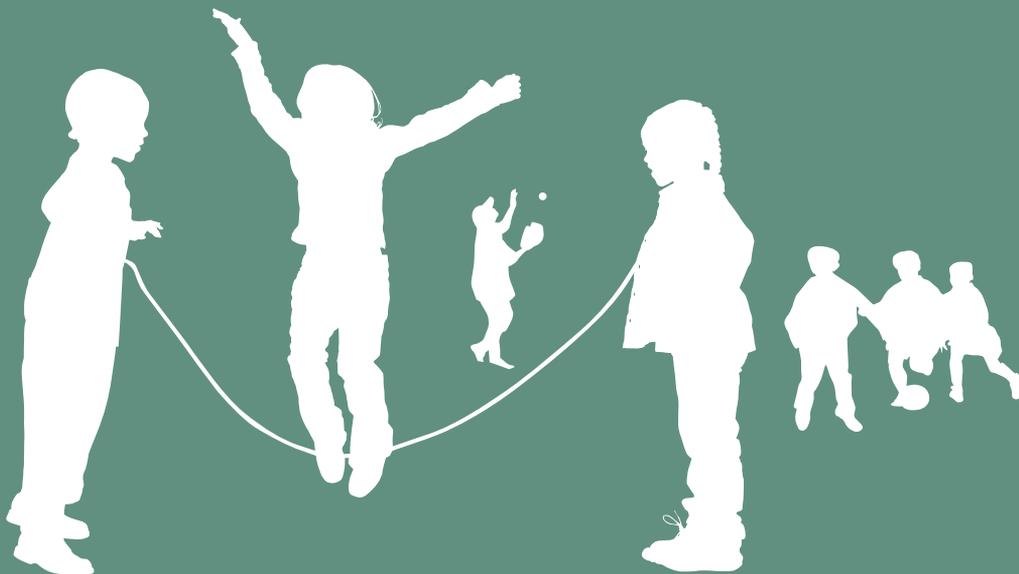


Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les **stratégies de lutte**

Résumé



**Le défi de l'obésité
dans la Région européenne de l'OMS
et les stratégies de lutte**

Résumé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à aider les pays à élaborer des politiques favorables à la santé publique et de nature à remédier aux problèmes les plus préoccupants qui se posent dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 880 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.



Le défi de l'obésité
dans la Région européenne de l'OMS
et les stratégies de lutte

Résumé

Sous la direction de

Francesco Branca, Haik Nikogosian
et Tim Lobstein

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte : résumé/sous la direction de Francesco Branca, Haik Nikogosian et Tim Lobstein

1.Obésité – prévention et contrôle 2.Obésité – étiologie 3.Planification stratégique 4.Développement programme 5.Politique sanitaire 6.Europe I.Branca, Francesco II.Nikogosian, Haik III.Lobstein, Tim

ISBN 978 92 890 2388 7 (imprimé)

ISBN 978 92 890 2387 0 (en ligne)

(NLM Classification : WD 210)

ISBN 978 92 890 2388 7

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

© Organisation mondiale de la santé 2007

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

Imprimé au Danemark

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	vii
Coauteurs	viii
<i>Avant-propos</i>	xi
Résumé.....	xiii
1. Le défi	1
Principaux messages	1
Définitions	1
Introduction.....	1
Prévalence	2
Les tendances dans le temps	5
Influences entre les générations	5
Les effets sur la santé publique	8
Les conséquences économiques de l'obésité	10
Prévalence de l'obésité : fluctuations socioéconomiques	12
Évaluation du défi de l'obésité : prochaines étapes.....	13
2. Les déterminants de l'obésité	14
Principaux messages	14
Introduction.....	15
Sédentarité, activité, santé physique et obésité.....	16
Déterminants de l'activité physique.....	16
Influences de l'alimentation sur l'obésité.....	17
Les habitudes alimentaires en Europe eu égard à l'obésité	18
Cadre de consommation.....	19
Qu'est-ce qui détermine le cadre de consommation ?	22
Marketing et publicité de produits alimentaires	23
Les moteurs socioéconomiques de l'obésité.....	24
Obésité et santé mentale	25
Étude des déterminants de l'obésité : prochaines étapes.....	25
3. Les bases factuelles sous-tendant les interventions de lutte contre l'obésité	27
Principaux messages	27
Introduction.....	27
Les interventions à micro-échelle.....	28
Les interventions à macro-échelle	30
Promotion de l'activité physique.....	31
Instruments économiques.....	32

Tenir compte du contexte.....	32
Au-delà des bases factuelles acquises par l'expérience.....	33
Élaborer des bases factuelles pour mener des interventions efficaces : prochaines étapes	35
4. Prise en charge et traitement de l'obésité	36
Principaux messages.....	36
Introduction	36
Application de mesures : population adulte.....	37
Application de mesures : enfants et adolescents.....	38
Prise en charge et traitement de l'obésité : prochaines étapes.....	40
5. Élaboration de politiques pour la lutte contre l'obésité	41
Principaux messages.....	41
Introduction	42
Cadres d'action internationaux existants	43
Politiques nationales actuellement en vigueur dans les pays de la Région européenne en matière de lutte contre l'obésité	44
Élaboration de stratégies et de plans d'action	47
La promotion de la santé conçue comme un investissement.....	48
Mesures fondamentales.....	49
Le rôle des intervenants concernés	52
Évaluation des politiques	54
Élaboration de politiques : prochaines étapes.....	54
Bibliographie	56
Annexe 1. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité	63

Remerciements

Nous sommes reconnaissants à W. Philip T. James (International Obesity Task Force, Londres, Royaume-Uni) et à Kaare R. Norum (Université d'Oslo, Norvège) d'avoir examiné des versions préliminaires du présent ouvrage et formulé des suggestions à son sujet, à Shubhada Watson (Bases factuelles sur les besoins sanitaires, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) d'avoir contribué à évaluer les données scientifiques disponibles et à Garden Tabacchi (Université de Palerme, Italie) de nous avoir aidés à mettre au point le texte du manuscrit final.

Nous remercions également les personnes qui ont examiné le contenu des documents dont les messages sont résumés dans le présent volume : Jonathan Back (Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, Commission européenne, Bruxelles, Belgique), Leena Eklund (Réseau des bases factuelles en santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Egon Jonsson (Université d'Alberta, Canada), Brian Martin (Office fédéral des sports, Magglingen, Suisse), Wilfried Kamphausen (Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, Commission européenne, Luxembourg), Bente Klarlund Pedersen (Hôpital universitaire national, Copenhague, Danemark), Mark Pettigrew (Glasgow, Royaume-Uni), Claudio Politi (Financement des systèmes de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Pekka Puska (Institut national de santé publique, Helsinki, Finlande) et Antonia Trichopoulou (Centre collaborateur de l'OMS pour l'éducation à la nutrition, École de médecine de l'Université d'Athènes, Grèce). Nous avons également obtenu des contributions utiles de Jill Farrington (Maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Eva Jané-Llopis (Promotion de la santé mentale et prévention des troubles médicaux, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) et Matthijs Muijen (Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe).

Enfin, nous tenons à rendre hommage au professionnalisme de l'équipe de publication et du personnel de secrétariat et de communication du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui ont contribué au bon déroulement de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité et ont permis à cet ouvrage de voir le jour.

Francesco Branca, Haik Nikogosian et Tim Lobstein

Coauteurs

Ayodola Anise

The Lewin Group, Falls Church, Virginie (États-Unis)

Tim Armstrong

Maladies chroniques et promotion de la santé, Siège de l'OMS

Colin Bell

Deakin University, Geelong (Australie)

Wanda Bemelman

Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Vassiliki Benetou

École de médecine, Université nationale Kapodhistris d'Athènes, Athènes (Grèce)

Finn Berggren

Académie d'éducation physique et de sports Gerlev, Slagelse (Danemark)

Lena Björck

Administration nationale suédoise de l'alimentation, Uppsala (Suède)

Roar Blom

Maladies non transmissibles et modes de vie, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Hendriek Boshuizen

Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Francesco Branca

Nutrition et sécurité alimentaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Vanessa Candeias

Maladies chroniques et promotion de la santé, Siège de l'OMS

Margherita Caroli

Département de la prévention, Azienda Sanitaria Locale, Brindisi (Italie)

Rob Carter

Health Economics, Deakin University, Melbourne (Australie)

Kath Dalmeny

International Association of Consumer Food Organizations, The Food Commission, Londres (Royaume-Uni)

Mikael Fogelholm

Institut Urho Kekkonen pour la recherche sur la promotion de la santé, Tampere (Finlande)

Clifford Goodman

The Lewin Group, Falls Church, Virginie (États-Unis)

Filippa von Haartman

Institut national suédois de santé publique, Stockholm (Suède)

Michelle Haby

Département des services sociaux, gouvernement de l'État de Victoria, Melbourne (Australie)

Richard Heijink
Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Rudolf Hoogenveen
Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Alan A. Jackson
University of Southampton, Royaume-Uni

Susan A. Jebb
Elsie Widdowson Laboratory, Cambridge (Royaume-Uni)

Sonja Kahlmeier
Transport et santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Ingrid Keller
Maladies non transmissibles et santé mentale, Siège de l'OMS

Cécile Knai
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Peter Kopelman
University of East Anglia, Norwich (Royaume-Uni)

Tim Lobstein
International Obesity Task Force, International Association for the Study of Obesity, Londres (Royaume-Uni)

Brian Martin
Bureau fédéral des sports, Magglingen (Suisse)

Marjory Moodie
Deakin University, Melbourne (Australie)

Androniki Naska
École de médecine, Université nationale Kapodhistris d'Athènes, Athènes (Grèce)

Haik Nikogosian
Division des programmes de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Chizuru Nishida
Nutrition pour la santé et le développement, Siège de l'OMS

Marga C. Ocké
Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Pekka Oja
Karolinska Institutet, Huddinge (Suède)

Jean-Michel Oppert
Université Pierre et Marie Curie, Paris (France)

Johan Polder
Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Joceline Pomerleau
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Francesca Racioppi
Transports et santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Neville Rigby
International Obesity TaskForce, International Association for the Study of Obesity, Londres (Royaume-Uni)

Nathalie Röbbel
Coordination et partenariat pour l'environnement et la santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Harry Rutter
South East Public Health Observatory, Oxford (Royaume-Uni)

Liselotte Schäfer Elinder
Institut national suédois de santé publique, Stockholm (Suède)

Jaap C. Seidell
Université libre d'Amsterdam, Pays-Bas

Anne Simmons
Deakin University, Geelong (Australie)

Michael Sjöström
Karolinska Institutet, Huddinge (Suède)

Annica Sohlström
Administration nationale suédoise de l'alimentation, Uppsala (Suède)

Marc Suhrcke
Investissement pour la santé et le développement, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Carolyn Summerbell
School of Health and Social Care, University of Teesside, Middlesbrough (Royaume-Uni)

Boyd Swinburn
Centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de l'obésité, Deakin University, Melbourne (Australie)

Ursula Trübswasser
Nutrition et sécurité alimentaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Agis Tsouros
Villes-santé et gouvernance urbaine, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Colin Tukuitonga
Maladies non transmissibles et santé mentale, Siège de l'OMS

Nienke Veerbeek
Amstelveen (Pays-Bas)

Tommy L.S. Visscher
Université libre d'Amsterdam, Pays-Bas

Patricia M.C.M. Waijers
Institut national pour la santé publique et l'environnement, Bilthoven (Pays-Bas)

Trudy M.A. Wijnhoven
Nutrition et sécurité alimentaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Stephen A. Wootton
University of Southampton, Royaume-Uni

Laura Wyness
Turrieff, Écosse (Royaume-Uni)

Agneta Yngve
Karolinska Institutet, Huddinge (Suède)

Avant-propos

Pour faire face aux nouveaux défis que représente l'épidémie d'obésité, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, qui a eu lieu à Istanbul (Turquie) du 15 au 18 novembre 2006.

Le présent ouvrage, principal document de référence établi en vue de cette conférence, présente les concepts et les conclusions qui figurent dans les nombreux rapports qui ont été rédigés par un grand groupe d'experts en santé publique, nutrition et médecine et sont en cours de publication par le Bureau régional. Tant le résumé que la version intégrale illustrent la dynamique de cette épidémie et ses effets sur la santé publique dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. En particulier, l'expansion rapide de l'épidémie d'obésité aux pays de la partie orientale de la Région suscite de vives préoccupations, car ces derniers doivent supporter une double charge de morbidité, qui résulte tant de la malnutrition que d'une alimentation excédentaire.

La progression rapide de cette épidémie est due à l'augmentation mondiale de la disponibilité et de l'accessibilité d'aliments et à la réduction des possibilités de dépenser de l'énergie. Les aliments n'ont jamais été aussi abordables, et les produits à forte teneur en matières grasses et en sucres sont les moins chers. En conséquence, la société moderne « crée de l'obésité » ; en d'autres termes, elle entraîne une surconsommation d'aliments et des modes de vie sédentaires, qui accroissent le risque d'obésité. Les deux ouvrages publiés à l'occasion de la Conférence décrivent ces influences à l'œuvre dans différents milieux, tels que le foyer, l'école, le cadre de vie et le lieu de travail.

Ces ouvrages présentent les arguments éthiques et économiques en faveur d'une intensification de l'action contre l'obésité. En effet, outre que celle-ci nuit à la santé et au bien-être d'une proportion considérable de la population et engendre des dépenses de santé élevées, elle a des effets considérables et inacceptables sur les enfants. Les enfants obèses sont exposés pendant de plus longues années au syndrome métabolique et sont atteints de troubles de santé tels que le diabète plus tôt dans leur existence. L'obésité des enfants démontre de façon éclatante la force des influences de l'environnement et l'échec des stratégies traditionnelles de prévention qui ne reposent que sur la promotion de la santé ; les enfants sont en effet beaucoup plus réceptifs aux messages commerciaux qu'aux recommandations de leurs enseignants ou des professionnels de santé. En outre, les responsables politiques doivent être conscients que l'obésité résulte de disparités sociales et en est également la cause. Les groupes socialement vulnérables sont davantage touchés par l'obésité parce qu'ils vivent dans des quartiers qui ne facilitent pas des transports et des loisirs actifs, qu'ils ont un moindre accès à l'éducation et à l'information sur les modes de vie favorables à la santé, et que les produits alimentaires bon marché ont une faible teneur en nutriments et une forte densité énergétique.

Il est temps d'agir. À Istanbul, les États membres de la Région ont adopté la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (annexe 1), qui énumère des principes directeurs et des domaines d'intervention clairs. Il faut prendre des mesures dans tous les secteurs d'action des pouvoirs publics ; elles doivent être internationales et bénéficier de contributions de nombreux acteurs. Les publications de la Conférence analysent des programmes et des politiques efficaces dans différents secteurs, tels que l'éducation, la santé, l'agriculture, le commerce, l'urbanisme et les transports. Elles décrivent également la façon de concevoir des politiques et des programmes pour prévenir l'obésité, et les moyens de surveiller les progrès accomplis. Il est demandé aux divers acteurs, par exemple aux entreprises privées – dont les fabricants d'aliments, les publicitaires et les commerçants – de réviser leurs politiques, volontairement et en application de la législation. Les organisations professionnelles doivent soutenir la prévention et la prise en charge de l'obésité et des maladies qui lui sont liées. Il importe que les associations de consommateurs collaborent à la diffusion d'informations et au maintien d'une forte sensibilisation de la population. Il incombe aux instances intergouvernementales de faire en sorte que les mesures convenues soient mises en œuvre sur le plan international, en adoptant des directives et des orientations appropriées.

Pour sa part, l'OMS doit donner des conseils stratégiques reposant sur des informations factuelles, diffuser des exemples de pratiques optimales, favoriser un engagement politique et diriger l'action internationale. À l'échelle de la planète, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé donne des indications claires. Dans la Région européenne, grâce au premier Plan d'action pour la politique alimentaire et nutritionnelle, la nutrition figure en bonne place parmi les préoccupations des pouvoirs publics. L'OMS est maintenant décidée à proposer d'autres principes directeurs détaillés pour soutenir cette priorité de santé publique.

Des observateurs qualifiés du monde entier ont estimé que l'adoption de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité représentait une mesure utile, car cet instrument énonce des principes directeurs judicieux et des orientations claires, et bénéficie d'un large consensus. La Charte contribue ainsi à créer les conditions voulues pour que les pays puissent porter un coup d'arrêt à la progression de l'obésité des enfants et d'enrayer l'épidémie dans son ensemble en une décennie tout au plus. Pour sa part, l'OMS s'emploie à contribuer à ce que cet objectif puisse être atteint et s'inscrive inévitablement dans les faits.

Marc Danzon

Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Résumé

L'obésité pose un défi de santé publique sans précédent en Europe, un défi qui a été non seulement sous-estimé et incorrectement évalué, mais aussi que les autorités n'ont pas pleinement reconnu en tant que problème stratégique aux conséquences économiques non négligeables. L'épidémie qui touche désormais les enfants alourdira fortement la charge de morbidité si des mesures ne sont pas mises en œuvre d'urgence et si l'on n'adopte pas une démarche novatrice tenant clairement compte des facteurs économiques de l'obésité et rejetant les postulats traditionnels rencontrés au quotidien concernant les causes de cette épidémie. La plupart des adultes d'Europe ont une alimentation inappropriée et peu équilibrée et ne pratiquent aucun exercice physique. Le défi réside dans la recherche d'une solution qui ne peut être unique et dans l'élaboration d'une stratégie cohérente et progressive aux niveaux interministériel et international, fondé sur des changements sociaux à court, moyen et long terme.

Une alimentation inadéquate, la sédentarité, l'obésité qui en résulte et les maladies qui y sont associées engendrent autant de problèmes de santé et de cas de décès prématurés que le tabagisme. La surcharge pondérale affecte 30 à 80 % de la population adulte de la Région européenne de l'OMS et jusqu'à un tiers des enfants.

Les taux d'obésité sont en hausse dans pratiquement toutes les régions d'Europe. Selon les estimations, les coûts du traitement des problèmes sanitaires découlant de l'obésité (diabète de type 2, certains cancers, maladies cardiovasculaires, etc.) atteignent jusqu'à 6 % des dépenses totales de santé. S'ajoutent à cela les coûts indirects et tout aussi importants engendrés par la perte de productivité.

L'augmentation de l'obésité infantile est sans doute encore plus alarmante. En effet, plus de 60 % des enfants accusant un surpoids avant la puberté conserveront cette surcharge pondérale au début de l'âge adulte, ce qui explique la baisse de l'âge moyen d'apparition des maladies non transmissibles. Les services de santé verront leur charge largement augmenter dans la mesure où les personnes atteintes devront recevoir un traitement pendant une bonne partie de leur existence.

La lutte contre l'obésité constitue donc une priorité de santé publique et doit faire l'objet de stratégies environnementales innovatrices, tout comme l'approvisionnement en eau propre, le traitement des eaux usées et les services d'inspection alimentaire mis en place aux XVIII^e et XIX^e siècles, ainsi que les mesures prises récemment pour lutter contre la pollution atmosphérique, la conduite en état d'ébriété, le port de la ceinture de sécurité et le tabagisme dans les lieux publics.

La présente publication est la synthèse d'une série d'études réalisées à la demande du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans le cadre de la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité organisée à Istanbul (Turquie) en novembre 2006. Celle-ci s'inscrit également dans le processus de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé convenue à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004 (résolution WHA57.17), la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa cinquante-sixième session en 2006) et la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant adoptée à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2002 (résolution WHA55.25). Le Bureau régional publiera cette année les études visées plus haut.

Cette publication décrit l'ampleur du problème et ses conséquences pour le secteur de la santé et d'autres secteurs, ainsi que les interventions nécessaires pour interrompre et, par la suite, inverser cette tendance à la hausse. Les politiques nationales et régionales y sont résumées afin de mettre en exergue la prévention des maladies et la promotion de la santé au niveau des populations, les interventions ciblant les personnes particulièrement vulnérables et les traitements et soins efficaces apportés aux patients atteints d'obésité.

1. Le défi

Principaux messages

- La surcharge pondérale et l'obésité constituent un grave défi de santé publique dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
- La prévalence de l'obésité croît rapidement et devrait affecter 150 millions d'adultes et 15 millions d'enfants d'ici 2010.
- Les tendances en matière d'obésité sont particulièrement alarmantes chez les enfants et les adolescents. Le taux annuel de prévalence de l'obésité infantile a régulièrement progressé pour atteindre aujourd'hui un niveau dix fois supérieur à celui des années 70. L'épidémie s'en retrouve ainsi renforcée chez l'adulte et constitue un défi sanitaire croissant pour la génération suivante.
- La surcharge pondérale et l'obésité sont responsables d'environ 80 % des cas de diabète de type 2, 35 % des cardiopathies ischémiques et 55 % des maladies hypertensives chez les adultes européens. Elles sont aussi à l'origine de plus de 1 million de décès et de 12 millions d'années de vie en mauvaise santé chaque année.
- Dans la Région européenne de l'OMS, jusqu'à 6 % des dépenses nationales en soins de santé sont attribuables à l'obésité.
- L'obésité et les maladies qui y sont associées entravent le développement économique et limitent les possibilités économiques des individus.
- En Europe, l'obésité affecte plus particulièrement les moins nantis, leur impose une charge de morbidité plus importante et les empêche d'améliorer leur situation socioéconomique.

Définitions

Chez l'adulte, l'excès de poids se définit par un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m². L'obésité se définit par un IMC ≥ 30 kg/m² ; et l'état pré-obèse, par un IMC de 25,0-29,9 kg/m². Dans cette publication, la surcharge pondérale (ou le surpoids) de l'adulte se définit par un IMC ≥ 25 kg/m², bien que certains auteurs limitent cette notion à un IMC de 25,0-29,9 kg/m² (1).

Chez l'enfant et l'adolescent, les notions de surcharge pondérale et d'obésité font l'objet de diverses définitions (2). Dans cette publication, nous avons utilisé celle basée sur les valeurs percentiles de l'IMC ajustées sur l'âge et le sexe qui correspond à un IMC de 25 et 30 kg/m² à 18 ans (3). Il se peut que les données de prévalence pour les enfants de moins de 5 ans doivent être recalculées conformément aux nouvelles normes de l'OMS sur la croissance infantile (4).

Introduction

L'excès de poids corporel constitue, pour la Région européenne de l'OMS, l'un des plus graves défis de santé publique du XXI^e siècle. En effet, la prévalence de l'obésité y a triplé au cours de ces deux dernières décennies pour atteindre des proportions épidémiques. Si aucune mesure n'est prise et si la prévalence de l'obésité continue à progresser au même rythme que dans les années 90, on estime à 150 millions le nombre d'adultes (5) et à 15 millions le nombre d'enfants et d'adolescents (6) atteints d'obésité dans la Région d'ici 2010.

Dans la Région européenne de l'OMS, le surpoids contribue largement à la charge totale de morbidité. Il est à l'origine de plus de 1 million de décès et de 12 millions d'années de vie en mauvaise santé (années de vie corrigées du facteur invalidité – AVCI) chaque année (7). Plus de trois quarts des cas de diabète de type 2 sont attribuables à un IMC dépassant 21 kg/m² ; la surcharge pondérale présente aussi un facteur de risque pour les cardiopathies ischémiques, les maladies hypertensives, les accidents ischémiques cérébraux, le cancer du côlon, le cancer du

sein, le cancer endométrial et l'ostéoarthritis. L'obésité affecte aussi la santé psychosociale et la qualité de vie de l'individu.

La surcharge pondérale a en outre des répercussions sur le développement socioéconomique par la majoration des dépenses de soins de santé et les pertes de productivité et de revenu. Dans la Région, jusqu'à 6 % des dépenses en soins de santé sont déjà attribuables à l'obésité chez l'adulte.

Il existe de grands écarts en matière de prévalence de l'obésité entre les différents pays ainsi, d'ailleurs, qu'entre les divers groupes socioéconomiques au sein des pays mêmes, d'où l'importance des déterminants environnementaux et socioculturels de l'alimentation et de l'activité physique.

Prévalence

Les données d'études nationales et régionales sur la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes ont été compilées à partir de bases de données existantes, de publications, de rapports scientifiques et d'agences sanitaires. Des informations actualisées (données collectées au cours de ces six dernières années) sont désormais disponibles pour 46 des 52 États membres de la Région européenne de l'OMS¹. Des données locales ont été utilisées faute de données représentatives au niveau national.

Population adulte

Dans les pays où des estimations sont disponibles, la prévalence de surcharge pondérale oscille entre 32 et 79 % chez les hommes, et entre 28 et 78 % chez les femmes. Les taux de prévalence les plus élevés ont été signalés en Albanie (à Tirana), en Bosnie-Herzégovine et au Royaume-Uni (Écosse) ; en revanche, c'est en Ouzbékistan et au Turkménistan que ces taux sont les plus bas. La prévalence d'obésité varie entre 5 et 23 % chez les hommes, et entre 7 et 36 % chez les femmes. En général, elle est sous-évaluée dans les autodéclarations, notamment chez les femmes en surpoids. La prévalence obtenue à partir de données autodéclarées peut être en effet jusqu'à 50 % moins élevée que celle calculée sur la base des paramètres de poids et de taille.

La prévalence de l'obésité est plus importante chez les hommes que chez les femmes dans 14 des 36 pays ou régions où l'on dispose de données pour les deux sexes, alors que la prévalence de la pré-obésité est plus grande chez les hommes que chez les femmes dans l'ensemble d'entre eux. Comme l'indique la figure 1, les différences hommes/femmes en matière d'obésité sont significatives en Albanie, en Bosnie-Herzégovine, en Grèce, en Irlande, en Israël, en Lettonie, à Malte et en Serbie-et-Monténégro.

Un nombre croissant de bases factuelles démontrent que le risque de maladies cardiovasculaires et métaboliques associées à l'obésité est particulièrement lié au volume et à la proportion de graisses se logeant dans l'abdomen, notamment à un niveau modéré d'excès de poids corporel. L'adiposité abdominale se mesure facilement par le tour de taille.

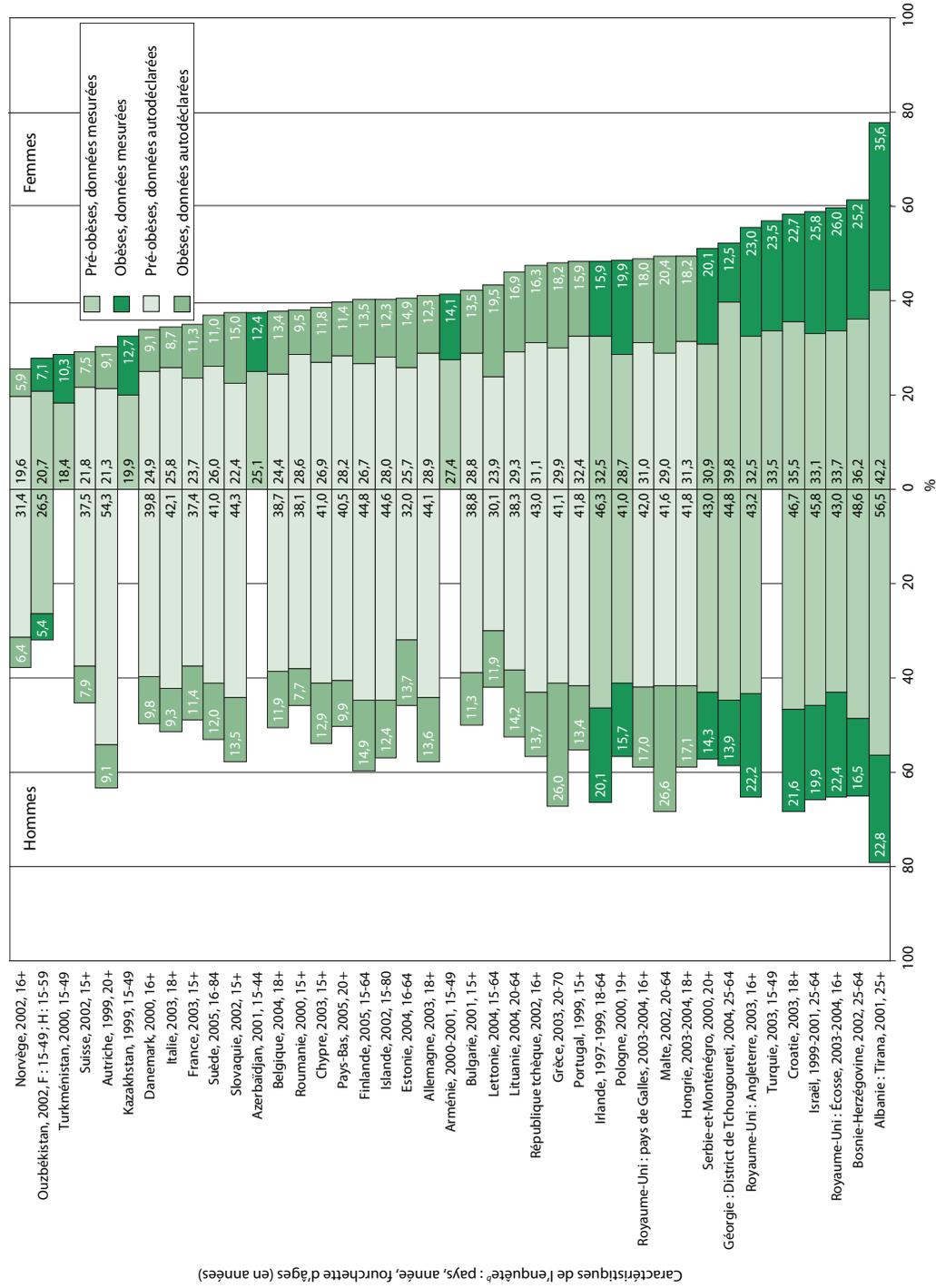
Population infantile

Les taux les plus élevés de surcharge pondérale chez les enfants en âge scolaire (enseignement primaire) des deux sexes sont enregistrés au Portugal (7-9 ans, 32 %), en Espagne (2-9 ans, 31 %) et en Italie (6-11 ans, 27 %) ; les taux les plus bas sont observés en Allemagne (5-6 ans, 13 %), à Chypre (2-6 ans, 14 %) et en Serbie-et-Monténégro (6-10 ans, 15 %) (fig. 2).

En revanche, il existe peu d'études rapportant la taille et le poids des enfants plus âgés, et il faut se fier à des données collectées principalement dans le cadre de deux études internationales. Selon l'étude « Pro Children » menée en 2003 dans neuf pays européens chez les enfants âgés de 11 ans, la surcharge pondérale affecte une proportion plus grande de garçons (17 %) que de filles (14 %) (8). L'enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en termes de santé réalisée en 2001-2002 a permis d'aboutir aux conclusions suivantes : jusqu'à 24 % des

¹ Depuis la rédaction de cette publication, la séparation de la Serbie et du Monténégro a porté à 53 le nombre de pays de la Région.

Figure 1. Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité^a chez l'adulte dans plusieurs pays de la Région européenne de l'OMS, basée sur des enquêtes achevées en 1999 ou plus tard

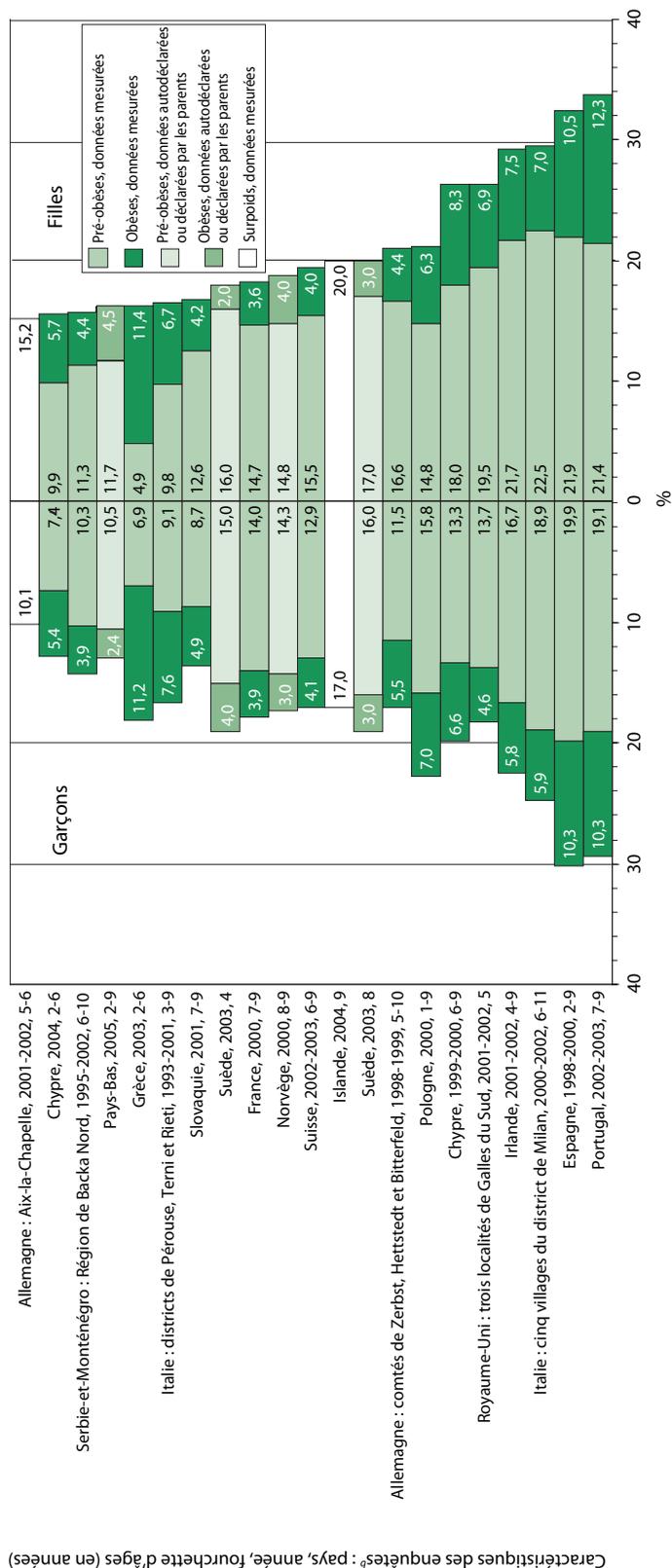


Caractéristiques de l'enquête^b : pays, année, fourchette d'âges (en années)

^a Il y a surcharge pondérale lorsque l'IMC ≥ 25 kg/m² et obésité lorsque l'IMC ≥ 30 kg/m² (1). La surcharge pondérale désigne l'état pré-obèse et l'obésité.

^b Les comparaisons entre pays doivent être interprétées avec prudence étant donné les différences au niveau des méthodes de collecte de données, des taux de réponses, des années où les enquêtes ont été réalisées et des catégories d'âges. Les sources des données peuvent être obtenues sur demande.

Figure 2. Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité^a chez les enfants de 11 ans ou moins dans plusieurs pays de la Région européenne de l'OMS, basée sur des enquêtes achevées en 1999 ou plus tard



Caractéristiques des enquêtes^b : pays, année, fourchette d'âges (en années)

^a La définition de la surcharge pondérale et de l'obésité tient compte des normes internationales relatives aux points limites par âge et par sexe pour l'IMC, soit 25 kg/m² et 30 kg/m² respectivement à l'âge de 18 ans (3). La surcharge pondérale inclut les états pré-obèse et obèse.

^b Les comparaisons entre pays doivent être interprétées avec prudence étant donné les différences au niveau des méthodes de collecte de données, des taux de réponses, des années où les enquêtes ont été réalisées et des catégories d'âges. Les sources des données peuvent être obtenues sur demande.

filles de 13 ans sont en surpoids contre 34 % chez les garçons, un pourcentage qui atteint 31 % chez les filles de 15 ans contre 28 % chez les garçons (fig. 3).

Jusqu'à 5 % des filles de 13 et 15 ans sont obèses, contre 9 % chez les garçons du même âge (9). Une étude de validation menée au pays de Galles (Royaume-Uni) dans le cadre de l'enquête mentionnée ci-dessus a permis d'indiquer que, dans le cas des données autodéclarées, la véritable prévalence faisait l'objet d'une sous-estimation d'environ un quart dans le cas de la surcharge pondérale, et d'environ un tiers dans le cas de l'obésité chez les enfants âgés de 13 et 15 ans (10).

Les tendances dans le temps

Depuis les années 80, la prévalence de l'obésité a été multipliée par trois, voire davantage, même dans les pays traditionnellement caractérisés par des taux peu élevés de surcharge pondérale et d'obésité. Les données d'évaluation reflètent une hausse rapide de la prévalence de la surcharge pondérale en Irlande et au Royaume-Uni (Angleterre et Écosse) de plus de 0,8 point de pourcentage par année chez les individus des deux sexes. D'après les données autodéclarées, en revanche, l'augmentation annuelle la plus élevée de cette prévalence s'observe au Danemark (1,2 et 0,9 point de pourcentage respectivement pour les femmes et les hommes, de 1987 à 2001), encore une fois en Irlande (1,1 point de pourcentage chez les deux sexes de 1998 à 2002), en France (0,8 point de pourcentage chez les sujets adultes de 1997 à 2003), en Suisse (0,8 et 0,6 point de pourcentage de 1992 à 2002 respectivement) et en Hongrie (0,6 point de pourcentage chez les individus des deux sexes de 2000 à 2004). Les données autodéclarées indiquent cependant une diminution des taux d'obésité de l'adulte en Estonie et en Lituanie. Si aucune mesure n'est prise et si la prévalence de l'obésité continue à progresser au même rythme que dans les années 90, on estime à 150 millions le nombre d'adultes atteints de surpoids ou d'obésité d'ici 2010 (5).

L'épidémie se répand à des taux particulièrement alarmants chez les enfants. En Suisse, par exemple, la surcharge pondérale chez l'enfant s'est accrue de 4 % en 1960 à 18 % en 2003. Au Royaume-Uni (Angleterre), ces chiffres ont augmenté de 8 à 20 % entre 1974 et 2003. Dans plusieurs régions d'Espagne, la prévalence de surcharge pondérale a plus que doublé de 1985 à 2002 (fig. 4). La seule baisse de la prévalence a été observée en Fédération de Russie durant la crise économique qui a suivi la dissolution de l'Union des républiques socialistes soviétiques. Si la hausse annuelle de prévalence de surcharge pondérale dans les pays enquêtés et reprise à la figure 5 était en moyenne de 0,1 point de pourcentage au cours des années 70, elle est passée à 0,4 point de pourcentage dans les années 80, à 0,8 point de pourcentage au début des années 90, pour finalement atteindre 2,0 points de pourcentage dans certains pays dans les années 2000. Selon les prédictions du Groupe de travail international sur l'obésité, environ 38 % des enfants en âge scolaire de la Région européenne de l'OMS souffriront de surcharge pondérale d'ici 2010, et plus d'un quart de ces enfants seront obèses (6).

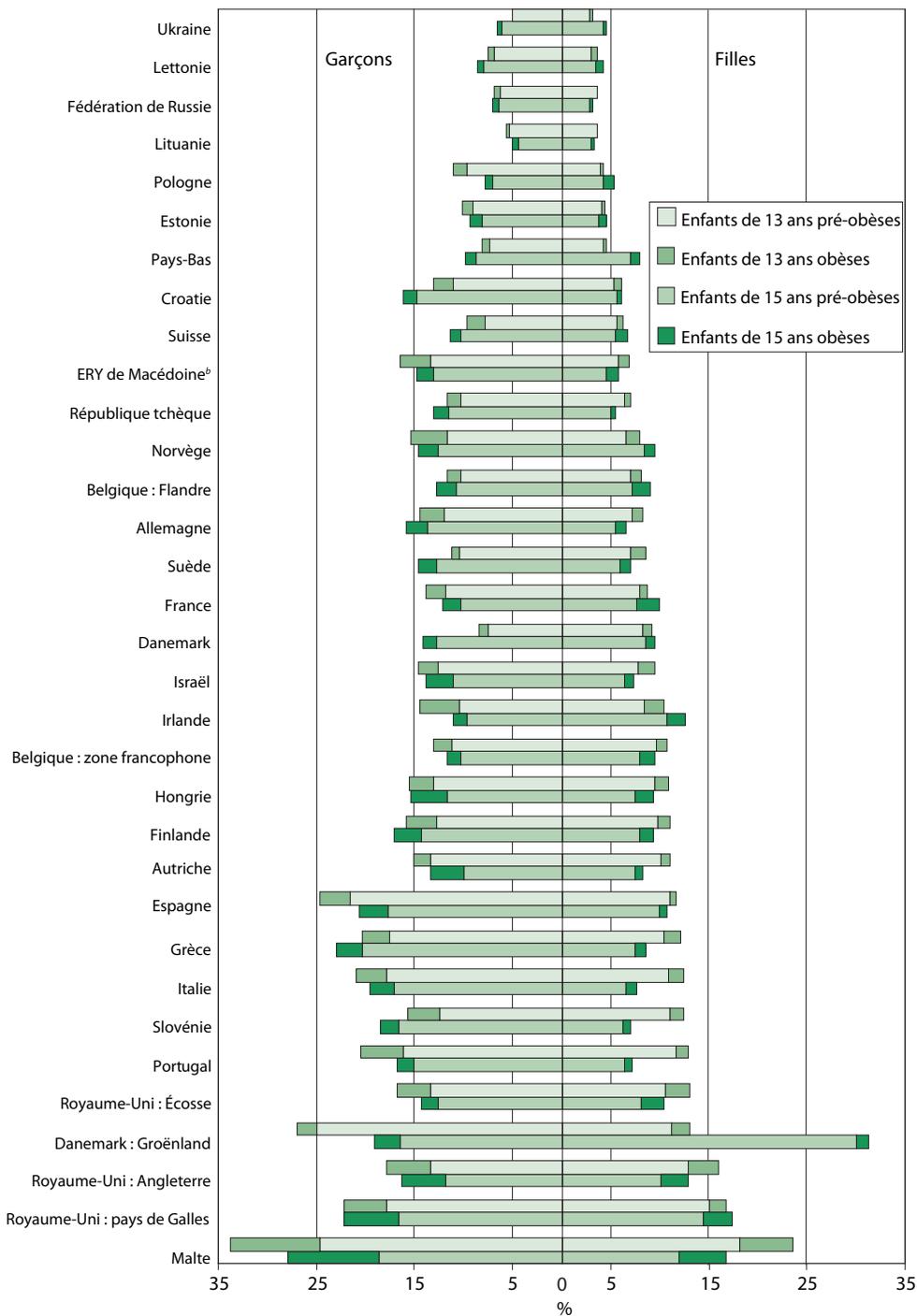
Influences entre les générations

L'état nutritionnel de la mère avant la conception et son alimentation pendant la gestation exercent une influence majeure sur la croissance et le développement du fœtus. Les interactions entre les substances nutritives et les gènes lors de la gestation limitent la variabilité des formes corporelles à un stade plus avancé de la vie. Elles ont aussi un impact sur la capacité de l'individu à transformer les substances nutritives en tissus maigres et gras.

Ce problème risque de prendre une ampleur particulière dans beaucoup de pays de la Région européenne de l'OMS où les jeunes femmes souffrent de carences nutritionnelles au début de leur grossesse (telles que l'anémie, les réserves insuffisantes de graisses essentielles dans le corps et les carences vitaminiques). La grossesse chez les adolescentes est particulièrement préoccupante car la compétition existant entre la croissance maternelle et la croissance fœtale peut handicaper la génération suivante.

Dans plusieurs pays de la Région européenne, bon nombre d'adultes sont en fait nés dans des conditions particulièrement désavantageuses, leur mère n'ayant disposé que de maigres sources de nourriture pendant leur grossesse. On dispose de plus en plus de bases factuelles prouvant le conditionnement ou la programmation de la réaction à long terme de l'enfant aux risques de maladies découlant du stress nutritionnel et d'autres stress

Figure 3. Prévalence de la surcharge pondérale^a chez les enfants de 13 et 15 ans (données autodéclarées sur la taille et le poids) dans plusieurs pays de la Région européenne de l'OMS (enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en termes de santé réalisée en 2001-2002)



^a La définition de la surcharge pondérale et de l'obésité tient compte des normes internationales relatives aux points limites par âge et par sexe pour l'IMC, soit 25 kg/m² et 30 kg/m² respectivement à l'âge de 18 ans (3). La surcharge pondérale inclut les états pré-obèse et obèse.

^b Ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : Currie et al. (9).

Figure 4. Surcharge pondérale chez les enfants en âge scolaire dans plusieurs pays d'Europe, 1958-2003 (sur la base d'enquêtes)

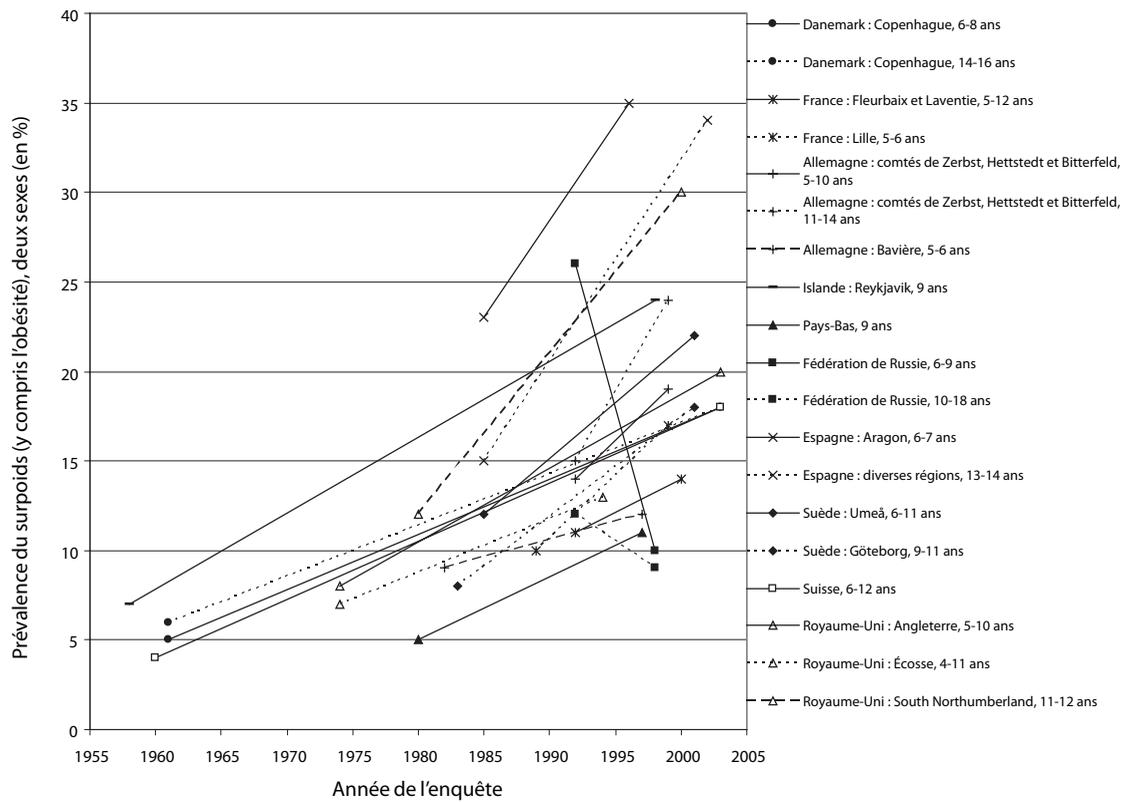
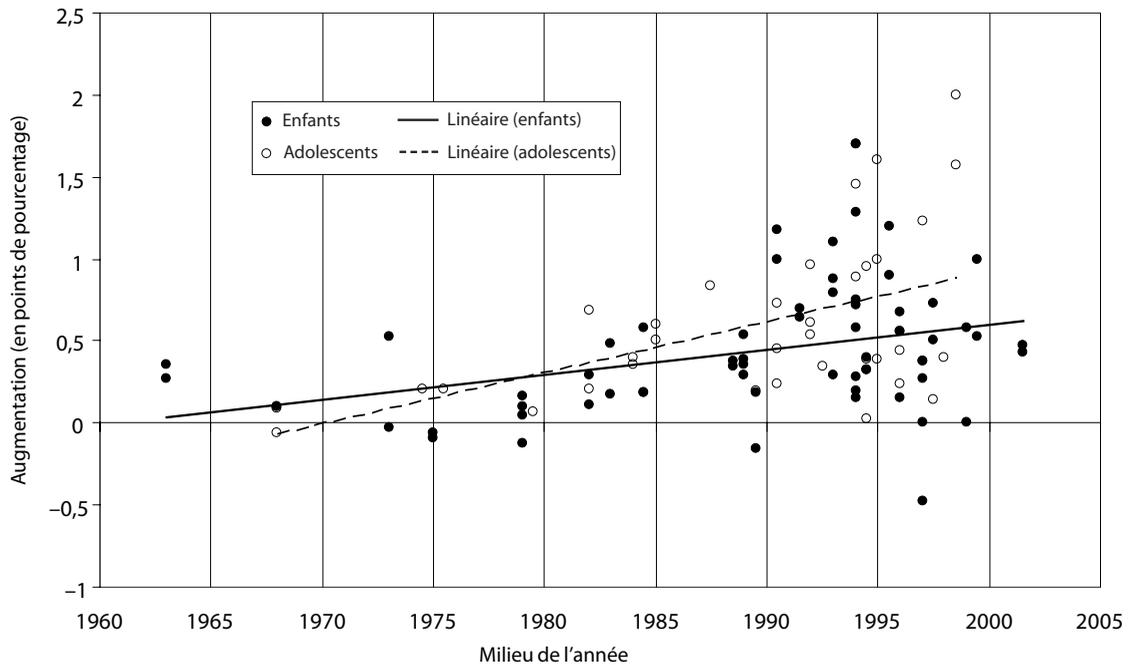


Figure 5. Évolution annuelle de la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants et les adolescents de plusieurs pays d'Europe ayant réalisé des enquêtes à ce sujet, 1960-2005



Sources : les sources des données sont disponibles sur demande.

précoces du stade foetal et de l'enfance. Ceci peut expliquer en partie leur plus grande sensibilité au diabète de type 2 et à l'hypertension lorsqu'ils accusent un gain de poids modéré à l'âge adulte. Il importe dès lors d'assurer le bien-être des adolescentes et des jeunes femmes car leur santé peut avoir un impact sur le bien-être des générations futures.

Il est maintenant reconnu que la mauvaise alimentation de la mère est un facteur de risque pour le développement de l'obésité et, en particulier, de l'adiposité abdominale chez sa descendance. En effet, les bébés normaux, et surtout ceux caractérisés par une insuffisance pondérale, courent aussi de graves risques sanitaires lorsqu'ils prennent rapidement du poids durant la petite enfance et la période intermédiaire de l'enfance (11). La corrélation existant entre, d'une part, la carence alimentaire et la sous-alimentation au début de l'existence et, d'autre part, le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles chroniques à un âge plus avancé, devrait être considérée comme étant fondamentalement liée au problème de morbidité, et non pas comme un excès faisant suite à une carence.

La hausse de la prévalence de l'obésité dans la population générale s'accompagne d'un accroissement du nombre de mères atteintes de surcharge pondérale et d'obésité au début de leur grossesse. Les mères obèses sont bien plus susceptibles d'avoir des enfants obèses, surtout si elles souffrent de diabète gestationnel ou du syndrome métabolique avant la grossesse (taux élevé d'insuline sérique et de cholestérol à lipoprotéines de faible densité, taux peu élevé de cholestérol à lipoprotéines de haute densité et importante prise de poids durant la période gestationnelle). Un nombre croissant d'enfants ont un poids élevé à la naissance (dépassant 4 500 g ou supérieur au 95^e centile du poids standard à la naissance). Le poids élevé à la naissance est lié à l'obésité observée à un stade ultérieur de l'existence, comme l'indiquent les cohortes nées en Islande en 1988 et 1994 : les enfants dont le poids dépassait le 85^e centile à la naissance couraient davantage le risque d'accuser une surcharge pondérale à l'âge de 6, 9 et 15 ans (12).

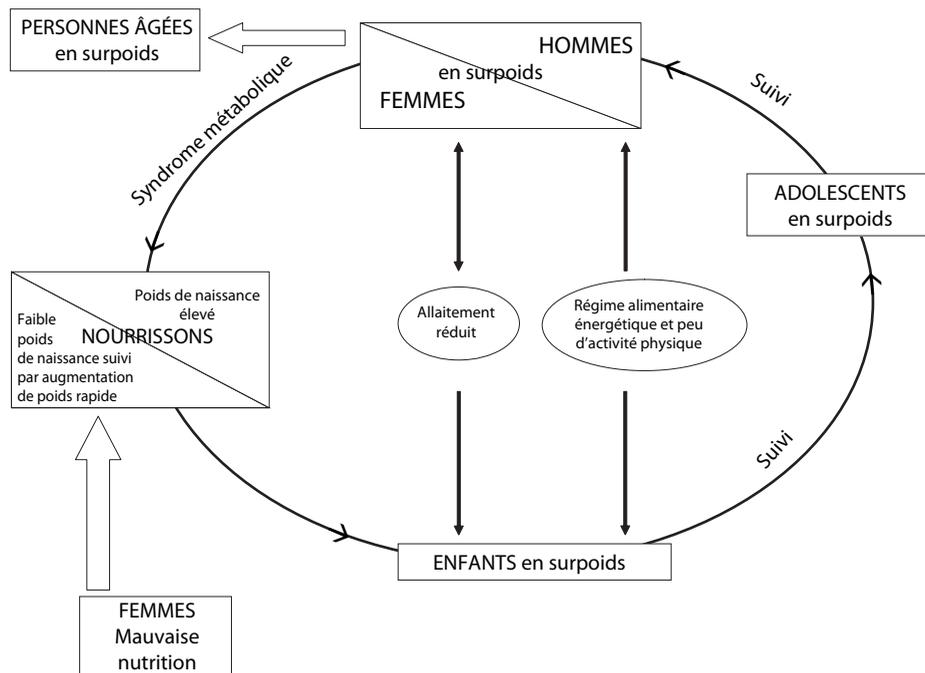
Il est de plus en plus prouvé que l'allaitement maternel protège contre l'obésité infantile. On observe des niveaux moindres d'obésité chez les nourrissons et les jeunes enfants allaités au sein maternel depuis la naissance que chez les nourrissons allaités au biberon avec du lait de remplacement (13). De nouvelles normes de croissance de l'enfant doivent par conséquent être formulées à la lumière de ces bases factuelles. Elles doivent s'inspirer des taux de croissance des enfants allaités uniquement au sein plutôt que sur ceux des enfants allaités au biberon. L'OMS a élaboré de nouvelles normes (4) sur la base de ce critère : elles mettront en évidence le phénomène autrefois non diagnostiqué de l'excès de poids au cours de la petite enfance.

Si les bébés nourris au biberon sont désormais plus gros, continuent à prendre du poids durant l'enfance, et accusent une surcharge pondérale ou sont même obèses à l'adolescence et à l'âge adulte, bon nombre de populations d'Europe sont dès lors sujettes à une amplification intergénérationnelle du problème d'obésité et de santé publique et ce, dans des proportions non encore reconnues par les responsables politiques. Comme l'obésité a tendance à persister à l'âge adulte (phénomène du « tracking »), il importe de mettre en place des initiatives de santé publique à chaque étape de l'existence. La figure 6 présente un modèle de ces effets dans un cycle intergénérationnel créant un cercle vicieux où se retrouvent toutes les catégories d'âge.

Les effets sur la santé publique

L'obésité exerce des effets considérables sur la morbidité et la mortalité. En effet, comme le démontrent clairement d'importantes études épidémiologiques, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, telles que l'infarctus du myocarde et les accidents ischémiques cérébraux, sont les deux principales maladies non transmissibles provoquées par l'obésité. L'expression « syndrome métabolique » est de plus en plus employée pour décrire le lien frappant existant entre, d'une part, l'obésité abdominale et, d'autre part, l'hypertension, la dyslipidémie et les problèmes de résistance à l'insuline, un problème affectant 20 à 30 % de l'ensemble de la population de la Région européenne. Selon la littérature récemment publiée à ce sujet, l'obésité est également à l'origine de plusieurs cancers, du calcul biliaire, de la narcolepsie, de l'administration accrue de traitements médicamenteux au long cours, de l'hirsutisme, de l'infertilité, de l'asthme, de la cataracte, de l'hypertrophie bénigne de la prostate,

Figure 6. Le cycle intergénérationnel de la surcharge pondérale et de l'obésité



de la stéatohépatite non alcoolique et de troubles musculo-squelettiques tels que l'ostéoarthritis. Inversement, une activité physique régulière et un poids normal sont deux indicateurs importants d'un risque amoindri de mortalité toutes causes confondues, de maladies cardiovasculaires et de cancer. L'activité physique exerce aussi un effet bénéfique indépendamment de l'IMC.

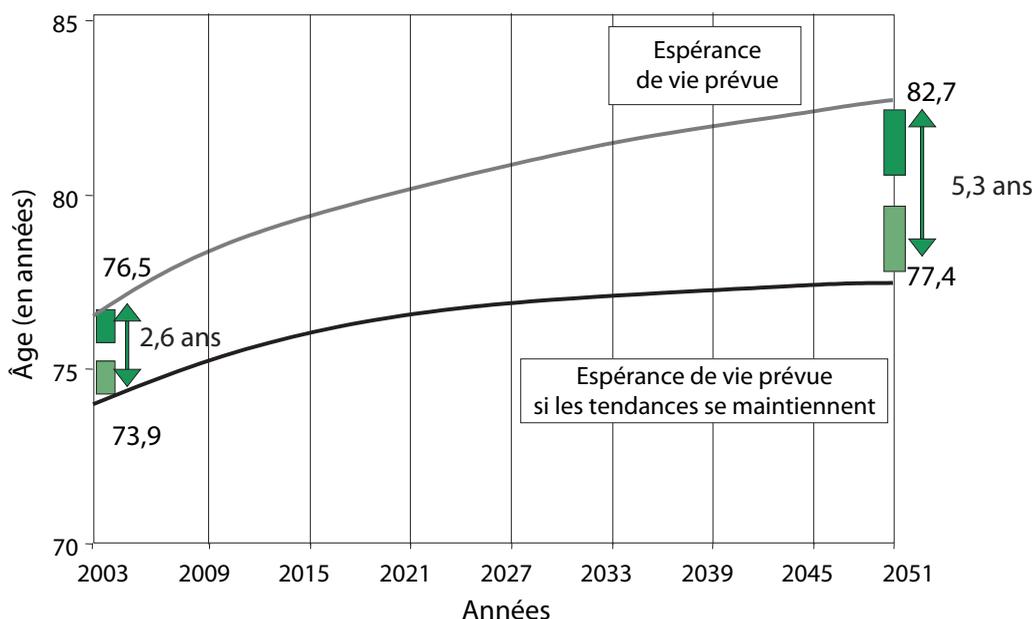
Chez l'adulte, un IMC au delà du niveau optimal (environ 21-23 kg/m²) est lié à une charge importante de morbidité, le principal impact spécifique à cet égard étant la charge liée au développement du diabète de type 2. Outre l'IMC, d'autres facteurs contribuent au risque de maladies tels que le tabac, l'alcool, la surconsommation de sel, la consommation insuffisante de fruits et de légumes, et la sédentarité. Au moins trois quarts des diabètes de type 2, un tiers des cardiopathies ischémiques, la moitié des maladies hypertensives, un tiers des accidents ischémiques cérébraux et environ un quart des ostéoarthrites peuvent être attribués à l'excès de poids. Le surpoids exerce en outre un impact sur le développement de cancers : il est en effet à l'origine d'environ un cinquième des cancers du côlon, de la moitié des cancers endométriaux et d'un cancer du sein postménopausique sur huit (7).

En 2000, la charge de morbidité attribuable à un IMC élevé chez les adultes de la Région européenne concourait à plus de 1 million de décès et environ 12 millions d'AVCI (7). Aux États-Unis, la charge de morbidité attribuable à l'obésité dépend du sexe. En effet, par rapport aux personnes ayant un poids normal, les femmes atteintes de surcharge pondérale et d'obésité souffrent davantage de maladies que les hommes connaissant les mêmes problèmes de poids. Ce phénomène s'explique par les différences observées eu égard au bien-être physique, émotionnel et social (14).

L'épidémie d'obésité s'accompagne aussi d'une hausse de l'incidence du diabète de type 2, une maladie qui, aux États-Unis, est diagnostiquée chez des individus de plus en plus jeunes (15).

L'obésité raccourcit l'espérance de vie. L'étude de Framingham (États-Unis) démontre que l'obésité à l'âge de 40 ans raccourcit l'espérance de vie de sept ans chez les femmes et de six ans chez les hommes (16). Le ministère britannique de la Santé a récemment prédit une diminution de cinq années en moyenne de l'espérance de vie chez les hommes d'ici 2050 si les tendances actuelles en matière d'obésité se maintiennent (17) (fig. 7). Jusqu'à présent, la prévalence plus élevée de cas d'obésité n'a entraîné aucune aggravation de la mortalité due à des

Figure 7. Diminution prévue de l'espérance de vie moyenne à la naissance chez les sujets masculins au Royaume-Uni si les tendances en matière d'obésité et de surcharge pondérale se maintiennent



Source : ministère de la Santé (17).

maladies cardiovasculaires. La raison invoquée peut être la prise accrue de médicaments visant à lutter contre les facteurs de risque de l'obésité, ou simplement la latence de son impact.

Cette analyse ne prend pas en considération l'impact de l'obésité infantile. En effet, si les conséquences sanitaires du surpoids durant l'enfance ne sont pas aussi évidentes, une étude systématique (18) démontre que l'obésité infantile est largement liée aux facteurs de risque induisant les maladies cardiovasculaires et le diabète, les problèmes orthopédiques et les troubles mentaux. Un IMC élevé au cours de l'adolescence laisse présager des taux de mortalité élevés chez l'adulte et des maladies cardiovasculaires même en cas de perte de l'excès de poids corporel. Or, dans la plupart des cas, l'excès de poids se maintient après l'adolescence. La plupart des problèmes de santé liés à l'obésité que l'on pensait affectaient uniquement les adultes sont maintenant observés chez les enfants, et leur fréquence ne cesse de s'accroître : on mentionnera notamment l'hypertension, des symptômes précoces de l'artériosclérose, le diabète de type 2, la stéatohépatite non alcoolique, le syndrome des ovaires polykystiques et les troubles respiratoires pendant le sommeil (18).

L'obésité est aussi caractéristique d'un grand nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux et/ou de maladies mentales graves (19), notamment de troubles dépressifs et anxieux (20). Certains sous-groupes de personnes atteintes d'obésité accusent un comportement nutritionnel anormal, dont une perte de contrôle de la prise d'aliments qui, dans de nombreux cas, peut être qualifiée de « frénésie alimentaire » (20). D'ailleurs, les patients obèses atteints de frénésie alimentaire souffrent davantage de problèmes et de pathologies liés au trouble de la personnalité que les autres patients obèses (21).

Les conséquences économiques de l'obésité

L'obésité grève l'économie de la société pour diverses raisons : accroissement des frais médicaux associés au traitement des maladies qui en découlent (coûts directs), perte de productivité imputable à l'absentéisme et aux décès prématurés (coûts indirects) et occasions perdues, problèmes psychologiques et baisse de la qualité de la vie (coûts intangibles). Une estimation des coûts directs peut être obtenue par le biais d'études du coût des maladies, bien que les différentes méthodologies employées limitent les possibilités de comparaisons au niveau international.

D'après une compilation d'études réalisées dans le monde entier sur les coûts directs, les dépenses en soins de santé attribuables à l'obésité oscillent entre 13 dollars des États-Unis (USD) (Royaume-Uni, 1998) et 285 USD (États-Unis, 1998) par habitant (tableau 1). Des études réalisées dans la Région européenne de l'OMS indiquent que les coûts de soins de santé directement associés à l'obésité représentent en général 2 à 4 % des dépenses nationales de santé (1), mais des estimations plus élevées ont été faites, en raison de différences d'ordre méthodologique. Par exemple, selon une étude réalisée en Belgique (22), le coût de l'obésité s'élèverait à 6 % des dépenses de sécurité sociale, mais à 3 % du total actuel des dépenses de santé.

D'après les estimations réalisées aux États-Unis, les coûts annuels en soins de santé sont 36 % supérieurs chez les sujets avec un IMC > 30 kg/m² par rapport aux sujets avec un IMC de 20,0-24,9 kg/m². Pareillement, les coûts annuels en soins de santé sont 10 % supérieurs chez les sujets avec un IMC de 25,0-29,9 kg/m² par rapport aux sujets avec un IMC de 20,0-24,9 kg/m² (23). L'évaluation des coûts cumulatifs de plusieurs maladies importantes

Tableau 1. Estimation des coûts économiques de l'obésité selon les études disponibles

Pays (étude)	Année de l'estimation	Critère (IMC)	Coût			
			Type	Par habitant (milliards d'USD en PPA ^a)	Part des dépenses totales actuelles de santé (%)	Part du PIB ^b (%)
Région européenne de l'OMS						
Belgique (22)	1999	≥30	Direct	69	3	-
France (fourchette) (26)	1992	≥30	Direct	71-148	0,6-1,3	-
France (27)	1992	≥27	Direct	202	1,8	0,9
Allemagne (fourchette) (28)	2001	≥30	Direct	17-35	1,2-2,6	0,1-0,3
			Indirect	17-38	-	-
Pays-Bas (29,30)	1993	≥30	Direct	32	1,7	-
Suède (31)	2003	≥30	Direct	45	1,8	0,7
			Indirect	157	-	-
Suisse (28)	2001	≥25	Direct + indirect	186	-	0,6
Royaume-Uni (Angleterre, fourchette) (32)	2002	≥30	Direct	n. d. ^c	2,3-2,6	-
Union européenne (15 pays) (25)	2002	≥30	Direct + indirect	n. d.	n. d.	0,3
En dehors de la Région européenne de l'OMS						
Australie (fourchette) (33)	1995-1996	≥30	Direct	28-51	1,7-3,2	-
Canada (34)	1997	≥27	Direct	49	2,4	-
Canada (35)	2001	≥30	Direct	41	1,6	0,4
			Indirect	70	-	-
Japon (36)	1995-1998	≥30	Direct	55	0,2	-
Nouvelle Zélande (37)	1991	≥30	Direct	26	n. d.	-
États-Unis (38)	1994	≥30	Direct	92	2,7	-
États-Unis (39)	1995	≥30	Direct	263	7,3	-
États-Unis (40)	1995	≥29	Direct	194	5,4	-
			Direct + indirect	371	-	1,4
États-Unis (41)	1998	≥25	Direct	285	7,1	-
États-Unis (42)	2000	≥30	Direct	199	4,8	1,2
			Indirect	183	-	-

^a PPA = parité de pouvoir d'achat. La PPA permet d'aplanir les différences de pouvoir d'achat dans la mesure où, dans un pays donné, un USD peut avoir plus de valeur en termes de consommation que dans un autre.

^b Quand les coûts direct et indirect ont été calculés dans la même étude, le coût total en pourcentage du produit intérieur brut correspond à la somme des coûts direct et indirect.

^c n. d. = non disponible.

sur une période de huit ans démontre un lien direct avec l'IMC : chez les hommes âgés de 45 à 54 ans, avec un IMC de 22,5, 27,5, 32,5 ou 37,5 kg/m², ces coûts se chiffraient à 19 600, 24 000, 29 600 ou 36 500 USD, respectivement. Si les coûts à vie peuvent être partiellement réduits par le décès prématuré des personnes atteintes d'obésité, ils peuvent être aussi plus importants à un âge avancé alors que les effets cumulatifs d'une obésité prolongée deviennent apparents (24).

Les coûts indirects de l'obésité tiennent également compte des personnes obèses courant un risque plus élevé d'être absentes au travail à cause de problèmes de santé ou de mourir prématurément. Selon les estimations des pertes de productivité au Royaume-Uni (tableau 1), ces coûts peuvent être deux fois supérieurs aux dépenses directes consenties aux soins de santé. Cependant, les pertes économiques et la diminution du bien-être social dues à l'obésité dépendent de la situation du marché de l'emploi et de la structure du système de sécurité sociale.

Selon des estimations réalisées récemment en Espagne, lorsque l'on ajoute les coûts indirects dus à la perte de productivité, les coûts totaux imputables à l'obésité atteignent 2,5 milliards d'euros par an. Ces chiffres correspondent à 7 % du budget total consacré à la santé. En 2002, les coûts annuels directs et indirects de l'obésité dans les 15 pays de l'Union européenne avant l'élargissement de mai 2004 étaient estimés à 32,8 milliards d'euros par an (25). Ces estimations augmenteront au fur et à mesure que l'on se rendra compte des conséquences sanitaires d'un IMC élevé chez les enfants comme les adultes. Pareillement, l'impact des problèmes de santé chez les individus adultes pré-obèses n'est pas toujours pris en compte. Selon des données recueillies au Royaume-Uni, et bien que ses conséquences soient d'une moindre gravité, la propagation générale de la pré-obésité entraînerait une duplication des coûts directs estimés. Finalement, aucune de ces études ne tient compte des conséquences économiques de la surcharge pondérale chez l'enfant.

En termes de PIB, le coût total de l'obésité (direct et indirect) est estimé à 0,2 % en Allemagne, à 0,6 % en Suisse, à 1,2 % aux États-Unis et à 2,1 % en Chine, ce qui laisse indiquer que l'impact est plus prononcé dans les économies en développement (43).

Prévalence de l'obésité : fluctuations socioéconomiques

Plusieurs études ont démontré une prévalence accrue de la surcharge pondérale et de l'obésité chez des groupes de population spécifiques catégorisés par leur revenu ou leur niveau d'instruction (ce que l'on définit généralement par « statut socioéconomique ») (44,45). Dans la plupart des pays de la Région, l'obésité est surtout fréquente dans les catégories socialement défavorisées caractérisées par des revenus modestes, un faible niveau d'instruction et un accès limité aux soins de santé. Cependant, dans certains pays comme l'Azerbaïdjan et l'Ouzbékistan, l'obésité semble constituer une charge plus lourde pour les groupes de population jouissant d'un statut socioéconomique plus élevé.

Les écarts observés entre les nations témoignent du rôle du développement économique dans les tendances de l'obésité. Dans le cas des pays à faible revenu, l'obésité s'accroît fortement alors que le pays s'enrichit, et les populations à risque ne sont plus les groupes les plus favorisés, mais bien les moins nantis. Ces tendances reflètent sans doute l'accessibilité relative d'aliments et de boissons produits de manière industrielle, et une diminution du travail manuel due à une augmentation du revenu national. Cependant, dans la plupart des pays, l'obésité est surtout prévalente chez les populations jouissant d'un statut économique moins favorable. Il en est de même avec le diabète de type 2. D'autres études laissent entendre que les disparités sociales peuvent influencer directement sur la santé des personnes défavorisées, un phénomène qui à son tour peut être lié aux différences existant en matière d'accès aux environnements favorables à la santé ou à l'impact psychosocial des inégalités ressenties sur la santé (46,47).

Certaines études scientifiques ont déjà mis en évidence l'impact des désavantages sociaux sur le développement de la surcharge pondérale chez l'enfant (48). Au Royaume-Uni, la recherche indique qu'en Écosse, l'obésité chez les enfants âgés de trois ans est plus fréquente dans les milieux moins favorisés, et en Angleterre (49), la prévalence de l'obésité chez les enfants de 2 à 10 ans tend à augmenter avec l'appauvrissement de la population locale et la baisse du revenu des ménages. En outre, ce problème s'est accentué plus rapidement au cours de la

dernière décennie chez les familles plus défavorisées. Même le fait de grandir dans un environnement à faible statut socioéconomique détermine dans une large mesure la prévalence de l'obésité à l'âge adulte, que l'individu reste pauvre ou non. Par conséquent, les stratégies de prévention doivent intégrer une politique cohérente tenant compte des désavantages sociaux.

Il peut exister une interaction entre le sexe, le contexte socioéconomique et les caractéristiques nationales. Si, en Fédération de Russie, le risque d'obésité concerne surtout les hommes plus instruits, en République tchèque, ce sont les hommes affichant un faible niveau d'instruction qui sont les plus susceptibles d'en souffrir. On remarquera cependant que, dans ces deux pays, ce sont les femmes affichant un faible niveau d'instruction qui courent davantage le risque de devenir obèses (50). Selon l'enquête sanitaire réalisée au Royaume-Uni (Angleterre, 1993-2001), si la classe sociale ne semble pas influencer sur le niveau d'IMC chez les hommes, la prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes des catégories sociales moins favorisées.

L'obésité est aussi plus fréquente chez certaines populations issues d'une immigration récente, bien que le statut socioéconomique puisse parfois être à l'origine de ces différences apparentes. Selon les résultats d'une étude réalisée en Allemagne (51) sur le rôle de l'ethnicité dans l'obésité infantile, certains facteurs de risque bien connus de la surcharge pondérale (notamment le faible niveau d'instruction de la mère et la station prolongée devant la télévision) expliquent en très grande partie les différences observées entre groupes ethniques en matière de prévalence de l'obésité.

Finalement, il ne faut pas oublier que d'autres facteurs de risque, tels que le tabagisme et la consommation d'alcool, sont également plus présents dans les catégories les plus défavorisées, ce qui exerce un effet multiplicateur sur la prévalence des maladies non transmissibles.

Évaluation du défi de l'obésité : prochaines étapes

Il importe de mettre en place un système efficace de surveillance permettant de déterminer les mensurations physiques des enfants et des adultes d'une nation, non seulement pour se faire une opinion exacte de la progression de l'épidémie, mais aussi pour évaluer les initiatives de prévention qui sont progressivement mises en œuvre. Or, les données disponibles restent pour l'instant inadéquates pour toute l'Europe. La mise en place d'un mécanisme qui permette de sonder l'efficacité relative des différentes interventions rendrait un service inestimable à tous les décideurs de la Région.

Davantage d'informations seront également nécessaires pour mettre en évidence les problèmes de santé liés à la pré-obésité et à la surcharge pondérale des enfants. Finalement, une meilleure compréhension de l'impact de l'épidémie d'obésité sur les budgets alloués à la santé et sur le développement économique global permettra de donner une assise plus solide à la prise de décision.

2. Les déterminants de l'obésité

Principaux messages

- La conjonction de la sédentarité et d'une alimentation inappropriée explique dans une large mesure l'épidémie d'obésité. Environ deux tiers des adultes de la partie occidentale de la Région n'exercent pas les niveaux recommandés d'activité physique. Le régime alimentaire se caractérise par la consommation de denrées à haute densité énergétique apportant, en outre, un faible sentiment de satiété.
- Si les habitudes alimentaires varient d'un pays à l'autre dans la Région européenne, les tendances au fil du temps montrent une réduction des différences à cet égard. Le régime alimentaire des pays méditerranéens, traditionnellement caractérisé par une forte consommation de légumes, d'huile végétale et de poisson, est en train de disparaître, surtout chez les plus jeunes.
- Un allaitement maternel exclusif ainsi que l'apport de compléments alimentaires appropriés préviennent le développement de l'obésité. Or ces pratiques alimentaires optimales pour le nourrisson ne sont toujours pas suivies par une grande partie de la population.
- Un très large éventail d'influences environnementales détermine l'apport énergétique et la dépense d'énergie des individus, notamment les pratiques familiales, la politique et les méthodes appliquées par l'école, les politiques de transport et d'urbanisme, les activités de marketing commercial et les politiques concernant l'approvisionnement alimentaire et l'agriculture. Les individus perçoivent beaucoup d'aspects de l'environnement comme obésogènes, c'est-à-dire encourageant, en matière d'alimentation ou d'activité physique, un comportement augmentant le risque d'obésité.
- La famille et l'école (y compris les jardins d'enfants) ont un rôle particulier à jouer pour l'adoption de bonnes habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique, et pour l'apprentissage des comportements sains aux enfants. Ces environnements doivent en effet favoriser l'acquisition de modes d'alimentation et d'activité sains. Or ce n'est guère le cas dans la plupart des pays de la Région européenne.
- Les enfants sont vulnérables au marketing commercial des aliments qui englobe toute une série de méthodes, outre la publicité télévisée (permettant ainsi de contourner le contrôle parental).
- L'arrivée sur le marché du travail marque aussi une étape de l'existence parfois propice à la prise de poids. En effet, la sédentarité domine dans le milieu professionnel. Si un bon service de restauration n'est pas mis en place et si les employés ne disposent pas du temps nécessaire pour prendre leur pause-déjeuner, ces derniers s'alimenteront d'en-cas à haute densité énergétique.
- Ce sont les fabricants et distributeurs d'aliments, y compris les établissements de restauration rapide, qui déterminent les habitudes de consommation par la composition des produits alimentaires, l'importance des portions et les prix des produits.
- La politique agricole influence les habitudes alimentaires par le biais des prix appliqués aux différents types d'aliments et de leur disponibilité sur le marché. Pendant des dizaines d'années, les politiques ont été axées sur la production de graisses, de sucres et de produits animaux toujours moins chers : combattre ces effets, qui se manifestent depuis longtemps, constitue un formidable défi stratégique.
- Les consommateurs veulent un étiquetage qui leur fournisse des informations en matière de nutrition, mais sont déroutés et quelquefois induits en erreur par les systèmes d'étiquetage actuels. L'introduction d'un système illustrant correctement les bonnes caractéristiques nutritionnelles des aliments pourrait être une incitation de première importance pour la production de produits plus sains.

- Certains groupes sociaux sont particulièrement vulnérables aux environnements obésogènes. Lorsqu'il s'agit d'opter pour un mode de vie sain, les personnes jouissant d'un statut socioéconomique modeste sont confrontées à des contraintes d'ordre structurel, social, organisationnel, financier et autre. En particulier, les prix des aliments et la facilité avec laquelle on peut se les procurer influencent les choix alimentaires.

Introduction

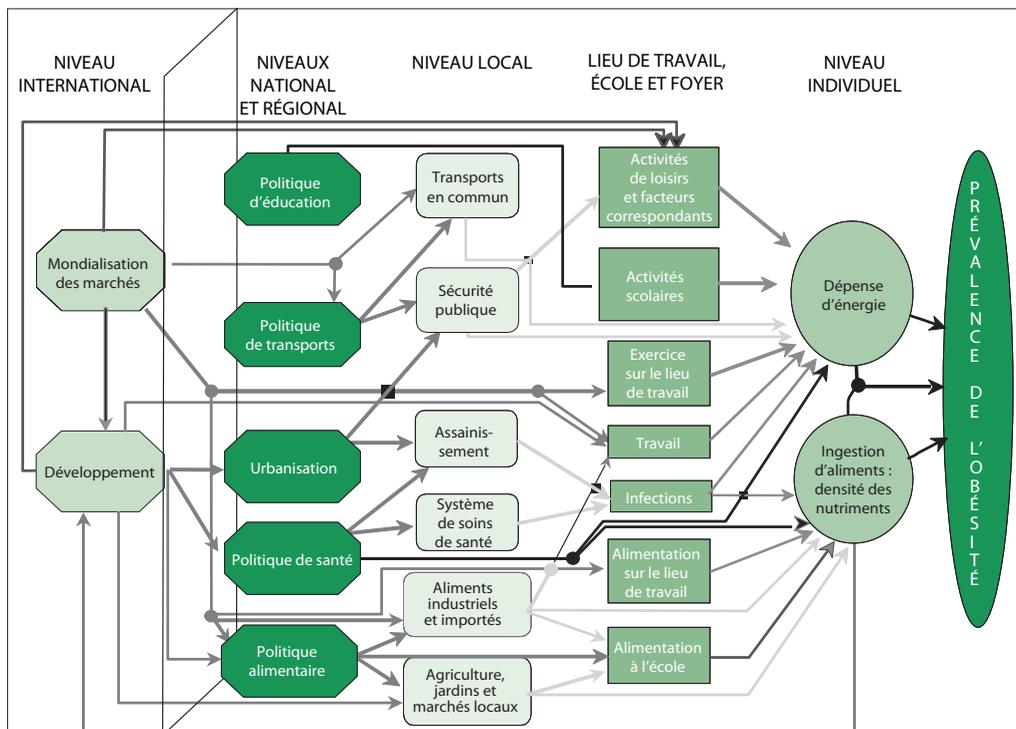
Le déséquilibre existant entre l'apport énergétique et la dépense d'énergie est le résultat des tendances observées de nos jours dans la société. Au moins deux tiers des adultes vivant dans les pays de l'Union européenne ne font pas assez d'activité physique pour conserver une santé optimale (52). Une grande proportion de la population consomme en outre des quantités trop élevées de produits alimentaires et de boissons à haute densité énergétique et pauvres en nutriments (53) ainsi que des quantités en revanche insuffisante de fruits et de légumes (54).

Afin de comprendre pourquoi des personnes en arrivent à consommer trop de calories et à ne pas dépenser assez d'énergie pour éviter une prise de poids, il faut examiner, en amont, les influences sur le comportement en matière d'alimentation et d'activité physique.

Les influences exercées en amont peuvent être envisagées sous l'angle d'une série de causes dont certaines se reflètent immédiatement dans les comportements et d'autres sont plus éloignées et déterminent le contexte du comportement plutôt que le comportement lui-même. La figure 8 présente un modèle écologique décrivant les influences exercées sur la dépense énergétique et l'apport en nourriture. Les liens verticaux et horizontaux peuvent varier selon les sociétés et les populations.

Le présent chapitre envisage des aspects précis de ce modèle général : les déterminants des choix alimentaires et de l'attitude face à l'activité physique dans différents contextes, dans différents groupes sociaux et à différents

Figure 8. Politiques et processus sociaux influençant directement et indirectement la prévalence de l'obésité



stades du cycle de vie. L'exposé montre que les déterminants de l'obésité et d'un environnement obésogène (encourageant l'apparition de l'obésité) se situent dans toute une série de secteurs et résultent tout autant de politiques menées en matière d'agriculture, de commerce, d'éducation et de planification que de politiques de santé et de sécurité sociale.

Sédentarité, activité, santé physique et obésité

La graisse s'accumule dans le corps lorsque la teneur énergétique des aliments et des boissons consommés dépasse la quantité d'énergie dépensée par le métabolisme et l'activité physique de l'individu. Comme la prise de poids dépend à la fois des quantités que l'on absorbe et de l'énergie que l'on dépense, il sera souvent difficile de démontrer clairement que le seul facteur responsable des problèmes d'obésité de l'individu ou de la société est soit la surconsommation alimentaire, soit la sédentarité (56). En outre, comme la prise de poids commence à imposer une plus grande contrainte cardiovasculaire et respiratoire, et à provoquer maux de dos, arthrite et sudation lors de l'exercice physique, elle peut aussi encourager la sédentarité. Par conséquent, il est incorrect de prétendre qu'une alimentation peu équilibrée ou la sédentarité sont l'une ou l'autre responsables de la charge de morbidité d'un pays donné. Il importe à la fois d'améliorer les habitudes alimentaires et de lutter contre le manque d'activité physique.

L'activité physique s'avère d'ailleurs bénéfique quel que soit le poids de l'individu. En effet :

- elle réduit le risque de maladies cardiovasculaires, d'hypertension et de diabète de type 2 ;
- elle influence de manière positive le métabolisme des graisses et des hydrates de carbone, améliore la sensibilité insulinaire et les lipides sanguins ;
- elle peut accroître la masse musculaire même lorsque les changements de poids sont limités, voire inexistantes (57).

Comme l'activité physique permet d'améliorer plus efficacement la stabilité pondérale que la perte de poids, les sujets ayant maigri après avoir adapté leur régime alimentaire doivent aussi avoir pris l'habitude d'effectuer davantage d'exercice physique tous les jours. Une activité physique même modérée peut réduire de manière significative le risque de diabète (58) et de beaucoup d'autres maladies chroniques importantes.

Il existe cependant un consensus quant à la quantité d'activité physique nécessaire pour que ses effets soient bénéfiques. Une activité physique modérément intense, comme une marche rapide pendant 30 minutes cinq jours par semaine, réduit manifestement la probabilité de contracter une maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2 chez l'adulte. De plus longues périodes d'activité, comme une marche ou la pratique d'exercice physique plus intenses de 60 à 90 minutes par jour, sont désormais proposées pour lutter contre la prise de poids dans les pays à habitudes alimentaires obésogènes.

Il semble qu'au moins deux tiers des adultes vivant dans les pays de l'Union européenne n'exercent pas les niveaux recommandés d'activité physique (52). Ces niveaux ont diminué ces dernières décennies notamment en raison de l'apparition d'environnements et de conditions encourageant de plus en plus la sédentarité (les transports, le logement, le lieu de travail et les établissements scolaires, ainsi que les cadres de loisirs).

Donc, même si l'activité physique à elle seule n'est pas très efficace pour perdre du poids, la recherche scientifique apporte de nombreuses preuves tangibles visant à encourager la pratique de l'exercice physique dans toute la Région européenne par l'application de mesures urgentes.

Déterminants de l'activité physique

Plusieurs aspects de l'environnement social (par exemple les politiques scolaires ou les médias) et de l'environnement bâti (organisation du transport et des villes) influencent les choix en matière d'activité physique.

1. Dans de nombreux pays, si les écoles privilégient les tâches purement académiques, c'est en général aux dépens de l'éducation physique dans les programmes ainsi que d'autres formes d'activité physique à l'école. En outre, le temps libre disponible pendant la journée est de plus en plus souvent employé à des activités sédentaires telles que la télévision (dans les classes inférieures) ou l'ordinateur plutôt qu'à l'exercice physique.

2. Dans beaucoup de pays, les enfants sont moins nombreux à se rendre à l'école à vélo ou à pied, généralement parce que les parents sont préoccupés par leur sécurité.
3. La disponibilité d'une très large gamme de programmes de télévision pendant la journée et la grande popularité des modes de divertissement électroniques banalisent la sédentarisation des loisirs à presque tous les âges.
4. Chez les adultes, l'usage de la voiture privée s'est intensifié ces dernières décennies, tandis que les moyens de transport actifs (comme la marche et le vélo) sont à leur point le plus bas dans beaucoup de pays.
5. Certains sports traditionnels attirent moins d'amateurs récemment, ce qui est dû notamment à des changements démographiques et à une diversification accrue des disciplines sportives existantes. Si les centres de fitness à vocation commerciale ont connu une expansion, ainsi que les activités dans ce domaine, leur accessibilité peut être limitée à certains endroits et pour certains groupes de population.
6. L'activité physique au travail a diminué, puisqu'un nombre de plus en plus important de salariés occupent des emplois sédentaires. L'environnement socioculturel prévu par l'employeur est un important déterminant du comportement adopté par le personnel en matière d'activité physique. Notons à titre d'exemple la possibilité d'exercer une activité physique sur le lieu de travail même, les incitations à la pratique d'un sport et d'une activité favorisant la condition physique, ou l'adoption d'un mode de déplacement actif pour venir au travail.
7. L'aménagement urbain et l'environnement physique des villes peuvent favoriser ou freiner l'activité physique et un mode de vie actif. Un aménagement réduisant la séparation entre les espaces où les gens vivent, travaillent, font leurs courses et pratiquent des activités de loisirs raccourcit les distances de déplacement, ce qui constitue une incitation à la marche et au vélo. Plusieurs villes d'Europe présentent de bons exemples d'aménagement urbain destiné à encourager la pratique du vélo, et d'application de mesures incitant l'usage de la bicyclette au lieu (ou en plus) d'autres modes de transport.
8. Dans les quartiers résidentiels, la façon dont la population perçoit le niveau d'entretien, la qualité esthétique et le degré de sécurité des espaces publics peut influencer son envie d'être physiquement active, et non pas seulement la disponibilité d'infrastructures appropriées. Le statut socioéconomique est un important facteur dans ces corrélations, tant en ce qui concerne l'accessibilité aux infrastructures (déterminée par le coût des équipements, le coût de l'accès et l'emplacement) que la façon dont la population perçoit sa capacité de les utiliser.

Quoique la plupart des changements de ces dernières dizaines d'années n'aient pas été dans le sens d'une intensification de l'activité physique, chacun de ces cadres présente un énorme potentiel de promotion de celle-ci. Parmi les déterminants modifiables des systèmes de transport implantés durablement, citons la sécurité routière, une répartition plus équitable des investissements dans le secteur des transports, et des « signaux de prix » favorisant les modes de déplacement non motorisés et les transports publics.

À l'échelon des personnes, d'autres déterminants encore influencent l'utilisation des moyens disponibles pour l'activité physique. Dans le cadre d'études analysant la répugnance des enfants en âge scolaire à prendre part à des activités sportives, par exemple, on a constaté que beaucoup d'enfants, surtout ceux qui ont déjà une surcharge pondérale, ont une aversion pour les sports de compétition ou les activités où ils sont susceptibles d'essuyer un échec, et n'aiment pas être obligés à se changer dans des locaux collectifs ou à porter certains vêtements (par exemple des tenues de bain) les exposant aux railleries de leurs camarades. Certaines cultures ont des systèmes de croyances limitant explicitement l'exhibition de certaines parties du corps en public (surtout pour les femmes et les jeunes filles), et d'autres possibilités d'activités doivent être envisagées.

Influences de l'alimentation sur l'obésité

L'environnement moderne ménage de nombreuses occasions de consommer rapidement des aliments et des boissons et d'être entraîné, par inadvertance, dans ce que l'on qualifie de « surconsommation passive » : l'individu n'a aucun moyen de se rendre compte qu'il consomme un aliment ou une boisson particulièrement énergétique. Les récentes analyses de différentes études sur les diverses attitudes face à la nourriture, dans le cadre

d'une évaluation de la consommation spontanée dans des environnements très contrôlés (59,60) et dans la vie quotidienne, désignent toutes deux facteurs d'ordre alimentaire particulièrement susceptibles d'entraîner une surconsommation par inadvertance :

- la consommation d'aliments très énergétiques, c'est-à-dire riches en calories pour leur poids unitaire en raison de l'ajout de graisses et/ou de sucres supplémentaires, parce qu'ils ont été raffinés pour limiter leurs propriétés de rétention d'eau et de gonflement, ou parce que les fruits et légumes sont présents de façon marginale ;
- la consommation de boissons énergétiques, par exemple des boissons sucrées, entre les repas.

Ces deux facteurs semblent échapper à la régulation biologique normale, rapide, de l'appétit et de l'absorption de nourriture, de sorte que les enfants et les adultes ont tendance à ne pas adapter leur consommation quand ces aliments et ces boissons sont proposés en permanence. Ce problème s'accroît ensuite dans les sociétés sédentaires où les populations doivent en général manger moins, et où il est en outre plus difficile de respecter un équilibre énergétique quand on consomme, justement, des aliments et des boissons à haute densité énergétique.

Inversement, les régimes peu énergétiques, comportant une proportion moindre de graisses, des hydrates de carbone plus complexes et davantage de fibres, protègent contre la prise de poids (61). Par ailleurs, les études d'intervention démontrent que le fait de consommer beaucoup de fibres alimentaires peut aider à perdre du poids (62). Cependant, ces régimes peu énergétiques doivent avoir une densité adéquate en oligo-éléments et en composants bioactifs afin de fournir les oligo-éléments requis tout en limitant l'apport énergétique.

Étant donné cette perspective, il n'est pas surprenant que les boissons édulcorées (63) et la restauration rapide² (64) aient été signalées comme des facteurs de risque particuliers. En outre, les portions substantielles d'aliments très énergétiques font augmenter le risque de consommation excessive (65), tandis qu'il n'a pas été démontré que la fréquence de consommation, en elle-même, contribue particulièrement à modifier le poids, lorsque le type de nourriture est le même. Dès lors, il n'est pas étonnant de constater qu'il y a un lien entre une consommation plus importante de fruits et de légumes et une prise de poids moins importante (66), tout comme entre une forte consommation de viande (avec les graisses qui y sont associées) et un plus grand risque de prise de poids (67). Certaines recherches ont prouvé que la consommation d'alcool contribue à l'obésité masculine, mais aucun lien cohérent n'a pu être établi. Certaines bases factuelles récentes mettent en rapport la prise de poids et un indice glycémique élevé, mais des études de plus longue durée sont nécessaires pour confirmer ce lien.

Quoique beaucoup de rapports mentionnés semblent contredire ces conclusions, ils doivent être interprétés avec prudence, car beaucoup d'études se fondent sur les déclarations des sujets quant à leur propre consommation, voire à la prise de poids, et ces deux mesures peuvent donner lieu à d'importantes erreurs. Ainsi, il est fréquent que le volume total de calories, de graisses et de sucres consommés soit supérieur à ce qui est déclaré, notamment chez les personnes les plus obèses (68).

Les habitudes alimentaires en Europe eu égard à l'obésité

Les habitudes alimentaires dans la Région européenne de l'OMS peuvent être déterminées en fonction des données disponibles sur l'approvisionnement alimentaire, les ventes dans ce secteur, les achats des ménages ainsi que la consommation personnelle (généralement à partir d'autodéclarations). Les résultats sont résumés ci-dessous.

1. La proportion de matières grasses totales dans le régime alimentaire des adultes oscille entre environ 30 % et plus de 40 % de l'apport énergétique (la quantité totale d'énergie recommandée provenant des matières grasses est actuellement de 15-30 %). La proportion d'énergie provenant de matières grasses est élevée dans presque tous les pays d'Europe, surtout en Grèce et en Belgique (adultes) (fig. 9) et en Espagne et en France (enfants).

² Définie ici comme les aliments consommés en dehors du foyer, dans des établissements à libre service, par exemple les hamburgers, les pizzas et le poulet frit.

Les huiles végétales sont largement disponibles dans les pays d'Europe du Sud. Elles le sont également en Europe de l'Ouest et du Nord, ainsi d'ailleurs que les graisses animales. L'ingestion d'hydrates de carbone simples est également supérieure aux valeurs actuellement recommandées, soit 10 % de la quantité totale d'énergie absorbée, dans la plupart des pays.

2. L'approvisionnement en fruits et en légumes s'est accru au cours de ces quatre dernières décennies dans la Région européenne. Si leur consommation est la plus importante en Europe du Sud, elle a néanmoins diminué dans certains pays au cours de ces dix dernières années et augmenté dans plusieurs pays d'Europe du Nord. Dans la plupart des pays, la consommation moyenne par individu reste nettement en deçà du niveau recommandé de 400 grammes par jour (fig. 9).
 - La faible consommation de fruits et de légumes ainsi que de céréales complètes est à l'origine de la surprenante uniformité du manque de fibres dans les régimes alimentaires des pays d'Europe. Leur consommation varie de 1,8 à 2,4 g/MJ pour les hommes et de 2,0 à 2,8 g/MJ pour les femmes, alors que les valeurs recommandées sont de 2,5-3,1 g/MJ.
 - Le régime alimentaire des pays méditerranéens, traditionnellement caractérisé par une plus forte consommation de légumes, d'huile végétale et de poisson, est en train de disparaître, surtout chez les plus jeunes. Les données sur les tendances des habitudes de consommation (fig. 10) indiquent que les pays d'Europe du Sud abandonnent leur alimentation équilibrée et ressemblent davantage aux pays d'Europe du Nord ou de l'Ouest par l'adoption de régimes inadéquats.
3. Il existe de grandes différences entre les pays en matière de consommation de boissons à haute teneur en sucre (sodas). Celle-ci est moins importante en Europe du Sud par rapport à l'Europe du Nord, et les hommes en consomment plus que les femmes. La disponibilité de ces boissons a augmenté dans l'ensemble des pays au cours de ces dix dernières années, sauf en Allemagne et en Grèce (fig. 10).
4. La Région européenne affiche le niveau de consommation d'alcool le plus élevé du monde, en particulier chez les hommes (69). Les Européens du Sud préfèrent généralement le vin, alors que la bière est davantage consommée en Europe centrale et du Nord. Au cours de ces quatre dernières décennies, si l'approvisionnement en bière a augmenté au sein de l'Union européenne, celui en vin a en revanche diminué.

Enfin, ces données permettent de conclure que les deux facteurs de risque à l'origine d'un apport excessif en calories sont généralement présents dans la Région européenne :

- un régime alimentaire à haute densité énergétique et apportant un faible sentiment de satiété, conséquence d'une proportion élevée d'énergie provenant de matières grasses, d'une importante consommation de sucre et d'une faible absorption de fibres ;
- consommation accrue de boissons à haute teneur en sucre, combinée à la consommation soutenue d'alcool.

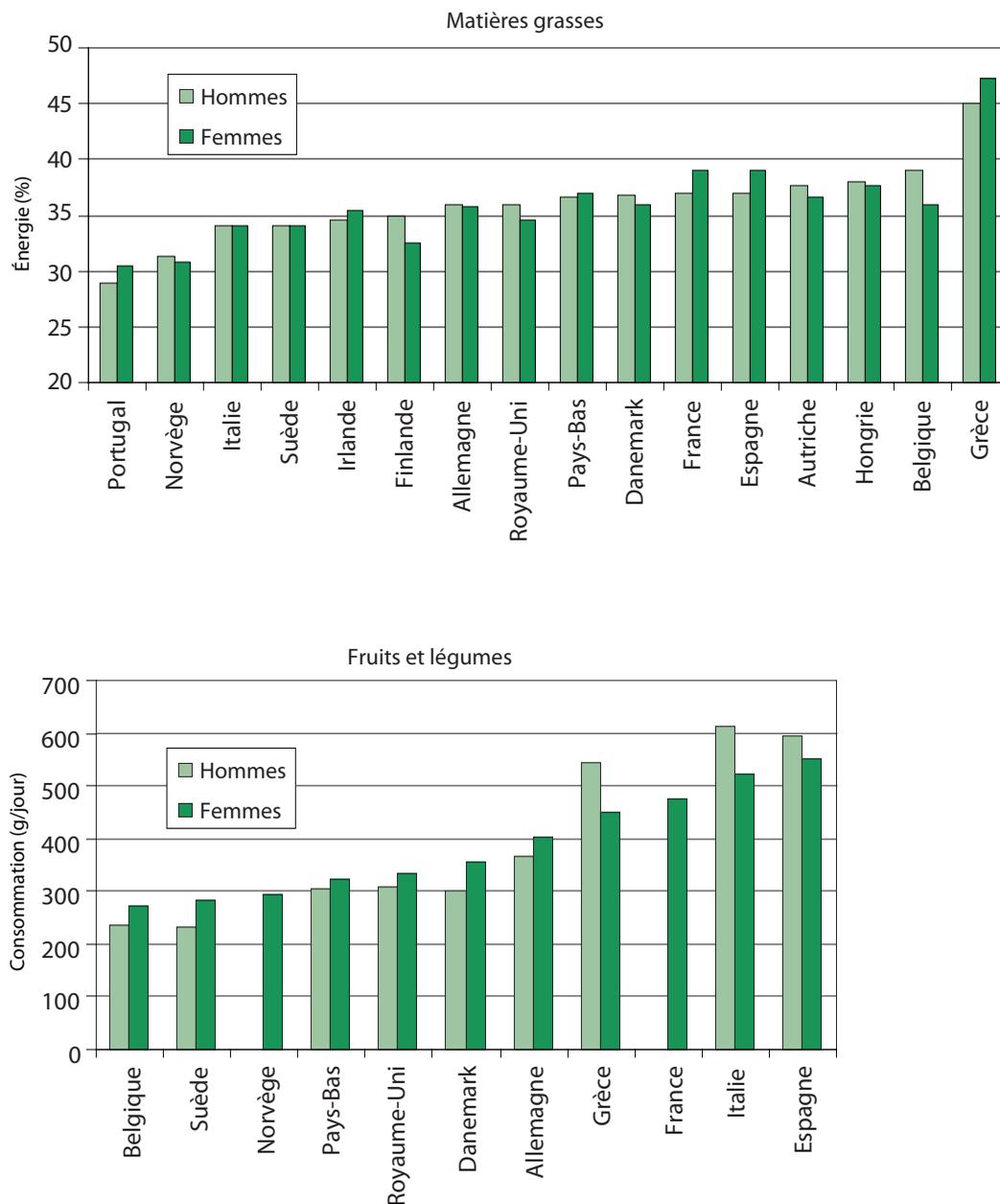
Cadre de consommation

Le contexte dans lequel les aliments sont consommés influence la nature de la nourriture absorbée et sa quantité. Le foyer et l'école sont les cadres qui ont été les plus étudiés, quoique d'autres aient été observés également.

Le foyer

Des bases factuelles bien étayées indiquent que le fait d'avoir des parents obèses ou en surcharge pondérale augmente les risques d'obésité, indépendamment des facteurs génétiques. Par ailleurs, les informations réunies montrent un risque d'obésité accru pour les enfants dans les familles où les parents maîtrisent mal la consommation alimentaire, où les repas sont moins souvent ou rarement pris en famille, où l'on regarde la télévision pendant les repas, où l'on consomme fréquemment des en-cas ou dans lesquelles la mère se soumet épisodiquement à des régimes pour perdre du poids. Il existe également un lien entre l'obésité chez les enfants et un statut socioéconomique modeste de la famille, ainsi que le fait d'être dans une famille monoparentale.

Figure 9. Proportion d'énergie provenant de matières grasses et de fruits et de légumes chez les hommes et les femmes de plusieurs pays d'Europe. Données provenant d'études individuelles, 1992-2004



Note : les études sur la consommation de légumes en France et en Norvège portaient uniquement sur les femmes.

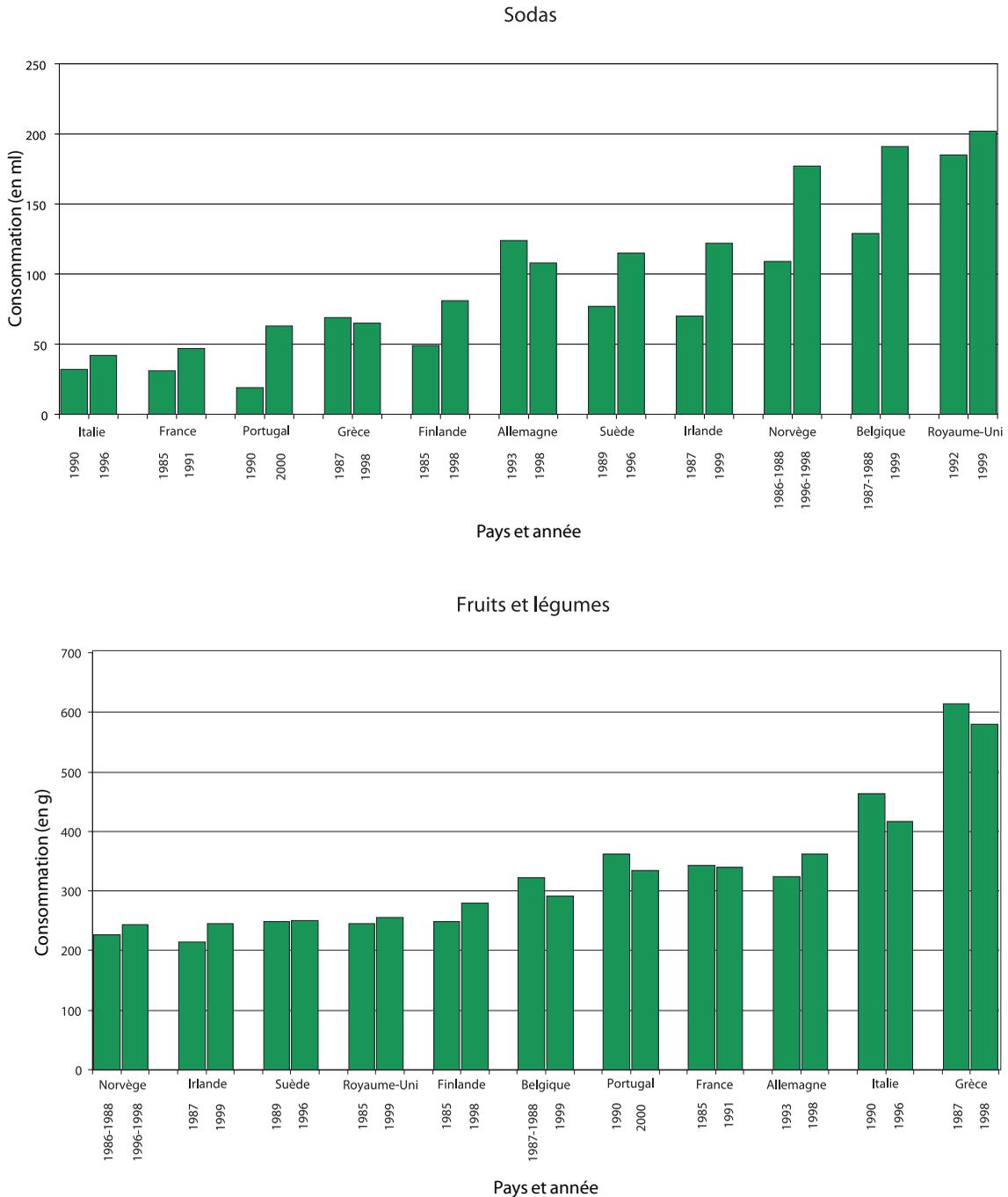
Sources : Elmadfa & Weichselbaum (53), Harrington et al. (70), Centre néerlandais de nutrition (71), Agudo et al. (54), de Vriese et al. (72).

Malgré les nombreuses occasions de se restaurer en dehors du foyer familial, l'importance de ce dernier doit être absolument prise en compte.

L'école

À l'école, le cadre de consommation d'aliments englobe les repas scolaires, les distributeurs et autres sources de nourriture dans l'établissement, l'attitude adoptée par rapport aux aliments amenés à l'école et le fait que

Figure 10. Tendances dans la disponibilité moyenne de sodas et de fruits et légumes dans les ménages par personne et par jour de plusieurs pays d'Europe



Source : DAFNE Data Food Networking (73).

l'eau potable soit ou non disponible gratuitement. Certaines bases factuelles montrent que le cadre scolaire influence la consommation de nourriture et est susceptible de promouvoir de mauvaises habitudes alimentaires favorisant l'apparition de l'obésité chez les étudiants. Des constatations fiables semblent également indiquer que les programmes optant pour une approche globale à l'école, ce qui suppose une harmonisation des politiques

alimentaires avec les politiques éducatives et l'activité physique, ainsi qu'une participation des parents et des élèves à l'élaboration des politiques, peuvent déboucher sur une amélioration des habitudes alimentaires. Il a été démontré que les mesures prévoyant la diffusion d'informations et l'offre d'incitations tarifaires influencent les choix alimentaires (les incitations tarifaires sont particulièrement efficaces), mais les changements ne se sont pas maintenus après suppression des incitations (74).

Le lieu de travail

L'arrivée sur le marché du travail s'associe à un style de vie parfois propice à la prise de poids. Il existe un nombre limité de données scientifiques concernant les facteurs qui, sur le lieu de travail, influencent les habitudes alimentaires favorables à l'apparition de l'obésité ; il peut notamment s'agir d'une diminution de l'activité physique pratiquée régulièrement tous les jours et de la sélection d'aliments et de repas disponibles dans les cantines et les cafétérias de l'usine ou du bureau. D'autre part, le lieu de travail peut être le cadre de programmes préventifs visant l'adoption d'habitudes alimentaires saines. Les activités d'information combinées à l'amélioration des services de restauration et à la promotion de l'exercice physique présentent un énorme potentiel.

Détaillants du secteur alimentaire

Les incitations provenant du marketing influencent fortement les comportements d'achat en matière alimentaire (voir l'évocation du marketing et de la publicité pages 23 et 24 ci-dessous). Pour les ménages à bas revenus, notamment, les choix alimentaires peuvent être influencés par des stratégies de prix et par l'accessibilité de magasins de quartier et de supermarchés, qui, à son tour, dépend de l'emplacement des détaillants et des services de transport disponibles tant dans les zones urbaines que rurales. Dans certains pays, l'expression « déserts alimentaires » est désormais utilisée pour décrire les zones ou les régions mal desservies.

Établissements de restauration

Dans de nombreuses sociétés, manger à l'extérieur de chez soi est de plus en plus en vogue. Certaines bases factuelles établissent un lien entre le fait de manger souvent au restaurant et/ou dans des établissements de restauration rapide et l'absorption de davantage de calories et de graisses chez les adultes et les adolescents. De plus, certains éléments montrent que la présence d'établissements de restauration rapide et de restaurants est associée à une forte prévalence d'obésité localement.

Qu'est-ce qui détermine le cadre de consommation ?

Les observations réalisées à propos du foyer, de l'école, du lieu de travail et des autres cadres de vie doivent être replacées dans leur contexte. Plus précisément, le marché de l'alimentation s'organise d'après de nombreux facteurs, dont les articles les plus facilement disponibles, les politiques agricoles et commerciales, le prix des aliments et leur étiquetage. En Finlande et en Norvège, il a été démontré que des interventions menées dans la production, la distribution et la fixation des prix influencent les modes de consommation et induisent une amélioration de la santé des populations.

Disponibilité des aliments

Le fait que les aliments à forte densité énergétique sont de plus en plus répandus serait l'un des principaux moteurs de l'épidémie d'obésité. Au fur et à mesure que les revenus augmentent et que les populations s'urbanisent, les sociétés subissent une « mutation nutritionnelle » caractérisée par un passage de régimes à base de céréales et de légumes à des régimes riches en graisses et en sucres, à un nombre croissant de repas consommés en dehors du foyer et à une plus forte proportion d'aliments transformés.

Les changements survenus dans les systèmes de production alimentaire, le transport, les modes de transformation et le conditionnement ainsi que la taille des portions favorisent la consommation d'aliments hautement énergétiques, mais peuvent aussi permettre de se procurer plus facilement des fruits et légumes. Les possibilités

d'achats alimentaires sont nombreuses et disponibles 24 heures sur 24, et les produits les plus accessibles sont justement ceux dont la teneur énergétique est la plus élevée.

Cette mutation nutritionnelle passe par les multinationales de production et de distribution, qui pénètrent sur de nouveaux marchés. Celles-ci implantent des marques et élaborent des stratégies à l'échelle mondiale. Il naît donc une demande suscitée par les producteurs.

Politique agricole et commerciale

Des politiques agricoles telles que la politique agricole commune de l'Union européenne encouragent la production de sucre, de matières grasses et d'huiles, de viande et d'alcool à faible coût grâce à des subventions et d'autres mesures, tout en limitant l'approvisionnement en fruits et légumes.

Les excédents alimentaires (comme ceux de beurre, par exemple) ont été à l'origine d'initiatives de marketing visant à augmenter la consommation, ce qui a entraîné une consommation intérieure excessive et une distorsion des échanges internationaux, avec des effets sanitaires négatifs tant dans les pays à haut qu'à bas revenus.

Des objectifs et recommandations en matière nutritionnelle formulés à l'échelle paneuropéenne, notamment sur les sucres, les graisses, l'alcool, les fruits et les légumes, pourraient servir à influencer les mesures stratégiques relatives à la production agricole, aux échanges commerciaux, aux secteurs de la transformation et de la distribution (y compris les services de restauration), ainsi qu'au marketing.

Prix des aliments

Dans de nombreux pays de la Région européenne, les prix réels des aliments n'ont jamais été aussi bas. Dans la plupart de ces pays, la part de l'alimentation dans le budget des ménages diminue sans cesse. Les personnes à revenus modestes sont cependant plus sensibles au prix que celles qui ont des revenus plus élevés, et elles réagissent donc davantage aux modifications sur ce plan.

Étiquetage des aliments

En général, les consommateurs trouvent que le système actuel d'étiquetage des aliments est déroutant, mais réagissent bien aux brefs messages signalant les articles sains et aux symboles nutritionnels présents sur la nourriture. Une expérience préliminaire réalisée au Royaume-Uni a permis de conclure que la mise en évidence de la composition en macronutriments des aliments transformés par un système d'indication ou de repère peut mieux orienter le choix des consommateurs. Les informations relatives aux effets sur la santé peuvent aussi faciliter ce choix.

Les associations de consommateurs voudraient que l'étiquetage nutritionnel soit obligatoire dans toute l'Union européenne ; les éléments nutritifs signalés devraient être ceux qui ont le plus d'importance pour la santé publique. Un étiquetage obligatoire incite l'industrie alimentaire à élaborer des produits plus sains.

Marketing et publicité de produits alimentaires

Comme cela a été évoqué plus haut, les choix alimentaires dépendent d'une série de facteurs extérieurs, dont le prix, la disponibilité en magasin et des informations adéquates sur les produits, ainsi que les préférences et valeurs culturelles personnelles. Dans le cadre de leurs activités promotionnelles, les producteurs d'aliments et de boissons peuvent exploiter tous ces facteurs : les prix (par exemple offres spéciales et remises), le degré de distribution (par exemple les nombreux magasins de détail où les aliments très énergétiques et pauvres en nutriments sont commodément placés à la caisse), l'information (manière générale via la publicité et, de manière spécifique, par exemple, via les messages revendiquant une valeur pour la santé et les informations d'ordre nutritionnel fournies sur l'étiquette), les goûts personnels (par exemple l'usage de colorants ou d'arômes dans les aliments) et les valeurs culturelles (par exemple le recours à la participation de célébrités et de personnalités du monde sportif pour la promotion de produits).

Selon l'OMS (75), les bases factuelles relatives à la nature et au caractère avéré des liens entre le régime alimentaire et les maladies non transmissibles ont été étudiées, et les effets nocifs d'un marketing intensif pour les

aliments à forte densité énergétique et les établissements de restauration rapide ont été qualifiés de « probables » ou de « convaincants ». Le thème du marketing des aliments et des boissons non alcoolisées à l'adresse des enfants a été abordé récemment dans le cadre d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS (76). On a pu conclure que la promotion commerciale des aliments et boissons à haute densité énergétique et pauvres en micronutriments pouvait affecter l'état nutritionnel des enfants.

Un marketing intensif d'aliments à forte densité énergétique, pauvres en éléments nutritifs, peut faire obstacle au choix d'une vie saine. Quoique les politiques appliquées actuellement ciblent l'effet du marketing sur les enfants, elles doivent aussi prendre en compte les adultes. En effet, la capacité de ces derniers à opérer des choix alimentaires sains ou à résister au marketing ne les protège peut-être pas complètement des dommages que de telles pratiques commerciales peut justement infliger à la santé.

Dans le cadre de plusieurs études, il a été observé que la grande majorité des publicités pour aliments, surtout celles qui sont présentées durant les programmes télévisés pour enfants, encouragent la consommation d'aliments et de boissons à forte densité énergétique. Une analyse systématique des bases factuelles scientifiques réalisée en 2003 pour la *United Kingdom Food Standards Agency* (77) a conclu qu'il est suffisamment avéré que la publicité influence la consommation globale de certaines catégories d'aliments et le choix d'une marque plutôt que d'une autre. Dans le cadre d'une étude menée en 2006 par le *United States Institute of Medicine* (78), il a été clairement établi que la publicité a un impact à court terme sur le régime alimentaire des enfants de 2 à 11 ans, et certaines bases factuelles indiquent des effets à long terme sur des enfants âgés de 6 à 11 ans. Dans la même étude, des données statistiques fiables ont permis d'observer un lien entre une exposition plus importante à la publicité télévisée et l'obésité chez des enfants de 2 à 11 ans et des adolescents de 12 à 18 ans. Plus les enfants sont exposés à la publicité télévisée pour les aliments à haute densité énergétique, plus ils sont sujets à une surcharge pondérale, et certaines bases factuelles indiquent un lien ténu entre la publicité pour des aliments plus sains et une réduction de la prévalence d'un excédent de poids (79).

De nouvelles formes de publicité échappant au contrôle parental et ciblant directement les enfants sont de plus en plus exploitées. Parmi celles-ci, on trouve la promotion par Internet (par le biais de jeux interactifs, de téléchargements gratuits, de blogues et de chatterbots), par SMS (messages envoyés sur le téléphone portable des enfants), par une promotion à l'école primaire et maternelle et par la publicité pour des marques figurant sur les documents et le matériel pédagogique. De nouvelles formes de publicité envahissent les espaces publics, comme les annonces publicitaires sur écran dans les transports en commun et les panneaux publicitaires électroniques interactifs.

Au cours de la décennie écoulée, le marketing pour aliments et boissons s'est intensifié rapidement dans la partie orientale de la Région européenne et s'est accompagné d'importants investissements directs de l'étranger dans le secteur « alimentation et boissons » de cette région, notamment pour ce qui est des confiseries, des boissons gazeuses et des en-cas.

Les moteurs socioéconomiques de l'obésité

La section intitulée « Prévalence de l'obésité : fluctuations socioéconomiques » (pages 12 et 13) fait état d'une prévalence accrue de la surcharge pondérale et de l'obésité au sein des groupes de population à bas revenus ou à faible niveau d'éducation. Les populations à faible statut socioéconomique sont plus largement exposées aux déterminants de l'obésité dans leur cadre de vie, et sont moins à même de lutter contre les influences obésogènes.

Il semble y avoir un rapport entre un statut socioéconomique modeste et les signes indicateurs d'un mauvais régime alimentaire associés à l'obésité, comme une consommation moindre de fruits et de légumes frais, des taux d'allaitement au sein moins élevés et une absorption plus importante d'aliments à haute densité énergétique. Des études menées dans des pays à revenu élevé démontrent que les adultes et les enfants jouissant d'un statut socioéconomique plus modeste ont tendance à être plus sédentaires que les personnes au statut socioéconomique élevé, ce qui peut être dû au fait qu'ils ont moins accès, par manque d'infrastructures et d'argent, à des installations et à des activités, moins de loisirs et un savoir moins vaste, ainsi qu'une attitude moins positive quant aux bienfaits de l'exercice (80).

Dans les pays moins développés sur le plan économique, il se peut que la majeure partie de la population souffre d'une forte insécurité quant à son approvisionnement alimentaire (une grande partie des revenus des ménages est consacrée à l'achat de nourriture) et vive une transition nutritionnelle. Il est possible que les emplois demandant une dépense physique importante et les activités domestiques traditionnelles soient remplacés par des comportements plus sédentaires. L'urbanisation est susceptible d'exposer davantage les populations à des produits alimentaires à haute densité énergétique et pauvres en nutriments, d'intensifier le marketing de tels produits, d'amener les gens à moins marcher et de multiplier les loisirs sédentaires.

Des systèmes de surveillance doivent être mis au point pour l'observation des déterminants de l'obésité. Ces systèmes seront sensibles aux effets exercés sur les groupes vulnérables, tels que ceux qui connaissent des privations d'ordre socioéconomique et ceux qui sont aux tous premiers stades de leur vie.

Des mesures devraient également être prises afin de mettre au point un mécanisme d'évaluation simple et comparable de l'alimentation et de l'activité physique, deux facteurs contribuant à l'épidémie d'obésité. En effet, il est scientifiquement prouvé que la majorité des Européens ont besoin de modifier leurs habitudes à ce niveau.

Les comparaisons internationales indiquent qu'au moins dans les 50 pays au niveau de développement le plus élevé, la prévalence de l'obésité (et du diabète de type 2) est à mettre en corrélation avec le degré d'inégalité présent dans la société (mesuré d'après des indicateurs tels que le coefficient de Gini) plutôt qu'avec le niveau absolu de revenus ou d'éducation (81). Ceci semble démontrer que le climat social peut avoir une influence sur la manière dont les individus perçoivent leur capacité à améliorer leur santé et renforcer leur sens de la fatalité dans ce domaine.

Un statut socioéconomique faible n'augmente pas seulement le risque d'obésité, mais peut aussi trouver son origine dans l'obésité. Plusieurs études ont mis en lumière le fait que l'obésité limite le nombre de relations sociales entre adolescents et diminue la popularité au sein d'un groupe d'enfants ou d'adolescents, favorise les absences scolaires et réduit le niveau de réussite à l'école, entrave les perspectives d'emploi, ce qui accroît la probabilité d'exercer un emploi à salaire plus bas ou d'être au chômage (82). Ainsi, l'isolement social, un niveau moins élevé d'éducation et des revenus plus bas peuvent renforcer la corrélation entre un statut socioéconomique modeste et l'obésité.

Obésité et santé mentale

Certains déterminants sociaux de l'obésité, comme la pauvreté et la précarité locale, sont également associés à des troubles mentaux comme la dépression et la schizophrénie. En effet, les problèmes de santé mentale sont aussi de véritables facteurs de risque pour l'obésité, et il existe des liens particulièrement évidents entre, d'une part, certains troubles tels que la dépression (83) et la schizophrénie (84,85) et, d'autre part, l'obésité (86). Certains médicaments prescrits pour lutter contre les problèmes mentaux peuvent en outre induire une prise de poids (87,88).

En outre, il a été clairement démontré qu'il existait une relation entre la baisse de l'estime de soi et l'obésité (89), notamment chez les enfants et les adolescents (90). Les filles obèses sont d'ailleurs plus enclines à souffrir de graves problèmes émotionnels et de sensation d'impuissance (91).

Plusieurs études cliniques et locales font état d'un lien entre dépression et obésité. Les enfants et les adolescents atteints de troubles dépressifs graves courent davantage le risque de développer une surcharge pondérale, et les personnes obèses désireuses de suivre une cure d'amaigrissement peuvent accuser des taux élevés de troubles de l'humeur. Si l'obésité est associée à de graves troubles dépressifs chez les femmes, les recherches menées au niveau des populations indiquent que la majorité des personnes atteintes de surpoids et d'obésité ne souffrent cependant pas de troubles de l'humeur (92).

Étude des déterminants de l'obésité : prochaines étapes

Des mesures doivent être prises afin de l'on dispose de données comparables sur la consommation alimentaire et les niveaux d'activité physique, deux facteurs contribuant à l'épidémie d'obésité. Il est en effet scientifiquement prouvé que la majorité des Européens doivent changer leurs habitudes à cet égard. Les systèmes de surveillance doivent être sensibles aux effets exercés par ces déterminants sur les groupes vulnérables, tels que ceux qui

connaissent des privations d'ordre socioéconomique et ceux qui sont à leurs premiers stades de vie. Des données ventilées en fonction du sexe, du groupe ethnique et de la catégorie sociale s'imposent par conséquent.

Il importe également de mieux appréhender les déterminants de la consommation alimentaire dans différents contextes sociaux et groupes de population, ainsi que les déterminants des modifications des habitudes alimentaires par rapport aux facteurs environnementaux qui exercent un impact sur l'approvisionnement. Pareillement, les facteurs environnementaux qui encouragent la pratique d'une activité physique plus soutenue doivent faire l'objet d'une analyse plus approfondie.

Le rôle des facteurs protégeant la santé, tels que la résilience émotionnelle, la bonne santé mentale et l'aide sociale, doivent aussi faire l'objet, entre autres, d'études de cas.

Il faut examiner de façon plus approfondie la dynamique du système alimentaire, en particulier dans les marchés en expansion d'Europe orientale, et analyser l'évolution de l'approvisionnement alimentaire, notamment en ce qui concerne le prix et la disponibilité de différents produits. Le fonctionnement du marché peut en effet largement contribuer à la santé publique, si les problèmes d'asymétrie de l'information ou de coûts externes pour la société sont adéquatement pris en compte.

Il est nécessaire de mettre en place un système de surveillance active des pratiques commerciales dans différents pays d'Europe, eu égard notamment à la publicité sur les aliments et les boissons non alcoolisées ciblant les enfants.

3. Les bases factuelles sous-tendant les interventions de lutte contre l'obésité

Principaux messages

- Il s'est avéré difficile d'établir des bases factuelles standard pour une prévention efficace de l'obésité. Il n'est guère aisé de mener des essais randomisés contrôlés dans les populations ouvertes, et la plupart des essais contrôlés se déroulent dans des lieux qui présentent d'énormes possibilités de contrôle et de manipulation (par exemple écoles, centres sanitaires et lieux de travail). Dès lors, le cadre de l'étude fausse les bases factuelles sur lesquelles se fondent les politiques.
- Les interventions de prévention de l'obésité menées à l'école, sur le lieu de travail et au niveau local se sont avérées modérément efficaces. Les interventions dans des contextes tels que des groupes d'âge scolaire ou préscolaire doivent porter à la fois sur les services d'alimentation, l'éducation à la santé, l'éducation physique, le jeu et le sport, et donner aux participants voix au chapitre en ce qui concerne l'élaboration des politiques.
- À moins d'être soutenues par des interventions à macro-échelle (par exemple dans l'étiquetage, le prix et la disponibilité des aliments), les interventions à micro-échelle sont susceptibles d'avoir peu d'effet.
- Il existe beaucoup d'occasions de promouvoir l'activité physique en tant que partie intégrante de la vie quotidienne dans toute une série de cadres, notamment à l'échelon des localités et collectivités, et ce de manière efficace et pour un coût moindre. La promotion de l'exercice physique requiert de faire participer différents secteurs, d'acquérir la capacité de s'assurer leur soutien et de centrer les interventions non plus sur l'individu, mais sur une population.
- Les bases factuelles non standard, comme les exemples provenant d'autres domaines de la santé publique, les études de modélisation et les recommandations émanant de comités d'experts, doivent être également prises en compte dans la formulation de stratégies d'intervention efficaces visant à s'attaquer aux déterminants du comportement alimentaire situés en amont.
- Les stratégies de fixation des prix peuvent influencer les comportements d'achat, ce qui laisse entendre qu'une intervention à caractère fiscal pourrait raisonnablement être incluse dans une politique de lutte contre l'obésité. Les politiques de taxation et de fixation des prix ont contribué à prévenir et à maîtriser la consommation de tabac et d'alcool, quoiqu'il puisse s'avérer plus complexe de mettre en œuvre des politiques de prix pour la nourriture ou ses principaux ingrédients.

Introduction

Les bases factuelles sur la prévention de l'obésité et la mise au point de moyens efficaces pour améliorer les habitudes sur le plan de l'alimentation et de l'exercice physique s'accumulent rapidement. Ce chapitre fait la synthèse d'un examen récent de la littérature et des recommandations formulées à l'occasion de consultations d'experts. Les bases factuelles en faveur d'interventions à l'échelle des individus, des localités et des communautés (micro-interventions) sont plus étoffées que celles qui portent sur les interventions auprès de toute la population (macro-interventions) comme les règlements relatifs à la fixation des prix alimentaires ou à la promotion des aliments, quoique ces dernières soient plus susceptibles d'influencer toute la population et dépendent moins des ressources des ménages ou des communautés locales pour leur mise en œuvre.

S'efforçant de répondre aux critères de fiabilité escomptés dans les essais cliniques, les chercheurs ont choisi de mener leurs essais sur l'obésité dans des cadres – tels que les écoles et les centres de santé – qui peuvent être

contrôlés et manipulés pour montrer la nature et l'ampleur des effets de l'intervention. Cependant, ce choix de cadre a faussé les bases factuelles. D'autres formes de bases factuelles ne dépendant pas de cadres fortement contrôlés doivent être prises en considération et introduites dans l'évaluation des interventions.

Par ailleurs, il convient d'apporter beaucoup de soin à la définition des effets des interventions. Quoique l'impact de certaines mesures soit déterminé d'après la prévalence de l'obésité ou un indice tel que l'IMC, les effets d'autres interventions sont envisagés d'après un quelconque déterminant comportemental tel que les choix alimentaires ou le niveau d'activité physique. Dans tous les cas, l'évaluation est difficile, notamment si les participants y procèdent eux-mêmes.

Les bases factuelles peuvent être dérivées d'études expérimentales et de l'évaluation de programmes ou de politiques menées, mais peuvent également résulter d'une extrapolation d'estimations réalisées à l'aide de modèles (par exemple dans le cadre d'analyses économiques ou de la transposition des effets d'un programme à toute une population) ou être obtenues grâce à l'expérience acquise en tentant de gérer d'autres problématiques de santé publique (par exemple, le tabagisme) ou l'expérience acquise par des scientifiques, des personnes de terrain et des décideurs quant aux effets de certaines mesures sur les mutations sociales.

Les conclusions de ce chapitre montrent que, quoique l'on ne dispose pas de bases factuelles dérivées de l'expérience de stratégies d'intervention efficaces, de nombreuses interventions présentent un bon potentiel d'efficacité. Il existe suffisamment de bases factuelles justifiant des mesures immédiates, et de nouvelles démarches innovatrices par rapport à la prévention, avec adaptation au contexte local et mise en œuvre de nouvelles recherches, peuvent améliorer l'efficacité des politiques.

Les interventions à micro-échelle

Les interventions en faveur de la santé peuvent s'inscrire dans trois contextes classiques : les services de santé (services familiaux, cliniques spécialisées et travailleurs de la santé actifs au sein de services de proximité) ; les écoles et autres établissements d'intérêt public (pour des interventions à caractère éducatif et concret) et les lieux de travail (également pour des interventions à caractère éducatif et concret). Parmi les autres cadres d'intervention possibles, on trouve ceux qui façonnent les comportements en matière de santé, comme les cadres fournis par les exploitants poursuivant des buts économiques (par exemple magasins et restaurants) pour cibler le consommateur, et les cadres fournis par les planificateurs et concepteurs (par exemple routes, parcs et bâtiments), pour cibler les usagers.

Les cadres les plus habituels pour les essais contrôlés sont les écoles, où des interventions précises (par exemple sessions éducatives, services d'approvisionnement en aliments et séances d'activité physique) peuvent faire l'objet de mesures et où le mode d'organisation de l'étude peut garantir des résultats d'un certain degré de validité scientifique. Parmi d'autres cadres susceptibles d'accueillir des interventions contrôlées, on trouve les collectivités préscolaires, les établissements de soins de santé et les lieux de travail.

Le fait de choisir ces cadres, qui sont ceux qui se prêtent au mieux à des essais contrôlés, a limité les informations disponibles pour les décideurs et suscité la crainte que les politiques fondées sur des bases factuelles pourraient avoir une portée trop réduite. Se fonder sur leurs résultats pour définir des politiques pose de sérieux problèmes : les interventions menées dans le cadre de l'école, de collectivités et de lieux de travail ont été critiquées parce qu'elles n'ont pas de caractère durable (il est rarement fait état d'effets à long terme), ne peuvent être transposées et nécessitent beaucoup de moyens. De plus, la plupart des interventions de ce type ont eu peu ou pas d'effets préventifs sur la surcharge pondérale, et seulement des effets limités sur les déterminants de l'obésité, tels que les habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique.

La famille

Selon une revue de la littérature en préparation, l'efficacité des interventions à l'adresse des enfants âgés de 2 à 5 ans, de leur famille et de leur entourage reste incertaine (93) quand il s'agit d'aider les individus à conserver leur poids santé ou à prévenir la surcharge pondérale ou l'obésité. Les études examinées laissent cependant

entendre que, si de petits changements sont possibles, les interventions sont plus susceptibles d'être efficaces si elles visent spécifiquement la prévention de l'obésité (plutôt que la modification des habitudes alimentaires et des comportements en matière d'activité physique), et si elles sont intensives, onéreuses, ciblées et adaptées aux besoins des individus. Pareillement, l'efficacité des interventions familiales visant des enfants plus âgés n'a pu être déterminée. Les interventions menées au sein de la famille en vue de prévenir l'obésité des adolescents risquent cependant d'aboutir à des résultats moins probants.

Le milieu scolaire et préscolaire

Une étude de l'efficacité des interventions visant à promouvoir l'alimentation saine et équilibrée en milieu préscolaire (enfants âgés de 1 à 5 ans) a permis de conclure que, si l'impact positif de ces interventions sur les connaissances nutritionnelles avait été souvent démontré, leurs effets sur le comportement alimentaire avaient été en revanche moins fréquemment évalués et les résultats à cet égard étaient donc peu cohérents (94). Il n'existait aucune donnée permettant de mesurer les effets à long terme des interventions sur les connaissances ou les comportements.

Cependant, l'efficacité de la prévention de l'obésité en milieu scolaire a été clairement démontrée lorsque la stratégie d'intervention portait sur l'ensemble de l'établissement considéré. En effet, il est alors possible d'influencer les habitudes de consommation par les changements modestes, quoiqu'importants, apportés par les enfants à leurs choix alimentaires (par exemple, consommation accrue de fruits et de légumes ainsi que réduction générale de la consommation de matières grasses). On notera cependant que les filles sont en général plus promptes à réagir aux interventions menées au niveau de la classe que les garçons. Les « clubs petit déjeuner » organisés à l'école influencent favorablement les comportements, la consommation alimentaire, la santé, les contacts sociaux, la concentration et l'apprentissage, ainsi que les présences et la ponctualité. Ces initiatives peuvent revêtir une importance particulière, non seulement parce que l'obésité est plus fréquente chez les familles socioéconomiquement défavorisées, mais aussi parce que leur impact peut atteindre les familles présentant un risque d'exclusion sociale ou déjà victimes d'une telle exclusion.

Un certain nombre de bases factuelles ont démontré l'efficacité des interventions visant la mise en place, dans le cadre scolaire, d'un programme intense d'éducation alimentaire qui exploite les stratégies multimédias (exigeant néanmoins d'importantes ressources humaines et financières supplémentaires), afin d'aider les enfants à conserver leur poids santé. Les interventions axées sur l'activité physique ont donné des résultats similaires, quoique variables. Les interventions intéressantes et innovatrices pour les enfants (comme les clubs de danse) et celles visant à limiter le temps passé devant la télévision, le magnétoscope et les jeux vidéo s'avèrent aussi efficaces à cet égard. Chez les jeunes enfants, les interventions les plus probantes sont celles qui portent sur un seul aspect de l'alimentation équilibrée (comme la consommation de fruits et de légumes), et qui ont recours à diverses stratégies en vue de promouvoir les messages véhiculant les bonnes habitudes alimentaires et d'accroître, par la même occasion, la disponibilité des denrées saines. En revanche, chez les enfants plus âgés, les facteurs de réussite dans ce domaine sont moins évidents. Parmi les quelques autres bases factuelles étayant l'efficacité de la prévention de l'obésité à l'école, il convient de mentionner la politique adoptée globalement dans les écoles en ce qui concerne les en-cas apportés par les élèves, la présence de magasins de fruits, et la promotion de la marche et du vélo pour se rendre à l'école.

Il existe peu de bases factuelles prouvant l'efficacité des interventions visant la promotion de la consommation de fruits à l'école et susceptibles d'exercer un impact sur les familles les plus défavorisées. Peu de bases factuelles viennent également prouver l'utilité de certaines initiatives comme, par exemple, l'installation de distributeurs proposant des aliments ou repas plus équilibrés dans les écoles.

Les programmes de prévention de l'obésité, notamment ceux ciblant les enfants et les adolescents, doivent intégrer les stratégies habituelles de perte de poids avec une revalorisation de l'estime de soi et l'adoption de comportements sains à l'égard du corps. Il importe également d'éviter un dérèglement des habitudes alimentaires des enfants associé au développement des troubles de l'alimentation (20). Les programmes de prévention mis

en place à l'école doivent être d'une portée générale et éviter, par la même occasion, que la lutte contre l'obésité ne provoque un accroissement de la stigmatisation envers les enfants en surcharge pondérale ou du risque de troubles de l'alimentation (95).

Le lieu de travail

Les stratégies ciblant les adultes sur le lieu de travail sont multiples : éducation alimentaire, prescription de séances d'aérobic ou d'exercice physique intense, formation en techniques de comportement, informations pratiques, prescription alimentaire spécifique et exercice de groupe ou sous supervision. Si les données disponibles n'apportent aucune preuve tangible quant à l'efficacité des efforts déployés sur le lieu de travail pour lutter contre la surcharge pondérale et l'obésité, elles peuvent cependant encourager les employeurs à mettre en place de tels programmes. La littérature scientifique met l'accent sur des interventions combinant des instructions sur une alimentation plus saine à une stratégie structurée visant à accroître l'activité physique dans le cadre professionnel (96). Les interventions menées sur le lieu de travail dans le domaine des maladies chroniques et de la prise en charge des facteurs de risque se sont avérées efficaces aux États-Unis. Elles ont notamment permis de réaliser des économies en termes de coûts de soins de santé (gain moyen de 3,5) et d'absentéisme (gain moyen de 5,8) (97).

Au niveau de la population locale

Parmi les stratégies plus imaginatives adoptées au niveau local ou des collectivités, il convient de mentionner :

- une information améliorée et un accès accru aux choix alimentaires plus favorables à la santé (par exemple, accès accru aux grandes surfaces et meilleur approvisionnement des magasins locaux, création de coopératives d'alimentation, cafés communautaires, clubs de production alimentaire) ;
- des activités de promotion de la santé visant l'amélioration des connaissances et des compétences (par exemple, visite de supermarchés, cours de cuisine et de dégustation) ;
- une amélioration de l'infrastructure et de la sécurité pour les piétons et les cyclistes ;
- des programmes de distribution de bons et de coupons (par exemple, pour la piscine de quartier).

Les promotions offertes par les supermarchés semblent améliorer efficacement les habitudes alimentaires à court terme, surtout si elles s'accompagnent d'informations.

Le tableau 2 montre plusieurs exemples d'essais contrôlés de prévention de l'obésité chez les enfants ayant prouvé leur efficacité. Les interventions liées à une modification de l'alimentation ont porté leurs fruits chez de jeunes enfants grâce à des programmes exploitant les stratégies multimédia employées en marketing (vidéos, jouets, personnages de bandes dessinées, etc.) et recourant à des modèles positifs et négatifs clairement définis (98).

Les interventions à macro-échelle

Jusqu'à présent, les interventions politiques n'ont pas été suffisamment convaincantes, se sont concentrées sur des facteurs pris isolément ou ont exhorté un sens de la responsabilité personnelle par le biais de campagnes d'information. Plusieurs comités d'experts ont admis que, pour être efficace, toute intervention devait être la conjonction de politiques et de programmes basés sur les populations, de réglementations et d'actions, et s'inscrire dans le cadre d'une stratégie de santé publique coordonnée à long terme. Elle requiert des changements du style de vie à grande échelle, et les effets ne deviendront visibles qu'au terme d'une durée suffisamment longue.

Si les mesures macroéconomiques et les interventions menées par les autorités publiques ont été efficaces dans le cas du tabac et de l'alcool, on ne peut en dire autant dans le domaine de la nutrition. On dispose, par conséquent, de peu d'exemples permettant d'en évaluer l'impact. En Pologne, la restructuration de l'économie a entraîné une diminution de la consommation de graisses animales, la promotion des huiles végétales et l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes (43). Certains programmes pilotes nationaux, comme ceux notamment menés en Finlande afin de lutter contre les maladies cardiovasculaires, ont montré l'efficacité de la combinaison

Tableau 2. Exemples d'essais contrôlés et évalués de prévention de l'obésité chez les enfants

Pays et intervention	Conclusions
Autriche : intervention à caractère éducatif à l'école professionnelle PRESTO, avec des enfants âgés de 10 à 12 ans (étude-pilote) (99)	Amélioration des connaissances sur la nutrition, notamment chez les élèves obtenant de bons résultats scolaires. Pas de modification de l'IMC.
Crète (Grèce) : étude prospective sur l'éducation à la santé dans le cadre scolaire, enfants âgés de 6 à 12 ans (100,101)	L'IMC s'est amélioré dans le groupe étudié par rapport au groupe témoin, quoique les IMC des deux groupes aient augmenté au cours de la période, avec un accroissement du nombre d'enfants en surpoids.
Danemark : intervention d'une durée de deux ans : conseils aux familles, planification des achats et des repas (102)	Les enfants ont perdu du poids.
Allemagne : étude de prévention de l'obésité à Kiel (KOPS), intervention en milieu scolaire pendant huit ans avec des enfants âgés de 5 à 7 ans au départ (103)	Amélioration des connaissances sur la nutrition et l'exercice physique, moins de temps passé devant la télévision. Indices d'adiposité réduits (plis cutanés, pourcentage de masse grasseuse) par rapport au groupe témoin.
Allemagne : Programme StEP TWO en milieu scolaire avec des enfants âgés de 7 à 9 ans (104)	Pourcentage réduit d'augmentation de l'IMC, réduction de la tension artérielle systolique.
Israël : intervention multidisciplinaire combinée et structurée avec des enfants et des adolescents (105)	Baisse du poids corporel, diminution de l'IMC et meilleure condition physique, notamment lorsque les parents n'accusaient pas de surpoids.
Royaume-Uni : « Be Smart » : intervention auprès des 5 à 7 ans en milieu scolaire et familial (106)	Amélioration des connaissances sur la nutrition et consommation accrue de fruits et de légumes. Pas de changement significatif quant à la prévalence de l'obésité.
Royaume-Uni : « MAGIC » : programme en milieu préscolaire (enfants de 3 à 4 ans) de 12 semaines pour accroître l'activité physique (étude-pilote) (107)	Augmentation de l'activité physique allant jusqu'à 40 %. Pas d'informations sur les changements en ce qui concerne l'adiposité.
Royaume-Uni : « APPLES » : intervention en milieu scolaire avec des enfants âgés de 7 à 11 ans (108,109)	Amélioration des habitudes alimentaires. Pas de changement au niveau de l'exercice physique ou de l'IMC.

entre une démarche d'éducation à la santé (avec campagnes multimédias) et des changements structurels tels que les politiques de fixation de prix, les mesures de soutien à l'agriculture, l'étiquetage des aliments et des interventions concernant la restauration collective.

Il existe d'autres exemples en dehors d'Europe. En Chine, la maîtrise pondérale, la réduction de la consommation de sel et d'alcool et l'accroissement de l'activité physique ont induit une baisse de la tension artérielle dans le cadre de programmes de proximité (43).

En fonction de ces suggestions, les objectifs des interventions de lutte contre l'obésité peuvent être élargis jusqu'à faire participer l'industrie de la transformation des aliments (les fabricants d'aliments, exploitants de services de restauration et détaillants qui contrôlent une grande partie de la production agricole et déterminent la qualité de la majeure partie des aliments consommés), les autorités locales, les écoles et les lieux de travail ainsi que les mass médias, les organisations non gouvernementales (ONG), les groupements de pression et les législateurs.

Promotion de l'activité physique

Tout comme la promotion des aliments sains, les stratégies visant à promouvoir l'activité physique englobent non seulement les démarches classiques telles que les infrastructures de sports et de loisirs, les écoles, les lieux de travail et les centres de santé, mais aussi la planification des transports, la régulation de la circulation et la conception des bâtiments et du milieu urbain.

Des bases factuelles solides démontrent que l'éducation physique en milieu scolaire avec des professeurs d'éducation physique mieux formés, les démarches globales sur le lieu de travail, les incitations à l'emploi des escaliers ainsi que l'aménagement ou l'amélioration de l'accès aux lieux où peut être pratiquée une activité physique, avec sensibilisation par l'information, peuvent favoriser cette dernière (110). Des bases factuelles de qualité démontrent aussi que les interventions facilitant les modes de déplacement actifs (par exemple la marche et le vélo) augmentent le niveau d'exercice physique. Il y aurait en outre un lien entre les caractéristiques environnementales telles qu'on les perçoit et qu'elles sont objectivement déterminées – qualités esthétiques, commodité (trottoirs), accès (espaces verts), sécurité – et une augmentation de l'activité physique.

Par conséquent, la combinaison de stratégies informationnelles, comportementales, sociales, environnementales et politiques peut s'avérer efficace quand il s'agit d'encourager la pratique de l'activité physique.

Instruments économiques

Plusieurs auteurs ont suggéré le recours éventuel à des instruments économiques pour influencer directement les habitudes de consommation alimentaire ou l'activité physique. L'une des démarches possibles est d'appliquer des incitations économiques négatives à l'obésité elle-même, comme d'imposer des primes d'assurance santé plus élevées aux personnes obèses. Cela augmenterait les inégalités en matière de santé et serait particulièrement injuste étant donné les différences existant entre les individus quant à la prédisposition génétique à l'obésité. Une autre démarche consiste à offrir des incitations fiscales, par exemple, aux employeurs qui proposent des conseils diététiques ou des infrastructures pour l'activité physique, ou aux autorités locales qui aménagent des pistes cyclables et améliorent l'accès à des espaces verts.

Une taxation spéciale des aliments à haute densité énergétique et pauvres en éléments nutritifs et des subventions en faveur des aliments sains ont également été envisagées. Des bases factuelles probantes indiquent qu'une intervention sur les prix influence les habitudes de consommation, et qu'il est possible de recourir à ce moyen pour améliorer l'alimentation de la population, quoiqu'il faille veiller à ce que les changements de prix réduisent les inégalités socioéconomiques plutôt que de les accroître.

Une étude longitudinale du prix des aliments et de la consommation alimentaire en Chine a révélé que l'augmentation du prix des aliments peu sains allait de pair avec une diminution de la consommation de ces aliments (111). Aux États-Unis, les programmes visant à réduire le prix des aliments sains ont permis d'augmenter leur consommation de 78 % (43). Il est également établi que la tarification exerce une puissante influence sur l'achat de produits du tabac et d'alcool.

Des études de modélisation ont indiqué que l'augmentation du prix des composants alimentaires tels que les graisses, les graisses saturées et les sucres par le biais de mesures fiscales plutôt que l'augmentation des prix des aliments transformés, combinée à des subventions en faveur des aliments riches en fibres réduirait la consommation des composants alimentaires taxés ainsi que l'apport énergétique global. Des études de courte durée, menées principalement dans les écoles et sur les lieux de travail, ont fourni des preuves directes du fait que la réduction du prix des fruits, des légumes et autres en-cas sains stimule l'achat de ces aliments et boissons (74).

Même si l'imposition de taxes ou l'octroi de subsides n'entraîne pas de changement de comportement immédiat, le fait d'adopter ces mesures proclame clairement la valeur de ces aliments et leur impact sur la santé – en fait, la menace d'une taxation pourrait, en elle-même, être un signal aux producteurs pour qu'ils revoient la composition de leurs produits. Les sociétés d'investissement ont déjà averti les grandes entreprises alimentaires que celles-ci pourraient courir un risque commercial si elles misent trop sur une gamme limitée d'aliments pauvres en éléments nutritifs et à haute densité énergétique (112).

Tenir compte du contexte

L'efficacité des mesures dépend fortement du contexte dans lequel elles s'inscrivent. Les politiques alimentaires à l'école, par exemple, sont différentes selon que l'école prévoit ou non un service de repas et fait payer ou non ces repas. Les interventions visant à promouvoir la consommation de fruits et de légumes peuvent être inefficaces s'il

est difficile de se procurer des fruits et légumes frais ou si leur coût est prohibitif. Les interventions visant à intensifier l'usage de la bicyclette dans les villes où des pistes cyclables ont été aménagées dans les rues, avec un code de la route en faveur des cyclistes, comme à Copenhague et à Amsterdam, se distinguent des interventions dans les villes où le vélo n'est pas promu par l'aménagement urbain ou par les règlements.

Pour être efficaces, les stratégies de lutte contre l'obésité doivent tenir compte des différences culturelles. Dans certaines cultures, des niveaux d'obésité sont acceptables, voire considérés comme désirables, tandis que d'autres cultures ont beaucoup de préjugés envers les personnes obèses, ce qui peut influencer les enfants comme les adultes. En outre, le soutien apporté à l'activité physique des enfants est également sujet à des différences d'ordre culturel, notamment en ce qui concerne les filles. Les programmes visant à prévenir l'obésité ne doivent pas entraîner de pratiques d'amaigrissement malsaines ou de comportements à risque tels que le tabagisme en vue de la maîtrise pondérale. Il faut introduire des mesures visant à limiter la prévalence de l'obésité en mettant l'accent sur des comportements et des activités sains plutôt que sur un poids ou une apparence idéalisée.

Certains enfants et parents peuvent résister à l'introduction de mesures telles que les politiques menées en milieu scolaire pour changer le contexte alimentaire. L'analyse des meilleures pratiques révèle que les publics ciblés doivent participer à la planification des mesures. Une modification des pratiques en vigueur à l'école, par exemple, peut porter plus de fruits si tous les acteurs concernés (enfants, personnel et parents) interviennent dans les différentes étapes de la planification. C'est particulièrement important si leur collaboration est nécessaire pour la mise en œuvre des propositions. De telles constatations rejoignent les principes des chartes d'Ottawa et de Bangkok pour la promotion de la santé (113,114).

Au-delà des bases factuelles acquises par l'expérience

En l'absence de bases factuelles acquises par l'expérience et établissant l'efficacité des interventions menées pour prévenir l'obésité, d'autres données peuvent être prises en compte.

Les analyses économiques peuvent permettre, en effet, une extrapolation des bases factuelles. À titre d'exemple, des estimations réalisées à l'aide de modèles ont démontré que dans 20 ans, l'étiquetage précisant la composition nutritive des aliments permettrait une économie des dépenses de santé de l'ordre de 1 milliard d'USD en Australie, de 2,7 milliards aux États-Unis et de 5 milliards au Canada (43). Selon une étude de modélisation réalisée au Danemark sur la manière dont les ménages appartenant à diverses catégories socioéconomiques réagiraient à la fluctuation des prix des aliments, même des changements minimes apportés aux taxes sur la valeur ajoutée pouvaient améliorer dans des proportions différentes le régime alimentaire des personnes pauvres (115).

Des données parallèles, c'est-à-dire des bases factuelles applicables à d'autres domaines de la santé publique utilisant des stratégies similaires, mettent en évidence l'efficacité des mesures d'ordre législatif, comme le contrôle des pratiques de marketing ciblant les enfants ou l'apposition obligatoire d'informations nutritionnelles sur l'emballage des produits alimentaires. De telles démarches se sont avérées efficaces contre l'exposition à la fumée du tabac, pour la promotion de l'usage de la ceinture de sécurité dans les véhicules, pour la restriction de la promotion des substituts au lait maternel et la réduction de la consommation d'alcool chez les jeunes.

Les avis d'experts constituent également des recommandations utiles. Ils peuvent également porter sur des groupes cibles, des cadres et des démarches qui ne se prêtent pas à des essais contrôlés mais dont d'autres types de bases factuelles ont établi l'importance pour combattre le risque d'obésité au sein de la population. Dans le cadre de consultations d'experts de l'OMS (1,75), des recommandations ont été formulées quant à des mesures de prévention contre la surcharge pondérale et l'obésité. Toutes ont évoqué la nécessité d'envisager des mesures auprès de la population et de s'attaquer aux déterminants qui dictent les choix alimentaires et les niveaux d'activité physique plutôt que de se contenter de supposer que les gens doivent, chacun pour eux, améliorer leur alimentation et faire plus d'exercice.

Plusieurs initiatives en cours se déroulent en dehors de cadres contrôlés scientifiquement, mais montrent ce qui est faisable et politiquement acceptable. Elles pourraient être considérées comme dignes d'être adoptées en attendant une évaluation complète. Le tableau 3 en montre des exemples.

Tableau 3. Exemples de mesures, politiques et pratiques innovatrices en Europe, pouvant contribuer à prévenir l'obésité

Pays	Interventions ou politiques
Danemark	Programme Six par jour (116) : augmentation de la consommation de fruits sur le lieu de travail et à l'école.
France	Taxe sur les publicités télévisées pour les sodas. Interdiction des distributeurs dans toutes les écoles.
Allemagne	Autorité de contrôle pour les publicités à l'école.
Grèce	Les chaînes de restauration rapide n'ont pas le droit d'exploiter des magasins d'alimentation ou des cantines à l'école.
Grèce et Écosse (Royaume-Uni)	Normes nutritionnelles pour les repas scolaires.
Irlande, Suède	Contrôle des publicités pour enfants à la télévision.
Kazakhstan	Réseau Écoles-santé (117) : participation de 300 établissements scolaires.
Norvège	Congé d'allaitement (118) (98 % des femmes allaitent à la sortie de la maternité ; 90 % allaitent pendant trois à quatre mois ; 75 % des femmes allaitent encore à six mois).
Fédération de Russie	Culture de légumes sur les toits (119) : à Saint-Petersbourg, quelque 15 jardins en terrasse contribuent grandement à l'approvisionnement en fruits et légumes des communautés locales dans les zones à bas revenus.
Suède	Repas scolaires offerts gratuitement sur la base de recommandations facultatives.
Suisse	Les entreprises donnent des conseils aux membres du personnel sur les problèmes de poids de leurs enfants.
Royaume-Uni	<p>« Water is Cool in School » (L'eau à l'école, c'est top) (120) : plusieurs écoles ont installé des distributeurs d'eau et proposent gratuitement des bouteilles d'eau à tout enfant de l'école. Cela a contribué à limiter les perturbations durant les cours et à améliorer la concentration.</p> <p>Pédibus – à pied à l'école (121) : des adultes accompagnent les enfants au sein d'un groupe qui se rend à l'école via un itinéraire précis, avec ramassage de passagers supplémentaires en route.</p> <p>« Fighting Fat, Fighting Fit », campagne télévisée ciblant l'ensemble de la population (122) : bons pourcentages de sensibilisation, mais le message sur le style de vie a moins porté chez les groupes à faible niveau d'instruction et chez les minorités ethniques. Le degré de participation a été faible, même chez les groupes cibles.</p> <p>Manger des fruits et des légumes pour obtenir une piscine à l'école.</p> <p>À l'école, remplacement des distributeurs de boissons par un bar à lait.</p> <p>Subventions à l'utilisation de centres sportifs par les écoles locales.</p> <p>Les enfants quittant l'école en voiture doivent attendre dix minutes avant de pouvoir partir.</p> <p>Taxe sur la vente d'aliments « de luxe ».</p>

Élaborer des bases factuelles pour mener des interventions efficaces : prochaines étapes

De nouvelles méthodes d'évaluation des bases factuelles et du rapport coût-efficacité doivent être mises au point afin de permettre la sélection d'interventions judicieuses. Les estimations du coût devront être fondées sur les informations relatives aux moyens requis pour mener des interventions.

Les politiques à élaborer doivent tenir compte des limites de l'approche traditionnelle des bases factuelles ; il faut également accepter que les mesures de santé publique comportent des risques (caractère incertain des résultats) et que le degré de rendement (effet des mesures) soit variable. Par exemple, si l'on ne dispose pas d'assez de preuves directes, fiables, pour introduire des contrôles sur le marketing d'aliments pauvres en éléments nutritifs et à haute densité énergétique auprès des enfants ou pour intervenir dans les marchés par des mesures fiscales pour modifier les habitudes de consommation, suffisamment d'indices permettent de penser que ces mesures présentent un potentiel important dans le cadre d'un portefeuille d'options visant à lutter contre l'obésité et à promouvoir une meilleure santé.

Comme les responsables politiques peuvent choisir, malgré l'absence de bases factuelles concluantes, de recourir à des instruments relevant de l'économie ou de la politique sociale, ces mesures devraient être soumises à une évaluation prospective et continue. Les instruments d'ordre économique doivent faire l'objet d'une évaluation tenant non seulement compte de leur influence sur la consommation de certains aliments, mais aussi de leur capacité à modifier le rapport entre l'apport énergétique et les dépenses d'énergie.

Le contexte des politiques peut promouvoir une vie active par toute une série de mécanismes. Certains sont propres à des domaines spécifiques, comme les budgets du transport et la gestion de la circulation, ou l'aménagement urbain et la politique du logement ; d'autres sont interdisciplinaires, comme les politiques des soins de santé prévoyant des incitations et des conseils en faveur de l'activité physique. Il importe également de documenter les interventions et les stratégies innovatrices qui se sont avérées efficaces dans d'autres contextes socioculturels.

4. Prise en charge et traitement de l'obésité

Principaux messages

- Des bases factuelles de haute qualité indiquent l'efficacité de régimes basses calories pour le traitement de l'obésité chez les adultes. Limiter les graisses dans l'alimentation semble être une méthode efficace pour faire baisser la densité énergétique ; un rapport a été établi entre cette mesure et une perte de poids spontanée.
- Des bases factuelles de haute qualité montrent qu'une activité physique accrue est efficace pour maintenir une perte de poids globale modeste et procure d'autres bienfaits sanitaires. Toutefois, un régime à lui seul semble plus efficace que l'exercice seul pour perdre du poids.
- À ce jour, aucune preuve ne confirme une efficacité au-delà de deux ans ou des bienfaits à long terme compensant les risques de santé inhérents.
- Le traitement des risques de santé connexes et des complications existantes est aussi important que la gestion de l'obésité.
- Les enfants peuvent tirer profit d'un contrôle du régime alimentaire, mais plusieurs conséquences négatives peuvent aussi se présenter à défaut de prendre des précautions, par exemple perte de masse maigre, ralentissement de la croissance et aggravation des troubles de l'alimentation. On opte de préférence pour des régimes visant au maintien du poids (avec conseils diététiques) dans le cas de tous les enfants, sauf ceux qui sont très obèses, jusqu'après la puberté. Pour les enfants très ou modérément obèses avec complications, on recommande un régime basses calories équilibré à base d'aliments facilement disponibles.
- L'efficacité d'une thérapie contre l'obésité peut être renforcée par une diminution de l'inactivité, plus de marche et l'élaboration d'un programme d'activités. Même lorsque ces mesures ne réduisent pas l'obésité, elles peuvent, chacune individuellement, faire diminuer la morbidité.
- La participation des parents aux programmes de traitement est nécessaire pour une perte de poids effective, tant chez les jeunes enfants que – dans une moindre mesure – chez les adolescents.

Introduction

Les précédents chapitres ont porté sur la nécessité de mesures et d'interventions populationnelles pour prévenir l'obésité.

Celui-ci aborde les principes de son traitement. Comme le risque accru de morbidité est déjà présent chez les individus pré-obèses, la perte de poids devrait être recommandée même dans le cas d'un excès de poids modéré afin d'empêcher le développement d'une forme plus prononcée de surpoids.

Les mesures amenant une perte de poids chez les adultes peuvent rapidement porter leurs fruits. Par exemple, la perte de poids chez les femmes entraîne une réduction de la mortalité dans les deux premières années, et des améliorations supplémentaires sont enregistrées au niveau des facteurs de risque dus à un mauvais état de santé et à des complications résultant d'autres maladies. Toutefois, une perte de poids efficace, à la fois chez les adultes et les enfants, requiert des moyens et l'investissement en temps de multiples professionnels, et même en cas de réussite, il peut être difficile de se maintenir à long terme au poids atteint.

La perte de poids ne devrait pas être le seul objectif d'un traitement contre l'obésité. Celui-ci doit aussi viser à limiter les risques pour la santé et les complications dues à d'autres maladies éventuellement présentes. Par ailleurs, les médecins et les patients doivent être conscients du fait que l'on ne suit pas un traitement uniquement pour une courte période, mais pour une période prolongée.

Une présélection de groupes de population peut être envisagée si des services de suivi efficaces sont disponibles et accessibles, de préférence en cas d'évaluation de plusieurs facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles.

Application de mesures : population adulte

Un changement de mode de vie est susceptible d'entraîner une perte de poids minime à moyenne chez les adultes. Les médecins dispensant des soins primaires ont un rôle à jouer en donnant des conseils sur le régime alimentaire et l'activité physique, s'ils ont reçu une formation spécifique sur les problèmes de la pré-obésité. Les centres spécialisés sont, en revanche, mieux placés pour prodiguer des conseils et assurer le suivi des patients dans des cas plus graves.

Traitement par la diététique

Des bases factuelles de haute qualité indiquent l'efficacité de régimes basses calories pour le traitement de l'obésité. Limiter les graisses dans l'alimentation semble être une méthode efficace pour faire baisser la densité énergétique ; un rapport a été établi entre cette mesure et une perte de poids spontanée.

Lorsque la réduction recommandée de l'apport énergétique est modeste (environ 2,5 MJ (600 kcal) par jour) il peut en résulter un meilleur respect du régime conseillé ; cette option de maîtrise du poids a donc été préconisée. Les bases factuelles indiquent également que les régimes pauvres en graisses, combinés ou non à une réduction de l'apport énergétique, sont des mesures à long terme efficaces. Des régimes très pauvres en calories sont efficaces pour une perte de poids importante, mais sont généralement réservés aux personnes souffrant d'obésité grave (IMC supérieur ou égal à 35) et de maladies connexes justifiant une perte de poids rapide. Les bases factuelles indiquent que les régimes très pauvres en calories ne sont pas plus efficaces à long terme pour le contrôle du poids que les stratégies diététiques plus modérées.

Plusieurs régimes non équilibrés sont préconisés par des professionnels de santé ayant rarement les qualifications adéquates, voire même par les médias. Ces régimes devraient être découragés, surtout s'ils se prolongent, dans la mesure où ils peuvent provoquer des carences nutritives.

Activité physique

Des bases factuelles de haute qualité montrent qu'une activité physique accrue est efficace pour maintenir une perte de poids globale modeste. Toutefois, un régime à lui seul semble être plus efficace que l'exercice seul. La prescription d'exercices physiques par les médecins dispensant des soins primaires a été conseillée dans certains pays.

Thérapie comportementale

Le fait de combiner des techniques de thérapies comportementales avec d'autres mesures visant la perte de poids est efficace sur une période d'un an. Il existe peu de bases factuelles étayant l'efficacité d'un prolongement d'une thérapie comportementale au-delà de cette période.

Traitement pharmaceutique

Si les médicaments contre l'obésité contribuent à augmenter la proportion de sujets enregistrant une perte de poids modeste pendant une période pouvant aller jusqu'à deux ans, ils doivent s'accompagner d'un traitement par la diététique et provoquent des effets secondaires. Des bases factuelles peu nombreuses confirment une efficacité au-delà de cette période, et quelques bases factuelles confirment une réduction à long terme en ce qui concerne les incapacités et la mortalité. Au Royaume-Uni, le *National Institute for Clinical Excellence* a émis des recommandations technologiques sur la sibutramine (123) et l'orlisat (124), deux des médicaments les plus communément utilisés. Les pays ont adopté des approches différentes quant à la mise à disposition de ces traitements par le biais de leurs systèmes de remboursement.

Interventions chirurgicales

Les opérations chirurgicales visant à lutter contre l'obésité sont les seules mesures ayant fait leurs preuves pour le maintien d'une perte de poids à long terme (plus de 10 ans) chez des patients gravement obèses. Cette perte de poids s'accompagne de retombées positives importantes au niveau métabolique, notamment d'une diminution de l'incidence du diabète de type 2.

La chirurgie est efficace pour le traitement de l'obésité lorsque toutes les autres méthodes non chirurgicales se sont soldées par un échec. Il s'agit cependant d'une intervention particulièrement onéreuse présentant un risque de mortalité de 0,5 %. La mise en place de tout service requiert des équipes multidisciplinaires adéquatement formées pour opérer et assurer un encadrement à long terme.

Traitement des problèmes de santé connexes

Les comorbidités associées à l'obésité doivent être prises en compte, et le dépistage pour d'autres facteurs de risque tels que la consommation d'alcool et le tabagisme devrait aussi être réalisé. Le traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité, qui doit faire intervenir des professionnels de la santé adéquatement formés, nécessite non seulement qu'il y ait perte de poids, mais aussi que les complications de santé connexes soient gérées. Le traitement des risques de santé connexes et des complications existantes est aussi important que la gestion de l'obésité. Trop souvent, le traitement des risques ou complications est différé parce que l'on croit, à tort, qu'une baisse de poids apportera suffisamment de retombées positives. Des cas de frénésie alimentaire, conjuguée à la présence de troubles mentaux, ont été associés à un traitement peu concluant de l'obésité (20) ; les professionnels de la santé et de la santé mentale doivent en être conscients, et effectuer un dépistage des troubles mentaux même si les premiers symptômes ne laissent pas présager ce genre de problème (20,21).

Application de mesures : enfants et adolescents

L'analyse des traitements de l'obésité appliqués aux enfants et adolescents a montré que, lorsqu'il y a perte de poids, plusieurs facteurs connexes doivent également s'améliorer, mais qu'une perte de poids effective, durable, est difficile à obtenir. Les stratégies appliquées dans le cas des enfants et des adolescents sont généralement conçues pour combattre une nouvelle augmentation de poids et pour gérer les maladies connexes et en adoucir les manifestations.

La motivation est essentielle : si l'enfant ou un parent influent n'est pas motivé, les chances de réussite sont faibles. Il se peut que les médecins doivent se familiariser avec les techniques visant à susciter et à renforcer la motivation des enfants et de leur famille.

Par rapport aux plus jeunes enfants, les adolescents sont moins susceptibles d'accepter un régime très contrôlé à la maison ou à l'école : le pourcentage d'abandons est plus élevé chez eux et l'éventail des stratégies auxquelles ils recourent pour éviter le traitement et faire des déclarations inexacts est plus large. Les adolescents risquent de ne pas trouver leur place entre les services pédiatriques et les services pour adultes et, refusant d'être traités « comme des enfants », de ne pas se présenter aux rendez-vous. De nouvelles stratégies, comme celles qui font intervenir une communication par Internet, une plus grande participation des adolescents dans l'élaboration de leurs propres programmes de lutte contre l'obésité et des tactiques d'encadrement par des camarades, doivent être étudiées.

Traitement par la diététique

Un contrôle du régime alimentaire peut avoir des retombées positives, et ce sur plusieurs plans, mais peut également entraîner plusieurs conséquences négatives, par exemple perte de masse maigre, ralentissement de la croissance et aggravation des troubles de l'alimentation. On opte de préférence pour des régimes visant au maintien du poids (avec conseils diététiques) dans le cas de tous les enfants, sauf ceux qui sont très obèses, jusqu'à la puberté. Pour les enfants très ou modérément obèses avec complications, on recommande un régime équilibré pauvre en énergie à base d'aliments facilement disponibles.

Activité physique

L'efficacité d'une thérapie contre l'obésité peut être renforcée par une diminution de l'inactivité, plus de marche et l'élaboration d'un programme d'activités. Même lorsque ces mesures ne réduisent pas l'obésité, elles peuvent, chacune individuellement, faire diminuer la morbidité. Les stratégies d'augmentation de la dépense énergétique font intervenir une intensification de l'activité physique et, dans le cadre d'une tactique distincte, la lutte contre les comportements sédentaires tels que regarder la télévision. Des mesures simples, par exemple empêcher les enfants de trop regarder la télévision, de visionner des cassettes vidéo et de jouer à des jeux vidéo, peuvent grandement contribuer à réduire la surcharge pondérale chez les enfants.

Le type d'exercice effectué (un exercice qui s'inscrit dans le cadre de la vie quotidienne, avec jeux, natation, sports, danse et vélo plutôt que des exercices programmés d'aérobic) semble également important pour assurer le caractère durable de la perte de poids. Ces deux formes d'exercice contribuent à la perte de poids au stade initial, mais les enfants et les adolescents sont plus susceptibles de continuer à faire de l'exercice à long terme si celui-ci fait partie intégrante de la vie quotidienne. L'activité physique, ainsi que d'autres formes de traitement, peuvent être prescrites par le médecin.

Encadrement psychologique et familial

La famille de l'enfant a une influence sur l'alimentation et les activités habituelles de ce dernier, et tout traitement efficace doit en tenir compte. La participation des parents aux programmes de traitement est nécessaire pour une perte de poids effective, tant chez les jeunes enfants que – dans une moindre mesure – chez les adolescents. Les médecins doivent prendre note des obstacles potentiels à une participation des parents au traitement de leur enfant. Il est possible que certains parents, pour des motifs culturels ou psychologiques, ne perçoivent pas l'obésité de leur enfant. Dans d'autres familles, il se peut que les parents se rendent compte que l'enfant est obèse, mais nient que cela ait de quelconques conséquences.

Les formes de thérapie comportementales et psychologiques qui contribuent à augmenter l'activité physique et à mettre l'accent sur des habitudes alimentaires saines sont considérées comme valables pour la réussite à long terme du traitement des enfants et adolescents obèses. Dans le cas des enfants en âge préscolaire, l'enseignement en groupe est plus important que le traitement individuel, et toute la famille doit participer. Au moment où les enfants atteignent la puberté, ils créent leurs propres groupes et réseaux sociaux, et un traitement individualisé peut s'avérer plus approprié. Parmi les formes de traitement possibles, on trouve une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie familiale, des écoles spécialisées et un traitement en hôpital, surtout s'ils souffrent également de problèmes de santé mentale (à l'origine ou comme conséquence de la prise de poids). Des bases factuelles ont en outre prouvé l'efficacité relative des démarches comportementales et psychoéducatives (125-127).

Traitement en milieu hospitalier

Dans certaines circonstances, les interventions peuvent être considérées comme plus efficaces si elles sont menées dans un environnement plus contrôlé, en recourant à une combinaison programmée de mesures thérapeutiques pour s'attaquer à toute la gamme des effets sanitaires de l'obésité. Il vaut mieux réserver les programmes en hôpital aux enfants plus âgés qui peuvent accepter de séjourner en dehors du logement familial et peuvent constituer des réseaux sociaux avec des camarades suivant le même programme.

Traitement pharmaceutique

Plusieurs thérapies médicamenteuses pour adultes ont été envisagées dans le cas des adolescents, mais la plupart d'entre elles doivent encore parvenir au stade de l'agrément. Tant que des données plus étoffées ne sont pas disponibles sur la sécurité et l'efficacité des médicaments visant la perte de poids, ceux-ci ne devraient être administrés aux adolescents et aux enfants que dans le cadre d'expériences.

Interventions chirurgicales

Les interventions chirurgicales ne sont pas encore recommandées pour les enfants et adolescents souffrant de formes d'obésité courantes. Le caractère sûr et efficace des traitements chirurgicaux n'a pas encore été suffisamment établi pour ces groupes de patients, et il convient d'essayer d'autres mesures d'abord. La chirurgie ne devrait être envisagée que lorsque tout le reste a échoué, lorsque les enfants ont atteint le poids d'un adulte et lorsqu'il y a des complications graves pouvant mettre leur vie en danger.

Prise en charge et traitement de l'obésité : prochaines étapes

La dispensation de conseils sur le mode de vie, eu égard à l'alimentation et à l'activité physique, peut entraîner une réduction du poids corporel à un coût raisonnable. Une étude récente a permis d'indiquer que l'on pouvait obtenir une perte de poids de l'ordre de 5 % après une année à un coût d'environ 150 euros par patient (128).

Peu de professionnels des soins de santé ont reçu une formation en matière de nutrition et d'activité physique, ou d'objectifs réalistes quant à la perte de poids, et le traitement de l'obésité est fréquemment entamé sans que le patient ne puisse profiter d'un programme global de gestion du style de vie. La situation peut donc grandement être améliorée en ce qui concerne l'élaboration de meilleures formations pour les professionnels chargés de soigner les personnes obèses ou d'assurer des services d'encadrement : les médecins, les conseillers familiaux, les spécialistes de l'activité physique, les diététiciens et les gestionnaires de cabinets médicaux qui devront peut-être coordonner des interventions à domicile.

Le dépistage de l'obésité dans l'enfance peut avoir un intérêt lorsque les sujets obèses subissant l'examen sont prêts à faire l'objet d'un bilan plus approfondi et à procéder aux changements nécessaires pour atteindre un poids correct pour la santé, lorsqu'un bilan plus approfondi est possible au sein de la collectivité concernée ou que d'autres infrastructures requises pour le traitement y sont disponibles, et lorsque des programmes d'intervention et activités de suivi efficaces sont accessibles aux enfants chez lesquels une obésité a été diagnostiquée.

Les systèmes de santé doivent gérer d'innombrables enfants et adultes en surcharge pondérale, qui ne souffrent pas seulement de problèmes de poids, mais aussi d'autres troubles associés tels que le diabète de type 2 et les coronaropathies. Dès lors, les ministères de la Santé et organismes professionnels doivent envisager de relever le défi qui consiste à savoir comment s'occuper au mieux de tant de gens qui pourraient tirer profit d'un bilan et d'une gestion des soins de santé. Les médecins se considèrent souvent comme étant déjà débordés par la charge de leur travail clinique, de sorte que les démarches innovatrices doivent être envisagées avec le concours d'autres membres du personnel soignant pour évaluation, gestion et suivi. En outre, les services spécialisés dispensant des traitements et comprenant des équipes multidisciplinaires devraient couvrir un territoire adéquat avec des délais d'attente acceptables. Il s'agit d'un défi de première importance, qu'aucun système de santé national n'a encore réussi à relever de façon cohérente.

5. Élaboration de politiques pour la lutte contre l'obésité

Principaux messages

- Si les pays ont fait des progrès en matière de sensibilisation, et si un nombre croissant d'entre eux ont lancé des politiques et des plans d'action ces dernières années, aucun n'a encore réussi à maîtriser l'épidémie d'obésité.
- Les pays et organismes internationaux doivent d'urgence investir davantage dans la lutte contre l'obésité. Les enfants, les jeunes et les groupes à faible statut socioéconomique représentent les groupes prioritaires. Une attention particulière doit être accordée aux femmes étant donné l'importance de l'empreinte métabolique, de leur rôle en tant que dispensatrices de soins et de leur vulnérabilité à certains stades de leur existence.
- L'examen de l'énoncé des principes nationaux a révélé une conscience de la nécessité de disposer d'un large portefeuille d'options stratégiques faisant intervenir plusieurs secteurs et toute une série d'acteurs concernés.
- Les ministères de la Santé doivent admettre que le moteur de l'épidémie d'obésité se situe dans d'autres secteurs ; dès lors, ils doivent prendre la tête d'un mouvement et guider les opérations pour assurer que tous les acteurs concernés sur le plan national participent aux efforts globaux d'amélioration de l'alimentation et du niveau d'activité physique pour prévenir l'obésité.
- Une évaluation sur le plan sanitaire et économique est nécessaire dans chaque pays pour illustrer la dimension du problème et susciter une mobilisation intersectorielle. Il convient de parvenir à un consensus au sein des autorités publiques et des ministères quant à l'importance du problème, à ses déterminants et aux acteurs à qui il appartient d'améliorer conjointement la situation.
- Chaque ministère influençant les déterminants de l'obésité doit interagir avec une foule d'intervenants du secteur privé, public et civil aux niveaux national, régional et local afin de formuler des mesures pouvant être appliquées en pratique.
- Une démarche basée sur des investissements, qui tient compte des risques (caractère incertain des résultats) et permet des retombées à différents niveaux (effets de l'intervention), constitue un modèle utile pour l'élaboration de politiques.
- Pour promouvoir la demande d'aliments sains et leur approvisionnement, on peut notamment intervenir en élaborant et en améliorant les principes directeurs nationaux en matière d'alimentation, en mettant en œuvre des mesures de régulation des prix, en imposant des normes alimentaires et en soutenant les groupes socialement défavorisés pour qu'ils aient accès à des aliments sains, en allégeant les pressions exercées sur les enfants par le marché grâce à une réglementation de la publicité avec l'obtention de la collaboration des médias et des fournisseurs d'accès à Internet, en assurant l'éducation dans le domaine nutritionnel et en améliorant l'étiquetage, en encourageant l'allaitement maternel, en améliorant les propriétés nutritionnelles des aliments par une réduction de leur teneur en sucre, en sel et en graisses saturées, en évitant les incitations à la production de matières grasses, de sucre et d'alcool, et en promouvant la culture et la commercialisation de fruits et de légumes, en fournissant une nourriture saine dans les écoles et en améliorant les services de restauration, y compris sur les lieux de travail.
- Des mesures pour la promotion de l'activité physique dans la population : rendre plus accessibles, à moindre coût, les lieux et infrastructures où pratiquer une activité physique ; promouvoir le transport impliquant une activité physique en toute sécurité, notamment pour les navettes vers les écoles et lieux de

travail ; adapter les lieux de travail pour mieux motiver à une activité physique ; stimuler les modifications de l'environnement urbain destinées à encourager l'activité physique ; communiquer avec le public ; améliorer les programmes d'activité physique dans les écoles, et promouvoir les loisirs actifs et les séances de consultation individuelles par des professionnels de la santé.

- L'évaluation d'impacts sur la santé est un outil précieux pour encourager les politiques intersectorielles en vue de la prévention de l'obésité.
- La participation de nombreux acteurs concernés est un élément capital dans l'élaboration de stratégies innovatrices destinées à relever les défis de la prévention et de la prise en charge de l'obésité. Des intervenants extérieurs au secteur de la santé peuvent jouer un rôle clé dans le réajustement des politiques de santé publique.
- Les acteurs concernés ne partagent pas tous un engagement très affirmé envers les objectifs de la santé. Par conséquent, des méthodes et des arguments plus efficaces sont nécessaires afin de s'allier le soutien d'autres secteurs en les sensibilisant davantage, d'une part, au rôle que ceux-ci peuvent jouer et, d'autre part, aux bienfaits qu'ils peuvent tirer des efforts visant à faciliter et à promouvoir les régimes alimentaires équilibrés et l'activité physique. Des propositions visant à légiférer ou à réglementer, plutôt que de ne se fier qu'à une participation facultative, peuvent conférer plus de poids à la démarche axée sur ces acteurs et uniformiser les règles du jeu à l'adresse des opérateurs économiques.
- Les ONG et les fédérations professionnelles peuvent soutenir valablement les politiques et assurer une mise en réseau, ainsi que d'autres services, pour promouvoir les politiques et assurer leur suivi.
- Le suivi et l'évaluation constituent un outil essentiel pour juger des progrès enregistrés grâce aux politiques et fournir une occasion de faire le point. Des moyens et des délais suffisants doivent être mis en place afin de mener des évaluations efficaces, et l'organisme responsable du suivi et de l'évaluation doit être indépendant des intérêts politiques et commerciaux.
- Pour soutenir les politiques nationales, il est nécessaire d'intervenir à l'échelle internationale.

Introduction

Si les pays ont fait des progrès en matière de sensibilisation, et si un nombre croissant d'entre eux ont lancé des politiques et des plans d'action ces dernières années, aucun n'a encore réussi à renverser la tendance des taux d'obésité en hausse. La propagation rapide de cette problématique requiert des solutions et des structures innovatrices. Le présent chapitre évoque les principes de stratégies visant à prévenir l'obésité et les divers acteurs intervenant dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques.

Les chapitres précédents ont mis l'accent sur la nécessité d'envisager toute une série de politiques faisant intervenir des acteurs très divers dans de nombreux secteurs afin de lutter contre l'obésité à l'échelle des populations comme des individus. Un portefeuille d'investissements correspondant à la culture nationale et locale, ainsi qu'au contexte législatif, est recommandé.

Pour améliorer les habitudes alimentaires et augmenter l'activité physique, les mesures doivent initialement être axées sur la société dans laquelle sont créées les conditions d'habitudes alimentaires saines et d'une activité physique, ce qui facilite l'adoption d'un mode de vie sain. L'expérience a montré que les gens opèrent plus souvent des choix sains si le contexte environnant les y aide. La promotion de la santé axée exclusivement sur l'individu, sans influence sur les circonstances favorables à la santé dans la société, n'atteint pas les effets souhaités et peut aggraver les inégalités en matière de santé. Les acteurs concernés doivent aussi participer à la mise en œuvre des politiques, et leur contribution à l'élaboration de ces dernières peut être à la base d'un précieux soutien pour les programmes. En outre, il importe d'accorder la priorité aux zones ou aux catégories qui en ont le plus besoin, et où le gain sanitaire potentiel est optimal, comme les populations socialement défavorisées et les jeunes.

Cette démarche est citée dans la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (adoptée en 2002 dans le cadre de la résolution WHA55.23 de l'Assemblée mondiale de la santé) et dans

des initiatives régionales telles que la plate-forme de l'Union européenne relative à l'alimentation, à l'activité physique et à la santé et la présente initiative européenne de l'OMS pour la lutte contre l'obésité.

Il est nécessaire d'adopter une stratégie basée sur un portefeuille d'investissements comprenant une série de mesures intersectorielles, prises à différents niveaux, en tenant compte des contextes culturels et économiques.

Les résultats de la mise en œuvre de la politique doivent être évalués, ce qui requiert un suivi continu des indicateurs de l'obésité et de ses déterminants, comme par exemple les habitudes alimentaires et les niveaux d'activité physique. Les résultats de ce contrôle doivent servir de base à une évaluation régulière des instruments de la politique et de leur mise en œuvre. Cette évaluation de la politique doit être entreprise par des organismes indépendants d'intérêts commerciaux et politiques, comme par exemple un observatoire indépendant de l'obésité, un conseil de la nutrition ou un établissement de santé publique possédant un mandat pour formuler des recommandations de politique.

Cadres d'action internationaux existants

Plusieurs instruments stratégiques internationaux conçus récemment se sont attaqués aux principaux facteurs de risque de l'obésité : les régimes alimentaires nuisibles pour la santé et la sédentarité.

La **Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé** (129) est un catalogue d'options politiques formulées à l'attention des pouvoirs publics et autres acteurs concernés. Les recommandations d'ordre technique sont fondées sur de solides bases factuelles provenant de diverses sources scientifiques, et les recommandations d'ordre stratégique ont été élaborées sur la base de considérations relatives aux politiques, aux finances, aux infrastructures de santé, au personnel et autres observations pratiques. Le but est que les pays et les autres intervenants décident des options stratégiques les mieux adaptées au contexte local. En dépit des preuves éclatantes d'une aggravation rapide de l'épidémie de maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque identiques dans toutes les parties du monde (sauf en Afrique subsaharienne), les investissements des autorités publiques et des agences internationales en vue de les combattre sont bien inférieurs aux besoins. Les pays d'Europe sont généralement plus disposés à agir que ceux d'autres parties du monde. Comme la proportion de la charge de morbidité attribuable aux maladies non transmissibles dans la Région européenne est la plus élevée au monde, les pays européens doivent par conséquent s'investir beaucoup plus.

Certaines améliorations ont été constatées en ce qui concerne les capacités nationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque habituels. Par rapport à l'évaluation mondiale de 2000-2001, plus de pays ont désormais la capacité d'élaborer des stratégies, des plans et des programmes pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, et plusieurs pays ont formulé leur propre réponse à la demande exprimée dans le cadre de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Toutefois, nombre de pays n'ont pas organisé de réaction nationale adéquate aux problèmes provoqués par les maladies non transmissibles, ni réagi aux recommandations de la Stratégie mondiale.

Dans le secteur privé, certains changements ont eu lieu en réaction à l'élaboration et à l'adoption de la Stratégie mondiale. Les fabricants d'aliments et de boissons non alcoolisées se sont attachés à mettre au point de nouveaux produits plus sains et à donner aux consommateurs de meilleures informations sur leurs produits, des actions certes encourageantes mais qui gardent un caractère ponctuel et une envergure limitée. De nouvelles mesures à l'échelle de tout le secteur doivent être appliquées afin de généraliser ces démarches. Les ONG et organismes professionnels peuvent sensiblement influencer la mise en œuvre des objectifs de la Stratégie mondiale, et d'excellentes relations de travail ont été établies avec ces groupes.

La Commission du Codex Alimentarius, l'organisme normatif conjoint de l'OMS et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture en matière d'échanges de denrées alimentaires, a pris des mesures pour s'acquitter de son mandat de soutien à la Stratégie mondiale. Son mandat formule des spécifications relatives à l'étiquetage, aux allégations en matière de santé, à la composition et aux ingrédients des aliments, et la Commission du Codex Alimentarius étudie actuellement comment exploiter ses compétences pour renforcer la capacité du consommateur à opérer des choix sains.

La **plate-forme de l'Union européenne relative à l'alimentation, à l'activité physique et à la santé** (130) est un forum d'acteurs concernés constitué en 2005. Il regroupe des entreprises commerciales, des fédérations professionnelles, des associations de consommateurs et d'autres organisations du secteur associatif, avec la coordination de la Commission européenne. Cette plate-forme a tenu une série de réunions et d'ateliers et obtenu des participants concernés une série d'engagements qui sont actuellement examinés et évalués. Un bilan sur cette plate-forme est prévu pour 2007. Les activités de la Commission ont reçu l'appui du Comité économique et social européen, un corps consultatif composé d'acteurs économiques, de représentants des travailleurs et d'organismes du secteur associatif, qui a également formulé sa propre opinion quant à la nécessité d'adopter une approche intersectorielle dans la lutte contre l'obésité. Après le lancement de cette plate-forme, la Commission européenne a publié un livre vert sur la promotion des modes d'alimentation sains et de l'activité physique, dans le cadre d'une consultation publique sur les moyens de lutter contre l'obésité et la prévalence des maladies non transmissibles qui y sont liées dans l'Union européenne. Ce livre vert lance un appel à suggestions et idées concrètes de mesures pouvant être prises dans tous les secteurs et à tous les échelons de la société pour s'attaquer à ce grave problème et encourager les Européens à adopter un style de vie plus sain. La Commission européenne entend publier, début 2007, un rapport sur les résultats de cette consultation, en proposant des mesures concernant la nutrition et l'activité physique.

La **Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS** (131), approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2006, préconise une démarche globale qui, simultanément, favorise des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau de la population, cible activement les groupes et les individus à haut risque, maximise la couverture de la population en matière de traitement efficace, et combine une action intégrée portant sur les facteurs de risque et leurs déterminants fondamentaux dans les différents secteurs avec des efforts destinés à renforcer les systèmes de santé en vue d'une meilleure prévention et d'une lutte plus efficace.

La **Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** (132) préconise un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, suivi par l'introduction en temps utile d'une alimentation complémentaire adéquate et saine. Étant donné la relation avérée entre l'alimentation du nourrisson et le développement précoce de l'obésité, l'adoption de cette stratégie revêt une importance particulière. La Commission européenne a également publié un **Avant-projet de programme pour la promotion de l'allaitement en Europe**. Ce document atteste que le fait d'allaiter les enfants au sein les rend moins susceptibles de souffrir d'infections et de devenir obèses plus tard, que cela a des effets bénéfiques pour les mères, les familles, la collectivité, le système sanitaire et social, l'environnement et la société en général (133).

La **Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents** (134), approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2005, accorde spécifiquement la priorité à la bonne nutrition qui est essentielle à un développement en bonne santé, et met en évidence la nécessité de prévenir l'obésité chez les enfants d'âge scolaire par le biais d'actions multisectorielles.

Le **Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe** (135), approuvé en 2004, engage les pays de la Région européenne à obtenir une baisse de la morbidité résultant d'un manque d'activité physique adéquate, en favorisant des établissements humains sûrs et favorables pour tous les enfants. Il préconise notamment le renforcement des mesures de sécurité routière, un urbanisme favorable aux enfants ainsi que l'aménagement de lieux sûrs et accessibles pour les contacts sociaux, le jeu et le sport.

Le **Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE)** (136), adopté en 2002, engage les pays à élaborer des mesures visant à promouvoir la marche à pied et le vélo et à améliorer la sécurité de ces modes de déplacement, en faisant particulièrement référence aux enfants.

Politiques nationales actuellement en vigueur dans les pays de la Région européenne en matière de lutte contre l'obésité

La plupart des pays de la Région européenne de l'OMS ont élaboré des plans d'action sur la nutrition ou des stratégies de santé publique s'attaquant aux facteurs de risque de l'obésité. Cependant, rares sont ceux qui

abordent la question de l'activité physique. Une évaluation approfondie des politiques mises en œuvre en matière de nutrition, d'activité physique et de prévention de l'obésité fait l'objet d'un document de référence spécifique préparé pour la Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité (137). Voici une analyse intégrée de cette évaluation.

- La diffusion de **documents d'orientation** relatifs à l'alimentation et à la nutrition est importante dans la Région européenne, bien que leur thème principal ne soit pas toujours la nutrition, mais parfois l'activité physique, la prévention des maladies cardiovasculaires, la santé publique, le développement durable ou l'hygiène de l'environnement. La prévention de l'obésité est mise en œuvre dans le cadre d'un plan d'action spécifique contre l'obésité au Danemark, en Espagne, en Irlande, au Portugal et en Slovaquie, ou fait partie d'un plan d'action sur la nutrition ou d'une stratégie de santé publique. L'Estonie, la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Slovaquie et la Slovénie ont chacun élaboré un document distinct supplémentaire sur l'activité physique. L'élaboration d'un tel plan d'action est à l'étude en Fédération de Russie.
- Les stratégies adoptées en Arménie, en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en République de Moldova, au Tadjikistan et en Ukraine, par exemple, se concentrent particulièrement sur la nutrition et la sécurité alimentaire dans le cadre de documents nationaux ou de projets distincts tels que la prévention des carences en micronutriments et la promotion de l'allaitement maternel. La promotion de l'activité physique et la prévention de l'obésité s'inscrivent souvent dans ces stratégies.
- De nombreux pays ont non seulement énoncé des objectifs généraux, mais aussi fixé un certain nombre d'**objectifs chiffrés dans le domaine alimentaire**. Pour la surcharge pondérale, l'obésité et l'activité physique, toutefois, peu de pays ont défini des objectifs quantifiables. Le Royaume-Uni, par exemple, a fixé l'objectif d'un statu quo dans la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans pour 2010. La Bulgarie et la France ont pour buts de réduire le nombre de personnes en surpoids et obèses de 10 % et 20 %, respectivement.
- La plupart des stratégies précisent quels sont les intervenants concernés, et parmi les mesures destinées à faire participer ces derniers, on trouve la création de **partenariats**, de réseaux ou de plates-formes ou la concrétisation d'engagements par le biais d'accords signés. Parmi les activités mises en œuvre, il convient de mentionner la Plate-forme allemande pour l'alimentation et l'activité physique, la Plate-forme polonaise pour l'action en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé, le Pacte néerlandais sur la surcharge pondérale et l'obésité, les Réseaux estoniens de promotion de la santé, le Réseau santé et activité physique suisse, la Commission interministérielle arménienne et plusieurs partenariats des secteurs public et privé aux niveaux national ou local, notamment au Danemark, en Grèce et au Royaume-Uni.
- Des **actions** spécifiques dans de nombreux contextes (écoles, lieux de travail, services de soins de santé), à plusieurs niveaux (national, régional, local) et dans de multiples secteurs (environnement, agriculture, sport, recherche, logement) ont été planifiées ou mises en œuvre au Danemark, en Espagne, en Finlande, en Irlande, en Italie, en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède.
- La plupart des pays disposent d'une **structure institutionnelle** comme par exemple un conseil de l'alimentation et de la nutrition ou un institut de santé publique investi de diverses responsabilités allant de l'encadrement technique à la formulation de conseils sur les stratégies, leur planification et leur mise en œuvre. Certains pays ont fondé un institut spécial pour l'élaboration de politiques contre l'obésité, comme le Conseil national tchèque pour l'obésité, l'Association danoise pour l'étude de l'obésité, la Société portugaise pour l'étude de l'obésité et les groupes de travail sur l'obésité en Irlande et en Israël. Dans certains pays, notamment les pays nordiques, l'établissement de conseils politiques est une tradition. Parmi les institutions récemment créées afin d'émettre des conseils et d'assurer une meilleure coordination intersectorielle, nous mentionnerons notamment un organe consultatif en Estonie, le Conseil de la nutrition en Lettonie, le Centre de la nutrition et de l'alimentation dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et le Comité de l'alimentation et de la nutrition en Turquie. Ces organes peuvent avoir une durée de vie limitée (comme le Groupe de travail irlandais) ou être établis de façon durable (comme l'Observatoire espagnol sur l'obésité).

- Toutes les stratégies mentionnent des **groupes cibles** dans le cadre d'une démarche axée sur l'ensemble de l'existence. Les autres groupes cibles sont par exemple les personnes à faible statut socioéconomique, peu instruites en situation difficile, souffrant de maladies chroniques ou d'une invalidité, les minorités ethniques ou les immigrés.
- **L'école** est l'endroit où ont lieu la majorité des interventions, le but commun étant de modifier l'environnement scolaire en implantant un cadre favorable à l'activité physique et en renforçant l'éducation à la santé. À Malte, un groupe de travail spécifique se penche sur l'élaboration d'une politique nationale relative aux environnements nutritionnels sains à l'école. En Espagne, une initiative a été mise en œuvre sur l'environnement scolaire, et « l'approche globale à l'école » est désormais appliquée en Croatie. En Belgique, la Communauté flamande formule actuellement un plan stratégique et opérationnel pour le secteur de l'éducation. Beaucoup de pays ont entrepris d'améliorer les repas dans les cantines ou les services de restauration scolaires, comme en Hongrie et aux Pays-Bas (programmes nationaux des cantines scolaires) et en Estonie (repas scolaires gratuits offerts à l'avenir aux enfants et aux jeunes adolescents ainsi que dans l'enseignement professionnel). En Norvège, un projet sur l'activité physique et l'alimentation saine a été mis en œuvre récemment en vue de diffuser des modèles exemplaires et de conseiller les autorités scolaires locales quant aux principaux facteurs de réussite en la matière. Les interventions nationales relatives aux distributeurs, qui visent à les supprimer ou à en optimiser le contenu, suscitent la controverse. En France, par exemple, une législation a été adoptée en vue d'interdire la présence des distributeurs à l'école. La France, la Lettonie, la Norvège, les Pays-Bas, et le Royaume-Uni tentent de fournir gratuitement des fruits aux écoles ou d'y faciliter leur distribution.
- Les interventions sur le **lieu de travail** portent notamment sur la flexibilité des horaires, des tarifs réduits pour les abonnements à une salle de gym, des incitations encourageant à se rendre au travail à pied ou à vélo, l'accès à des douches et à des vestiaires, la promotion de l'alimentation et des modes de vie sains, avec informations à ce sujet, et l'optimisation des cantines. Afin de promouvoir les déplacements à vélo entre le domicile et le lieu de travail, l'Autriche et la Suède ont lancé des compétitions entre entreprises. En Norvège, une nouvelle loi sur l'environnement professionnel oblige les employeurs à inclure l'activité physique dans leurs responsabilités.
- Certains documents évoquent le **renforcement des compétences**, y compris la nécessité de former les travailleurs de la santé et les enseignants à l'éducation en matière d'alimentation, de nutrition et d'exercice physique, de former les travailleurs des services de l'enfance et autres canaux d'application des stratégies de promotion de la santé, ainsi que d'assurer une formation pour l'inspection de services tels que les écoles et centres d'accueil pour enfants, où il convient de mettre en œuvre les politiques sanitaires. L'Irlande suggère d'élaborer des programmes pour former des professionnels de santé de façon à ce qu'ils soient à même de prendre en charge de façon appropriée et avec tact le surpoids et l'obésité. Le Danemark souligne la nécessité de l'intuition et des connaissances pratiques. Le plan d'action norvégien sur l'activité physique propose de prévoir une formation aux effets sur la santé dans le programme des études de médecine.
- Dans le domaine de l'**urbanisme**, la plupart des pays se sont notamment penchés sur les modes de transport actifs, comme l'aménagement de voies sécurisées pour la marche et le vélo. L'Allemagne, le Danemark, la Finlande, la France, la Norvège, la République tchèque et le Royaume-Uni disposent tous de stratégies nationales en faveur du vélo. L'Italie, Malte et le Royaume-Uni ont favorisé la mise en œuvre d'initiatives visant à décourager l'usage de la voiture et à inciter les enfants à se rendre à l'école à pied (par exemple, les pédibus). À Malte, un comité des transports et de l'environnement a été institué afin de promouvoir les transports sains, dont la marche et l'usage du vélo pour aller à l'école. En Finlande, le « projet Jaloin » se penche particulièrement sur la circulation des piétons et des cyclistes. Au Royaume-Uni, un plan d'action spécial énonce une série de mesures par lesquelles les autorités nationales et locales et les écoles peuvent favoriser la marche à pied, le cyclisme et l'utilisation d'autobus lors des déplacements domicile-école.
- Des manifestations de masse visant à promouvoir l'activité physique ont été organisées au Kazakhstan et en Suisse : la population entière est alors encouragée à pratiquer une activité physique un jour donné.
- Les mesures relevant de la **politique du logement** font partie des efforts déployés en Suède en faveur d'environnements encourageant une vie physiquement active dans le cadre du projet de plan d'action pour des habitudes

alimentaires saines et une activité physique plus intense. On procède actuellement en Norvège à la révision d'une loi sur l'aménagement urbain et la construction afin de créer des environnements plus favorables à l'activité physique.

- Il existe plusieurs exemples de projets mis en œuvre à la fois aux niveaux national et local : la Belgique, la Fédération de Russie et le Royaume-Uni, par exemple, disposent de politiques et de programmes régionaux outre leurs stratégies nationales.
- Plusieurs pays recourent ou envisagent de recourir à des **mesures fiscales** telles que la taxation des aliments peu sains et la fourniture d'incitations visant à encourager l'offre et la consommation d'aliments sains ou l'accès à une activité physique, mais plus souvent dans le but d'augmenter leurs recettes que de promouvoir la santé. Le document norvégien propose spécifiquement de réduire le prix des fruits et légumes et de subventionner leur distribution dans les zones isolées, ainsi que d'augmenter les taxes sur les aliments pauvres en éléments nutritifs et à haute densité énergétique. En Suisse, un projet de taxe sur les aliments à haute densité énergétique a été récemment présenté, mais ne sera pas appliqué pour l'instant.
- Dans plusieurs pays, un dialogue a été engagé avec l'industrie alimentaire dans le but de réexaminer la **composition des aliments**. Le gouvernement britannique s'efforce de parvenir à ce que les aliments transformés contiennent moins de sel, de sucres ajoutés et de graisses, et va continuer à élaborer et à publier des consignes sur la taille des portions. En République tchèque, une plate-forme technologique a été établie par la Fédération de l'industrie de l'alimentation et de la boisson et, en Grèce, une plate-forme est en cours d'élaboration afin que l'industrie de l'alimentation et le ministère de la Santé puissent collaborer efficacement.
- La plupart des pays envisagent des changements en ce qui concerne l'**étiquetage des aliments**, et la tendance est à une meilleure information et à des étiquettes plus faciles à comprendre. Le symbole du trou de serrure apposé sur les étiquettes en Suède pour attirer l'attention sur la faible teneur en graisses, en sucres ou en sel, ou sur la teneur élevée en fibres alimentaires, et le système de feux de circulation employé au Royaume-Uni pour indiquer par les couleurs rouge, orange ou vert des teneurs respectivement élevées, moyennes ou faibles en matières grasses, matière grasses saturées, sucre et sel sont faciles à comprendre.
- Le **marketing des produits alimentaires et des boissons ciblant les enfants** constitue un défi majeur en Europe. Certains pays tels que la Suède et la Norvège ont adopté des réglementations interdisant cette forme de publicité, et des recommandations à caractère non législatif, imposant certaines restrictions à cet égard, ont été émises en Finlande et en Irlande. D'autres pays tels que l'Espagne, les Pays-Bas et le Portugal ont recours à une autoréglementation décidée par des autorités compétentes, elles-mêmes établies par le monde de la publicité et des médias. En France, la publicité télévisée et les autres formes de marketing de produits alimentaires transformés et d'aliments ou de boissons contenant des graisses, des édulcorants et du sel ajoutés doivent s'accompagner d'un avertissement sanitaire s'inspirant des principes de l'éducation alimentaire approuvés par l'Institut national d'éducation pour la santé ; sinon, les annonceurs doivent acquitter une taxe (1,5 % des dépenses annuelles consenties à la publicité visée) pour le financement des campagnes d'information et d'éducation nutritionnelles.

En conclusion, l'importance de l'environnement pour l'amélioration de la santé, ainsi que la nécessité d'intervenir à l'échelle du pays, des collectivités et des individus et de faire participer les acteurs concernés à la mise en œuvre des politiques, sont reconnues dans le cadre des stratégies nationales. Pour une bonne mise en œuvre de la politique et une évaluation de ses résultats, il est nécessaire de définir des objectifs clairs et réalistes et de fixer des priorités choisies parmi les mesures proposées. Il faut échanger sur une large échelle des informations d'expérience et des exemples d'interventions réussies et renforcer la collaboration entre les responsables des activités nationales et harmoniser davantage ces dernières.

Élaboration de stratégies et de plans d'action

Les autorités publiques doivent gérer les stratégies de prévention de l'obésité (élaboration, mise en œuvre et suivi). Comme indiqué plus haut, les déterminants du risque d'obésité relèvent de toute une série de secteurs

et de responsabilités ministérielles, et les ministères de la Santé doivent collaborer avec leurs collègues d'autres ministères pour mettre en place une stratégie globale de lutte contre l'obésité.

Une stratégie de lutte contre l'obésité peut constituer l'un des documents généraux de santé publique, comme les stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles, représenter l'un des volets de tout plan d'action sur l'alimentation, la nutrition et les modes de vie, ou former un document distinct avec renvois aux stratégies connexes et aux plans en faveur de l'alimentation et de l'activité physique.

Le ministère de la Santé peut prendre l'initiative de l'élaboration d'une telle stratégie, préciser les axes politiques concernés et prévoir la mise en place d'un groupe ou comité intersectoriel intégrant les acteurs requis dans l'optique d'une démarche multisectorielle, en collaboration avec les experts techniques et d'autres personnes compétentes. Ce rôle peut être efficacement assumé par les agences nationales spécialisées.

Au cours de la phase préparatoire, le ministère de la Santé pourrait fournir des informations factuelles sur l'alimentation, l'activité physique et l'obésité au sein de la population par :

- l'établissement de systèmes de suivi dans ces domaines ;
- des objectifs nationaux en matière d'alimentation, d'activité physique et d'obésité ;
- des analyses des déterminants fondamentaux exerçant une influence sur les habitudes alimentaires et l'activité physique ;
- des analyses des plans existants en matière d'obésité, de nutrition, de maladies non transmissibles et autres plans de santé publique afin de déterminer les points faibles et les points forts ainsi que les possibilités de renforcement et d'élargissement ;
- des méthodes d'évaluation de l'impact sanitaire.

Les autres ministères et agences concernés pourraient analyser les politiques existantes dans leurs secteurs respectifs et évaluer leur impact sur la santé et l'état nutritionnel.

Au cours de la phase de conception de la stratégie, le ministère de la Santé et les autres ministères pourraient ensuite formuler des mesures ciblant les facteurs obésogènes existants dans leurs domaines de compétences respectifs. Chaque ministère ou agence pourrait élaborer une série de mesures à mettre en œuvre dans son domaine de compétences, y compris la révision des politiques existantes. Le groupe ou comité intersectoriel pourrait préparer le projet de plan et consulter les collectivités locales, le secteur privé et les ONG. Il est nécessaire de proposer des mesures concrètes, de nommer les acteurs responsables de leur mise en œuvre et de s'assurer de la participation de ces derniers. Les problématiques telles que le financement de la mise en œuvre doivent être envisagées et le financement assuré. Les stratégies seront décidées en fonction de l'efficacité escomptée des solutions, de leurs effets secondaires potentiels, de la faisabilité de leur mise en œuvre, de leur coût, de leur durabilité à long terme et de leur caractère acceptable pour les acteurs concernés.

La promotion de la santé conçue comme un investissement

Le fait que les bases factuelles sur les interventions sont maigres et susceptibles d'être faussées par le cadre dans lequel elles se déroulent est un argument de poids pour préférer, au-delà du paradigme médical classique fondé sur des essais contrôlés, la prise en considération d'un autre paradigme – le portefeuille d'investissements – inspiré du monde bancaire et de la gestion des risques financiers.

Dans le cadre de cette démarche, les mesures prises sont définies comme des investissements, et un portefeuille d'investissements doit comporter à la fois des mesures sûres amenant des retombées modestes et des mesures risquées, mais pouvant déboucher sur des résultats appréciables. Le risque peut être évalué d'après le caractère généralisé ou non de l'impact d'une mesure et les indices de son efficacité probable. Ainsi, les mesures intensives prises auprès de petits groupes ou d'un nombre limité de personnes peuvent être considérées comme à faible risque et à faible rendement, puisqu'elles entraînent régulièrement un changement de comportement, mais n'ont qu'un effet limité sur la prévalence de l'obésité au sein de la population (138,139).

En matière de promotion de la santé, le rendement des investissements peut se mesurer d'après les bienfaits escomptés pour la santé et autres répercussions souhaitées. Le risque peut être mesuré d'après le caractère uniforme de l'influence exercée par une mesure au sein de divers groupes de la population, son degré de pénétration chez un groupe de population donné et les indices de son efficacité probable. Le risque tient également compte des moyens susceptibles d'être engagés. À cette fin, il faut se baser sur des estimations des moyens nécessaires pour entreprendre une intervention – et la littérature publiée manque singulièrement d'informations de ce type.

Les investissements dans le domaine de la santé peuvent également être conceptualisés sous forme de projections dans lesquelles le rendement des investissements est représenté en deux dimensions : l'impact auprès de la population (de faible à important) et le degré de certitude des effets (également de faible à important), ce qui débouche sur une échelle de résultats allant du moindre (faible degré de certitude, faible impact) au meilleur (haut degré de certitude, impact important). Ainsi, des interventions intensives auprès de petits groupes ou d'individus isolés peuvent présenter un degré de certitude élevé si elles ont en général pour résultat des changements de comportement, mais un faible impact si elles ne débouchent que sur une faible amélioration de l'état de santé de la collectivité dans son ensemble.

Le processus d'évaluation et de mise en balance des bienfaits et risques potentiels permet d'adopter une combinaison (un portefeuille) de mesures pour trouver un équilibre entre les risques afin de maintenir la dynamique de promotion de la santé sans avoir de bases factuelles complètes sur l'efficacité des interventions. Grâce à cette démarche, les mesures peuvent être sélectionnées en fonction des meilleures bases factuelles disponibles sans exclure des stratégies n'ayant pas encore été mises à l'essai, mais prometteuses.

La stratégie d'investissement peut requérir divers types d'informations, dont les coûts, l'efficacité probable, la profondeur et la portée probables de l'impact, la durabilité à long terme et le degré d'acceptabilité. Par ailleurs, lorsque des décisions d'investissement sont prises, il convient de faire attention aux effets des mesures politiques prises en amont et affectant le contexte dans lequel sont mises en œuvre les mesures de prévention.

Mesures fondamentales

Sur la base d'une analyse des données scientifiques disponibles, des recommandations émanant de comités d'experts, des dispositions reprises dans les stratégies adoptées par la communauté internationale et des initiatives politiques de plusieurs pays, il est possible de définir un ensemble de mesures préventives fondamentales s'inscrivant dans le cadre plus général des actions proposées afin de lutter contre l'obésité. Si les priorités doivent être établies en fonction du contexte national et de l'état d'avancement des politiques dans ce domaine, le succès de la stratégie sous-entend un engagement commun envers les politiques de macro-niveau et les programmes visant l'ensemble de la population, les réglementations et les interventions dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique. Les politiques de macro-niveau doivent toujours être considérées du point de vue de leur impact potentiel sur les groupes socioéconomiques défavorisés.

Mesures visant à promouvoir la demande d'aliments sains et leur distribution

1. En matière de **politique agricole**, les objectifs de la santé publique doivent trouver un écho dans l'agriculture, ainsi que dans d'autres aspects de la chaîne d'approvisionnement. La politique actuelle d'incitations à la production de sucres et de graisses doit faire l'objet d'un réexamen en faveur d'un soutien à la production et à la commercialisation de fruits et de légumes. Les tarifs douaniers qui font obstacle aux échanges de fruits et de légumes doivent être redéfinis. En outre, il convient d'encourager une production locale durable.
2. En ce qui concerne **la composition des aliments et la reformulation des produits**, les producteurs du secteur primaire (tels que les éleveurs) et les fabricants d'aliments doivent être encouragés (notamment par des incitations) à revoir les caractéristiques de leurs produits afin de réduire la teneur globale en graisses, en graisses saturées, en sucres ajoutés et en sel.
3. Pour ce qui est du **prix des aliments**, il convient d'envisager des initiatives économiques facilitant les choix alimentaires sains et limitant la consommation de matières grasses et de sucre, telles que les mesures visant

à augmenter le prix des produits et boissons à haute densité énergétique et à diminuer celui des fruits et des légumes, en tenant compte de leurs effets sur les groupes à bas revenus.

4. Dans le **domaine de la distribution et du marketing d'aliments**, les urbanistes et les autorités locales doivent réfléchir à l'emplacement des magasins d'alimentation. Il convient de promouvoir les marchés locaux et de garantir une répartition uniforme de différents types de magasins d'alimentation. Les détaillants doivent être encouragés à proposer des aliments plus sains dans tous les points de vente, à des prix abordables pour les groupes à bas revenus. Les promotions en magasin doivent être encouragées pour les choix sains et découragées pour les choix moins bons pour la santé.
5. S'agissant des **services de restauration**, le secteur privé doit être encouragé à proposer des aliments compatibles avec les principes directeurs en matière d'alimentation. Les magasins de plats à emporter et les snack-bars doivent être dissuadés de promouvoir les aliments à forte densité énergétique et les grosses portions par le biais de mesures d'incitation par les prix. La question de la densité des points de vente d'aliments doit être prise en compte dans le contexte de l'aménagement urbain.
6. En ce qui concerne **la publicité et la promotion relatives aux produits alimentaires**, il convient de limiter la promotion commerciale des aliments et des boissons non alcoolisées ciblant les enfants, et ce à la fois par un autocontrôle de ce secteur alimentaire et par des mesures réglementaires. La promotion doit être définie comme toute forme de communication, y compris les concours, promotions sur les points de vente, emballages, loteries avec tirage au sort, cadeaux, contrats pour l'apparition de produits dans des films, parrainages, publicités faisant intervenir des célébrités, recours à des personnages de bandes dessinées, nouveaux médias comme les téléphones portables et Internet et publicité dans les médias.
7. **L'étiquetage des aliments** devrait être prévu afin de signaler les produits alimentaires à haute teneur en graisses, sucres, calories et sel. L'étiquetage nutritionnel doit être facilement compréhensible, normalisé et fondé sur un système convenu d'indication de la composition en nutriments.
8. **L'approvisionnement en aliments à l'école et au jardin d'enfants** doit être amélioré en veillant à ce que les services de restauration se conforment aux principes directeurs en matière d'alimentation, en proposant des en-cas à base de fruits, de légumes et d'eau fraîche et en éliminant des distributeurs les aliments et boissons pauvres en éléments nutritifs et à forte densité énergétique.
9. Sur le **lieu de travail**, il convient de proposer tout un éventail de choix alimentaires compatibles avec les principes directeurs en matière d'alimentation. Il faut prévoir des prix incitatifs et une promotion pour les options saines.
10. Des établissements de restauration rapide et distributeurs proposant des aliments à haute densité énergétique et pauvres en nutriments ne doivent pas être présents dans les **hôpitaux**.
11. Pour ce qui est de **l'information et de l'éducation**, des campagnes d'éducation dans le domaine nutritionnel/ de publicité non commerciale doivent être régulièrement menées afin d'encourager l'adoption de styles de vie sains et d'informer le public sur les risques sanitaires liés au surpoids. Une culture de la vie saine doit être encouragée par l'insertion, dans les programmes diffusés à la télévision et les magazines, de messages promouvant le passage à des comportements positifs. Il convient de promouvoir l'éducation en matière nutritionnelle à l'école.
12. Des **principes directeurs en matière d'alimentation** doivent être élaborés et **une mise à jour des apports de référence en nutriments** doit être réalisée selon des normes internationales.
13. S'agissant de **l'allaitement au sein et des compléments alimentaires**, il faut encourager l'allaitement maternel exclusif par le maintien et la multiplication des initiatives de promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux (« hôpitaux amis des bébés »), la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et l'élaboration, en matière de travail des femmes, de politiques permettant un congé de maternité suffisamment long et des facilités sur le lieu de travail. Il convient de formuler des consignes sur l'allaitement des nourrissons et de prévoir une formation et une assistance pour les mères.

Mesures pour la promotion de l'activité physique dans la population

1. Les **professionnels de la santé** devraient formuler des conseils et donner des prescriptions dans le cadre de consultations de soins primaires.
2. L'organisation des transports en Europe peut fournir une excellente occasion – quoique encore sous-exploitée – de parvenir au degré d'exercice physique quotidien modéré recommandé pour améliorer globalement l'état de santé. Il convient entre autres de garantir la sécurité des cyclistes et des piétons, en particulier les enfants, afin de faciliter et d'encourager l'adoption de **modes de déplacement actifs et autonomes** vers l'école ou le lieu de travail.
3. Il convient de multiplier et d'améliorer les possibilités, pour les enfants et les adolescents, de faire de l'exercice physique **à l'école et au jardin d'enfants**. Afin de veiller à ce que les jardins d'enfants et les écoles contribuent sensiblement au respect de la recommandation des 60 minutes d'exercice physique diversifié par jour pour les enfants et les jeunes, il convient de proposer à ces derniers une série d'activités variées dans le cadre du programme scolaire et en dehors de celui-ci.
4. **L'aménagement urbain et l'environnement de l'habitat** peuvent favoriser ou freiner l'activité physique et un mode de vie actif. La qualité de l'environnement immédiat influence la capacité et l'empressement des habitants à faire un usage actif de l'espace collectif. Il importe que la sécurité soit assurée.
5. En ce qui concerne les **activités récréatives de plein air**, la diminution de l'effort physique dans la vie professionnelle et au foyer, combinée à l'accroissement du temps dont la plupart des gens disposent pour leurs loisirs, constituent une bonne base pour l'augmentation de l'activité physique pendant le temps libre. Après avoir, pendant des décennies, donné la priorité au sport organisé et aux disciplines sportives spécialisées, par la mise en place et l'utilisation d'infrastructures (souvent coûteuses et bien spécifiques), il faut maintenant privilégier les groupes moins actifs et leur faciliter l'accès aux moyens de mettre en place des infrastructures adéquates. Des occasions doivent être créées dans le cadre de vie afin de motiver les gens à exercer une activité physique pendant leurs loisirs. À cette fin, des structures abordables doivent être mises à disposition des populations, et les groupes défavorisés doivent être notamment encadrés.
6. Le **lieu de travail** doit être un cadre idéal pour la promotion de l'activité physique auprès des adultes. Le meilleur moyen d'obtenir de bons résultats est de réaliser des exercices spécifiques (entraînement) – conçus de préférence pour compléter l'activité physique impliquée par l'emploi occupé, en fonction des capacités de chacun – avec un degré d'intensité modéré à vigoureux et de façon régulière, de préférence trois fois par semaine, avec une attention particulière accordée à la participation des personnes sédentaires. Pour intensifier l'activité physique, il convient aussi de penser à des mesures fiscales telles que des réductions d'impôts pour les employeurs.

Mesures spécifiques aux services de santé

1. Il convient de donner accès à des **consultations** de soins primaires sur l'alimentation et le mode de vie à adopter pour conserver un poids santé et empêcher que la surcharge pondérale ne se transforme en obésité. Les principes directeurs en matière d'alimentation doivent être utilisés à cette fin. Une attention et des conseils particuliers doivent être accordés aux individus vulnérables, tels que les enfants de parents accusant une surcharge pondérale, les femmes enceintes, les femmes ménopausées et les personnes connaissant des changements dans leur style de vie. La prescription d'activités physiques peut être une option. Les services de soins de santé maternelle et infantile doivent fournir des consultations spécifiques sur le régime alimentaire pendant la grossesse et sur l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge.
2. **S'agissant du diagnostic et du traitement** des comorbidités associées à l'obésité, des mesures anthropométriques (par exemple, relatives à l'IMC et au tour de taille) doivent être prises de manière systématique dans le cadre des soins primaires, et les facteurs de risque associés doivent faire l'objet d'un dépistage (tension artérielle, taux de lipides et de glucoses sanguins). Un régime à faible densité énergétique et une activité physique accrue permettent une modeste perte de poids totale et le maintien de celle-ci. Toutefois,

un régime à lui seul semble plus efficace que l'exercice seul pour perdre du poids. Pour les enfants très ou modérément obèses avec complications, on recommande un régime à faible densité énergétique équilibré à base d'aliments facilement disponibles. Le traitement des risques de santé connexes et des complications existantes est aussi important que la gestion de l'obésité.

3. Pour ce qui est de la **qualité des services**, les ministères de la Santé et les organisations professionnelles devraient diffuser des recommandations cliniques relatives au dépistage et au traitement de l'obésité. Le secteur public doit assurer l'interdiction de pratiques de diagnostic et de prescriptions alimentaires non soutenues par la littérature scientifique.

Mesures en matière de formation et de recherche

1. Différentes catégories de personnel de santé (maternités, pédiatrie, dentisterie, soins primaires et secondaires, services de santé scolaires) doivent **être formées** aux modes de vie sains et à leur promotion. Le personnel de la santé doit être formé à la prévention et à la gestion de l'obésité chez les enfants et les adultes. Une attention particulière doit être accordée aux personnes souffrant à la fois de problèmes mentaux et d'une obésité morbide, nécessitant des compétences en psychologie dans le cadre d'une démarche multidisciplinaire.
2. Des scientifiques doivent participer à l'**expansion des bases factuelles** en concevant et en mettant en œuvre des projets pilotes, ainsi qu'en analysant l'impact sanitaire des politiques menées.
3. Les politiques en cours d'application doivent faire l'objet d'une **analyse coût-efficacité** pour orienter les choix opérés par les décideurs.
4. Un **système de suivi** permettant d'observer les changements survenus quant au niveau des facteurs de risque et des variables des résultats doit être mis en place et maintenu à long terme.

Des interventions doivent être menées non seulement à l'échelle nationale, mais aussi à l'échelle des autorités régionales et locales, et doivent être adaptées aux besoins de la population et au contexte culturel et législatif. Des mesures doivent être entreprises auprès de tous les groupes d'âge, mais il convient de mettre l'accent sur les premiers stades de la vie, l'enfance et l'adolescence. La législation doit être considérée comme un outil important de l'action des pouvoirs publics.

Le rôle des intervenants concernés

Plusieurs mesures peuvent être prises dans le secteur de la santé même, afin d'assurer une prévention efficace au niveau de la population, une prévention active chez les individus particulièrement vulnérables et la dispensation optimale des services thérapeutiques. Des ressources adéquates devront être investies, et la première tâche consistera à les définir et à en garantir l'obtention. L'utilisation des ressources existantes devra cependant être rationalisée afin que l'on puisse s'attaquer de manière cohérente au problème à travers les spécialités et les différents niveaux de soins de santé. Le secteur de la santé est le principal responsable des investissements consentis à la promotion de la santé par la mise en œuvre d'interventions de proximité et de campagnes visant un changement du style de vie auprès de la population. Il faudra probablement investir dans les ressources humaines. En effet, toutes les catégories de personnel soignant (médecins, diététiciens, infirmiers) devront être formées à la nutrition, et les médecins dispensant des soins primaires devront spécifiquement acquérir les compétences nécessaires pour mener des consultations sur le style de vie. Il importe également d'investir dans les produits consommables au niveau des soins primaires de manière à pouvoir procéder à l'évaluation de nombreux facteurs de risque. Le secteur de la santé doit garantir le respect des normes de qualité au niveau des services, s'agissant notamment de l'établissement de protocoles, de la réduction du temps d'attente et de la disponibilité de ces services dans l'ensemble du pays et, plus particulièrement, dans les zones et régions les moins favorisées. Le secteur public doit, lui aussi, assurer la qualité des services dispensés par le secteur privé, et veiller à l'interdiction des pratiques inappropriées, comme la prescription de conseils en diététique non reconnus par la littérature scientifique.

Étant donné que les déterminants de l'obésité sont nombreux, les interventions doivent dépasser le simple cadre du ministère de la Santé et impliquer, par conséquent, beaucoup d'autres ministères. Nous mentionnerons notamment l'agriculture, l'enseignement, les affaires commerciales, les transports, la protection sociale, le logement et l'aménagement du territoire, les finances, la culture, les médias et les sports. Ceci requiert que le secteur de la santé fasse preuve d'une plus grande capacité à sensibiliser davantage aux bienfaits possibles d'un partenariat et s'allie le soutien d'autres acteurs concernés. Les autorités et collectivités locales doivent être mobilisées et soutenues, et des réseaux et des alliances solides doivent être établis pour intensifier la participation ; des mesures plurisectorielles doivent être mises en œuvre à l'échelle locale.

Dans le privé, les intervenants concernés ne se situent pas seulement dans le secteur de la production d'aliments et de boissons, de la vente au détail et de la publicité ; les industries de la construction et du génie civil, de l'automobile, des loisirs, des médias et de l'informatique pourraient jouer un rôle important. Il est essentiel que tous les intervenants s'accordent sur leurs responsabilités spécifiques. Le secteur de l'alimentation et de la boisson doit pleinement reconnaître qu'il a un rôle à jouer dans la lutte contre l'obésité des enfants.

Autant les ONG et autres organisations du secteur associatif, y compris les fédérations professionnelles possédant une expertise spécialisée, que les groupements de consommateurs et les associations centrées sur les collectivités locales, sont susceptibles d'apporter un soutien précieux à l'élaboration de politiques et de donner accès à d'importants réseaux de savoir et ressources pouvant aider à consolider les propositions et à obtenir de meilleurs résultats.

La participation des acteurs concernés implique d'investir des moyens afin de veiller à ce qu'il y ait des consultations, un dialogue ou des partenariats participatifs réussis et constructifs dans le cadre de l'élaboration, puis de la mise en œuvre de stratégies de santé publique, notamment pour la prévention. La définition des intervenants « légitimes » et la mise en place de processus visant à gérer la participation des acteurs concernés représentent d'importantes considérations à l'heure de déterminer de nouvelles stratégies de lutte contre l'obésité. Il convient de superviser de près le processus consistant à concilier les valeurs divergentes des intervenants des secteurs public et privé, ainsi que des ONG et des groupes du secteur associatif.

La participation des acteurs concernés suppose aussi une approche collaborative ou coopérative, avec un consensus bien arrêté sur les orientations à suivre. Malheureusement, les choses se passent rarement ainsi. Comme cela s'est vu dans le cas de la lutte contre le tabagisme, les autorités publiques doivent être disposées à agir parallèlement aux mesures législatives et réglementaires afin de renforcer celles-ci, ainsi qu'à recourir à des stratégies innovatrices pour tirer le meilleur parti possible de la participation des intervenants concernés.

Les fabricants de produits commerciaux résisteront probablement aux tentatives de limiter leur liberté de commercialisation de produits, et les stratégies devront s'inspirer de l'expérience en matière de lutte contre d'autres menaces pour la santé publique (alcool, tabac, substituts du lait maternel, etc.). Par ailleurs, un contrôle des activités de marketing peut être justifié en invoquant le droit des enfants à un environnement exempt d'exploitation commerciale. L'article 17 de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que les États parties doivent « favoriser l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être » (140).

Des mécanismes de contrôle sont nécessaires pour évaluer l'action des intervenants : d'abord pour juger de leur efficacité probable, puis pour assurer le suivi des réalisations et, enfin, pour évaluer les effets sur l'obésité ou sur ses déterminants. Les mesures envisagées doivent faire l'objet d'une évaluation afin de déterminer si elles vont toucher une part importante de la population ou si elles ne sont que des actions symboliques. L'expérience montre qu'il faudrait peut-être réglementer l'engagement du secteur public aux côtés du secteur privé pour éviter de laisser croire que le secteur public sanctionne des initiatives du secteur privé (comme la fourniture d'informations lacunaires, subjectives ou déroutantes), ce qui pourrait ne pas être bénéfique à la santé publique et accroître les problèmes de santé.

Évaluation des politiques

Le suivi et l'évaluation sont des éléments essentiels des politiques et programmes de santé publique et doivent être pris en considération dans toute mesure prise.

- Les indicateurs de résultats doivent être clairement définis, normalisés d'un pays à l'autre, mesurables et explicitement associés à des objectifs de santé publique.
- Il faut recourir à des indicateurs pour mesurer non seulement les résultats de la politique ou du programme, mais aussi leur état d'avancement et les réalisations produites.
- L'évaluation de l'impact sanitaire des politiques, avec une attention particulière pour l'obésité, peut déboucher sur une intensification des efforts de lutte contre l'obésité menés par les différents secteurs des pouvoirs publics, améliorer l'état de santé et le bien-être de la population et limiter les inégalités en matière de santé. Cet outil d'évaluation des effets sanitaires de l'ensemble des politiques à l'échelle nationale ou locale encourage une approche multisectorielle de la lutte contre l'obésité.
- Pour des raisons pratiques, de nombreuses études sur l'obésité mesurent les effets des interventions à l'échelle d'une collectivité, d'une localité ou d'un programme. Les effets d'un projet ou d'une politique mené(e) à l'échelle nationale pour s'attaquer aux déterminants sociaux de l'obésité au sens plus large et aux environnements obésogènes qui en résultent, sont rarement évalués. La tactique d'évaluation de l'impact sanitaire peut se révéler très utile à l'heure actuelle, où les bases factuelles sur l'impact des politiques ou programmes à l'échelle nationale font défaut.
- L'obésité doit de toute urgence faire l'objet d'une veille à l'échelle locale, nationale et internationale. Nous manquons de données sur les enfants en âge de fréquenter l'école maternelle ou primaire et d'informations précises sur l'activité physique.
- Les déterminants de l'obésité en amont (possibilité de se procurer les aliments, prix, publicité et étiquetage en matière alimentaire) doivent être observés à l'échelle nationale et internationale ; leur influence doit être évaluée en fonction de la situation socioéconomique.
- Il convient d'assurer le suivi et l'évaluation des mesures mises en œuvre et, à la lumière de ces évaluations, de réorienter les politiques menées. L'expérience indique que les organismes indépendants de toute influence d'ordre commercial et politique sont les mieux à même de remplir ce rôle. Parmi les organismes auxquels l'on pourrait recourir pour entreprendre ces travaux, citons les observatoires de l'obésité, les conseils de la nutrition et les instituts de santé publique. Leurs tâches devraient englober la publication de constatations faites et d'études bien structurées accessibles au public, réalisées à intervalles réguliers.
- Les organes de surveillance doivent être indépendants de toute influence d'ordre politique et commercial. Leurs rapports doivent être publiés régulièrement.

Élaboration de politiques : prochaines étapes

La société doit être disposée à accepter d'importants changements dans ses valeurs culturelles et ses aspirations, avec des répercussions sur tous les aspects de la chaîne alimentaire, les services sociaux, les activités de loisirs et les considérations plus générales sur l'environnement. Enfin, les choix personnels doivent être exprimés de manière efficace, mais il convient d'envisager sérieusement la nature de la législation qui permettra d'exercer ces choix en toute connaissance de cause, ainsi que la protection et le soutien sans réserve des droits de l'individu (notamment des enfants) à la santé.

Des politiques de lutte contre l'obésité s'articulant autour de l'éducation à la santé et la diffusion d'informations peuvent avoir moins d'impact auprès des personnes faisant partie de ménages à revenus plus modestes et au niveau d'instruction moindre, qui n'ont peut-être pas les moyens (ou pensent peut-être ne pas avoir les moyens) de transformer ces conseils en actes. En particulier, s'il faut des moyens spécifiques pour améliorer l'alimentation ou entreprendre une activité physique (argent, temps libre, aptitudes, etc.), seuls les groupes possédant ces moyens peuvent réagir au message d'éducation à la santé. Appliquées isolément, les stratégies éducatives de

ce genre peuvent donc s'avérer bénéfiques uniquement pour les groupes de population les plus favorisés, ce qui accentuera les différences entre ceux-ci et les moins nantis. Si l'on veut éviter que les stratégies sanitaires n'accroissent les inégalités en la matière, ces stratégies doivent comporter des mesures visant à garantir que les personnes à statut socioéconomique modeste puissent facilement opérer des choix sains.

L'accent devrait être mis sur des mesures ciblant non plus des personnes, mais bien des populations. Une démarche écologique, tenant compte de l'interaction de l'homme avec son environnement physique et socioculturel et d'influences de différents secteurs, représente une assise solide pour la promotion de l'exercice physique.

Il est nécessaire d'investir davantage dans la prévention de l'obésité. Il faut mettre en balance le coût d'une telle intervention et le coût d'une non-intervention, c'est-à-dire non seulement les soins de santé supplémentaires requis pour les sujets obèses, mais aussi la perte de productivité, les dépenses de sécurité sociale et les frais encourus par la famille de la personne obèse pour lui apporter des soins, ainsi que la souffrance de cette personne.

Les pays européens font partie des nations à la pointe du développement de nouveaux moyens favorisant une intensification de l'activité physique par l'aménagement urbain et par la promotion de l'accès à des infrastructures consacrées aux sports et aux loisirs actifs, et les exemples de bonnes pratiques peuvent être diffusés par le biais de réseaux appropriés. De même, comme beaucoup de gouvernements européens peuvent faire état d'une longue tradition de politiques proactives en santé publique ainsi que d'une bonne pratique en matière de promotion d'une alimentation saine et en matière de protection des ressources alimentaires et méthodes de production traditionnelles, celles-ci devraient faire l'objet d'un échange et d'une diffusion via des réseaux.

Il faut examiner les capacités de mise en œuvre des politiques : pour remédier, par exemple, à une pénurie de professionnels de la santé suffisamment qualifiés et expérimentés, formés à la prévention et à la gestion de l'obésité, il faut des programmes de formation innovateurs s'inspirant de normes paneuropéennes.

Le secteur privé doit faire plus pour améliorer ses gammes de produits, ses pratiques de marketing et l'information aux consommateurs. Parmi les incitations pouvant être utilisées par les pouvoirs publics pour un changement dans le secteur privé, il faut envisager le pouvoir d'achat représenté par les contrats de restauration dans le secteur public, qui peuvent être exploités pour encourager la production et la distribution d'aliments plus sains.

Les ONG peuvent participer plus activement à la revendication de changements au sein des organismes et institutions chargés d'influencer l'alimentation et l'activité physique. Ces activités des ONG doivent être soutenues dans le cadre de l'élaboration des politiques nationales.

La mise en place d'une étroite coordination internationale dans la lutte contre l'obésité est à la fois un défi et une occasion à saisir, vu que nombre de mesures clés dépassent le cadre national tant par leur nature que par leurs effets.

Pour relever le défi toujours plus menaçant que représente l'épidémie d'obésité pour la santé, les économies nationales et le développement, les ministres et délégués participant à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006), en présence du Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs, ont adopté une Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (annexe 1). À la rédaction de la Charte ont participé différents secteurs ministériels, organismes internationaux, experts, représentants du secteur associatif et du secteur privé, par le biais de dialogues et de consultations. Cet instrument doit exercer un impact concret dans la Région européenne et au-delà, en donnant l'exemple et en mobilisant des efforts au niveau mondial.

Bibliographie³

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (Série de Rapports techniques de l'OMS, n° 894) (<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>).
2. Lobstein T, Baur L, Uauy R for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4-104.
3. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240-1243.
4. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age. Methods and development.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html).
5. WHO Global NCD InfoBase : estimations comparables réalisées par l'OMS à l'échelle mondiale [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon).
6. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006, 1:11-25.
7. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004:497-596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>).
8. Yngve A. *Intake of fruit and vegetables in European children and their mothers, folate intake in Swedish children and health indicators – Overweight, plasma homocysteine levels and school performance* [dissertation]. Stockholm, Karolinska University Press, 2005.
9. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1).
10. Elgar FJ et al. Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 37:371-375.
11. Baird J et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *British Medical Journal*, 2005, 331:929.
12. Johannsson E et al. Tracking of overweight from early childhood to adolescence in cohorts born 1988 and 1994: overweight in a high birth weight population. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1265-1271.
13. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397-403.
14. Muenning P et al. Gender and the burden of disease attributable to obesity. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(9):1662-1668.
15. Burke JP et al. Impact of case ascertainment on recent trends in diabetes incidence in Rochester, Minnesota. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155(9):859-865.
16. Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:24-32 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/96/9/1662>).

³ Les publications électroniques ont été consultées le 17 janvier 2007.

17. Department of Health – Economic and Operational Research. *Life expectancy projections, Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends)*. London, The Stationery Office, 2004.
18. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101:518-525.
19. Weil E et al. Obesity among adults with disabling conditions. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1265-1268.
20. Delvin M et al. Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 2000:157(6), 854-866.
21. van Hanswijck de Jonge P et al. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 2003, 33(7):1311-1317.
22. *Évaluation du coût de l'obésité en Belgique*. Bruxelles, Institut belge de l'économie de la santé, 2000 (Briefing 29).
23. Thompson D et al. Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001, 9:210-218.
24. Thompson D et al. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159:2177-2183.
25. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(3):359-362.
26. Detournay B et al. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991-1992 Medical Care Household Survey. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:151-155.
27. Levy E et al. The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1995, 19:788-792.
28. Schmid A et al. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 2005, 50(2):87-94.
29. Polder JJ et al. *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld* [Le coût de la maladie aux Pays-Bas : analyse de l'euro de soins]. Bilthoven, Institut national pour la santé publique et l'environnement, 2002.
30. Polder JJ, Achterberg PW. *Cost of illness in the Netherlands – Highlights*. Bilthoven, Institut national pour la santé publique et l'environnement, 2002.
31. Borg S et al. Obesity, survival and hospital costs – Findings from a screening project in Sweden. *Value in Health*, 2005, 8(5):562-571.
32. House of Commons Health Committee. *Obesity: third report of Session 2003-04. Volume I, report together with formal minutes*. London, The Stationery Office, 2004.
33. *Report on the weight status of NSW: 2003*. Sidney, New South Wales Center for Public Health Nutrition, 2003 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/r/pdf/weight_nut.pdf).
34. Birmingham CL et al. The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:483-488.
35. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29(1):90-115.
36. Kuriyama S et al. Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1069-1074.
37. Swinburn B et al. Health care costs of obesity in New Zealand. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1997, 21:891-896.
38. Quesenberry CP Jr et al. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158:466-472.
39. Colditz GA. Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55(2):503-507.
40. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 1998, 6:97-106.

41. Finkelstein EA et al. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Affairs*, 2003 (W3):219-226 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.219v1>).
42. *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2001 (<http://health.utah.gov/obesity/docs/SurgeonGeneralReport.pdf>).
43. Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. London, Oxford Health Alliance, 2005 (http://www.oxha.org/knowledge/publications/05-meeting-documentation/economics_of_chronic_disease_26oct.pdf/view).
44. Monteiro CA et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:940-946.
45. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105:260-275.
46. Power C. Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 308:1153-1156.
47. Mackenbach JP, Kunst AE. Health and social inequality in Europe. Classification used in paper was misleading [lettre]. *British Medical Journal*, 1994, 309:57.
48. Armstrong J et al. Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population-based cross-sectional study. *Archives of Disease in Childhood*, 2003, 88:671-675.
49. Jotangia D et al. *Obesity among children under 11*. London, National Centre for Social Research, 2005.
50. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (doc. de travail 2005/1, Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement) (http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf).
51. Kuepper-Nybelen J et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:353-363.
52. European Opinion Research Group EEIG. *Eurobarometer: physical activity*. Bruxelles, Commission européenne, 2003 (Special Eurobarometer 183-6/Wave 58.2) (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf).
53. Elmadfa I, Weichselbaum E, eds. European nutrition and health report 2004. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2004, Vol. 48 (Suppl. 2).
54. Agudo A et al. Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1179-1196.
55. Kumanyika S et al. Obesity prevention: the case for action. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:425-436.
56. Petersen L et al. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28:105-112.
57. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99:765-770.
58. Laaksonen DE et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*, 2005, 54:158-165.
59. Bell EA, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:1010-1018.
60. Stubbs J et al. Energy density of foods: effects on energy intake. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2000, 40:481-515.
61. Howard BV et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years. The women's health initiative dietary modification trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(1):39-49.

62. Howarth NC et al. Dietary fibre and weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:129-139.
63. Mattes RD, Rothacker D. Beverage viscosity is inversely related to postprandial hunger in humans. *Physiology & Behavior*, 2001, 74:551-557.
64. Pereira MA et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 2005, 365:36-42.
65. Ledikwe JH et al. Portion sizes and the obesity epidemic. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:905-909.
66. He K et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:1569-1574.
67. Schulz M et al. Food groups as predictors for short-term weight changes in men and women of the EPIC-Potsdam cohort. *Journal of Nutrition*, 2002, 132:1335-1340.
68. Tooze JA et al. Psychosocial predictors of energy underreporting in a large doubly labeled water study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79:795-804.
69. *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403_1?language=French).
70. Harrington KE et al. Macronutrient intakes and food sources in Irish adults: findings of the North/South Ireland Food Consumption Survey. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:1051-1060.
71. *Zo eet Nederland 1998: resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1998* [This is how the Netherlands eats in 1998: results of the 1998 food consumption survey]. The Hague, Netherlands Nutrition Centre, 1998.
72. De Vriese SR et al. Enquête de consommation alimentaire belge 1-2004 [site Web]. Bruxelles, Institut scientifique de santé publique, 2006 (<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/foodfr/table04.htm>).
73. DAFNE data food networking. The Pan-European Food Data Bank based on household budget surveys [base de données en ligne]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005 (<http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftware/>).
74. French SA. Public health strategies for dietary change: schools and workplaces. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:910-912.
75. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Série de rapports techniques de l'OMS n° 916 ; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>).
76. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Oslo, Norway, 2-5 May 2006*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>).
77. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report*. Glasgow, Centre for Social Marketing, 2003 (http://www.ism.stir.ac.uk/projects_food.htm).
78. McGinnis JM et al. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC, National Academies Press, 2006.
79. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 2005, 6:203-208.
80. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:701-709.
81. Pickett KE et al. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:670-674.
82. Finkelstein E et al. Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:239-257.
83. Carpenter K et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:251-257.
84. Allison DB et al. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2003, 54(4):565-567.

85. Faulkner G et al. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108(5):324-332.
86. Meyer JM. Awareness of obesity and weight issues among chronically mentally ill inpatients: a pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2002, 14(1):39-45.
87. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(Suppl. 7):4-18.
88. Allison DB et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156:1686-1696.
89. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 1998, 22(6):578-583.
90. French SA et al. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*, 1995, 3:479-490.
91. Falkner NH et al. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 2001, 9:32-42.
92. McElroy SL et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(5):634-651.
93. Summerbell C et al. *A systematic review of the effectiveness of interventions, including family interventions (in children aged 5-12), to prevent excess weight gain or maintain a healthy weight in children aged between two and five years*. Middlesborough, University of Teesside, 2005.
94. Tedstone A et al. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in preschool children aged 1 to 5 years: a review*. London, Health Education Authority, 1998.
95. Jackson Y et al. Summary of the 2000 Surgeon General's listening session: toward a national action plan on overweight and obesity. *Obesity Research*, 2002, 10(12):1299-1305.
96. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 54:1-11.
97. Aldana SG et al. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(5):296-320.
98. Lowe CF et al. Effects of a peer modelling and rewards-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 58:510-522.
99. Damon S et al. PRESTO – Prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica*, 2005, 94(Suppl. 448):47-48.
100. Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:765-771.
101. Manios Y et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *British Journal of Nutrition*, 2002, 88:315-324.
102. Nielsen J, Gerlow J. *Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn* [Evaluation of a project for families with overweight children]. Copenhagen, Udviklings- og Formidlingscenter for Børn og Unge, 2004.
103. Muller MJ et al. Prevention of obesity – More than an intention. Concept and first results of Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 2001, 25(1):66-74.
104. Graf C et al. Data from the StEP TWO programme showing the effect on blood pressure and different parameters for obesity in overweight and obese primary school children. *Cardiology in the Young*, 2005, 15:291-298.
105. Eliakim A et al. The effect of a combined intervention on body mass index and fitness in obese children and adolescents – A clinical experience. *European Journal of Pediatrics*, 2002, 161:449-454.
106. Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 2003, 18:287-296.

107. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2003, 62:611-619.
108. Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1027-1029.
109. Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1029-1032.
110. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(4 Suppl. 1):73-107.
111. Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129:994-1001.
112. Palmer D. *Expanding waistlines/contracting multiples?* Warburg, UBS Investment Research, 2005.
113. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French).
114. *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf).
115. Smed S et al. Differentiated food taxes as a tool in health and nutrition policy. *XIth International Congress of the European Association of Agricultural Economists, Copenhagen, Denmark, 24-27 August 2005* (http://www.eaae2005.dk/CONTRIBUTED_PAPERS/S23_474_Jensen&Smed.pdf).
116. *Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25-27/08/03*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (WHO/NMH/NPH/NNP/0308) (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf).
117. Aimbetova G. A health boost for school children. *Network News: European Network of Health Promoting Schools*, 2002, 7:50 (<http://www.euro.who.int/document/enhps/ENHPSnews072002.pdf>).
118. Case study of Norway. In: *UK law: briefing paper*. Cambridge, Baby Milk Action, 1997 (<http://www.babymilkaction.org/pages/uklaw.html#1>).
119. *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan: elements for community action to promote social cohesion and reduce inequalities through local production for local consumption*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e72949.pdf>).
120. Carr S. Water in school is cool! *Health News for Schools*, 2004, 16:2 (<http://www.beh.nhs.uk/healthwise/pdf/Schlnews16.pdf>).
121. What is a walking bus? [site Web]. Welwyn Garden City, Mouchel Parkman Services, 2003 (<http://www.walkingbus.com>).
122. Wardle J et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC's "Fighting Fat, Fighting Fit" campaign. *Health Education Research*, 2001, 16:343-355.
123. *Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.31).
124. *Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.22).
125. Loh C et al. A comprehensive review of behavioural interventions for weight management in schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2006, 18(1):23-31.
126. Umbricht D et al. Cognitive behaviour therapy for weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:971.
127. Merriman S et al. Wonderful me!: Evaluation of multidisciplinary therapy package for overweight psychiatric patients. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1995, 2(10):531-535.
128. Bogers RP et al. *Costs of lifestyle interventions within healthcare and the amount of weight loss achieved*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2006 (RIVM Report 260701002/2006).

129. Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf).
130. Physical Activity and Health – EU Platform for Action [site Web]. Bruxelles, Commission européenne, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm).
131. *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1).
132. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_yycf.pdf).
133. Nutrition policy [site Web]. Bruxelles, Commission européenne, 2006 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_policy_en.htm).
134. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87710.pdf>).
135. Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83339.pdf>).
136. Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/transport/policy/20021009_1?language=French).
137. *Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_ebd01.pdf).
138. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4-9.
139. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6:23-33.
140. *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York, Organisation des Nations Unies, 1989 (<http://www.ohchr.org/french/law/crc.htm>).

Annexe 1. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité

Pour relever le défi toujours plus menaçant que représente l'épidémie d'obésité pour la santé, les économies nationales et le développement, nous, les ministres et délégués participant à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006), adoptons, à titre de politique, cette Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, et ce en présence du Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs. Le processus d'élaboration de la présente Charte a fait intervenir, par le biais d'un dialogue et de consultations, différents secteurs ministériels, organismes internationaux, experts, membres du secteur associatif et acteurs du monde économique.

Nous déclarons nous engager à renforcer les mesures de lutte contre l'obésité, conformément aux termes de la présente Charte, et à faire de cette problématique l'une des priorités des programmes politiques de nos gouvernements. Nous exhortons également tous les partenaires et intervenants concernés à intensifier la lutte contre l'obésité et nous avons conscience du rôle de chef de file joué par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à cet égard.

Un nombre suffisant de bases factuelles justifient une intervention immédiate. Parallèlement, la recherche d'innovations, l'adaptation aux contextes locaux et les nouvelles études sur certains aspects peuvent améliorer l'efficacité des politiques.

L'obésité est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Nous sommes conscients du rôle qu'un programme d'action européen peut jouer, présentant un exemple et mobilisant ainsi les efforts dans le monde entier.

1. Le défi

Nous savons que :

- 1.1 L'épidémie d'obésité constitue l'un des plus redoutables défis pour la santé publique dans la Région européenne de l'OMS.** La prévalence de l'obésité a triplé en vingt ans. Dans la Région européenne de l'OMS, un adulte sur deux et un enfant sur cinq sont en surcharge pondérale. Un tiers d'entre eux sont déjà obèses, et les chiffres grimpent rapidement. La surcharge pondérale et l'obésité contribuent largement à la morbidité par maladies non transmissibles, tout en raccourcissant l'espérance de vie et en influençant de manière négative la qualité de vie. Chaque année, plus d'un million de décès survenus dans la Région sont imputables à des maladies liées à une surcharge pondérale.
- 1.2 La tendance est particulièrement alarmante chez les enfants et les adolescents.** Dès lors, l'épidémie se manifeste encore à l'âge adulte et pose un défi sanitaire croissant pour la génération suivante. Le pourcentage d'augmentation annuelle de la prévalence de l'obésité infantile augmente sans cesse. Actuellement, il peut être jusqu'à dix fois supérieur à celui de 1970.
- 1.3 L'obésité a également de graves répercussions sur le développement économique et social.** Dans la Région européenne, l'obésité et la surcharge pondérale chez les adultes représentent jusqu'à 6 % des dépenses de santé. En outre, elles imposent des coûts indirects (dus à la perte de vies et de productivité, ainsi que des revenus qui en découlent) au moins deux fois plus importants. Les personnes appartenant aux groupes socioéconomiques les plus défavorisés sont les plus touchées par la surcharge pondérale et l'obésité, ce qui contribue à accroître les inégalités sanitaires et autres.
- 1.4 Ces dernières décennies, l'épidémie a gagné du terrain en raison de la mutation de l'environnement culturel, physique et socioéconomique.** Au sein de la population, un déséquilibre énergétique s'est

installé à cause du recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification radicale des habitudes alimentaires, avec une absorption accrue d'aliments et de boissons à haute densité énergétique et pauvres en nutriments (contenant une forte teneur en graisses saturées et matières grasses totales, en sel et en sucres) associée à une consommation insuffisante de fruits et de légumes. Selon les informations disponibles, les deux tiers de la population adulte de la plupart des pays de la Région européenne de l'OMS n'ont pas une activité physique suffisante pour obtenir et conserver des gains de santé, et seuls quelques pays enregistrent une consommation de fruits et de légumes atteignant les niveaux recommandés. Une prédisposition génétique ne peut, à elle seule, expliquer l'épidémie d'obésité sans de tels changements dans l'environnement culturel, physique et socioéconomique.

1.5 Pour soutenir les politiques nationales, une intervention s'impose à l'échelle internationale. L'obésité n'est plus un syndrome des sociétés nanties ; elle se généralise aussi dans les pays en développement ou en transition, particulièrement dans le contexte de la mondialisation. L'adoption de mesures intersectorielles reste un défi. Aucun pays n'a encore réussi à juguler cette épidémie. La mise en place d'une étroite coordination internationale dans la lutte contre l'obésité est à la fois un défi et une occasion à saisir, vu que nombre de mesures clés dépassent le cadre national, tant par leur nature que par leurs effets.

2. Ce que l'on peut faire : objectifs, principes et cadre d'intervention

2.1 L'épidémie d'obésité a un caractère réversible. Il est possible de renverser la tendance et de venir à bout de cette épidémie. Nous ne pouvons y parvenir qu'en intervenant sur tous les plans, puisque le nœud du problème réside dans la modification rapide des déterminants sociaux, économiques et environnementaux des modes de vie. Le but vers lequel nous tendons est d'instaurer des sociétés où les modes de vie sains, fondés sur l'alimentation et l'activité physique, constituent la norme, où les objectifs sanitaires sont en harmonie avec les objectifs culturels et socioéconomiques, et où les choix plus favorables à la santé sont facilités pour l'individu.

2.2 Le but ultime de l'intervention dans la Région est de juguler l'épidémie et de renverser la tendance. Des progrès décelables, surtout en ce qui concerne les enfants et les adolescents, devraient pouvoir être atteints en quatre à cinq ans dans la plupart des pays, et il devrait être possible de renverser la tendance pour 2015 au plus tard.

2.3 Les mesures prises dans la Région européenne de l'OMS doivent être orientées en fonction des principes suivants :

- 2.3.1 Pour parvenir à mobiliser les différents secteurs et à réaliser des synergies entre eux, il convient que les hauts responsables politiques fassent preuve de volonté et emmènent le mouvement, avec un engagement de l'ensemble des pouvoirs publics.
- 2.3.2 Il convient d'établir des liens entre les mesures contre l'obésité et les stratégies globales de promotion de la santé et de lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que le cadre plus général du développement durable. Au-delà des retombées positives liées à une diminution de la surcharge pondérale et de l'obésité, l'amélioration de l'alimentation et l'intensification de l'activité physique auront un impact considérable, et souvent rapide, sur la santé publique.
- 2.3.3 Il faut trouver un équilibre entre la responsabilité des personnes et celle des autorités publiques et de la société. Il ne devrait pas être acceptable de considérer les personnes comme seules responsables de leur obésité.
- 2.3.4 Il est essentiel d'inscrire les mesures dans le contexte culturel de chaque pays et région, et de valoriser le plaisir que procurent une alimentation favorable à la santé et la pratique d'une activité physique.
- 2.3.5 Il est capital d'établir des coopérations entre tous les intervenants concernés, comme par exemple les autorités publiques, le secteur associatif, le monde économique, les réseaux de professionnels, les médias et les organismes internationaux, et ce à tous les niveaux (national, sous-national et local).

- 2.3.6 Pour éviter, notamment, que les pressions du marché en faveur des aliments et des boissons à haute densité énergétique n'en viennent à s'exercer plutôt dans les pays aux environnements moins réglementés, les mesures stratégiques doivent être coordonnées de part et d'autre de la Région. L'OMS peut contribuer à faciliter et à encadrer la coordination entre les diverses autorités nationales.
- 2.3.7 Il faut accorder une attention particulière aux groupes vulnérables tels que les enfants et les adolescents, dont l'inexpérience ou la crédulité ne doit pas être exploitée dans le cadre d'activités commerciales.
- 2.3.8 Le soutien aux groupes défavorisés sur le plan socioéconomique, qui sont confrontés à plus de contraintes et de restrictions lorsqu'il s'agit d'opérer des choix favorables à la santé, revêt également un caractère hautement prioritaire. Dès lors, l'un des objectifs essentiels devrait être de faciliter les choix favorables à la santé en accroissant l'accessibilité à un prix abordable.
- 2.3.9 L'impact sur les objectifs de santé publique devrait être une considération prioritaire lors de l'élaboration des politiques économiques, ainsi que des politiques en matière de commerce, d'agriculture, de transports et d'urbanisme.

2.4 Pour traduire ces principes en actes, il est nécessaire de disposer d'un cadre établissant des liens entre les principaux acteurs, outils stratégiques et lieux d'intervention.

- 2.4.1 **Tous les secteurs et niveaux des pouvoirs publics ont un rôle à jouer.** Il convient de mettre en place des mécanismes institutionnels appropriés pour permettre cette collaboration.
- Les ministères de la Santé doivent prendre la tête du mouvement et agir en tant que promoteurs et inspirateurs des mesures intersectorielles dont ils influenceront les orientations. Ils doivent montrer l'exemple en permettant aux utilisateurs de leurs services de santé et à leur personnel d'opérer des choix favorables à la santé. Le rôle du système de santé est également important vis-à-vis des personnes à haut risque et de celles qui souffrent déjà d'une surcharge pondérale ou d'obésité : il doit concevoir et promouvoir des mesures de prévention et veiller à la pose d'un diagnostic, au dépistage et au traitement.
 - Tous les ministères et organismes responsables notamment de l'agriculture, de l'alimentation, des finances, du commerce et des affaires économiques, de la consommation, du développement, des transports, de l'urbanisme, de l'enseignement et de la recherche, de la protection sociale, de l'emploi, des sports, de la culture et du tourisme ont un rôle capital à jouer dans l'élaboration de politiques et de mesures pour la promotion de la santé. Les retombées positives se manifesteront également dans leur propre domaine.
 - Les autorités locales ont énormément de potentiels de mettre en place un environnement et des conditions propices à l'activité physique, à un mode de vie actif et à une alimentation favorable à la santé. Elles ont un rôle capital à jouer, et doivent être soutenues dans cette démarche.
- 2.4.2 **La société civile peut soutenir les mesures prises.** Sa participation active est importante pour faciliter la sensibilisation du public, encourager la revendication de mesures et inspirer des démarches innovatrices. Les organisations non gouvernementales peuvent apporter leur appui aux stratégies de lutte contre l'obésité. Les associations patronales, les groupements de consommateurs et de parents, les mouvements de jeunesse, les groupements sportifs, entre autres, ainsi que les syndicats peuvent tous jouer un rôle particulier. Les fédérations de professionnels de la santé doivent veiller à ce que leurs membres s'engagent résolument dans la prévention.
- 2.4.3 **Le monde économique doit jouer un rôle important et assumer la responsabilité de l'aménagement d'un environnement plus favorable à la santé, ainsi que de la promotion de choix favorables à la santé sur les lieux de travail.** Sont notamment concernés les entreprises de toute la chaîne alimentaire, depuis les producteurs primaires jusqu'aux détaillants. Les mesures doivent s'articuler autour du principal domaine d'activité concerné, par exemple la production, le marketing et les informations sur

les produits, tandis que l'éducation du consommateur pourrait également être envisagée, dans le cadre établi par la politique de santé publique. Les secteurs tels que les clubs sportifs, les clubs de loisirs, les entreprises de la construction, les publicitaires, les transports en commun, le tourisme actif, etc. ont également un rôle important à jouer. Le secteur privé pourrait participer à des solutions profitables à tous, en insistant sur les perspectives économiques d'un investissement dans des options plus favorables à la santé.

2.4.4 Les médias ont une importante responsabilité : fournir des informations et éduquer, sensibiliser et soutenir les politiques de santé publique dans ce domaine.

2.4.5 Une collaboration intersectorielle est capitale, non seulement à l'échelle nationale, mais aussi internationale. L'OMS doit être l'inspiratrice, la coordinatrice et le moteur de l'intervention internationale. Des organisations internationales telles que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) peuvent établir une coopération efficace, stimulant ainsi la collaboration intersectorielle à l'échelle nationale et internationale. L'Union européenne (UE) a un rôle de premier plan à jouer par le biais de la législation européenne, des politiques et programmes de santé publique, de la recherche et des initiatives telles que la plate-forme d'action européenne « Alimentation, activité physique et santé ».

Les engagements internationaux déjà pris dans le cadre de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, le Plan d'action européen pour l'alimentation et la nutrition et la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles doivent servir de principes directeurs et d'outils pour la création de synergies. En outre, il est possible de se fonder sur des engagements politiques tels que le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, le Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE) et le Codex Alimentarius, dans les limites de son mandat, pour assurer la cohérence et la continuité de l'action internationale et maximiser l'exploitation efficace des ressources.

2.4.6 Les instruments politiques vont de la législation aux partenariats entre le public et le privé, l'accent étant mis sur les dispositions réglementaires. Les autorités publiques et les parlements nationaux doivent veiller à la cohérence et à la pérennité des mesures par le biais de règlements, notamment des lois. Parmi les autres instruments importants, citons la reformulation des politiques, les stratégies budgétaires et d'investissements publics, les méthodes d'évaluation d'impact sur la santé, les campagnes de sensibilisation et de diffusion d'informations auprès des consommateurs, le renforcement des compétences et les collaborations, la recherche, la planification et le suivi. Il convient d'encourager les partenariats entre le public et le privé en faveur de la santé publique et des objectifs formulés. Plus spécifiquement, les mesures devraient comprendre l'adoption de réglementations visant à réduire sensiblement l'ampleur et l'impact de la promotion commerciale des aliments et boissons à haute densité énergétique, particulièrement auprès des enfants (en élaborant des mesures à l'échelle internationale, comme un code du marketing ciblant les enfants dans ce domaine), ainsi qu'à sécuriser les routes pour promouvoir la marche et la pratique du vélo.

2.4.7 Des mesures doivent être prises aux niveaux micro et macro, ainsi que dans différents contextes. Il faut attacher une importance particulière aux contextes tels que le foyer et la famille, les collectivités, les jardins d'enfants, les écoles, les lieux de travail, les moyens de transport, le cadre urbain, l'habitat, les services sanitaires et sociaux, et les infrastructures de loisirs. Par ailleurs, les interventions doivent se situer à l'échelle locale, nationale et internationale. Il convient dès lors de soutenir et d'encourager les personnes de manière à ce qu'elles assument leurs responsabilités et profitent activement des possibilités qui leur sont offertes.

- 2.4.8 **Les mesures doivent viser à garantir un équilibre énergétique optimal en promouvant l'activité physique et une alimentation plus favorable à la santé.** Il faut continuer à consacrer suffisamment d'attention à l'information et à l'éducation, mais l'accent doit être déplacé vers un ensemble d'interventions conçues pour modifier l'environnement physique et socioéconomique en vue de faciliter les modes de vie favorables à la santé.
- 2.4.9 **Il faut faire la promotion d'un programme de mesures préventives fondamentales parmi lesquelles les pays pourront encore établir des priorités en fonction de leur contexte national et de l'état d'avancement de leurs stratégies.** Ce programme de mesures fondamentales comprendrait les interventions suivantes : alléger les pressions exercées par le marketing, notamment en ce qui concerne les enfants ; promouvoir l'allaitement maternel ; garantir l'accès aux produits alimentaires plus favorables à la santé, dont les fruits et les légumes, ainsi que leur disponibilité ; prendre des mesures économiques facilitant les choix alimentaires plus favorables à la santé ; mettre à la disposition du public des infrastructures abordables pour les activités récréatives et l'exercice, avec encadrement pour les groupes socialement défavorisés ; diminuer la teneur en graisses, en sucres libres (notamment les sucres ajoutés) et en sel des produits transformés ; veiller à un étiquetage adéquat comportant des informations nutritionnelles ; promouvoir la marche et la pratique du vélo par l'amélioration de l'aménagement urbain et des politiques de transport ; mettre en place, dans le contexte local, des moyens motivant la population à exercer une activité physique pendant son temps libre ; fournir des aliments plus favorables à la santé et créer des possibilités de pratiquer quotidiennement une activité physique et de bénéficier d'une éducation à la nutrition et d'une éducation physique à l'école ; aider et motiver les gens à adopter de meilleurs modes d'alimentation et à avoir une activité physique au travail ; élaborer/amender les principes directeurs nationaux en matière d'alimentation et d'activité physique ; et promouvoir des changements de comportement en matière de santé adaptés à l'individu.
- 2.4.10 **Par ailleurs, il faut rester attentif à la prévention de l'obésité chez les personnes qui sont déjà en surcharge pondérale, et donc à haut risque, et au traitement de l'obésité pathologique.** Dans ce domaine, il convient notamment de prévoir un dépistage précoce et une prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité dans le cadre du système des soins de santé primaires, d'assurer la formation à la prévention de l'obésité pour les professionnels de la santé et de publier des consignes cliniques pour le dépistage et le traitement. Il convient également d'éviter toute stigmatisation ou toute survalorisation des personnes obèses, à tout âge.
- 2.4.11 **À l'heure de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, il faut s'inspirer des mesures qui ont fait leurs preuves.** Parmi celles-ci, on trouve des projets à impact avéré sur la consommation d'aliments plus favorables à la santé et les niveaux d'activité physique, tels que les programmes visant à offrir des fruits gratuitement à l'école, la fixation de prix abordables pour les aliments plus favorables à la santé, l'accès accru à ces aliments sur les lieux de travail et dans les zones où règnent de mauvaises conditions socioéconomiques, la création de voies prioritaires pour les vélos, l'encouragement des enfants à se rendre à l'école à pied, un meilleur éclairage des rues, la promotion de l'usage des escaliers et la réduction du temps passé devant la télévision. En outre, des bases factuelles indiquent que de nombreuses interventions contre l'obésité, telles que les programmes scolaires et le transport actif, présentent un excellent rapport coût-efficacité. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe fournira aux décideurs des exemples de bonnes pratiques et des études de cas.

3. État d'avancement et suivi

- 3.1 La présente Charte vise à renforcer la lutte contre l'obésité dans toute la Région européenne de l'OMS. Elle devrait stimuler et influencer les politiques nationales, y compris les mesures réglementaires, parmi

lesquelles la législation et les plans d'action nationaux. Un plan d'action européen portant sur la nutrition et l'activité physique traduira en programmes d'interventions précises et en mécanismes de suivi les principes et structures mis en place par la Charte.

- 3.2 Il convient d'organiser la définition d'indicateurs clés permettant des comparaisons à l'échelle internationale pour inclure ceux-ci dans les systèmes nationaux de surveillance sanitaire. Ces données pourraient ensuite être utilisées dans le cadre de la sensibilisation, de l'élaboration de politiques et du suivi. Cela permettrait aussi d'évaluer et de réviser régulièrement les politiques et les mesures, et de diffuser les conclusions auprès d'un large public.
- 3.3 Le suivi à long terme des projets est essentiel, étant donné qu'il faudra du temps avant que les résultats ne se manifestent sous forme d'un recul de l'obésité et d'une réduction de la charge de morbidité y afférente. Des rapports d'avancement trisannuels doivent être préparés à l'échelle de la Région européenne de l'OMS, le premier devant être soumis en 2010.



Professeur Recep Akdağ
Ministre turc de la Santé



Dr Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Istanbul, 16 novembre 2006

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie
Allemagne
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Biélarus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Ex-République yougoslave de Macédoine
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Monténégro
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkménistan
Turquie
Ukraine



Pour faire face à l'épidémie d'obésité, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé, en novembre 2006, une conférence au cours de laquelle tous les États membres ont adopté la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, qui énonce des principes directeurs et indique des domaines d'action clairs aux niveaux local, régional, national et international à l'intention d'acteurs très divers. Ce livre contient la première des deux publications de la Conférence. Il inclut la Charte et résume les notions et les conclusions des nombreux documents techniques rédigés en vue de la Conférence par un grand groupe d'experts en santé publique, nutrition et médecine.

Ce résumé, à la fois bref, clair et accessible, illustre la dynamique de l'épidémie d'obésité et ses effets sur la santé publique dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS, en particulier dans les pays de sa partie orientale. Il montre que les facteurs qui augmentent le risque d'obésité sont à l'œuvre dans des lieux divers, tels que le foyer, l'école, le cadre de vie local et le lieu de travail. Il présente des arguments éthiques et économiques en faveur d'une intensification des mesures dirigées contre l'obésité et analyse des programmes et des politiques efficaces dans différents secteurs de l'action publique, tels que l'éducation, la santé, l'agriculture, le commerce, l'urbanisme et les transports. Ce résumé indique également la façon de concevoir des politiques et programmes de prévention de l'obésité et d'en suivre les progrès. Il demande la prise de mesures précises par les acteurs concernés : les pouvoirs publics et le secteur privé (en particulier les fabricants d'aliments, les publicitaires et les commerçants), les associations professionnelles et de consommateurs, et des organisations internationales et intergouvernementales telles que l'Union européenne.

Il est temps d'agir : il est prévu que 150 millions d'adultes et 15 millions d'enfants de la Région seront obèses d'ici 2010. L'obésité nuit à la santé et au bien-être d'une grande partie de la population et engendre des dépenses importantes dans les services de santé, mais a également des effets considérables et inacceptables sur les enfants. Ce livre présente brièvement et de façon claire des idées et des informations qui permettront aux acteurs de l'ensemble de la Région, en particulier les responsables politiques, d'agir pour porter un coup d'arrêt à l'épidémie d'obésité qui sévit en Europe et ensuite l'inverser.



Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17 Fax : +45 39 17 18 18 Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int