

Rapport au Président de la République

**Commission pour la prévention et la prise en
charge de l'obésité**

Décembre 2009

Table des matières

<i>Préambule</i>	3
<i>Introduction</i>	4
<i>Partie I - Etat des lieux : l'obésité en France</i>	4
1. De quoi parle-t-on ?	4
1. La situation en France.....	4
2. Comparaisons internationales	10
<i>Partie II - L'obésité : état des connaissances.....</i>	11
1. La toile causale de l'obésité	11
2. Les facteurs génétiques et épigénétiques	12
3. Les facteurs socio-économiques.....	12
4. Les facteurs sociétaux.....	13
<i>Partie III - La mobilisation pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en France.....</i>	14
1. La prévention	14
2. La prise en charge	17
<i>Partie IV - Des résultats intéressants</i>	20
1. Bilan des PNNS.....	20
2. Une prise de conscience.....	21
3. Les atouts de la France.....	22
<i>Partie V - Des faiblesses et des insuffisances</i>	24
1. Une capacité de mobilisation inadaptée aux enjeux.....	24
2. Une compréhension encore insuffisante des facteurs favorisant l'obésité, une épidémiologie à améliorer	25
3. Un dépistage encore parcellaire	25
4. Un ostracisme insupportable à l'égard des personnes obèses.....	26
5. Une attention insuffisante portée à l'activité physique et à la lutte contre la sédentarité	26
6. Des messages culpabilisants ou inadaptés.....	27
7. Les insuffisances de l'évaluation.....	28
<i>Partie VI - Les propositions de la commission.....</i>	30
1. Un ensemble cohérent de propositions concrètes	30
2. Les sujets n'ayant pu faire l'objet d'un consensus.....	33
<i>Conclusion.....</i>	35
Composition de la commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité .	36

Préambule

LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES OBESES

Aujourd’hui, en France, près de la moitié des Français souffrent de surpoids ou d’obésité. Son capital-santé malmené, la personne en surpoids ou en obésité doit également faire face à une stigmatisation croissante à tous les échelons de la société.

Ces discriminations récurrentes, parfois inconscientes, accroissent la désocialisation et isolent de plus en plus tôt comme on peut le constater auprès des enfants. Les années passent, les kilos s’accumulent et les difficultés aussi : difficultés scolaires souvent associées, difficulté à trouver un travail.

La stigmatisation repose sur un inconscient collectif qui présuppose que la personne en surpoids ou en obésité est moins intelligente, manque de volonté, est incapable de se contrôler. Elle prend de nombreuses formes souvent cumulatives : des commentaires verbaux inappropriés, des jugements, des exclusions sociales.

Trop nombreux sont ceux qui pensent que l’obésité et sa réversibilité sont sous le contrôle de la personne qui en souffre.

Les droits de la personne en surpoids ou obèse doivent être respectés : droit à l’accessibilité des lieux publics, droit à l’information médicale la plus complète et objective qui soit, droit à l’éducation, droit aux soins, droit d’être tout simplement ce qu’elle est.

Introduction

La commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité a reçu mission du Président de la République pour faire des propositions concrètes dans ces domaines, particulièrement vis-à-vis des enfants, des adolescents et des populations défavorisées.

Le rapport s'attache à présenter un état des lieux de l'obésité en France. Il met ensuite l'accent sur le caractère multifactoriel de l'obésité, qui a pour conséquence majeure d'exiger que la prévention mobilise de manière coordonnée de très nombreux acteurs. Les politiques actuellement menées sont ensuite décrites et analysées sur la base de près de 90 auditions conduites, et de la documentation recueillie. L'ensemble de ces éléments permettent d'articuler une série de propositions cohérentes et concrètes, pour un nouveau plan de prévention et de prise en charge de l'obésité 2010-2012.

Partie I - Etat des lieux : l'obésité en France

1. De quoi parle-t-on ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité correspond à « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé ». Le statut pondéral est défini à partir de l'indice de masse corporelle qui est le rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre). Chez l'adulte, l'obésité est définie à partir du risque pour la santé ; chez l'enfant, elle l'est à partir de la distribution de la corpulence dans la population.

Chez l'adulte (après 18 ans), le surpoids est défini par un IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ et l'obésité est définie par un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, associé à une augmentation du risque de co-morbidité et de mortalité. Les seuils sont les mêmes chez l'homme et chez la femme.

Chez l'enfant, l'obésité est définie à partir des courbes de croissance qui décrivent, séparément chez les garçons et les filles, l'évolution de l'IMC en fonction de l'âge. L'obésité est définie par un IMC \geq au 97^{ème} percentile de la courbe de référence française, qui figure dans le carnet de santé de chaque enfant.

La mesure de la circonférence de la taille est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte. L'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.

1. La situation en France

L'étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006 sur un vaste échantillon représentatif (3115 adultes et 1675 enfants) fournit les données de référence fondées sur des mesures effectives du poids et de la taille. Mais nous ne disposons pas de séries qui permettraient d'être catégoriques sur les évolutions les plus récentes, malgré certaines

indications partielles. On regrettera donc qu'il ne soit pas envisagé de nouvelle étude de même ampleur avant plusieurs années (2011).

L'étude OBEPI-Roche présente l'intérêt de fournir un état des lieux tous les trois ans mais a un caractère déclaratif (sondage TNS) et ne concerne que la population adulte. Nous disposons d'une série 1997-2000-2003-2006-2009 qui donne une idée assez précise de l'évolution du phénomène dans le temps.

S'agissant des enfants, les données sont fournies par la médecine scolaire ou des enquêtes ponctuelles. La commission y voit une véritable carence du dispositif épidémiologique.

Trois constats principaux se dégagent de cette analyse de la situation:

2.1 Une progression constante du surpoids et de l'obésité, qui semble arrêtée récemment chez les enfants

Chez les adultes, la prévalence du surpoids et de l'obésité continue de croître

L'étude ENNS (2006-2007) a fourni des données représentatives de la situation de l'obésité en France chez les adultes (18-74 ans), sur la base de poids et de taille mesurés. La prévalence de l'obésité (définition OMS) est de 16,9% chez les adultes alors que la prévalence du surpoids est de 32,4%. Si la prévalence de l'obésité est semblable chez les hommes et les femmes, on note que la prévalence du surpoids est beaucoup plus élevée chez les hommes (41%) que chez les femmes (23,8%). La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente avec l'âge, atteignant 24% pour la seule obésité chez les plus de 55 ans. La prévalence de l'obésité sévère (définie par un IMC > 35) est de 4,4%, dont 1% d'obésité morbide (définie par un IMC > 40).

L'étude OBEPI-Roche (réalisation TNS Sofres, avec un comité scientifique de chercheurs de l'INSERM), est réalisée tous les trois ans depuis 1997 avec la même méthodologie (échantillon représentatif selon la méthode des quotas d'environ 20 000 personnes, complétant un auto-questionnaire adressé par voie postale). Les chiffres de prévalence, comme attendu avec des données déclarées, sont plus faibles que dans l'étude ENNS. Cette étude OBEPI montre une progression constante de l'obésité depuis 1997 (passée de 8,5% en 1997 à 14,5% en 2009) et une progression nettement moins rapide du surpoids (de 29,8 à 31,9%). Selon ces résultats, on peut estimer à environ 6,5 millions les adultes obèses en France. Le nombre moyen de nouveaux cas annuels peut être estimé à environ 250 000 nouveaux cas par an en moyenne sur la période 1997-2009 ; ces deux chiffres donnent la mesure de l'enjeu sociétal associé.

L'enquête OBEPI montre également que l'augmentation de la prévalence d'obésité entre 2006 et 2009 est plus nette dans la tranche d'âge 25-34 ans (+19,5%), contre des augmentations de 5,3 à 8,5% dans les autres tranches d'âge. De même, parmi les 15-24 ans, 4% sont obèses en 2009 contre 2% en 1997.

L'augmentation de la prévalence et le fait que la survenue de l'obésité chez l'adulte soit de plus en plus précoce sont à mettre en relation avec la situation de croissance importante de l'obésité qu'a connue la France entre les années 1970 et 2000¹. Un enfant obèse a en effet un très fort risque de demeurer un adulte obèse^{2,3,4}. L'effet chez l'adulte d'une stabilisation de la prévalence d'obésité chez l'enfant (Cf. infra) n'est pas encore « visible » dans les données mesurées chez les adultes.

Chez les enfants : depuis 2000, une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité, à un niveau plus faible que ce que connaissent les autres pays européens

Deux études nationales récentes sur échantillon représentatif des enfants de 3-17 ans (Enquête nationale nutrition santé⁵ et enquête individuelle nationale de consommation alimentaire⁶) fournissent des résultats très comparables. Réalisées en 2006-2007, elles portent sur des données de poids et de taille mesurés. Ces chiffres permettent de relativiser la situation, avec une prévalence d'obésité de 2,8 à 3,5%.

Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants en France métropolitaine
(2006-2007)

	Obésité	Surpoids	Surpoids et obésité
ENNS (3-17ans)	3,5%	14,3%	17,8%
INCA2 (3-17 ans)	2,8%	11,2%	14%

D'autres études, également publiées, permettent d'analyser l'évolution de la prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants depuis la période du lancement du Programme national nutrition santé en janvier 2001.

- Une étude a été réalisée en 2000 et en 2007⁷ dans des conditions méthodologiques similaires auprès d'un échantillon d'enfants âgés de 7-9 ans scolarisés en CE1-CE2 (InVS - DGESCO) ;
- Une comparaison a été faite entre les données obtenues dans INCA1 en 1999 (données déclarées, qui sous-estiment la prévalence de surpoids et d'obésité) et celles obtenues dans INCA 2 en 2006-2007⁸ (données mesurées) ;
- Les données (mesurées) de l'enquête triennale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé auprès des enfants de CM2 durant les années scolaires 2000-2001 et 2004-2005 sont également disponibles⁹ ;
- Des données (mesurées) obtenues chez les collégiens du Val de Marne en 1996 et en 2005 fournissent également des éléments intéressants sur l'évolution de la situation¹⁰.

Des données (mesurées) récentes, non encore publiées, issues de la ville de Bordeaux¹¹, et des données de PMI du département de l'Hérault¹² ainsi que de 9 des premières villes du dispositif EPODE¹³ complètent cet aperçu de l'évolution de la situation. Toutes ces études reprennent les définitions internationales de l'obésité et du surpoids.

Evolution de la prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents
dans les années 2000 en France métropolitaine (diverses études)

	Obésité		Surpoids		Obésité + surpoids	
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
InVS-DESCO (7-9 ans) 2000-2007	3,8	2,8	14,3	13	18,1	15,8
INCA1- INCA2 (3-14 ans) 1998-2006	3,5	2,9	11,6	11,6	15,1	14,5
DREES (CM2) 2002-2005	4,1	3,7	15,8	16	19,1	19,7
Val de Marne (10-18 ans) 1998-2005	3,6	3,1	12,7	13,9	16,3	17,0
Bordeaux (5-6 ans) 2004-2008			8,9	6,4		
Département Hérault (4-5 ans) 2002-2007	3,9	3	12,8	10,9	16,7	13,9
EPODE (5-12 ans) 2005-2007	4,7	4,1	15,8	14,4	20,5	18,6

Une étude s'est intéressée aux données annuelles des centres de santé du Centre-Ouest de la France entre 1996 et 2006¹⁴. Il s'agit de données mesurées. Les résultats montrent que la prévalence est stable entre ces deux périodes, avec une augmentation jusqu'en 1998, puis une stabilisation.

Ainsi, des données indépendantes, obtenues tant au niveau national que local, chez des enfants d'âges différents convergent dans le sens d'une stabilisation de la prévalence de l'obésité chez les enfants. Cette évolution favorable est observée durant les années où le Programme national nutrition santé a été développé. L'objectif du PNNS d'un arrêt de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant semble ainsi atteint en moyenne ; les disparités importantes entre CSP persistent cependant (Cf. infra) et sont une source de préoccupation majeure, de même que la situation dans les collectivités d'outre-mer.

Il convient de noter qu'une telle stabilisation n'a été montrée en Europe que dans deux villes suédoises (Göteborg¹⁵ et Stockholm¹⁶).

La stabilisation observée en France permet de maintenir une situation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant sensiblement meilleure que celle des autres pays européens, qu'ils soient méditerranéens, germaniques ou anglo-saxons.

Prévalence de surpoids et obésité chez les enfants et adolescents dans divers pays européens
(données mesurées postérieures à 2002)

	Date	Age (ans)	Garçons	Filles
Autriche	2003	8-12	22,5	16,7
Angleterre	2004	5-17	29	29,3
Allemagne	2003/6	5-17	20,4	20,1
Grèce	2003	13-17	29,6	16,1
Portugal	2002/3	7-9	29,5	34,3
Ecosse	2004/5	11-12	34,8	32,7

Source : IASO : <http://www.iotf.org/database/documents/ChildEU27ECO2009.pdf>

2.2 Des disparités sociales importantes, y compris chez les enfants

L'augmentation de l'obésité dans les années 1990 a touché tous les milieux sociaux, mais avec de grandes différences, principalement pour les femmes : dans les ménages les plus modestes, la prévalence de l'obésité est de 10% pour les hommes et 13% pour les femmes, alors qu'elle est respectivement de 9% et de 6% chez les plus aisés (dernier quartile des revenus). De plus, en tenant compte de l'âge, du niveau de diplôme et de la taille de la commune de résidence, plus le niveau de vie d'une femme est faible, plus elle est corpulente. Au contraire, les hommes ayant un niveau de vie plus faible sont en moyenne un peu moins corpulents que leurs homologues de niveau de vie élevé.¹⁷ A noter également que les catégories les plus corpulentes sont moins nombreuses à suivre un régime que les autres, ce qui pourrait augurer d'un accroissement ultérieur des écarts constatés.

Les données de l'étude OBEPI-Roche (2009) montrent qu'entre 1997 et 2009 la prévalence de l'obésité a augmenté dans toutes les catégories sociales, avec une vitesse d'augmentation sensiblement plus lente dans les catégories sociales plus élevées (+37,8% chez les cadres contre +82 à + 106% chez les agriculteurs, employés, ouvriers et inactifs). De plus, la prévalence de l'obésité est inversement corrélée aux revenus du foyer. Ainsi, en 2009, 22% des personnes dont les revenus ne dépassent pas 900 € par mois sont obèses, contre 6% de celles dont les revenus dépassent 5300 € par mois.

Enfin, selon le rapport 2008 sur l'état de santé de la population, il existe selon les enquêtes un écart de 1 à 4 (CE1 et CE2 en 2007) ou même de 1 à 10 (CM2 en 2004-2005) pour le taux d'obésité entre enfants de cadres et d'ouvriers. L'écart est d'environ +50% pour le surpoids. Cet écart, qui appelle des actions spécifiques, doit fonder une priorité de l'action publique.

Les personnes en situation de pauvreté et de précarité : une situation préoccupante

Diverses études tendent à montrer que les personnes en situation de pauvreté (moins de 50% du revenu médian soit plus de 4 millions de personnes) ou de précarité (personnes à faibles revenus dont le statut social et économique est instable et perçu comme tel) sont davantage touchées par l'obésité que la moyenne de la population. Cependant, il existe des degrés et des nuances qui conduisent à recommander des démarches proches du terrain plutôt que très générales. Ainsi, les personnes en situation de grande précarité sont-elles moins souvent obèses que les personnes des milieux populaires classiques.

En 2004-2005, l'étude Abena de l'INVS et du CNAM a analysé l'état nutritionnel et les comportements alimentaires de bénéficiaires de l'aide alimentaire, c'est-à-dire de personnes dont les revenus sont le plus souvent en dessous du seuil de pauvreté (733 euros soit 50% du revenu médian en 2006) : plus de 30% des femmes de l'échantillon et 12% des hommes étaient obèses, soit des pourcentages très supérieurs à la prévalence de l'obésité dans le quartile de revenus le plus bas (respectivement 13% et 10% selon l'INSEE).

Selon le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, « l'augmentation générale de l'obésité infantile, prédictive de l'obésité adulte, est significativement plus importante parmi les enfants scolarisés dans l'éducation prioritaire-EP (17,3% contre 13,3% hors EP) ».

Le même Observatoire national relève en 2002 que les personnes les plus touchées par l'obésité sont celles dont la situation sociale tend à se dégrader.

2.3 Des disparités géographiques persistantes

Bien que le nombre de personnes obèses augmente dans toutes les régions, l'Est et le Nord sont les zones géographiques où la prévalence de l'obésité est la plus élevée, ce qui était déjà le cas en 1981. Ainsi, selon Obépi 2009, le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée avec 20,5%, soit une prévalence près de 40% plus élevée que la moyenne. L'Alsace, la Picardie, le Centre et la Lorraine suivent avec des prévalences respectives de 17,8%, 17,7% et 17,6%. Parmi les régions ayant un fort taux de prévalence, on peut également citer la Champagne-Ardenne (17%) et la Basse Normandie (16,3%). Les régions les moins touchées par l'obésité sont la région PACA (11,5%), Rhône-Alpes (11,9%) et Bretagne (12,2%).

La situation dans les collectivités d'outre-mer est plus particulièrement préoccupante chez les femmes, avec des prévalences nettement plus élevées qu'en métropole.

Prévalence d'obésité et surpoids (adultes) dans les collectivités d'outre-mer

	Obésité		Surpoids		Obésité et surpoids	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mayotte (15 ans et +) Nutrimay 2006	7,6	32,3	24,8	25,7	32,4	58
Réunion (18 ans et +) Reconsal 2002	8	20	38	33	46	53
Martinique (16 ans et +) Escal 2003-4	14	26	38	29	52	55
Guadeloupe (25-74 ans) Consant 2007	14	31	37	34	51	65

Consant¹⁸, Escal¹⁹, Nutrimay²⁰, Reconsal²¹

En ce qui concerne les enfants, des données ont été collectées sur un échantillon représentatif à Mayotte. Cette collectivité présente une spécificité particulière du fait de sa proximité avec les Comores et les malnutritions par carence ne sont pas rares. La prévalence d'obésité est inférieure à 1% et celle de surpoids inférieure à 6,5%.

En Martinique, Guadeloupe et Guyane, il n'existe pas de données représentatives chez les enfants. Cependant, une approximation peut être faite à partir du projet « Ecole carambole »

de 2006 à 2008 dans les villes actives PNNS de Bouillante (Guadeloupe), Gros Morne (Martinique) et Cayenne (Guyane). Ces villes sont, sauf Cayenne, la préfecture de la Guyane, d'une importance moyenne, abritant un collège. Les données sont mesurées (rapport de l'ORSAG en cours de finalisation).

Prévalence de surcharge pondérale (surpoids et obésité)
chez les enfants scolarisés dans 3 villes des Antilles-Guyane (2006)

	Bouillante (Guadeloupe)		Gros Morne (Martinique)		Cayenne (Guyane)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Ecole maternelle	13	7	11	15	11	14
Ecole élémentaire	18	17	27	26	12	19
Collège	11	17	23	25	16	28

2. Comparaisons internationales

La France reste dans une situation moins défavorable que d'autres pays, comme le montre le tableau suivant :

Pays	% surpoids dans Population totale	% obèses dans Population totale	% total surpoids+obèses dans Population totale
Mexique	39,5	30	69,5
Etats-Unis	33	34,3	67,3
Royaume-Uni	36,7	24	61
Espagne	36,2	14,9	51,1
Allemagne	36	13,6	49,6
Suède	33,8	10,2	44
FRANCE	26,5	10,5	37
Japon	21,8	3,4	25,1

Source : OCDE

Ce constat ne doit cependant pas conduire à un satisfecit qui dispenserait de toute action car :

- d'une part, on a vu que la prévalence de l'obésité adulte augmentait de manière régulière en France ;
- d'autre part, la France se caractérise par des inégalités sociales plus importantes qu'ailleurs dans la prévalence de l'obésité : une comparaison récente entre 22 pays place la France dans le peloton de tête des inégalités relatives entre les personnes ayant le plus haut et le plus bas niveau d'éducation, particulièrement pour les femmes : les inégalités de prévalence de l'obésité en fonction du niveau d'éducation y sont les plus élevées de l'ensemble européen pour les hommes, et pour les femmes (à égalité avec le Portugal dans ce dernier cas)²².

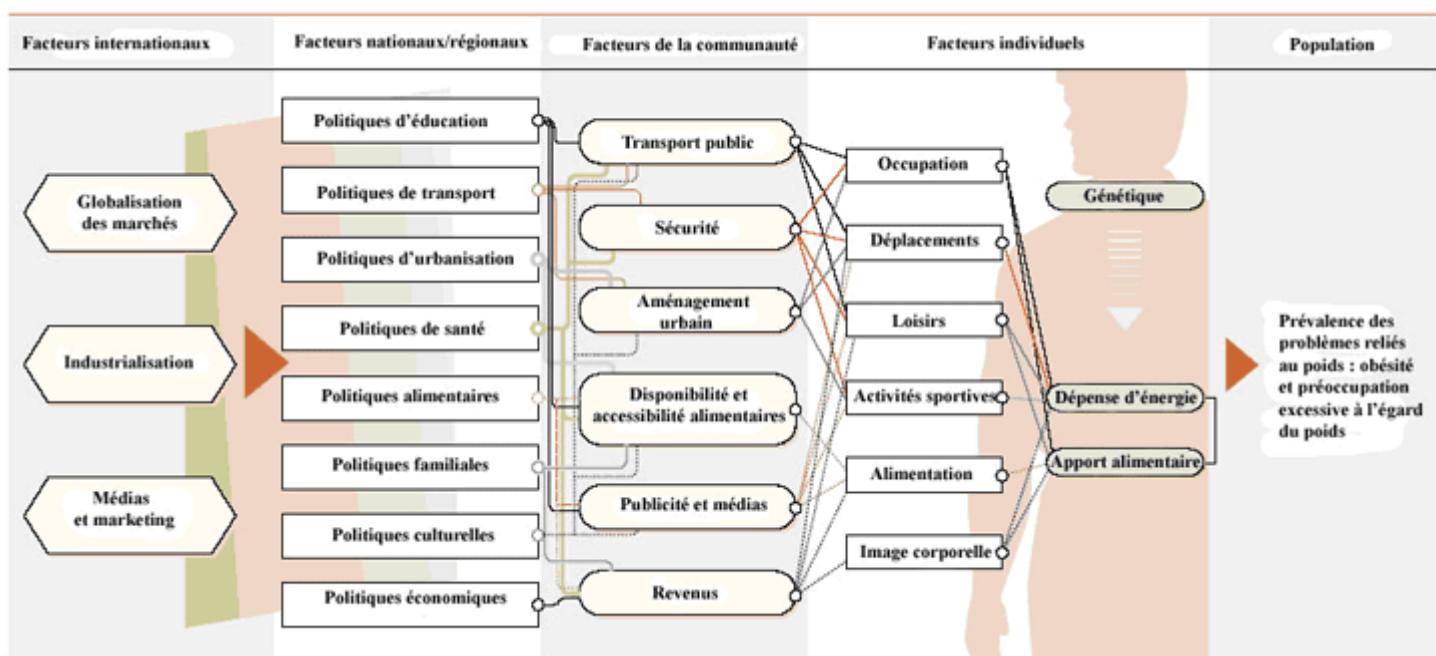
Partie II - L'obésité : état des connaissances

S'il fallait trouver un point sur lequel les différents spécialistes s'accordent, c'est avant tout sur le caractère multifactoriel de l'obésité. Ensuite, la controverse fait rage sur les parts respectives que jouent les différents facteurs dans le développement rapide de l'obésité. La commission estime que, par elles-mêmes, ces incertitudes justifient un effort de recherche plus soutenu.

1. La toile causale de l'obésité

La toile causale de l'obésité a été diffusée par l'International Obesity Task Force (IOTF) et synthétise quatre niveaux de facteurs en jeu dans le développement de l'obésité : facteurs internationaux comme la globalisation des marchés, facteurs nationaux (politiques urbaine, d'éducation, alimentaire...), facteurs de la communauté (transports publics, revenus...), facteurs individuels (génétique, image corporelle, activité physique, alimentation...).

Toile causale des facteurs influençant la problématique du poids



2. Les facteurs génétiques et épigénétiques

La thèse de l'origine génétique de l'obésité repose sur plusieurs études récentes²³. A la question : « comment les gènes peuvent-ils expliquer une augmentation rapide de l'obésité enfantine ? » répond le concept « d'environnement obésogène » incluant abondance de nourriture et diminution de l'activité physique.

Interviennent aussi des facteurs dits « épigénétiques »: malnutrition de la mère pendant la grossesse, mode d'alimentation pendant les premiers mois de la vie de l'enfant.

Ces données enrichissent le débat et plaident en faveur d'un dépistage très précoce, particulièrement auprès des enfants aux facteurs de risques connus, par exemple l'obésité d'un parent.

Ces thèses, qui restent à approfondir, sont à nuancer par d'autres approches.

3. Les facteurs socio-économiques

La sociologie a tenté de répondre à la question « est-on gros parce qu'on est pauvre, ou pauvre parce qu'on est gros ? ».

Autrement dit, la pauvreté induit-elle des comportements alimentaires générateurs d'obésité, ou, au contraire, le fait d'être obèse fait-il obstacle à un parcours scolaire et professionnel que la personne aurait pu avoir en étant mince ?

La première branche de l'alternative conduit à la stigmatisation morale qui accable l'obèse, suspect de « mal manger ». La seconde fonde les revendications des associations de personnes obèses.

La distribution différenciée de l'obésité dans l'échelle sociale varie selon les sociétés : dans les sociétés en voie de développement, l'obésité est plus présente en haut de l'échelle qu'en bas, c'est un signe de prospérité.

Dans les sociétés développées, cette distribution différenciée est inversée, mais cette affirmation est à nuancer fortement : elle se constate clairement chez les femmes (obésité en bas, minceur en haut : 16% d'obèses chez les ouvrières, 4% chez les cadres), beaucoup moins chez les hommes. L'attention au corps et au poids chez les femmes augmente avec la proximité aux classes moyennes d'une part, au monde du travail d'autre part.

Selon des études réalisées aux Etats-Unis, la stigmatisation des obèses affecte leurs trajectoires sociales et personnelles : le rejet dont ils font l'objet les conduit à faire des études moins longues, à être moins bien payés et moins promus que les « minces ». Ils se marient moins, et les femmes obèses ont des trajectoires sociales volontiers descendantes (elles épousent des hommes dont la CSP est moins élevée que celle de leur propre père).

Pour le sociologue enfin, l'idée que le repas est une décision individuelle sur laquelle la volonté peut agir en permanence est suspecte : le repas et les prises alimentaires sont une construction sociale, c'est à dire résultent de situations et de contraintes sociales.

La question est abordée sous un angle complémentaire par les économistes, qui ont cherché à évaluer quels étaient les moyens financiers nécessaires pour avoir une alimentation équilibrée.

Nicole Darmon a ainsi mis en évidence que la consommation de fruits et légumes est difficile voire impossible à concilier avec des moyens limités:

- en dessous d'un budget « alimentation » de 3,50 euros par jour et par personne, il est impossible de composer des repas équilibrés ;
- simultanément, un euro permet d'acheter l'équivalent de 76 kcal de fruit ou légume contre 384 kcal d'un autre aliment ; il y a donc une rationalité dans le choix de ce type d'aliment lorsque le budget alimentation est une variable d'ajustement. Pourtant, l'euro « fruits et légumes » apportera beaucoup plus de nutriments indispensables que l'euro « autres aliments ».

4. Les facteurs sociétaux

Ils sont essentiels car, en réalité, et malgré les nombreuses tentations qui nous entourent, la ration calorique quotidienne d'un individu a considérablement diminué depuis le XIXe siècle : les français absorbaient au moins 3000 calories par jour en 1900, contre environ un tiers de moins aujourd'hui²⁴ ; toutefois, le volume de calories disponible par personne et par jour (à distinguer du volume effectivement absorbé) est passé de 3200 à 3600 kcal entre 1960 et 2000 en France et de 2900 à 3800 kcal aux Etats-Unis (source : FAO), créant une pléthora alimentaire qui fait partie de l'environnement obésogène décrit plus haut.

Simultanément, l'activité physique moyenne s'est réduite, déséquilibrant ainsi apports et dépenses énergétiques quotidiens.

Les facteurs de sédentarité sont multiples : passage d'une économie agricole, puis industrielle, à une économie de services requérant très peu de dépense physique ; usage de l'automobile ; loisirs n'occasionnant aucune dépense d'énergie (télévision, ordinateur, consoles de jeux...)... Au total, l'activité physique quotidienne est inférieure à une heure contre 8 heures au début du XIXe siècle.

Ces réflexions fondent l'hypothèse de la transition alimentaire, selon laquelle l'obésité résulterait d'un retard d'adaptation aux conditions de vie moderne. Alors que la faculté de constituer des réserves énergétiques a pu représenter une condition de survie et de perpétuation de l'espèce, celle-ci se transformerait en handicap dans la société contemporaine.

La principale conclusion de ce tour d'horizon revient à Jean-Pierre Poulain, pour qui « Il convient de prendre acte qu'en matière d'obésité, ce qu'il y a à découvrir est plus important que ce que l'on connaît ».

Partie III - La mobilisation pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en France

Depuis 2001, les autorités françaises ont mis en place le plan national nutrition santé ou PNNS. Parallèlement, les collectivités locales et les acteurs privés ont lancé un nombre croissant d'initiatives, au fur et à mesure qu'apparaissait une prise de conscience collective.

Un bilan précis est impossible à dresser, notamment en raison d'un dispositif d'évaluation qui reste à construire.

1. La prévention

1.1 Les acteurs publics de prévention

- **Le PNNS**

Deux plans successifs ont été lancés : 2001-2005 puis 2006-2010. Il est tout à fait remarquable que des objectifs précis et chiffrés aient été établis, et ce point très positif devra être maintenu dans les plans suivants.

Le PNNS 2006-2010 se fonde sur dix principes d'action, comporte neuf objectifs prioritaires, neuf objectifs spécifiques, et 102 actions dont certaines prolongent celles du PNNS1.

Les dix principes d'action incluent par exemple la liberté du choix alimentaire, le rejet de toute stigmatisation des personnes en raison de leur poids...

Les neuf objectifs prioritaires sont répartis en trois catégories. Figurent ci-après en italiques les objectifs du PNNS 2 qui diffèrent de ceux du PNNS1.

a) Les objectifs portant sur des modifications de la consommation alimentaire

- augmentation de la consommation de fruits et légumes : réduction du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25% (soit environ 45% de la population) ;
- augmentation de la consommation de calcium afin de réduire de 25% la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des Apports Nutritionnels Conseillés (ANC), associée à une réduction de 25% de la prévalence des déficiences en vitamine D ;
- réduction de la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35% des apports totaux de graisses) ;
- augmentation de la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25% la consommation actuelle de sucres simples ajoutés, et en augmentant de 50% la consommation de fibres ;
- réduction de la consommation d'alcool qui ne devrait pas dépasser 20 g d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redoutable d'une prise en charge spécifique.
- *Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20% afin de passer en dessous de 8,5 l/an/habitant.*

b) Objectifs portant sur des modifications des marqueurs de l'état nutritionnel

- réduction de 5% de la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population des adultes ;
- réduction de 2-3 mm de Hg de la moyenne de pression artérielle systolique chez les adultes ;
- réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes *pour atteindre une prévalence inférieure à 33%* et interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

c) Objectifs portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation

- augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des personnes, *tous âges confondus*, faisant l'équivalent d'au moins 1/2 h de marche rapide par jour [*d'activité physique d'intensité modérée au moins 5 fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes)*]. La sédentarité, étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être notamment combattue chez l'enfant.

Afin de rendre ces objectifs accessibles au grand public, des « repères de consommation » ont été définis en vue d'une large communication, par exemple « au moins 5 fruits et légumes par jour », ou « au moins 30 mn d'exercice par jour ».

Les neuf objectifs spécifiques concernent des populations particulières : femmes enceintes ou en âge de procréer, enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de précarité, sujets présentant des troubles du comportement alimentaire, personnes ayant des problèmes d'allergie alimentaire.

Les crédits budgétaires affectés au PNNS se sont élevés à 14,3 millions d'€ en 2007 et 15,3 millions en 2008, financés par le ministère de la santé et la CNAMETS. L'INPES reçoit les 2/3 des crédits.

Le pilotage du PNNS est assuré par un comité qui se réunit chaque mois et dont le secrétariat est assuré par la direction générale de la santé ; il est composé de représentants des ministères et organismes publics intéressés, des collectivités locales, des industriels, des consommateurs, des associations d'obèses... Néanmoins, les acteurs économiques déplorent le manque de concertation et d'écoute dont ils font l'objet au sein de cette instance. Il est intéressant de noter que le PNNS2 prévoyait initialement la création d'un comité interministériel spécifique, qui n'a pas été mis en place.

Sur le plan du suivi et de l'évaluation, les enquêtes nationales sur des échantillons nationaux représentatifs de la population, par exemple, les enquêtes nationales nutrition santé (ENNS), coordonnées par l'Institut de veille sanitaire, et les enquêtes individuelles nationales de consommation alimentaire (INCA), coordonnées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, permettent d'estimer l'ensemble des indicateurs de santé sous-tendus par les objectifs du PNNS, qu'ils concernent la consommation alimentaire ou les données anthropométriques et biologiques. Le baromètre nutrition de l'INPES réalisé en 1996, 2002 et 2008 (dont l'analyse complète sera disponible en janvier 2010) fournit des éléments complémentaires notamment sur les comportements, les attitudes et les connaissances en matière de nutrition (alimentation et activité physique) de la population. A noter également qu'un document a été produit à la demande de la DGS en 2009 afin d'harmoniser les indicateurs descriptifs d'attitudes, de comportements ou de connaissance en matière de nutrition ou indicateurs de résultats en termes de consommation ou d'état nutritionnel.

- Les initiatives des collectivités locales

De nombreuses collectivités locales semblent s'être mobilisées de leur côté. Il est difficile d'être plus précis sans une enquête exhaustive car :

- une partie des municipalités ou communautés de communes qui adhèrent à la charte villes PNNS, au nombre de 200 et qui représentant 8 millions d'habitants à la date du rapport, engagent des actions qui concernent plusieurs secteurs (scolaire, santé, urbanisme...) ;
- des municipalités peuvent être actives sans pour autant adhérer à la charte, par exemple dans le cadre du programme EPODE (Cf. infra) ;
- seuls 3 départements (Moselle, Vendée, Haute-Saône) se sont ralliés à la charte des départements PNNS, ce qui ne veut pas dire que les autres ne fassent rien (exemple : la Seine Saint-Denis est un département très engagé contre l'obésité, de même que le Bas-Rhin) ;
- des régions engagent des programmes de leur côté, comme par exemple la région Nord-Pas de Calais.

1.2. Les partenariats public/privé

Le programme EPODE (Ensemble, Prévenons l'Obésité De l'Enfant) constitue l'initiative la plus connue, mise en œuvre dans 237 villes. Supporté par des acteurs privés (fondations d'entreprise...), le programme EPODE est proposé contre rémunération aux municipalités par l'association Fleurbaix-Laventie Ville Santé et animé par l'agence Protéines. EPODE se présente sous forme d'une méthodologie pour mener des actions de prévention et de dépistage, notamment en milieu scolaire et associatif. La mise en œuvre passe par la formation de chefs de projet, qui animent la politique de prévention locale sur la base d'outils développés par EPODE.

EPODE est inspiré et fondé sur le programme de prévention développé dans les communes de Fleurbaix et Laventie, pour lequel une évaluation a été publiée en 2009²⁵. Celle-ci indique notamment que, à la suite de la mise en œuvre d'un programme de prévention globale par les autorités locales de 1992 à 2004, la prévalence de l'obésité infantile a progressé de manière moins rapide dans ces deux villes que dans deux villes voisines de composition socio-économique comparables, avec un taux de 8,8% à Fleurbaix et Laventie en 2004 contre 17,8% dans les villes témoins. Ce résultat est intéressant, même si l'étude présente une imperfection méthodologique, puisque les villes actions et les villes témoins n'ont pas été suivies parallèlement de 1992 à 2004 mais seulement de 2002 à 2004.

Une évaluation est en cours, portant, entre autres, sur la taille et le poids des enfants des 10 villes pilotes engagées dans le programme depuis 2004.

1.3. Les initiatives privées

La plupart des grands groupes de l'industrie ou de la distribution rencontrés mènent des actions sur plusieurs plans, directement ou via une fondation d'entreprise, comme ces exemples recueillis par la commission et qui ne prétendent pas à l'exhaustivité:

- l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits : diminution des teneurs en sucre, gras, sel. Cette amélioration peut intervenir via des chartes d'engagement de progrès nutritionnel conclues dans le cadre du PNNS ou de manière unilatérale, comme dans le cas du syndicat national de la restauration collective, de la fédération

française des industriels charcutiers, traiteurs et transformateurs de viandes (FICT) ou de certaines entreprises.

- des actions en direction des collaborateurs de l'entreprise : actions de formation, outil d'autoévaluation des pratiques alimentaires et d'activité physique, mise à disposition de salles de sport.
- le développement de l'activité physique générale : une entreprise propose ainsi aux collectivités pour 550 euros un « cube » contenant le matériel et le mode d'emploi pour permettre à deux animateurs de proposer une aire d'activité physique ludique dans un lieu public.
- les populations défavorisées : des entreprises aident les banques alimentaires ou l'Association Nationale de Développement des Epiceries Sociales et Solidaires (ANDES) à mettre en place des ateliers cuisine ;
- l'information nutritionnelle auprès des enfants et adolescents : actions auprès de fédérations sportives ;
- le financement d'EPODE.

Diverses associations interviennent aussi dans le champ de la prévention et de la prise en charge. Ainsi, en appui à toutes les actions décrites précédemment, des associations de patients, comme celles du Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO), se sont constituées afin de permettre au plus grand nombre d'avoir une information claire et vulgarisée à sa disposition pour être acteur de sa prise en charge médicale.

En conclusion sur la prévention, on note un foisonnement des acteurs et des initiatives, qui témoigne de la mobilisation générale sur le sujet de l'obésité. Le revers de cette mobilisation peut être, dans certains cas, un défaut de lisibilité et d'évaluation des actions menées.

2. La prise en charge

2.1 Une prise en charge de l'obésité adulte en construction

Les défaillances de la prise en charge de l'obésité adulte ont été analysées en détail dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant, auquel la commission choisit de renvoyer. Concernant l'offre de soins, deux préoccupations dominent : d'une part, une inégalité d'accès aux soins et un problème d'errance médicale (absence de lisibilité de l'offre de soins, inadaptation de la réponse médicale), d'autre part, une inadaptation de l'organisation des soins (en ville et à l'hôpital) et des équipements médicaux (ambulance SAMU-SMUR, imagerie médicale...) à la prise en charge des personnes obèses. La non reconnaissance de l'obésité en tant que problématique de santé à part entière, une formation insuffisante des professionnels de santé, une tarification ne permettant pas la valorisation de ces activités de soins sont autant d'obstacles supplémentaires.

Ces difficultés ne doivent pas faire oublier les initiatives significatives et pertinentes en cours. En particulier, le PNNS 2 a inscrit la prise en charge de l'obésité parmi ses priorités. La HAS a développé une série de recommandations de bonnes pratiques cliniques. La DHOS travaille actuellement sur la prise en charge dans les établissements de santé. Les associations sont engagées dans une collaboration constructive avec les autorités de santé. Des propositions ont été élaborées par la DHOS (Mission X. Bertrand) par des offices et commissions parlementaires (rapport de Mme Valérie Boyer), par des expertises collectives de l'INSERM et internationales.

Les propositions de la commission en matière de prise en charge s'appuient pour l'essentiel sur ces travaux et sur les données communiquées par la direction de l'hospitalisation et des soins ainsi que par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

La commission s'est posée la question de savoir si l'obésité devait être considérée comme une affection de longue durée (ALD) et, à ce titre, bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'assurance-maladie.

Les arguments en faveur de cette option sont d'ordre social plus que médical : en effet, on a vu que les personnes à faibles revenus étaient beaucoup plus souvent touchées par l'obésité que les autres. Toutefois, la Haute Autorité de Santé a défini des conditions qui excluent de fait l'obésité de la possibilité d'entrer dans cette classification ; présentant l'obésité comme un facteur de risque au même titre que le tabagisme, la HAS estime ainsi que l'extension des ALD aux facteurs de risques transformerait la nature même du dispositif : « un dispositif dont la vocation initiale est d'être un dispositif d'exception visant à neutraliser pendant un temps limité l'impact de soins particulièrement coûteux, tendrait dans les faits à devenir un dispositif de droit commun de caractère permanent. Ciblage médical et ciblage social répondent en l'espèce à des logiques totalement distinctes, au point que l'on ne peut améliorer significativement l'un sans dégrader substantiellement l'autre. »

Cependant, une voie médiane pourrait être expertisée par la HAS, selon laquelle les personnes pour lesquelles l'indication de chirurgie bariatrique est posée ($IMC > 35$) pourraient être susceptibles de bénéficier d'une prise en charge ALD pour une période maximale de 5 ans. Une réponse spécifique de la HAS nécessiterait une saisine officielle et une analyse du dossier après instruction du rationnel et avis de son Collège.

Quelle que soit l'issue de cette réflexion, la commission tient à souligner la nécessité d'un engagement fort des pouvoirs publics contre les discriminations à l'égard des personnes obèses dans le cadre de leur prise en charge médicale.

2.2 Une prise en charge de l'obésité infantile très défaillante

La question de la prise en charge de l'obésité infantile est indissociable de celle du dépistage : des facteurs de risque de survenue d'une obésité ont été clairement identifiés chez l'enfant (poids de naissance et IMC des parents élevés ; rebond d'adiposité précoce, avant l'âge de 6 ans), qui constituent autant de signes d'appel et permettent d'orienter le dépistage. Le *continuum* dépistage - prise en charge doit reposer sur un partenariat fort entre la médecine de ville, la PMI, la médecine scolaire, les diététiciens, psychologues ou éducateurs médico-sportifs, et l'hôpital.

Ce partenariat se heurte sur le terrain à de nombreux obstacles.

Le système de soins

Le système de soins est insuffisamment structuré pour traiter ce type de pathologies, avec une mauvaise visibilité de l'offre de soins, des consultations longues et non valorisées, qui ne sont pas prises en charge pour les diététiciens et les psychologues en libéral, une éducation thérapeutique insuffisamment développée et peu accessible, et une quasi absence de structures sportives adaptées au problème des enfants en surpoids.

Les professionnels de santé

L'IMC est trop rarement et/ou trop tardivement calculé chez l'enfant, que ce soit en médecine de ville, en PMI ou en médecine scolaire. Les relations PMI-médecine scolaire et PMI-médecine libérale sont insuffisantes pour les enfants dépistés. Par manque de formation ou de temps, les professionnels de santé ont parfois des discours culpabilisants ou trop

rassurants, et ils se sentent isolés. Beaucoup d'entre eux méconnaissent les recommandations pour la prise en charge de la HAS, qui sont en cours d'actualisation. Il s'y ajoute des délais d'attente importants dans les structures hospitalières de référence.

Les familles

Les représentations vis-à-vis de l'obésité, de l'alimentation et de l'activité physique jouent un rôle essentiel, que ce soit pour le dépistage ou la mise en place de la prise en charge, en particulier pour les familles présentant des difficultés socio-économiques. Il leur est difficile de conserver une motivation sur le long terme et une adhésion au projet thérapeutique, notamment en cas d'absence d'accompagnement structuré sur le long terme.

La coordination des parcours de soins : les REPOP

Il faut noter que ces obstacles sont en partie résolus dans les territoires où une approche en réseau type REPOP (réseaux de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique) a été mise en place. A l'heure actuelle, il existe cinq réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité de l'enfant (REPOP) financés (Franche-Comté, Gironde, Grand Lyon, Ile de France, Toulouse-Midi-Pyrénées), et des réseaux informels se sont constitués dans certaines régions. L'avantage du réseau formel est d'une part d'offrir un recours en termes d'orientation et d'information des parents, d'autre part de proposer la prise en charge de consultations de diététiciens, de psychologues ou d'éducateurs médico-sportifs, qui sinon restent à la charge des familles, ce qui constitue un obstacle pour les revenus modestes.

Le REPOP Aquitaine a mené une évaluation interne portant sur l'évolution de l'IMC des patients pris en charge entre 2006 et 2008, qui donne des résultats encourageants : la grande majorité des patients ont stabilisé ou diminué leur IMC. Toutefois, la prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle est précoce, dès la tranche d'âge 4-8 ans, et longue (au moins un an). L'évaluation souligne également que le dépistage organisé dans l'ensemble de la région Aquitaine se traduit par une demande accrue de prise en charge qui n'a pu être satisfaite pour le moment.

Les réseaux existants se caractérisent par le faible nombre de patients dits « en file active » au regard du potentiel, par exemple 600 en Gironde ou 2400 en Ile de France, et/ou par le nombre limité de médecins adhérents (120 pédiatres sur 1750 en Ile de France). Une évaluation des réseaux sera organisée par la CNAMTS en 2010, qui devrait permettre de définir les conditions du succès pour une généralisation d'un dispositif de prise en charge, en tout état de cause indispensable.

Partie IV - Des résultats intéressants

1. Bilan des PNNS

Une mission commune menée par l'inspection générale des affaires sociales et le conseil général de l'agriculture et de l'espace rural (IGAS-CGAER) rendra ses conclusions sur l'évaluation du PNNS en mars 2010. La commission a cependant pu avoir communication des premiers résultats de l'enquête de terrain menée par les deux inspections au dernier trimestre 2009, dans trois régions : Aquitaine, Champagne-Ardenne, et Ile-de-France.

Le PNNS1 a été officiellement lancé en 2001 par le Ministre chargé de la santé et reconduit en 2006 jusqu'en 2010.

Parmi les actions menées et en cours d'évaluation, on notera en particulier :

- *la communication* : l'INPES est l'opérateur principal de ce travail. Le but majeur des actions est le renforcement d'une meilleure connaissance des repères du PNNS et surtout des moyens à mettre en œuvre pour faciliter leur mise en pratique. Ces actions sont pour la plupart pré-testées et leur impact sur le consommateur est évalué.

- *une action sur l'amélioration de l'offre alimentaire* par la voie de chartes conclues avec les acteurs économiques: en 2007, un comité chargé d'examiner les dossiers sur la base d'un cahier des charges définissant les critères appelés à être respectés par les acteurs économiques souhaitant proposer des engagements volontaires de progrès nutritionnel, a été mis en place. A ce jour, 49 dossiers émanant d'acteurs économiques ont été déposés et examinés : 12 chartes sont signées. Afin d'assurer le suivi de ces engagements et celui de la qualité de l'offre alimentaire sur le plan nutritionnel (composition nutritionnelle, taille des portions) ainsi que sur le plan socio-économique (prix, segments de marché), un observatoire de la qualité de l'alimentation a été mis en place en 2008. Le premier rapport d'activité 2008 a été publié en juin 2009 et est consultable sur le site www.oqali.fr.

- *l'implication des collectivités locales* : environ 200 villes et communautés de communes adhèrent désormais au réseau des villes actives du PNNS. Un site Internet spécifique www.villesactivespnns.fr a été créé. Trois départements ont signé cette charte. Les chartes régions actives du PNNS et chartes d'engagement des entreprises actives du PNNS sont en cours d'élaboration.

- *les actions en direction des populations défavorisées* :

Au niveau local, les 140 ateliers santé ville présents au niveau national ont développé de très nombreuses actions dans le domaine de la nutrition. Certains s'intègrent dans le réseau des villes actives du PNNS, et du soutien des GRSP. Une formation décentralisée, organisée par l'INPES, des bénévoles et salariés travaillant dans les divers réseaux d'aide alimentaire a été mise en place en 2009.

- *des actions pour le dépistage et prise en charge de l'obésité* : des outils ont été élaborés : disque IMC, logiciel Calimco destinés aux professionnels de santé, révision de la courbe de corpulence à intégrer dans le carnet de santé. En ce qui concerne la prise en charge de l'obésité, l'objectif visé est de proposer un « parcours de soins » pour les sujets obèses une fois dépistés, en tenant compte de la spécificité des cas. Un travail de très grande ampleur, coordonné par la HAS et mené par les sociétés savantes, couvrant tant les recommandations de bonnes pratiques, que la question du parcours de soins et de l'information des patients et des soignants est actuellement en cours.

- *la création d'un dispositif de surveillance* : deux enquêtes nationales sur des échantillons nationaux représentatifs de la population ont été menées en 2006-2007, l'enquête nationale nutrition santé (ENNS), coordonnée par l'Institut de veille sanitaire, et l'enquête individuelle nationale de consommation alimentaire (INCA2), coordonnée par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ; pour la première fois, des données fiables au niveau national sont disponibles pour connaître la prévalence de l'obésité et du surpoids, à partir de données mesurées et non pas déclarées. La troisième édition du baromètre nutrition de l'INPES est attendue pour fin 2009.

- *des actions régionales* : des référents régionaux du PNNS ont été nommés dans les services déconcentrés du Ministère chargé de la santé. Dans le cadre des Plans régionaux de santé publique (PRSP), plusieurs actions nutrition PNNS ont été financées par les Groupements Régionaux de Santé publique (GRSP). Un guide méthodologique destiné aux acteurs de terrain a été édité, afin d'harmoniser les indicateurs, les mesures utilisées en matière de nutrition, les conditions de collecte des données et les définitions des groupes de population. Il vise à améliorer la comparabilité des données dans le temps et dans l'espace.

- *la conclusion d'une « charte alimentaire »* le 18 février 2009 (dite « charte CSA ») entre le ministère chargé de la santé et des sports, le ministère chargé de la culture et de la communication, Conseil supérieur de l'audiovisuel, les chaînes de télévision, les syndicats de producteurs et auteurs et les représentants des annonceurs. Valable pour 5 ans, elle engage les acteurs à produire et diffuser un volume déterminé de programmes visant à promouvoir une alimentation équilibrée et l'activité physique, destinés aux enfants et diffusés au moment où ils sont disponibles, en contrepartie d'un maintien de la publicité alimentaire. Cette opération qui n'était pas inscrite initialement dans le PNNS, est venue compléter les actions déjà entreprises. De son côté, l'autorité de régulation de la publicité (ARPP) a publié en octobre 2009 un nouveau code déontologique qui définit les modes de représentation acceptables de la consommation alimentaire dans la publicité. Un premier bilan effectué en décembre 2009 montre que les chaînes ont dépassé pour 2009 les objectifs de production de la charte. Celle-ci a été montrée en exemple par la Commission de l'UE et suscite l'intérêt d'autres pays.

2. Une prise de conscience

La commission a reçu beaucoup plus de demandes d'auditions qu'elle n'était en mesure d'en tenir, ce qui est en soi une marque d'intérêt de la société civile pour le sujet.

L'ensemble des multiples actions menées par les différents opérateurs a contribué à la sensibilisation des français sur la question des liens entre nutrition (alimentation et activité physique) et santé. Les campagnes médiatiques, les outils développés, les procédures mises en œuvre, les réglementations adoptées, les actions de formation, les actions de terrain soutenues par les groupements régionaux de santé publique, par les municipalités, dans les établissements scolaires, les quartiers, les entreprises, les établissements de santé... ont permis une prise de conscience, tant des milieux professionnels impliqués (santé, social, alimentation, éducation...) que des divers groupes de population. Le PNNS ne s'est adressé sur le sujet précis de l'obésité qu'aux professionnels de la santé. Par principe, le PNNS s'adresse à la population sur la base de la promotion de la santé (favoriser les comportements et les environnements favorables).

Il y a également eu un large développement de l'information via les médias (grand public et professionnel), y compris Internet. Le traitement de cette information a trop souvent entraîné une confusion entre la question du lien entre obésité et santé et celle de la valorisation d'une image corporelle orientée vers la minceur voire la maigreur.

Les premiers résultats de l'étude Nutrinet sont à cet égard instructifs : ils montrent que 30% des femmes de poids normal se trouvent trop grosses (13% des hommes), que 65% des femmes de poids normal voudraient maigrir (30% des hommes) et même que 9% des femmes maigres souhaitent peser moins.

Huit mois après la mise en place des messages sanitaires sur les publicités et promotions commerciales, une enquête a été réalisée fin 2007 par l'institut BVA pour évaluer leur impact auprès de deux « cibles » : les 8-14 ans, et les 15 ans et plus. 87 % des sondés accueillent favorablement les messages. Plus des deux tiers des 8 ans et plus sont capables de restituer spontanément au moins un message et 90% les reconnaissent. Les enfants ont une meilleure reconnaissance que les adultes. 21% des personnes déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires, 17% leurs habitudes d'achats alimentaires. Ce pourcentage est significativement plus élevé chez les personnes disposant de moins de 900 euros par mois, 25%, contre 15% pour un revenu supérieur à 1500 euros. Les premiers sont 49% à déclarer que les messages sanitaires les ont fait réfléchir (39% des plus forts revenus). Cependant, la mémorisation, comme le sentiment d'être concerné par ces campagnes (sur le gras et sucré, sur la consommation de fruits et légumes, sur le grignotage), sont nettement plus élevés chez les cadres que chez les ouvriers. Ceux-ci sont deux fois plus nombreux à trouver que ces messages apportent des informations nouvelles... et aussi 2,5 fois plus nombreux à les trouver culpabilisants.

On remarque que les personnes obèses (IMC > 30) ou se considérant comme trop grosses sont 24% à considérer les messages « culpabilisants » contre 13% des sujets de poids « normal ». 75% des personnes interrogées sont favorables à la suppression des publicités pour les aliments durant les programmes jeunesse.

Le message relatif à la promotion de la consommation de 5 fruits et légumes par jour est le plus souvent cité spontanément chez les adultes et les enfants, suivi des messages sur la limitation du grignotage et de la consommation de produits trop gras, trop sucrés et trop salés.

3. Les atouts de la France

Le savoir-vivre alimentaire français, dans ses différentes composantes, a été souligné par de nombreux intervenants comme une protection contre le développement de l'obésité :

- la valorisation du repas pris en commun : on mange plus lentement et en moins grande quantité que lorsqu'on mange seul ;
- le fait de s'installer à table plutôt que de manger debout ;
- l'attention portée à la préparation et au goût des aliments, qui sont un sujet de discussion, de commentaires, et d'émissions de télévision très populaires ; l'acte de partager un repas ne relève pas seulement de l'accomplissement d'une fonction vitale, mais est aussi une manifestation d'insertion culturelle et sociale.

Tous ces atouts sont fragilisés par l'évolution des modes de vie; la question est donc de savoir comment « accommoder » ces manières de faire pour en préserver l'essence.

Avec le PNNS, la France a également été l'un des premiers pays à lancer un plan cherchant à couvrir plusieurs thématiques de la toile de l'obésité.

A l'inverse, le peu de prix attaché en France à l'activité physique rend peu audibles les campagnes d'incitation du type « bouger plus ». L'activité sportive est valorisée lorsqu'elle mène à la compétition ; en revanche, comme le soulignait récemment le rapport Toussaint,

l'activité de loisir, ne bénéficie pas du même intérêt, y compris à l'école. Pourtant, il est démontré qu'une activité physique même modérée suffit par exemple à diminuer la résistance à l'insuline chez un diabétique.

Partie V - Des faiblesses et des insuffisances

1. Une capacité de mobilisation inadaptée aux enjeux

La nécessité d'un pilotage stratégique fort

La prévention de l'obésité fait appel, par nature à une grande variété d'acteurs aux objectifs parfois difficiles à concilier : ministère chargé de la santé, ministères chargés de l'alimentation, de l'éducation nationale, de la consommation, de l'action sociale, de la ville, tous niveaux de collectivités locales, professions de santé, industrie, distribution, restauration, médias, enseignants, milieu sportif, organismes d'aide alimentaire, chercheurs, associations de parents d'élèves, associations de promotion de l'activité physique...

La commission souligne la nécessité de garantir un pilotage stratégique et politique de niveau suffisant pour surmonter les divergences, voire les oppositions, perçues pendant les auditions, et qui ne peut donc se situer au niveau d'un seul ministère.

Une contractualisation insuffisante entre les acteurs

De fait, la gouvernance accorde une part insuffisante à la négociation et à la contractualisation entre les acteurs. Ainsi, les chartes d'engagement de progrès nutritionnel dont le principe d'action directe sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire est intéressant, doivent évoluer pour avoir un effet d'entraînement plus important dans les différents secteurs concernés. Le dispositif actuel est perçu comme punitif plus que stimulant pour les entreprises ou secteurs qui voient leur chartes refusées sans toujours en comprendre les raisons exposées dans le courrier de rejet.

Il est pour l'instant difficile de connaître avec précision les parts de marché que représentent les 12 chartes acceptées. A titre d'illustration, les distributeurs ayant déjà signé représentent à eux deux environ 30% de la distribution alimentaire en grandes et moyennes surfaces. Ils s'engagent pour plus de 66% des produits qu'ils distribuent sous leurs marques de distributeurs. St Hubert et Unilever pour ses produits gras représentent environ 70% des parts de marché des matières grasses type margarine. Orangina Schweppes détient 15% des volumes sur le marché des boissons rafraîchissantes sans alcool. Unijus regroupe tous les producteurs de jus de fruits et nectars en France, la plupart étant des PME qui produisent les mêmes produits pour les distributeurs. Findus est le numéro 1 français des surgelés. Marie est un acteur majeur sur les plats préparés. Jusqu'ici, le poids des PME reste mineur dans ce dispositif, mais leur présence dans certaines chartes (distributeurs, Unijus) montre que certaines peuvent s'adapter à des exigences nutritionnelles améliorées.

Il serait souhaitable que le dispositif des chartes soit étendu et adapté aux secteurs et ne se limite pas aux leaders de chaque branche. Les premiers résultats de l'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI) montrent en effet une grande dispersion des caractéristiques nutritionnelles des différentes références au sein de chaque secteur, et même de chaque famille de produits. Il existe donc un réel potentiel d'amélioration. L'objectif des chartes sectorielles serait d'améliorer la qualité nutritionnelle moyenne, en fixant des seuils de réduction de la dispersion des valeurs nutritionnelles.

Il importe bien sûr que le dispositif retenu conserve une dimension contractuelle afin que les engagements pris soit crédibles et mesurables. Dans un tel cadre, le maintien d'un dialogue permanent avec les entreprises aurait un effet d'entraînement global, évitant la sanction pour

privilégier la recherche du meilleur sentier d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et donc de la santé de la population.

Une coordination régionale à inventer

L'absence de coordination régionale forte alliant prévention et prise en charge dans la plupart des régions a aussi été soulignée. Ce fait est d'autant plus dommageable que l'échelon local est essentiel en matière de prévention. A cet égard, les mobilisations nationales type chartes des villes ou des départements PNNS, aussi louables soient-elles, ne peuvent garantir à elles seules que des actions seront réellement entreprises. Les chartes des villes PNNS souffrent également d'une absence d'évaluation périodique et d'une coordination nationale très limitée en moyens et en ambition. Les chartes départementales rencontrent encore peu de succès (seulement trois signées).

2. Une compréhension encore insuffisante des facteurs favorisant l'obésité, une épidémiologie à améliorer

Les facteurs de l'obésité sont encore mal connus

Si la plupart des experts s'accordent sur la liste des causes, aucun n'est en mesure de les pondérer ; les variations sociales dans la prévalence de l'obésité, les inégalités géographiques, demanderaient à être étudiées sur une durée suffisante et avec une méthodologie rigoureuse.

L'épidémiologie est à améliorer

L'ENNS n'a lieu que tous les 5 ans et l'étude nationale des consommations alimentaires (INCA) n'a connu que deux éditions (1998-1999 et 2006-2007) ; l'étude OBEPI-Roche est organisée tous les 3 ans mais sur une base déclarative, et sa pérennité est liée à celle de son sponsor privé. Plus encore que l'épidémiologie adulte, l'épidémiologie infantile est parcellaire et insuffisante.

Il serait souhaitable qu'une enquête publique systématique sur le poids et la taille des adultes et des enfants résidant en France soit conduite sur une base régulière. La représentativité de l'échantillon devrait faire l'objet d'une attention toute particulière pour assurer un recrutement suffisant au sein des populations à risques et pour éviter les biais de sélection liés à une "médicalisation" trop marqué de l'objet de l'enquête.

3. Un dépistage encore parcellaire

Les données et les témoignages réunis par la commission vont dans le même sens : la prévention fait l'objet de messages très généraux, qui touchent les populations les plus réceptives. En revanche, les personnes qui présentent des situations les plus à risques restent largement à l'écart de la prévention, faute d'actions et de messages adaptés :

- femmes enceintes présentant un facteur de risque (comme l'obésité) vis-à-vis de l'enfant à naître, et ensuite leur nourrisson ;
- enfants en rebond d'adiposité précoce, prédictif de surpoids et d'obésité.

Dès 2003, l'ANAES²⁶ recommandait « la mesure régulière et répétée du poids et de la taille des enfants, le calcul de l'IMC et le report de celui-ci sur les courbes de corpulence du carnet de santé ».

Le thème « obésité de l'enfant » est inscrit au programme de travail 2010 de la Haute autorité de santé (HAS). Ce travail prévoit l'actualisation des définitions internationales à partir des courbes de l'International Obesity Task Force, et des recommandations sur la fréquence des mesures et les moyens diagnostiques applicables en particulier en médecine générale. Une mise à jour des données épidémiologiques est prévue. Ce travail doit débuter en fin de 1er trimestre 2010 et se terminer en fin de 2ème trimestre 2011. Il associera notamment des médecins des différentes catégories (médecine scolaire, médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI).

4. Un ostracisme insupportable à l'égard des personnes obèses

Les associations de personnes obèses ont fourni de nombreux exemples de matériels inadaptés à leur état.

Dans la vie courante, les personnes obèses rencontrent des problèmes avec les fauteuils de cinéma, les places d'avion (sans payer de supplément), les ceintures de sécurité des voitures, les transports en cars : ceinture trop petite et siège étroit, siège SNCF trop étroit sans relever l'accoudoir et s'asseoir à moitié sur le passager à côté, les tables de restaurant d'entreprise à assise fixée à la table, dont l'espacement est trop étroit...

A l'hôpital, manquent brancards, lits, blouses d'hôpital à la bonne taille, douches, IRM, transport sanitaire... adaptés aux personnes obèses.

Au-delà, les témoignages abondent de refus d'embauche ou de promotion liés à l'obésité. La DGS a saisi la HALDE au sujet des discriminations à l'égard des personnes obèses en juin 2009.

5. Une attention insuffisante portée à l'activité physique et à la lutte contre la sédentarité

Les adultes ont besoin d'au moins 30 mn d'activité physique par jour, et les enfants d'au moins 60 mn. Or pas plus de 20% des enfants remplissent cette condition, et il est démontré qu'un enfant inactif physiquement a très peu de chances de devenir actif à l'âge adulte (Pr Chantal Simon). Un rapport récent du Pr Jean-François Toussaint a été consacré au développement de l'activité physique.

Comme chez l'adulte, sa pratique régulière pendant l'enfance et l'adolescence favorise le maintien ou l'amélioration de la condition physique, procure des bénéfices sur le plan psychologique et social et a un effet favorable sur plusieurs aspects de la santé physique : croissance, composition corporelle et surpoids, profil lipidique, pression artérielle, risque cardiovasculaire, densité osseuse.

L'intérêt de la pratique régulière d'une activité physique pendant l'enfance et l'adolescence dépasse ses effets immédiats sur la santé pour deux raisons au moins :

- Pratiquée avec plaisir, elle prédit le niveau de pratique du futur adulte, dont on sait qu'il représente un déterminant essentiel de l'état de santé.

- Les facteurs de risques pathologiques débutent précocement et nombre de bienfaits de l'activité physique pratiquée pendant l'enfance se prolongent jusqu'à l'âge adulte, indépendamment du degré d'activité de ce dernier.

Sur ces prémisses et avec le conseil général du Bas-Rhin, le professeur Chantal Simon a organisé une expérience visant à tester la possibilité, grâce à un programme adapté, de développer l'activité physique et de diminuer la sédentarité des collégiens. L'objectif était de réduire les obstacles à l'activité physique, quelle que soit leur nature (pratique, psychologique, sociale...).

L'étude ICAPS (Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité) a été menée sous forme d'un essai randomisé et contrôlé. La population cible était représentée par les élèves de 6ème de quatre paires de collèges du Bas-Rhin, soit 1048 élèves, dont 954 élèves ont accepté d'être suivis par questionnaire et médicalement. Les élèves des collèges bénéficiant de l'action ont été comparés à ceux des collèges ne bénéficiant pas de l'action. Le suivi et l'action se sont poursuivis pendant toute la durée de la scolarité en collège, soit pendant quatre ans. Afin de tenir compte d'éventuelles différences liées au niveau socio-économique, les paires de collèges ont été tirées au sort en tenant compte de la localisation géographique et de l'appartenance à l'éducation prioritaire.

Dans le cadre d'ICAPS, on constate :

- un accroissement important de l'activité physique chez les adolescents concernés (contre une baisse dans les collèges témoins)
- une moindre croissance de la prévalence de l'obésité,
- une réduction du temps passé devant un écran.

Pour la commission, cette expérience démontre que le cadre scolaire peut être facilement adapté pour permettre le développement de l'activité physique des enfants.

6. Des messages culpabilisants ou inadaptés

Le Centre d'Analyse Stratégique a pour sa part effectué une analyse par « eye-tracking » de l'impact des bandeaux défilants « manger bouger », pour conclure que l'œil les percevait mal. L'étude BVA citée plus haut sur les bandeaux publicitaires montre aussi quelques problèmes de confusion entre le message sanitaire et le produit promu. En effet, alors que le message sanitaire apposé sur la publicité n'est pas nécessairement en rapport avec le produit promu, 60% des 15 ans et plus pensent l'inverse, c'est-à-dire que le message affiché serait adapté au produit promu.

Ainsi, interrogés sur des publicités précises comme par exemple un yaourt aux fruits avec le message « pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour », 44% pensent à tort que ce yaourt fournit une portion de fruits pour la journée. De plus, les messages sont perçus différemment selon la corpulence des personnes : 24% des personnes obèses trouvent ces messages culpabilisants, contre seulement 13% des personnes ayant un poids « normal ». De même, 28% des personnes se considérant beaucoup trop grosses trouvent ces messages culpabilisants, 14% estiment que ces messages sont source d'angoisse pour elles.

L'impact des messages sanitaires sur les représentations de l'alimentation semble faire évoluer une représentation fondée sur le plaisir vers une représentation de l'alimentation de plus en plus fonctionnelle. À la question ouverte « Si je vous dis bien manger, à quoi pensez-vous ? », la dimension du plaisir partagé était prédominante jusqu'en 2003. En 2007, un fort changement de tendance est observé : le mot le plus cité est le mot « équilibre » et les mots les plus associés sont restrictifs. Parallèlement à cette montée d'une sensibilisation à

l'alimentation fonctionnelle, il semble qu'un sentiment de culpabilité s'installe dans le paysage français ; les Français sont de moins en moins nombreux à considérer qu'ils ont une bonne alimentation. En 2007, seulement 69% des Français considèrent qu'ils ont une bonne alimentation. Ce sentiment a diminué de 12 points en 4 ans chez les adultes et de 11 points chez les enfants.

Questionnés par BVA sur l'impact de ces messages sur leur comportement alimentaire et d'achat, 21% des 15 ans et plus déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires et 17% leurs habitudes d'achat de produits alimentaires ou de boissons. Pourtant, depuis la mise en place des bandeaux publicitaires (février 2007), les dépenses de consommation en fruits (frais, surgelés ou en conserve) en euros constants ont diminué de 0,5% en 2008, comme celles de légumes (frais, surgelés ou en conserve), selon les données de comptabilité nationale de l'INSEE.

Sur plus longue période, les données disponibles sont difficiles à interpréter : l'étude INCA de l'AFSSA montre une forte augmentation de la consommation de fruits et légumes entre 1999 et 2007 chez les adultes et une stabilité chez les enfants ; selon le CREDOC, la consommation de légumes a diminué entre 2003 et 2007 (adultes et enfants), la consommation de fruits a reculé chez les enfants et augmenté légèrement chez les adultes.

7. Les insuffisances de l'évaluation

Définir l'évaluation, une tâche difficile

La nécessité d'évaluer de façon rigoureuse les actions entreprises impose de conduire en parallèle recherche et action. Les programmes d'action doivent se définir comme fondés sur « la meilleure science disponible », à défaut de « la meilleure science possible ». A la différence des mesures de prise en charge individuelle, les programmes de prévention destinés à la population ou à la communauté dans son ensemble ne visent pas à obtenir une amélioration du poids ou des co-morbidités des personnes mais à stabiliser ou à réduire le niveau de surpoids ou d'obésité et l'indice de masse corporelle (IMC) moyen dans la population.

L'évaluation des actions menées dans le domaine de la prévention de l'obésité rencontre des difficultés spécifiques qui ne doivent pas être sous-estimées. Ceci est dû, d'une part au caractère multifactoriel de cette pathologie, qui induit une complexité des multiples actions à mener, et, d'autre part, à la durée nécessaire pour observer des effets substantiels sur un critère de jugement comme le poids. D'autres indicateurs que le poids moyen de la population peuvent donc constituer des paramètres d'efficacité intermédiaires intéressants tels que des marqueurs du niveau d'activité physique et des choix alimentaires, mais aussi des éléments plus structurels, comme le nombre et l'accessibilité des lieux de loisirs actifs, la disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes pour les populations à faibles revenus ou dans les collectivités...

Il faut souligner que les changements d'attitudes et de motivation des publics visés comme des professionnels impliqués dans la prévention et des pouvoirs publics sont des étapes importantes, probablement indispensables, mais qui ne dispensent pas des modifications de l'environnement et de l'offre visant à faciliter un mode de vie plus sain et plus actif. Ces notions ont des implications directes en termes d'évaluation.

Les données d'évaluation restent insuffisantes

On notera que le PNNS 1 n'a pas fait l'objet d'évaluation externe avant le lancement du PNNS 2, qui s'est en revanche doté d'une batterie d'objectifs et d'indicateurs qui devrait permettre une telle évaluation.

L'insuffisance d'évaluation est soulignée par :

- la mission IGAS-CGAER sur l'évaluation du PNNS2, qui pointe la multiplicité de micro-actions au niveau local sans moyen d'évaluation, ce qui rend impossible d'argumenter toute extension ou généralisation d'expériences réussies ;
- l'expertise collective de l'INRA sur les fruits et légumes : 21 des 87 actions du PNNS1 affichaient l'augmentation de leur consommation comme objectif, et seules 7 ont été évaluées ;
- L'INSERM, qui vient de publier sa deuxième « expertise opérationnelle » sur le thème de la santé des enfants et des adolescents. Un chapitre s'attache à recenser les expériences de prévention de l'obésité chez les enfants ayant fait l'objet d'une évaluation. Le premier constat est la rareté des opérations de prévention remplissant cette dernière condition, particulièrement en France.

Le deuxième constat de l'INSERM est que très peu d'expériences fournissent des résultats probants, en raison d'une part du caractère multifactoriel de l'obésité, qui rend toute action de prévention complexe, d'autre part de la rareté des expériences évaluées sur une durée longue, alors que l'on sait que l'enjeu est la conservation d'un « poids de forme » sur une longue période.

Parmi celles qui ont produit des résultats, l'INSERM relève la combinaison d'interventions en milieu scolaire sur une longue durée (plusieurs années) et portant sur trois axes simultanément : les connaissances nutritionnelles des enfants, l'alimentation à l'école (réduction des apports gras), l'activité physique jointe à la réduction de la sédentarité (heures passées devant un écran).

L'INSERM conclut son analyse sur une note de prudence, d'autres facteurs pouvant être à l'œuvre dès la grossesse et les premières années.

Partie VI - Les propositions de la commission

1. Un ensemble cohérent de propositions concrètes

Les principales propositions retenues par la commission font l'objet de « fiches actions » détaillées ci-jointes en annexe 1.

Lorsqu'il n'y a pas consensus, des options sont décrites, entre lesquelles il est proposé au Président de la République de choisir.

La commission estime que, pour un impact maximal, ces mesures doivent être engagées très rapidement, et propose donc de les réunir dans un plan à trois ans 2010-2012, selon quatre axes forts.

Axe 1 Prévenir et dépister

- Développer des actions ciblées en direction des publics fragiles pour abaisser ou supprimer le coût des fruits et légumes dans le cadre de l'aide alimentaire, et expérimenter les bons d'achat de fruits et légumes, avec des mesures d'accompagnement,
- Développer la culture alimentaire des enfants :
 - supprimer effectivement la collation du matin en maternelle,
 - donner une valeur législative aux recommandations du GEMRCN (groupe d'étude des marchés de restauration collective et de la nutrition) sur la qualité des repas en milieu scolaire,
 - rendre obligatoire l'installation de points d'eau potable dans tous les établissements d'enseignement,
 - accompagner la mise en œuvre d'un programme d'éducation à la santé et à la nutrition dans les établissements d'enseignement, incluant par exemple un « carnet de liaison alimentaire » entre l'école et les parents ; organiser des ateliers cuisine avec les enfants dans un lieu prévu à cet effet,
- Mettre en place les conditions pour un développement de l'activité physique :
 - dans les établissements d'enseignement par le développement d'une offre d'activité physique de loisir, en s'appuyant sur les associations,
 - en ville par l'ouverture généralisée des équipements sportifs toute l'année,
 - au travail par la création du titre sport pour les salariés et agents publics,
- Développer l'information des parents et des personnes en charge des enfants sur les bonnes pratiques du « temps d'écran » quotidien, pour lutter contre la sédentarité,
- Proposer au niveau européen l'indication obligatoire du nombre de calories sur la face avant de l'emballage et par portion,
- Etablir des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour de bonnes pratiques médicales et les mettre en œuvre de manière généralisée, avec pour objectif de parvenir à calculer l'IMC de tous les enfants de 0 à 12 ans chaque année, un accent particulier devant être mis sur les enfants atteints d'un handicap mental ; cette mesure va de pair avec la diffusion des réseaux de prise en charge dans le cadre de la loi HPST ;
- Promouvoir activement et valoriser l'allaitement maternel.

Axe 2 Prendre en charge

- Etablir et mettre en œuvre un plan d'équipement en matériel adapté des hôpitaux et des transports sanitaires pour accueillir et traiter les personnes obèses,
- Finaliser la mise en place des centres de référence pour la prise en charge,

- Finaliser et mettre en œuvre les recommandations pour la prise en charge ambulatoire des patients obèses, adultes et enfants,
- Evaluer les réseaux de prévention et de prise en charge pédiatrique en vue de leur généralisation,
- Créer des modalités d'accompagnement personnalisé en établissement d'enseignement pour les enfants en surpoids ou obèses (alimentation, activité physique) ;
- Recenser et évaluer l'efficacité de « centres d'amaigrissement » de longue durée pour enfants et adolescents en vue d'apprecier l'intérêt de les inclure dans un parcours de soins,
- Dans le cadre d'une prise en charge de longue durée médicalement justifiée à l'intérieur d'un réseau, mettre en place et prendre en charge des consultations de diététiciennes, psychologues (modèle REPOP, maisons du diabète et de l'obésité), mais aussi d'éducateurs médico-sportifs STAPS,
- Prendre en charge l'éducation thérapeutique en hôpital de jour (dans des centres sélectionnés sur appel d'offres),
- Créer une prise en charge T2A spécifique à l'obésité,
- Faire expertiser par la HAS les conditions de classification en affection de longue durée de l'obésité sévère ($IMC > 35$) pour une durée limitée ;
- Prendre en compte la stigmatisation du patient obèse (adulte et enfant) lors de la certification des établissements de santé (manuel Version 2010 de la Haute Autorité de Santé), plus particulièrement dans le cadre du critère (10a) portant sur la *promotion de la bientraitance*,
- Informer les patients obèses qu'ils peuvent saisir le pôle santé du médiateur de la République,
- Encadrer les sites Internet proposant des dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité en ligne.

Axe 3 Organiser la gouvernance et renforcer une communication positive

- Organiser une gouvernance nationale forte avec un pilotage interministériel dont le pilote sera originaire du secteur de la santé, rattaché au Premier ministre ou au Président de la République,
- Créer une fondation de coopération scientifique dédiée à la recherche dans le domaine de l'obésité ;
- Faire de l'obésité la grande cause nationale 2011, et, dans ce cadre, conclure une Charte nationale fédérant tous les intervenants : Etat, collectivités locales, industries, média, restauration collective, distribution... ; poursuivre la conclusion de chartes de progrès nutritionnel en adoptant une approche plus souple ;

- Organiser une gouvernance régionale, avec pour objectif de décliner et adapter la stratégie nationale : donner aux ARS une mission explicite, dans leur lettre de mission, de mettre en place un plan de prévention et de prise en charge de l'obésité avec tous les acteurs concernés ; identifier des coordonnateurs régionaux au sein des ARS ; organiser une animation nationale des coordonnateurs régionaux,
- A l'occasion de la journée mondiale de l'obésité le 22 mai 2010, susciter une mobilisation en France : faire évoquer par les médias les actions menées par les pouvoirs publics ; développer la connaissance du problème par le grand public ; évaluer la possibilité de susciter à terme des dons pour la recherche,
- S'appuyer sur la charte CSA du 18/02/2009 et les recommandations émises par l'autorité de régulation de la publicité (ARPP) le 16/09/2009 pour mettre en place une communication large, énergique et positive sur l'alimentation et l'activité physique : en particulier, élargir la charte CSA à la promotion des produits alimentaires non transformés (fruits et légumes, poisson, viandes...) et l'appliquer à France 4 ; utiliser les émissions culinaires existantes pour faire passer des bonnes pratiques ; renforcer la régulation professionnelle de la publicité sur Internet en révisant le Code déontologique *Internet support publicitaire* au 1^{er} semestre 2010 ;
- Renforcer la portée de la charte CSA en créant un comité de validation des programmes courts qui inclut des personnalités qualifiées, et en l'assortissant d'un dispositif de sanctions en cas de non respect, de préférence en révisant les conventions des chaînes, et permettre au CSA de proposer des évolutions chaque année en fonction des résultats de l'évaluation qui en aura été faite ;
- Faire évoluer le bandeau INPES sur les publicités pour en améliorer la perception ;
- Elaborer un guide d'autodiscipline des chaînes pour le téléachat visant à garantir la conformité des dispositifs et aliments amaigrissants proposés,
- Organiser la lutte contre la stigmatisation des personnes obèses, via des mesures concrètes (voir aussi axe 2) : concevoir et mener une campagne de communication sur le thème de l'acceptation de son physique ; mener des actions de sensibilisation à la communication envers les patients obèses auprès des étudiants (médecins / soignants),
- Organiser une conférence internationale de partage des bonnes pratiques en matière de prévention et de prise en charge pour valoriser les actions menées en France et la culture alimentaire française.

Axe 4 Améliorer les connaissances et l'évaluation

- Développer une épidémiologie de l'obésité infantile : organiser la prise de mesure (poids/taille) d'un échantillon d'enfants aux âges critiques : 3 et 6 ans en s'appuyant en particulier sur le réseau Sentinelles de l'INSERM ;
- Organiser la formation des personnes en contact avec les enfants et adolescents et des professions médicales : inclure la formation à la nutrition-dépistage-prise en charge des médecins généralistes en exercice dans les thèmes obligatoires du développement professionnel continu ; mettre à disposition des enseignants de maternelle, primaire et collège une formation en ligne à la nutrition « à la carte » ; former le personnel de restauration au contact des enfants : ATSEM (Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles) et agents municipaux des écoles primaires... ; intégrer la formation nutritionnelle labellisée dans la formation proposée en entreprise (accorder l'éligibilité au « 1% formation ») ;
- Améliorer la recherche et l'évaluation: en particulier, développer la recherche sur les causes de l'obésité avec un volet spécifique aux collectivités d'outre-mer et un autre dédié aux enfants atteints d'un handicap mental, développer la recherche sur les indicateurs d'activité physique et de sédentarité, sur l'amélioration de la qualité alimentaire, accroître la fréquence de l'enquête ENNS (passer de 5 à 3 ans), définir

des critères d'évaluation des actions de prévention afin d'inclure l'évaluation dans leur cahier des charges.

2. Les sujets n'ayant pu faire l'objet d'un consensus

Trois sujets n'ont pu faire l'objet d'un consensus. Les principaux arguments échangés sont repris ci-après.

- Premier sujet : les mesures relatives à la publicité pour les produits alimentaires transformés dans les écrans jeunesse

D'une part les défenseurs de **la suppression de la publicité**¹ avant, pendant et après les programmes jeunesse et sur les chaînes destinées à la jeunesse rappellent que cette mesure est réclamée par 20 sociétés savantes composées d'experts et de spécialistes du secteur de la nutrition et de la santé publique, qui ont déposé récemment 17 propositions pour la prévention de l'obésité. La suppression de la publicité a un caractère hautement symbolique et est une marque de cohérence de la politique de prévention de l'obésité. L'organisation représentative de l'industrie agro-alimentaire a d'ailleurs émis une recommandation en ce sens. Certains nuancent cette recommandation et préconisent de n'autoriser la publicité que pour les aliments considérés comme sains sur la base d'une liste arrêtée par l'Etat.

D'autre part, il faut constater que cette mesure n'a eu en effet qu'une portée symbolique dans les pays où elle a été mise en œuvre, et n'a pas eu de conséquence sur l'évolution de l'obésité infantile, même si celle-ci a un caractère éminemment multifactoriel qui rend délicate la désignation de tel ou tel phénomène comme cause majeure. De plus, la publicité alimentaire dans les programmes destinés aux enfants, tout en ayant beaucoup diminué en raison du retrait de la quasi-totalité des annonceurs sauf trois, contribue au financement de ces programmes ; plus profondément, une partie de la commission **privilégie les mesures de communication positive par rapport aux mesures d'interdiction**, dont les effets pervers peuvent être plus ou moins anticipés (publicité déguisée dans le placement de produits, publicité accrue autour des programmes les plus regardés en famille...).

La commission propose donc de renforcer la portée de la charte CSA, notamment en l'assortissant d'un dispositif de sanctions en cas de non respect (voir axe 3 pour le détail des mesures) et en organisant la validation des programmes courts par des personnalités qualifiées.

- Deuxième sujet : l'instauration d'un dispositif d'orientation du consommateur de type suédois ou « green keyhole »

La Suède a mis en place depuis de nombreuses années un dispositif de flétrage des produits « sains », reconnaissables en magasin grâce à un logo figurant une « serrure verte », ou « clé verte ». Ce dispositif est en cours d'évaluation par l'Union européenne et pourrait être apprécié favorablement dans la mesure où les conditions d'emploi seraient conformes à la définition des profils nutritionnels prévus au niveau communautaire par le règlement sur les allégations.

Une partie de la commission soutient **la mise en place en France d'un dispositif analogue**², afin d'orienter le choix des consommateurs vers des produits non transformés ou respectant certaines règles de composition à déterminer par un organisme indépendant. Les recommandations du PNNS en matière d'équilibre alimentaire seraient intégrées à cette

¹ Position défendue par les Pr Dominique Turck, Jean-Michel Oppert, Mme Valérie Boyer, la DGS

² Position défendue par les Pr Dominique Turck, Jean-Michel Oppert, Mme Valérie Boyer, la DGS

approche. L'objectif serait d'aider le public et en particulier les personnes les moins éduquées à se nourrir plus sainement, et d'inciter l'industrie à améliorer ses produits pour pouvoir y apposer la clé verte, ou un autre logo spécifique. L'impact attendu serait un meilleur équilibre nutritionnel et l'induction d'un cercle vertueux créé par la demande de tels produits, contribuant alors à accélérer l'effort fait par les professionnels, enclins à proposer de plus en plus de produits méritant une clé verte.

La majorité de la commission est cependant opposée à un tel système :

- il revient à distinguer les bons aliments des mauvais, alors que l'équilibre alimentaire global et le volume total de calories absorbées ont davantage d'importance ;
- Il ne correspond pas à la culture alimentaire française qui favorise la diversité des aliments sans exclusive ; de nombreux produits du terroir, dont la défense au niveau européen a considérablement mobilisé les pouvoirs publics français par ailleurs, n'auraient ainsi pas droit à la clé verte (ex : fromages au lait cru) ; plusieurs associations de consommateurs sont d'ailleurs opposées à la mise en place d'un tel système, qu'elles considèrent comme culpabilisant ;
- la définition des critères d'attribution pose un problème redoutable : la difficulté consiste à construire un système qui tienne compte de la spécificité de chaque catégorie de produits et de sa place dans un régime alimentaire global ; on voit par exemple que les normes proposées pour la restauration scolaire n'interdisent aucun aliment mais définissent un équilibre global sur 20 déjeuners ;
- il sera sans effet sur les populations les plus défavorisées, intéressées avant tout par la dimension économique de l'achat, et pourrait même les stigmatiser si elles n'achètent pas les produits à clé verte ;
- il crée un risque de confusion avec les labels liés au développement durable.

Une autre piste évoquée a été l'étiquetage obligatoire du nombre de calories, le contenu en graisses saturées et non saturées et la teneur en sodium (application de la loi de santé publique de 2004).

L'analyse juridique du ministère de l'économie et du SGAE établit cependant clairement que la France ne peut faire cavalier seul alors que l'Union européenne est en train d'élaborer un projet de règlement sur l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires. Une réglementation française pourrait être vue comme une entrave aux échanges commerciaux intra-communautaires. Sur le plan pratique, près de 80 % des denrées préemballées en France comportent déjà les mentions prévues par les dispositions en vigueur, à titre volontaire : énergie, glucides, lipides et protéines. **Dans ce contexte et devant l'impossibilité juridique de prendre un texte de portée nationale, l'action recommandée par la commission est de proposer au niveau européen l'indication obligatoire du nombre de calories sur la face avant de l'emballage et par portion.**

- Troisième sujet : la fin de l'exonération du paiement de la « taxe INPES » en cas d'apposition du bandeau « manger bouger » sur les publicités

Selon l'article L. 2133-1 du code de la santé publique, les annonceurs de messages publicitaires concernant les aliments manufacturés et les boissons sucrées ont l'obligation d'ajouter dans les messages une information à caractère sanitaire (« Manger, bouger », « cinq fruits et légumes par jour »...). Ils peuvent s'en exonérer moyennant le versement d'une taxe de 1,5 % qui est affectée à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Les bandeaux se sont généralisés, si bien que la taxe rapporte très peu (de l'ordre de 100 000€/an).

Certains membres de la commission souhaitent que les deux obligations soient désormais cumulées (affichage du bandeau et paiement de la taxe), ou bien que la taxe remplace l'obligation d'apposer le bandeau, afin de financer les actions de l'INPES.

Une majorité, néanmoins, estime qu'il est contre-productif d'accumuler les taxations à finalités diverses.

L'ensemble de la commission approuve l'idée d'une évolution du bandeau pour en améliorer la perception.

Conclusion

La commission souhaite insister sur la nécessité d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs autour d'une initiative portée au plus haut niveau de l'Etat, dans le cadre d'une grande cause nationale 2011 et dotée de moyens accrus.

La recherche, l'épidémiologie, et l'évaluation, devront être, avec la prévention-dépistage et la prise en charge, les piliers de cette initiative.

La commission plaide également pour qu'un regard différent soit enfin porté sur les personnes obèses, afin qu'il ne leur soit plus nécessaire de dire « On voudrait être acceptés tels qu'on est, comme tout le monde quoi. »²⁷

Composition de la commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité

Président	<u>Anne de Danne</u> , conseiller référendaire à la Cour des comptes, délégué général de la fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent
Vice-président	<u>Pr Dominique Turck</u> , professeur de pédiatrie (Université de Lille 2), praticien hospitalier, chef de service, Département de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille

Rapporteure générale Karine Siboni, administratrice civile

Autres membres (par ordre alphabétique) :

Valérie Boyer, députée des Bouches du Rhône, présidente de la mission parlementaire d'information sur la prévention de l'obésité

Pascale Briand, directrice générale, direction générale de l'alimentation, ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche

Jean-René Buisson, président de l'association nationale des industries alimentaires (ANIA)

Pierre Combris, directeur de recherche à l'institut national de recherche agronomique (INRA)

Sophie Delaporte, directrice générale adjointe de la direction générale de la santé, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Nathalie Homobono, directrice générale, direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Anne-Sophie Joly, présidente du collectif national des associations d'obèses

Pascale Hébel, directrice du département consommation du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)

Christine Kelly, membre du conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA)

Guy-Dominique Kennel, président du conseil général du Bas-Rhin

Jean-Louis Nembrini, direction générale de l'enseignement scolaire (ministère de l'éducation nationale)

Pr Jean-Michel Oppert, professeur de nutrition auprès de l'Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, praticien hospitalier, service de nutrition, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP

Marc Sawicki, adjoint au maire de Brest.

Remerciements

La commission remercie Marie Citrini, secrétaire générale du CNAO et Elsa Chantereau, responsable des relations institutionnelles de l'ANIA, pour leur participation très active aux travaux de la commission.

NOTES

- ¹ INSERM. Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant. INSERM, Paris. Expertise collective 2000; 325p.
- ² Reilly JJ. Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2005; 19: 327-41.
- ³ Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Prev Med 1993; 22: 167-77.
- ⁴ Kvaavik E, Tell GS, Klepp KI. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 1212-8.
- ⁵ Enquête nationale nutrition santé ENNS, 2006. Premiers résultats InVS, CNAM, Paris, 13 Décembre 2007 ; 74p.
- ⁶ AFSSA. Etude Individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (2006-2007). Rapport 2009, 225p.
- ⁷ Salanave et al. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. Int J Pediatr Obes 2009; 4: 66-72.
- ⁸ Lioret S et al. Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationship with socioeconomic status. Obesity 2009; 9: 1-8.
- ⁹ DREES. La santé des enfants scolarisés en 2004-2005. Premiers résultats. Etudes et résultats 632, Avril 2008, 1-5.
- ¹⁰ Feur E et al. Excès pondéral chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 1998 et 2005 selon leurs caractéristiques sociales et économiques, BEH, Janvier 2007 : 33-6.
- ¹¹ H Thibault, ISPED Bordeaux, données personnelles.
- ¹² Rachedi N et al Enquêtes Santé – Obésité chez les enfants de 4/5 ans : 20 ans d'évolution dans l'Hérault. Communication au Colloque PNNS, 12 décembre 2007. 2007.<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/actions2.htm>
- ¹³ Borys JM. Premiers résultats des villes pilotes EPODE 2005-2007 Communication au Colloque PNNS, 12 décembre 2007. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/actions2.htm>
- ¹⁴ Peneau S et al. Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization. Int J Obes (London) 2009; 33: 401-7.
- ¹⁵ Sjöberg A et al. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. Acta Paediatr 2008; 97: 118-23.
- ¹⁶ Sundblom E et al. Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. Int J Obesity 2008; 32: 1525-30.
- ¹⁷ Insee, février 2007, Thibaut de Saint Pol, L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent
- ¹⁸ Kelly Irving M et al. Surcharge pondérale et obésité en Guadeloupe : la prévention devrait-elle tenir compte des inégalités sociales ? L'enquête CONSANT. Rev Épidémiol Santé Publ 2008; 56 : (Suppl) S295-S332.
- ¹⁹ Pierre Louis K et al. Prévalence du surpoids de l'obésité et de l'hypertension artérielle en Martinique : l'étude Escal (soumis pour publication).
- ²⁰ Vernay M et al. Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude Nutrimay 2006. InVS 2009, 56 p.
- ²¹ Favier F . Consommation alimentaire et activité physique des réunionnais. REDIA, INSERM 83p.
- ²² Mackenbach et al., 2008, "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, New England Journal of Medicine, 358; 23.
- ²³ Bouchard C, Tremblay A. Genetic influences on the response of body fat and fat distribution to positive and negative energy balance in human identical twins. J Nutr 1997; 127:94S-947S.
- Bouchard C, Perusse L, Rice T, Rao DC. Genetics of human obesity In :Hanbook of Obesity Bray GA, Bouchard C (eds). 2nd ed, Marcel Dekker,New York, 2003. Margarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 4:505-513.
- ²⁴ Cité par Claude Fischler et Estelle Masson dans Manger : français, européens et américains face à l'alimentation, p. 121
- ²⁵ Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes, Cambridge Journals Public Health Nutrition
- ²⁶ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ²⁷ Catherine Grangeard, Obésité, le poids des mots, les maux du poids, Calmann-Lévy, 2007