grossis, plus je m'isole)
- dévalorisation et perte de confiance
- susceptibilité : le « racisme anti-gros » entraîne une susceptibilité qui peut confiner à la persécution. La personne peut se sentir observée, critiquée, jugée. Elle se soumet alors à un régime qui va nécessairement entraîner une modification des habitudes alimentaires et du mode de vie. Après quelques semaines de gratification narcissique due aux premiers kilos perdus, on assiste le plus souvent à l'abandon du régime et à la reprise du poids antérieur.

Cependant certains s'accrochent et c'est alors le temps de la dépression. Après une phase d'irritabilité, d'insomnie, de baisse d'élan vital et de sentiment d'autodépréciation, la personne se vit alors comme coupable alors qu'elle est victime d'un projet thérapeutique inadéquat. Cette séquence « **susceptibilité - régime - abandon** » caractérise le noyau psychologique commun à une majorité d'itinéraires d'obèses.

Plus précisément on peut noter le cercle vicieux suivant :

TCA → prise de poids → régime sévère → amaigrissement → trouble du comportement alimentaire → reprise de poids et bien souvent dépassement du poids antérieur.



## 3-Quelle aide proposer : les activités physiques et sportives comme outil thérapeutique.

Il faut donc analyser comment ne plus passer par la réponse « manger » face au stress de la vie. Stress qui se situe parfois à l'extérieur, dans l'environnement de la personne, parfois à l'intérieur. Une personne qui ne plaît pas, qui ne reçoit pas d'amour souffre.

Il est difficile de se prendre en charge lorsque l'estime de soi vient à faillir, faire attention à soi n'a alors plus de sens. A travers l'activité physique et sportive, la personne peut se réapproprier son corps, ne plus le vivre comme un étranger (ayant une existence autonome).

L'accompagnant, à travers son attitude et son regard, a un rôle à jouer :

- ♦ Il est important que les APS ne soient pas vécues comme une injonction afin de ne pas renforcer le manque de reconnaissance.
- ♦ Remplacer le recours à l'alimentation par le renforcement des aspects « narcississant » : la relation de confiance et d'alliance est primordiale. Pour ce, il est important de manifester de la sollicitude, une ouverture positive au sujet sinon aucune évolution n'est possible :

- L'attitude de l'accompagnant est importante : si les préjugés l'empêchent d'avoir une attitude empathique et ouverte à la réalité de la personne, il restera dans une incompréhension totale, véhiculera des images repoussantes et proposera des conduites qui ne pourront pas être respectées. Ne pas proposer un objectif inaccessible et éliminer les enjeux (ex : absence de performance).
- Le lien de confiance peut être mis à l'épreuve, être testé par la personne. Peut être présents des mouvements projectifs (ex : agressivité, colère) qui ne sont pas adressés à l'accompagnant. Ce dernier est le réceptacle, mais pas la cible. Ne pas répondre en miroir afin d'éviter le phénomène d'escalade et montrer qu'il est possible d'établir un autre mode de relation.
- Être vigilant à ne pas mettre la personne en situation d'échec. L'échec peut engendrer du même coup l'échec de la relation avec la personne.
- Être à l'écoute et toujours aller dans le sens de ce que ressent la personne, sens de la confirmation de son ressenti. Recentrer la personne sur son propre corps en agissant avec douceur et en aidant le sujet à percevoir le corps dans l'ici et maintenant. C'est dans un 2<sup>ème</sup> temps que se pose la question du regard de l'autre.

