



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

Groupe n° 8

- Marie-Josée CANTOURNET
- Patrick DEBRUYNE
- Gaëlle DESSERTAINE
- Marie-Christine DORÉ
- Christophe DOURNEL
- Cécile FRAGNY
- Jessica KERAUTRET
- Anne LECLERC
- Elise LUCCHI
- Aurélie NIERE
- Odile PREVOTEAU
- Michel SPIESS

Animatrice :

- Sarah LECORPS

Sommaire

INTRODUCTION

I - LE SURPOIDS ET L'OBESITE : DES PHENOMENES COMPLEXES.....3

1.1 Les données épidémiologiques de l'obésité :.....3

1.1.1 Une augmentation constante de la prévalence du surpoids et de l'obésité.....3

1.1.2 Des prévalences différenciées selon l'âge et le sexe4

1.1.3 Des prévalences différenciées selon les catégories socio-professionnelles5

1.1.4 Des prévalences différenciées selon les régions.....5

1.2 Les facteurs favorisant l'obésité et le surpoids6

1.2.1 Les facteurs génétiques6

1.2.2 Les facteurs culturels.....7

1.2.3. Les facteurs socio-économiques.....8

1.3 Les conséquences du surpoids et de l'obésité9

1.3.1 Les conséquences médicales du surpoids et de l'obésité9

1.3.2 Les conséquences psychologiques du surpoids et de l'obésité.....10

1.3.3 Les conséquences sociales du surpoids et de l'obésité.....12

II - LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION 14

2.1 Le cadre législatif14

2.1.1 Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)14

2.1.2 La proposition de loi de M. Le Guen16

2.2 Deux expériences de terrain18

2.2.1 L'expérience « Fleurbaix-Laventie Ville Santé » (FLVS)18

2.2.2 L'expérience de Roubaix.....20

2.3 Pistes de réflexion.....21

• Passer d'une société de la performance à une société de tolérance24

• Mieux encadrer la filière agroalimentaire.....24

CONCLUSION 26

Bibliographie 27

Liste des annexesI

Remerciements

Nous tenons à remercier les
professionnels qui ont accepté de
collaborer à ce projet ainsi que notre
animatrice, Sarah LECORPS.

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Aliments

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

DNID : Diabète Non Insulinodépendant

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

FLVS : Fleurbaix Laventie Ville Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IOTF : International Obesity Task Force

ObEpi : Obésité Epidémiologie

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RéPOP : réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique

INTRODUCTION

L'obésité et a fortiori le surpoids sont des notions relatives, voire subjectives dans la mesure où elles divergent selon les époques et les cultures dans lesquelles on se place. Ainsi, si au Maghreb il est de bon ton pour une femme d'avoir des rondeurs, en Europe, la norme communément admise exigera d'elle la minceur. De même, si certaines toiles du XVI^{ème} siècle mettent en scène des femmes plantureuses, les romantiques célèbrent la jeune fille diaphane et émaciée. Il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui les « gros » sont systématiquement stigmatisés, tenus pour responsable de leur état.

Toutefois, si nous sommes entrés dans l'ère du culte du corps, la prévalence de l'obésité et des risques qu'elle engendre ne relève plus d'une histoire singulière mais est devenue un problème de santé publique.

La communauté scientifique a ainsi mis au point un critère objectif : l'indice de masse corporelle (IMC). Le procédé consiste à diviser le poids en kilos par la taille en mètres au carré. Selon la classification élaborée par l'OMS, un sujet sera en surpoids dès lors que son IMC sera supérieur ou égal à 25 et en situation d'obésité au-delà de 30. Il s'en suit qu'au regard de cet indice, plus de 300 millions de personnes dans le monde seraient en situation de surpoids. Le phénomène concerne, pour les 2/3 des cas, les pays développés à économie de marché (PDEM). Les pays en voie de développement seront également touchés par ce phénomène dans les prochaines années.

En effet, d'après une enquête ObEpi ¹ effectuée au titre de l'année 2003, l'hexagone compte environ 5,3 millions d'adultes obèses et 14,4 millions de personnes en surpoids. Le fait le plus inquiétant étant, par ailleurs, la forte progression de ces chiffres, de l'ordre de 5% par an. Ce phénomène s'inscrit dans une évolution relativement récente.

Jusqu'au début du 20^{ème} siècle, le pain représentait la part essentielle de l'alimentation d'un ouvrier, alimentation qui représentait la quasi-totalité de son revenu disponible net. Les « 30 Glorieuses », c'est-à-dire, la période d'expansion exceptionnelle que la France a connue de 1945 à 1975, ont bouleversé radicalement les modes de production et de distribution. Les gains de productivité de l'agriculture et de l'industrie agroalimentaire ont permis d'enrichir et de varier l'offre alimentaire. En effet aujourd'hui, l'offre alimentaire n'a jamais été aussi importante dans notre société, et paradoxalement, face à cette profusion et aux nouveaux besoins sans cesse créés par l'industrie

¹ L'étude ObEpi offre une photographie de la situation concernant l'obésité et le surpoids en France. Cette étude de référence permet d'évaluer tous les 3 ans la progression de l'obésité et du surpoids en France. Réalisée pour l'Institut Roche de l'Obésité et avec la collaboration de l'INSERM, auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte française, ObEpi 2003 succède aux travaux de 1997 et de 2000.

alimentaire et les publicitaires, nous demandons à tout un chacun de se contrôler, de manger en quantité raisonnable afin de rester en bonne santé.

Pour autant, le problème touche essentiellement les enfants, dont l'alimentation est de plus en plus riche en sucre et en graisses et qui ont de moins en moins d'activités physiques. Ainsi 1 enfant français sur 8 est obèse, soit deux fois plus qu'il y a dix ans. A ce rythme, ils seront 25% dans une quinzaine d'années.²

Or, l'obésité n'est pas sans conséquence d'un point de vue sanitaire et social. On peut raisonnablement considérer qu'elle est à l'origine de nombreuses affections.

Face à cette tendance, qui paraît pour le moins inquiétante, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité d'agir et tentent de mettre en œuvre des stratégies de prévention.

En quoi les stratégies de prévention sont-elles à même de répondre aux phénomènes complexes de l'obésité et du surpoids ?

Pour répondre à la question, le groupe a effectué ses recherches à la bibliothèque de l'Ecole nationale de santé publique et sur divers sites Internet. Nous avons également réalisé des entretiens semi directifs auprès de plusieurs professionnels dont :

Un endocrinologue participant au projet Fleurbaix Laventie-Ville Santé et au programme Ensemble prévenons l'obésité des enfants (EPODE),

Un psychiatre membre du Groupe de recherche sur l'obésité et le surpoids (GROS),

Un nutritionniste, membre du GROS,

Un généraliste,

Un pédiatre hospitalier spécialisé en endocrinologie.

Ce travail aura permis d'articuler la réflexion autour de deux axes à savoir la description du phénomène et une analyse des actions entreprises suivies de quelques pistes de réflexion.

² Libération 14 janvier 2004

I - LE SURPOIDS ET L'OBESITE : DES PHENOMENES COMPLEXES

Outre une augmentation constante de la prévalence du surpoids et de l'obésité, les études récentes ont surtout mis en lumière la complexité qui entoure les phénomènes. Après avoir présenté les données épidémiologiques de l'obésité (1.1), nous aborderons les différents facteurs favorisant ce phénomène (1.2). Enfin, nous exposerons les nombreuses affections qui en découlent (1.3).

1.1 Les données épidémiologiques de l'obésité :

1.1.1 Une augmentation constante de la prévalence du surpoids et de l'obésité

Les études ObEpi³ menées depuis 1997 montrent une augmentation constante de la prévalence du surpoids ($25 < \text{IMC} < 29,9 \text{ kg/m}^2$) et de l'obésité ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) avec une accélération plus marquée du phénomène sur les trois dernières années. Avec ses 5,4 millions de personnes adultes obèses, la prévalence de l'obésité en France est passée de 8,2% à 11,3% en 2003. L'obésité morbide, dite aussi massive, ($\text{IMC} > 40 \text{ kg/m}^2$) dont les conséquences pour la santé sont les plus graves, a doublé entre 1997 et 2003, progressant de 0,3% à 0,6%.

Cette formule de calcul ne s'applique pas chez l'enfant. Deux références existent : celle de l'International Obesity Task Force (IOTF) communément utilisée par les épidémiologistes ; et les courbes de références françaises proches de cette classification (Roland Cachera et al.1991). L'enquête 2000-2001 de la DREES ⁴ montre que chez les enfants scolarisés, la prévalence globale du surpoids (obésité incluse) s'élève à 15,7 %.

De manière générale, en 8 ans les Français ont gagné en moyenne 1,7 kg et 2,6 cm de tour de taille. Désormais, 4 personnes sur 10 sont concernées par un problème de surcharge pondérale et ses conséquences. A ce rythme, un scénario de 20% de personnes atteintes d'obésité est envisagé à l'horizon 2020 par les experts du PNNS⁵.

⁴ Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Etude surpoids et obésité chez les adolescents en classe de 3^{ème} n° 283 – janvier 2004

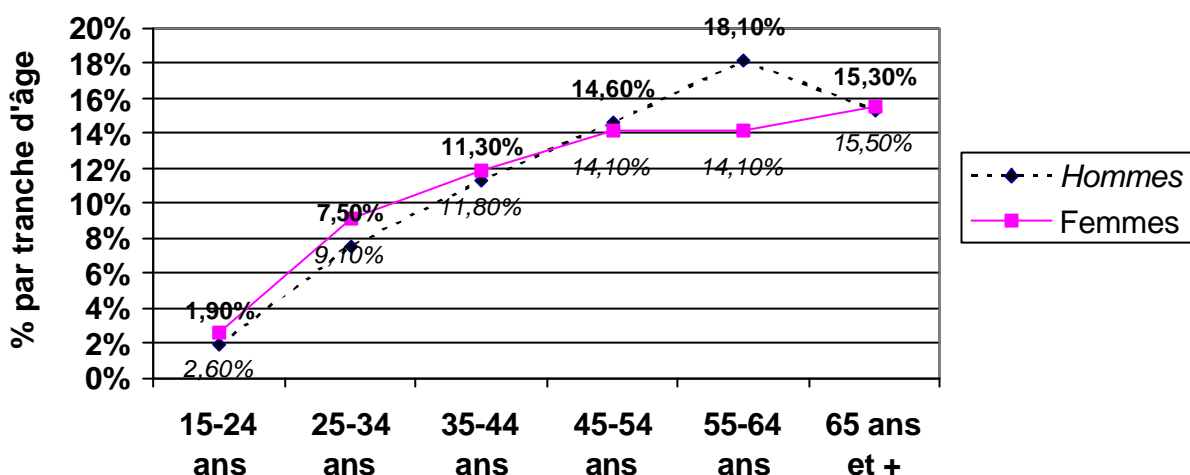
⁵ Plan National Nutrition Santé

Il convient cependant de différencier les observations en fonction des répartitions par âge, sexe, catégories socio professionnelles (CSP) et par zone géographique.

1.1.2 Des prévalences différenciées selon l'âge et le sexe

L'étude montre que le surpoids et l'obésité progressent dans toutes les tranches d'âge et, en particulier, après 65 ans. Entre 15 et 45 ans, la fréquence d'obésité est plus marquée chez les femmes que chez les hommes et s'inverse entre 45 et 65 ans. Après 65 ans, la prévalence de l'obésité est d'environ 15% tant chez la femme que l'homme.

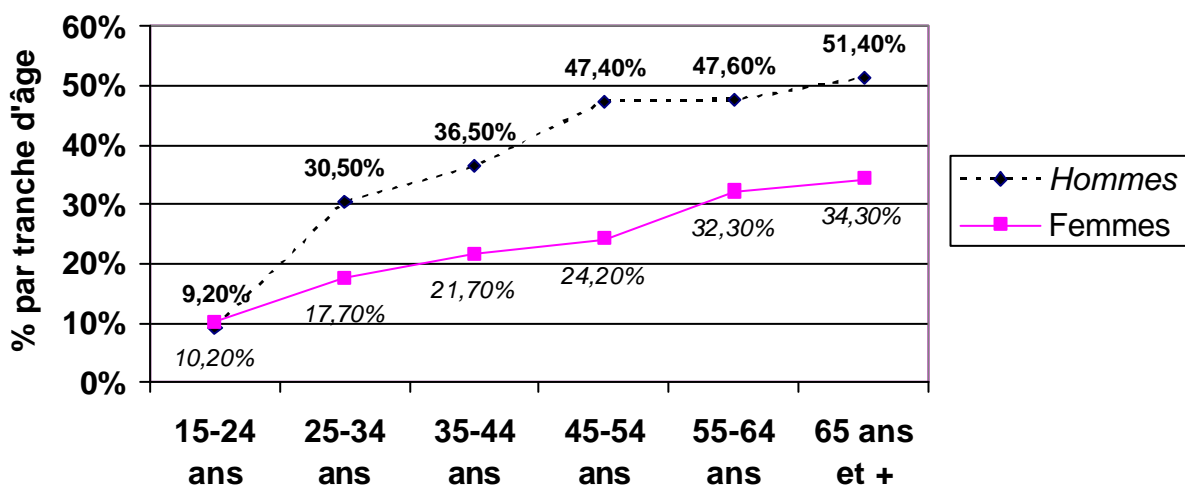
- Prévalence de l'obésité en fonction de l'âge et du sexe -



source : ObEpi 2003

En revanche, le surpoids, en forte augmentation, touche davantage la population masculine.

- Prévalence du surpoids en fonction de l'âge et du sexe -

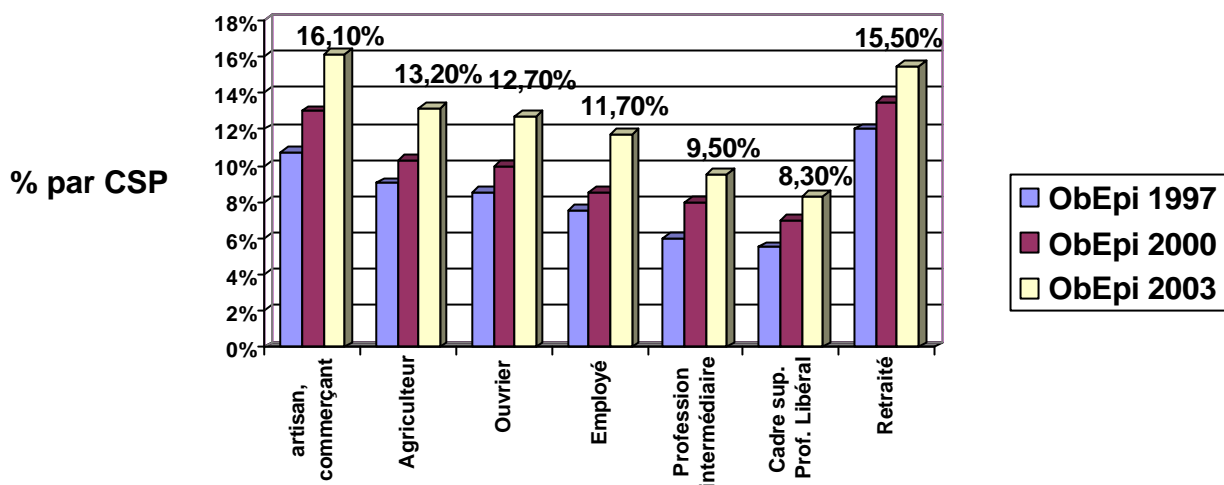


source ObEpi 2003

1.1.3 Des prévalences différenciées selon les catégories socio-professionnelles

L'étude ObEpi confirme une donnée déjà révélée par l'enquête réalisée en 2000 : aucune catégorie socio-professionnelle (CSP) n'est épargnée par l'augmentation du surpoids et de l'obésité. Toutefois, les CSP les plus touchées restent les artisans, les ouvriers, les agriculteurs et les retraités.

- Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction des CSP -



1.1.4 Des prévalences différenciées selon les régions

Aucune région n'est épargnée, mais le Nord et le bassin parisien restent les régions à plus haute prévalence.

	ObEpi 1997	ObEpi 2000	ObEpi 2003	Evolution en 3 ans (2000-2003)	Evolution en 6 ans (1997-2003)
Nord	12,8%	13,5%	15,3%	13,3%	19,5%
Bassin Parisien	9,2%	11%	12,8%	16,4%	39,1%
Est	8,2%	11,4%	11,3%	- 0,9%	37,8%
Sud Est	8,2%	8,8%	10,1%	14,8%	23,2%
Sud Ouest	7,7%	8,7%	10,3%	18,4%	33,8%
Méditerranée	7,5%	9,8%	10,9%	11,2%	45,3%
Ouest	6,9%	7,6%	9,7%	27,6%	40,6%
Région Parisienne	6,7%	8,6%	11,4%	32,6	70,1%

Evolution négative	De 0 à 25%	De 25 à 50%	De > 50%
--------------------	------------	-------------	----------

source ObEpi 2003

1.2 Les facteurs favorisant l'obésité et le surpoids

Les trois facteurs principaux sont d'ordre génétiques, culturels et socio-économiques.

1.2.1 Les facteurs génétiques

Les facteurs génétiques intervenant dans le développement d'un surpoids ou d'une obésité sont aujourd'hui questionnés par la médecine prédictive qui cherche à établir un lien entre des prédispositions innées et le caractère reproductible que l'on peut observer dans certaines familles. C'est la notion de facteur de risque qui est au cœur de ces interrogations et que l'on retrouve sur le site du GROS⁶ dans une partie réservée aux différentes questions que peuvent se poser les personnes intéressées par ce problème. Ainsi, sous forme de questions /réponses, il est expliqué que « lorsqu'un seul des parents est obèse, l'enfant a 40 % de chances de le devenir et si les deux parents le sont, le risque est alors de 80 % ! Il chute à 10 % si les deux parents sont minces ». Cette vulgarisation de l'idée d'une prédisposition héréditaire au surpoids et à l'obésité participe d'une volonté d'expliquer de façon rationnelle l'augmentation de ce phénomène. Elle permet aux personnes concernées d'être moins stigmatisées dans leurs comportements alimentaires. L'obésité apparaît alors comme relevant d'une affection et non plus seulement d'un manque de volonté pour maigrir. En effet, le rendement métabolique est augmenté par cette prédisposition héréditaire qui induit une production et un stockage excessifs de graisse malgré un faible apport alimentaire.

Cependant, un paradoxe peut être souligné entre la caractérisation de l'obésité comme phénomène acquis, lié à l'environnement, et la volonté de lui trouver une composante génétique, donc innée. Dans une société libérale et individualiste, où les gens sont tenus responsables de tout ce qui leur arrive, la recherche de facteurs génétiques conduit indirectement à les déculpabiliser et à limiter l'exclusion liée à l'obésité.

Par ailleurs, il faut préciser que les professionnels de santé ne sont pas encore tous convaincus de l'impact des facteurs génétiques dans l'obésité ; ce qui peut influencer le mode de prise en charge des personnes obèses. La recherche doit cependant être encouragée pour permettre de comprendre les mécanismes moléculaires à l'œuvre dans le développement d'une obésité et ce afin d'élaborer des solutions pharmaceutiques ; il serait alors envisageable de neutraliser la protéine en cause dans l'obésité, à la manière d'un anticorps.

⁶ <http://www.gros.org>

1.2.2 Les facteurs culturels

Face à ces facteurs de risques génétiques, les dimensions culturelles semblent jouer un rôle important, comme il est précisé sur le site du GROS. Ainsi, les gènes s'expriment dans leur interaction avec l'environnement et, dans des conditions de sédentarité et de suralimentation, des individus génétiquement prédisposés pourront développer un surpoids. Les quantités absorbées sont alors supérieures aux dépenses énergétiques.

L'obésité et le surpoids sont des phénomènes caractéristiques de nos sociétés occidentales (les 2/3 des personnes atteintes de surcharge pondérale vivent dans les pays développés). En effet, notre mode de vie laisse moins de temps à la préparation des repas, donne accès à des produits tout prêts (trop riches en sodium, glucides et lipides), et ne favorise pas les dépenses énergétiques. Le développement des transports, les formes de l'activité professionnelle (secteur tertiaire), l'éclatement de la cellule familiale sont autant de facteurs qui modifient la place des repas dans la journée et le rapport à l'alimentation.

L'exemple des enfants est en ce sens significatif, car ils sont en première ligne confrontés aux modifications de la cellule familiale et des modes de vie. Ainsi, dès six ans, près d'un enfant sur huit est en surcharge pondérale. Ils sont particulièrement touchés par les conséquences de la sédentarité et de l'alimentation déséquilibrée. Le déséquilibre entre consommation et dépenses d'énergie est une des sources de l'obésité de l'enfant ; ce qui est d'autant plus inquiétant puisque les habitudes alimentaires semblent se construire dès la prime enfance. La prise en charge pédiatrique développée à Lyon ne propose pas de régimes hypocaloriques aux enfants, mais elle se centre sur la correction des erreurs alimentaires comme la polyphagie, l'excès de boissons autres que l'eau, et la faible diversification des goûts ; une enquête alimentaire sous forme de semainier permet de faire un état des lieux des habitudes alimentaires quotidiennes et de prendre des mesures correctives limitant la prise de poids. Il existe par ailleurs une interaction entre l'inactivité physique et la genèse de l'obésité chez les enfants ; la prévalence de l'obésité augmente par exemple de 2% par heure de télévision hebdomadaire supplémentaire et seuls moins de 40% des enfants jouent⁷.

Par ailleurs, les modèles alimentaires sont tout aussi déterminants dans l'apparition des troubles de poids. Comme il a été dit précédemment, on constate une inégalité dans la répartition territoriale de la population obèse ou en surpoids : le Nord et le bassin parisien constituent par exemple les régions à plus haute prévalence. Quel lien peut-il être établi entre le territoire et l'obésité ? Quand le Nord et l'Est valorisent les

⁷ Pr M. Nicolino, présentation faite aux étudiants en médecine lors d'un cours, 2004.

graisses animales, le Sud valorise les huiles végétales (le régime crétois) et, en ce sens, il est évident que les habitudes alimentaires entrent en compte dans la survenue de problèmes de poids.

Selon le psychiatre rencontré, nous sommes face à un paradoxe : alors que l'on a jamais autant détaillé les besoins caloriques par jour selon les âges, les activités, le sexe, il semble que la nourriture manque de saveur et que l'idée de nourriture/plaisir et nourriture/échange ait perdu de son sens. Dans une société où le culte du corps est celui du corps mince et musclé, où la norme est omniprésente, tant dans les apports caloriques que dans l'image corporelle, le poids semble être devenu une obsession et une source de culpabilité. Parallèlement, l'industrie agro-alimentaire ne cesse de vanter les mérites de produits hyper caloriques et hyper énergétiques, et d'inciter à la consommation.

1.2.3. Les facteurs socio-économiques

La relation entre le pouvoir d'achat et la qualité de la nourriture consommée est à mettre en évidence dès lors que l'on se penche sur le « panier de la ménagère ». Ainsi, les problèmes de surpoids et d'obésité peuvent être symptomatiques de situations de pauvreté matérielle et l'achat de produits de bonne qualité n'est souvent pas possible pour certaines familles. Selon une étude menée par l'INPES, « baromètre santé nutrition 2002 », la corpulence varie selon le niveau de revenu, la surcharge pondérale s'observant davantage chez les individus économiquement plus défavorisés, quelque soit l'âge. De la même façon, le niveau d'instruction entre aussi en compte et la surcharge pondérale se retrouve majoritairement chez les personnes les moins diplômées : parmi les 26-75 ans, les individus ayant le certificat d'études primaires sont plus de la moitié (51,1%) à être en surpoids ou obèses, contre 40,2% des CAP/BEP/brevet des collèges, et 31,6% des bacheliers et des diplômés du supérieur.

L'éducation alimentaire et la part du budget consacré à l'alimentation sont donc des éléments à prendre en compte. Il s'agit de savoir quoi acheter, comment le préparer, et surtout de faire des choix dans la répartition du budget : le bien manger est-il assez valorisé ? Un des facteurs réside alors dans l'absence d'appropriation de l'information bien souvent excessive et composée d'injonctions contradictoires.

Par ailleurs, le lien entre les comportements alimentaires et l'état psychologique peut être établi ; l'obésité relève parfois d'une souffrance psychique et d'un manque qui se traduisent par des modifications quantitatives et qualitatives dans la façon de manger. C'est le caractère addictif de la nourriture qui s'exprime alors et qui reflète un mal-être repéré par les professionnels ; l'entretien avec un médecin nutritionniste de Rennes a permis de mettre en valeur ce phénomène de souffrance et de contrebalancer l'idée selon laquelle seules les personnes défavorisées seraient touchées par l'obésité. En effet, dans les milieux plus aisés, la connaissance « à l'excès » des règles alimentaires et des

normes diététiques provoque un sentiment de culpabilité chez celles qui les dépassent. Les troubles du comportement alimentaire sont dans ce cas liés à une angoisse face à la transgression et au regard porté par les autres.

1.3 Les conséquences du surpoids et de l'obésité

Nous en avons dégagé trois catégories : d'ordre médical, psychologique et social.

1.3.1 Les conséquences médicales du surpoids et de l'obésité

Dans le milieu médical, l'obésité n'a pas toujours été reconnue comme une maladie. Principalement interprétée comme un problème de manque de volonté, on lui reconnaît aujourd'hui davantage le droit à une prise en charge médicale du fait des complications induites pour la santé. On a par exemple constaté aux Etats-Unis que les dépenses médicales des personnes souffrant d'un excès de poids étaient supérieures de 25 % à la dépense médicale moyenne. Celles des personnes obèses le sont de 44 %. En moyenne, le nombre annuel de jours d'hospitalisation chez les personnes obèses est supérieur de 74 % à celui des personnes de poids normal.

Dans les pays industrialisés, le traitement de l'obésité et de ses conséquences représente de 2 à 7% des dépenses de santé. De plus, les risques de mortalité sont accrus. Ils sont d'autant plus importants que l'obésité est sévère et précoce. En Europe, un décès sur sept serait imputable au surpoids.

S'il est vrai que le risque médical est inégalement réparti selon les personnes obèses (profils génétiques différents), il ne fait aucun doute que toute personne obèse ou en surpoids risque de développer un certain nombre de complications et ce dès l'enfance. Ces complications sont d'ordre :

- **Cardiovasculaire**

Les dyslipidémies dont 20 à 30% des obèses sont atteints, sont dues à une consommation excessive de corps gras. Elles sont responsables :

- d'accidents thrombo-emboliques graves par dépôt de plaques d'athérome sur les parois des artères. Le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 2 si le surpoids est supérieur à 30%. Les risques d'accidents vasculaires cérébraux sont aussi plus élevés.
- de troubles veineux et artériels : la stase veineuse favorise l'apparition de varices, de phlébites voire d'embolies pulmonaires. Les ulcères sont d'autant plus longs à guérir que la peau des personnes obèses est plus fragile et cicatrise moins bien.
- d'hypertension artérielle : il y a 3 fois plus d'hypertension chez les personnes obèses que dans le reste de la population, notamment chez le jeune adulte.

- **Respiratoire :**

La majorité des personnes obèses présentent une diminution de leur capacité respiratoire due à une difficulté d'expansion de la cage thoracique (essoufflements, baisse de l'oxygénation sanguine...). Ils peuvent aussi présenter des apnées du sommeil.

- **Métabolique**

60 à 90% des patients atteints de diabète de type II (non insulino-dépendant) sont obèses, avec toutes les complications qui peuvent survenir (cécité, insuffisance rénale...).

- **Ostéo-articulaire**

Le surpoids augmente la pression sur les articulations porteuses ; ce qui provoque des arthrites, arthroses, sciatiques et déformations de la colonne vertébrale.

- **Viscéral**

Les personnes obèses connaissent souvent des dysfonctionnements hépatiques, des reflux gastro-oesophagiens et des incontinences urinaires d'effort dues au relâchement des muscles abdominaux.

Par ailleurs, lors du 12^{ème} Congrès européen sur l'obésité (ECO 2003), un certain nombre d'études ont démontré le lien entre obésité et cancer. Ainsi, l'obésité semble multiplier par 4 le risque de cancer de l'utérus, du rein, du côlon et de la thyroïde. De même, chez les femmes ménopausées, le lien est clair entre obésité et cancer du sein dont la mortalité est accrue⁸.

1.3.2 Les conséquences psychologiques du surpoids et de l'obésité

Selon le Pr. Daniel Rigaud, médecin nutritionniste à l'Hôpital Le Bocage de Dijon et chercheur au CNRS⁹, on rencontre fréquemment des troubles psychologiques chez les personnes souffrant d'obésité. Il ne s'agit pas de troubles graves tels que la schizophrénie, mais plutôt de troubles de l'humeur, d'irritabilité, de troubles du sommeil, dépression, anxiété, comportements obsessionnels, qui sont plus fréquents que dans la population générale. Ces problèmes psychologiques sont directement liés à leur excès de

⁸Source trouvée sur www.e-sante.be : « Obésité et mortalité due au cancer », Le Journal du Médecin, n° 1547, novembre 2003. Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospective studied cohort of US adults, NEJM 2003; n°324 : 1625-38. L'étude prospective publiée dans le *New England Journal of Medicine* a suivi 404.576 hommes et 495.477 femmes à partir de 1982, date à laquelle ces Américains n'étaient pas atteints du cancer. Seize ans plus tard, 57.145 d'entre eux étaient décédés d'un cancer. Les chercheurs ont constaté que les personnes ayant un IMC=40 ont un **taux de mortalité lié au cancer supérieur de 52% pour les hommes et de 62% pour les femmes** par rapport aux personnes ayant un poids normal. **L'obésité, à elle seule, serait responsable aux Etats-Unis de 14% de la mortalité par cancer chez les hommes et de 20% chez les femmes.** Si les scientifiques ont pu établir un lien évident entre la surcharge pondérale et le cancer, ils n'ont pas été à même, jusqu'à présent, d'en démontrer le mécanisme.

⁹ article paru sur le site doctissimo.fr

ponds : en effet les études montrent qu'avant de devenir obèses ils ne souffraient pas plus de troubles que les autres. Lors de notre entretien avec un psychiatre spécialisé dans les problèmes de surpoids et d'obésité, celui-ci nous a rappelé l'existence de deux grandes familles d'affection :

- Les affections névrotiques : elles résultent d'un conflit psychique entre deux désirs contradictoires. Dans une société où les interdits sont de moins en moins nombreux, ces affections tendent à être moins fréquentes.
- Les affections narcissiques sont au contraire en plein développement : elles révèlent une insuffisance à être et concernent trois types de maladie : les troubles alimentaires, la toxicomanie et la dépression.

Deux raisons peuvent expliquer les troubles psychologiques dont souffrent les personnes obèses :

- Le regard des autres.

Les réactions parfois brutales de la société face à l'obésité créent souvent un malaise chez les personnes concernées. Ce problème d'image du corps concerne tous les milieux (familial, professionnel...) et est encore plus prégnant chez l'enfant (honte, sentiment d'être responsable).

Les personnes obèses peuvent être victimes de discrimination. Le Dr Gérard Apfeldorfer écrit sur le site du GROS que les injustices qui les frappent sont sous-tendues par des stéréotypes, des opinions sans fondement scientifique, qui voudraient que les « gros » manquent de volonté et ne parviennent pas à se maîtriser dans leur vie comme dans leur comportement alimentaire. Ce jugement devient par la suite la justification de toutes les insultes, dépréciation et humiliations que doivent subir les obèses tout au long de leur vie. Ainsi, il précise que bon nombre de personnes souffrant d'obésité grave préfèrent éviter l'interaction sociale et choisissent de rester isolées plutôt que de s'exposer aux préjugés et aux moqueries.

La stigmatisation de l'obésité devient un véritable cercle vicieux lorsque la personne obèse accepte et considère comme normaux les traitements discriminatoires qu'elle subit et les préjudices dont elle est victime. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi, et parfois, sur des troubles psychologiques.

- Le régime.

Son aspect restrictif entraîne des ajustements neurosensoriels, une modification des centres d'intérêt de la personne, et une perte de ses repères physiologiques. La personne va alors développer des troubles psychologiques en rapport direct avec le régime. Ces troubles seront d'autant plus importants que celui-ci sera restrictif (privations...)

Le soutien psychologique semble alors important. En plus du régime, les thérapies comportementales et cognitives s'avèrent efficaces pour s'interroger sur le « pourquoi je mange ».

Une étude suédoise portant sur 4000 patients obèses, présentée lors du congrès ECO 2003, a montré une forte baisse des cas de dépression chez les patients ayant perdu plus de 25 % de leur poids. Cependant les problèmes psychologiques ne disparaissent pas forcément avec la perte de poids : certains malades se sentent toujours aussi mal voire plus.

La gestion de l'image de soi ne semble pas s'arrêter à la perte de poids, un suivi et un soutien à plus long terme, éventuellement par un médecin généraliste, peut s'avérer nécessaire.

En attendant les progrès futurs de l'épidémiologie, de la thérapeutique et des recherches pluridisciplinaires sur la nutrition humaine, la lutte contre la stigmatisation de l'obésité peut apparaître aujourd'hui comme une priorité.

1.3.3 Les conséquences sociales du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité peuvent être des facteurs de rejet social. Une certaine intolérance sociale et médicale entoure l'obésité. Dans nos sociétés occidentales, la minceur est un critère de beauté prédominant et les personnes obèses se sentent souvent victimes d'une profonde dévalorisation. Une pénalisation est parfois ressentie à la fois dans leur vie professionnelle et privée.

Cette différenciation a également lieu dans le milieu du travail et notamment au moment de l'embauche. Ce versant négatif de la société moderne qui prime la beauté et davantage encore la minceur, vient d'être démontré dans une enquête lancée en mars 2004 dans les services de nutrition des hôpitaux de Paris, Lille, Lyon, Toulouse et Nancy. Plus de 400 questionnaires ont été recueillis et analysés. Ils ont été réalisés auprès de personnes devenues obèses et portaient principalement sur les conséquences de cette obésité sur la vie professionnelle. Cette enquête démontre que l'apparence physique des personnes obèses influe sur la décision du recruteur. Ce dernier les perçoit bien souvent comme sans volonté et sans dynamisme, deux attitudes incompatibles avec les objectifs compétitifs d'une entreprise. Les femmes sont plus particulièrement touchées par cette discrimination.

Si l'obstacle de l'embauche est franchi, l'impact négatif des kilos se poursuit. Le niveau de revenu est souvent plus faible et la promotion professionnelle plus lente. Dans les années quatre-vingts, les jeunes obèses avaient une meilleure réussite professionnelle que de nos jours, ce qui suggère que l'obésité est devenue un facteur plus discriminant aujourd'hui.

De plus, la grande majorité des emplois occupés par les personnes obèses ne reposent pas sur l'apparence. C'est ainsi qu'ils sont davantage présents dans les secteurs de la santé et de l'action sociale (22%) et l'administration publique (13%). En revanche, les secteurs comme l'hôtellerie ou les services aux entreprises ne comptent que 2% de sujets obèses. Deux mécanismes se superposent : l'embauche dans des domaines misant sur l'apparence se ferme aux personnes obèses tandis que ces derniers évitent de postuler pour de tels emplois. Ainsi, le sentiment de rejet renferme les personnes obèses dans certaines catégories professionnelles. Elles choisissent des métiers dans lesquels l'apparence est moins importante.

Les situations de « régression sociale » sont également plus fréquentes dans la population obèse. Les femmes fortes réalisent plus souvent des mariages descendants (mariage avec des hommes de statuts sociaux moins élevés que le leur) alors que celles qui sont minces réalisent davantage de mariages ascendants.

L'obésité est aussi responsable de désagréments nombreux dans la vie quotidienne : la personne obèse souffre lors d'activités physiques et sportives et rencontre plus de difficultés à se mouvoir. Une autre difficulté concerne les lieux accueillant du public. Les sièges, que ce soit au cinéma, dans le train ou dans l'avion sont souvent trop petits. Il faut également souligner le manque de personnel et d'équipements adaptés dans les hôpitaux.

Selon le sociologue Jean-Pierre Poulain¹⁰, face à ces différentes difficultés plusieurs attitudes peuvent être adoptées. La personne obèse peut, en premier lieu, se dévaloriser et s'isoler. Elle se désocialise et se replie sur elle-même. Elle se sent responsable de son état et culpabilise.

Elle peut également adopter une stratégie d'adaptation. Cette méthode passe par un camouflage soit physique (une dissimulation de son corps sous des vêtements amples) soit psychique (une dissociation totale de son être et de son corps) et concerne la majorité des personnes obèses.

Enfin, les individus peuvent revendiquer leurs différences et affirmer leur propre identité, notamment par le biais d'associations telles que Allegro Fortissimo¹¹ en France.

Face à ce constat d'une obésité aux facteurs multiples, la question est de savoir dans quel cadre une politique de santé publique peut intervenir de façon efficace.

¹⁰ article de Jean-Pierre Poulain : « mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation de l'obésité ? » in Cahier de nutrition et de diététique 2001.

¹¹ Allegro fortissimo est une association créée en 1989. Ses objectifs sont d'accueillir des personnes de forte corpulence, de les aider à se sentir mieux dans leur peau et à reprendre confiance en elles.

II - LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION

Les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus à la question de l'obésité et du surpoids (2.1). Ils sont relayés par des actions sur le terrain (2.2). De celles-ci se dégagent quelques pistes de réflexion (2.3).

2.1 Le cadre législatif

Comme actions des politiques en terme de prévention de l'obésité et du surpoids, nous avons choisi de retenir le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et la proposition de loi Le Guen.

2.1.1 Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)

« Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. »

Ce programme est fondé sur une approche globale et positive de l'alimentation ; il met l'accent sur la protection de la santé conférée par une bonne alimentation, sur la dimension culturelle et la convivialité de l'alimentation, ainsi que sur le plaisir alimentaire. Il intègre pleinement l'activité physique comme composante essentielle d'une nutrition satisfaisante. Par ailleurs, il associe des acteurs publics et privés impliqués dans les champs d'intervention retenus et cherche à atteindre l'ensemble de la population, aussi bien les jeunes que les personnes âgées ou les femmes enceintes.

La stratégie se structure autour de six axes dont les principaux sont : l'information, l'éducation et l'orientation de l'offre alimentaire. Ainsi, le guide alimentaire national, «la santé vient en mangeant », diffusé dès septembre 2002, fournit des repères de consommation clairs et précis, valables dès l'âge de trois ans.

Presque 2 ans après la publication du PNNS, son impact a été évalué lors d'une enquête réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), intitulée « Baromètre santé Nutrition ». Il s'avère que les repères de consommation recommandés par ce plan sont plutôt mal connus, notamment concernant les fruits et légumes, les produits laitiers et le temps d'activité physique.

Ainsi, seuls 2,6% des Français interrogés ont pu citer une des recommandations du PNNS concernant la consommation de 5 fruits et légumes par jour. Un sur 10 la met en application. De moins en moins de Français terminent leur repas par un fruit, notamment parmi les jeunes générations. « Seule une personne sur cinq cite les 3 produits laitiers recommandés mais un quart déclare en avoir consommé 3 fois la veille de l'interview.

30,4% savent qu'il est recommandé de faire au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour. »¹²

Ces chiffres montrent bien que l'information et les recommandations ne suffisent pas à impulser une modification significative du comportement alimentaire des Français. On peut aussi s'interroger sur la fiabilité des résultats d'une telle enquête fondée sur les déclarations des personnes interviewées et non sur l'observation de leurs comportements.

D'ailleurs, certains professionnels et associations critiquent de façon virulente ce programme de santé publique. C'est notamment le cas du GROS¹³ dont la création en 1998 relève d'un constat : « l'approche actuelle de l'obésité par les instances dirigeantes et la médecine est, à la fois, inefficace, nocive et mensongère »¹⁴. Selon eux, il n'existerait pas de méthode amaigrissante simple, efficace et durable qui ne soit pas dangereuse pour la santé.

Nous sommes donc devant un paradoxe : alors qu'il est reconnu¹⁵ qu'il n'existe pas de traitement efficace contre l'obésité dans la durée, les politiques de santé publique incitent la population à perdre du poids. En somme, elles fixent un objectif clair : rester ou redevenir mince, mais ne donnent pas de moyens efficaces pour y parvenir. Pire, selon le psychiatre rencontré, en stigmatisant ceux qui échouent à maigrir, elles induisent une anxiété qui va aggraver la situation des individus. Le contrôle permanent de leur alimentation génèrera des pulsions alimentaires incontrôlables, pouvant les mener, à terme, à l'obésité.

L'avis du psychiatre sur le PNNS est très critique. Il s'agit, selon lui, d'un « programme néfaste et ambigu » parce qu'il donne des « injonctions paradoxales » à la population. Il cite ainsi en exemple ce message selon lequel « on peut manger de tout, mais en faisant attention ». En n'expliquant pas véritablement ce à quoi il faut faire attention, le PNNS ne donne aucun véritable repère à la population.

L'idée de base de ce programme est qu'il faut « manger avec sa tête de façon cartésienne »¹⁶. Or, selon le psychiatre, les mécanismes physiologiques d'un individu sont primordiaux. La prise ou la perte de poids ne peut pas être réduite à une simple question de volonté ou de maîtrise. Il faut aussi y chercher d'autres causes, qui tiennent plus au

¹² Baromètre santé nutrition 2002

¹³ GROS : « Groupe de recherche sur l'obésité et le surpoids »

¹⁴ Propos recueillis auprès d'un des membres du GROS lors de nos entretiens.

¹⁵ « *Faut-il donc encore revenir sur les échecs des régimes, et encore une fois répéter que, dans la plupart des cas, de l'ordre de 65 à 95 %, ils s'avèrent inefficaces, nocifs et contre-productifs* » - Jean Philippe Zermati in Hors Série 60 millions de consommateurs, Institut National de la Consommation, N°107, Juillet-août 2002. <http://www.gros.org/pagesgros/soixantem2002jpz.html>

¹⁶ propos tenus par le psychiatre lors de l'entretien le 13 mai 2005

rapport personnel qu'entretient chaque individu avec la nourriture (troubles affectifs, traumatismes divers, culpabilité / plaisir de manger...)

Par ailleurs, il souligne le peu de crédibilité de certaines injonctions du PNNS dont celle de manger 5 fruits et légumes par jour. Or, l'objectif initial de santé publique était d'en consommer 10. Nous pouvons donc nous poser la question du caractère scientifique de ces affirmations qui peuvent être aussi facilement revues à la baisse selon leur caractère réalisable.

En somme, ce programme paraît tout à fait incomplet aux membres du GROS en ne s'attardant que sur le volet alimentaire du phénomène de l'obésité. Selon eux, d'autres pistes de travail devraient être envisagées, notamment, la prise en charge psychologique du patient.

2.1.2 La proposition de loi de M. Le Guen¹⁷

La proposition de loi Le Guen, en débat à l'Assemblée Nationale au printemps 2005, comporte de nombreux éléments intéressants pour compléter la politique de santé publique. Elle a, par ailleurs, le mérite d'être le premier texte de loi spécifiquement consacré au problème de l'obésité.

Elle marque ainsi une véritable volonté des pouvoirs publics de s'engager dans cette voie en créant des institutions spécifiquement dédiées au suivi de ce phénomène : le futur Haut comité de lutte contre l'obésité et l'Observatoire de l'épidémie d'obésité¹⁸. Cette politique vise à responsabiliser l'ensemble des acteurs publics, notamment au niveau local où les conférences régionales de santé devront jouer un rôle pivot pour relayer sur le terrain les orientations du Haut comité de lutte contre l'obésité (HCLLO). La mobilisation de l'ensemble des acteurs nationaux, régionaux et locaux est essentielle pour mener à bien la politique de santé publique¹⁹.

Le député souhaite également mettre les industriels de l'agroalimentaire devant leurs responsabilités. La proposition de loi vise notamment à leur imposer des normes éthiques en matière de production, de commercialisation et de publicité en créant de nouveaux outils : un « label qualité », un « code bonne conduite » et une « charte Alimentation Plaisir Santé ». Jean-Marie Le Guen propose par ailleurs d'augmenter la taxation des annonceurs -en cas de non respect des règles d'affichage et d'information- à 5% des sommes dédiées aux messages publicitaires en faveur des boissons et des produits sucrés²⁰.

¹⁷ voir annexes

¹⁸ Art. 1 et 2 de la proposition de loi

¹⁹ Art.7 de la proposition de loi

²⁰ Art.9 de la proposition de loi

Cette proposition de loi s'attache à prendre en compte le caractère multifactoriel du phénomène de l'obésité. La proposition de loi propose une prise en charge globale, qui ne serait pas uniquement axée sur le volet médical et nutritionnel de ce problème, mais prendrait également en compte les mécanismes psychologiques et sociaux en cause dans l'obésité. Un certain nombre de centres d'accueil, de dépistage et de prise en charge des patients seront chargés de la mise en place de cette politique sur l'ensemble du territoire national. Une information claire et complète sur la prise en charge de l'obésité devrait par ailleurs, être disponible sur le site Internet du HCLO et auprès du centre national d'information sur l'obésité²¹.

Enfin, en précisant les missions de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité²², cette proposition de loi reconnaît que les obèses sont victimes de discriminations dans notre société.

Cependant, malgré ces nombreux points positifs, cette proposition de loi ne fait pas l'unanimité parmi les professionnels de santé. Il nous paraît notamment intéressant de signaler ici l'avis du psychiatre rencontré, également spécialiste des problèmes de nutrition, qui se positionne totalement contre les politiques publiques actuellement menées en France.

Selon lui, la proposition de loi du député Jean Marie Le Guen « part d'un bon sentiment », mais dramatise la situation et propose des solutions tout à fait « inadaptées » au problème de l'obésité. Elle développe une vision « militante et militariste » de ce phénomène²³ qui sous-tend que la population a besoin d'être « rééduquée » (30 minutes de sport obligatoire par jour à l'école et rééducation alimentaire).

Le psychiatre souligne que ce type de méthode risque de stigmatiser les personnes en surpoids ou obèses comme de mauvais citoyens, incapables de se rééduquer et de maigrir. Les risques sont réels : en générant davantage d'angoisse face à la nourriture et au corps, cette approche ne peut qu'aggraver le problème de l'obésité que nous connaissons actuellement.

En outre, proposer un étiquetage exhaustif de tous les produits ne lui paraît pas opportun. Car ni l'accumulation des informations, ni même la compréhension des connaissances nutritionnelles ne changent nécessairement les habitudes alimentaires des individus. Il convient donc de ne pas propager des messages qui risquent de produire des effets non désirés.

²¹ Art. 3 de la proposition de loi

²² Art.8 de la proposition de loi : « La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité a, dans ses missions, l'obligation de veiller au respect des droits et de la dignité des personnes souffrant d'obésité ».

²³ Dans les propos introductifs de la proposition de loi de J-M Le Guen, le vocabulaire utilisé donne l'impression d'un départ en guerre contre l'obésité : « l'épidémie doit être attaquée sur tous les fronts », « une loi qui symbolise la mobilisation de la nation contre ce fléau », « combat »...

Manger deviendrait alors « un casse tête », la recherche obsédante de l'information tuant le plaisir de la dégustation. Le psychiatre souligne, en effet, qu'il est important de penser que l'alimentation est bonne, d'avoir confiance en elle, pour pouvoir la manger sereinement et l'assimiler correctement. Une trop grande anxiété masque les impressions de plaisir et de satiété et peut, à terme, amener à l'obésité. Ce type de procédé ne fait qu'informer le mangeur, il le culpabilise s'il choisit le « mauvais produit ». C'est en cela que cette proposition de loi lui paraît très dangereuse et peu souhaitable.

2.2 Deux expériences de terrain

Les actions de santé publiques ont été relayées sur le terrain. Nous avons choisi de retenir les expériences de « Fleurbaix-Laventie Ville Santé » et de Roubaix.

2.2.1 L'expérience « Fleurbaix-Laventie Ville Santé » (FLVS)

Fleurbaix et Laventie sont deux communes du Pas-de-Calais totalisant 6666 habitants. Elles sont désormais connues en France pour l'expérience de prévention santé sur l'obésité « Fleurbaix Laventie ville santé »²⁴ (FLVS) qui s'y joue depuis 1992. Celle-ci s'est déroulée en trois phases.

La première phase établissait l'état de santé (habitudes alimentaires, habitudes de vie, etc.) de la population et instaurait une information nutritionnelle dans les écoles primaires et collèges. Au vue de celle-ci²⁵, il apparaît pertinent d'agir sur l'environnement global de l'enfant à un âge où il est encore possible de modifier ses habitudes. L'un des médecins responsable du projet explique que la tranche d'âge des 5-12 ans est cruciale puisqu'elle correspond à la période où apparaît le rebond d'adiposité²⁶. C'est aussi un âge où l'enfant s'avère être très réceptif aux conseils que l'on peut lui donner. En outre, il peut également être vecteur de message au niveau familial.

Ce même médecin précise également dans son interview l'importance d'émettre simultanément le même message de santé publique dans les grands lieux de socialisation (famille, école, entreprise). L'association de l'Education nationale, des acteurs de santé, et des politiques dans le programme FLVS en est un exemple.

²⁴ Annexe III

²⁵ LAFAY L. et al. « Description nutritionnelles et alimentaires d'une population du nord de la France : l'étude Fleurbaix Laventie Ville Santé ». Revue d'épidémiologie et de la santé publique, Vol 46, Sept 1998, n°4.

²⁶ Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, la corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à 6 ans, puis croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6ans s'appelle le rebond d'adiposité. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Il s'agit de l'âge auquel la courbe d'IMC est à son niveau le plus bas. Plus le rebond est précoce (avant 6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé. (Source PNNS)

La seconde phase menée de 1997 à 2002 par l'INSERM explorait l'importance des facteurs environnementaux, génétiques et hormonaux dans la prise de poids. Celle-ci nous amène à nuancer des réponses aux études de la première phase. Ainsi, le médecin interviewé parle de « sportifs sédentaires » en évoquant la pratique régulière d'un sport dans une vie quotidienne sédentaire. « Au-delà des comportements alimentaires, c'est également une activité dans les actes de vie au quotidien (marche, escaliers...) qu'il faudrait prôner et non forcément la pratique d'un sport. »

La troisième phase, toujours en cours, développe la notion de « coaching santé ». Elle consiste en un bilan individuel (biologique et comportemental) restitué par une diététicienne. Un suivi personnalisé, échelonné dans le temps, est ensuite proposé. Nous n'avons pas retrouvé d'autre expérience de « coaching santé » à cette échelle en France. L'un des éléments majeurs d'efficacité semble être la prise en charge individualisée associée à un suivi régulier. Ce concept rejoint les priorités du PNNS pour un coût de 2 euros par an et par habitants

En 2004 l'expérience FLVS s'est étendue à dix villes françaises. C'est le programme EPODE (Ensemble prévenons l'obésité des enfants). Il s'articule autour de deux principes d'intervention : dans un premier temps, une prévention « primaire » auprès de l'ensemble des collectivités pour sensibiliser l'ensemble des acteurs, former les intervenants, agir dans les écoles et la ville ; puis, dans un second temps, une prévention « secondaire » auprès des professionnels de santé, afin de prendre en charge les enfants en situation de surpoids.

Le médecin rencontré précise que l'expérience tend également à montrer qu'être efficace en matière de santé publique suppose de mener des actions concrètes, visibles et durables dans lesquelles l'ensemble des acteurs est impliqué. La communication autour des actions entreprises facilite l'appropriation, la mobilisation et la participation des habitants. La forte implication du maire et des élus locaux dans la déclinaison des actions de santé publique au niveau local est un facteur clef de succès et d'efficacité.

La Direction Générale de la Santé a attribué le label PNNS aux outils pédagogiques et d'information développés dans le cadre du programme EPODE. Cette distinction atteste que les messages développés sont conformes aux recommandations nutritionnelles édictées par le Ministère de la Santé dans le cadre du PNNS.

Comme en témoignent l'expérience de Fleurbaix Laventie et des dix villes concernées par EPODE, cette approche peut constituer un gage d'efficacité. Ainsi l'obésité de l'enfant n'a pas augmenté sur les villes de Fleurbaix-Laventie alors qu'elle progressait dans la région

sur la même période²⁷. Les mères de Fleurbaix-Laventie ont pris moins de poids que celles des villes témoins.

Cependant, le temps imparti ne nous a pas permis d'analyser la qualité méthodologique des études menées. Certains auteurs restent critiques quant à l'interprétation des résultats, telle Marie-Aline Charles²⁸. Si pour elle la progression des connaissances des enfants en matière d'équilibre nutritionnel et par leur biais la sensibilisation des parents est indéniable, elle reste septique quant aux effets sur la diminution de l'obésité. Par conséquent, le ralentissement de la fréquence de l'obésité à Fleurbaix Laventie pourrait avoir d'autres déterminants que la seule éducation nutritionnelle des enfants.

2.2.2 L'expérience de Roubaix

Parallèlement à l'expérience menée à Fleurbaix – Laventie, d'autres villes se sont lancées dans des programmes de nutrition vis-à-vis de la population. Pour certaines, le travail entrepris a conduit à un échec. C'est le cas de l'expérience menée dès 1991 dans l'agglomération de Roubaix au travers du projet intitulé « *Projet d'éducation nutritionnelle en milieu défavorisé dans le cadre de la réinsertion sociale* »²⁹.

Ce programme faisait suite à deux études réalisées dans l'agglomération :

- l'une révélait que l'obésité était extrêmement courante puisque 25% de la population globale présentait une surcharge pondérale et 13 000 un état d'obésité ;
- l'autre, conduite dans certains quartiers permettait d'établir que 42% des familles étudiées n'avaient que 26 Francs par jour et par adulte pour vivre (charges obligatoires déduites).

Dans ce contexte, le choix a donc été d'instaurer une réinsertion nutritionnelle adaptée aux personnes âgées, adultes, adolescents et enfants. Deux grands types d'actions étaient alors prévues :

- tout d'abord, une phase de **dépistage** : bilan et traitement des problèmes de carences alimentaires, plus spécialement chez les personnes bénéficiant du RMI, (bilan de nutrition en centre hospitalier et en parallèle suivi médical, diététique, psychologique et social).
- cette première phase devait être relayée ensuite, par une **information** plus générale passant par les différents relais de quartier (associations, lycées, PMI, centres sociaux).

²⁷ DEMEYERE Isabelle « Et maintenant, le coaching santé ! » Contact santé n°192, avril 2004, p6-7.

²⁸ CHARLES Marie-Aline « Sensibiliser toute une population au enjeux nutritionnels » in la santé de l'homme, n°374, Nov-Dec 2004

Or, force a été de constater que ce programme n'a pas reçu l'écho escompté auprès de la population visée. En effet, sur les 13 000 personnes sujettes à l'obésité, seules une trentaine ont accepté de se soumettre au dépistage sans d'ailleurs que celui-ci soit poursuivi par d'autres démarches. Une réflexion s'est alors engagée sur les raisons de l'échec de cette méthode.

Des groupes de paroles ont alors été mis en place auprès des habitants au sein desquels trois questions ont été posées :

- *êtes vous satisfait de votre santé ?*
- *quels éléments peuvent vous empêcher de vous occuper de votre santé ?*
- *comment pensez vous que cette situation puisse s'améliorer ?*

Il en ressort qu'ils sont globalement satisfaits de leur santé. En effet, pour ces personnes déjà confrontées aux problèmes de la précarité, la santé passe au second plan. Ceci d'autant, que de multiples éléments semblent les empêcher d'en prendre soin davantage : solitude, image négative et désintérêt de soi associés à un manque de temps et d'argent. La raison pour laquelle cette première tentative s'est soldée par un échec est ainsi apparue clairement. Aucun projet de vie n'a été défini préalablement, et de ce fait, aucune prise en charge personnelle n'a pu être envisagée.

Une nouvelle action a alors été engagée. Cette fois, associations et habitants ont été réunis afin de définir des actions collectives : atelier de cuisine, randonnées, jardins familiaux, congélateur communautaire, etc.

De manière générale, ce deuxième volet de l'expérience, a permis une évolution des comportements alimentaires mais aussi de la vision que les habitants pouvaient avoir d'eux mêmes. Néanmoins, l'intérêt de cette expérience réside avant tout dans la réflexion qu'elle suscite sur les préalables nécessaires à la mise en place d'une stratégie de santé communautaire.

2.3 Pistes de réflexion

Nous proposons à présent quelques pistes de réflexions émanant de l'analyse des politiques de prévention de l'obésité, des expériences de terrain et de nos entretiens.

- Développer le travail en réseau :

La difficulté de mettre en place une politique de santé publique réside dans le fait que l'obésité est un problème individuel et multifactoriel ; par conséquent, il importe qu'elle soit assez large et souple pour permettre le développement de prises en charge adaptées à chacun, à son histoire, son éducation, son milieu socioculturel et la perception

²⁹ « Une expérience de santé communautaire » Jean-Louis GRENIER in La santé de l'homme n°358 – mars-avril 2002

qu'il a de son corps. Ainsi, la prévention de l'obésité ne peut se limiter à l'énoncé de conduites nutritionnelles à tenir mais doit se décliner en autant de populations cibles.

Il ressort de nos entretiens, l'importance de développer le travail en réseau afin d'obtenir une prise en charge globale et différenciée des patients. Si l'on considère que la prise en charge de l'obésité et du surpoids ne peut se limiter à un calcul de rations caloriques, il devient indispensable de faire intervenir auprès de la personne des professionnels de différentes spécialités. En effet, l'obésité pose aussi le problème du rapport au corps ; d'après le médecin nutritionniste rencontré, « beaucoup de personnes en surpoids n'ont pas conscience de leur schéma corporel : il faut donc d'abord travailler sur le corps », c'est-à-dire les aider à s'accepter et à retrouver l'estime d'elles-mêmes avant, éventuellement, de les faire maigrir. C'est pourquoi, selon elle, une orientation vers un sophrologue, un masseur, une esthéticienne ou encore un professeur de yoga peut être tout à fait appropriée. Mais ces professionnels sont difficilement accessibles financièrement aux personnes ayant des revenus modestes, pourtant les plus touchées par l'obésité.

Comme l'évoquait le psychiatre, il nous paraît important de faire intervenir des spécialistes tels que les psychomotriciens. Cela peut s'avérer indispensable pour assurer une prise en charge personnalisée de l'obésité. C'est notamment le cas des situations où l'obésité est induite par un rapport au corps perturbé (rejet, haine du corps) du fait d'un traumatisme lié à l'histoire personnelle (inceste, viols, etc.).

Par ailleurs se pose le problème du financement des réseaux qui sont encore peu développés et qui n'ont pas encore eu le temps de faire leurs preuves. La mise en place de ces réseaux va nécessiter que les professionnels travaillent ensemble et donc parviennent à un accord minimum sur les modalités de prise en charge des patients. Ainsi, il existe à Lyon le RéPOP, un réseau ville/hôpital géré par un pédiatre chef de service en endocrinologie, qui propose depuis 2004 un maillage du territoire par des professionnels ; il s'agit de former les médecins libéraux et les professionnels paramédicaux à la prise en charge et au suivi régulier des enfants en surpoids car il est important de dépister au plus tôt les courbes d'IMC anormales. L'objectif de ces réseaux est d'avoir un recrutement de plus en plus important et de permettre aux enfants de stabiliser leur poids. Reste à développer la possibilité d'un suivi régulier de ces patients par l'intermédiaire de personnes référentes et relais, notamment paramédicales.

- Améliorer la formation des généralistes

Les généralistes, en tant que professionnels de santé, sont les interlocuteurs privilégiés de la population. A ce titre, ils sont appelés à relayer une information scientifiquement validée pouvant éclairer les comportements alimentaires. Ceci sera

d'autant plus vrai avec la mise en place du « médecin référent » à compter du 1^{er} juillet 2005.

Le médecin généraliste que nous avons rencontré nous a fait part de la « complexité de la prise en charge » de ce type d'affection. Or il est souvent démuné par manque de formation spécifique sur le sujet. Selon lui, l'accent devrait davantage être mis sur les éléments de diététique et de nutrition dans les études médicales initiales, même s'il considère cela comme une discipline à part entière. D'autre part, il conviendrait d'intégrer la prévention et les modalités de prise en charge du surpoids et de l'obésité dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes.

- Prendre en charge les personnes obèses dans leur environnement familial

Nous l'avons vu, ce sont souvent des facteurs propres à l'environnement et à l'histoire de chacun qui peuvent expliquer le phénomène de l'obésité. Or, les prises en charge qui sont proposées aux personnes qui en souffrent négligent le plus souvent les liens affectifs – et surtout familiaux – qui ont structuré le rapport de ces individus à la nourriture.

C'est notamment le cas des centres d'amaigrissement pour adolescents. Leur méthode repose sur des principes simples : une alimentation équilibrée et une activité sportive soutenue. Les chiffres y sont omniprésents (calorie, pesée régulière) mais, selon le psychiatre, une prise en charge psychologique particulière n'y semble pas assez généralisée. Lors de notre entretien, le médecin a souligné l'importance d'un travail sur soi, associant la famille de la personne obèse, pour obtenir un résultat efficace et durable. Selon lui, il faudrait tout d'abord commencer par une aide sur le plan psychologique et nutritionnel menant à une première perte de poids au sein du cocon familial. Ce n'est qu'après cette phase qu'un placement en centre pourrait être efficace. Il faudrait tout de même qu'il soit complété par un suivi de l'adolescent à la sortie du centre.

Par ailleurs, de véritables thérapies familiales peuvent s'avérer essentielles dans certains cas. Le psychiatre souligne cependant la difficulté que l'on a aujourd'hui à trouver des thérapeutes familiaux en France.

- Enoncer un message tranquilisant sur la nourriture :

Le message de santé publique gagnerait à être enrichi par deux pistes :

- Le message concernant l'éducation nutritionnelle pourrait s'appuyer sur les sensations plutôt que sur le raisonnement : au lieu de calculer des rations caloriques, ne vaudrait-il mieux pas réapprendre à savourer pour manger plus lentement et donc arriver à satiété avec une quantité d'aliments moindre ? Le message ne doit plus seulement contenir des règles alimentaires culpabilisantes pour les personnes qui les transgressent mais mettre l'accent sur l'importance de diversifier les aliments et de se faire plaisir.

- Dans une société où la minceur est associée à la réussite, certains individus ont du mal à dissocier ces deux phénomènes. Le psychiatre rencontré nous signalait ainsi que de nombreuses personnes obèses pensent que si elles sont célibataires ou si elles n'ont pas de travail, cela s'explique par leur corpulence. C'est pourquoi il lui paraîtrait intéressant, dans le cadre d'un message de santé publique, d'expliquer clairement que maigrir n'est pas la solution à tous les problèmes. Cette politique prendrait ainsi le contre-pied des discours vantant les avantages de la minceur, aujourd'hui communément répandus dans la société.

Selon le psychiatre rencontré, les enfants pâtissent d'un manque de structuration alimentaire due à deux phénomènes :

Dans les milieux défavorisés, les parents laissent leurs enfants seuls face à la nourriture et ne leur transmettent que peu de principes alimentaires (culture culinaire, heures des repas, etc.)

Dans les milieux plus favorisés, c'est l'angoisse des parents vis-à-vis de la nourriture (les mères sont souvent au régime) qui génère une perte de repères chez l'enfant.

C'est pourquoi il importe que la politique de santé publique diffuse des messages d'éducation alimentaire qui redonnent un cadre fiable et durable aux enfants et aux adultes vis-à-vis de la nourriture.

Cependant, les règles de nutrition énoncées devront être claires, simples et surtout rester discrètes afin de ne pas angoisser davantage les personnes. Le but de cette politique ne devra pas être de « transformer chaque Français en petit nutritionniste »³⁰.

- Passer d'une société de la performance à une société de tolérance

Nous sommes aujourd'hui dans une société où nous cherchons à tout maîtriser. Cette société de la performance induit une forte intolérance vis-à-vis de ceux qui échouent à répondre aux normes sociales – notamment en matière de poids.

Suite à l'entretien avec le psychiatre, il nous est apparu que la politique de santé publique pourrait, aujourd'hui, s'attacher à diffuser un message de tolérance visant à permettre une meilleure acceptation des personnes différentes ou « atypiques » par le reste des individus. Tout comme on tente à l'heure actuelle de promouvoir l'intégration des personnes handicapées, on pourrait insister sur l'intérêt d'une société aux multiples facettes intégrant des individus de toutes tailles et de tous poids.

- Mieux encadrer la filière agroalimentaire

Pour atténuer les effets des mesures prévues par la loi de santé publique du 9 août 2004, la filière industrielle fait feu de tout bois. Elle utilise ainsi le relais des

³⁰ propos du psychiatre

parlementaires pour essayer d'obtenir une révision du texte en sa faveur. Par exemple, elle souhaiterait circonscrire l'interdiction aux seules boissons ne permettant pas de doser le sucre rajouté.

Dans le même ordre d'idées et ce, au grand dam des associations de consommateurs, les parlementaires européens ont cédé à la pression des lobbies en dénaturant un projet de règlement communautaire interdisant aux fabricants de vanter les bienfaits d'un produit trop riche en sucre, en graisse ou en sel sur les emballages.

Par ailleurs, les industriels, en développant des produits allégés et en utilisant massivement les édulcorants, induisent la confusion dans l'esprit des consommateurs. Une marque de confiture jouera par exemple sur la forte teneur en fruits de son produit en essayant de faire le parallèle avec le message de santé publique du PNNS, incitant les gens à consommer au moins 5 fruits et légumes par jour. Or la confiture, c'est tout d'abord beaucoup de sucre³¹.

Par conséquent, il importe de ne pas céder aux pressions des lobbies qui disposent de moyens financiers conséquents pour influencer le consommateur.

Il s'agit donc :

- de s'assurer que les dispositions de la loi de santé publique du 9 août soit respectées
- d'envisager la mise en place d'une réglementation imposant aux industriels la réduction de sucre, de sel et de matières grasses dans les cycles de fabrication.
- d'exiger de leur part un affichage clair de la valeur calorifique des produits.

³¹ BLANCHARD Sandrine « La lutte contre l'obésité se heurte au lobby agroalimentaire », *in* Le Monde, 30 avril 2005

CONCLUSION

Le thème de l'obésité et du surpoids semble d'autant plus d'actualité que les statistiques font état d'une augmentation constante des nouveaux cas. Certains tels que l'économiste américain Barry POPKIN parlent même de pandémie, incluant les pays en développement. Outre la morbidité induite par l'obésité et la nécessité de prendre en charge ces personnes aux affections diverses, la réussite d'une stratégie de prévention passe tout d'abord par une connaissance des facteurs en cause. Or, la politique de santé publique actuelle, centrée sur le versant médical et nutritionnel de l'obésité, ne semble pas à même de permettre une prise en charge globale.

Ainsi, les approches psychologiques et sociales ont du mal à trouver une place au sein de la politique de prévention alors que les professionnels insistent sur leur caractère essentiel. C'est dans ce cadre que les réseaux participent pleinement à une appréhension plus complète du problème sur le long terme. Ils allient une prise en charge pluridisciplinaire, un suivi régulier, mais ils permettent aussi un dépistage précoce du surpoids pouvant conduire à l'obésité. C'est pourquoi la réussite d'un réseau tient à ses facultés d'adaptation aux difficultés du terrain. Les initiatives et les expériences originales, comme celle de « Fleurbaix-Laventie ville santé », doivent pouvoir inspirer une politique de santé publique visant à réduire l'incidence de l'obésité dans la population.

La recherche actuelle porte sur le développement d'un « vaccin »³² permettant de neutraliser, à la manière d'un anticorps, une molécule en cause dans le développement de l'obésité. La tendance évolue donc vers une hyper médicalisation de la prise en charge de l'obésité au risque d'occulter une approche préventive et pluridisciplinaire.

³² NAU Jean-Yves « Une société suisse expérimente le premier vaccin contre l'obésité » *in* Le Monde du 14/05/05

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES :

- Programme National Nutrition Santé 2001-2005 (PNNS)
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

RAPPORTS

- Enquête ObEpi 2003 : 3^{ème} enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France / institut Roche sur l'obésité en collaboration avec l'INSERM
- Etude FLVS I http://www.villesante.com/flvs/etude/pro_flvs1.html
- Etude FLVS II http://www.villesante.com/flvs/etude/pro_flvs2.html
- Etude FLVS III http://www.villesante.com/flvs/etude/pro_flvs3.html
- Baromètre santé nutrition 2002 : Photographie et évolution des comportements alimentaires des français – Dossier de presse - 6 octobre 2004
- AGROPOLIS-MUSEUM – savoirs partagés – Obésité, comment arrêter l'épidémie ? <http://www.museum.agropolis.fr/pages/savoirs/obesite/>

OUVRAGES PÉRIODIQUES

- M. Depimoy « Alimentation : bien-être, plaisir et santé. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- S. Pin « Les français, l'alimentation et la santé : résultats d'une étude qualitative auprès des 18-50 ans. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- J.L. Lambert « Les apports des sciences humaines et sociales à la compréhension des comportements alimentaires. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- C. Duchêne « L'ogre du Nord – Pas-de-Calais. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- A. Brozzetti « Des rencontres-formation pour les collèges et les lycées de Languedoc-Roussillon. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.

- J.L. Grenier « Une expérience de santé communautaire centrée sur l'alimentation dans les quartiers en difficulté. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- M. Chauliac « L'éducation pour la santé dans le Programme national nutrition santé. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- C. Kerneur « Ecole : éducation nutritionnelle et éducation au goût. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- D. Maslanka « Des Elèves plus soucieux de leur alimentation. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- A. Sizaret « Un fonds documentaire et pédagogique minimum en éducation nutritionnelle. » *in* La santé de l'homme – n° 358 – mars-avril 2002.
- S. Blondeau « Dans le Rhône, une exposition sensibilise les parents des tout-petits. » *in* La santé de l'homme – n° 374 – novembre-décembre 2004.
- D. Dangaix « Lutte contre l'obésité : dès la maternelle dans le Pas-de-Calais. » *in* La santé de l'homme – n° 374 – novembre-décembre 2004.
- D. Dangaix « La commune est un acteur essentiel de santé publique. » *in* La santé de l'homme – n° 374 – novembre-décembre 2004.
- D. Dangaix « Sensibiliser toute une population aux enjeux nutritionnels. » *in* La santé de l'homme – n° 374 – novembre-décembre 2004.
- P. Lamoureux « L'INPES, le PNNS et l'école. » *in* La santé de l'homme.– n° 374 – novembre-décembre 2004.
- C. Delamaire « Les jeunes, l'alimentation et l'activité physique. » *in* La santé de l'homme – n° 374 – novembre-décembre 2004.
- C. Kerneur « Développer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire. » *in* La santé de l'homme – n° 374- novembre-décembre 2004.
- M. Hirsch « Il faut lutter contre l'incitation alimentaire permanente. » *in* La santé de l'homme – n° 374 – novembre-décembre 2004.
- M-L. Frelut « Activité physique et obésité de l'enfant. » *in* cahier de nutrition et de diététique – n° 5 – 2000.
- J-M. Oppert « Rôle de la sédentarité et des apports alimentaires dans le gain de poids chez l'adulte. » *in* cahier de nutrition et de diététique – n° 5 – 2000.
- J-P. Poulain « mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation ? Les dimensions sociales de l'obésité. » *in* Cahiers de nutrition et de diététique – Vol. 36 ; n° 6 – décembre 2001.
- « La prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez l'obèse. » *Quotidien du médecin* – n° 6900 – janvier 2000.
- « Associer les différentes approches thérapeutiques. » *Quotidien du médecin* – n° 6900 – janvier 2000.

- J.P. Zermati « Comment l'organisme contrôle notre poids. » *in* Hors Série 60 millions de consommateurs, Institut National de la Consommation – n° 107 – Juillet-août 2002.
- S. Blanchard « La lutte contre l'obésité se heurte au lobby agroalimentaire. » *in* Le Monde, 30 avril 2005.
- « Obésité et mortalité due au cancer. », Le Journal du Médecin, n° 1547, novembre 2003 reprenant l'étude «Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospective studied hort of US adults», New England Journal of Medecine, 2003; n° 324 : 1625-38.

SITES INTERNET :

- Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr
- Institut National de Prévention et l'Education pour la Santé : www.inpes.sante.fr
- Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S.) : www.gros.org
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : www.inserm.fr
- Ville Santé : www.villesante.com
- Ville Santé / Fleurbaix-Laventie : www.villesante.com/flvs
- Ville Santé / EPODE : www.villesante.com/epode
- Agence Nationale : www.anaes.fr
- Agence française de sécurité sanitaire et des aliments : www.afssa.fr
- Institut Roche : www.roche.fr
- Doctissimo : www.doctissimo.fr
- Obésité santé : www.obesite-sante.com
- Weight watchers : www.weightlossurgery.ca
- Allegrofortissimo : www.allegrofortissimo.com
- www.eufic.org
- www.medicms.be
- www.e-sante.be

Liste des annexes

ANNEXE I : ELEMENTS PRINCIPAUX DU PNNS

ANNEXE II : L'ARTICLE L2133-1 de la LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DU 9 AOÛT
2004

ANNEXE III : FLVS-EPODE

ANNEXE I

ELEMENTS PRINCIPAUX DU PNNS

Le PNNS énonce 9 objectifs nutritionnels prioritaires de Santé Publique :

- augmenter la consommation de fruits et légumes,
- augmenter la consommation de calcium,
- réduire les apports lipidiques à moins de 35% de l'apport énergétique journalier,
- augmenter l'apport glucidique à plus de 50% de l'apport énergétique journalier, en particulier l'apport en fibres de 50%,
- réduire la consommation d'alcool à moins de 20g par jour dans la population générale,
- réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes,
- réduire de 10 mm de Hg la pression artérielle systolique des adultes,
- réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) > 25 kg/m²) chez les adultes, interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants,
- augmenter l'activité physique journalière de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par jour.

De plus, il repose sur 6 axes stratégiques :

- Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant, éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.
- Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins
- Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques.
- Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.
- Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et clinique.
- Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.

ANNEXE II

L'ARTICLE L2133-1 DE LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DU 9 AOÛT 2004

L'article L2133-1 de la loi de santé publique du 9 août 2004 instaure deux mesures phares concernant la nutrition :

- l'obligation faite aux annonceurs de boissons ou de produits alimentaires avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorant de synthèse de diffuser une information à caractère sanitaire. Ces derniers pourront s'acquitter de cette obligation en versant une contribution égale à 1,5 % du montant de l'annonce dégagées par la vente de ces produits au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005.

Annexe III

FLVS-EPODE

L'efficacité des campagnes d'information et de sensibilisation de la population de Sausalito en Californie, sur le thème du cholestérol et des maladies cardio-vasculaires, ont inspirer le programme « Fleurbaix Laventie ville de santé » (FLVS).

Fleurbaix et Laventie sont deux communes du Pas-de-Calais de 2222 et 4444 habitants. Elles ont été choisies pour leur population stable et une prévalence de l'obésité deux fois plus élevée que dans d'autres régions françaises (Etude ObEpi). *« L'idée initiale était de vérifier si une information nutritionnelle donnée en milieu scolaire par les enseignants et intégrée dans le cadre des programmes officiels était susceptible de modifier les connaissances des enfants puis les habitudes et comportements alimentaires non seulement des enfants mais de toute la famille. »*³³

L'étude était menée en plusieurs phases.

La première phase 1992-1997 débute par la représentation initiale de la population établie par enquête alimentaire afin de connaître les consommations, habitudes familiales et individuelles des villes concernées, ainsi que de deux villes témoins comparables sur le plan socio-démographique.

Ensuite, une information nutritionnelle était incluse dans les programmes scolaires de la maternelle au CM₂ puis au collège pendant 4 ans, grâce à une collaboration avec l'Education nationale.

Après cinq année d'information, l'enquête de nutrition sous contrôle de l'Education nationale montrait que les enfants avaient acquis de meilleures connaissances nutritionnelles (réponses justes au test de nutrition : Fleurbaix-Laventie, 53% versus villes témoins 42,2%). En outre, une évaluation nutritionnelle était réalisée auprès des familles, montrant une modification des comportements alimentaires³⁴. Ainsi l'obésité de l'enfant n'a pas augmenté sur les villes de Fleurbaix-Laventie alors qu'elle progressait dans la

³³ Borys J-M. « Je préviens l'obésité de mon enfant. » Paris. Ed Ballan santé, 2004. p270.

³⁴ Lafay L. et al. «Description nutritionnelles et alimentaires d'une population du nord de la France : l'étude Fleurbaix Laventie Ville Santé. » Revue d'épidémiologie et de la santé publique Sept 1998 ; Vol 46, n°4 : p263-274.

région sur la même période³⁵. Les mères de Fleurbaix-Laventie ont pris moins de poids que celles des villes témoins.

La seconde phase de 1997 à 2002, constituée d'une étude de l'INSERM basée sur des prélèvements biologiques et mesures de l'activité physique, montrait l'importance des facteurs environnementaux, génétiques et hormonaux dans la prise de poids.

La troisième phase 2002-2007 voit apparaître le « coaching santé » sur 3000 volontaires de Fleurbaix-Laventie. Chacune des personnes bénéficie d'un bilan individuel de santé et de son mode de vie. Les résultats sont remis à toute la famille par une diététicienne dans le cadre d'un rendez-vous à domicile. Le cas échéant, un programme de « coaching santé » est proposé. Sept programmes ont été déterminés en collaboration avec les médecins locaux : prévention du surpoids et de l'obésité (participants appelés une fois par mois pendant six mois puis une fois par trimestre), lutte contre la sédentarité (partenariat avec les associations sportives locales), hypercholestérolémie (conseil trimestriel), hypertension (conseil trimestriel), consommation de fruits et légumes (astuces culinaires une fois par trimestre), consommation de calcium (bilan tous les trois mois), arrêt du tabac (appel hebdomadaire pendant douze semaines).

L'expérience FLVS s'étend en 2004 à dix villes françaises. C'est le programme EPODE (Ensemble prévenons l'obésité des enfants). EPODE s'articule autour de deux principes d'intervention. Dans un premier temps, une prévention « primaire » auprès de l'ensemble de collectivité pour sensibiliser l'ensemble des acteurs, former les intervenants, agir dans les écoles et la ville. Puis une prévention « secondaire » auprès des professionnels de santé, afin de prendre en charge les enfants en surpoids.

L'extension du programme FLVS à 10 villes, dans le cadre du projet EPODE, met l'accent sur trois actions pivots en matière de prévention primaire :

- **informer et sensibiliser l'ensemble des acteurs.** En effet, dans un premier temps l'ensemble des acteurs locaux, des professionnels de santé, des enseignants puis des familles sont informés via des réunions publiques et divers supports.

- **Former les intervenants.** Puis, les professionnels de santé (médecins et infirmières scolaires, médecins de ville et hôpital) et enseignants bénéficient d'une formation concernant l'obésité de l'enfant, son dépistage et sa prise en charge.

³⁵ DEMEYERE Isabelle « Et maintenant, le coaching santé ! » Contact santé n°192, avril 2004, p6-7.

- Agir dans les écoles et les villes. Des outils pédagogiques sont développés à destination des enseignants. Il est également proposé aux écoles de transformer les cours de récréation, afin de favoriser l'activité physique spontanée quotidienne pour les enfants. Enfin, une action auprès de la restauration scolaire est entreprise avec une préparation pédagogique aux dégustations.

Chaque trimestre une famille d'aliments est mise en exergue au niveau des écoles grâce à la remise de documents pédagogiques pour les enseignants et sa mise à l'honneur au cours des repas pris à la cantine. Parallèlement, après une information, les médecins et pharmaciens sont encouragés à remettre des documents d'information à leurs patients. Un document d'informations pratiques est remis aux parents et des informations circulent dans la ville via les médias locaux.

Dans le domaine de l'activité physique, des actions de type autobus scolaire pédestre sont encouragées, ainsi que la participation des associations sportives locales.

Les actions menées dans chaque école et chaque ville reposent sur les spécificités locales et l'investissement de la population.

Enfin, tous les enfants de 5 à 12 ans sont pesés et mesurés chaque année. Leur IMC calculé est systématiquement commenté et adressé aux parents. Les parents d'enfants à risque ou en excès de poids sont incités à consulter leur médecin.

Pour ce qui est de la prévention secondaire elle est essentiellement destinée aux professionnels de santé (médecins et infirmières scolaires, médecins de ville, généralistes et spécialistes hospitaliers et libéraux) avec une intervention auprès des enfants dépités. L'objectif est de permettre aux enfants de stabiliser leur corpulence ou de la réduire. La formation des médecins volontaires s'effectue sous forme d'enseignement post-universitaire.