
Principaux constats et principes d'actions

La progression de l'obésité en France se confirme à travers une série d'études épidémiologiques concordantes chez l'enfant comme chez l'adulte. Des mesures préventives s'imposent. Le système de soins doit répondre à ce nouvel enjeu.

Aujourd'hui, la question n'est plus celle du bien-fondé de programmes de santé publique pour lutter contre l'obésité mais celle de leur conception, de leur application, de leur pérennité et de leur évaluation.

La recherche d'une cohérence entre les programmes de santé publique et les politiques publiques, en particulier dans le domaine de l'agro-alimentaire, de l'aménagement urbain et de la communication nutritionnelle est essentielle.

Forces et faiblesses des initiatives françaises

La mise en place du Programme national nutrition santé (PNNS) après une concertation pluri-ministérielle représente une avancée importante dans la prise de conscience par la société de ce problème de santé publique et dans la volonté politique d'y répondre. L'obésité n'est cependant qu'un aspect de ce vaste programme. À l'avenir, le PNNS devrait définir plus spécifiquement des objectifs et moyens dans ce domaine.

Sous l'impulsion du PNNS, de nombreuses initiatives ont été prises au niveau national et régional témoignant d'une forte réactivité et motivation des acteurs de santé publique dans le domaine. Plusieurs régions ont initié des programmes de prévention en mobilisant non seulement les professionnels de santé, la communauté éducative, les acteurs sociaux, mais également les responsables politiques et les décideurs économiques.

Les travaux du Conseil national de la consommation et du Conseil national de l'alimentation ont contribué à la réflexion et aux propositions dans le domaine de la prévention nutritionnelle.

En ce qui concerne la prise en charge de l'obésité, des recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement (1998) et des recommandations plus récentes sur la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent (2003) ont reçu le label de l'Anaes. Certaines de ces recommandations françaises ont été reprises par des instances européennes. La

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) a défini des pôles d'accueil pour les personnes obèses. Des outils de dépistage de l'obésité (en particulier pour les enfants) d'utilisation simple ont été adressés aux médecins et pédiatres par la Direction générale de la santé (DGS). La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) s'est engagée dans une évaluation de la chirurgie de l'obésité.

Dans le domaine de la recherche, l'Inserm et l'Inra, et plus récemment l'Agence nationale de la recherche (ANR), ont lancé des programmes en nutrition, incluant, pour certains, l'obésité. Les équipes de recherche françaises occupent une position de premier plan en termes de nombre et de qualité des publications scientifiques dans plusieurs thématiques au plan international.

Malgré ces acquis importants, des faiblesses demeurent en particulier dans les actions de prévention.

La dispersion, voire l'émiettement des actions en prévention, nuit à la lisibilité globale du processus et pose la question de la cohérence des stratégies développées et de leur optimisation.

Les actions locales, largement fondées sur le bénévolat et dépendant de soutiens limités dans le temps, restent fragiles. La pérennité des financements est une question clé pour que les actions initiées puissent atteindre, par leur durée, un certain niveau d'efficacité.

L'insuffisance d'évaluation rigoureuse de la plupart des actions est un autre point faible. Une méthodologie d'évaluation doit être développée pour justifier et orienter les allocations de ressources par les financeurs.

Opportunités

Une série d'opportunités se fait jour dans cette période de progression de l'obésité. Elle résulte des travaux scientifiques qui ont notablement fait évoluer les concepts et les pratiques et permettent de définir des principes d'actions. Elle repose sur une double approche communautaire et individuelle et sur l'engagement d'une diversité d'intervenants.

- Le concept d'une prévention jouant sur des modifications de l'environnement, ouvre un vaste champ d'action ; cette prévention qualifiée par certains auteurs de prévention « passive » ou « prévention sans effort » est fondée sur des actions n'impliquant pas en premier lieu l'individu. Il s'agit de réduire la pression environnementale par une action sur les facteurs qui génèrent une sédentarité croissante et l'excès de consommation calorique. Elle complète les actions de prévention ciblée sur l'individu à risque et vise à atténuer les contraintes auxquelles doit faire face celles ou ceux qui cherchent à éviter ou réduire un excès de poids.

- La prise de conscience par l'ensemble de la société des enjeux soulevés par la progression de la fréquence de l'obésité se manifeste par l'engagement significatif de responsables politiques, de professionnels de santé et de décideurs économiques dans une série d'actions institutionnelles.
- Les initiatives nationales s'inscrivent en cohérence avec les programmes européens et internationaux.

Obstacles

L'obésité est largement dépendante des évolutions des modes de vie et de l'environnement. Elle touche particulièrement des populations vulnérables (enfants, familles en situation de précarité...). La politique de prévention et de prise en charge de l'obésité est elle-même directement liée aux déterminants socioéconomiques et environnementaux de la maladie. Ces programmes se heurtent aux effets persistants et croissants de la pression environnementale et des déterminants socioéconomiques qui contribuent au développement et à l'entretien de l'épidémie d'obésité. Il faut ajouter que le regard sur l'obésité et sur les personnes obèses reste bien souvent négatif voire stigmatisant.

La prévention de l'obésité exige donc des mesures qui ont des incidences économiques et sociales. À titre d'exemple, citons la question de l'accessibilité, du prix et de la qualité des aliments, déterminants majeurs de la densité calorique et donc de la consommation des aliments. Le fait que les aliments dont on souhaite augmenter la consommation soient les plus coûteux, comme les fruits et légumes, renforce les inégalités sociales de santé. De même, la disponibilité et l'accessibilité des équipements pour l'activité physique et la sécurité des terrains de jeux ou encore des circuits pédestres pour les enfants et les familles posent également des problèmes économiques.

La prévention de l'obésité est bien une question de politique de santé. Or, l'intérêt d'un acteur institutionnel ou économique pour une politique de prévention est loin d'être proportionnel à son influence dans les processus de décision.

Principes d'action

L'obésité est une maladie chronique. Les réponses préventives et thérapeutiques doivent tenir compte d'une grande variété de situations évolutives et symptomatiques. Les stratégies de prévention et de traitement impliquent des interventions sur des champs multiples mais aussi des actions différenciées en fonction du stade évolutif de la maladie. À partir de cette analyse, le groupe de travail insiste sur les principes d'actions suivants :

- **précocité** : l'obésité est une maladie chronique évolutive qui tend à s'aggraver au cours de la vie. Le début de l'obésité se situe, pour une grande part des cas, durant l'enfance et l'adolescence. La prévention et le traitement doivent donc être précoces ; une attention particulière doit être apportée au dépistage et à la prise en charge des enfants et des adolescents. La prévention universelle (au niveau des populations) doit promouvoir une éducation à la bonne santé physique (nutritionnelle et activité physique) dès le plus jeune âge ;
- **globalité** : l'obésité étant une maladie multifactorielle, la prise en compte d'un seul déterminant est vaine. Au plan de la santé publique, une mesure isolée ne suffit pas. Multifocales et multisectorielles, les actions doivent mobiliser le secteur institutionnel et non institutionnel, les acteurs associatifs et économiques ;
- **complémentarité** : la convergence des actions et la complémentarité des interventions sont essentielles. Il n'y a pas lieu d'opposer « l'individuel » et « le collectif », de séparer les actions médicales et sociétales, ou de privilégier les uns aux dépens des autres ;
- **cohérence** : la cohérence des actions politiques dans le domaine de l'alimentation est une question centrale. L'exemple le plus critique est la question de la cohérence entre « politique nutritionnelle » et « politique agricole » ;
- **évolutivité** : les programmes doivent s'adapter aux évolutions du contexte socioéconomiques et des connaissances scientifiques ;
- **respect de l'individu** : la plus grande vigilance s'impose pour ne pas renforcer à l'occasion des campagnes de santé publique la stigmatisation des personnes obèses « agir contre l'obésité, non contre la personne obèse » ;
- **indépendance** : dans une problématique aussi complexe et coûteuse, la question des partenariats est cruciale. Les conditions de collaborations entre secteur public et privé doivent être débattues. L'indépendance des actions doit être garantie au sein de partenariats clairement définis ;
- **mise en œuvre** : la masse des recommandations et des règlements disponibles en France est considérable. Leur application ferait considérablement évoluer la situation (par exemple, la réglementation en matière de restauration scolaire) ;

- **décentralisation** : l'impulsion politique nationale doit être relayée au niveau des actions de terrain par des intervenants de proximité pour adapter les mesures au contexte spécifique du site d'intervention ;
- **délégation** : de nouveaux métiers ou de nouvelles conditions d'exercice doivent être définis, en particulier pour les infirmiers et les diététiciens ; la promotion de la santé en milieu scolaire implique des formations en sciences de l'éducation ;
- **pérennité** : les politiques de santé publique dans le domaine des maladies chroniques liées à l'environnement impliquent une continuité des actions sur une durée conséquente (dizaine d'années). Les calendriers d'actions doivent distinguer les objectifs à court, moyen et long termes ;
- **évaluation des programmes** : compte tenu du délai de leur impact sur la santé des populations, ces programmes doivent être évalués initialement sur des critères intermédiaires : appropriation et application des messages de promotion de la santé, pérennité de l'action et de son impact. L'instance d'évaluation doit être indépendante ;
- **évaluation des coûts** : le financement et les coûts des campagnes de prévention doivent être clairement établis et connus ;
- **recherche** : les programmes doivent comporter une part de recherche populationnelle et favoriser l'interdisciplinarité en incluant les sciences humaines et sociales. Ils doivent faire le lien entre recherche, actions de terrain et évaluation. L'opportunité d'un plan stratégique de recherche spécifique sur l'obésité doit être analysée. C'est l'option retenue par le NIH.

Axes prioritaires pour des actions à court et moyen termes

Ces axes concernent principalement l'alimentation et l'activité physique. Ils portent, entre autres, sur l'environnement immédiat ou « niche écologique », l'école, l'organisation des soins, la vie au travail, l'industrie agro-alimentaire et la communication. Il s'agit d'intervenir sur :

- **l'information du consommateur** : réglementation de l'étiquetage et de la publicité, allégations nutritionnelles, communication institutionnelle ; adaptation des messages et des outils pour les populations en difficulté et à risque ;
- **l'offre alimentaire** : politique de soutien à l'offre d'aliments de faible densité énergétique et subventions ciblées à la consommation (en restauration collective notamment), application de la réglementation concernant l'alimentation en collectivité et en particulier en milieu scolaire, l'offre alimentaire pour les populations en difficulté et à risque, la qualité nutritionnelle des aliments, la taille des portions (industrie agro-alimentaire, marketing et distribution) ;

- **l'environnement physique** : intégration des objectifs de lutte contre l'obésité dans la politique de la ville, la politique des transports, l'accessibilité aux équipements sportifs en milieu scolaire, universitaire, professionnel et urbain ;
- **la politique de santé** : pérennité et adaptation du PNNS ;
- **l'organisation du système de soins** : promotion de nouveaux métiers, réforme du statut des diététiciens, application des recommandations de l'Anaes, de la DGS et de la Dhos, amélioration de l'accès aux soins, acquisition d'équipements médicaux adaptés pour les personnes obèses (imagerie...), formation des professionnels de santé, centres de références, réseaux, éducation thérapeutique ;
- **la surveillance sanitaire** : financement d'études épidémiologiques itératives sur la situation nutritionnelle de la population et l'état des lieux du dépistage et de l'accès aux soins dans différentes populations ;
- **la politique de recherche** : renforcement de la recherche interdisciplinaire sur les déterminants et l'ensemble des conséquences de l'obésité dans les appels d'offre de l'ANR et des organismes de recherche.