

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

AUTEUR : NICOLAS BRIZÉ

"DE LA BALANCE AU FLÉAU : COMMENT AGIR FACE AU SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ ?"



ASSISES DE LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ

Colloque
Lundi 18 février 2008
Paris - Palais du Luxembourg

Une Rencontre
Aromates
01 46 99 10 80
www.aromates.fr

n i le lien
l e entre
les acteurs de santé
www.nile-consulting.eu



Doctissimo.fr

hOpe

LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN



Public Santé
La radio qui vous veut du bien

ROQUETTE



sanofi aventis
L'essentiel c'est la santé.

TANITA
Par grandir la santé.

Maladies et accidents cardio-vasculaires, diabète, hypertension artérielle, phénomènes respiratoires sérieux, troubles psychologiques, voire certains cancers... « *L'obésité a des répercussions dangereuses sur l'individu et donc coûteuses pour la société* », déclare Gérard Deriot, sénateur de l'Allier, auteur d'un rapport en 2005 sur la prévention et la prise en charge de l'obésité au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. On observe un taux de surmortalité chez les adultes obèses. En 2006, 12,4% de la population française était obèse, soit 5,91 millions de personnes selon l'étude Obépi-Roche. Si l'on y inclue les personnes en surpoids, c'est plus de 40% de la population adulte qui est touchée. Une évolution épidémique qui augmente d'environ 5,7% par an (Obépi-Roche). En 2012, elle touchera 20% des enfants français. Cette évolution concerne toutes les générations, hommes et femmes, et touche plus particulièrement les milieux socio-économiques fragiles. « *Une maladie de pauvres* », comme la définit Philippe Lamoureux, directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Aux Etats-Unis, elle atteint 30% de la population adulte, à tel point qu'on peut parler d'une épidémie d'obésité au niveau mondial.

Annoncés récemment par la ministre de la santé, « *les trois chantiers majeurs* » que sont la restriction de la publicité dans les programmes jeunesse, la suppression des confiseries aux caisses de la grande distribution, la qualité nutritionnelle encadrée plus strictement dès la rentrée 2008 dans la restauration scolaire, traduisent une prise de conscience des pouvoirs publics. Avec le Programme national nutrition santé (PNNS) en 2002, plusieurs outils et recommandations concernant le diagnostic, le traitement, la prise en charge et la prévention avaient déjà été définis. La loi de santé publique de juin 2004 a initié certaines mesures. « *Mais les effets ponctuels mesurables sont demeurés trop dispersés* », fait observer le sénateur Gérard Deriot.

Mettre en place un plan d'actions suppose que l'on sache sur quoi agir. Or à l'heure actuelle la communauté médicale manque de réponses face à ce fléau. Pour Pascale Briand, directrice générale de l'Association française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), « *au-delà de l'inadaptation des comportements alimentaires et de l'activité physique en baisse, agissent des facteurs génétiques, environnementaux, selon l'appartenance sociale et culturelle, les pratiques familiales,*

l'environnement géographique, la frontière restant difficile à définir entre ces deux derniers. »

Pierre Azam, nutritionniste, président de la commission Santé à la Fondation Concorde, précise les modalités de cet environnement : « *la société des médias, la télévision, l'Internet, le confort moderne, le transport, le chauffage* », poussent à la baisse de l'activité physique. « *La déstructuration de la cellule familiale, avec le divorce, les parents isolés, et des conditions socio-économiques difficiles* » encouragent l'obésité. « *L'offre nutritionnelle de la restauration rapide et de la grande distribution ou la qualité économique des produits confortent ce mauvais bilan.* »

Un spectre multifactoriel qui nécessite une approche pluridisciplinaire de la maladie. Face au volontarisme des pouvoirs publics, les professionnels de santé et les associations de malades invoquent l'axiome « *primum non nocere* » et le droit de savoir. Craignant l'effet « *culpabilisant* » et « *stigmatisant* » d'une communication collective axée sur la maladie, certains lui préfèrent une prévention ciblée, sa mise en place et son évaluation. « *On ne sait pas* », martèle Patrick Tounian, professeur de pédiatrie au service de gastro-entérologie et nutrition pédiatrique à l'hôpital Armand-Trousseau. D'autres au contraire, comme Laurent Alexandre, président de Doctissimo, pensent que « *le discours sur la « fat pride » est un discours mortifère* », lui préférant « *une approche associant la communication et des programmes interventionnels de type médicamenteux ou paramédicamenteux, au moins pour freiner la boucle vicieuse épigénétique probablement à l'oeuvre aujourd'hui.* » Que ce soit en agissant sur l'offre alimentaire – le prix des aliments, son information, sa publicité, sa qualité nutritionnelle – ou en renforçant les partenariats entre les différents acteurs impliqués par la prévention et le traitement de l'obésité, dans tous les cas, l'urgence d'une recherche de haut niveau s'impose, tant sur les déterminants multidisciplinaires de l'obésité que sur la prise en charge, la qualité des soins et une meilleure intégration dans la société.

Au-delà des problématiques de santé, il convient aussi d'agir au niveau des « *bassins de vie* », « *de créer un environnement favorable* », « *en s'adaptant au terrain et aux différents types de populations* », « *sans parler forcément de l'obésité* », précise Sandrine Raffin, co-directrice et co-fondatrice du programme EPODE, « *Ensemble, prévenons l'obésité des enfants* ». Un travail de fond dans la durée déjà engagé à l'échelon local et territorial à travers des actions de type EPODE ou dans le cadre des politiques publiques gérées par les Groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Des élus, des représentants d'associations et des pouvoirs publics, des acteurs économiques, des experts, des intervenants dans les sciences humaines, tous apportent leurs points de vue à cet enjeu complexe de santé publique.

Une épidémie d'obésité difficile à évaluer

Expression la plus fréquente de la malnutrition dans les pays dits industrialisés, l'obésité est un phénomène épidémique dans plusieurs régions du monde, en Europe, en Amérique du nord, en Australie, ainsi que dans les pays dits « *en transition nutritionnelle* » comme le Brésil et la Chine, où l'on observe deux formes de malnutrition, « *par défaut d'apport énergétique et par excès d'apport énergétique* ». Pascale Briand rappelle que l'obésité a un aspect quantitatif et qualitatif. Le premier « *se définit comme un excès de masse grasse dans le corps entraînant des conséquences néfastes pour la santé* ». Pour la directrice générale de

l'AFSSA, il convient d'abord de s'interroger sur le niveau dit « à risque » de l'indice de masse corporelle (IMC) « *en termes de conséquences sur le bien-être somatique, mais aussi psychologiques et sociales, présentes et futures* ». L'aspect qualitatif tient compte quant à lui de la distribution de la masse grasse dans notre corps, et des risques associés à l'obésité.

La plupart des enquêtes sur l'obésité se fondent uniquement sur la mesure quantitative du rapport poids/taille de l'IMC. Elles démontrent que l'épidémie est en augmentation de par le monde, même si en France l'évolution s'est tassée ces 3 dernières années selon la récente étude INCA 2-ENNS.

Un signe alarmant nous vient des Etats-Unis. 30% de la population adulte est obèse, et « *dans certains états les diabétiques de type 2 sont passés de 9 à 14 % de 1975 à aujourd'hui* », indique Pierre Azam.

Selon les enquêtes nationales successives Obépi-Roche, l'obésité atteint 12,4% de la population française en 2006, soit 5,91 millions de personnes, contre 11,3% en 2003 et 8,2% en 1997. La prévalence globale de l'obésité est plus importante chez les femmes (13%) que chez les hommes (11,8%). Par ailleurs, en 9 ans, la prévalence du surpoids tend à se stabiliser à 29,2%. Pierre Azam note qu'en France l'évolution épidémique de l'obésité est d'environ 5,7% par an (Obépi-Roche). En 2012, elle touchera 20% des enfants français.

« *Chez l'adulte, la prévalence de l'obésité a augmenté de 10 à 40% dans la plupart des pays européens au cours des dernières décennies* ». Pascale Briand cite différentes enquêtes, notamment celle de l'International association for the study of obesity (IASO), mais déplore le manque de données comparatives. En France, les derniers chiffres issus des études nationales menées en 2007 par l'InVS et l'AFSSA fournissent un échantillon national représentatif de la population en 2006 : « *plus de 40% de la population adulte est obèse ou en surpoids* », constate Sophie Delaporte, directrice générale adjointe à la Direction générale de la santé (DGS).

« *Chez l'enfant, les taux de surpoids et d'obésité en Europe se sont accrus* », observe Pascale Briand. « *La France occupe une position intermédiaire, entre 12 et 22%, proche de celle observée dans les pays du nord de l'Europe, mais plus basse que dans les pays du sud, en particulier la Grèce, l'Espagne, le Portugal, l'Italie, qui présentent des taux supérieurs à 25%*. » En France, Sophie Delaporte note toutefois « *une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant* ». Entre 3 et 18 ans, 3,5% des enfants sont obèses, 14% en surpoids. Entre 7 et 9 ans, la prévalence s'est stabilisée en 2007. Les données locales dans l'Hérault, le Val-de-Marne, à Bordeaux, corroborent ces résultats encourageants.

L'obésité morbide en hausse

Les formes graves sont en augmentation selon la dernière enquête Obépi-Roche 2006. « *Quand on voit les dégâts dans la jeunesse américaine du diabète de type 2, la cécité diabétique et l'absence rénale dialysée avant la puberté, ce n'est pas acceptable* », insiste Laurent Alexandre. En effet, « *le poids est au centre de plein de problématiques : l'épigénétique, la rétinopathie, l'extrême difficulté à faire descendre le taux de HB1C en dessous de 8,5 dans les pays développés, alors qu'on sait que le risque de microangiopathie devient important au-delà de 7...* »

Sylvie Benkemoun, psychologue, secrétaire générale et chargée des questions de santé à l'association Allegro Fortissimo, décrit ainsi le parcours du poids : « *les*

tentatives d'amaigrissement sont régulièrement des échecs. D'un léger surpoids, nous passons par une obésité simple, puis sévère, avant d'arriver, à un certain âge, à une obésité qu'on qualifie de morbide. »

« Maigrissez, ça ira mieux ».

Dégâts sur la santé au plan somatique, mais aussi psychique. « *Être gros actuellement, c'est la malédiction. Il y a un manque d'accompagnement quand l'obésité est installée. Doit-on s'en tenir à l'IMC recommandée ? Cette mesure est-elle nécessaire ? J'ai beaucoup entendu parler de maigreur constitutionnelle. Pourquoi ne pas parler de grosseur constitutionnelle ?* » Sylvie Benkemoun fustige la norme, « *une notion amenée par les compagnies d'assurance pour évaluer le facteur de risque des assurés. L'être humain est-il conforme au souhait des assureurs ?* »

Cette représentation normée du corps est accentuée par des discours qu'elle juge « *culpabilisants* ». « *Plus la prévention et les messages s'intensifient et plus c'est difficile pour les enfants et les adultes gros. Faut-il avoir peur de l'obésité ?* » s'interroge encore Sylvie Benkemoun. « *Depuis qu'on médicalise l'alimentation, on légitime les préjugés religieux, le péché de gourmandise. Est gros celui qui vole dans l'assiette de l'autre. Ces préjugés agissent à la fois sur les personnes qui n'ont pas de problèmes de poids, les personnes obèses, les soignants et les solutions proposées. À Allegro Fortissimo, on essaie de se défendre contre cet état qui nous enferme. On se rassemble parce qu'il y a beaucoup de souffrance dans la façon dont on est reçu chez certains médecins. Notre obésité s'aggrave parce que justement on a peur d'aller chez ces médecins. Le premier mot qu'on entend est très souvent : maigrissez, ça ira mieux. » D'ailleurs, « *Que deviendraient les asthmatiques ou les cardiaques si on leur rappelait sans cesse qu'ils allaient être malades ou mourir ?* ».*

Patrick Tounian fait le même constat chez les enfants qu'il suit au service de gastro-entérologie et nutrition pédiatrique à l'hôpital Armand-Trousseau. « *Je vois beaucoup de maladies graves en consultation. Et je vois des obèses. Sans aucune équivoque, ce sont les obèses qui pleurent le plus. Les enfants sont victimes de leurs prédispositions. En proposant des mesures préventives globales, en concentrant notamment les mesures préconisées sur les risques d'obésité, l'enfant souffre.* » Stigmatisation des enfants, culpabilisation des parents. « *En tant que soignant d'enfants obèses, j'ai l'impression que ça les culpabilise et je reste très en retrait pour donner une réponse.* »

« *Des personnes en surpoids sont heureuses et elles l'assument.* » Pour Pascal Picq, paléanthropologue, maître de conférences au Collège de France, « *notre regard est en cause. Est-ce l'obèse le malade ou la manière dont la société le regarde ?* ».

Fort de ses 1,5 millions de visites par jour sur son site Doctissimo, Laurent Alexandre observe quant à lui une très grande ambivalence vis-à-vis de la norme. « *L'évolution sociale tend vers une plus grande tolérance de l'obésité. Le discours hygiéniste est rejeté par la population. Dans un sondage récent sur Doctissimo, 42% des Français expriment un ras-le-bol généralisé contre le discours hygiéniste et ce qu'ils appellent le diktat sanitaire.* »

Peut-être faut-il y voir « *le rapport ambigu que le Français entretient vis-à-vis de la norme* », sourit Philippe Lamoureux, « *à la fois rejet mais en même temps besoin impérieux.* »

Norme, hygiénisme, stigmatisation... « *La surcharge pondérable n'a pas toujours été perçue comme une maladie* », rappelle Alain Drouard, historien de l'alimentation, directeur de recherche au CNRS. La dernière famine date de 1848. L'idéal alors est encore incarné par le capitaliste gras ou le gros bourgeois rentier. Dans le Littré, on lit que « *l'obésité, c'est un excès d'embonpoint* ». Ce n'est que vers 1880 que l'obésité a été définie comme une pathologie avec ses corollaires. Une rationalisation de la nutrition humaine s'est mise en œuvre, à travers le calcul du rapport entre énergie consommée et aliments ingérés, d'abord chez les militaires, puis chez tous les civils. Avec les « aliments albuminoïdes » et les tables de substitution des aliments, l'objectif est d'établir un régime pour les classes défavorisées, qui consacraient alors 60% de leurs revenus à l'alimentation. À la fin du 19^{ème} siècle se met en place un nouveau régime alimentaire fondé sur les viandes, les lipides, les sucres, l'alcoolisation. L'hygiénisme apparaît comme la critique de ce nouveau régime par les médecins naturistes. Ceux-ci dénoncent la suralimentation comme facteur d'arthritisme et de dégénérescence. « L'alcool, la viande, les sucres sont meurtriers », écrit le Dr Carton en 1912. Au début du 20^{ème} siècle, de nouvelles normes sont édictées. Dès les années 1910, des concours de beauté sont lancés dans les pays nordiques. La presse féminine développera ces nouveaux idéaux de minceur, de naturisme, voire d'eugénisme.

Un spectre multifactoriel

Cette rationalisation de la nutrition perdure jusqu'à aujourd'hui. « *L'obésité résulte avant tout d'un déséquilibre prolongé entre l'apport alimentaire et la dépense énergétique. Laquelle de ces deux composantes est la plus impliquée ?* » questionne Pascale Briand. Les études ne sont pas consensuelles. Pour la directrice générale de l'AFSSA, beaucoup d'interrogations demeurent dans les études. « *Ce manque de concordance découle de questions méthodologiques, mais aussi des facteurs de risques qui diffèrent d'une population à une autre, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, d'hommes ou de femmes, selon les prédispositions génétiques, les pratiques familiales, l'environnement géographique, économique, l'appartenance sociale ou culturelle. Ce sont les modes de vie et de consommation qui sont impliqués.* »

L'axe sédentarité - nutrition

Dans cette équation énergétique, force est de constater que l'activité physique a indéniablement diminué ces dernières décennies. « *La quantité énergétique est la même qu'il y a cinquante ans, en même temps que les besoins énergétiques ont baissé* », analyse Pascale Hebel, directrice du département consommation au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC). « *Les études montrent qu'on mange plus avec la télévision allumée.* » Une sédentarisation des modes de vie confortée par la société des médias, Internet, les jeux vidéos, le confort moderne, les moyens de transport, le chauffage. Philippe Lamoureux indique cependant « *certains progrès* » s'agissant des niveaux d'activité physique et de consommation de fruits « *à peu près acceptables par rapport aux recommandations du PNNS.* »

En ce qui concerne l'apport alimentaire, « *les études transversales et longitudinales n'ont pas abouti à des conclusions consensuelles sur les liens entre les apports en énergie ou en macronutriments et l'adiposité, en particulier chez l'enfant* », indique Pascale Briand. « *De nombreuses équipes se penchent sur le rôle des aliments,*

mais aussi sur celui des comportements alimentaires, de la fréquence de consommation, de la répartition des apports énergétiques au cours de la journée, des lieux de consommation, de la taille des portions consommées. »

L'environnement alimentaire a certes changé, avec une offre croissante de consommation hors foyer dans les fast-food et autres snack, mais « *90% des Français continuent à prendre trois prises alimentaires quotidiennes dans des plages horaires fixes* », indique Pascale Hebel. « *Il n'y a pas d'évolution de déstructuration. Seul le contenu des assiettes a évolué.* » Philippe Lamoureux note que « *70% des Français continuent en province à prendre leur repas chez eux à midi* ». Pascale Hebel n'incrimine pas particulièrement la qualité de l'offre alimentaire non plus. « *Les études montrent que chez les adultes, l'IMC augmente lorsqu'on surconsomme de l'eau, des boissons, des légumes, du fromage, de la charcuterie, de la viande, des fruits. Par contre, ceux qui ont un IMC faible surconsomment des produits sucrés. Chez les enfants, on a moins de liens statistiques, mais on note que les plus minces surconsomment des entremets et des produits sucrés.* »

Eric Seynave est bien d'accord. « *Le marché du snacking ne se développe pas en France. Quant aux plats individuels, ils pèsent moins de 10% en France. Partout ailleurs ils culminent à 85-90%.* » Le vice-président de l'Association nationale des industries alimentaires (ANIA) met en avant « *la performance des industriels* ». « *Historiquement, l'alimentation est passée du rationnement à la sécurité. L'industrie agro-alimentaire met à la disposition du consommateur 24h/24 365 jours dans l'année des produits qui sont par essence saisonniers. Le rôle de la conserve, du surgelé et des transformations quelles qu'elles soient sont vitales pour notre pays. [...] Sur un plan qualitatif, on a bien analysé les fruits et légumes frais achetés sur le marché par rapport aux fruits et légumes en conserve, surgelés, et sous forme de plats transformés : il n'y a aucune différence qualitative significative. La meilleure action que puisse faire l'industrie, c'est justement d'être performante et d'amener au consommateur des produits de qualité à des prix imbattables.* »

L'offre alimentaire

Le prix justement. Pointant du doigt la baisse de l'activité physique, Gérard Deriot met en cause plus particulièrement l'offre alimentaire, avec la baisse des prix des aliments caloriques et une plus grande disponibilité d'aliments déjà préparés. « *Les fruits et légumes sont incomparablement plus chers que la plupart des produits gras et sucrés. En 50 ans, le prix des corps gras a diminué de près de moitié tandis que celui des fruits et légumes a augmenté d'un tiers il y a deux ans et demi.* »

« *Aujourd'hui le défi, c'est la surabondance* », reconnaît Eric Seynave, qui par ailleurs s'en défend. « *On a fait une analyse de l'évolution des prix sur les 40 dernières années. Si on prend un indice 100, les produits transformés fruits et légumes sont à l'indice 60, les produits frais achetés sur le marché sont à l'indice 140.* »

Attentats à la grosseur

Gérard Deriot cite une enquête diligentée par le ministère de la santé en 2007 qui « *démontre que 47% des enfants souhaitent consommer les produits mis en avant par la publicité. Si 85% des publicités pour boissons fraîches contiennent un message de prévention, ils restent peu compréhensibles et donc faiblement efficaces.* »

En tant que consommateur, Alain Drouard parle d'un « état de confusion » amplifié par la publicité et le lobbying de certains labos de recherche. « *En France, il y a deux journées de prévention par jour* », déplore Laurent Alexandre, « *une saturation des messages auprès des intermédiaires patients et docteurs, l'obésité n'étant qu'une des problématiques de santé publique.* »

Pour Pascale Briand, « *la question alimentaire soumet nos concitoyens à un climat de peur. Autant il faut accumuler des connaissances métaboliques, génétiques, nutritionnelles sur les équilibres à observer, autant chaque nouvel article scientifique correspond à des réponses correctes dans des champs très limités. L'extrapolation ou le transfert dans la grande presse conduit à des messages déstabilisants, alors que sont oubliés les grands principes alimentaires.* »

Selon l'INPES, les consommateurs sont pourtant de mieux en mieux informés. « *Les repères du PNNS visent à donner des repères de consommation, simples, non normatifs, dans le respect de la tradition culinaire à trois plats, notamment le midi, l'objectif étant d'avoir un émetteur objectif censé dégager des intérêts économiques non sujets à caution* », indique Philippe Lamoureux. « *En 2002, date du lancement du PNNS, 2,5% des personnes interrogées citaient le repère du PNNS sur les fruits et légumes contre 43% en 2007, les plus cités étant chez les 8-24 ans. Sur les produits laitiers, 17% citaient les repères du PNNS en 2002 contre 29% en 2006 ; sur l'activité physique, 50% en 2002 contre 91% en 2006.* »

Le directeur général de l'INPES est bien conscient de l'ampleur de la tâche. « *Il y a tout un travail pédagogique à faire pour dire que si vous mangez des surgelés ou des conserves vous avez le même apport nutritionnel que si vous consommez des produits frais.* » [...] « *Il faut savoir qu'on sous-consomme des féculents, parce que les femmes considèrent qu'ils font grossir.* » Dans la newsletter Cuisine que diffuse quotidiennement Doctissimo, les déterminants des taux de clics donnent grands gagnants les taux de liquide athérogène, de sucre diabétogène, de sel. « *En gros, le taux de clics sur le turbo à l'huile d'olive est neuf fois plus faible que sur le riz au miel* », déclare Laurent Alexandre, pour qui il y a aussi une chute de la transmission des savoirs faire. « *50% des femmes de +45 ans avouent dans un sondage récent ne pas avoir appris à faire la cuisine à leurs enfants* ».

Si l'éducation exerce l'esprit critique face à cette offre alimentaire, qu'elle soit individuelle ou collective, à commencer par la restauration scolaire, elle reste profondément liée à nos comportements de tous les jours. Gérard Deriot cite un chiffre : « *91% des enfants déclarent obtenir ce qu'ils ont demandé auprès de leurs parents.* »

Pascal Picq situe la part de l'éducation entre 20 et 30%, la part de la génétique entre 30 et 40%, « *le reste ce sont les groupes où sont nos jeunes, le comportement de leurs pairs.* »

De la génétique à l'épigénétique

Patrick Tounian relate sa rencontre avec deux sœurs africaines en consultation. « *L'une avait douze ans et pesait 105 kilos. Sa sœur avait vingt ans et elle était très fine.* « *Je suppose que vous faites attention à ce que vous mangez* », ai-je dit. _ *Pensez-vous ! m'a répondu ma patiente, elle mange plus mal que moi, et beaucoup plus que moi !* » Patrick Tounian évalue entre 15 et 20% le taux de surpoids et d'obésité infantile en France métropolitaine. Sur l'île de la Réunion, ce taux grimpe à 25%. À Tahiti, il culmine à près de 50% des enfants. « *Pourquoi ? Je ne vois qu'une*

seule réponse à cette question : l'inégalité devant le risque de l'obésité est absolument flagrante ».

Pour Claude Ricour, pédiatre et professeur de nutrition à l'hôpital Necker, c'est l'épigénétique qui est probablement le lien moléculaire qui l'explique, « *des mutations épigénétiques rapides, brutales, qui sont transmissibles mais qui sont aussi réversibles.* »

Patrick Tounian reste prudent. « *L'épigénétique est une science très récente. La vie in utero, les premiers mois de vie, sa vie affective programment un enfant. On y croit tous, moi le premier, mais on n'a pas de démonstration claire. C'est la sélection génétique qui est importante dans l'obésité. La prédisposition à l'obésité a été un des moyens pour subsister à la famine dans les pays aux conditions de vie difficiles. Là, il y a eu probablement une sélection des obèses, qui expliquerait la plus grande sensibilité à une pléthore d'offre alimentaire des enfants dont les ancêtres sont issus de ces pays, comme elle expliquerait la plus grande proportion d'enfants obèses dans les couches socio-économiquement défavorisées, en tout cas c'est très clair aux Etats-Unis.* »

Pascal Picq donne la priorité à l'environnement social. « *Nous sommes sur des modèles constructivistes, c'est-à-dire que nous avons des prévalences génétiques qui se construisent avec l'environnement : c'est ce qu'étudie l'épigénétique. Mais nous sommes avant tout des mangeurs sociaux.* » S'appuyant sur la récente découverte des « neurones miroirs » par le Pr. Giacomo Rizzolatti, Pascal Picq insiste sur le rôle des pairs. « *Dès que nous sommes jeunes, nous sommes imprégnés par l'image des autres autour de nous. Si vous êtes dans des familles où tout le monde est mince, où l'on pratique du sport, etc., même si vous avez une prévalence pour l'obésité, il y a peu de chance qu'elle se manifeste de la même manière que dans un milieu défavorisé.* »

Le déterminant social

Laurent Alexandre cite une étude récente qui a mis en avant les effets de mimétisme. « *La probabilité d'être obèse est directement liée au pourcentage d'obèses qu'on a dans son premier cercle. C'est une des raisons de l'effet CSP+ important.* » Une tendance que confirme tous les chiffres. « *Un diplômé du supérieur a trois fois moins de chances d'être touché par l'obésité que celui qui n'a pas dépassé le primaire* », souligne Gérard Deriot.

C'est dans le Nord-Pas-de-Calais que la prévalence du surpoids et de l'obésité est la plus élevée en France. Le Pr Monique Romon, responsable du service de nutrition au CHU de Lille, cite deux études qui mettent en avant le facteur génétique et le déterminant social. Réalisées en 1989 et en 1999 chez des enfants de 5 ans scolarisés à Lille, ces deux études indiquent aucun changement chez les enfants dont les parents sont CSP+. Chez les enfants d'employés, l'augmentation du poids ne touche que les enfants les plus gros, « *sans doute les plus génétiquement prédisposés* », précise Monique Romon. Chez les enfants de parents chômeurs, l'augmentation de la prévalence de l'obésité touche l'ensemble des enfants, y compris les enfants dont l'IMC était normal en 1989. « *En outre, les plus gros sont beaucoup plus gros* », ajoute Monique Romon. Les trois études successives conduites à Fleurbaix et Laventie entre 1992 et 2004 permettent une note d'espoir puisque pendant cette période la prévalence de l'obésité infantile n'a pas augmenté dans ces deux villes où l'ensemble de la communauté s'était progressivement

sensibilisée à un mode de vie plus actif, alors que dans deux villes voisines on constatait des chiffres identiques à ceux de la population française.

« *C'est la zone d'ombre* », déclare Philippe Lamoureux, pour qui « *le gradient social* » est aussi une préoccupation majeure. « *L'obésité est en train de devenir une maladie de pauvre. On ne va pas forcément trouver la calorie la moins chère dans les fruits et légumes.* »

« *En Seine-Saint-Denis, on a le taux de diabétiques et d'obèses les plus importants, mais on a aussi les familles les plus pauvres* », déclare Jean-Jacques Brient, élu en charge de la restauration collective, adjoint au maire de Pantin. « *Il faut savoir que ces familles qui ont du mal à payer 0,50 euros un repas complet à la cantine scolaire donnent souvent 3,4 euros pour une viennoiserie et un coca à la boulangerie.* »
L'obésité, un problème économique ou un problème culturel ?

Psychosociologie de l'obésité

« *Le paramètre statistique retenu pour une alimentation plus saine ne s'établit pas selon le revenu, mais surtout selon le diplôme, c'est-à-dire le niveau d'éducation* », estime Pascale Hebel. Et d'aller plus loin. « *C'est dans la catégorie des familles monoparentales que s'installe l'obésité, là où la situation de vie, le stress social, font qu'on ne maîtrise plus l'alimentation de ses enfants. [...] Devennent obèses des personnes qui ont eu des incidents dans leur vie, qui sont passées d'une situation normale à une situation précaire.* »

On estime qu'il y a 900 000 enfants en grande difficulté en France. Dinah Vernant, médecin-chef à l'Espace Santé Jeunes à l'Hôtel-Dieu, où elle dirige un service de consultation multidisciplinaire dédié aux adolescents en rupture, pense que « *c'est probablement dans cette population que nous rencontrons le plus de problèmes de surpoids (14%) et d'obésité morbide (3%). En revanche il n'y a pas de problèmes d'anorexie mentale, une maladie de riche, me disait récemment une jeune fille.* » Pour ce médecin de l'adolescence, qui se définit « *au carrefour du biologique, du psychologique et du sociologique* », le facteur d'obésité est d'abord à rechercher dans « *l'image corporelle* » que ces adolescents ont d'eux-mêmes. « *Le garçon se trouve toujours trop maigre, le surpoids représente la force ; la fille se trouve trop maigre, parce que ses seins sont trop petits et que les hommes n'aiment pas les endives.* » L'origine culturelle est tout aussi déterminante. « *D'abord on a un problème économique, et puis il y a le goût. Au Maghreb ou en Afrique, le goût est façonné avec du riz aux sauces très grasses et très sucrées.* » Les profils sont divers, mais les habitudes alimentaires sont déterminantes. « *Pour ceux qui ont la chance d'avoir une famille, soit la table familiale n'existe pas, soit le plat est mis au centre de la table, ou s'il reste quelque chose dans le frigo, on va manger devant la télévision. Dans ces familles-là, où le père est absent, le petit-déjeuner n'existe plus. À midi, les ados veulent leur autonomie, ils refusent la cantine et vont manger un grec. Le soir, on mange tout seul parce qu'on est en situation d'ennui, pour remplir son vide affectif, pour se consoler. Tous les autres, quand ils ont moins de 17 ans, sont placés en foyer, où l'on pratique « une cuisine consolatrice ». En six mois, ils sont en surpoids. À l'âge de 17 ans, ils se retrouvent seuls à l'hôtel social. On ne peut pas y faire la cuisine. On vous donne un ticket-repas à 6 euros.* »

« *Déclin de la fonction paternelle* », « *dépressivité à l'adolescence* »... Eric Bidaud, maître de conférence en psychopathologie à l'Université Paris 13 à Villetaneuse, estime que « *les troubles de la conduite alimentaire doivent être considérés comme*

des troubles psychopathologiques. » Il compare alors l'acte de se nourrir à l'acte de regarder la télévision. Premier facteur : l'ennui. « *Notre société culpabilise l'ennui. La nourriture vient en place de l'ennui.* » Second facteur : la conscience de son corps. « *Avoir un corps, c'est savoir qu'on est regardé par quelqu'un. À l'adolescence, ce regard devient fondamental. Il donne une existence de sujet regardable, désirable. Le symptôme « gros corps » est une façon de ne plus en avoir, de sortir de la concurrence homme-femme.* »

« *Vie à travers la télévision, douceur dans ce qui se mange* »... Marie-Laure Frelut, pédiatre à l'hôpital Saint Vincent de Paul, décrit l'obésité comme un « *enfermement dans un cercle vicieux* ». Étymologiquement le mot obèse signifie « *celui qui se ronge par soucis* ».

« *La famille est le dernier obstacle entre l'individu et le marché.* » Citant « *La tyrannie du plaisir* » de Jean-Claude Guillebaud (1998), Pascal Picq relate un documentaire diffusé sur la chaîne américaine CBS montrant le dîner à table dans une famille italienne de 3^{ème} génération – commentaire de CBS : « *comment les parents peuvent imposer aux enfants d'être à table avec eux ?* »

« Une maladie de nos sociétés »

« *C'est plus facile de compenser son anxiété par la nourriture que de vouloir exister dans un monde social où l'on n'est pas à l'aise* », explique Pascal Picq. « *Le bien manger, ce n'est pas que de la diététique, c'est aussi une réponse sociale.* » Pour cet évolutionniste éclairé, « *la cuisine, c'est du plaisir à partager* ». Pour cela, il remonte aux origines de l'homme, au temps où le singe folivore était assis sur une branche, mastiquant des feuilles toute la journée. À rendement calorique faible, petit cerveau. Sa vie sociale était peu développée. Le goût était chez lui une barrière pour éviter que les fruits ne détruisent sa flore intestinale. 1^{ère} coévolution : le singe omnivore commence sa journée avec des fibres, puis se nourrit de plus en plus de fruits et d'antilopes. Il a une activité sociale importante. Le goût est une incitation à se déplacer. Les mécanismes comportementaux et physiologiques l'incitent à rechercher des produits de meilleure qualité nutritive. Chez lui, la notion de plaisir, qui est une incitation forte à aller chercher les nourritures prisées, intervient dans le champ social, l'éducation et aussi l'éducation physique. « *C'est un système autocatalytique, plurifactoriel. L'omnivore apprend à manger. On ne peut pas être omnivore dans la nature sans l'éducation de la mère et du groupe. Cela s'apprend.* »

« *La 2^{ème} coévolution, c'est la nôtre, celle de l'impact de nos changements culturels et de nos habitudes sur notre évolution physiologique.* » Pascal Picq prend pour exemple les Indiens Pimas dont il existe deux groupes : l'un au nord du Mexique, qui a conservé son mode de vie ancestral, l'autre en Arizona, qui a acquis un mode de vie occidental en moins de 50 ans. La prévalence de l'obésité chez les indiens Pimas d'Arizona a atteint un taux absolument terrible et le diabète de type 2 y est quasiment le double que chez leurs homologues du nord du Mexique.

Patrick Tounian partage cette analyse. « *L'industrialisation des pays est responsable de l'obésité.* » En témoignent la Chine et le Brésil. « *Là où dans les zones rurales l'on observe une modification quasi-nulle de la prévalence de l'obésité, l'explosion de l'obésité en zone urbaine est 14 fois plus importante sur les Chinois que sur les Français ou sur les Américains* ».

Une approche pluridisciplinaire

Quelle politique à mener contre ce fléau ? Pour quels acteurs ? Cette question est « fondamentale » pour Olivier Mariotte, médecin, président de Nile, agence conseil en affaires publiques dédiée aux acteurs de santé. « Quand on regarde les prises de position des différents acteurs, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup d'initiatives, de recherches, de débats. Mais concrètement il manque une direction. »

« Notre étude avec l'Inserm dégageait deux pistes pour améliorer l'efficacité des politiques menées », indique Gérard Deriot. « D'une part, agir sur tous les facteurs déterminants de l'obésité. D'autre part, renforcer les partenariats entre les différents acteurs impliqués par la prévention et le traitement de l'obésité. »

Volontarisme des pouvoirs publics

Gérard Deriot indique que dans les prochaines semaines aura lieu un débat au Sénat sur les trois mesures nouvelles annoncées récemment par Madame la ministre de la santé : « la suppression de la publicité à la télévision pour certains aliments et pour certaines boissons sucrées pendant les programmes jeunesse ; l'incitation au retrait des confiseries et des sucreries aux caisses des enseignes de grande distribution ; de nouvelles recommandations nutritionnelles dans la restauration scolaire, avec pour la rentrée 2008 une amélioration de la qualité des repas sans surcoût et une mise en place de plans de menus sur vingt repas successifs. »

S'agissant de la publicité à la télévision, Pascale Briand souhaiterait voir étendre cette interdiction « sans doute à beaucoup d'autres produits », et que « cela se fasse sous forme réglementaire ou d'engagements des professionnels, comme cela s'est opéré dans plusieurs pays européens ». Toujours au chapitre scolaire, la directrice générale de l'AFSSA maintient que « la collation matinale n'est pas une bonne idée, en tout cas sous la forme de produits très gras sans diminution d'apport énergétique. À ses yeux, « les distributeurs n'ont pas d'intérêt, sauf l'eau ». Enfin, la taille des portions doit être réglée ». L'AFSSA se prononce aussi sur les profils nutritionnels, « mais cette approche produit est liée aux allégations nutritionnelles, et donc uniquement développée dans le cadre de ces allégations ».

L'autre grand volet concerne l'activité physique. Pour Gérard Deriot, celle-ci doit être « encouragée dans la politique de la ville et des transports par le développement des zones piétonnes, des pistes cyclables, des parkings destinés aux bicyclettes et par l'accès aux équipements sportifs dans les écoles, les universités et les milieux professionnels. »

Agir sur l'offre

Pour Gérard Deriot, « la première exigence consiste à délivrer une information complète au consommateur sur la composition des produits, y compris dans les restaurants, tout en prévoyant des messages adaptés aux populations fragiles ou à risque ». « Que cette information ne soit pas trompeuse, qu'il s'agisse de textes sur les allégations ou sur les informations nutritionnelles », précise Dominique Baelde.

Deuxième exigence, « les fruits et légumes doivent être plus accessibles aux ménages modestes. Comment subventionner ces produits pour les rendre plus attractifs financièrement ? » Gérard Deriot juge ce mécanisme « préférable à la taxe nutritionnelle qui consiste à taxer plus fortement les produits caloriques et au final

pénalise surtout les acheteurs les plus défavorisés. » Alain Vasselle, sénateur de l'Oise, travaille sur ce sujet. *« Plus on augmentera le prix des produits caloriques, plus on pénalisera les personnes dans une situation sociale déjà difficile. »*

Laurent Alexandre souligne les incohérences de l'Etat dans ce domaine. *« Taxer le poisson quand on est face à une épidémie d'obésité, ce n'est pas raisonnable. », « Le prix du poisson a grimpé de 50% en deux ans »,* fait remarquer Eric Seynave. D'ailleurs, *« une telle taxe rapporterait-elle suffisamment d'argent ? »* se demande Dominique Baelde, secteur nutrition à la DGCCRF.

« Le produit transformé est moins cher que celui qu'on trouve sur les étalages », estime Jacques Marceau, président de l'agence de relations publiques Aromates. Pour lui aussi, il y a *« priorité en termes d'achats »*. Et de s'interroger sur la manière dont on pourrait organiser *« les circuits courts au niveau communal »,* de façon à avoir des produits moins chers. Une idée qui ne déplaît pas à Jean-Luc Veret, médecin, directeur du Comité régional d'éducation pour la santé (CORES) en Basse-Normandie, membre du bureau de la Société française de santé publique (SFSP). *« Il faut se donner les moyens politiques de recréer des circuits courts »,* de *« garder des surfaces de maréchage à proximité du centre-ville »*.

La troisième exigence mise en avant par Gérard Deriot porte sur la qualité des aliments. *« La composition des aliments et boissons trop chargés en sucres doit être révisée et la taille des portions réglée. »*

Agir sur la prévention

Au niveau du dépistage précoce, Sophie Delaporte salue le travail des pédiatres et leur contribution majeure à la journée nationale de dépistage et d'information de l'obésité infantile organisée à l'initiative de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). Elle se félicite par ailleurs des 20 millions de guides nutrition distribués.

Philippe Lamoureux insiste sur *« la mise en cohérence »* des messages de l'industrie agroalimentaire avec le PNNS, *« ce qui nous oblige à nous rapprocher des opérateurs économiques. À titre d'exemple, les budgets communication du plus grand distributeur français et du plus gros annonceur agro-alimentaire français sont entre 1,5 et 2 fois supérieurs au budget total de l'INPES pour conduire les 12 programmes de santé publique qu'il a à mener. »*

Le vice-président de l'ANIA se dit d'accord pour partager tous les enjeux avec l'ensemble des acteurs. *« Il faut responsabiliser les entreprises. En France, nous avons la chance que les 10 000 PME du secteur soient réparties sur l'ensemble du territoire national. »* Eric Seynave estime que l'ANIA agit sur l'offre : le sel, la taille des portions, l'information nutritionnelle... à travers *« l'édition de guides de bonnes pratiques »* ou en étant *« le partenaire de tous les acteurs »*. *« Nous participons aux groupes dits « glucides » et « lipides » organisés par la Direction générale de l'alimentation. L'essentiel des données de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI) récemment créé par les ministères chargés de l'agriculture, de la santé et de la consommation proviennent des entreprises. »*

Signe des temps : la première charte d'engagement de progrès nutritionnel proposée aux exploitants alimentaires dans le cadre du PNNS vient d'être signée par une entreprise en janvier 2008. D'autres sont en cours, se félicite-t-on.

Pascale Briand voit déjà dans ces chartes des effets positifs, notamment avec la médiatisation importante sur le thème du sel. *« L'engagement des professionnels pour réduire les concentrations de sel dans certains produits manufacturés commence à porter ses fruits. Mais au-delà de ce qui nous est proposé sous forme de produits manufacturés, il y a notre propre comportement. Le secteur économique doit y voir un avantage. Par notre attitude individuelle, nous pouvons induire en termes de consommation des mouvements vertueux. »*

« Primum non nocere »

Pascal Picq met en garde les pouvoirs publics : *« Oui pour supprimer les distributeurs dans les établissements scolaires, mais pour les jeunes l'interdit est aussi une mise en appétit. »*

Patrick Tounian surenchérit. *« Oui à la promotion des fruits et légumes, de l'activité physique, mais faut-il mettre en avant le risque d'obésité pour promouvoir ces mesures ? Leur action préventive sur l'obésité n'a jamais été évaluée. »* Craignant un effet *« culpabilisant »* et *« stigmatisant »* de cette communication sur les obèses, Patrick Tounian invoque l'axiome *« primum non nocere »*. *« D'abord ne pas être délétère. Servir les enfants obèses. »*

Marie-Laure Frelut tombe d'accord. *« La prévention consiste à faire porter des messages de bien-être, de qualité de vie, mais certainement pas le retour au « il n'y a qu'à, il faut que », absolument grossier et agressif vis-à-vis des gens auquel il est destiné. »*

Ainsi, Sylvie Benkemoun rappelle que *« l'obésité est une peur, sans doute, car elle est devenue « la nouvelle malédiction des temps modernes » »* tout en soulignant le fait que *« si l'on continue à considérer chacun en risque d'obésité et à entretenir cette peur pour tous, ce sont aussi ceux et celles qui n'avaient pas de problèmes particuliers qui peuvent entrer dans la spirale des troubles des comportements alimentaires et se mettre à grossir »*. La secrétaire générale de l'association Allegro Fortissimo développe d'ailleurs un point de vue complémentaire, *« la prévention consiste aussi à ne pas aggraver une situation existante. Il y a lieu de considérer les histoires de poids de chacun avec beaucoup de prudence et d'envisager la réalité clinique de façon plus individualisée. L'objectif serait alors de préférer parfois un poids un peu plus élevé que la moyenne, reflet de nos diversités, pour ne pas enfermer des personnes dans une pathologie de façon définitive. »*

De même, pour Patrick Tounian, *« l'éducation nutritionnelle est indispensable pour prévenir quoi que ce soit, mais là encore son efficacité n'a jamais été prouvée »*. Il se réfère en cela à une méta-analyse de 2005, qui reprend 22 études en éducation nutritionnelle faites à l'école entre 1990 et 2005, avec toujours une ville témoin. *« 19 se sont révélées totalement inefficaces pour prévenir l'obésité, quant aux 3 autres elles étaient statistiquement significatives, mais cliniquement totalement insignifiantes. »* Patrick Tounian indique qu'EPODE n'en faisait pas partie. Il se réjouit des résultats d'EPODE qui viennent d'être présentés par Monique Romon, mais s'interroge sur les villes témoins dans le cadre de son évaluation. C'est pourquoi il préconise une prévention ciblée, *« une méthode prometteuse, bien que là encore aucune évaluation n'ait encore été faite. On a peu de moyens pour définir quels sont ces enfants à risque. »*

Évaluer les stratégies

Sandrine Raffin, co-directrice et co-fondatrice du programme EPODE, le confirme. *« Il est trop tôt pour évaluer le programme EPODE, parce que nous entrons dans notre dernière année d'évaluation. Nous mesurons actuellement la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant entre 6 et 11 ans en collaboration avec les médecins au niveau local. Nous avons aussi des évaluations sociologiques, notamment en termes de mobilisation, pour déterminer si cette dynamique de groupe existe vraiment, s'il n'y a pas de dérive dans les discours vers une approche fondée sur la crainte... »*

Emmanuel Pavageau, administrateur en Ile-de-France du Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP) fait part lui aussi de ses difficultés d'évaluation. *« Les résultats sont encourageants, mais nous manquons encore de notions de référence. »*

Monique Romon fait état de trois études successives conduites dans deux villes de la région Nord-Pas-de-Calais, Fleurbaix et Laventie, entre 1992 et 2004. La première, entre 1992 et 1997, était destinée à évaluer les effets du programme de sensibilisation à la nutrition à l'école ; la seconde portait sur les déterminants de la prise de poids et enfin la troisième étude vient de se terminer, qui portait plus spécifiquement sur le dépistage des gens à comportements à risque pour les coacher. *« Ce qu'il est intéressant de constater », explique Monique Romon, « c'est que pendant que ces études se déroulaient, on sensibilisait la population. Progressivement la mairie a commencé à développer les activités physiques, à promouvoir les stades, à s'intéresser aux transports, avec l'aide des commerçants et de différentes associations. De 1992 à 2000, la prévalence de l'obésité a augmenté de façon significative pour les filles. À partir de 2000, on observe une baisse de cette prévalence. On ne sait pas exactement ce qui a marché. Mais si on compare en 2004 la prévalence de l'obésité avec deux villes voisines semblables sur le plan socioculturel, on constate que la prévalence est plus basse chez les enfants d'employés, d'ouvriers et de chômeurs à Fleurbaix-Laventie. »*

La recherche

Patrick Tounian se souvient de la perception de l'autisme il y a encore quelques années, *« on disait c'est la faute de la mère... On connaît le poids des gènes aujourd'hui. »* Pour ce professeur de pédiatrie, *« on ne sait pas. Les énormes moyens devraient peut-être davantage être orientés vers la prévention ciblée, sa mise en place et son évaluation, mais aussi vers la recherche. Pourquoi pas un plan obésité orienté vers la recherche ? »*

Dominique Baelde estime qu'il y a *« urgence pour une recherche d'excellence de haut niveau sur les déterminants multidisciplinaires de l'obésité. »*

Pour Pascale Briand aussi, l'AFSSA apporte des éléments qui restent à valider. *« Il faut mesurer et évaluer les effets escomptés des dispositifs. Il faut des enquêtes bien menées, consolidées sur différentes problématiques. L'INCA, l'InVS, l'INSERM, sont mobilisés. »*

Côté recherche, les entreprises se mobilisent selon Eric Seynave, avec la création d'un projet de fondation d'utilité publique "Alimentation & Vitalité", regroupant l'IFN, l'INRA et l'ANIA, dont *« l'objectif est de participer au financement de la recherche comportementale »*.

« L'Observatoire de la qualité de l'alimentation, qui vient d'être créé, permettra d'assurer un suivi régulier de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et des engagements des acteurs économiques », assure Sophie Delaporte.

« Nos équipes françaises sont parmi les meilleures au monde », se réjouit Gérard Deriot. « Une meilleure connaissance de la maladie devra permettre l'amélioration de la prise en charge, de la qualité des soins, et inciter à une meilleure intégration dans la société. Nous devons approfondir nos connaissances des facteurs les plus précoces de l'obésité et du surpoids, y compris in utero. »

Ce « plan obésité » incluerait bien évidemment l'épigénétique, les recherches pendant la grossesse, la dénutrition, l'environnement nutritionnel, le suivi des grossesses à risque, la malnutrition de la mère liée à des problèmes d'alcoolémie ou de toxicomanie... « Par exemple, si on démontre que la diminution des protéines dans le lait infantile fera baisser l'obésité, on aura réussi à mettre en place une prévention collective non stigmatisante », estime Patrick Tounian. « Réponse en 2012. »

Renforcer les partenariats

Gérard Deriot juge que la collaboration entre médecine scolaire et les enseignants est insuffisante et varie d'un établissement à l'autre. Il propose de renforcer ce type de partenariat autour d'un programme de prévention conçu au niveau de chaque rectorat en fonction des objectifs fixés par le PNNS et repris par le plan régional de santé publique, à savoir : dépistage et prévention en lien étroit avec la médecine scolaire et les enseignants ; qualité des repas à la cantine en collaboration avec les distributeurs et les collectivités territoriales ; renforcement des effectifs, médecins et infirmières scolaires (« il était prévu de les transférer au département »). Par ailleurs, « une meilleure coordination doit aujourd'hui être recherchée entre la médecine de ville et l'école » et « ses liens avec les diététiciens, une profession encore mal reconnue. »

Au niveau de la prise en charge précoce, Sandrine Raffin constate que dans les villes EPODE, « soit elle n'existe pas, soit elle est tardive, parce que les familles n'osent pas aller consulter. Les médecins scolaires sont très désemparés quand il n'y a pas de réseau de prise en charge. »

Pour Dinah Vernant, la réponse à l'obésité des enfants en difficulté se situe « dans les associations de quartier, les structures d'aide sociale. Il faudrait adapter les programmes à la vie des adolescents et à leurs origines culturelles. »

Pour Sophie Delaporte, la problématique de l'obésité va bien au-delà de la santé. « C'est l'animateur sportif, le cuisinier, le travailleur social, la diététicienne, le médecin généraliste, l'intendante de collège, le professeur des écoles... Cela exige un travail de fond dans la durée. » À ce titre, elle souligne le rôle essentiel des collectivités territoriales, son investissement dans « des pistes cyclables sécurisées, l'ouverture plus tardive des gymnases ou l'accompagnement périscolaire. 130 villes ont signé la charte des villes actives du PNNS et une charte des départements actifs du PNNS vient d'être proposée début 2008 aux conseils généraux. »

Le projet "Ambassadeur de ma santé", soutenu par le Groupement régional de santé publique de Champagne-Ardenne et Sanofi Aventis France, démontre s'il en est « la force du partenariat », « la mobilisation de toute une région autour d'un défi de santé publique par une action concrète ». Il associe tout le personnel du Collège

Notre-Dame Perrier de Chalons en Champagne, les associations sportives privées et publiques, les services de l'état avec le médecin inspecteur de la DRDASS, les cliniques privées, le CHU, l'Union régionale des médecins libéraux, la préfecture, mais aussi le secteur privé, Sanofi Aventis, le secteur associatif de la santé, le CRES, la Maison de la nutrition... Dans cette région où l'on constate une surmortalité par maladie de l'appareil circulatoire, une prévalence du surpoids et de l'obésité très élevée chez l'adulte et chez les jeunes, Jean-Luc Grillon, coordinateur du projet, médecin conseiller au DRDJS/DRDASS/GRSP Champagne-Ardenne, est parti des préconisations du programme régional de santé publique, à savoir l'amélioration de l'alimentation, de l'activité physique et de l'état mental. « *Prendre conscience de soi, changer le regard sur soi et sur les autres, apporter aux jeunes la confiance en soi à travers une pratique sportive, permettre à des élèves de 4^{ème} de devenir des ambassadeurs de santé pour les petits en primaire* », tels étaient quelques-uns des objectifs de ce projet.

On le voit, l'obésité exige la mobilisation de toutes les palettes d'intervention : « *depuis l'éducation à la maternité, le lait maternel, l'intervention de l'école, l'éducation des parents, le réapprentissage de la cuisine, les cantines scolaires...* » Pour Laurent Alexandre, « *la prise en charge de terrain est fondamentale. Il faut une synergie entre la communication générale et les actions de terrain.* » Et de citer le programme EPODE, « *bien qu'on attende les preuves statistiques.* »

Agir dans les bassins de vie

Lancé il y a cinq ans dans 10 villes à l'origine, le cœur du dispositif du programme EPODE s'appuie sur les compétences et les actions locales et territoriales. Aujourd'hui 157 villes sont impliquées. L'objectif est de créer au niveau du bassin de vie une dynamique de groupe avec l'appui du maire relayé par le service de la communication. EPODE va s'adapter au terrain et aux différents types de populations, il va mobiliser l'ensemble des acteurs locaux pour créer un environnement favorable autour de l'activité physique, du jeu au quotidien, pour créer de nouveaux modes de transmission pérennes, faciliter le rôle des parents, « *sans parler forcément de l'obésité* », précise Sandrine Raffin. Dans une classe de goût, on va apprendre à faire une compote ou à éplucher un fruit. À la crèche, on va sensibiliser la femme enceinte, former l'assistante maternelle, « *apporter au quotidien un discours non stigmatisant sur la culture alimentaire et les habitudes de vie* ». Exemple : abandonner la poussette dès que l'enfant sait marcher. « *Il suffit parfois de dix minutes d'activité physique au centre de loisirs et quinze minutes de jeu à la cantine pour obtenir un environnement plus favorable.* » Une « *politique des petits pas* », « *pas forcément spectaculaire* », qui vise « *la transversalité* », avec à chaque fois un chef de projet, nommé par le maire, capable de mobiliser l'ensemble des structures de la ville. Le comité de pilotage regroupe les représentants des différents services municipaux, la restauration scolaire, le service des sports, le service des centres de loisirs, les associations sociales. EPODE s'appuie sur une multi-expertise, associant les professionnels de la sociologie, de la pédagogie, de la psychologie, de l'éducation au sport... Il s'attribue les compétences d'un médecin référent ou d'une diététicienne. Les thématiques d'EPODE se basent sur les repères du PNNS « *que nous nous chargeons de mettre en pratique* ». Ce sont par exemple des feuilles de mission disponibles dans les centres de loisirs pour apprendre aux mères à faire la cuisine. La coordination nationale EPODE anime cette dynamique au niveau local, régional, départemental et national. Des sessions de formation ont

lieu tous les 3 mois, qui réunissent les chefs de projet pour l'échange d'expériences ou d'outils pratiques.

Le plaisir du goût

« *L'alimentation est sans doute le premier plaisir de la vie* », rappelle Jean-Luc Véret. « *Dans le domaine de la prévention précoce, on n'est pas obligé de se centrer sur un risque de maladie, on peut se centrer sur une valeur positive, celle de la qualité de vie, le plus longtemps possible.* » Le CORES est une structure à mission parapublique destinée à développer l'éducation pour la santé. Dans chaque région, des comités régionaux coordonnent les secteurs social, sanitaire et éducatif, en apportant de la formation professionnelle, du conseil méthodologique, de la documentation, de la coordination d'actions ou d'acteurs, particulièrement dans le cadre des politiques publiques gérées par les GRSP. Il favorise la recherche et des programmes alimentation de type expérimentaux. C'est ainsi que la ville de Cherbourg-Octeville a passé un contrat pour l'animation d'un centre de santé communautaire. « *Lieu d'accueil et d'écoute, il intervient hors les murs, sur les lieux de vie, le travail consistant à mettre en réflexion une population et à l'accompagner.* » Il n'y a pas de mission de soins. Éducation primaire, accompagnement à la santé, « *l'ensemble des actions vise à promouvoir l'équilibre alimentaire de façon positive dans la durée à l'échelle d'une génération.* » Il combine à la fois des actions d'éducation centrées sur « *une pratique de responsabilisation vis-à-vis de sa propre vie* », et « *la dimension communautaire* » que peut offrir le « *bassin de vie* », c'est-à-dire « *l'échelle à laquelle on fait ses courses, on se rencontre, on va à l'école, on se côtoie en tant que parents...* » Les parents sont invités à participer afin de mesurer l'ampleur du bruit dans les cantines. Une commission de menus au restaurant scolaire associe les enfants. Le personnel d'encadrement de la cantine fait un stage de formation, d'où ressort un guide pratique de bonne conduite. Les enfants décryptent la publicité... Jean-Luc Veret considère qu' « *entre l'action de soins qui est la mission de l'état et l'action sociale la mission du département, il y a un trou qui est la mission de santé communautaire appropriable par les communes.* »

Cette approche non stigmatisante, positive, on la retrouve dans le programme « *Bouger plus, manger mieux* », messages que nous devons relayer dans nos communes au sein de nos politiques de santé - *Les politiques de prévention sont aujourd'hui largement portées par les communes et reconnues pour leur efficacité.* Cette première a eu lieu dans 105 villes engagées en novembre 2007. Son but était de sensibiliser, de prévenir et d'influencer le comportement des enfants au travers d'actions en milieu scolaire et périscolaire, la promotion de l'activité physique, et aussi vers les populations défavorisées ou précaires, les personnes âgées. En effet, si l'inadaptation des apports alimentaires et de l'activité physique ne peut en règle générale être considérée comme la cause directe des maladies les plus répandues en France (cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose, diabète...), il est bien reconnu qu'il existe un lien de causalité. Viser à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière de nos concitoyens, c'est améliorer leur santé en même temps. Pour cette première édition, nous avons choisi comme « *cause commune* » la consommation de pains à forte valeur nutritionnelle. Jean-Jacques Brient, adjoint au maire de Pantin, cite également « *La semaine du goût* », la découverte des cuisines des régions de France et du monde, comme l'art culinaire chinois...



Le partenaire de la dynamique santé en France

Sanofi-aventis est le premier groupe européen et parmi les leaders mondiaux de l'industrie pharmaceutique, avec 100 000 collaborateurs répartis dans 100 pays. La mission de sanofi-aventis est de découvrir, développer et mettre à disposition des médecins et de leurs patients des traitements innovants, efficaces et bien tolérés, en s'inscrivant dans les politiques de santé locales actuelles et futures.

Contribuer à la compétitivité des régions en France

Sanofi-aventis, présent dans la plupart des régions françaises, avec 42 sites dont 8 sites de Recherche et Développement dans lesquels travaillent des chercheurs du monde entier, contribue à la compétitivité de la France en matière de santé avec :

- 1/3 des emplois de l'industrie pharmaceutique en France
- 50 % de la production française de médicaments de sanofi-aventis est destinée à l'exportation.

Cette compétitivité passe également par des partenariats public - privé en matière de recherche au travers des pôles de compétitivité régionaux où l'implication de sanofi-aventis est forte.

Ces investissements de recherche ont permis à sanofi-aventis de mettre à disposition des médicaments et des vaccins apportant une véritable avancée thérapeutique pour la prise en charge de nombreuses pathologies : maladies cardio-vasculaires, thrombose, diabète, cancers... au travers d'une large offre de médicaments (plus de 300 médicaments d'innovation, d'automédication, de génériques).

Participer à la dynamique santé, c'est aussi s'engager dans la prévention.

En développant l'initiative « Agir pour la prévention » depuis 2005, sanofi-aventis s'engage auprès des acteurs de santé régionaux pour développer ensemble des partenariats de proximité permettant de répondre aux enjeux locaux de santé publique. Des actions très concrètes au cœur des régions ont fédéré des Institutionnels, des Professionnels de Santé et l'Education Nationale, dont les enfants et leur famille ont été les principaux bénéficiaires. Mieux informer et sensibiliser aux réflexes de prévention, il est alors plus facile d'acquiescer et de mettre en œuvre des changements de comportements au quotidien.

Dès 2008, de nouveaux lauréats seront sélectionnés pour que de nouvelles initiatives régionales se concrétisent et permettent à chacun de devenir acteur pour préserver son Capital santé.

Sanofi-aventis, au travers de l'ensemble de ces actions, est présent, au quotidien, aux côtés des acteurs de santé pour contribuer à la dynamique santé de la France.