

LES ACTIONS QUE LES ACTEURS ÉCONOMIQUES PEUVENT ENGAGER POUR RÉDUIRE L'OBÉSITÉ

Les acteurs économiques sont des acteurs centraux de l'alimentation et des systèmes socio-économico-politique qui l'encadrent. À ce titre, ils agissent sur plusieurs déterminants de l'obésité et sont le sujet principal des décisions des pouvoirs publics. Nous avons vu que les autorités publiques peuvent agir directement pour influencer les systèmes alimentaires, mais aussi indirectement en influençant les comportements des acteurs sociaux et économiques. En outre, les acteurs économiques peuvent aussi adopter de leur propre initiative des comportements qui soutiennent, accompagnent ou encouragent les consommateurs à adopter des produits alimentaires conformes à la santé publique, et notamment en matière d'obésité. Cela peut se produire dans trois situations : lorsqu'ils veulent répondre à une demande ; lorsqu'ils veulent façonner la demande ; et lorsqu'ils anticipent des actions des pouvoirs publics. Cependant, il ne faut pas être naïf : ils n'agiront pas à l'encontre de leurs intérêts économiques. L'autorégulation peut ainsi potentiellement influencer l'environnement de choix du consommateur, mais pas forcément engager une transformation du rapport du consommateur à son alimentation : « pendant que l'autorégulation peut conduire à une réduction des quantités de sel, sucre et graisse utilisées dans les produits, il n'encourage pas en général les consommateurs à changer leurs habitudes alimentaires et à se focaliser sur des régimes sains et équilibrés (nous traduisons) » (Ecorys 2014, 78). L'autorégulation peut aussi impliquer l'adoption de codes de pratique ou d'engagements volontaires sur le suivi de standards qui procureront des informations aux consommateurs, mais aussi aux autres acteurs économiques de la chaîne alimentaire (les producteurs renseignent ainsi les grossistes sur les caractéristiques de leurs produits). À côté de l'autorégulation, la « corégulation » implique des engagements conjoints des acteurs économiques et publics.

Une réduction significative de l'obésité nécessite la participation et la collaboration des acteurs économiques à un programme coordonné par les pouvoirs publics. Cela relève aussi de leur intérêt, car les acteurs de l'agroalimentaire peuvent espérer des gains réputationnels significatifs en s'alignant sur la demande de consommateurs devenus aujourd'hui plus attentifs aux dimensions de l'alimentation qui excèdent la seule question du prix /

« Les préoccupations largement répandues au sujet de l'environnement, l'innovation technologique croissante, la connaissance croissante des relations entre l'alimentation et la santé, et l'évolution des analyses de risques de maladies liées à l'alimentation redéfinissent les responsabilités dans l'industrie alimentaire. Les entreprises ont été critiquées pour certains effets négatifs sur la santé, en particulier pour leur contribution aux environnements obésogènes dans de nombreux pays. La collaboration avec toutes les parties prenantes déterminera la façon dont le secteur manufacturier pourra apporter des contributions positives à la nutrition publique à l'avenir » (nous traduisons) (Anne Sibbel 2012).

Bien que les acteurs économiques puissent agir de leur propre gré pour favoriser des comportements et des consommations conformes à la santé publique, cela ne sera pas toujours le cas. Souvent, les acteurs économiques ne peuvent agir de manière autonome, car ils sont en concurrence avec d'autres, qui pourraient profiter d'une action allant dans le sens d'une réduction de l'obésité pour prendre un avantage. Certaines actions, pourtant conformes à la santé publique, peuvent ainsi se traduire par des pertes de clientèle ou de parts de marché au

profit d'un concurrent, ou par une hausse du coût de production, deux cas qui peuvent impliquer une perte de profit. D'après le rapport McKinsey, il arrive que « *l'industrie ne puisse intervenir sans l'aide du gouvernement* » (McKinsey Global Institute 2014, 49). Ainsi, un mouvement d'un acteur économique en matière d'obésité est une prise de risque économique, là où un mouvement collectif de tous les acteurs économiques n'en est pas une.

Les domaines économiques pertinents sont classés en quatre thèmes : le secteur de la production alimentaire puis celui de la distribution, le secteur médical, et enfin les aménagements possibles sur et vers les lieux de travail.

I – Le secteur de la production alimentaire

Parmi les interventions qui peuvent être mises en œuvre en Région wallonne par les acteurs économiques, plusieurs concernent la production alimentaire. Les deux principales sont la reformulation des produits, et une transition vers des systèmes agricoles durables.

A. La reformulation des produits alimentaires transformés

La reformulation de produits consiste en un changement dans la formule du produit alimentaire en termes de composition, de recette et de dosage des ingrédients. L'objectif d'une reformulation est de réduire progressivement les quantités de calories pour conduire à une réduction inconsciente de la consommation chez les consommateurs (to « *incrementally reduce calories in food product to drive subconscious reduction in consumption* » (McKinsey Global Institute 2014, 33)), mais aussi à améliorer la qualité nutritionnelle des produits transformés ou de qualité la plus pauvre, en réduisant les taux de graisse, sucre et sel, et en favorisant les fibres alimentaires par exemple (Combris et al. 2011)¹.

La reformulation aurait ainsi des effets bénéfiques en termes d'obésité en modifiant la qualité des produits alimentaires disponibles. Des recommandations nutritionnelles émanant des pouvoirs publics, à l'instar de celles disponibles en Belgique², en orientant les démarches de reformulation des produits alimentaires, peuvent faciliter la contribution de telles initiatives à la santé publique : « des lignes directrices nutritionnelles visant à réduire les maladies chroniques peuvent être appliquées pour recomposer des produits préparés 'junk' afin d'améliorer la santé publique sans bouleverser les habitudes alimentaires » (Combet et al. 2014), ni d'ailleurs les acteurs économiques installés. D'après le rapport McKinsey, cette mesure est très prometteuse et est classée en deuxième position parmi les 74 interventions envisagées ; la première étant le contrôle de la taille des portions.

Un exemple classique de la reformulation est celui de la pizza. La pizza est un grand contributeur des apports énergétiques chez les enfants et les adolescents aux États-Unis, et une pizza contient en moyenne 30% de calories en trop par rapport au repas recommandé par les nutritionnistes (Combet et al. 2014). Elle est significativement associée, par rapport à un repas

¹ Les produits transformés signifient que les produits bruts et frais ont subi une modification importante avant d'être vendu (cuisson, recette, etc.). Le pain ou la sauce tomate sont de bon exemple. Les produits ultra-transformés sont relatifs aux plats préparés, aux fast-foods ou aux menus de restaurant. De manière générale, plus un produit sera transformé, moins le consommateur sera susceptible de maîtriser la composition nutritionnelle de son repas.

² Cf. introduction, II.

recommandé, non seulement à une trop grande ingestion de calorie (entre +84 et +230 kcal), mais aussi à un apport excessif de graisses saturées (entre +3 et +5 g) et de sel (entre +134 et +484 mg) (Powell, Nguyen, and Dietz 2015). À partir de ces éléments, une étude a cherché à formuler une recette de pizza Margarita conforme aux recommandations nutritionnelles, en modifiant la proportion moyenne de pâte, sauce tomate, et autres ingrédients :

« La 'pizza équilibrée sur le plan nutritionnel' fournit l'énergie nécessaire pour un repas individuel (2510 kJ/600 kcal), avec tous les nutriments dans les limites recommandées : Na (473 mg, ~45 % sous la teneur recommandée), les graisses saturées (<11 % d'énergie) et les fibres alimentaires (13-7 g). La plupart des adultes (77 %) et des enfants (81 %) l'ont jugé 'aussi bon' ou 'meilleur que' leur choix habituel » (nous traduisons) (Combet et al. 2014).

La reformulation de produit peut donc permettre de faire d'un plat en principe peu recommandé pour la santé un plat conforme aux recommandations nutritionnelles, tout en laissant au consommateur la possibilité de se reposer sur un plat préparé.

En matière de reformulation, il faut distinguer deux types de produits : les nouveaux produits mis sur le marché, et les produits déjà en circulation (INRA 2010, 48). Les premiers sont formulés pour répondre (ou créer) une demande spécifique, y compris nutritionnelle. Ainsi, la formulation est dès le départ conforme à certaines recommandations alimentaires, et les clients vont accepter de payer le prix demandé. Parfois, ces nouveaux produits sont formulés dans le but de répondre à une attente spécifique. Par exemple, des beurres « light » sont proposés sur le marché pour les personnes préoccupées par leur taux de cholestérol. Il s'agit alors de créer un produit de substitution (au beurre) pour répondre à une demande. Dans ce cas, les acteurs économiques agissent de manière autonome.

Inversement, les deuxièmes produits sont ceux déjà sur le marché, bien connus des consommateurs, pour lesquels une reformulation est plus difficile. En effet, le produit est apprécié pour son goût et ses caractéristiques particulières. Toute altération de la formule devient un risque économique pour le producteur, à moins que le produit soit explicitement rejeté par les consommateurs en raison d'un élément précis de la formule du produit. De plus, toute reformulation implique un coût de conception et de mise en œuvre qui risque d'être répercuté sur le prix du produit (Ecorys 2014, 31). Ainsi, la reformulation « réussie » d'un produit existant ne doit pas avoir d'implication majeure sur le prix ni en modifier profondément la perception par le consommateur (goût, couleur, etc.), au risque de faire fuir le consommateur et de rebuter le producteur. Par exemple, réduire des doses de sel dans un produit est susceptible de satisfaire ces deux critères.

Certes, on pourrait préférer qu'un produit qui était néfaste pour la santé soit moins consommé. Néanmoins, les acteurs économiques n'agiront pas en ce sens si cela correspond à des pertes de profit, et risqueraient de mettre des freins au changement demandé. Il faut alors que les pouvoirs publics puissent créer un dialogue, compenser les pertes ou encore réussir à inciter les acteurs à agir, afin de mettre en balance la performance économique avec les exigences de santé publique. Une adaptation progressive des producteurs et des consommateurs aux produits reformulés au regard des recommandations publiques semble être une perspective satisfaisante (INRA 2010, 49).

Si la reformulation n'est pas entreprise directement par les acteurs économiques, une demande claire et constante des consommateurs, un label promouvant des catégorisations de produits, un label (type nutri-score) explicitant le contenu nutritionnel d'un produit, ou bien des

taxes spécifiques sur certains ingrédients (cf. Chap. I, I, C, I) peuvent être autant de moyens de pression.

II – Le secteur de la distribution alimentaire

L'auto- ou la corégulation du secteur de la distribution est prometteur pour réduire l'obésité et pour améliorer l'environnement de consommation des mangeurs, étant donné que ce secteur fait le lien entre la chaîne alimentaire et le consommateur. Ce secteur est très large, puisqu'il englobe à la fois les super- et hypermarchés, l'Horeca, les groupes d'achat de consommateurs ou encore le secteur de l'aide sociale alimentaire. Nous n'aborderons pas les actions possibles en fonction de chacun de ses acteurs, mais soulignons l'intérêt de certaines interventions transversales : le contrôle de la taille des portions et des volumes vendus et le placement des produits sains et néfastes pour la santé. Enfin, une focale est placée sur le secteur de l'aide alimentaire afin de suggérer des pistes pour qu'il puisse fournir une alimentation de qualité et favoriser l'adoption de bonnes habitudes alimentaires.

A. Le contrôle des portions

De nombreuses contributions soulignent le potentiel du contrôle des portions pour réduire l'obésité. Le rapport McKinsey déclare que cette intervention est la plus effective en termes de « journées de vie en bonne santé sauvées » (*disability-adjusted life years - DALY*) parmi toutes celles qu'il envisage (McKinsey Global Institute 2014, 38). Le contrôle des portions correspond au contrôle de la taille ou du volume des repas (ou de ses parties), qui peut être proposé par n'importe quel acteur : restaurants, fast-food, cantine, cafétéria ou même à la maison. L'argument est simple : en réduisant la taille des portions, on réduira l'apport énergétique.

La réflexion sur la taille des portions a été développée au départ comme un élément de marketing pour attirer des clients (Zlatevska, Dubelaar, et Holden 2014), par exemple en permettant aux clients de doubler la taille de leur repas ou de leur boisson pour quelques centimes de plus. Cette technique peut se révéler très rentable pour les vendeurs : « les vendeurs d'aliments peuvent tirer un profit considérable de l'utilisation des stratégies de surdimensionnement où les portions régulières sont suffisamment chères pour décourager les consommateurs soucieux du prix de les choisir, et où les prix des portions plus grandes sont si bas que ces clients sont tentés de commander des portions plus grandes et de trop manger » (Dobson et Gerstner 2010, abstract). En faisant baisser la vigilance du consommateur, celui-ci agira en fonction de nombreux biais psychologiques bien connus et aura tendance à surconsommer et dépensera plus d'argent dans l'absolu: il sous-estime la quantité de calories que contient une portion plus importante, car son attention est fixée sur le prix, ou bien s'autorise à consommer des portions plus importantes de produits bénéficiant d'une appellation « saine » (Chandon et Dyson 2007) ou « biologique » (Schuldt et Schwarz 2010). En termes de profit, les achats en plus grand volume permettent des économies d'échelle sur l'ensemble de la chaîne et augmentent la demande, car les offres apparaissent comme plus compétitives (Chandon 2015).

Les tendances historiques concernant la taille des portions sont saisies par plusieurs études (Steenhuis, Leeuwis, et Vermeer 2010; Young et Nestle 2002).

Aux Pays-Bas, trois tendances sont observées : « *first, an increase in the variety of portion sizes in the product assortment could be observed. A second trend was the enlargement of portion sizes of some products. Third, an increase in the number of products contained in multipacks was established* » (Steenhuis, Leeuwis, et Vermeer 2010, 5). L'étude a suivi ou retracé la taille d'une série de produits depuis 1955. L'augmentation de la taille des portions est particulièrement notable pour les sodas (comme le Coca-Cola ou le Pepsi Cola), pour les chips (comme les multipaquets de Lays) et pour les burgers (tant au supermarché qu'au restaurant); la taille des barres chocolatées a par contre été réduite.

Par ailleurs, les tailles des repas sont généralement plus grandes aux États-Unis qu'en Europe (Young et Nestle 2007), ce qui pourrait avoir des effets de santé et notamment en termes d'obésité, expliquant en partie des écarts entre la France et les États-Unis à cet égard (Rozin et al. 2003).

Le concept de contrôle des portions connaît aussi des limites et des seuils (Zlatevska, Dubelaar, et Holden 2014). La relation entre la taille et la consommation de calorie n'est pas linéaire, les capacités d'absorption d'un corps n'étant pas illimitées. En moyenne, une multiplication par deux d'une portion va conduire à une consommation 35% supérieure, sachant que le doublement d'une petite portion conduit à une consommation relativement plus grande que le doublement d'une grande portion. Ces limites sont imposées par des signaux internes (principalement, la satiété et la taille de l'estomac), bien que des phénomènes externes puissent avoir une influence sur les signaux internes. Par exemple, quelqu'un peut arrêter de manger lorsqu'il n'a plus faim, ou alors lorsqu'une émission télévisée se termine (Wansink 2010, 456).

La notion de « *mindless eating* » (« manger idiot »), qui a été popularisé par le chercheur américain Brian Wansink, tente de saisir l'effet des signaux invisibles, perçus inconsciemment, qui déterminent la manière de manger et les volumes ingurgités (Wansink 2010; Wansink, Payne, et Shimizu 2010), tels que la taille du contenant (du bol, de l'assiette, du paquet de chips...), le comportement des voisins de table, l'heure et la durée du repas, etc. :

« Il semble que certains des facteurs qui motivent les décisions en matière d'alimentation ne peuvent être expliqués par les modèles fondés sur la raison, qui sont souvent suggérés. Certains de ces facteurs peuvent être au niveau de la perception ou même de la préconscience. C'est à ce niveau que les regards, les odeurs et les grondements d'estomac peuvent influencer le comportement, plus que les compromis conscients qu'une personne pourrait exprimer ou qu'elle pourrait indiquer dans un questionnaire. » (Wansink 2010, 455).

En outre, il a longtemps été cru que les personnes obèses et/ou en surpoids basent leur consommation davantage sur des signaux externes qu'internes (Wansink, Payne, et Chandon 2007) ; qu'ils seraient moins capables que les gens normaux de saisir le bon moment pour arrêter de manger, et par conséquent qu'ils sont moins capables de se restreindre sur les quantités (Lichtman et al. 1992). Cela peut sembler vrai suivant certains témoignages personnels. Cependant, des études ont montré en quoi chacun d'entre nous, personnes normales, en surpoids ou obèses, fait de mauvaises estimations des calories contenues dans les plats, là où les études précédentes n'interrogeaient *que* des obèses. Elles indiquent que, là où les repas en quantité normale sont assez bien estimés, les grandes quantités le sont très mal – sachant que les personnes en surpoids et obèse mangent de plus grandes quantités que les autres (Wansink 2006). Au final, la quantité de calories qu'une personne pense manger n'est pas seulement déterminée par la taille de la portion, mais aussi par l'estimation que chacun fait de la portion.

Ainsi, aider à l'estimation nutritionnelle des plats consommés peut être une bonne manière d'améliorer les choix des consommateurs.

En outre, une piste pour réduire les portions semble exister au niveau du plaisir de manger. Du point de vue individuel, il semblerait que la recherche du plaisir gustatif puisse prendre le dessus sur la recherche de la quantité. De même, se concentrer sur ses propres signaux internes (la faim et la satiété) peut-être un apprentissage à effectuer, une habitude à prendre qui serait capable de reconnecter les personnes à leurs besoins fondamentaux. Des auteurs montrent que se concentrer sur le plaisir sensoriel peut amener les personnes à être se sentir plus heureuses et à vouloir dépenser plus d'argent pour une quantité moindre de nourriture – un fait bien connu des restaurants gastronomiques, et un bénéfice pour les consommateurs, les entreprises et la santé publique en général (Petit et al. 2016; Cornil et Chandon 2015). En même temps, les mangeurs (soit en position de consommateur, soit chez eux) peuvent prendre de bonnes habitudes personnelles, en adoptant des contenus permettant de meilleures estimations des quantités et des calories (assiettes et bols plus petits, verre plus élancé), mais aussi en mettant en évidence des paniers de fruits et les légumes dans le réfrigérateur, ou encore ne jamais manger dans un paquet de chips, mais les transférer dans un bol (Wansink 2010).

Quelle autorégulation peut-on attendre de la part des acteurs économiques dans ce domaine ? Aux États-Unis, des agences de santé publique ont appelé les restaurants (sans se limiter aux fast-foods) à réduire la taille des plats (« *menu item* ») (Office of the Surgeon General et al. 2001). Cependant, il n'a été observé aucune réaction de leur part. Étant donné la place centrale de la concurrence et du marketing sur les portions dans la stratégie de nombreux restaurants, y compris les fast-foods, une étude affirme qu'il n'y a pas grand-chose à attendre de l'autorégulation des acteurs économiques : « les efforts volontaires par les entreprises de fast-food ont peu de chance d'être *efficaces* » (Young et Nestle 2007).

Finalement, malgré le fait que de nombreuses mesures peuvent être adoptées par les acteurs économiques, et notamment ceux de la restauration, il semble que l'autorégulation ne permettra pas l'adoption de mesure propice à la réduction de l'obésité via le contrôle des portions sans que des raisons économiques ne les poussent. D'ailleurs, rien n'a jamais empêché à ce que cela se fasse jusque-là. La corégulation (voire la régulation) semble être un passage obligatoire dans un problème qui nécessite de revoir les routines du système alimentaire.

B. Placement des produits dans les supermarchés

Les chaînes de distribution peuvent contribuer à la lutte contre l'obésité en utilisant des outils de marketing et en basant leur utilisation sur les résultats des études de comportement. Ils peuvent agir en ce sens pour plusieurs raisons, mais principalement pour s'aligner avec les objectifs de santé publique et pour améliorer leur image de marque. Ces éléments ont déjà fait l'objet de développement dans le cadre de ce rapport (cf. Part I, *informer*). Les prochains paragraphes synthétisent les mesures pratiques les plus prometteuses.

1. Améliorer la visibilité des produits sains, dont les fruits et les légumes frais

Les fruits et légumes frais pourraient être exposés plus visiblement dans les supermarchés, et ce relativement aux produits transformés à forte teneur en graisse, sel et sucre, à l'aide de *nudges* bien pensés. Ils peuvent être placés à la hauteur des yeux, sur les têtes de gondole ou bien encore près des caisses à la place des confiseries pour encourager les achats

impulsifs (Rook 1987), autrement dit ceux pour lesquels il n'est pas laissé au consommateur le temps de bien penser son achat (Fennis et Stroebe 2010, 209). De plus, ils pourraient bénéficier d'un espace privilégié plus imposant, au centre du parcours du consommateur dans le magasin.

2. Interdire ou limiter la publicité des produits mauvais pour la santé

La publicité fait partie des outils à dispositions des vendeurs pour influencer le comportement des consommateurs. En plus d'influencer leurs préférences par la persuasion, la publicité peut amorcer des comportements néfastes pour la santé, et notamment augmenter les quantités consommées. Les participants à une étude étaient invités à regarder un programme dans lequel étaient diffusés un spot publicitaire pour un snack, ou bien un spot promouvant la santé, ou encore aucune publicité. L'étude a montré que ceux du premier groupe ont plus grignoté pendant et après la retransmission que les deux autres (Harris, Bargh, et Brownell 2009). Ainsi, les consommateurs peuvent être tentés par la publicité d'acheter certains produits néfastes pour leur santé et éloignés de leurs intentions initiales (Chopra, Galbraith, et Darnton-Hill 2002). De plus, les promotions sur les volumes sont celles qui encouragent les achats en grosse quantité ou en paquet. Sur les produits mauvais pour la santé, qui ne doivent être consommés qu'en petite quantité et occasionnellement, une telle approche promotionnelle ne peut qu'entraîner une forte consommation de graisse, de sucre ou de sel.

3. Réduire l'immersion consumériste

L'immersion consumériste consiste à plonger les personnes dans les supermarchés (mais aussi ailleurs, comme dans les rues commerçantes par exemple) dans un bain consumériste en saturant leur horizon de biens marchands : « comme théorie, l'immersion (...) évoque une rupture, une transformation temporaire ou irréversible, une renonciation à un certain état pour s'abandonner à celui proposé par le contexte » (Johannes et Baygert 2012, 86). Cette immersion est une dimension de la sujétion : elle opère un changement dans le chef du sujet qui se projette alors prioritairement comme consommateur. Elle se produit via certains dispositifs culturels, sensoriels ou rituels qui constituent *in fine* un substrat cognitif assimilable passivement. Difficile, dans un tel environnement, de faire revenir à la surface de la conscience du sujet ce qui est bon pour lui, ce qu'il avait prévu de prendre en compte dans ses achats, de se fixer des objectifs dissonants avec le contexte dans lequel il est plongé, ou encore de se reconnecter à ses besoins physiologiques et psychologiques réels – c'est-à-dire ceux qui survivront à la sortie du contexte et qui ne sont pas dépendants du contexte même. Ce qui est d'autant plus important que l'on connaît le rôle de la consommation dans la construction des identités et des subjectivités (Mattos et de Castro 2008). L'immersion consumériste réduit d'autant la part d'autonomie du sujet à propos des décisions qui le concerne ; - et l'autonomie du choix est une clé de la lutte contre l'obésité.

Une manière pratique de réduire cette immersion est de réduire la spécialisation des espaces urbains et de favoriser plus de mixité entre les zones commerciales, résidentielles, culturelles, artisanales ou industrielles. La multiplication de boutique de taille réduite favorise également une telle mixité, là où les imposants centres commerciaux visent par nature à immerger le visiteur.

C. L'aide alimentaire

L'aide alimentaire est un acteur incontournable de l'alimentation en Belgique. Elle est déployée dans le but de fournir une alimentation suffisante aux personnes en situation de précarité ou démunies, qui sont par ailleurs particulièrement affectées par l'obésité. Les banques alimentaires récupèrent des invendus ou des dons d'origine diverse (UE, chaînes de distribution, industrie agroalimentaire, collectes...) et les redistribuent sous forme de colis ou repas à près de 200.000 personnes en Belgique. Les épiceries sociales ainsi que les restaurants sociaux jouent également un rôle crucial dans la redistribution et la collecte. Par ailleurs, 30% de la population est en situation de précarité à Bruxelles, et 20% en Région wallonne. Les chiffres de l'aide alimentaire sont en constante augmentation, ce qui souligne le fait que se nourrir est de plus en plus difficile pour une grande partie de la population. Alors qu'en 1994, 54 000 personnes ont accédé directement aux banques alimentaires, ce fût le cas de 143 000 personnes en 2016.

Année	Quantité récoltée (en tonnes)	Nombre d'institutions aidées	Nombre de personnes aidées	Valeur marchande (euros)
1994	4.215	518	59.461	
1995	3.910	588	69.938	
1996	5.256	606	73.768	
1997	5.750	637	80.280	
1998	6.290	645	83.800	
1999	6.380	656	91.445	
2000	7.645	665	95.225	
2001	7.700	665	99.338	12.105.000
2002	6.620	648	97.000	16.135.000
2003	8.582	661	100.000	20.800.000
2004	9.128	661	104.000	23.000.000
2005	8.370	654	106.550	21.300.000
2006	9.433	648	106.895	21.600.000
2007	12.000	653	108.123	27.900.000
2008	12.230		110.724	
2009	12.479		114.232	
2010	10.675		115.016	
2011	13.385	629	117.440	36.674.900
2012	14.156	624	120.799	39.919.920
2013	11.800	614	122.135	34.456.000
2014	13.072	622	130.030	
2015	12.976	629	138.557	
2016	15.000	626	143.287	

Tableau 4 : Aide alimentaire en Belgique, 1994-2016 : données quantitatives. Source : http://www.luttepauvrete.be/chiffres_banques_alimentaires.htm

Étant donné la prévalence importante de l'obésité chez les personnes en situation de précarité, l'aide alimentaire est bien placée pour agir puisqu'elle est en contact avec les plus démunies d'entre eux. Malheureusement, elle est également dépendante elle-même des dons qu'elle recevra, et ne peut se permettre le luxe de choisir ce qu'elle reçoit. Une situation difficile à tenir, alors qu'elle fait tout pour distribuer, en plus des aliments suffisant en quantité, des aliments adéquats en qualité.

Le secteur s'est bien sûr déjà positionné sur la question de l'accès pour les personnes en situation de précarité à une alimentation de qualité, et nous nous contentons ici de reproduire leurs conclusions. Deux grandes actions sont envisagées : diversifier les sources d'approvisionnement, et renforcer les compétences des bénévoles et des bénéficiaires. Dans la

première catégorie (Closson et Alimentation21 2015, 3-11), il s'agit, d'une part, de chercher à privilégier certains aliments qui sont généralement manquant dans les régimes alimentaires (fruits et légumes frais, produits de base, yaourts nature non sucrés, céréales complètes ou semi-complètes, petits poissons gras, légumineuses, huiles végétales de qualité, fruits secs et graines), et d'autre part, à limiter les sucres, graisses, sels, additifs et protéines animales. Pour réaliser cette diversification, il est notamment proposé de se tourner vers des coopératives de production de fruits et légumes locales, ou bien d'acheter collectivement des produits frais en grande quantité.

Dans la deuxième catégorie (Closson et Alimentation21 2015, 11-27), les personnes seront invitées à accroître leur connaissance, puis à les partager. Cela n'est évidemment pas facile, car il faut réussir à sortir de la posture moralisatrice ou culpabilisatrice qui crée un rejet immédiat du message de la part des bénéficiaires. Parmi les compétences à acquérir peuvent se retrouver la compréhension approfondie des étiquettes et des informations rendues disponibles aux consommateurs, telles que les dates de péremption, les conditions de stockage, les valeurs nutritionnelles, etc. ; mais aussi des ateliers du goût pour apprendre à savourer les aliments, des ateliers de cuisine, ou encore des activités dans des potagers.

III – Le rôle et les actions possibles du secteur de la santé

Bien que le secteur médical (médecins libéraux, hôpitaux publics, maisons médicales, cliniques privées...) ne soit pas composé ni uniquement ni strictement d'acteurs économiques, il nous a semblé opportun de le considérer plutôt comme privé pour plusieurs raisons, et notamment la diversité des services publics et privés que ce secteur propose ainsi que la liberté qui est laissée aux personnels soignants pour mener à bien leur mission, et ceux mêmes dans les hôpitaux publics. Les mutuelles et les questions de remboursement jouent également un rôle crucial lorsqu'est abordée la question de l'accès aux soins. Ainsi, nous encourageons ces acteurs à favoriser la prise en charge financière des mesures proposées ci-dessous.

L'approche médicale constitue un rouage essentiel de la lutte contre l'obésité, tant au niveau préventif que curatif, bien qu'elle peine à concevoir l'obésité comme un problème social (Poulain 2009) : elle ne propose que des solutions individuelles. Nous verrons d'abord en quoi l'approche médicale classique peut participer à la lutte contre l'obésité, avant de proposer complémentaiement des approches alternatives prometteuses. Le secteur médical, s'il est souvent considéré comme fondamental pour lutter contre l'obésité, voit son rôle relativisé dans l'approche *préventive* que privilégie cette recherche, car elle met en exergue, au-delà de la dimension individuelle, le contexte social, économique et politique dans lequel baignent les consommateurs. Sans doute en serait-il autrement si l'approche médicale classique suffisait à résoudre le problème de l'obésité. Mais les individus, sans cesse invités et incités par l'environnement dans lequel ils évoluent, peinent à résister et finissent par céder. Souvent, les effets des régimes amaigrissants sont mitigés sur le long terme. Les études récentes indiquent une tendance, qui constate que « non seulement peu de personnes semblent maintenir leur perte de poids, mais le nombre de kilos perdus est sans doute bien inférieur à leurs attentes » (Carrard et Kruseman 2016, 194). Néanmoins, si la tendance est claire, les situations et les facteurs pris en compte divergent en fonction des études : « Les revues systématiques d'essais contrôlés randomisés comparant différents types de prise en charge estiment [la perte de poids] à environ

3% à 4% du poids initial après un suivi variant entre deux et cinq ans » (Carrard et Kruseman 2016, 194).

Le traitement de l'obésité par la médecine conventionnelle est basé sur une réduction de l'apport énergétique et une augmentation des dépenses caloriques au niveau de l'individu. Toutefois, derrière cette équation simple se cache toute la complexité de la mise en œuvre : « le succès à long terme des interventions est fonction de la capacité du patient à intégrer de bonnes habitudes de vie, soit une saine alimentation et la pratique d'activité physique » (Prud'homme et Weismagel 2004, 51). Et on sait combien les habitudes de vie ne se laissent pas modifier facilement. Au surcroît du fait que le traitement de l'obésité est compliqué, les médecins n'y sont pas toujours bien formés. C'est au moins ce qu'une grande partie déclare (Jay et al. 2009). Une mesure effective pour réduire les taux d'obésité est par conséquent de former adéquatement les professionnels de santé (Plourde et Prud'homme 2012, 1043).

En complément, les personnes obèses font régulièrement état des mauvaises pratiques de médecin, ce qui a été attesté scientifiquement aux États-Unis : elles peuvent être moins bien considérées que les patients ayant une taille normale (Heble et Xu 2001). D'une part, les médecins peuvent penser qu'une personne obèse est moins maîtresse d'elle-même et de ses pulsions, et ne sera pas forcément considérée comme une personne fiable et rigoureuse, qualités nécessaires pour suivre les prescriptions. D'autre part, les personnes obèses peuvent apparaître tellement physiologiquement étrangères aux médecins que ceux-ci les affectionnent moins qu'un patient normal. Une attitude inacceptable pourtant attestée, qu'il convient de modifier.

La méthode brièvement évoquée ici est basée principalement sur deux *études* faites par des médecins canadiens (Prud'homme et Weismagel 2004; Plourde et Prud'homme 2012). D'après eux, le rôle du clinicien dans la lutte contre l'obésité consiste à engager le suivi et le traitement des personnes au moyen de plusieurs catégories d'action (détaillée ci-dessous), dont le dosage est à effectuer au cas par cas. La technique dite des 5A (« *assess/advise/agree/assist/arrange* ») se révèle appropriée pour assurer un suivi satisfaisant du patient et coconstruire la prescription : devant le médecin aussi, l'engagement personnel des patients est déterminant (Plourde et Prud'homme 2012, 1040). De plus, des objectifs réalistes doivent être fixés, comprenant une durée et des kilos à perdre. Couramment, le patient sera invité à tenter de perdre 5% de son poids en 6 mois, ou bien 0,5 kilo par semaine (Prud'homme et Weismagel 2004, 56). Enfin, un suivi régulier devra être effectué pour maintenir la motivation du patient et pour réévaluer les prescriptions. Il faut noter que parfois le maintien de son poids peut être considéré comme un succès, lorsqu'à poids égal le tissu adipeux est remplacé par du muscle.

Les principaux outils à disposition des médecins sont catégorisés comme suit. La première catégorie est basée sur le régime alimentaire, et notamment les approches nutritionnelles. Des régimes plus ou moins drastiques peuvent être prescrits qui visent à limiter les apports énergétiques. En général, plus les régimes sont vécus comme contraignant et plus les chances de réussite à long terme sont faibles. La deuxième catégorie reprend tout ce qui touche à l'activité physique et vise à la favoriser, les objectifs de 10 000 pas par jour ou bien une heure d'activité intensive par jour correspondant aux ordres de grandeur recommandés. La troisième concerne le comportement des personnes et l'adoption de saines habitudes de vie. Cette catégorie est la plus innovante et la plus récente dans les recommandations des médecins. Il s'agit d'encourager le patient à adopter de nouvelles pratiques, sans forcément se focaliser sur la perte de poids. Pour cela, il est amené prendre conscience de ses actions, et doit bénéficier

d'un suivi individualisé par un médecin. Des conseils précis existent (Plourde 2000; Prud'homme et Weismagel 2004, 52)³. Le changement de comportement ne produit des résultats qu'à moyen et long terme, et est crucial pour réussir à maintenir les pertes de poids ou à prévenir son gain. Dans cette optique, les options par défaut proposées par le contexte social, culturel et économique apparaissent comme déterminantes.

Lorsque ces trois premières catégories d'action ne produisent pas de résultats probants, le médecin peut, quatrième, compléter cet attirail avec des produits pharmacologiques dont l'effet consiste, soit à réduire l'absorption des graisses par le système digestif (Prud'homme et Weismagel 2004, 53-56), soit à augmenter la sensation de satiété chez les personnes. Néanmoins cette seconde catégorie semble entraîner des effets secondaires trop importants : les anorexigènes sont en effet apparentés à la famille des amphétamines qui créent, notamment, une forte dépendance. Enfin, pour les cas les plus graves, la dernière option à disposition des médecins est la recommandation d'opérations chirurgicales. Elles consistent, soit à poser un anneau autour de la partie haute de l'estomac pour accélérer la sensation de satiété, soit à réduire le temps de parcours dans l'estomac des aliments ce qui a pour effet de réduire l'absorption des nutriments. Les opérations chirurgicales peuvent être efficaces pour réduire le poids des patients, mais leurs défauts sont qu'elles sont très coûteuses, car elles nécessitent des ressources et des compétences spécialisées, qu'elles peuvent entraîner des effets secondaires digestifs, et peuvent faire l'objet d'une reprise de poids si les suivis comportementaux postopératoires ne sont pas efficaces : « L'intervention chirurgicale est une option pour les patients sélectionnés avec soin et atteints d'obésité cliniquement sévère ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité) qui n'ont pas réussi à perdre du poids en utilisant d'autres méthodes et qui sont à haut risque de maladie ou de décès liés à l'obésité. Il peut être particulièrement bénéfique pour les patients atteints de diabète. » (Plourde et Prud'homme 2012, 1042).

Au renfort d'une amélioration des pratiques médicales, telle que proposée à l'instant, il est envisagé de mettre en exergue certaines approches thérapeutiques non conventionnelles qui pourraient bien s'avérer décisives dans la lutte contre l'obésité. Bien qu'elles soient très variées, elles ont pour avantage de prendre en compte des enseignements psychologiques et comportementaux, dans une optique préventive et autonomisante. Pour ce faire, elles invitent les personnes à redonner une attention à leurs besoins et leurs signaux internes (comme la satiété), à prendre conscience de leur alimentation et de ses effets sur la santé, ou encore à appréhender les liens entre psychologies et alimentations (biais de compensation, anxiété). De plus, ces thérapies tentent de reconnecter les personnes à leur corps, avec des exercices de conscience corporelle, de méditation ou de respiration.

³ Les actions suivantes peuvent être adoptées (Plourde 2000): augmenter la perception qu'a le patient des risques associés à son comportement ; bien écouter le patient en essayant de voir s'il existe un stress émotionnel sous-jacent qui interfère avec le changement de comportement et discuter avec lui des répercussions de ce comportement dans sa vie ; aider le patient à déterminer quels sont les moyens à prendre pour modifier son comportement ; le traitement doit être individualisé, et les progrès mesurés tout au long du programme ; enseigner au patient des techniques de relaxation et de gestion du stress, autres que de manger pour éliminer le stress ; insister sur le fait que le patient n'a que de 5% à 10% de son poids actuel à perdre et concentrer les efforts sur le maintien à long terme du poids perdu initialement ; aviser le patient de noter tout événement particulier qui peut interférer avec son objectif de perte de poids ou de maintien du poids perdu et d'en discuter avec vous au cours de sa visite mensuelle. Cette dernière possibilité paraît particulièrement intéressante et est systématiquement évoquée dans la littérature.

Ces thérapies sont dites « holistiques » ou « globales », car elles ne tentent pas tant de soigner l'effet de la maladie, que la cause qui est à trouver dans un déséquilibre au sein de l'organisme en général. Il s'agit plutôt de développer des disciplines de vie et de santé, que de soigner les maladies lorsqu'elles apparaissent. À ce titre, elles se proclament souvent d'Hippocrate, qui aurait fameusement déclaré que « l'alimentation est la première des médecines », mais aussi professé que la maladie, considérée comme une forme exceptionnelle de l'être par rapport au corps sain habituel, doit être combattue *par le malade* à l'aide du médecin (la triade hippocratique) : en termes contemporains, il s'agit bien de coconstruire son rapport à la pathologie, ce qui nous semble très vrai dans le cas de l'obésité. La naturopathie⁴ est une approche thérapeutique qui illustre bien ses techniques. Sa particularité est de viser à équilibrer le fonctionnement de l'organisme (« le terrain ») par des techniques dites naturelles. À l'origine, la naturopathie est considérée comme une hygiène de vie plutôt que comme une médecine : « elle vise à l'écologie de la santé par l'éducation à la santé naturelle »⁵. Les naturopathes semblent en tout cas conscients de leur potentiel dans ce domaine. L'un d'eux déclare dans le journal Bioinfo de mars 2016 : « La naturopathie constitue, avant tout, un système complet d'écologie de la santé visant à l'art de vivre sainement, à l'éducation à la santé, à la prévention active, à rendre le patient autonome dans la gestion de sa santé, une approche quasi inexistante actuellement dans le système de soins de santé officiel en Belgique. La prévention pour éviter des médicaments inutiles ! Faut-il encore rappeler la progression des maladies chroniques dont la prise en charge relève bien plus de la naturopathie que de la médecine conventionnelle ? » (Antoine 2016). Des exercices de consciences corporelles, qui ne sont pas réservés aux naturopathes, peuvent également servir à ce que les personnes cernent mieux leurs besoins physiologiques et psychologiques. Elles seraient par conséquent mieux outillées pour résister à l'environnement obésogène dans lequel chacun évolue au quotidien.

Il faut souligner que ces médecines traditionnelles sont déjà implantées en Belgique, mais ne connaissent pas d'encadrement juridique précis. Les naturopathes demandent la reconnaissance professionnelle de leur activité au même niveau que l'ostéopathie, l'homéopathie ou encore l'acupuncture⁶, au titre de la loi Colla de 1999⁷. Ils ont d'ailleurs saisi le Conseil d'État à ce propos pour annuler l'acte refusant leur reconnaissance comme

⁴ L'OMS amalgame les médecines traditionnelles de tous les continents à la naturopathie (Organisation mondiale de la santé 2010a, 14). Elle en donne la définition suivante : « *En général, la naturopathie met l'accent sur la prévention, le traitement et la promotion de la santé optimale grâce à l'utilisation de méthodes thérapeutiques et les modalités qui favorisent le processus d'autogénération - le vis medicatrix naturae. Les approches philosophiques de la naturopathie comprennent la prévention de la maladie, la stimulation des capacités de guérison inhérentes du corps, le traitement naturel de toute la personne, la responsabilité personnelle de sa santé, et l'éducation des patients dans les modes de vie favorisant la santé. La naturopathie mêle les connaissances séculaires des thérapies naturelles avec les progrès actuels dans la compréhension des systèmes humains et de santé. la naturopathie, par conséquent, peut être décrite comme la pratique générale des thérapies de santé naturelles.* » La traduction est celle de l'Union des Naturopathes de Belgique.

⁵ D'après l'Union des Naturopathes de Belgique ; <http://www.unb.be/la-naturopathie.html> - consulté le 7 juillet 2017.

⁶ <http://www.unb.be/actualites/9-communique-de-presse-unb-27-01-16.html>

⁷ Loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1999042968&table_name=loi

association professionnelle, et ont été déboutés⁸. L'articulation du régime juridique de la médecine conventionnelle et de la médecine traditionnelle fait en outre l'objet de recherches en France (Robard 2002), mais aussi de préoccupation de l'OMS (Organisation mondiale de la santé 2010a; 2013).

Il existe une controverse scientifique sur les effets de ce type de médecine dite traditionnelle ou alternative, dont l'efficacité n'est pas suffisamment étayée. La prudence est de mise à cet égard. La vision pragmatique et œcuménique de l'OMS apparaît comme la plus raisonnable sur cette question : « » «'Idéalement, les pays devraient combiner les méthodes traditionnelles et conventionnelles de prestation de soins de manière à tirer le meilleur parti des caractéristiques de chaque système et à permettre à chacun de compenser la faiblesse de l'autre (nous traduisons) » (Organisation mondiale de la santé 2010a, 11). Dans la mesure où ces médecines peuvent améliorer la connaissance que les personnes obèses ont de leur corps et de leurs comportements, leur développement nous semble prometteur puisque c'est dans les changements de comportement que se situe, au niveau individuel, la piste la plus assurée pour lutter contre l'obésité. Des études nouvelles peuvent être déployées, tant en préventif qu'en curatif visant, entre autres, à maintenir sur le long terme des pertes de poids ou la prise de bonnes habitudes alimentaires et sanitaires.

IV – Agir dans et vers les lieux de travail

Les lieux de travail sont des lieux de vie pour une durée importante de la journée, étant donné qu'une grande partie de la population travaille (63% de la population est active en Belgique). De plus, ils peuvent être très obésogènes (Organisation mondiale de la santé et Forum économique mondial 2008). En 2004, l'OMS déclarait : « Il faut donner aux gens la possibilité de faire des choix sains sur le lieu de travail afin de réduire leur exposition aux risques. De plus, le coût pour les employeurs de la morbidité attribuée aux maladies non transmissibles augmente rapidement. Les milieux de travail devraient permettre de faire des choix alimentaires sains et soutenir et encourager l'activité physique » (nous traduisons) (Organisation mondiale de la santé 2004b, 10). La sédentarité, mais aussi l'évolution des tâches et l'amélioration des conditions de travail ces dernières décennies ont eu pour conséquence une baisse des activités physiques sur les lieux de travail. L'idée d'améliorer leur contexte est d'y minimiser l'exposition des travailleurs à des aliments de mauvaise qualité, mais aussi d'y favoriser une pratique physique douce ou plus intense (Fernandez et al. 2015). De nombreuses études soulignent l'intérêt du lieu de travail pour la santé publique. Elles ont généralement été mises en œuvre dans de grandes entreprises, à l'instar du site de BASF en Allemagne (Lang et al. 2007).

La prise en considération du lieu de travail dans la lutte contre l'obésité est souvent ancrée dans des motifs économiques. En effet, il s'agit, en plus d'améliorer la santé des travailleurs, d'inciter les entreprises à entreprendre les actions et les investissements nécessaires. Pour cette raison, la question de la productivité est souvent mise en avant : les entreprises sont ainsi encouragées à prendre des mesures de lutte contre l'obésité en vertu d'un

⁸ Arrêt du Conseil d'Etat, section du contentieux administratif, *Union des naturopathes de Belgique c. Etat belge*, du 13 mai 2016, n°234 739.

calcul coût/bénéfice positif, les retombées en termes de productivité (notamment d'absentéisme) étant supérieures au coût de mise en œuvre des dispositifs. Une étude a calculé les gains de productivité, qui peuvent être de l'ordre de 1 à 2%, ce qui peut compenser le coût relatif à la mise en place des mesures (Jensen 2011). En effet, les personnes en surpoids ou obèses sont plus souvent absentes, ont besoin d'adaptation et sont moins productives que des personnes « normales ».

Les interventions sur les lieux de travail sont de plusieurs ordres. Elles ont déjà été évaluées et sont bien documentées par la littérature scientifique. Une étude menée aux États-Unis dans une série de sites réunissant à chaque fois des centaines de salariés (moyenne de 800 travailleurs) a réussi à faire baisser, en deux ans, leur BMI de manière significative. Elle a été organisée par des chercheurs de l'université de Rochester, qui ont également formé des personnes-ressources sur les sites. Elle propose une liste d'interventions possibles, reprenant d'abord celles qui contribuent à améliorer la prise de conscience et les comportements individuels des travailleurs, et ensuite celles qui permettent d'améliorer le contexte en réduisant les apports trop caloriques et en favorisant la dépense énergétique (Fernandez et al. 2015).

Dans la première catégorie se retrouvent les mesures dont l'objectif est d'améliorer les actions, habitudes, comportements et choix individuels. Il s'agit d'ateliers pratiques, de brochures informationnelles et nutritionnelles, d'étiquetages sur les machines de distribution de boisson ou de snacks, de publicités en faveur de produits les plus sains, d'informations sur les possibilités de faire du sport autour, vers ou dans les lieux de travail, ou encore de sites internet spécifiques reprenant certaines informations utiles comme les sentiers piétonniers ou proposant un échange avec un diététicien.

La deuxième catégorie vise à améliorer le contexte dans lequel les individus évoluent. Elle est composée de mesures telles que le balisage de chemin piétonnier aux alentours des sites, des panneaux signalétiques pour encourager l'usage des escaliers, des formations pour les cuisiniers afin qu'ils puissent proposer des produits plus sains dans les cafétérias des sites, des incitants et offres promotionnels sur des produits ciblés, l'installation de salles de fitness ou d'espaces sportifs assortis d'animations compétitives, ou encore des améliorations urbanistiques sur les sites pour favoriser la marche ou le cyclisme.

À la fin de la période de 2 ans, le BMI moyen sur les sites a baissé, et le nombre de personnes en surpoids ou obèses a baissé de 8,6 % (Fernandez et al. 2015, 2172). D'après les auteurs, l'établissement de personnes-ressources a été déterminant en rendant compatibles les interventions avec la culture d'entreprise (« *the organizational climate* »). Cela aurait eu pour effet d'améliorer l'adéquation et l'acceptation des mesures.

Un dispositif particulièrement intéressant est le développement de potager sur les lieux de travail. En effet, il allie à un travail collectif de type *team-building*, un travail éducatif, relaxant et ludique sur les légumes, tout en permettant des moments de dégustation. Les entreprises disposant d'un terrain peuvent installer un tel dispositif. Une offre de service à destination des entreprises est disponible en Wallonie actuellement⁹.

Les modifications des lieux de travail peuvent aussi être intéressantes du point de vue des normes sociales ; on sait que les comportements humains sont influencés par des facteurs sociaux, et en premier lieu le mimétisme ou l'observation. Les apprentissages se font autant par

⁹ <http://www.incrediblecompany.bio/>

le traitement rationnel de l'information que par l'observation cognitive. Dans un système relativement clos, dans lequel les actions sont encadrées par des règles relativement stables, l'observation permet aux individus d'inférer de causes certaines conséquences sans avoir à expérimenter eux-mêmes le risque d'une action nouvelle. Cette théorie porte le nom d'apprentissage social (Bandura 1977). Elle trouve une application presque idéale sur les lieux de travail, qui sont souvent rigoureusement réglés afin d'encadrer les actions des travailleurs (Beresford et al. 2007, 5). Les entreprises fonctionnent comme de petites sociétés bien ordonnées, dans lesquelles les futures conséquences peuvent être facilement anticipées et converties en motivation qui influence les comportements présents (Bandura 1971, 3). L'exemplarité joue un rôle performatif dans un tel contexte contrôlé : l'observation de comportement récompensée est facilitée, tout comme ceux de comportement sanctionné négativement. Le fonctionnement en système d'un site d'entreprise favorise l'apprentissage social et permet une évolution rapide des comportements lorsqu'une telle évolution est favorisée à travers l'instauration d'une culture spécifique et de dispositifs adaptés et systématisés. Étant donné que ces interventions sont bien documentées, la mise en place de ces dispositifs présente peu de risques et permet d'améliorer le bien-être du personnel de l'entreprise, donc potentiellement leur productivité et leur maintien en poste.

LES ACTIONS QUE LA SOCIÉTÉ CIVILE PEUT ENGAGER POUR RÉDUIRE L'OBÉSITÉ

Les innovations sociales sont considérées, au moins formellement depuis l'adoption de la politique régionale directement liée à l'obésité (WALAP), comme des acteurs clés de la promotion de la santé en Wallonie. La « société civile » est ici comprise au sens large, principalement comme l'organisation formelle ou informelle de citoyen (au sens d'habitant de la cité politique), agissant comme des non-professionnels. Comme troisième entité, à côté des pouvoirs publics et des professionnels. En outre, il convient de distinguer clairement la société civile des « consommateurs » : les seconds n'ont pas la perspective politique ou sociale de la société civile, bien qu'il soit possible de prendre en compte leur pouvoir économique. Il est possible d'estimer que le pouvoir d'achat est une manière de participer à la vie politique en privilégiant certains acteurs économiques et leurs produits, ou bien en boycottant d'autres.

Néanmoins, on se rendra bien compte que ces notions se distinguent conceptuellement, mais peu concrètement. En effet, tout citoyen est aussi un consommateur, et tout consommateur très souvent un citoyen, du moins en Belgique. De plus, la plupart des citoyens sont des travailleurs (acteur économique), mais aussi des électeurs (acteur politique / pouvoir public). En superposant ces niveaux, il est possible de rendre compte du potentiel créateur et du pouvoir que détiennent effectivement « les citoyens », qui n'est cependant pas toujours exercé réellement (Holloway et Bosserelle 2008).

Le concept d'innovation sociale correspond aux initiatives citoyennes qui répondent à des besoins sociaux non satisfaits et se déploie dans la perspective d'une transition vers des sociétés durables (Moulaert et al. 2013). Il appelle à un changement de gouvernance dans la manière dont les décisions et les attentes des citoyens sont prises en compte : « *Social innovation as a governance change with more bottom-up participation, protection of the rights of 'common' citizens, and collective decision-making systems has indeed increasingly become a mirror to reflect on the consequences of macro-institutional changes such as the privatization of banks and social services, deregulation of the market at the expense of the satisfaction of collective needs, the heralding of elite consumerism as a value system, etc.* » (Moulaert et al. 2013, 1). Dans la perspective de l'innovation sociale, les décideurs doivent prendre en compte le fait qu'ils ne sont pas les seuls à agir. Les citoyens s'autoorganisent en dehors des champs politiques et économiques classiques, c'est-à-dire centrés autour du marché structuré juridiquement mettant en relation offre et demande. L'innovation sociale est une action collective autonome, qui répond aux lacunes sociales du régime sociotechnique dominant, souvent sous la forme de niche d'innovation (Geels et Schot 2007) – et en premier lieu, à l'exclusion ou à l'isolement des personnes. Cette approche est ancrée dans une conception de la démocratie capable de libérer l'imagination et la créativité des citoyens en créant des espaces (matériels ou immatériels) d'autonomisation (De Schutter 2016, 8) – loin de la conception de la démocratie comme gouvernement de la majorité.

Chacun sait que la Région wallonne fourmille d'innovations sociales dans les secteurs plus ou moins directement liés à l'obésité (alimentation, agriculture, santé, mobilité...). Le fait que ces innovations aient souvent pour origine une initiative citoyenne, ne doit pas détourner la Région du soutien qu'elle peut leur amener. Premièrement, les innovations sociales sont des espaces de possibles, des solutions mises en place de manière *expérimentale* par des citoyens.

Les innovations sociales forment une nébuleuse d'expérimentations à partir desquelles il est possible de construire des connaissances et un savoir. En ce sens, elles peuvent être en avance par rapport aux administrations ou – il faut l'admettre – à la science. Les pratiques expérimentées par ces initiatives peuvent être des lieux de connaissance, mais aussi d'essais et d'erreurs ; des espèces de laboratoires vivant tentant d'ériger des modes de vie alternatifs. Deuxièmement, les innovations sociales sont aussi des lieux dans lesquels les citoyens peuvent exercer leur pouvoir, au sens où ils peuvent sortir de la passivité à laquelle ils sont invités en tant qu'électeur occasionnel ou de consommateur quotidien. C'est un espace réflexif qui permet de se réfléchir en tant qu'individu actif, de se construire des identités dans l'action, et donc de favoriser de nouveaux comportements et d'ouvrir de nouvelles imaginations sociales et citoyennes. Ce sont aussi des espaces d'éducation, de formation et d'apprentissage. Les innovations sociales sont donc des lieux de réflexion dans les deux sens du terme : des lieux de pensée et de connaissance, mais aussi des lieux réflexifs pour les individus eux-mêmes.

I – Institutionnaliser la représentation des personnes obèses

Les personnes obèses et en surpoids sont les grandes absentes des politiques publiques sur l'obésité. Elles sont très peu organisées politiquement ou socialement et ne participent pas ou peu aux politiques publiques. La définition du problème public de l'obésité est au contraire monopolisée par des experts médicaux, ce qui est particulièrement visible au niveau de l'OMS (Peuch 2018), à l'instar de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (Organisation mondiale de la santé 2004a). En effet, l'obésité n'est devenue un problème important, appelant à une intervention des gouvernements, qu'au début des années 2000, suite à une série d'études alarmantes de l'OMS. En 2004, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé est adoptée et incite les États à prendre des mesures visant à contenir « l'épidémie de l'obésité ». Dès le départ, l'obésité est présentée comme un problème médical. Par conséquent, les solutions proposées dans un premier temps relèvent également du secteur médical : il s'agit d'améliorer le ratio apport énergétique/dépense d'énergie.

Cette approche individuelle et mécaniste, bien qu'essentielle, n'est pas suffisante. En effet, elle peine à mettre à jour les déterminants sociaux et économiques qui incitent les personnes à agir, et renforce les sentiments de culpabilisation. Dans les cas extrêmes, les obèses sont considérés comme des « sujets médicaux », des personnes malades qui ne sont que peu invités à participer activement au diagnostic. Les premières solutions à l'obésité, basées sur les régimes drastiques, sont marquées par leurs manques d'efficacité : 95% des patients reprennent le poids qu'ils ont perdu dans les 2 ans qui suivent la cure.

Les personnes obèses ne sont toujours pas parties à part entière des processus de décision les concernant en premier chef, pour deux raisons principales. À l'hégémonie du corps médical sur la définition du problème de l'obésité s'ajoute une charge psychologique importante dans le chef des obèses. Souvent isolés, culpabilisés, discriminés, voire stigmatisés, ils sont considérés comme anormaux et peinent à affirmer leur place dans l'espace public, ce qui est « le malheur des obèses dans les sociétés modernes » (Poulain 2009, Première partie).

Faire des personnes obèses un acteur central de la lutte contre l'obésité est une demande relativement récente émanant du peu d'associations représentatives qui existent : la *National Association to Advance Fat Acceptance* a été fondée en 1969 aux États-Unis, dont l'objectif est

« d'aider à construire une société dans laquelle les gens de toutes tailles sont acceptés dignement et également dans tous les aspects de la vie »¹⁰. En France, l'association *Allegro Fortissimo* a été fondée en 1989, dans le but de lutter contre la discrimination à l'égard des gros, mais elle essaie aussi de répondre à des questions de santé spécifiques aux personnes à forte corpulence¹¹. Elle a par exemple tissé des liens avec le Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (le G.R.O.S.¹²) qui regroupe des professionnels nutritionnistes, médicaux, et diététiciens. Cette déclaration souligne tout le potentiel du croisement entre groupes d'obèses et professionnels du soin pour élaborer et mettre en œuvre des thérapies adéquates.

En Belgique francophone, une association représentant les patients en surcharge pondérale a vu le jour en 2005 à Wépion. Elle visait « à obtenir une reconnaissance de la maladie, éviter la stigmatisation des personnes obèses, et favoriser l'aide entre patients »¹³. D'après Jean-Paul Allonsius, son président, la stigmatisation dont font l'objet les personnes obèses rend leur mode de vie plus difficile : « Il a ainsi été démontré que, à cause de la faible estime qu'il a bien souvent de lui du fait de son poids, l'obèse éprouve significativement plus de difficultés à accéder à l'enseignement supérieur ou à trouver un emploi »¹⁴. Malheureusement, l'ASBL a fermé ses portes en 2013 faute de soutien de la part des pouvoirs publics¹⁵. Actuellement, une page Facebook dédiée à l'obésité connaît un certain succès : *Fat Positivity Belgium*¹⁶ ; - ce qui indique qu'une communauté existe, qui n'est pas représentée politiquement.

La première mesure que la société civile peut prendre concerne donc directement les obèses eux-mêmes : il faut mettre en place des instances représentatives, des institutions permettant aux obèses de faire entendre leur voix et leur avis, et de participer activement aux solutions encore à trouver et à mettre en place au problème de l'obésité.

II – Sensibiliser

Sensibiliser le public sur la question de l'obésité et de l'alimentation, faire sentir le problème dans sa complexité, au-delà de la discrimination ou du rejet : la tâche serait facilitée par l'instauration d'association représentative. Néanmoins, de nombreuses initiatives citoyennes existent pour parler et sensibiliser sur la question de l'obésité, qui méritent d'être multipliées.

A. Le potentiel de l'art et les médias

¹⁰ <http://www.naafaonline.com> - [dernière consultation le 21 juillet 2017].

¹¹ <http://www.allegrofortissimo.com/presentation/> - [dernière consultation le 21 juillet 2017].

¹² <http://www.gros.org/> - [dernière consultation le 21 juillet 2017].

¹³ <http://www.lalibre.be/actu/sciences-sante/enfin-une-association-belge-de-patients-obeses-51b88a46e4b0de6db9ac3662> - consulté le 15 février 2017.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ <http://www.lameuse.be/649568/article/regions/namur/actualite/2013-01-25/l-asbl-bold-qui-soutient-les-personnes-obeses-ferme-faute-d-argent-mon-obesite> - consulté le 15 février 2017.

¹⁶ Un peu plus de 800 personnes en sont membres le 6 juin 2017 - <https://www.facebook.com/fatpositivitybelgium/> - consulté le 6 juin 2017.

À ce titre, les artistes ou les journalistes peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation. Cinéma, théâtre, bande dessinée, télévision ou encore la littérature ont abordé à d'innombrables moments la question de l'obésité.

Le cinéma est certainement capable de toucher un grand nombre de personnes. Le film documentaire « *Supersize me* », écrit, réalisé et mis en scène par Morgan Spurlock, est probablement le plus marquant sur la question. L'acteur est filmé pendant 30 jours, lors desquels il s'engage à manger à chacun de ses repas dans le fast-food McDonalds. Ce régime alimentaire, suivi par des médecins, a des conséquences sur son foie, sa pression sanguine, sa masse corporelle et son taux de cholestérol. Il mettra 14 mois à retrouver sa santé et son poids initial. Le film a connu un succès important et a certainement touché des millions de personnes (22 millions de dollars de revenu¹⁷). Le film a le mérite de mettre en lumière le lien entre alimentation et santé. Sa méthodologie cependant a été critiquée¹⁸ : en mangeant des quantités énormes de nourriture (5000 kl/jour), et en réduisant son exercice physique à 5000 pas quotidiens (la moyenne aux États-Unis d'après lui), l'acteur adopterait une démarche abusive qui permet d'anticiper dès le départ sur les résultats.

De nombreux films documentaires abordent la question de l'alimentation et de la santé, sans forcément se focaliser sur l'obésité, telle que, par exemple, « Notre pain quotidien » (2007) de Nikolaus Geyrhalter, « Le Monde selon Monsanto » (2008) et « Qu'est-ce qu'on attend ? » (2016) de Marie-Monique Robin, ou bien « Demain » de Cyril Dion et Mélanie Laurent (2015). Plus spécifiquement sur l'obésité, il faut noter les films documentaires « The Weight of the Nation » (2012) qui reviennent sur l'épidémie de l'obésité aux États-Unis.

Le théâtre peut également être un moyen pour sensibiliser et rendre acteur des obèses (au sens propre et figuré). En témoigne la pièce « Dame Ô » (2014)¹⁹ de Thierry Charrière, qui met en scène le problème de l'obésité à travers des témoignages de personnes obèses, récoltés lors d'ateliers d'écriture participatifs à l'hôpital de Limoges de 2009 à 2014, sous l'égide d'un chirurgien gastrique et de l'obésité, le Dr. Maxime Sodji. Une autre pièce, « Le trait d'union » de Guillaume Kerbusch, propose de revenir sur la trajectoire d'un adolescent obèse, « gavé » par sa situation familiale à laquelle il répond en « se gavant » encore plus. L'œuvre est présentée au théâtre Varia à Bruxelles depuis 2015. Ces deux exemples montrent comment le théâtre peut être un moyen de sensibiliser et de faire comprendre et prendre conscience du problème de l'obésité.

La bande dessinée peut également servir à parler du problème de l'obésité. Les exemples sont innombrables : que l'on pense seulement au personnage d'Albert Uderzo et René Goscinny « Obélix » et à sa réplique favorite « Gros ? Quel gros ? Je ne vois pas de gros ici » qui met en scène, avec humour, le déni et toute la difficulté des personnes à reconnaître l'obésité comme un problème, leur obésité ; le « Bouclier Arverne » relate le périple du chef du village qui doit suivre une cure en Auvergne... De manière plus profonde et plus contemporaine, le personnage obèse de Polza Mancini dans l'œuvre de Manu Larcenet, « Blast » (dont le premier tome de 2009 est titré « Grasse Carcasse »), donne à voir la boulimie, le mal-être psychologique et le rôle compensatoire que peut jouer l'alimentation. Le corps gros du personnage est à l'image de la

¹⁷ <http://www.the-numbers.com/movie/Super-Size-Me#tab=international>

¹⁸ https://en.wikipedia.org/wiki/Super_Size_Me

¹⁹ <http://www.les-editions-black-out.com/-Dame-O-M-Sodji-texte-et-DVD-.html>

charge mentale, psychologique, qui l'habite et dont il ne peut se défaire que dans des moments d'oubli de soi et de folie. Enfin, la bande dessinée peut aussi être un outil pédagogique à destination des enfants, à l'instar de « Max fait le poids », œuvre jeunesse de Ange-Lise Lapiéd et Yrgane Ramone qui a été financée en partie par l'Agence Régionale de la santé de Guadeloupe en 2010.

Pour finir, la télévision est un vecteur d'information majeur concernant l'obésité. Un nombre incalculable d'émissions ont pu parler de l'obésité ou des régimes alimentaires à travers diverses mises en scène. En guise d'exemple, le programme « Mille et une vie » sur France 2 a consacré une émission à l'obésité (« comment vaincre l'obésité », janvier 2017) qui présente des témoignages de personnes ayant réussi à perdre et maintenir leur poids ; des cas de *success-story* peu représentatifs, mais vivifiants. Des programmes d'investigation ont également enquêté sur la question : c'est le cas, par exemple, de l'émission « Le monde en marche » sur France 5, qui a consacré un créneau au documentaire « Malbouffe sans-frontière » en juin 2016 et aux techniques de marketing mises en œuvre pour faire vendre des aliments de mauvaise qualité aux enfants. Inversement, des émissions télévisées ne sont pas toujours conformes aux perspectives des personnes obèses. Dans l'émission « Zita, dans la peau d'une femme obèse » de janvier 2012 diffusée sur M6, la présentatrice se proposait de suivre le régime alimentaire d'une personne obèse pendant un mois. Elle a été largement critiquée, notamment sur internet : « Non, Zita vous ne pourrez pas vous transformer en personne obèse, même en vous gavant bêtement pendant un mois. Vous allez prendre des kilos, sûrement. Mais que saurez-vous de plus ? Être obèse est un parcours, une histoire qui ne se réduit pas à la prise de nourriture »²⁰. L'Association Allegro Fortissimo a également qualifié l'émission de « grossophobe » et l'a dénoncée dans un communiqué de presse le 29 janvier 2012²¹. Ces actions soulignent aussi le rôle de vigile que peut jouer la société civile.

B. Éducation au développement durable et à la santé

La sensibilisation du public peut également être menée à travers des actions d'éducation permanente et populaire au développement durable ou à la santé. Il s'agit alors d'intervenir dans des écoles pour informer les enfants et essayer d'améliorer leurs habitudes et comportements alimentaires, principalement dans une optique de prévention. En dehors de l'école, d'autres lieux peuvent être propices à une telle éducation en direction des adultes. Tout un secteur est en charge de l'éducation permanente au développement durable, souvent subsidié par les pouvoirs publics. Il peut également être relayé par des agences publiques telles que les Observatoires provinciaux de la santé. Enfin, des activités citoyennes à l'instar des jardins collectifs peuvent être propices à de tels apprentissages.

Premièrement, le secteur de l'éducation permanente à l'alimentation ou à la santé est important tant en Région wallonne et qu'à Bruxelles. Il a une incidence sur les facteurs liés à l'obésité lorsqu'il touche aux questions d'alimentation et/ou de santé. Il vise à instaurer des cycles vertueux dans le domaine, en améliorant la connaissance et les comportements des publics cibles (enfants, adultes, catégories sociales spécifiques, professionnels de la santé,

²⁰ <http://www.regardxxl.com/wordpress/?p=610>

²¹ <http://www.allegrofortissimo.com/nos-actions/>

travailleurs sociaux...), mais aussi du public en général. Par exemple, l'ASBL QuestionSanté joue un rôle central d'éducation permanente, notamment grâce à son animation du site internet <http://bougermanger.be>. Plus indirectement, l'ASBL Rencontre des Continents²² est remarquable parce qu'elle a placé l'alimentation au centre de son projet pédagogique, et s'adresse à une grande diversité de public cible. En effet, elle considère l'alimentation comme un phénomène capable d'intéresser tout un chacun à des problématiques complexes : « *en effet, nous pensons que l'anecdote de notre assiette nous révèle autant le fonctionnement de nos sociétés et les crises sanitaires, économiques, environnementales et sociales auxquelles nous sommes confrontés, mais l'alimentation permet également des engagements concrets, individuels et collectifs visant l'élaboration de propositions alternatives, écologiques et conviviales* »²³. Par conséquent, il est évident que ce type d'ASBL a une incidence sur la manière dont la population construit et pense son rapport à l'alimentation. Une telle approche peut *in fine* réduire l'obésité en permettant aux personnes de mieux connaître ce qu'est l'alimentation, de s'interroger à ce sujet et peut être d'agir sur leur manière de s'alimenter.

Deuxièmement, le secteur de la santé joue aussi un grand rôle de sensibilisation, mais aussi de récolte de données. Les observatoires de la santé sont des acteurs de première ligne dans cette perspective, à l'instar de l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Celui-ci propose une série de service à l'ensemble de la population. Il s'agit par exemple de communiquer lors d'événements publics ou dans les écoles, auprès des seniors ou encore des personnes déficientes. L'Observatoire propose, de plus, des formations à destination de professionnels de la santé, mais aussi des personnes à risques. Il diffuse des rapports et des documents de référence destinés à informer les acteurs publics et privés, mais aussi la population en général. Ainsi, un rapport très complet publié en 2015 présente l'état de la santé chez les jeunes dans les Provinces du Hainaut et du Luxembourg, reprenant les comportements alimentaires, les taux d'obésité et de surpoids, les pratiques sportives, etc. (Observatoire de la santé du Hainaut et Observatoire de la santé de la Province de Luxembourg 2015). Ce type de rapport dresse un état des lieux précis et statistique de l'obésité dans ces Provinces, ce qui en fait un appui essentiel pour toutes réflexions et mesures visant à réduire l'obésité.

Il est évident que la Région doit soutenir et être à l'écoute de ces deux secteurs autant que faire se peut, car ils permettent la sensibilisation de la population en dehors de la voie royale qu'est l'école. Or, on sait que les habitudes alimentaires des enfants, mais aussi des adultes sont largement dépendantes du milieu social dans lequel il évolue, et en premier lieu de la famille.

III – Consommer et produire autrement

Nous étayons dans ce dernier chapitre l'argument qui dit que la manière qu'a le consommateur de considérer et de penser son rapport à l'alimentation peut avoir une incidence importante sur la santé, dont l'obésité. En effet, le rapport à l'alimentation est constitutif de la manière de se nourrir, qui, nous le savons, est l'un des facteurs cruciaux de l'obésité (apport calorique > dépense énergétique = obésité). Pour que l'acte de se nourrir s'enrichisse d'un sens, d'un imaginaire permettant un bénéfice en termes de santé, il doit être fait de manière adéquate, c'est-à-dire que se nourrir doit répondre aux besoins véritables de l'être humain, tant du point

²² <http://rencontredescontinents.be/-Activites-.html>

²³ http://rencontredescontinents.be/spip.php?page=article&id_article=104

de vue physiologique et biologique que de celui du social, de la culture ou encore du psychologique. Or, ce rapport adéquat est loin d'être évident ni facilement atteint. Il correspond à la relation entre le besoin réel tel qu'il est identifié par la personne, et les produits alimentaires auxquels elle a accès et dont elle pense que l'usage et le dosage devraient permettre de répondre à ses besoins. Ce rapport est socialement, culturellement et psychologiquement construit par des savoirs hérités et transmis, par des connaissances basées sur des expériences personnelles (test-erreur-succès), et est de surcroît expérimenté dans un contexte qui ne peut manquer d'influencer le choix du consommateur.

L'une des manières d'améliorer ce rapport entre besoins et réponse aux besoins est peut-être à trouver dans la *pratique*, dans l'expérimentation pratique de ce que c'est que de *produire* de la nourriture et de ce que c'est que de *manger* au sens plein du terme, c'est-à-dire en étant attentif aux goûts et aux textures, à la satiété, aux effets que la nourriture produit sur le corps et l'esprit, ou encore au processus digestif. Quand on pense aux effets que peut avoir une simple vidéo par rapport à son alimentation, et notamment les vidéos d'abattages violents d'animaux²⁴ qui conduisent certains visionneurs à opter pour des régimes végétariens, on peut plus aisément saisir la force qu'une expérimentation pratique de la production peut avoir sur notre rapport à la nourriture.

Partant de cette idée, nous pensons que certaines innovations sociales peuvent permettre de faciliter une telle expérimentation, voire peuvent mettre cette expérimentation au cœur de leurs activités. Par la suite, nous présentons des dispositifs variés qui permettent aux consommateurs d'expérimenter des pratiques alimentaires qui peuvent avoir pour effet d'influencer le rapport, chez les personnes, entre besoins alimentaires et réponse aux besoins.

A. Groupes d'achats et « Ferme du Chant des Cailles » : deux exemples d'alternatives de consommation et de production alimentaire

La Région wallonne, mais aussi la Région de Bruxelles-Capitale, foisonne de ces innovations sociales qui proposent des expériences alimentaires alternatives. Ces alternatives participent à construire ou reconstruire le rapport besoins et réponse aux besoins des consommateurs, car leur altérité interroge par nature le contexte par défaut de l'alimentation. En effet, toute expérimentation sur sa manière de consommer fait sortir la consommation de l'hétéronomie (au sens de Castoriadis) dans laquelle elle était plongée. Il s'agit dès lors de percevoir cette consommation avec un recul permettant une réflexion, un questionnement sur la situation héritée. Il est crucial que la Région wallonne soutienne et encourage ces innovations dans la mesure où elles sont le vecteur d'expérimentation de consommation capable d'interroger le rapport besoins/réponses des consommateurs en matière alimentaire.

De nombreuses innovations sociales permettent de favoriser une telle approche. Loin d'être une utopie, ces imaginaires alternatifs existent parfois, souvent isolés, mais potentiellement exemplaires. La Région peut jouer un grand rôle pour améliorer le rapport de la population à son alimentation en les soutenant. Cependant ce soutien peut prendre des formes bien diverses et contextuelles. Il est difficile de préciser des mesures générales. Néanmoins, des éléments récurrents posent problèmes, qui concernent les normes de production ou de distribution applicable, la gestion des locaux ou bien de l'accès à la terre, la pérennisation

²⁴ <https://www.l214.com/abattage>

financière des structures organisatrices, l'accès à une large clientèle ou encore l'équilibre entre les attentes des consommateurs et les volontés/capacités du producteur.

Les organisations les plus marquantes sur le territoire wallon sont peut-être les Groupements d'Achats en Commun (GAC ; ou Alimentaires - GAA), les Groupements d'Achats Solidaires de l'Agriculture Paysanne (GASAP) ou encore des coopératives de producteur impliquant des consommateurs, à l'instar des Grosses Légumes (bien étudiés dans le WP3T3 et T4) ou de la Ferme du Chant des Cailles à Watermael-Boitsfort (pas en Wallonie, mais tout de même exemplaire).

Les Groupes d'Achats

Les GAC²⁵ (dont les GASAP²⁶) réunissent des consommateurs qui décident d'acheter collectivement, régulièrement et directement à un ou plusieurs producteurs choisis certains de leurs produits qui s'engagent à répondre aux commandes puis se partagent les achats. Les GAC redéfinissent la relation entre les producteurs et les consommateurs : ils instaurent entre-deux une relation de confiance et de solidarité qui portera tant sur la qualité des produits que sur la connaissance de la ferme et de la production par les consommateurs. Les bénéfices pour le producteur sont importants : ces derniers soutiendront davantage le producteur en cas d'aléas de la production, soit en apportant une aide de travail dans les champs, soit en acceptant des prix avantageux. Les producteurs se passent des intermédiaires, et peuvent fournir les GAC à des prix intéressants, car les GAC prennent en charge le temps et les coûts de la commercialisation. De plus, le GAC assure un débouché régulier à leurs produits. En revanche, ils devront s'accommoder des attentes des consommateurs, et veiller à ne pas en devenir trop dépendants s'ils veulent garder des marges de décision sur son exploitation. Un équilibre qui ne sera garanti qu'à travers des termes clairs et des dispositifs d'échange et de dialogue. On le voit, il s'agit finalement de coconstruire un système alimentaire localisé dans lequel le producteur n'est pas focalisé sur le débouché de sa production, et ni le consommateur sur les prix les plus bas. La confiance, l'entre-aide, l'échange, la rencontre sont valorisés socialement, mais aussi économiquement.

Quelles sont les répercussions des GAC en termes de santé et d'obésité ? Il ne s'agit pas ici de dire que les consommateurs des GAC sont plus ou moins obèses que les consommateurs lambda, car la santé est au croisement de facteurs variés et indépendants les uns des autres. Néanmoins, il faut souligner que les GAC encouragent les consommateurs à revoir leur rapport à l'alimentation. Les consommateurs se rebaptisent d'ailleurs « mangeurs », pour bien se distinguer du consommateur passif d'une part, mais aussi pour souligner la singularité de la consommation alimentaire d'autre part. En effet, les GAC permettent une nouvelle pratique de l'acte de consommer à travers des choix et des interrogations. Il s'agit de véritablement *choisir* collectivement ce que l'on va manger, comment la distribution sera effectuée, qui s'engagera à effectuer telle ou telle tâche, etc. Le GAC redéfinit la manière qu'à chacun de faire ses courses : on ne se rend pas irrégulièrement au supermarché, mais on va chercher ses légumes à des moments planifiés. En outre, l'achat n'est plus un acte individuel et anonyme, car les GAC sont

²⁵ <http://www.groupesalimentaires.be/> ; <http://www.asblrcr.be/gac> ; Le Rassemblement des Consommateurs Responsables se veut la plateforme non-représentative des GAC qui facilitent leur mise en réseau.

²⁶ <http://gasap.be/> ; Les GASAP se distinguent des GAC par leur organisation commune en Région bruxelloise. Néanmoins, ils travaillent avec des producteurs wallons en priorité.

aussi des réseaux de personne, d'amitié, de rencontre. Finalement, un GAC permet de redessiner et de repenser, tant au niveau collectif qu'individuel, le rapport de chacun à l'alimentation, un rapport qui puisse être défini comme adéquat aux attentes de chacun parce que le GAC permet de reconquérir des espaces de décision sur la manière de s'alimenter. Ceci doit être considéré comme un moyen tant de reprendre conscience des besoins fondamentaux que de se donner les moyens d'y répondre de manière autonome ; deux aspects fondamentaux pour une meilleure alimentation en Région wallonne.

La Ferme du Chant des Cailles

La Ferme du Chant des Cailles est une ASBL regroupant plusieurs pôles d'activité, professionnels et citoyens, qui est située dans la commune de Watermael-Boitsfort dans la Région bruxelloise. Ensemble, ces pôles fondent une communauté urbaine de citoyens et de voisins basée sur le thème de l'alimentation. Elle a été fondée en 2013, dans le but de devenir l'unique porte-parole d'un espace agricole et citoyen de 2,43 hectares (auquel il faut rajouter 2 ha mis à disposition des éleveurs par la proche Abbaye Saint-Anne) sur lequel sont engagées plus de 500 personnes, de différentes manières sur lesquelles nous allons revenir. Une coopérative a été fondée en 2016²⁷. La Ferme est composée de 3 pôles professionnels qui produisent des légumes (pôle maraîchage – 3 ETPs), du fromage, de la laine, des yaourts et des pommes (pôle élevage – 1 ETP), des herbes aromatiques et médicinales (pôle « Herbaïlle » - 1 ETP). En outre, 2 pôles citoyens sont mis en place : un jardin collectif réunissant une soixantaine de voisins, et un pôle « quartier durable » qui fait le lien des autres activités avec « l'extérieur » et entre la Ferme dans son quartier à travers l'organisation d'une épicerie collective ou encore d'atelier pédagogique.

D'après nous, ce lieu propose des types d'engagements spécifiques dans les activités agricoles qui permettent aux nombreux participants d'interroger leur rapport à l'alimentation. L'originalité de la Ferme tient dans la diversité de ses types d'engagements citoyens et de consommation qui questionnent de manière approfondie le lien entre producteur et consommateur dans ces types les plus engageants, et permet une interaction plus classique dans ses types les plus légers. Le pôle maraîchage présente la plus large palette et le plus d'attrait à cet égard.

Le premier type d'engagement, et le plus significatif, dépasse largement l'engagement prévu par les groupes d'achat dont nous avons parlé précédemment : il s'agit d'abord de s'abonner annuellement auprès des maraîchers pour avoir accès aux légumes produits – démarche similaire aux groupes d'achats. 370 personnes sont abonnées auprès des maraîchers. L'originalité du dispositif est à trouver dans le fait que la *récolte* des légumes est effectuée par les abonnées. Autrement dit, les « citoyens-consommateurs-mangeurs » effectuent eux-mêmes une part du travail (non négligeable) des maraîchers : la cueillette. Celle-ci est organisée par un système complexe, à la base duquel les maraîchers indiquent aux abonnés, au moyen de drapeaux verts ou rouges et de tableau d'information, que tel ou tel autre légume est prêt à être consommé. En visite sur le champ, les abonnés s'engouffrent dans les rangs de légume et cueillent les légumes signalés. À travers ce type d'engagement, les « mangeurs » sont impliqués concrètement dans la production, et de manière essentielle, puisqu'ils se substituent complètement aux maraîchers lors de cette phase de la production. De plus, il permet de faciliter

²⁷ <http://www.chantdescailles.be/la-cooperative/>

la commercialisation des produits : plus besoin de tenir un stand sur un marché en vente directe, ou bien de passer par un intermédiaire pour atteindre le consommateur. Celui-ci devient un élément clé et essentiel de la production, ce qui implique que le producteur perd, symétriquement, une partie du contrôle qu'il a de son exploitation. La gestion de la récolte est alors collectivisée : chacun récolte une quantité qu'il juge suffisante de légume, prenant soin de ne pas trop en prendre, ni trop peu, en toute autonomie. Chacun va cueillir les légumes lorsqu'il en a besoin, et ne se rend pas sur place lorsqu'il est en vacances ou absent par exemple (situation impliquant une certaine logistique dans les circuits de panier bio plus classique). De plus, une souplesse est introduite qui visera à limiter le gaspillage : si l'on voit qu'un légume est surabondant, on n'hésitera pas à en cueillir beaucoup ; si un légume est rare, on en prendra moins. Certes, mimétisme social et autocontrôle jouent à plein. De surcroît, les abus pourront être sanctionnés socialement lors de réunions collectives par simple dénonciation, en demandant à la personne « repérée » de se justifier devant le collectif si un abus est présumé – la procédure collective étant davantage conviviale et bienveillante que juridique, et implique de bonnes relations interpersonnelles. Finalement, chacun devient responsable de sa propre consommation, et est obligé de se poser la question : de quoi ai-je besoin ? Quelle quantité de légumes, et quels légumes, dois-je cueillir pour répondre à mes besoins ?

Les chantiers participatifs mensuels constituent le deuxième type d'engagement proposé sur la Ferme aux abonnés, mais aussi aux curieux²⁸. Il s'agit de venir donner un coup de main sur le champ pendant une journée, sur une base volontaire. La plupart du temps, le désherbage sera privilégié, car il n'implique pas de connaissance ou de savoir-faire trop important. En effet, il faut pouvoir proposer une activité utile aux maraîchers ; ceux-ci ne doivent pas passer de temps à réparer les erreurs faites par les volontaires pour que l'opération soit intéressante. Ceci implique également une prise en charge conséquente : il faut former les nouveaux, et apprendre. Il faut anticiper le chantier et savoir proposer quelque chose à faire d'adéquat. De plus, un contrat certifiant que le travail est bénévole sera signé, pour assurer, en cas d'inspection du travail, qu'il ne s'agit pas de travail au noir, et pour clarifier la responsabilité de chacun en cas d'accident. Si l'organisation est bien menée, les maraîchers capitaliseront sur ces chantiers collectifs. Toutefois, il est évident qu'une telle gestion transforme le travail classique de l'agriculteur. Loin d'un labeur isolé et indépendant, le maraîchage devient une activité partagée entre le producteur et les consommateurs.

En troisième lieu, les voisins ou des personnes en formation peuvent participer aux activités de la Ferme de manière très régulière, voire quotidienne. Dans ce cas, la Ferme est une part intégrale de la vie quotidienne des personnes. Les maraîchers peuvent accueillir des personnes en formation professionnelle, qui ne viendront pas nécessairement des environs. De manière remarquable, le pôle élevage est soutenu par plusieurs voisins de manière quasiment quotidienne pour la traite des brebis, ainsi que pour la fabrication du fromage.

Quatrièmement, les abonnés peuvent participer aux réunions annuelles, lors desquelles ils peuvent faire des propositions relatives à la production, et notamment en ce qui concerne le plan de culture. On pourra favoriser tel légume, en défavoriser un autre. De plus, ces réunions sont des moments conviviaux et chaleureux qui forgent la communauté. L'acte de manger des

²⁸ De plus, un collectif de militants bruxellois a fondé "Les Brigades d'Action Paysanne" qui interviennent ponctuellement à la demande des paysans en Régions wallonne et bruxelloise. Ceux-ci ont pu intervenir auprès du pôle élevage de la Ferme.

légumes n'est plus du tout un acte solitaire et anonyme dans un supermarché ; au contraire, c'est une activité qui rapproche les personnes, permettent des rencontres. Étant donné que les abonnés sont nécessairement des personnes vivant proches du champ, puisqu'ils doivent s'y rendre régulièrement pour la cueillette, ces réunions renforcent les liens humains et sociaux à l'intérieur du quartier et dans le voisinage. On peut postuler que les retombées en termes de bien-être et de psychologie individuelle doivent être remarquables, bien qu'elles n'aient jamais été mesurées scientifiquement jusque-là. Les témoignages soulignent néanmoins que la convivialité et les rencontres sont l'un des moteurs de l'engagement des personnes. Cela est particulièrement vrai pour les personnes pensionnées.

Enfin, le dernier type d'engagement est proposé par la coopérative, commune aux 3 pôles professionnels. Celle-ci propose en effet aux voisins (en priorité) de racheter le matériel agricole aux professionnels. La Ferme peut ainsi devenir la propriété collective des habitants du quartier. En outre, les coopérateurs participent aux risques financiers, mais aussi aux décisions structurelles. Un tel engagement fait exploser la dichotomie entre producteur et consommateur : ils sont, ensemble, propriétaires de l'activité, et décident de concert de son orientation, ce qui implique de redéfinir le rôle du consommateur, mais aussi celui du producteur.

En conclusion, les types d'engagements proposés aux consommateurs dans la Ferme du Chant des Cailles revisitent totalement les notions de consommation et de production, mais aussi leur relation. Dans sa version forte, les engagements portent sur la vie même des personnes qui relève de l'intime. En effet, s'alimenter n'est plus, dans ce système, un acte d'achat anonyme et anodin. Il s'agit de réfléchir, à la fois individuellement et collectivement, à la manière de manger, donc au rapport besoins/réponse. De manière métaphorique, on peut dire que le lieu de stockage des légumes (le frigidaire) est extérieur à la cuisine, alors même que la cuisine est l'un des lieux les plus intimes et personnels du foyer. On assiste donc à une extériorisation de l'acte de manger, en même temps que cette extériorisation pousse les participants à s'interroger intérieurement sur ce qu'ils font, ce qu'ils mangent, et sur la place de l'alimentation dans leur vie. Les bénéfices psychologiques sont importants. En outre, de manière évidente, mais cruciale pour notre problème central, les chantiers collectifs, la cueillette et la participation à la production de la Ferme en général offrent une bonne occasion de fournir une activité physique, de marcher, de mettre son corps en action. Ces types d'engagements permettent par conséquent de se maintenir en bonne santé, notamment en résistant à la sédentarité. Autant de réflexions et de possibilités capables de se réapproprier son alimentation, et par-là même de renforcer son autonomie et son rapport à l'alimentation ; éléments cruciaux dans la lutte contre l'obésité.

B. L'autoproduction alimentaire

Il nous semble que les groupes d'achat sont des exemples incontournables à cause de la forte prolifération qu'ils connaissent en Région wallonne, et que la Ferme du Chant des Cailles est particulièrement exemplaire et innovante en ce qui concerne les types d'engagements citoyens. Ils permettent, *in fine*, au consommateur de revoir son rapport à l'alimentation. Toutefois, ces deux exemples sont davantage illustratifs qu'exhaustifs, et le lecteur, s'il a saisi le principe les reliant à l'amélioration de la santé et à la lutte contre l'obésité, ne manquera pas de connaître de nombreuses autres initiatives qui encouragent à une réflexion personnelle et collective sur le rapport entre les besoins de chacun et les réponses que chacun y apporte.

En complément, nous devons signaler et souligner brièvement le rôle similaire de l'autoproduction domestique dans le rapport à l'alimentation de chacun, mais aussi en termes d'activités physiques. En Régions wallonne et bruxelloise, les potagers urbains connaissent une grande effervescence, qui n'est d'ailleurs pas limitée à la Belgique, mais est bel et bien internationale. L'autoproduction est définie comme étant une production domestique, démonétisée, qui est consommée par le producteur. Là encore, dans ce schéma, la classique opposition entre le producteur et le consommateur ne tient plus, puisqu'une seule personne effectue les deux tâches que distingue la théorie économique. Dans la Ferme du Chant des Cailles, les jardins collectifs sont un exemple d'autoproduction collective, puisque la terre sur laquelle le jardin est cultivé est détenue collectivement. De plus, le jardin est divisé en parcelle : une moitié du jardin est entièrement collective (60 personnes), l'autre moitié est divisée en bandes, lesquelles sont à la disposition d'un groupe d'une dizaine de personnes. L'autoproduction peut donc être individuelle dans les foyers, mais aussi collective dans des jardins partagés ; entre les deux nichent entre une pléthore d'options, comme les jardins ouvriers (parcelle individuelle, outils collectivisés).

En Régions wallonne et bruxelloise se trouvent notamment des activités de semenciers regroupés autour du réseau « Semences paysannes » (<http://www.semencespaysannes.org/>), ou des réseaux de potagers collectifs. À Bruxelles, 21 potagers collectifs sont recensés sur le site internet des Potagers Urbains (<http://potagersurbains.be>). Le Début des Haricots joue un rôle clé dans cette dissémination. Dans la totalité de la Belgique francophone, le Réseau des Consommateurs Responsables recense 560 potagers collectifs (<http://www.asblrcr.be/carton>).

L'autoproduction bénéficie à la santé des personnes tant en termes de rapport à l'alimentation qu'en termes de sédentarité et d'activités physiques, d'autant plus si la parcelle est située à l'extérieure du foyer. En outre, elle peut permettre d'accéder à des légumes de qualité à faible coût, ce qui est particulièrement intéressant pour les ménages disposant de beaucoup de temps libre (chômeurs, pensionnés...).

C. Comment soutenir ces initiatives ?

Ces initiatives citoyennes, bien que nombreuses et diversifiées, connaissent des problèmes généralement similaires, dont allons reprendre ici les principaux. Le rôle de la Région est crucial pour permettre aux initiatives existantes de pérenniser, et à faciliter le fleurissement de nouvelles à venir.

Le premier problème est celui de l'accès à la terre. Au commencement, une fois la volonté d'un groupe de créer une initiative faite, se pose systématiquement le problème du terrain. Où fonder ce projet ? La problématique est bien documentée, notamment par des ONG telles que FIAN²⁹. La Belgique est un pays très urbanisé ne disposant, relativement à sa population, pas de terres agricoles en suffisance. Les prix sont extrêmement élevés, et l'offre limitée. Cela s'explique facilement : la gestion des terres est opérée par un système de marché. Or, dans un marché de produits limités et non reproductibles comme la terre, une demande croissante rencontrant une offre stable n'aura comme conséquence nécessaire que de faire monter les prix. À cela s'ajoute une forte spéculation sur les terres agricoles, que l'on garde dans l'espoir qu'elles deviennent un jour constructibles afin d'engranger la plus-value ainsi

²⁹ Fian.be

générée – sans aucun travail si ce n'est l'immobilisation du capital. Enfin, la terre est devenue une valeur refuge depuis la crise financière de 2008 ; et Thomas Piketty a bien démontré que la tendance lourde actuelle tend à rendre les rendements du capital, dont l'immobilier fait partie, supérieur à celui du travail. Ainsi, la part du revenu des ménages destinée au loyer ne fera que croître selon ses prévisions. Autant de raison de ne pas vendre. Le mécanisme du marché de l'immobilier, y compris des terres agricoles, va continuer à faire monter les prix, à moins de réformer le système en profondeur.

Sans aller jusque-là, les pouvoirs peuvent, premièrement, faciliter l'accès à la terre, en mettant par exemple à la disposition des initiatives citoyennes et sociales bien identifiées des terres publiques (pour un loyer nul ou modeste), ou bien en subventionnant l'achat de terre privée pour une telle finalité sociale. La réquisition de terrains vagues ou inutilisés peut également faire partie d'un arsenal juridique capable de soutenir ces initiatives, tant en ville qu'en zone rurale, à l'instar des législations permettant la réquisition de bâtiment vide à des fins de logement. Deuxièmement, les pouvoirs publics peuvent apporter des garanties juridiques pour sécuriser et maintenir l'accès sur des terres acquises. Là encore, l'exemple de la Ferme du Chant des Cailles est frappant : l'ASBL ne bénéficie pas d'un bail sécurisant, car le terrain occupé est en partie destiné à accueillir des logements sociaux. Or, la pérennisation des activités économiques (maraîchers et éleveurs) nécessite des garanties sur le terrain pour permettre les investissements nécessaires. Sans cela, aucun investissement sérieux ne peut être envisagé, car le risque de s'en voir dépossédé est élevé. Troisièmement, est de manière plus générale, une réforme de la distribution et de l'accès aux terres agricoles est nécessaire en Région wallonne, car le modèle actuel est le vecteur d'une concentration des terres et des propriétés qui accentuent les inégalités sociales et rendent l'accès à la terre aux jeunes et aux nouveaux acteurs entrants dans le monde agricole trop difficile. Une solution peut être la mise en place d'organismes locaux surveillant les achats et ventes de terre, et ayant pour mandat de favoriser les jeunes agriculteurs, ou bien les initiatives citoyennes et sociales – à l'instar des SAFER en France, qui malgré certaines imperfections, font office d'intermédiaire œuvrant pour l'intérêt général. Elles arrivent à maintenir des prix des terres agricoles six fois moins élevés qu'en Belgique en moyenne.

Deuxièmement, les pouvoirs publics doivent clarifier les normes alimentaires qui s'appliquent aux filières de circuit court, aux groupes d'achat, ou aux fermes en vente directe. L'AFSCA est largement responsable en la matière, et le sujet a déjà abordé plus haut dans ce rapport. Néanmoins, cela est suffisamment important pour être répété.

Troisièmement, les pouvoirs publics peuvent tenter de faciliter la reconnaissance juridique des initiatives, peut-être à travers des offices de conseil. En effet, étant donné le caractère novateur et citoyen des initiatives, elles rentrent difficilement dans les catégories juridiques prévues pour la reconnaissance des organisations. Prenons l'exemple de la Ferme du Chant des Cailles : le projet, initié en 2011, n'a bénéficié d'un statut juridique qu'à partir de 2013 avec la création de l'ASBL. Néanmoins, celui-ci ne permet pas l'épanouissement des pôles professionnels, dont chacun bénéficie au surplus d'un statut juridique spécifique. Il a fallu attendre 2016 pour que la forme coopérative s'impose comme adéquate pour une majorité des participants au projet, permettant d'allier activité économique et engagement citoyen. Ces difficultés juridiques ont pu être résolues, dans notre exemple, grâce à un fort réseau bien informé soutenant l'initiative. En outre, que l'on pense également à la reconnaissance de la participant bénévole des abonnés aux maraîchers, à mi-chemin entre bénévolat et main d'œuvre

classique. En interrogeant les catégories économiques classiques (consommateur/producteur), les initiatives interrogent aussi les catégories juridiques qui encadrent le régime sociotechnique de l'alimentation. Ce mélange des genres est clairement un obstacle à la généralisation des initiatives citoyennes alimentaires, qui pourtant proposent des avantages importants en termes de santé publique. Bien qu'il soit peut-être difficile de créer un statut juridique particulier pour chaque initiative dans la mesure où elles sont toutes singulières et contextuelles, il ne serait pas impossible d'imaginer un statut juridique temporaire, un statut de transition, permettant une reconnaissance de l'initiative. Ce statut permettrait, en outre, la signature d'un bail, la contractualisation d'assurance, et une autorisation de vente de produit déresponsabilisé : il faudrait donc que le consommateur assume la responsabilité de la qualité du produit, comme il le fait en cas d'autoproduction domestique. Ce statut offrirait une certaine sécurité juridique, le temps que l'initiative puisse clarifier ses activités et sa vision pour ensuite d'insérer dans les catégories juridiques classiques : ASBL, société, etc. Quoiqu'il en soit, les pouvoirs publics pourraient fournir des conseils aux initiatives pour opter pour les catégories les plus appropriées.

Quatrièmement, les pouvoirs publics peuvent supporter financièrement les initiateurs et organisateurs des initiatives sociales et citoyennes. En effet, ces organisations impliquent généralement un grand nombre de personnes qui doivent s'entendre et se coordonner. Il s'agit donc de soutenir l'encadrement et la structuration des initiatives le temps que les activités économiques qu'elles contiennent se stabilisent et deviennent rentables. Cela peut se faire de plusieurs manières. D'abord, des organisations souvent ASBL proposent déjà de soutenir l'éclosion d'initiatives citoyennes, à l'instar du réseau Villes en Transition ou du Réseau des Consommateurs Responsables. Chacun d'entre eux propose d'ailleurs des manuels (Réseau des Consommateurs Responsables 2015; Hopkins 2010) et des personnes relais au niveau local dans la plupart des villes de la Région. La Région peut donc soutenir ces organisations. Ensuite, elle peut financer directement des postes d'encadrement. C'est bien le cas de la Ceinture AlimenTerre liégeoise : deux emplois équivalents temps plein sont financés pour deux années dans le but d'aider à l'émergence d'un niveau de rentabilité suffisant au niveau des initiatives parties de la CATL. De plus, la Région pourrait mettre à disposition du personnel capable de suivre, de soutenir et de conseiller ces initiatives, tant au niveau de l'animation de réunion que de la gestion des ressources humaines, que de l'économie ou du juridique. Enfin, la Région peut aussi continuer d'investir dans des moyens de promotion des initiatives locales telles que les plateformes en ligne pour faciliter la rencontre des offres et des demandes. Le site internet « leclicloal.be » recense par exemple de nombreux producteurs et permet leur géolocalisation. Il est financé par l'Agence wallonne pour la promotion d'une agriculture de qualité.

Enfin, la Région peut cinquièmement valoriser les initiatives citoyennes de manière symbolique. Concrètement, cela peut être fait à travers la mise en place d'un récit, d'une narration favorisant la transition vers une alimentation durable au niveau régional. Ceci a été développé auparavant dans le chapitre portant sur la gouvernance. Une telle légitimation permet de faire apparaître ces initiatives comme des *innovations* sociales profitables à la société en général du point de vue, au moins, de la santé publique. Cette image d'innovation peut participer à contrebalancer une sensation de marginalité, qui est certes exacte au niveau économique, mais qui sous-estime le riche potentiel prospectif et l'exemplarité de ces dispositifs au regard des défis alimentaires de notre temps, dont, en premier lieu, l'obésité.

Conclusion

La force de ce rapport est de présenter dans un même document une vue synthétique des mesures transsectorielles susceptibles de réduire l'obésité en Région wallonne. Il ne permet pas de paramétrer au mieux chacune d'entre elles, mais fournit des indications suffisantes pour saisir leur intérêt, leurs synergies et les difficultés qu'elles suscitent. Il est orienté autour d'une tension : d'une part, d'encourager les initiatives, collectives et individuelles, permettant potentiellement d'améliorer les capacités de chacun à prendre de bonnes décisions en matière alimentaire. Pour cela, des informations fiables, compréhensibles, objectives tout comme des connaissances des produits et des modes de production peuvent créer une perception individuelle dans laquelle chacun se sent en capacité de maîtriser son alimentation et son régime alimentaire de façon à pouvoir les orienter vers des pratiques saines, équilibrées, diversifiées, conformes à la santé. D'autre part cependant, le consommateur est très sensible à l'environnement dans lequel il prend ses décisions : le lieu, l'humeur, le moment sont autant de facteurs décisifs. Mais d'autres encore ne dépendent pas de lui : le prix, la disponibilité, la publicité, le marketing, ou la captivité dans un lieu seront déterminants. Des informations contradictoires entre une publicité et une recommandation nutritionnelle créeront de la confusion. Une promotion le poussera à préférer un snack à un fruit. Un environnement obésogène l'incitera à acheter trop souvent des produits trop gras, trop salé, trop sucré. Si l'accessibilité de ces produits est supérieure à celle de produits sains contenant des fibres, des macros- et des micronutriments nécessaires et en quantité équilibrée, à l'instar des fruits et légumes, et dont souvent la population manque, l'obésité risque de progresser. Ce rapport convie donc, les pouvoirs publics, et en premier lieu la Région qui détient notamment les compétences de la promotion de la santé et de l'agriculture, à tout mettre en œuvre pour desserrer la pression de ces environnements obésogènes, et, *a contrario*, de favoriser des environnements sains, car ils seront favorables à des choix alimentaires aptes à réduire significativement l'obésité. Ce ne sont pas les outils qui manquent, mais plutôt le manque d'action concertée entre les secteurs, les pouvoirs publics et les acteurs concernés. Un certain nombre de victoires ont été acquises : la mise en œuvre du nutri-score, le développement d'organe de gouvernance transsectoriel au niveau des villes et des régions, une forte sensibilisation des consommateurs répercutée en une demande pour des produits locaux, une politique régionale de promotion de la santé prometteuse, une politique alimentaire régionale ayant notamment de l'ambition en matière de restauration collective, etc. Les autorités peuvent agir de manière coordonnée pour permettre aux Belges de bien manger. C'est un enjeu économique, social, culturel, un enjeu politique que ce rapport incite à relever pleinement. Un enjeu de bien-être et de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Abarca-Gómez, Leandra, Ziad A Abdeen, Zargar Abdul Hamid, Niveen M Abu-Rmeileh, Benjamin Acosta-Cazares, Cecilia Acuin, Robert J Adams, et al. 2017. « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults ». *The Lancet* 390 (10113): 2627-42.
- AFSCA. 2015. « Transformation et vente à la ferme ». Agence Fédéral pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire.
- Aguirre, Emilie K. 2016. « The Importance of the Right to Food for Achieving Global Health ». *Global Health Governance* IX (1): 164-78.
- Alwan, A. 2011. « Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. » *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*.
- Anne Sibbel. 2012. « Public nutrition and the role of the food industry ». *British Food Journal* 114 (6): 784-97..
- Antoine, Fanny. 2016. « Les naturopathes saisissent le Conseil d'Etat... » *Bio Info*, mars 2016, sect. n°158.
- APES-ULiège, et AVIQ. 2018. « Plan prévention et promotion de la santé en wallonie horizon 2030 : Axe "Promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé" ». Proposition de référentiel stratégique.
- Astrup, Arne, Jørn Dyerberg, Peter Elwood, Kjeld Hermansen, Frank B. Hu, Marianne Uhre Jakobsen, Frans J. Kok, et al. 2011. « The Role of Reducing Intakes of Saturated Fat in the Prevention of Cardiovascular Disease: Where Does the Evidence Stand in 2010? » *The American Journal of Clinical Nutrition* 93 (4): 684-88.
- Bahl, Roy, Richard Bird, et Mary Beth Walker. 2003. « The Uneasy Case Against Discriminatory Excise Taxation: Soft Drink Taxes in Ireland ». *Public Finance Review* 31 (5): 510-33. <https://doi.org/10.1177/1091142103253753>.
- Bamberg, Sebastian, et Guido Möser. 2007. « Twenty years after Hines, Hungerford, and Tomera: A new meta-analysis of psycho-social determinants of pro-environmental behaviour ». *Journal of Environmental Psychology* 27 (1): 14-25.
- Bandura, Albert. 1971. « Social Learning Theory ». General Learning Corporation.
———. 1977. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Beresford, Shirley A. A., Emily Locke, Sonia Bishop, Briana West, Bonnie A. McGregor, Barbara Bruemmer, Glen E. Duncan, et Beti Thompson. 2007. « Worksite Study Promoting Activity and Changes in Eating (PACE): Design and Baseline Results ». *Obesity* 15 (S1): 4S-15S.
- Berra, Paul, et Christian Massot. 2016. « Tableau de bord de la santé 2016 ». Santé du Hainaut 12. Observatoire de la Santé du Hainaut.
- Biernaux, Martin. 2014. « Livre blanc pour un accès de tous à une alimentation de qualité ». Union Nationale des Mutualités Socialistes.
- Blot, Caroline. 2012. « Fruits et légumes : évolutions et tendances de consommation ». Présentation. Etablissement national des produits de l'agriculture et de la mer.
- Booth, S. L., J. F. Sallis, C. Ritenbaugh, J. O. Hill, L. L. Birch, L. D. Frank, K. Glanz, et al. 2001. « Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical

- Activity: Rationale, Influences, and Leverage Points ». *Nutrition Reviews* 59 (3 Pt 2): S21-39; discussion S57-65.
- Booth, Sue, et John Coveney. 2015. *Food Democracy - From consumer to food citizen*. Public Health. Springer Briefs.
- Borras, Saturnino, et Jennifer Franco. 2013. *Land Concentration, Land Grabbing and People's Struggles in Europe*. TransNational Institute.
- Bouchedor, Astrid. 2014. « Pour un meilleur accès à la terre en Belgique et en Europe ». Etude. Bruxelles: FIAN.
- Bourdieu, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Sens commun. Paris: Minuit.
- Brandt-Pomares, Pascale, Liliane Aravecchia, Josiane Bally, et Emmanuel Buisson-Fenet. 2008. « Comment former des enseignants pour une éducation à l'environnement et au développement durable ? » *Aster*, n° 46.
- Briggs, Adam D. M., Oliver T. Mytton, Ariane Kehlbacher, Richard Tiffin, Mike Rayner, et Peter Scarborough. 2013. « Overall and Income Specific Effect on Prevalence of Overweight and Obesity of 20% Sugar Sweetened Drink Tax in UK: Econometric and Comparative Risk Assessment Modelling Study ». *BMJ* 347 (octobre): f6189.
- Bruxelles Environnement, et Bruxelles économie et emploi. 2015. « Stratégie Good Food. Vers un système alimentaire durable ». Bruxelles: Ministère bruxellois du logement, de la qualité de vie, de l'environnement et de l'énergie.
- Bui, Sibylle. 2015. « Pour une approche territoriale des transitions écologiques. Analyse de la transition vers l'agroécologie dans la Biovallée ». Paris: AgroParisTech.
- Cairns, Georgina, Kathryn Angus, et Gerard Hastings. 2009. « The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to december 2008 ». Meta-Review. World Health Organisation.
- Carrard, I., et M. Kruseman. 2016. « Maintien de la perte de poids : que peut-on apprendre de ceux qui ont réussi ? » *Obésité* 11 (3): 194-99.
- Cash, Sean, David Sunding, et David Zilberman. 2005. « Fat taxes and thin subsidies: Prices, diet and health outcomes ». *Acta Agriculturae Scand Section C* (2): 167-74.
- Castoriadis, Cornelius. 1975. *L'institution imaginaire de la société*. Paris: Le Seuil.
- Cefaï, Daniel. 1996. « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques ». *Réseaux* 14 (75): 43-66.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2017. « Prevalence of Obesity Among Adults in Youth: United States, 2015-2016 ». NCHS Data Brief 288.
- Centre d'Information sur les Médias. 2015. « Etudes stratégiques CrossMédia 2015 ». CIM.
- Chandon, Pierre. 2015. « How to Get People to Pay for Smaller Portions ». In , n/a. Fontainebleau, France: INSEAD.
- Chandon, Pierre, et John Dyson. 2007. « Is Obesity Caused by Calorie Underestimation? A Psychophysical Model of Meal Size Estimation ». *Journal of Marketing Research* 44 (1): 84-99.
- Chantal, Julia, et Serge Hercberg. 2017. « Development of a new front-of-pack nutrition label in France: the five-colour Nutri-Score ». *Public Health Panorama* 3 (04): 712-25.
- Chopra, Mickey, Sarah Galbraith, et Ian Darnton-Hill. 2002. « A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition ». *Bulletin of the World Health Organization* 80 (12): 952-58.
- Chouinard, Hayley H, David E Davis, Jeffrey T LaFrance, et Jeffrey M Perloff. 2007. « Fat Taxes: Big Money for Small Change ». *Forum for Health Economics & Policy* 10 (2).
- Closson, Catherine, et Alimentation21. 2015. « Aide alimentaire. Un cadre propice pour parler d'alimentation ». Groupe de travail Alimentation et Santé. Bruxelles: Concertation Aide Alimentaire et Fédération des Services Sociaux.

- Comité des droits économiques sociaux et culturels. 1999. *Observation générale n°12 sur le droit à une nourriture suffisante*.
- Communauté française. 2006. « Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaires et physique pour les enfants et les adolescents ». Ministres de la santé, de l'enseignement et des sports.
- Cornil, Yann, et Pierre Chandon. 2015. « Pleasure as a Substitute for Size: How Multisensory Imagery Can Make People Happier with Smaller Food Portions ». *Journal of Marketing Research* 53 (5): 847-64.
- Cutler, David M., Edward L. Glaeser, et Jesse M. Shapiro. 2003. « Why Have Americans Become More Obese? » *Journal of Economic Perspectives* 17 (3): 93-118.
- Dannefer, Rachel, Donya A. Williams, Sabrina Baronberg, et Lynn Silver. 2012. « Healthy Bodegas: Increasing and Promoting Healthy Foods at Corner Stores in New York City ». *American Journal of Public Health* 102 (10): e27-31.
- De Ridder, Karin, Sarah Bel, Loes Brocatus, Thérèse Lebacqz, Cloë Ost, et Eveline Teppers. 2016. « Enquête de consommation alimentaire 2014-2015 ». D/2016/2505/51. Bruxelles: Institut scientifique de santé publique.
- De Schutter, Olivier. 2016. « La cage et le labyrinthe : s'évader de la religion de la croissance ». *LPTransition Working Paper*, n° 2.
- . 2017. « The political economy of food systems reform ». *European Review of Agricultural Economics*, 1-27.
- . 2019. « Commentaire de l'article 2 ». In *Commentaire du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 715. Paris: Economica.
- De Schutter, Olivier, Sybille Bui, Isabelle Cassiers, Tom Dedeurwaerdere, Benoît Galand, Hervé Jeanmart, Marthe Nyssens, et Etienne Verhaegen. 2016. « Construire la transition par l'innovation sociale : le cas de la vallée de la Drôme ». *LPTransition Working Paper*, n° 2016-1.
- DG Research and Innovation. 2013. « Standards and Standardisation: A Practical Guide for Researchers ». Bruxelles: European Union.
- Dobson, Paul W., et Eitan Gerstner. 2010. « For a Few Cents More: Why Supersize Unhealthy Food? » *Marketing Science* 29 (4): 770-78.
- Drewnowski, Adam, et Barry M. Popkin. 1997. « The Nutrition Transition: New Trends in the Global Diet ». *Nutrition Reviews* 55 (2): 31-43.
- Elbel, Brian, Rogan Kersh, Victoria L. Brescoll, et L. Beth Dixon. 2009. « Calorie Labeling And Food Choices: A First Look At The Effects On Low-Income People In New York City ». *Health Affairs* 28 (6): 1110-21.
- Epstein, Leonard, Constance Gordy, Hollie Raynor, Marlene Beddome, Colleen Kilanowski, et Rocco Paluch. 2001. « Increasing Fruit and Vegetable Intake and Decreasing Fat and Sugar Intake in Families at Risk for Childhood Obesity ». *Obesity* 9 (3): 171-78.
- FAO. 2004. « Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale ». Adopté à la cent vingt-septième session du Conseil de la FAO. Genève: ONU.
- Fautsch Macias, Yvette, et Peter Glasauer. 2014. « Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices ». FAO.
- Fennis, Bob M., et Wolfgang Stroebe. 2010. *The Psychology of Advertising*. Taylor & Francis.
- Fernandez, I. Diana, Nancy P. Chin, Carol M. Devine, Ann M. Dozier, Camille A. Martina, Scott McIntosh, Kelly Thevenet-Morrison, et Hongmei Yang. 2015. « Images of a Healthy Worksite: A Group-Randomized Trial for Worksite Weight Gain Prevention With Employee Participation in Intervention Design ». *American Journal of Public Health* 105 (10): 2167-74.

- Finkelstein, Stacey R., et Ayelet Fishbach. 2010. « When Healthy Food Makes You Hungry ». *Journal of Consumer Research* 37 (3): 357-67.
- Food and Drug Administration. 1995. « Open Session of the Endocrinologic and Metabolic Drugs Advisory Committee ». FDA.
- Galand, Benoît. 2006. « La motivation en situation d'apprentissage : les apports de la psychologie de l'éducation ». *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, n° 155 (juin): 5-8.
- Geels, Frank W., et Johan Schot. 2007. « Typology of sociotechnical transition pathways ». *Research Policy*, n° 36: 399-417.
- Gorz, André. 2008. *Ecologica*. Débats. Paris: Galilée.
- Gusfield, Joseph. 2009. *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*. Etudes sociologiques. Economica.
- Guthrie, Joanne F., Biing-Hwan Lin, et Elizabeth Frazao. 2002. « Role of Food Prepared Away from Home in the American Diet, 1977-78 versus 1994-96: Changes and Consequences ». *Journal of Nutrition Education and Behavior* 34 (3): 140-50.
- Harper, Alethea, Annie Shattuck, Eric Holt-Giménez, Alison Alkon, et Frances Lambrick. 2009. « Food Policy Councils: Lessons Learned ». Food First. Washington D.C.: Institute for Food and Development Policy.
- Harris, Jennifer L., John A. Bargh, et Kelly D. Brownell. 2009. « Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behavior ». *Health Psychology* 28 (4): 404-13.
- Hawkes, Corinna, Trenton G Smith, Jo Jewell, Jane Wardle, Ross A Hammond, Sharon Friel, Anne Marie Thow, et Juliana Kain. 2015. « Smart food policies for obesity prevention ». *The Lancet* 385 (9985): 2410-21.
- Heble, M. R., et J. Xu. 2001. « Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient - ProQuest ». *International Journal of Obesity* 25 (8): 1246-52.
- Hercberg, Serge, Arnaud Basdevant, et Chantal Julia. 2013. « Proposition pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé ». Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- Holloway, John, et Sylvie Bosserelle. 2008. *Changer le monde sans prendre le pouvoir : Le sens de la révolution aujourd'hui*. Paris; Montréal: Editions Syllepse.
- Hopkins, Rob. 2010. *Manuel de la transition*. Ecosociété.
- Hutt, W. H. 1940. « The Concept of Consumers' Sovereignty ». *The Economic Journal* 50 (197): 66-77.
- IPES Food. 2016. « From uniformity to diversity. A paradigm shift from industrial agriculture to diversified agroecological systems ». International Panel of Experts on Sustainable Food.
- IPES-Food. 2016. « De l'uniformité à la diversité. Changer de paradigme pour passer de l'agriculture industrielle à des systèmes agroécologiques diversifiés ».
- . 2019. « Towards a Common Food Policy for the European Union. The Policy Reform and Realignment That Is Required to Build Sustainable Food Systems in Europe. » Bruxelles: IPES Food.
- IWEPS. 2017. « La Wallonie en chiffre ». Namur: IWEPS.
- Jackson, Tim. 2010. *Prospérité sans croissance*. Bruxelles: De Broeck.
- Jay, Melanie, Adina Kalet, Tavinder Ark, Michelle McMacken, Mary Jo Messito, Regina Richter, Sheira Schlair, Scott Sherman, Sondra Zabar, et Colleen Gillespie. 2009. « Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: A cross-sectional study ». *BMC Health Services Research* 9 (juin): 106.
- Jensen, Jørgen Dejgård. 2011. « Can Worksite Nutritional Interventions Improve Productivity and Firm Profitability? A Literature Review ». *Perspectives in Public Health* 131 (4): 184-92.

- Johannes, Karine, et Nicolas Baygert. 2012. « L'immersion consumériste ou le réenchâtement par la consommation ». *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 7 (janvier): 85-99.
- Julia, C., et S. Hercberg. 2017. « Nutri-Score: Evidence of the effectiveness of the French front-of-pack nutrition label ». *Ernährungs Umschau* 64 (12): 181-87.
- Kay, Sylvia, Jonathan Peuch, et Jennifer Franco. 2015. « Extent of farmland grabbing in the EU ». Policy department: structural and cohesion policies. Bruxelles / Amsterdam: DG for Internal Policies.
- Kuchler, Fred, Ababayehu Tegene, et J. Michael Harris. 2005. « Taxing Snack Foods: Manipulating Diet Quality or Financing Information Programs? » *Applied Economic Perspectives and Policy* 27 (1): 4-20.
- Lamine, Claire. 2012. « « Changer de système » : une analyse des transitions vers l'agriculture biologique à l'échelle des systèmes agri-alimentaires territoriaux ». *Terrains & travaux*, n° 20 (mai): 139-56.
- Lang, S., B. Trauth, F. Eberle, R. Pluto, S. Neumann, et A. Zober. 2007. « Prevention of overweight and obesity in the workplace. BASF-health promotion campaign "trim down the pounds--losing weight without losing your mind" ». *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 69 (7): 385-92.
- Levine, James. 2011. « Poverty and Obesity in the US ». *Diabetes* 60 (11).
- Lichtman, Steven W., Krystyna Pisarska, Ellen Raynes Berman, Michele Pestone, Hillary Dowling, Esther Offenbacher, Hope Weisel, Stanley Heshka, Dwight E. Matthews, et Steven B. Heymsfield. 1992. « Discrepancy between Self-Reported and Actual Caloric Intake and Exercise in Obese Subjects ». *New England Journal of Medicine* 327 (27): 1893-98.
- Lin, Biing-Hwan, Travis A. Smith, Jonq-Ying Lee, et Kevin D. Hall. 2011. « Measuring weight outcomes for obesity intervention strategies: The case of a sugar-sweetened beverage tax ». *Economics & Human Biology* 9 (4): 329-41.
- MAP, et FUGEA. 2012. « Lettre ouverte à l'AFSCA suite à son Symposium du Comité Scientifique sur la sécurité alimentaire des circuits courts ».
- Mathers, Colin, Gretchen Stevens, et Maya Mascarenhas. 2009. « Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks ». Genève: World Health Organisation.
- Mattos, Amana, et Lucia de Castro. 2008. « Ser livre para consumir, or consumir para ser livre ? » *Psicologia em Revista* 14 (1): 151-17.
- McKinsey Global Institute. 2014. « Overcoming obesity: an initial economic analysis ».
- McMichael, Philip. 2009. « A food regime genealogy ». *The Journal of Peasant Studies* 36 (1): 139-69.
- Monfardini, Elisabetta. 2014. « Le mimétisme nécessaire à l'apprentissage ». *Science Inserm*, 14 avril 2014.
- Monfardini, Elisabetta, Fadila Hadj-Bouziane, et Martine Meunier. 2014. « Model-Observer Similarity, Error Modeling and Social Learning in Rhesus Macaques ». *PLOS ONE* 9 (2): e89825.
- Moulaert, Frank, Diana MacCallum, Abid Mehmood, et Abdelillah Hamdouch. 2013. *The International Handbook. On Social Innovation Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research*. Edward Elgar Publishing.
- National Farm to School Network. 2014. « Evaluation for Transformation: A Cross-Sectoral Evaluation Framework for Farm to School ».
- . 2016. « The benefits of farm to school ».

- Observatoire de la santé du Hainaut, et Observatoire de la santé de la Province de Luxembourg. 2015. « Regard sur la santé des jeunes. Province de Hainaut et Province de Luxembourg. » 10. Santé en Hainaut. Hainaut.
- Office of the Surgeon General, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, et National Institutes of Health. 2001. *The Surgeon General's Call To Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Office of the Surgeon General (US).
- Organisation mondiale de la santé. 1995. « Physical status: the use and interpretation of anthropometry ». Technical Report Series 854. Genève.
- . 2003. « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ». Genève.
- . 2004a. « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». Genève.
- . 2004b. « Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health ». 57th World Health Assembly.
- . 2010a. « Benchmarks for Training in Naturopathy ». WB 935. Genève: WHO.
- . 2010b. « Ensemble des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ». Genève: WHO.
- . 2013. « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 ». Genève: OMS.
- . 2016a. « Mettre fin à l'obésité de l'enfant ». Commission spéciale.
- . 2016b. « Obesity and overweight ». Fact sheet.
- Organisation mondiale de la santé, et Forum économique mondial. 2008. « Prevention of Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity ». Report of a Joint Event 150108. WHO WEF.
- Petit, Olivia, Frédéric Basso, Dwight Merunka, Charles Spence, Adrian David Cheok, et Olivier Oullier. 2016. « Pleasure and the Control of Food Intake: An Embodied Cognition Approach to Consumer Self-Regulation ». *Psychology & Marketing* 33 (8):
- Peuch, Jonathan. 2018. « Quelle est la participation aux politiques publiques de l'obésité des personnes concernées au niveau de l'OMS ? » *Obésité* 13 (4): 219-30.
- Peuch, Jonathan, et Agathe Osinski. 2020. « Governing the Transformation of regional Food Systems: the Case of the Walloon Participatory Process », *Food Ethics*.
- Plourde, Gilles. 2000. « Treating Obesity. Lost Cause or New Opportunity? » *Canadian Family Physician* 46 (9): 1806-13.
- Plourde, Gilles, et Denis Prud'homme. 2012. « Managing obesity in adults in primary care ». *Canadian Medical Association Journal* 184 (9): 1039-44.
- Popkin, Barry M. 1993. « Nutritional Patterns and Transitions ». *Population and Development Review* 19 (1): 138-57.
- Popkin, Barry M, Linda S Adair, et Shu Wen Ng. 2012. « Global Nutrition Transition and the Pandemic of Obesity in Developing Countries ». *Nutrition Reviews* 70 (1): 3-21.
- Poti, Jennifer M., et Barry M. Popkin. 2011. « Trends in Energy Intake among US Children by Eating Location and Food Source, 1977-2006 ». *Journal of the American Dietetic Association* 111 (8): 1156-64.
- Poulain, Jean-Pierre. 2009. *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France.
- Prévost, Philippe, Mathieu Capitaine, François Gautier-Pelissier, Yves Michelin, Philippe Jeanneaux, Fatiha Fort, Aurélie Javelle, et al. 2014. « Le terroir, un concept pour l'action dans le développement des territoires ». *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, n° Volume 14 Numéro 1 (mai).
- Prud'homme, Denis, et S. John Weismagel. 2004. « Traitement de l'obésité. Comme médecin, faites-vous le poids ? » *Le Médecin du Québec* 39 (2): 51-59.

- Réseau des Consommateurs Responsables. 2015. *Manuel à l'usage des initiatives citoyennes dans des contextes divers*. RCR.
- Rivera Dommarco, et al., Juan. 2014. « Política de prevención de obesidad en México: avances y asignaturas pendientes ». Ciclo de videoconferencias interactivas. Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica.
- Robard, Isabelle. 2002. *Médecines non-conventionnelles et droit : la nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe*. Juris classeur Actualité. Paris: Litec, LexisNexis.
- Robertson, Peter J., et Taehyon Choi. 2010. « Ecological Governance: Organizing Principles for an Emerging Era ». *Public Administration Review* 70 (décembre): s89-99.
- Rook, Dennis W. 1987. « The Buying Impulse ». *Journal of Consumer Research* 14 (2):
- Rozin, Paul, Kimberly Kabnick, Erin Pete, Claude Fischler, et Christy Shields. 2003. « The Ecology of Eating: Smaller Portion Sizes in France Than in the United States Help Explain the French Paradox ». *Psychological Science* 14 (5): 450-54.
- Ruffieux, Bernard, et Laurent Muller. 2011. « Etude sur l'influence de divers systèmes d'étiquetage nutritionnel sur la composition du panier d'achat alimentaire ». MA10000852. Ministère de la Santé.
- Salois, Matthew, et Richard Tiffin. 2010. « Fat Taxes and Thin Subsidies: Distributional Impacts and Welfare Effects ». *Agricultural Economics Society*, n° 84th Conference (mars).
- Schuldt, Jonathon P., et Norbert Schwarz. 2010. « The "Organic" Path to Obesity? Organic Claims Influence Calorie Judgments and Exercise Recommendations ». *Judgment and Decision Making* 5 (3).
- Sempé, Laurent. 2015. « Construction D'une Échelle De Mesure De L'expérience Narrative Réflexive Perçue Pour Les Territoires ». *Revue Française du Marketing*, n° 254: 7-22.
- Sibony, Anne-Lise, et Alberto Alemanno. 2015. « The Emergence of Behavioural Policy-Making: A European Perspective ». In *Nudge and the Law: A European Perspective*. Modern Studies in European Law. Oxford: Hart Publishing.
- STATBEL. 2018. « Chiffres clés de l'agriculture belge ». Bruxelles: SPF Economie.
- Steenhuis, Ingrid HM, Franca H. Leeuwis, et Willemijn M. Vermeer. 2010. « Small, medium, large or supersize: trends in food portion sizes in The Netherlands ». *Public Health Nutrition* 13 (6): 852-57.
- Story, M., K. M. Kaphingst, R. Robinson-O'Brien, et K. Glanz. 2008. *Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches*.
- Swinburn, Boyd A., Gary Sacks, Kevin D. Hall, Klim McPherson, Diane T. Finegood, Marjory L. Moodie, et Steven L. Gortmaker. 2011. « The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments ». *The Lancet* 378 (9793): 804-14.
- Thaler, Richard H., et Cass R. Sunstein. 2012. *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*. Vubert. Evolution 7. Pocket.
- Thow, Anne Marie, Shauna Downs, et Stephen Jan. 2014. « A Systematic Review of the Effectiveness of Food Taxes and Subsidies to Improve Diets: Understanding the Recent Evidence ». *Nutrition Reviews* 72 (9): 551-65.
- Tiffin, R., et M. Arnoult. 2011. « The Public Health Impacts of a Fat Tax ». *European Journal of Clinical Nutrition* 65 (4): 427-33.
- Trail, W Bruce, Mario Mazzocchi, Bhavani Shankar, et David Hallam. 2014. « Importance of Government Policies and Other Influences in Transforming Global Diets ». *Nutrition Reviews* 72 (9): 591-604.
- Van Nieuwenhuyze, Ellen. 2015. « Regulatin nutrition and health claims : EU Food Law's poisoned chalice? » Sciences juridiques, Louvain la Neuve: Université Catholique de Louvain.

- Vandevijvere, Stefanie, Carl Lachat, Patrick Kolsteren, et Herman Van Oyen. 2009. « Eating out of home in Belgium: current situation and policy implications ». *British journal of nutrition* 102 (06): 921–928.
- Veblen, Thorstein. 1899. *The Theory of the Leisure Class. An Economic Study of Institutions*. 1994 edition. New-York: MacMillan.
- Wansink, Brian. 2006. « Meal Size, Not Body Size, Explains Errors in Estimating the Calorie Content of Meals ». *Annals of Internal Medicine* 145 (5): 326.
- . 2010. « From mindless eating to mindlessly eating better ». *Physiology & Behavior*, Proceedings from the 2009 Meeting of the Society for the Study of Ingestive Behavior Proceedings from the 2009 Meeting of the Society for the Study of Ingestive Behavior, 100 (5): 454-63.
- Wansink, Brian, Collin R. Payne, et Pierre Chandon. 2007. « Internal and External Cues of Meal Cessation: The French Paradox Redux? » *Obesity* 15 (12): 2920-24.
- Wansink, Brian, Collin R. Payne, et Mitsuru Shimizu. 2010. « “Is this a meal or snack?” Situational cues that drive perceptions ». *Appetite* 54 (1): 214-16.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.09.016>.
- Wansink, Brian, et Jeffery Sobal. 2007. « Mindless Eating: The 200 Daily Food Decision we overlook ». *Environment and Behavior*, janvier 2007, sect. 39.
- Williams, Geoffrey C., Gail C. Rodin, Richard M. Ryan, Wendy S. Grolnick, et Edward L. Deci. 1998. « Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients ». *Health Psychology* 17 (3): 269-76.
- Young, Lisa R., et Marion Nestle. 2002. « The Contribution of Expanding Portion Sizes to the US Obesity Epidemic ». *American Journal of Public Health* 92 (2): 246-49.
- . 2007. « Portion Sizes and Obesity: Responses of Fast-Food Companies ». *Journal of Public Health Policy* 28 (2): 238-48.
- Zlatevska, Natalina, Chris Dubelaar, et Stephen S. Holden. 2014. « Sizing Up the Effect of Portion Size on Consumption: A Meta-Analytic Review ». *Journal of Marketing* 78 (3): 140-54.
- Znaor, Darko, Philippe Baret, Véronique de Herde, et Clémentine Antier. 2018. « Les conséquences environnementales et économiques d’une conversion de l’agriculture wallonne vers un modèle à faible apport d’intrants ». Louvain-la-Neuve: UCL.

Tableau récapitulatif des 68 mesures pour agir contre l'obésité et pour une meilleure nutrition en Région wallonne

				Evaluation		
Type de mesure	Nom de la mesure	Parties du rapport	Compétences & Acteurs	Coût économique	Acceptabilité/Problème	Efficacité potentielle /r à l'obésité
Normes	Diversifier les productions de fruits et légumes	I, I, A, 1.	UE, Féd., Rég.	faible	habitudes/attentes des consommateurs	moyenne
	Assouplir les normes AFSCA pour les productions locales	I, I, A, 2.	UE, Féd., Rég.	faible	hétérogénéité faible dans les normes sanitaires	faible car indirecte
	Accompagner les systèmes participatifs de garantie	I, I, A, 2.	Rég., Pr., Com.	faible	hétérogénéité forte dans les normes sanitaires	faible car indirecte
Aménagement du territoire	Réduire l'immersion consumériste extérieure (rue commerç.)	I, I, B, 1. / II, II, B, 3.	Rég., Com.	élevé	baisse des ventes des commerçants	forte (baisse des achats impulsifs)
	Plus de zone piétonnière	I, IV, B.	Rég., Com.	moyen	volonté politique / aménagement initial de l'espace	forte (hausse exercice physique)
	Plus de pistes cyclables	I, IV, B.	Rég., Com.	moyen	équilibré l'usage /r à la voiture	forte (hausse exercice physique)
	Relocaliser les commerces en centre ville	I, IV, B.	Rég., Com.	faible	dépendant de la volonté des entreprises; incitant	faible
	Réduire la place des voitures dans l'espace public	I, IV, B.	Rég., Com.	élevé	attrait de la voiture; besoin transports alternatifs	forte (hausse exercice physique)
	Verdir les villes, agrandir les parcs	I, IV, B.	Rég., Com.	élevé	manque d'espace	forte
Aménagement dans les lieux de travail	Mieux informer les travailleurs (formation, atelier, étiquette...)	II, IV.	Féd., Rég., entreprises	faible	calcul coût/bénéfice en termes de productivité	moyenne
	Faciliter l'exercice physique (environnement, salles de sport..)	II, IV.	Féd., Rég., entreprises	moyen	calcul coût/bénéfice en termes de productivité	moyenne
Réglementation	Limiter la publicité pour les produits trop gras, sucrés, salés	I, I, B.	UE, Féd., Rég., FWB	faible	réticence des entreprises	forte
	Interdire la publicité pour les produits G,S,S pour les enfants	I, I, B.	UE, Féd., Rég., FWB	faible	réticence des entreprises	forte
	Intégrer le droit à l'alimentation dans la législation	Intro, VII	Féd., Rég.	faible	besoin d'une majorité	moyenne
	Interd. distributeur de confiserie/boisson dans les lieux publics	I, I, B.	UE, Féd., Rég., FWB	faible	quelle substitution?	forte
Fiscalité	Taxes spécifiques (sur les ingrédients)	I, I, C, 1.	Féd., Rég.	Bénéfice	réticence des entreprises pénalisées	fort (baisse conso et reformulation)
	Taxes sur les catégories de produits	I, I, C, 1.	Féd., Rég.	Bénéfice	réticence des entreprises pénalisées	fort (baisse de la consommation)
	Taxes sur les produits	I, I, C, 1.	Féd., Rég.	Bénéfice	réticence des entreprises pénalisées	faible (substitution)
	Baisser la TVA sur les produits frais	I, I, C, 1.	Féd.	élevé	budget de l'Etat (manque à gagner)	fort (hausse de la consommation)
	Subsides à la consommation de fruits et légumes	I, I, C, 1.	Féd., Rég.	élevé	aucun	fort (hausse de la consommation)
	Subsides aux productions de fruits et légumes	I, I, C, 2.	UE, Féd., Rég.	élevé	aucun, sauf si équilibrage /r aux subsides actuels	fort mais indirect (hausse prod)
Information	Campagne publique	I, II, A	Féd., Rég., Pr.	moyen		forte
	étiquetage nutritionnel (nutri-score)	I, II, C.	Féd., Rég., Pr.	faible	réticence des entreprises pénalisées	forte
	label alimentation durable Wallonie	I, II, C.	Rég.	moyen	difficulté à définir les critères	forte
	Encourager les reportages/enquêtes sur le syst alim.	III, II, A.	Féd., Rég., FWB, Pr.	moyen		moyenne
	Encourage les oeuvres sur l'obésité ou alimentation	III, II, A.	Rég., FWB.	moyen		moyenne
Education & marché public	Programme scolaire : hausse des cours de sport	I, II, B, 1.	FWB	moyen	prof/élèves : plus de cours	moyenne
	Programme scolaire : cours spécialisés alimentations	I, II, B, 1.	FWB, Assos.	élevé	plus de cours, formation des profs ou extérieurs	forte
	Potagers collectifs dans les écoles	I, II, B, 1.	FWB, Com.	élevé	besoin d'un terrain	moyenne
	Cantine scolaire : menus sains	I, II, B, 1. / I, V.	FWB, Com.	moyen	budget des communes; disponibilité de l'offre	moyenne
	Cantine scolaire : lieu d'apprentissage	I, II, B, 1. / I, V.	FWB, Com.	élevé	budget des communes; disponibilité de l'offre	forte
	Partenariat école/ferme locale	I, II, B, 1.	FWB, Com.	faible	diversité de partenariat : visite, approvisionnement	forte
	Encourager le secteur de l'éducation à l'alimentation	III, II, B.	Féd., Rég., FWB., Pr., Co	moyen	aucune	forte
	Encourager le secteur de l'éducation à la santé	III, II, B.	Féd., Rég., FWB., Pr., Co	moyen	aucune	forte
	Formation professionnelle	I, II, B, 3	Rég., FWB.,	moyen	aménagement des programmes ou calendrier	moyenne

Famille	Régularité et convivialité des repas	I, II, B, 2.	Assos., FWB	faible	dépendant de la volonté des familles	forte
	Transmission des savoir-faire alimentaires	I, II, B, 2.	Assos., FWB	faible	dépendant de la volonté des familles	forte
	Contrôle des portions des repas familiaux	II, II, A.	Assos., FWB	faible	dépendant de la volonté des familles	forte
	Exemplarité des adultes	I, II, B, 1 et 2	Assos.	faible	réticence des adultes	forte
Gouvernance	Narration territoriale Alim. Dur.	I, III, B.	Rég., Pr.	faible	besoin d'une vision homogène	moyenne
	Conseil alimentaire local (consultatif ou concertation)	I, III, C.	Rég., Pr., Com.	faible	volonté politique communale	moyenne
	Faire participer les obèses aux décisions les concernant	III, I.	OMS, UE, Féd., Rég.	faible	manque d'org. représentative d'obèses	forte
	Introduire le Droit à l'Alimentation dans la constitution Be	Abs.				
	Mettre en place une politique alimentaire transsectorielle	I, III, C.	Féd., Rég.,	faible	peu conforme à l'org. actuelle	moyenne
	Soutenir symboliquement les innovations sociales	III, III, D.	UE, Rég., Com.	faible	consensus politique	faible (indirecte)
Investir	Construire des halls relais	I, IV, A, 1.	Rég.	élevé	besoin d'un terroir propice	moyenne (indirecte : dev des filières)
	Multiplier/moderniser les marchés locaux	I, IV, A, 2.	Rég., Com.	variable	quelles infrastructure existante ? Quel terroir ?	forte
	Soutenir recherche et développement	I, IV, C.	UE, Féd., Rég.	élevé	aucun	variable (direct et indirect)
Accès à la terre	Plafonner les prix, fixer objectifs socio-éco-politiques (Safer)	I, IV, A, 3.	Rég.	moyen	dépendant d'une volonté politique	faible (indirecte : coût et dev. filières)
	Fournir des terres communales aux maraichers/écoles	I, IV, A, 3.	Rég., Com.	élevé	disponibilité des terres; volonté politique	élevé
Production	Formuler de nouveaux produits (moins de gras, sucre, sel)	II, I, A.	Féd., Rég., Agro-industri	faible	besoin d'une demande	forte
	Reformuler les produits actuels (moins de g,s,s)	II, I, A.	Féd., Rég., Agro-industri	élevé	risque économique fort	forte
	Contrôle des portions dans les plats préparés	II, II, A.	Féd., Rég., Agro-industri	faible	risque économique fort	forte
	Contrôle des portions dans l'Horeca	II, II, A.	Féd., Rég., Horeca	faible	risque économique fort	forte
Système alimentaire durable	Faciliter l'installation de jeunes agric., et les transmissions	II, I, B.	Rég., Pr.	moyen	coût d'encadrement; volonté politique	faible (dev. Des filières F&L)
	Développer les circuits courts, dont les GAC et les GASAP	II, I, B.	Rég., Pr., Com.	faible	encadrement	forte (mais indirecte)
	Faciliter la conversion des fermes	II, I, B.	Rég.,	moyen	conseil, encadrement, formation, confiance	faible (dev. Des filières F&L)
	Développer et généraliser les techniques agroécologiques	II, I, B.	Rég., Pr., Com.	moyen	fiabilité du modèle économique; conseil, formation	moyen
	Un cadre juridique pour les innovations sociales alimentaires	III, III, B.	Rég., Pr., Com.	faible	Quelle reconnaissance sur quels critères ?	faible (indirecte)
	Soutenir financièrement l'encadrement des innovations sociales	III, III, D.	Féd., Rég., Com.	moyen	peu de reconnaissance juridique	faible (indirecte)
Distribution	Améliorer la visibilité des produits sains dont les F&L	II, II, B, 1.	Féd., Rég., Distribution	faible	dépendant de la coopération de la distribution	forte
	Réduire les promotions sur les volumes de p'duits g,s,s	II, II, B, 2.	Féd., Rég., Distribution	faible	dépendant de la coopération de la distribution	moyen
	Réduire l'immersion consumériste dans les gds magasins	II, II, B, 3.	Féd., Rég., Com., Distrib	moyen	réticence de la grande distribution	forte
Secteur santé	Renforcer la formation des médecins	II, III.	FWB, Féd., Rég.	faible	aménager les cursus et formations	forte
	Prescription de bonnes habitudes alim.	II, III.	FWB, Féd., Rég.	moyen	possible reconnaissance de médecines alternatives	forte
Aide alimentaire	Approvisionnement de produit de qualité par marché pub.	II, II, C.	UE, Féd., Rég., FDSS.	élevé	tension quantité/qualité	forte
	Chèques Fruits et Légumes locaux pour les démunis	I, I, C, 2.	Rég., Com.	élevé	budget, fournisseur	forte
	Former les bénévoles et bénéficiaires de l'aide alimentaire	II, II, C.	Rég., FWB, FDSS	moyen	adapter les formations aux publics	forte