

"Obésité"

édito

Politique de lutte contre l'obésité : nous sommes tous impliqués !

Un élément clé du Traité d'Amsterdam était l'affirmation : "... un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté..." (article 152).

Toutes les politiques et actions ? Oui - car informer les écoliers qu'il faut manger des aliments plus sains ou les parents qu'ils doivent lire attentivement les étiquettes est insuffisant. Se focaliser sur l'individu ne résoudra pas les problèmes. Nous devons nous demander pourquoi telle personne est à risque d'obésité. Nous devons en déterminer les causes. Nous devons poser la question : pourquoi ?

Prenons l'activité physique. Si les enfants ne jouent pas dehors, nous devons nous demander pourquoi ? Est-ce qu'il y a trop de circulation ? Trop de criminalité ? Si c'est le cas, la politique de transport doit être modifiée ainsi que la politique de justice et de protection contre le crime. Examinons la "malbouffe". Si les gens préfèrent la junk food, demandons nous : pourquoi ? Est-ce parce qu'elle est moins chère, plus savoureuse et plus attrayante ? Si c'est le cas, nous avons besoin de politiques des prix et de distribution. Nous avons besoin de politiques sur la composition des aliments, les additifs alimentaires et la taille des portions. Nous avons besoin de décisions politiques sur l'étiquetage des menus, les services de cantines scolaires, les cafétérias sur les lieux de travail et l'étiquetage des produits de la restauration rapide.

En retour, ceci implique des politiques d'investissement commercial, de soutien à l'agriculture, de barrières tarifaires et de fixation des prix des matières premières. Ceci nécessitera un leadership politique pour bousculer le status quo, mais les leaders politiques ne le feront pas sans un soutien populaire. Ce soutien populaire doit venir de nous tous, électeurs, travailleurs et experts, ainsi que membres des syndicats et corps constitués.

Le Traité d'Amsterdam a été rédigé lorsque la crise de la vache folle avait provoqué un mouvement populaire exigeant des réformes. Cela a conduit à des politiques de santé publique plus fortes et à de nouvelles institutions pour les instaurer. La crise de l'obésité affectera de nombreuses personnes parmi nous.

En soutenant le changement, nous pouvons obtenir les politiques dont nous avons besoin. Tous ensemble.

Tim Lobstein

Groupe de Travail International sur l'Obésité (IOTF), Londres - GB

intro

Un triple problème

L'obésité pose un problème individuel, collectif et politique. Individuel, parce qu'elle altère la qualité de vie et la santé des patients qui en sont atteints. Collectif, parce qu'elle est en constante progression, en particulier chez les enfants et dans les classes sociales les plus défavorisées. Politique enfin, parce que devant une telle déferlante, il est du devoir des pouvoirs publics de se mobiliser pour tenter de la freiner.... De nombreux travaux convergent pour mettre en avant le rôle des facteurs économiques (diminution du coût des aliments, hausse du coût de l'activité physique) dans le développement de l'obésité. En matière de prévention, l'information ne suffit pas. Il faut également faciliter l'accès économique à des choix alimentaires favorables à la santé. Taxer les aliments trop denses en énergie est une approche qui a été privilégiée. Autre alternative, les politiques de subvention des aliments de faible densité énergétique suscitent un intérêt croissant. Elles pourraient se révéler tout aussi efficaces, sinon plus, que la taxation... Dans cette perspective, il est logique que les fruits et légumes soient désormais au cœur du débat sur la prévention de l'obésité... et que ce numéro spécial d'Equation Nutrition soit consacré à ce sujet.

Dr Thierry Gibault

Endocrinologue, Nutritionniste

Editorial Board

- S. Ben Jelloun • Institut Agronomique Vétérinaire Hassan II
• Rabat • Maroc
- E. Bere • University of Oslo • Faculty of Medicine • Norway
- E. Birlouez • Epistème • Paris • France
- I. Birlouez • INAPG • Paris • France
- MJ. Carlin Amiot • INSERM-Faculté de médecine de la Timone
• Marseille • France
- B. Carlton-Tohill • Center for Disease Control and Prevention
• Atlanta • USA
- V. Coxam • INRA Clermont Ferrand • France
- N. Darmon • Faculté de Médecine de la Timone • Marseille • France
- E. Feskens • National Institute of Public Health and the Environment
for Nutrition and Health • Bilthoven • Netherlands
- ML. Frelut • Hôpital Robert Debré • Paris • France
- T. Gibault • Hôpital Henri Mondor • Hôpital Bichat • Paris • France
- D. Giugliano • University of Naples 2 • Italy
- M. Hetherington • Glasgow Caledonian University • UK
- S. Jebb • MRC Human Nutrition Research • Cambridge • UK
- JM. Lecerf • Institut Pasteur de Lille • France
- J. Lindstrom • National Public Health Institute • Helsinki • Finland
- C. Maffei • University Hospital of Verona • Italy
- A. Naska • Medical School • University of Athens • Greece
- T. Norat Soto • International Agency for Research on Cancer
• Lyon • France
- J. Pomerleau • European Centre on Health of Societies in Transition
• UK
- C. Rémésy • INRA Clermont Ferrand • France
- E. Rock • INRA Clermont Ferrand • France
- M. Schulze • German Institute of Human Nutrition • Nuthetal •
Germany
- J. Wardle • Cancer Research UK • Health Behaviour Unit • London • UK

www.ifava.org

www.aprifel.com

IFAVA Board of Directors

- J. Badham • South Africa • 5-a-Day for better health TRUST
- L. Damiens • France • "La moitié en fruits et légumes" • Aprifel
- C. Doyle • USA • American Cancer Society
- P. Dudley • New Zealand • 5+ a day
- V. Ibarra • Mexico • 5 X Día
- R. Lemaire • Canada • 5 to 10 a day
- E. Pivonka • USA • 5 A Day
- C. Rowley • Australia • Go for 2&5® • Horticulture Australia
- S. Tottenborg • Denmark • 6 a day

Comparaison des corrélations entre l'environnement, les politiques de santé et l'obésité en Europe

— Borsika Rabin, Tegan Boehmer, Ross Brownson —

Université de Saint Louis, Ecole de Santé Publique, Saint Louis, MO, USA

Le fardeau de l'obésité

Bien que dans la plupart des pays d'Europe, la prévalence de l'obésité reste inférieure à celle des Etats-Unis, le Groupe de Travail International sur l'Obésité (International Obesity Task Force – IOTF), indique qu'elle a néanmoins beaucoup progressé durant cette dernière décennie dans "le Vieux Continent"⁽¹⁾. En Europe, on estime que les complications de l'excès de poids représenteraient 7-8 % du fardeau total des maladies⁽²⁾ et environ 1-5 % des dépenses totales de santé⁽³⁾.

Mieux comprendre les aspects environnementaux

Du fait d'une prévalence accrue et des complications coûteuses, l'obésité ne peut plus être considérée comme un problème purement médical mais comme un véritable menace pour la santé publique, nécessitant des stratégies nationales et mondiales de prévention et de soins⁽³⁾. Plusieurs experts déclarent que les interventions actuelles pour prévenir l'obésité ont eu peu de succès car elles ont une approche traditionnelle de modification du comportement individuel, alors qu'un changement de paradigme pour mieux comprendre les aspects environnementaux de l'obésité serait nécessaire pour inverser cette tendance⁽⁴⁾. Cela implique des interventions ciblant les individus, les familles, les communautés et les institutions politiques.

Politiques et obésité : des liens mal connus

Bien que la communauté scientifique soit d'accord sur le rôle majeur que joue l'environnement actuel dans le développement de l'obésité⁽⁴⁾, on sait peu de choses sur l'impact des facteurs environnementaux sur l'obésité. Les études existantes montrent des associations entre le risque d'obésité et la faible disponibilité et la faible consommation de fruits et légumes, la stigmatisation des obèses dans la communauté, l'absence d'espaces de loisirs de proximité, l'absence de trottoirs, l'augmentation des trajets en voiture, la diminution de la marche à pied ou le fait de ne pas avoir un véhicule constamment à disposition, de résider dans un quartier où on ne peut marcher ou au contraire un quartier très étendu ou de résider dans une zone d'urbanisation uniforme⁽⁵⁻¹¹⁾. Cependant, la portée de ces études se limite au microenvironnement des individus et elles ne fournissent aucune information sur les tendances et les corrélations à l'échelle européenne.

En dépit du rôle largement admis des politiques gouvernementales sur de nombreux comportements liés à la santé⁽¹²⁾, les liens entre la politique et les risques d'obésité ne sont pas bien connus. Des changements de politiques peuvent guider les choix individuels et constituer un bon complément pour les interventions au niveau individuel. Elles peuvent influencer la vie de

nombreuses personnes, toucher des groupes difficiles à atteindre par les voies traditionnelles, avoir des effets plus durables sur les modifications comportementales en façonnant les normes sociales et même être rentables⁽⁴⁾.

Quand la disponibilité des fruits et légumes est inversement associée à l'obésité⁽¹³⁾

Dans une étude environnementale pilote, nous avons examiné la prévalence de l'obésité en relation avec des indicateurs d'environnement physique, économique et politique dans 24 pays européens entre 1997 et 2002. Rapporter tous les résultats sortirait du cadre de cet article. Néanmoins, il est intéressant de noter que la disponibilité des fruits et légumes semble jouer un rôle important : une plus faible prévalence d'obésité a été retrouvée dans les pays où la disponibilité des fruits et légumes par personne était la plus forte. Ainsi, un des résultats statistiquement significatifs de l'étude était la relation négative entre l'obésité masculine et la disponibilité des fruits et légumes. Cependant, nos résultats indiquent également qu'une plus grande disponibilité des graisses serait également corrélée à une moindre prévalence d'obésité, ce qui va à l'encontre de notre hypothèse de départ...

Les politiques ont un rôle à jouer

L'ensemble des indicateurs de politiques gouvernementales sur les différents aspects de la qualité de gouvernance montrait de solides associations avec l'obésité, notamment chez les femmes. Ces résultats suggèrent qu'il existe un faible niveau d'obésité dans les pays caractérisés par l'existence de médias indépendants et "d'un gouvernement ayant une plus grande aptitude à formuler et à instaurer des mesures appropriées"⁽¹⁴⁾. La complexité de ces indicateurs politiques rend difficile leur interprétation, cependant, nous suggérons qu'un gouvernement stable et efficace permettrait aux leaders politiques de se focaliser sur les problèmes clés de santé publique.

Des recherches ultérieures devraient examiner le rôle des environnements obésogènes, y compris les facteurs liés aux mesures gouvernementales (par exemple, la disponibilité et le coût réduit des fruits et légumes) en se focalisant sur les différences hommes-femmes.



Références

- Skidmore PM, Yarnell JW. The obesity epidemic: prospects for prevention. *Qjm* 2004;97(12):817-25.
- Pomerleau J, McKee M, Lobstein T, Knai C. The burden of disease attributable to nutrition in Europe. *Public Health Nutr* 2003;6(5):453-61.
- Visscher TL, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annu Rev Public Health* 2001;22:355-75.
- Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999;29(6 Pt 1):563-70.
- Frank LD, Andresen MA, Schmid TL. Obesity relationships with community design, physical activity, and time spent in cars. *Am J Prev Med* 2004;27(2):87-96.
- Ewing R, Schmid T, Killingsworth R, Zlot A, Raudenbush S. Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity. *Am J Health Promot* 2003;18(1):47-57.
- Giles-Corti B, Macintyre S, Clarkson JP, Pikora T, Donovan RJ. Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. *Am J Health Promot* 2003;18(1):93-102.
- Saelens BE, Sallis JF, Black JB, Chen D. Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation. *Am J Public Health* 2003;93(9):1552-8.
- Catlin TK, Simoes EJ, Brownson RC. Environmental and policy factors associated with overweight among adults in Missouri. *Am J Health Promot* 2003;17(4):249-58.
- Sahyoun NR, Zhang XL, Serdula MK. Barriers to the consumption of fruits and vegetables among older adults. *J Nutr Elder* 2005;24(4):5-21.
- Linde JA, Utter J, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle RG. Specific food intake, fat and fiber intake, and behavioral correlates of BMI among overweight and obese members of a managed care organization. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006 Nov 26;3:42.
- Nestle M, Jacobson MF. Halting the obesity epidemic: a public health policy approach. *Public Health Rep* 2000;115(1):12-24.
- Rabin BA, Boehmer TK, Brownson RC. Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe. *Eur J Public Health* 2006 (in press)
- Kaufman D, Kraay A, Mastruzzi M. Governance Matters III: Governance Indicators for 1996-2002. World Bank Policy Research Working Paper No. 3106. <http://ssrn.com/abstract=405841>

Consommation de fruits et légumes et contrôle du poids corporel : les preuves s'accumulent

— Janine Kröger —

Institut Allemand de Nutrition Humaine Potsdam - Rehbruecke, Allemagne

L'obésité un problème mondial de santé publique

Dans les pays occidentaux, l'obésité atteint des proportions épidémiques et dans les pays en développement sa prévalence est en constante augmentation^[1]. L'obésité, surtout l'obésité abdominale, représente un important facteur de risque pour les maladies chroniques sévères telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et certains cancers^[1]. Combattre cette épidémie est ainsi un objectif majeur de santé publique.

Le surpoids et l'obésité sont principalement le résultat d'un déséquilibre au long terme entre les apports et les dépenses énergétiques. Malgré de nombreuses recherches, le rôle de certains macronutriments et aliments dans le développement de l'obésité n'est pas entièrement élucidé. Cet article résume brièvement les études sur la relation entre la consommation de fruits et légumes et le contrôle du poids corporel.

Comment les fruits et légumes pourraient-ils exercer des effets bénéfiques sur le contrôle du poids corporel ?

Les fruits et légumes sont caractérisés par leur faible densité énergétique en raison de leur forte teneur en eau et leur faible teneur en graisses. Des études fondamentales sur la satiété ont démontré qu'une augmentation de la teneur en eau des aliments entraînait une réduction de la densité énergétique, une sensation de satiété accrue et une diminution de la consommation énergétique au cours des repas suivants^[2]. De plus, de nombreuses études ont montré que la consommation de fibres - présentes en grande quantité dans les fruits et légumes - augmente également la satiété et réduit la prise énergétique^[3, 4].

Résultats des études d'intervention

De nombreuses études d'intervention ont examiné l'impact d'une forte consommation de fruits et légumes sur le contrôle du poids corporel.

Les études d'intervention portant sur la satiété ont montré que l'ajout de fruits et de légumes dans l'alimentation, tout en réduisant sa densité énergétique, était associé à une satiété accrue, une diminution de la faim et une diminution de l'apport calorique^[2].

Les essais d'intervention, ayant comme critère principal la modification du poids corporel, peuvent être divisés en deux groupes :

- 1) les études ayant comme objectif principal le maintien du poids corporel (souvent chez des sujets de poids normal)
- 2) celles sur la réduction du poids corporel (souvent chez des sujets obèses ou en surpoids).

Lors d'essais où l'on recommandait aux participants d'augmenter leur consommation de fruits et légumes, sans essayer de perdre du poids, la plupart des sujets n'ont pas pris de poids durant le suivi mais l'on souvent maintenu constant^[2]. Lorsqu'en plus de la consommation accrue de fruits et légumes, la diminution de l'apport lipidique était également recommandée, un maintien prolongé du poids et même une perte de poids ont été observés^[2].

Fruits et légumes : un bénéfice certain pour la réduction du poids

Des résultats similaires ont été obtenus lors d'études visant à la réduction

pondérale dont le programme comportait une consommation accrue de fruits et légumes. Dans ces études, une augmentation de la consommation de fruits et légumes a été associée à une réduction du poids corporel et à son maintien^[2]. Ces données sont confortées par des essais de réduction de poids corporel où l'on n'émettait aucune recommandation aux patients obèses mais où on leur apportait une alimentation à faible densité énergétique avec un fort contenu en fruits et légumes et un faible apport en graisses. Ces études ont également rapporté des réductions de poids substantielles chez les participants^[2].

Prises dans leur ensemble, ces études d'intervention suggèrent que les fruits et légumes apportent un bénéfice dans le contrôle du poids corporel. Cependant, la plupart de ces études n'étaient pas conçues pour étudier spécifiquement les effets des fruits et légumes sur le contrôle du poids corporel, mais pour tester l'augmentation de leur apport au sein d'autres modifications alimentaires, comme la réduction de la teneur en lipides^[2]. Des études d'intervention bien contrôlées, se focalisant sur l'impact d'une consommation accrue de fruits et légumes, tout en maintenant stables les autres composants alimentaires, sont nécessaires.

Que nous apprennent les études épidémiologiques ?

Plusieurs études épidémiologiques prospectives ont examiné la relation entre la consommation de fruits et légumes et la prise de poids. Dans l'Étude sur la Santé des Infirmières (Nurse's Health Study)^[5], les femmes ayant le plus augmenté leur consommation de fruits et légumes, durant la période de suivi de 12 ans, avaient un risque d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) réduit de 24 % par rapport aux femmes ayant le plus diminué leur consommation. De même, dans une large cohorte de presque 80 000 adultes d'origine caucasienne, on a mis en évidence une relation inverse entre la consommation de base de légumes, le changement d'IMC et le gain de tour de taille après 10 années^[6].

Cependant, toutes les études prospectives n'ont pas détecté d'effet bénéfique des fruits et légumes sur le contrôle du poids corporel. Ainsi, deux études ont rapporté une relation inverse entre l'augmentation de la consommation de fruits durant la période de suivi et la prise de poids^[7, 8], sans qu'aucune relation ne soit observée avec la consommation de légumes. De plus, deux autres études n'ont détecté aucune relation entre la consommation de fruits et légumes et la prise de poids subséquente^[9, 10]. Ces études avaient cependant une portée limitée à cause de leur courte période de suivi^[10] et de la petite taille de la population étudiée^[7-9].

Des leçons pour les programmes de santé publique

Bien que les résultats ne soient pas entièrement concordants, les données provenant d'études fondamentales ainsi que d'études d'intervention et épidémiologiques suggèrent qu'une consommation accrue de fruits et légumes est bénéfique dans le contrôle du poids corporel. Des études supplémentaires bien contrôlées sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Afin de combattre l'épidémie planétaire d'obésité, les programmes de santé publique devraient mettre l'accent sur une forte consommation de fruits et légumes dans le cadre général d'une hygiène de vie favorisant le bien-être et conjuguant une alimentation saine avec l'activité physique.

1. Kopelman, P.G., Obesity as a medical problem. *Nature*. 2000. 404(6778): 635-43.

2. Rolls, B.J., J.A. Ello-Martin, B.C. Tohill, What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nutr Rev*, 2004; 62(1): 1-17.

3. Howarth, N.C., E. Saltzman, S.B. Roberts, Dietary fiber and weight regulation. *Nutr Rev*. 2001;59(5): 129-39.

4. Pereira, M.A., D.S. Ludwig, Dietary fiber and body-weight regulation. Observations and mechanisms. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48(4): 969-80.

5. He, K., et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(12): 1569-74.

6. Kahn, H.S., et al. Stable behaviors associated with adults' 10-year change in body mass index and

likelihood of gain at the waist. *Am J Public Health*. 1997; 87(5): 747-54.

7. Drapeau, V., et al. Modifications in food-group consumption are related to long-term body-weight changes. *Am J Clin Nutr*. 2004; 80(1): 29-37.

8. Nooyens, A.C., et al. Effects of retirement on lifestyle in relation to changes in weight and waist circumference in Dutch men: a prospective study. *Public Health Nutr*. 2005; 8(8): 1266-74.

9. Parker, D.R., et al. Dietary factors in relation to weight change among men and women from two southeastern New England communities. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997; 21(2): 103-9.

10. Schulz, M., et al. Food groups as predictors for short-term weight changes in men and women of the EPIC-Potsdam cohort. *J Nutr*. 2002. 132(6): 1335-40.

Facteurs environnementaux et comportements obésogènes chez les jeunes

— K. van der Horst —

Département de Santé Publique, Erasmus MC, Centre Médical Universitaire, Pays-Bas

L'augmentation rapide de la prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents les désignent comme des cibles importantes de prévention. La promotion d'habitudes alimentaires saines devrait contribuer à prévenir la survenue du surpoids et de l'obésité. Afin de prévenir efficacement ou de modifier les habitudes alimentaires obésogènes, il est essentiel de bien comprendre les facteurs qui déterminent ces comportements.

L'intérêt récent pour les facteurs environnementaux

Jusqu'à présent, la recherche sur les déterminants de la prise alimentaire chez les jeunes s'est surtout focalisée sur les facteurs individuels, comme les attitudes et les influences sociales. Récemment, l'attention s'est recentrée sur les facteurs environnementaux. Un élément moteur important dans l'augmentation de la prévalence de l'obésité serait un environnement qui encouragerait la consommation d'aliments et découragerait l'activité physique^[1,2]. Les comportements alimentaires chez l'enfant et l'adolescent sont probablement fortement influencés par des facteurs environnementaux. Les parents décident quelles sortes d'aliments offrir à leurs enfants^[3]. Les adolescents étant plus autonomes, cela entraîne des changements sociaux, comportementaux et environnementaux. L'alimentation scolaire peut avoir un impact très important sur les choix alimentaires chez les adolescents^[4-6].

Des combinaisons dans divers environnements

L'environnement peut être défini comme "tout ce qui est en dehors de la personne". On peut distinguer différents types de facteurs environnementaux comme les facteurs physiques (urbanisation, disponibilité des aliments), socioculturels (influences sociales), économiques (revenus du foyer) et politiques (lois et réglementations). Ces facteurs peuvent se combiner dans divers environnements : des micro-environnements où des groupes de personnes se rencontrent (à la maison, à l'école ou au restaurant) ou des macro-environnements, englobant de plus larges structures pouvant soutenir ou contrecarrer certains comportements (aménagement urbain, politique de transports publics). Par exemple, la disponibilité de légumes (facteur physique) peut jouer un rôle important dans divers micro-environnements: disponibilité des légumes à la maison ou sur les menus aux restaurants^[7]. Actuellement, on ne connaît guère de facteurs environnementaux pouvant être associés à des comportements alimentaires obésogènes.

Une revue exhaustive de la Littérature

En 2005 nous avons systématiquement passé en revue toutes les publications traitant des facteurs environnementaux associés à la consommation d'énergie, de graisses, de fruits, de légumes, de collations, de restauration rapide et des boissons sucrées chez les enfants et les adolescents^[8]. Les études publiées entre janvier 1980 et décembre 2004 ont été extraites de quatre bases de données différentes.

Au final, 58 articles ont été inclus. Ces études étaient surtout transversales (n=55) et décrivaient le plus souvent les facteurs environnementaux déterminant la consommation de fruits et légumes (n=34).

Les facteurs les plus minutieusement examinés étaient surtout les facteurs environnementaux socioculturels et économiques : la consommation des parents, la disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes, l'éducation parentale. Quant aux graisses et aux fruits et légumes, notre revue a prouvé l'existence d'une association positive :

- entre la consommation des parents et celles des enfants,
- entre la consommation des parents et de la fratrie et celle des adolescents,
- entre le niveau d'éducation des parents et la consommation de fruits et légumes par les adolescents.

Ces résultats ont été retrouvés dans de nombreuses études. Chez les enfants, la relation entre la disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes et leur consommation était moins claire. Une association positive a été trouvée, cependant, la taille de l'échantillon ayant trouvé une association dépassait de peu celle n'ayant pas trouvé d'association. Une association positive a été retrouvée entre l'accessibilité des fruits et légumes et leur consommation chez les enfants de manière moins répétée.

Une interprétation encore difficile

Cette revue a fourni les preuves d'une association entre des facteurs environnementaux et les prises alimentaires. Ces résultats sont cependant difficiles à interpréter, compte tenu des limites importantes des données existantes. La plupart des études étaient transversales, ce qui rend difficile l'attribution d'une relation causale. Un autre facteur limitant était que peu d'études avaient été conduites sur la même combinaison facteur environnemental/comportement alimentaire. Il est nécessaire de dupliquer ces études afin d'étayer l'existence d'associations.

Bien que cette revue montre l'existence d'associations, d'importantes lacunes persistent dans la compréhension de l'impact de facteurs environnementaux sur les comportements alimentaires. Par exemple, très peu d'études sur l'impact des facteurs physiques ou politiques ont été retrouvées. Une raison majeure serait que les publications sont en cours. En effet, l'importance du rôle de l'environnement physique vient juste d'émerger comme sujet de recherche.

Des pistes de réflexion

Les interventions devraient prendre en compte le comportement des parents. Ceux-ci devraient être fortement encouragés à donner le bon exemple, surtout lorsqu'il s'agit de la consommation de fruits et légumes. La promotion des fruits et légumes devrait se focaliser sur les adolescents dont les parents ont un faible niveau d'éducation. En outre, des facteurs comme la disponibilité et l'accessibilité des aliments à la maison, à l'école et dans le quartier, devraient être étudiés en relation avec la consommation d'énergie, de graisses, de boissons sucrées, de collations et de produits de la restauration rapide. Des études longitudinales et des études comportant des mesures objectives de l'environnement physique sont nécessaires afin d'élucider les déterminants environnementaux des comportements obésogènes.



Références

1. French SA, Story M, Jeffery RW: Environmental influences on eating and physical activity. *Annu Rev Public Health*. 2001; 22:309-335.
2. Swinburn BA, Caterson I, Seidell JC, James WP: Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutr*. 2004; 7(1A):123-146.
3. Patrick H, Nicklas TA: A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr*. 2005; 24(2):83-92.
4. Jenkins S, Horner SD: Barriers that influence eating behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2005; 20(4):258-267.
5. Crockett SJ, Sims LS: Environmental-Influences on Children's Eating. *Journal of Nutrition Education*. 1995;27(5):235-249.
6. Story M, Neumark-Sztainer D, French S: Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102(3 Suppl):S40-51.
7. Swinburn B, Egger G, Raza F: Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med*. 1999; 29(6 Pt 1):S63-570.
8. van der Horst K, Oenema A, Ferreira I, Wendel-Vos W, Giskes K, van Lenthe F, Brug J: A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Educ Res Epub ahead of print*.



Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité

L'alimentation et l'exercice physique pour la santé

Istanbul (Turquie), 15-17 novembre 2006



EUROPE

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 grimment 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 noeud 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 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 oeuvre 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.



OMS, Istanbul, 16 novembre 2006

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ • BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark Téléphone : +45 39 17 17 Télécopieur : +45 39 17 18 18

Courriel : postmaster@euro.who.int Site Web : <http://www.euro.who.int>