

**Journée Régionale Technique Nutrition
Orléans, jeudi 7 juin 2007**

Synthèse documentaire

Obésité : de la prévention à la prise en charge

Document réalisé par :

CRESCENDOC 
Réseau documentaire en éducation pour la santé du Centre

Avant-Propos

Origine de la demande :

Le Groupement Régional de Santé Publique du Centre (GRSP), organise dans le cadre des Etats généraux de la Prévention, le 7 juin 2007 à Orléans, la Journée régionale technique nutrition sur le thème de la prévention et de la prise en charge de l'obésité. Le réseau documentaire en éducation pour la santé du Centre, Crescendoc, habituellement associé à cette journée pour la tenue d'une table de documentation, a proposé cette année de constituer une synthèse documentaire sur le thème de l'obésité dressant un état des lieux de la pathologie, des comportements associés, mais également des programmes de prévention, de dépistage et de prise en charge.

Objectif de la synthèse :

Cette synthèse a pour objectif de présenter le problème de la prévalence de l'obésité en France et en Région Centre ainsi que différents programmes de prévention, dépistage et de prise en charge, pour inciter les professionnels de santé à entamer une réflexion sur ce sujet.

Mots clés :

Obésité / alimentation / accompagnement du patient / activité physique / comportement alimentaire / dépistage / adulte / enfant / habitude alimentaire / hygiène alimentaire / industrie alimentaire / diabète / indice poids taille / politique de santé / prévention / prise en charge médico-sociale / programme de santé / politique de santé / France

Indication de lecture :

Les références utilisées pour la rédaction de cette synthèse sont listées en fin de document.

Le réseau CRESCENDOC :

Le réseau documentaire en éducation pour la santé du Centre « Crescendoc » est composé actuellement de 7 documentalistes, des 6 CODES de la Région Centre et du Centre Hospitalier - UPE de Dreux :

- **Emilie ANDERT** (CODES 18, 4 cours avaricum 18000 Bourges ; Tel : 02.48.24.38.96, Fax : 02.48.24.37.30, E-mail : doc.codescher@wanadoo.fr)
- **Marie-Astrid BLANCHARD** (CESEL, Hôtel Dieu 34 rue du Dr Maunoury 28018 Chartres Cedex ; Tel : 02.37.30.32.66, Fax : 02.37.30.32.64, E-mail : marie-astrid.blanchard@cesel.org)
- **Yann GUITTEAU** (CODES 36, 73 rue Grande 36000 Chateauroux ; Tel : 02.54.60.98.78, Fax : 02.54.60.96.23, E-mail : yguitteau-codes.36@wanadoo.fr),
- **Danielle FORTIN** (CDES 37, 3 rue du pont de l'Arche, « Les Granges Galand » 37550 St Avertin ; Tel : 02.47.74.44.80, Fax : 02.47.74.44.85, E-mail : dfortin.cdes37@wanadoo.fr),
- **Marie-Claude NORMAND** (ADES 41, 34 avenue Maunoury 41000 Blois ; Tel : 02.54.74.31.53, FAX : 02.54.56.04.30, E-mail : ades41@wanadoo.fr),
- **Mathilde POLLET** (CODES 45, 5 rue Jean Hupeau 45000 Orléans ; Tel : 02.38.54.50.96, Fax : 02.38.54.58.23, E-mail : mathilde.pollet@codes45.org),
- **Mathilde HERNANDEZ** (Unité de Prévention et d'Education, Centre hospitalier de Dreux 44 avenue Kennedy 28100 Dreux ; Tel : 02.37.51.52.87, Fax : 02.37.51.54.81, E-mail : mhernandez@ch-dreux.fr).

Sommaire

1 – Obésité de quoi parle-t-on ?

1.1– Etat des lieux : 3 clefs pour comprendre l'épidémie

1.2– Obésité et comportements

1.2.1 – La Consommation alimentaire

1.2.2 – L'activité physique

1.3– Obésité : les troubles associés

1.3.1 – Les conséquences physiologiques

1.3.2 – Les conséquences psychosociales

2 - Prévenir l'obésité

2.1– Politique et programmes de prévention

2.2– Messages et outils de prévention

2.2.1 – Les outils et campagnes d'information grand public

2.2.2 – Les outils d'information, de formation et d'animation pour les professionnels

2.3– Les acteurs de prévention

3 - Dépistage et prise en charge de l'obésité

3.1 – Le dépistage

3.1.1 – Etat des lieux du dépistage

3.1.2 – Les méthodes de diagnostic

3.1.3 – Les obstacles

3.2 – La prise en charge

3.2.1 – Les modes de prise en charge

3.2.2 – Les méthodes de prise en charge

3.2.3 – Les obstacles

Références bibliographiques

A l'échelle mondiale, le développement de l'obésité est qualifié d'épidémique par les experts, et la France n'échappe pas à ce problème. De nombreuses études et enquêtes épidémiologiques soulignent en effet une progression importante de ce problème dans notre pays. L'augmentation du surpoids et de l'obésité touche toutes les catégories de population, mais elle est particulièrement sensible chez les publics précaires et chez les jeunes. Les conséquences en terme de risques pour la santé sont importantes : l'obésité est devenue l'un des principaux déterminants pour les pathologies cardio-vasculaires et le diabète. Elle constitue un facteur de risque aggravant pour certains cancers et joue souvent un rôle majeur dans de nombreuses autres pathologies (respiratoires, musculo-squelettiques ou psychologiques).

En matière de prévention, la difficulté tient à la multiplicité des déterminants de l'obésité et aux interactions qu'ils entretiennent. En effet, si l'obésité résulte avant tout d'un déséquilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques, elle dépend étroitement de l'environnement de l'individu, et ce dès son plus jeune âge. En effet les conditions économiques, le niveau d'éducation, le milieu social, la sédentarisation croissante... sont autant d'éléments à prendre en considération.

Les politiques et les programmes de prévention déclinent ainsi plusieurs niveaux d'intervention, de l'individu à la population générale en passant par des groupes spécifiques, en initiant des actions impliquant à la fois, les familles, l'école, le milieu associatif, les industries agro-alimentaires, les médias, le système de soin, la ville... Ils visent à favoriser une alimentation saine, la pratique d'une activité physique régulière et une meilleure information des individus. En France le PNNS, initié en 2001, a développé dans sa deuxième phase 2006-2010 un plan d'action spécifique pour le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte.

Aux côtés de la prévention, un dépistage efficace de l'obésité est essentiel pour permettre une prise en charge précoce des patients. L'obésité étant une maladie chronique grave et récidivante, il est logique de repérer les personnes et les situations à risques afin d'agir au mieux et au plus tôt. Pourtant, le dépistage n'est pas systématique et doit prendre en compte plusieurs facteurs, encore parfois négligés. Les professionnels de santé jouent ainsi un rôle primordial, en contribuant à systématiser le dépistage, notamment auprès des enfants. Malheureusement, le nombre et la variété des données à prendre en compte rendent leur tâche difficile.

La prise en charge de l'obésité est ainsi devenue un réel enjeu. Les recommandations des principaux acteurs institutionnels et les outils d'aide diffusés par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) constituent une base sur laquelle les professionnels peuvent s'appuyer.

Pour le patient, la prise en charge repose sur des modifications durables du mode de vie et pour y parvenir, un soutien de l'entourage et des soignants est indispensable ; mais la tâche reste difficile, tant les compétences à mobiliser sont pluridisciplinaires et imposent une coordination efficace entre tous les professionnels concernés.

1 – Obésité, de quoi parle-t-on ?

Chez l'adulte, pour dépister le surpoids et l'obésité on utilise l'indice de Quetelet ou Indice de Masse Corporelle (IMC = Poids (kg) / Taille² (mètre)). On parle de surpoids lorsque l'IMC est supérieur à 25 kg/m² et d'obésité lorsque l'IMC est supérieur à 30 kg/m².

1.1 – Etat des lieux : 3 clefs pour comprendre l'épidémie

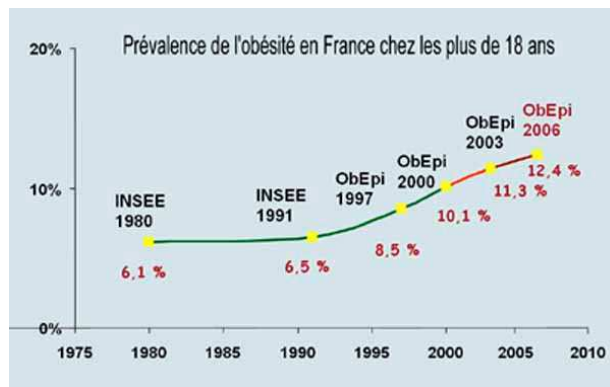
① En France, la corpulence moyenne augmente de plus en plus vite.

Chez les adultes, la corpulence moyenne des hommes et des femmes, tous âges confondus, a augmenté depuis 1981, avec une nette accélération à partir de 1992, notamment chez les femmes jeunes.

La prévalence de l'obésité et du surpoids a ainsi fortement augmenté, pour preuve en 2006 :

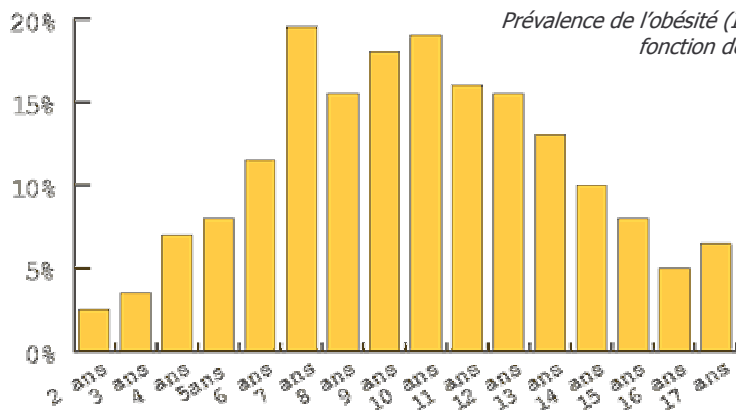
→ le surpoids touche près de 35% des hommes et 21% des femmes ;

→ la prévalence de l'obésité est de 11,8% chez les hommes et de 13% chez les femmes. Elle atteint donc 12,4% de la population adulte, soit 5,91 millions de personnes obèses.



Source : Enquête Obepi 2006

Chez les enfants et les adolescents, la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente également :



Prévalence de l'obésité (IMC ≥ 97ème centile) chez les enfants et adolescents français en fonction de l'âge en 2000 – Institut Roche de l'Obésité, 2000

② L'obésité est inégalement répartie mais elle augmente sur l'ensemble du territoire.

En région Centre, la prévalence de l'obésité est passée de 9,4 à 12,7% entre 1997 et 2006 (les données intermédiaires correspondent aux années 2000 et 2003), soit une évolution de la prévalence de l'obésité de + 35% entre 1997 et 2006.

En France sur la même période : + 51,2%. Les écarts entre les régions à faible / forte prévalence se réduisent.

Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction des régions INSEE



Source : Enquête Obepi 2006 – Dossier de presse

③ **Les disparités entre les catégories socioprofessionnelles se creusent.**



Si l'augmentation de l'obésité concerne tous les milieux sociaux, de grandes disparités demeurent entre les catégories socioprofessionnelles, et depuis 1981 les écarts se sont creusés. Aujourd'hui, les obèses sont plus nombreux chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres.



Les mêmes disparités se retrouvent entre les niveaux de diplômes et les niveaux de vie :

- moins on est diplômé, plus le risque d'être obèse est important ;
- les ménages les plus pauvres concentrent le plus grand nombre de personnes obèses, les femmes étant nettement plus touchées.

Source : Insee Première n°1123 - février 2007

1.2 Obésité et comportements

Les progrès technologiques ont transformé les modes de vie des Français. L'amélioration du confort a entraîné une baisse des dépenses énergétiques individuelles. L'industrie alimentaire a diversifié considérablement son offre avec la mise sur le marché de plats préparés et de produits « santé forme », produits de plus en plus prisés par les consommateurs. Les Français modifient leurs consommations alimentaires et les manières de s'alimenter. Mais en regard de leurs dépenses énergétiques, ils mangent trop ou sans doute mal !

1.2.1 – La consommation alimentaire

- **Les Français présentent un intérêt grandissant pour leur santé et s'éloignent du modèle alimentaire traditionnel, souvent à forte valeur nutritive.** Ils accordent une très grande importance aux risques nutritionnels tels que l'obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète.... Les adultes s'intéressent aux nutriments contenus dans les aliments et ne font pas d'erreur majeure pour les aliments associés à ces nutriments. C'est la même chose pour les matières grasses et les sucres qui sont bien perçus comme des composants de l'alimentation à éviter, il n'y a pas d'erreur sur les aliments associés.

Malgré cette tendance, subsiste une forte consommation de lipides et notamment d'acides gras saturés, pas assez de consommations de fruits et légumes, surtout chez les jeunes, et pas assez de fibres.

Ils sont très demandeurs de plats préparés à base de viande et de poisson au détriment des viandes fraîches rouges et des produits frais de la pêche ainsi que des fruits et légumes sous forme transformée.

- **Par contre, ils consomment, et surtout les jeunes, plus de produits sucrés, générateurs de plaisir et de produits faciles à consommer en tous lieux.** La diminution des apports énergétiques dus à l'évitement des graisses est compensée par une augmentation des apports énergétiques dus à une plus grande consommation de produits sucrés (viennoiseries, pâtisseries, sodas, jus de fruits). Si bien qu'on assiste à une stabilisation des apports énergétiques entre 1994 et 1999 pour les adultes et à un léger accroissement de l'énergie consommée par les enfants de 3 à 14 ans. Les produits faciles à consommer : plats préparés, produits de « snacking »: pizzas, tartes salées.

- **Les rythmes alimentaires se sont maintenus.** Toujours les trois repas par jour avec une consommation hors repas s'appuyant sur la prise d'un goûter chez les jeunes adultes.

- **Toutes les catégories socioprofessionnelles comptent plus de personnes qui suivent un régime amaigrissant que dans les décennies précédentes.** Les femmes suivent toujours plus de régimes amaigrissants que les hommes et le taux de régimes croît avec l'âge. Les agriculteurs et les ouvriers restent cependant les moins nombreux à suivre un régime en 2003 alors qu'ils sont les plus corpulents ce qui laisse supposer que les écarts entre catégories sociales en matière d'obésité pourraient s'accroître dans les prochaines années.

- **Une enquête belge révèle de fortes différences alimentaires chez les jeunes lycéens (15-17 ans) selon leur sexe, leur âge, et surtout leur filière d'enseignement, soit de façon sous-jacente selon leur origine socio-professionnelle.** La proportion de jeunes de 13 à 15 ans consommant chaque jour des fruits ou des légumes n'a cessé de baisser depuis 1986. Il semble que ceux des filières générales en consomment plus que ceux des filières techniques et professionnelles. La consommation de fruits baisse fortement avec l'âge. Et inversement ceux des filières professionnelles consomment plus d'aliments gras et sucrés (frites, hamburgers, sodas), et ce sont les garçons qui en consomment le plus. Environ 1/3 des élèves font l'impasse du petit déjeuner les jours d'école et ce sont les élèves des classes techniques puis professionnelles qui en prennent le moins.

En parallèle, les jeunes des filières techniques puis professionnelles sont plus en surpoids que ceux des filières générales. Le % en surpoids augmente nettement avec l'âge.

Seulement 1/3 des jeunes en surpoids suivent un régime amaigrissant et beaucoup plus les jeunes filles que les garçons. Les jeunes filles en surpoids suivent pratiquement toutes un régime sauf dans les filières professionnelles. Beaucoup suivent un régime alors qu'elles n'en ont pas besoin. Par contre, les garçons en surpoids sont peu nombreux à suivre un régime.

1.2.2 – L'activité physique

- **Les gens de tous âges ont moins l'occasion qu'autrefois de se dépenser physiquement.**

L'amélioration du confort (transports motorisés, ascenseurs, chauffage central, climatisation) et la progression des loisirs sédentaires (télévision, jeux vidéo) font que les personnes de tous âges se dépensent moins physiquement. Si les activités de loisirs physiques se sont développées également, elles ne compensent pas toujours la diminution liée aux occupations professionnelles et domestiques.

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Le Baromètre santé 2005 de l'INPES réalisant une enquête de comportement sur les Français âgés de 18 à 75 ans montre qu'un adulte sur deux déclare n'avoir pas marché dix minutes d'affilée au cours de la semaine précédant l'enquête, avec plus d'hommes que de femmes.

- **Les jeunes ont tendance à se sédentariser.**

Abandon du vélo, usage de véhicules motorisés, surconsommation télévisuelle, inactivité sportive font que les jeunes ne se dépensent plus assez. Or des études montrent que le temps passé à regarder la télévision durant l'enfance peut être considéré comme prédictif d'une obésité à l'adolescence.

D'autre part, dans l'étude belge précitée, le surpoids semble lié à la surconsommation télévisuelle et à l'inactivité sportive. Ce sont les jeunes des filières techniques puis professionnelles qui regardent le plus la TV (>4h/jour) et ceux des filières professionnelles qui ne pratiquent aucun sport qui sont le plus en surpoids.

1.3 – Obésité : les troubles associés

1.3.1 - Les conséquences physiologiques

L'apparition des **cancers** est liée à des facteurs environnementaux particulièrement influents, parmi lesquels l'alimentation. Les études avancent que ce facteur pourrait contribuer pour 30 à 40 % des cancers chez les hommes et 60 % chez les femmes¹. Trois cancers sont plus particulièrement mis en évidence : endomètre, sein (après la ménopause) et le côlon.

L'excès de poids entraîne des complications favorables à l'apparition des **maladies cardio-vasculaires** : diminution du flux sanguin, perturbation du rythme cardiaque, troubles veineux, hypertension artérielle, hypercholestérolémie², Les personnes atteintes d'obésité grave présentent environ six fois plus de risques d'être affectées par une maladie du cœur que celles dont le poids est considéré comme normal².

Le diabète non insulino dépendant (DNID), aussi appelé diabète gras³ car il est conséquent à une mauvaise hygiène alimentaire et un manque d'exercice physique. 60 à 90% des patients atteints de DNID sont obèses⁴.

Les complications liées au diabète sont particulièrement sévères et la maladie fait 4 millions de morts par an dans le monde.

L'excès de poids contribue aussi à l'apparition de **complications hépato-biliaires**, au développement de **problèmes ostéo-articulaires, de troubles digestifs**, à l'altération **des fonctions reproductrices**.

1.3.2 - Les conséquences psychosociales

A l'échelle de la population, le **coût social est particulièrement élevé**. Des études internationales sur le coût économique de l'obésité ont montré qu'il représente entre 2 et 7% des dépenses totales des soins de santé⁵. En Angleterre, une étude approfondie⁶ estime le coût humain de l'obésité à 18 millions de jours de maladies par an. En effet, l'absentéisme au travail pour cause de maladie liée à l'obésité, est un fait notable. Il influence sur la perte de productivité également liée au chômage, qui touche particulièrement les personnes en excès de poids.

L'obésité est un **facteur aggravant des inégalités sociales** pour les couches sociales les plus défavorisées. Et le cercle est vicieux, car il est difficile pour elles de changer leur comportement alimentaire et leur activité physique (accès plus difficile aux équipements sportifs et cherté des fruits et légumes).

En terme de **mortalité**, 10 à 13% des décès annuels sont imputables à l'obésité⁷. Dans le cas de grande obésité (IMC supérieur à 40), l'espérance de vie est statistiquement raccourcie de 10 ans⁸. Une estimation du Ministère britannique a avancé que, si la tendance se poursuivait, **l'espérance de vie des hommes sera inférieure de 5 ans** en 2050.

Sur le plan individuel, l'obésité peut favoriser, outre les difficultés sociales précédemment évoquées, des perturbations affectives et psychologiques. **La discrimination** envers les personnes en excès de poids peut entraîner un véritable **mal être** chez les plus fragiles. La surcharge pondérale et l'obésité **influencent de manière négative la qualité de vie au quotidien** : déplacements contraignants du fait de l'inadaptation des aménagements des lieux collectifs. Ceci joue aussi sur l'affect et le désir de repli sur soi. Les études montrent que les personnes obèses souffrent souvent **d'anxiété et de dépression**.

¹ Alimentation, nutrition et cancer

² Chez l'adulte jeune, l'obésité multiplie les risques d'hypercholestérolémie par 6.

³ Egalement appelé diabète de type 2 pour le différencier du diabète de type 1 (diabète insulino-dépendant)

⁴ Données de la Fédération Internationale de Diabète (F.I.D.)

⁵ En France, ce chiffre est de 2%

⁶ National Audit Office, Tackling Obesity in England. 2001, The stationery Office: London.

⁷ Données de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Région européenne de l'O.M.S.

⁸ Il faut toutefois prendre en compte le facteur génétique ainsi que les trois facteurs influents décrits plus haut dans le texte.

2 – Prévenir l'obésité.

2.1 – Politiques et programmes de prévention

Le recours aux différents stades traditionnels de la prévention, en interventions primaires (qui consiste à lutter contre les risques avant l'apparition de tout problème), secondaires (dont le synonyme pourrait être le mot dépistage) et tertiaires (qui vise à prévenir les rechutes ou les complications), entraîne souvent beaucoup d'ambiguïté et de confusion. Cette sous-division a été, à l'origine, élaborée pour des affections aiguës ayant une seule cause identifiable, mais elle est plus difficile à appliquer à la prévention de l'obésité. Par exemple, on ne sait pas si la prévention primaire de l'obésité doit chercher à empêcher les gens présentant une surcharge pondérale de devenir obèses ou s'il s'agit là d'une prévention secondaire, pas plus qu'on ne sait si la prévention tertiaire consiste à éviter qu'une obésité installée ne s'aggrave ou à lutter contre une morbidité associée.

La classification traditionnelle relative à la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) peut donc être remplacée par les trois niveaux suivants, plus appropriés aux pathologies multifactorielles, telle que l'obésité⁹ :

- La **prévention universelle** ou de santé publique destinée à toute la population.
- La **prévention sélective** destinée à des groupes à risques
- La **prévention ciblée** destinée à ceux qui ont des problèmes de poids et à ceux qui présentent un risque élevé de maladie associée au surpoids.

Dans le domaine de la nutrition en général et de l'obésité en particulier, on peut distinguer des niveaux entre les politiques globales de santé et différents types de projets qui ont émergé ces dernières années :

2.1.1 – Un programme national

Les programmes de prévention universelle ou de santé publique sont destinés à la population dans son ensemble quel que soit le niveau de risque auquel elle est exposée. L'objectif est de stabiliser le niveau de l'obésité dans la population, de réduire l'incidence de nouveaux cas et ultérieurement, d'abaisser la prévalence de l'obésité. Les autres objectifs tendent à réduire les problèmes de santé liés au poids, d'améliorer globalement le régime alimentaire et le degré d'activité physique et de réduire le risque d'obésité dans la population. Ce type d'approche universelle est potentiellement la forme de prévention dont le rapport coût efficacité est le meilleur.

Pour répondre à ces objectifs, la France a été l'un des premiers pays européens à se doter d'un plan de santé publique : le **Programme National Nutrition Santé** (PNNS).

En janvier 2001 le Premier Ministre a annoncé le lancement du PNNS et en a fixé les grandes orientations pour 5 ans. Il a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs qu'est la nutrition. Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis à vis des maladies chroniques et au niveau des groupes à risques, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Le PNNS a établi un socle de « repères nutritionnels » qui constitue désormais la référence française officielle. Conformément à la culture alimentaire française, ils associent à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité. Ils ont été validés scientifiquement et sont désormais largement reconnus pour leur pertinence. En 5 années, un très grand nombre d'actions ont été menées. Elles ont permis de toucher l'ensemble des groupes sociaux, les enfants, comme les adultes ou les personnes âgées. La politique nutritionnelle française s'est poursuivie avec le **deuxième PNNS** lancé en 2006 pour 5 ans. Le PNNS 2 comporte de nouveaux axes, comme un plan d'action de prise en charge de l'obésité, un ciblage spécifique des populations défavorisées, ainsi que la mobilisation de tous les acteurs, professionnels de santé, mais aussi économiques de l'alimentaire, les acteurs associatifs et les collectivités locales. L'objectif principal du PNNS 2 reste de faire connaître les repères par la population. Mais il est désormais complété par un deuxième objectif consistant à faciliter l'accessibilité de ces repères auprès de la population.

Les repères de consommation du PNNS sont le support sur lequel s'inscrivent de très nombreuses initiatives au niveau national, local ou régional. Pour n'en citer que quelques uns :

- le projet ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) en Alsace destiné à favoriser l'activité physique des collégiens ;
- un projet de restauration scolaire dans l'académie de Lille qui a montré une augmentation de 20% de la consommation de fruits et légumes ;
- les projets de distribution de fruits dans les écoles de ZEP (Zone d'éducation prioritaire);

⁹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale**. Genève : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2003, 300p. (Rapport technique 894)

- le programme, développé par le site PSA Peugeot Citroën de Rennes (seule action réalisée par une entreprise privée à avoir bénéficié d'une subvention de l'Etat au titre du PNNS.), visant à offrir aux salariés la possibilité d'effectuer des bilans nutritionnels pour bénéficier de conseils personnalisés.
- le projet du Val de Marne, visant à « faire des adolescents des consommateurs avertis » et à améliorer la politique nutritionnelle dans les établissements scolaires.

2.1.2 – Des projets de prévention

Les mesures de prévention sélectives sont, quant à elles, destinées à des sous-groupes de la population qui présentent un risque accru d'obésité. Ce risque peut être circonscrit dans le temps, par exemple à certaines périodes de la vie. Le but est de faire en sorte que ces groupes aient une meilleure connaissance du problème et développent leurs aptitudes à gérer plus efficacement les facteurs de risque d'obésité. Les programmes « **Fleurbaix-Laventie** » et « **Epode** » entrent dans ce niveau de prévention sélective de l'obésité destinée aux enfants.

« Fleurbaix-Laventie Ville Santé » est une étude épidémiologique assurant le suivi des enfants de ces 2 villes depuis 1993. En collaboration avec l'éducation nationale, un programme d'éducation nutritionnelle a été mis en place dans toutes les écoles des 2 communes de 1993 à 1997. Son objectif était d'évaluer si une information nutritionnelle dans les écoles pouvait modifier les habitudes alimentaires des enfants. Cette étude confirme l'impact de l'école pour influencer les habitudes alimentaires, non seulement des enfants, mais également de toute la famille. Fort de l'expérience de l'étude « Fleurbaix-Laventie » où la prévalence de l'obésité de l'enfant n'a pas augmenté de manière significative depuis 1992, l'Observatoire des Habitudes Alimentaires et du Poids et l'Association pour la Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) ont bâti un programme à destination des enfants des 10 villes impliqués : Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants (EPODE). Il repose sur les recommandations du PNNS. Son objectif est d'enrayer la progression de l'obésité infantile par un plan d'intervention sur 5 ans.

2.1.3 – Des projets de prise en charge

Enfin, la prévention ciblée est destinée aux sujets qui présentent déjà une surcharge pondérale. Ce sont des sujets à haut risque et si l'on n'intervient pas à ce stade, beaucoup deviendront obèses. Le but est d'éviter une prise de poids supplémentaire et à réduire le nombre de personnes présentant des pathologies associées à l'obésité. Les **Réseaux pour la Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (REPOP)** constitués entre 2002 et 2004 dans 4 sites pilotes (Toulouse, Franche Comté, Grand Lyon, Ile de France) qui ont développé 3 types d'activité : la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile, entrent dans ce niveau de prévention « ciblée » de l'obésité des enfants en surpoids.

Ces quelques programmes, emblématiques et exemplaires, ne peuvent cependant rendre compte de la réalité et de la portée des actions. Le PNNS a joué incontestablement un rôle important d'impulsion. Il a contribué à la prise de conscience par la société du problème de santé publique que représente l'obésité. Il a permis de dépasser la question du « pourquoi agir ? ». En revanche, l'analyse des points faibles montre qu'il faut aujourd'hui adapter et faire évoluer les réponses et s'attaquer à la question complexe du « comment faire ? »

2.2 - Messages et outils de prévention

2.2.1 Les outils et campagnes d'informations grand public du PNNS

L'un des axes stratégiques du PNNS 1 était de « diffuser une information simple, claire et exhaustive sur les 9 objectifs nutritionnels » autour d'une information globale (à destination de la population générale) mais également grâce à une information ciblée vers des publics ayant des besoins spécifiques (femmes enceintes, enfants et adolescents, personnes âgées). Le PNNS 2 vient réaffirmer cette volonté de poursuivre les actions de communication en soulignant l'importance d'élargir cette information afin de toucher les populations les plus vulnérables sur le plan nutritionnel. Les outils d'information édités dans le cadre du premier PNNS se sont vus reprocher, en effet, le fait de ne pas assez coller à la réalité de la consommation alimentaire de la population en occultant la spécificité de certains publics. Le PNNS 2 a pris en compte ces critiques et prévoit d'adapter ses outils aux publics spécifiques tels que les publics précaires, les non francophones ou encore les scolaires.

Les guides alimentaires :



Des guides, disponibles gratuitement auprès de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES) ont été développés pour aider le consommateur à mettre en pratique les repères de consommation. Ils suggèrent à chacun des moyens pour améliorer son comportement alimentaire en maintenant les notions essentielles de plaisir et de convivialité et en tenant compte de la composante activité physique. Chacun de ces guides « grand public » est accompagné d'un livret destiné aux professionnels de santé et a donné lieu à une campagne de lancement (affichage et encart presse) à sa sortie. A ce jour, sont parus :

- ***La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous*** qui donne, en vingt-cinq portraits des conseils personnalisés pour chaque type de consommateur.
- ***La santé vient en bougeant*** propose de multiples façons d'intégrer, en fonction de la personnalité et du mode de vie de chacun, 30 minutes d'activité physique dans son quotidien, sans contraintes ni bouleversement des habitudes.
- ***La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents*** répond à toutes les questions que les parents se posent sur l'alimentation de leur enfant.
- ***J'aime manger, j'aime bouger, le guide nutrition des ados*** cherche à sensibiliser les jeunes à l'importance de l'alimentation et de l'activité physique, en jouant moins sur la santé que sur la forme physique, la convivialité et l'image de soi.
- ***La santé vient en mangeant, le guide nutrition de la naissance à trois ans*** est extrait du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents, et est diffusé essentiellement aux services de maternité.
- ***La santé en mangeant et en bougeant, le guide nutrition à partir de 55 ans*** propose des conseils et astuces adaptés concernant l'alimentation et l'activité physique des seniors.
- ***La santé en mangeant et en bougeant, le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*** donne nombre d'informations, de conseils et d'astuces pour accompagner la personne âgée au quotidien.

Les campagnes d'information :



Plusieurs campagnes de communication ont été mises en place par l'INPES depuis le lancement du PNNS. La première, lancée en 2001, visait à *promouvoir la consommation de fruits et légumes* et se déclinait en une campagne d'affichage et de dépliants d'information, une campagne presse ainsi qu'en chroniques radio. En 2004, c'est sur la *promotion de l'activité physique* que l'INPES s'est penché : campagne presse, spots télévisés et radiophoniques, actions de proximité, opérations dans les transports en commun, documents de diffusion, kits « Actions locales » pour les collectivités sont venus appuyer la recommandation du PNNS « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour ». Pour finir, fin 2005, la *promotion de la consommation de féculents et la limitation de consommation de produits sucrés* étaient à l'honneur grâce à une campagne TV, presse et cinéma et à la diffusion de documents d'information qui sont, de même que les documents de diffusion des précédentes campagnes, toujours disponibles auprès de l'INPES des Comités Régionaux d'Éducation pour la Santé (CRES) et des Comités Départementaux d'Éducation pour la Santé (CODES).

Les messages sanitaires sur les publicités alimentaires :

Depuis le 28 février 2007, un décret et un arrêté d'application de la **loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004**, imposent aux annonceurs de certains produits alimentaires d'introduire des messages sanitaires dans leurs publicités et outils d'information. Il s'agit d'une mesure de santé publique qui vise à sensibiliser le public, dont les enfants, et à faire connaître les repères essentiels en matière de nutrition.

Les sites du PNNS

Porté par le Ministère de la Santé, le PNNS a depuis sa création un site officiel sur le portail de ce Ministère à l'adresse www.sante.gouv.fr (dossier « nutrition » par thème), régulièrement mis à jour, qui contient les documents et rapports concernant le programme, les informations, les textes réglementaires, les études, les actions et les outils développés par le programme.

D'autre part, l'INPES a créé en 2004 le site www.manger-bouger.fr, qui met à disposition du public et des professionnels les outils et qui s'articule autour des guides alimentaires du PNNS, proposés en téléchargement. Interactif et ludique, ce site constitue en lui-même un outil de promotion des repères nutritionnels et propose de multiples informations pratiques.

2.2.2. Les outils d'information, de formation et d'animation pour les professionnels

Deux types d'actions d'information ont été menés, d'une part auprès de la population, d'autre part auprès des professionnels.

Les guides professionnels accompagnant les guides alimentaires grand public :

Chaque guide alimentaire grand public (cf. liste des guides en partie 2.2.1) est accompagné d'un guide spécifique, pour les professionnels, destiné à leur fournir les arguments scientifiques qui ont permis d'établir les recommandations nutritionnelles du PNNS et d'aborder, de façon simple et concrète, les questions des patients relatives à l'alimentation.

Les synthèses du PNNS :

Dans chaque numéro de cette collection, dont la rédaction a été confiée à une structure spécialisée en fonction du thème concerné, un point scientifique est fait, aboutissant à des conseils concrets pour la pratique quotidienne. Les synthèses parues : « Hypertension. Alimentation et mode de vie - Etat des lieux et pistes pratiques », « Activité physique et santé - Arguments scientifiques et pistes pratiques », « Allaitement maternel - Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », « Alimentation, nutrition et cancer : des vérités, des hypothèses et des idées fausses » et « Prévention des fractures liées à l'ostéoporose : nutrition de la personne âgée ».

Les outils de prise en charge et de dépistage de l'obésité :

La prévention de l'obésité implique une surveillance régulière de l'indice de masse corporelle (IMC), afin de faciliter une meilleure prise en charge. Cet état de fait a conduit à la mise à disposition des professionnels de santé concernés, deux outils de mesure de l'indice de masse corporelle : l'un pour le calcul de l'IMC des enfants et l'autre pour celui des adultes. D'autres éléments sont mis à disposition des professionnels de santé en vue de la prévention et de la prise en charge de l'obésité des enfants : un module de formation continue, édité sous l'égide de la Société française de pédiatrie et l'Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP), et des recommandations pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ont été élaborées par l'ANAES.

Les outils de dépistage et de prise en charge de la dénutrition à l'hôpital :

Des outils ont été mis à la disposition des professionnels de santé pour faciliter le travail de dépistage et de prise en charge de la nutrition à l'hôpital. Le Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé (CNANES) propose un véritable portail de formation sur le thème et y recense les outils disponibles : www.denutritionformation.fr

Les outils pédagogiques :

Des outils pédagogiques ont également été créés en conformité avec le PNNS. On peut citer le classeur « *Alimentation atout prix* », outil de formation et d'animation à l'usage des professionnels et des bénévoles travaillant en direction des populations en difficulté et qui se compose d'une centaine de fiches scientifiques et de transparents pédagogiques. L'outil « Fourchettes & Baskets » permet, quant à lui, de mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé sur les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique avec des adolescents de 11 à 16 ans.

2.3 - Les acteurs, de la prévention à la prise en charge

La composante multifactorielle de l'obésité nécessite l'implication de nombreux acteurs, appartenant à des univers professionnels variés, et ce autour d'un partenariat mettant à profit les compétences et le savoir faire de chacun. Divers acteurs, structures et organisations sont donc impliqués dans le champ de la prévention et de la prise en charge de l'obésité :

- Le dispositif institutionnel de la santé (DGS, DHOS, DGAS, Caisses d'assurance maladie, ARH , DRASS/DDASS, AFSSAPS, INPES, INVS, et des autres ministères concernés (Agriculture, Education, Economie, Jeunesse et sports, Intérieur...) a en charge l'organisation, la surveillance, l'expertise, la réglementation et la mise en œuvre de la politique nutritionnelle et donc de lutte contre l'obésité.
- La recherche (INSERM, CNRS, INRA) fournit les éléments de base permettant d'identifier les facteurs alimentaires et nutritionnels constituant des facteurs de risque ou de protection vis à vis des maladies chroniques telle que l'obésité.
- Les acteurs économiques : industrie agroalimentaire, grande distribution, restauration collective qui sont à la base de la production, de la transformation et de la distribution des aliments, se sont engagés à proposer des produits qui correspondent à une demande des consommateurs et qui prennent en compte la qualité nutritionnelle des aliments.
- Les collectivités territoriales, de par leurs compétences (PMI, restauration scolaire, aménagement urbain, services sociaux, formation etc...) ont un rôle déterminant dans l'orientation et la mise en œuvre de la politique nutritionnelle au niveau local.
- Les relais de proximité sont également indispensables pour accompagner les actions nationales et transmettre des informations et des savoir-faire adaptés aux différents publics. Les professionnels du champ médical (médecins traitants, professionnels paramédicaux, diététiciens...) sont orientés vers la pratique clinique et la santé publique, tandis que les professionnels du champ social et éducatif (les associations, les centres d'études, les enseignants...) assurent une mission d'information nutritionnelle passant par des actions de communication et/ou de prévention.
- Enfin, le consommateur occupe bien entendu une position centrale dans ce paysage, puisque c'est autour de lui que fonctionne l'ensemble de ce dispositif, et que, même s'il est plus ou moins fortement influencé par son environnement, c'est lui qui, en dernier lieu, fait le choix de sa consommation alimentaire.

3– Dépistage et prise en charge de l'obésité

3.1 – Le dépistage

3.1.1 - Etat des lieux du dépistage

Le PNNS a impulsé une forte mobilisation autour du dépistage de l'obésité de l'enfant. Ainsi des stratégies nationales et des outils ont été développés en direction des professionnels de santé, des services de soins et des établissements scolaires afin qu'il fasse partie de l'examen systématique des enfants et des adolescents. Depuis quelques années de nombreux professionnels de santé ont été formés et le dépistage précoce du surpoids et de l'obésité entre de plus en plus dans leur pratique quotidienne. Des actions de promotion de ce dépistage sont organisées comme celle de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire qui chaque année organise une journée nationale de dépistage. De leur côté, certains groupes agro-alimentaires, organisent des réunions afin de sensibiliser les professionnels de la santé à la prévention des pathologies nutritionnelles, ils leur fournissent des informations récentes et des outils spécifiques d'aide aux patients.

3.1.2 - Les méthodes et les outils de diagnostic

Aux courbes de croissance staturale et pondérale sont venues s'ajouter les courbes d'IMC (Indice de Masse Corporelle) ou indice de Quetelet. L'âge du rebond de corpulence vers 6 ans qui prédit l'adiposité à l'âge adulte est un paramètre très important. Chez les enfants, les courbes de référence en fonction de l'âge et du sexe sont désormais incluses dans le carnet de santé ce qui facilite le suivi.

Le diagnostic, évident au premier regard dans les cas extrêmes, se heurte en réalité à une série de difficultés. Certaines sont propres à l'enfance, lors de la croissance, la composition corporelle et, avec elle, la masse grasse évoluent jusqu'à la fin de la puberté. D'autres sont communes avec l'adulte : la masse grasse n'est, en effet, pas directement accessible. Ainsi, les méthodes de diagnostic et l'orientation du dépistage utilisées nécessitent une validation puis une interprétation qui tiennent compte du sexe, de l'âge, de l'origine ethnique, du statut hormonal voire des pathologies intercurrentes et parallèlement, du contexte dans lequel vit un individu ou une population.

3.1.3 - Les obstacles

Le dépistage est efficace lorsqu'il s'accompagne d'une information auprès des familles voire un accompagnement de celles-ci pour qu'elles s'occupent réellement du problème. Contrairement aux idées reçues, il vaut mieux interpellier les parents dès que la courbe de corpulence dévie, surtout si ce dérapage semble s'installer depuis six, douze mois.

Les bilans de santé réalisés à l'école en maternelle entre l'âge de 3 et 4 ans et entre 5 et 6 ans sont très importants cependant ils ne sont pas partout effectués pour des problèmes d'effectif des services de santé scolaire. Ainsi il existe de grandes disparités régionales voire locales.

L'obésité à l'adolescence requiert un dépistage adapté que les méthodes disponibles à l'heure actuelle ne couvrent que de façon parcellaire. Peu d'adolescents consultent encore un pédiatre voire consulteraient leur médecin face à ce problème.

Enfin, il existe des populations à risques, et l'on peut se demander si cette population consulte en médecine libérale. Il serait donc important de développer davantage l'usage systématique de la mesure de l'IMC en PMI puis en médecine scolaire, par exemple à un rythme annuel, en renforçant prioritairement les moyens dans les zones où se trouvent les populations les plus à risques.

3.2 – La prise en charge

3.2.1 - Les modes de prise en charge

Dans le cadre du PNNS, un groupe de travail composé de professionnels a défini la forme que pourraient prendre les réseaux de prise en charge de l'obésité infantile « ville hôpital » : les REPOP. Ces réseaux pilotes permettent une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire et représentent une alternative innovante. Les premiers objectifs de ces réseaux dont l'élément central est constitué par l'enfant et sa famille, sont de réunir des professionnels et de faciliter l'accès aux soins avec un langage et des outils communs. Les grands principes de ces réseaux reposent sur la prise en compte des spécificités de la maladie et les erreurs à éviter. Ainsi, les acteurs du dépistage peuvent orienter les enfants à prendre en charge vers des médecins du réseau Repop lorsqu'il existe, et lorsqu'il s'agit d'une obésité de grade 1 ou pour les obésités de type 2, vers un centre expert (service hospitalier référent).

Quant aux adolescents, ils peuvent être admis pour obésité sévère dans les centres de moyen séjour pédiatrique qui sont souvent isolés et sans lien avec les centres hospitaliers de référence eux-mêmes peu nombreux. Chez l'adulte, la prise en charge des co-morbidités est un des objectifs prioritaires mais la prévention de la rechute est capitale. Le médecin est le pivot du système de prise en charge mais les autres professionnels de santé comme les diététiciens, les psychologues ou kinésithérapeutes pourraient être plus sollicités. Les infirmiers, eux, ne sont actuellement pas ou peu concernés. L'avantage des centres de références est qu'ils permettent le regroupement d'équipes pluridisciplinaires.

Le PNNS préconise le développement des réseaux de soins pour la prise en charge de l'obésité, sur la base de l'expérience des Repop, en étendant leur champ aux adultes. Il est prévu de généraliser cette forme de prise en charge à l'ensemble des régions d'ici 2010, ainsi que de développer un pôle de référence pour le traitement des grands obèses dans chaque région.

3.2.2 - Les méthodes de prise en charge

La médecine de l'obésité se développe progressivement et l'éducation thérapeutique permet au patient de mieux maîtriser sa maladie. La prise en charge doit être de proximité, rapprochée et bien sûr volontaire. Le protocole efficace de prise en charge du poids comporte cinq étapes : adhésion et orientation des patients, évaluation complète de l'état de santé, établissement des objectifs, choix et mise en œuvre d'un système de prise en charge approprié et enfin, surveillance et évaluation. L'étude du mode de vie est essentielle et l'implication de toute la famille et de personnel qualifié est nécessaire. Il existe plusieurs traitements bien établis qui s'articulent autour de la prise en charge alimentaire, de l'exercice physique, de la modification du comportement, du traitement médicamenteux ou de la chirurgie gastrique.

Les expériences de coaching ou de groupe d'entraide semblent efficaces pour ce qui est du soutien et de la motivation.

Contrairement au traitement réservé à l'adulte, qui peut être axé sur la perte de poids, le traitement de l'enfant vise à arrêter la prise de poids.

3.2.3 - Les obstacles à la prise en charge

Les recommandations de l'ANAES, de la DHOS ou encore, pour la chirurgie, de l'AFSSAPS sont trop souvent mal appliquées car mal comprises. Les médecins généralistes sont insuffisamment formés et n'articulent pas toujours leur intervention avec celle d'autres professionnels de la santé comme les diététiciens.

L'obstacle environnemental reste essentiel chez tous les patients, la personne obèse est très souvent stigmatisée. Il lui faut donc des outils d'accompagnement et un suivi régulier. On peut évoquer également les obstacles matériels notamment ceux des équipements médicaux rarement adaptés aux personnes obèses. Si l'accès aux soins reste problématique, l'offre de soins, elle, doit être développée. La question financière a son importance car la plupart des moyens à mettre en œuvre ne sont pas financés par la sécurité sociale.

Chez les adolescents, le traitement se heurte à l'interdiction de régime très basse calorie, de la chirurgie bariatrique et le respect des éventuelles indications d'un médicament à l'absence de médicaments. Le risque d'induire ou d'accentuer un trouble du comportement est à prendre en compte, d'une manière générale, les adolescents restent difficiles à prendre en charge, surtout ceux vivant dans un contexte de précarité.

En constatant, d'une part, que la prise en charge et le dépistage restent difficile et encore peu évalués et d'autre part, que les campagnes d'information atteignent prioritairement les consommateurs les plus informés, qui en général ont déjà adopté un régime alimentaire sain, il s'avère alors fondamental de dépasser le cadre strictement médical de la prise en charge et d'adapter les messages de prévention aux populations.

C'est là le rôle de l'éducation pour la santé. En effet, les actions mise en œuvre impliquent l'ensemble des facteurs économiques et sociaux et permettent d'adapter les messages au public.

De plus, concernant la prise en charge, une éducation du patient obèse prenant en compte toutes les conséquences de la pathologie (physique, psychologique et social) permettra de développer des compétences psychosociales, en particulier l'estime de soi et ainsi d'aider le patient à mieux vivre au quotidien.

Références bibliographiques

1 – Obésité de quoi parle-t-on ?

1.1 – Etat des lieux : 3 clefs pour comprendre l'épidémie

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - Unité 258, Institut Roche de l'Obésité, Sociétés Françaises d'Enquêtes et de Sondages (SOFRES). **Obépi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.** Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité, 2006, 52 p. URL : http://www.roche.fr/gear/contents/servlet/staticfilesServlet?type=data&communityId=re719001&id=static/attachedfile/re7300002/re72700003/AttachedFile_04700.pdf
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - Unité 258, Institut Roche de l'Obésité, Sociétés Françaises d'Enquêtes et de Sondages (SOFRES). **Obépi Roche 2000 : le surpoids et l'obésité en France. Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant.** Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité, 70 p.
- SAINT POL (DE) Thibault. **L'obésité en France : les écarts entre catégories socioprofessionnelles s'accroissent.** INSEE Première, 02/2007, n°1123. URL : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1123/ip1123.pdf>

1.2 – Obésité et comportements

- **La consommation alimentaire depuis quarante ans. De plus en plus de produits élaborés.** Insee première, 05/2002, n° 846. URL : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP846.pdf
- **Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires.** Enquête INCA 1999. Principaux résultats. URL : http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition/224principaux_resultats.pdf
- SAINT POL (DE) Thibault. **L'obésité en France : les écarts entre catégories socioprofessionnelles s'accroissent.** INSEE première, 02/2007, n°1123. URL : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1123/ip1123.pdf>
- **Les comportements alimentaires des jeunes. Faits et gestes.** Débats et recherches en Communauté française Wallonie-Bruxelle, 07/2004. URL : http://www.faitsetgestes.cfwb.be/telechargement/FG_2004/faits_&_gestes_14.pdf
- **Baromètre santé 2005. Premiers résultats.** Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), 2006, 170p.
- **Alimentation et activité physique.** La lettre scientifique de l'Institut français pour la Nutrition, 04/2005, n°105.

1.3– Obésité : les troubles associés

- FRICKER Jacques. **Au fil du temps.** La Santé de l'homme, 03/1999, n°340, p.23
- **L'obésité et la surcharge pondérale.** Le Conseil Européen de l'Information sur l'Alimentation : [s.l.], [s.d.] URL : <http://www.eufic.org/article/fr/page/BARCHIVE/expid/basics-obesite-surcharge-ponderale/>
- ChirurgiePertrdePoids Inc. **Maladies associées à l'obésité.** www.weightlossurgery.ca, 2004 URL : <http://www.weightlossurgery.ca/fr/comorbidities.php>
- **Obésité.** [disponible en ligne] [consultation du 19/04/2007]. Organisation Mondiale de la Santé, [s.d.] URL : <http://www.who.int/topics/obesity/fr/>
- Dr RAOUL. **Alimentation et cancer.** Rennes : CHU de Rennes, 2002 URL : <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/cancero/alimcancer/cancelim.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. **Charte européenne sur la lutte contre l'obésité.** Genève : OMS, 16/11/2006, 6 p. URL : <http://www.euro.who.int/Document/E89568.pdf>
- **Obesite.com : le site francophone de l'obésité.** Lissieu : Asymptote Conseil, 2001 URL : <http://www.obesite.com>

2 – Prévenir l'obésité

2.1 – politiques et programmes de prévention

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale.** Genève : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2003, 300p. (Rapport technique 894)
- BASDEVANT Arnaud, BAS-THERON Françoise, COMBRIS Pierre, et al. Etude de l'INSERM. **Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge.** Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 09/2005, 173p. URL : <http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-00811.htm>
- Ministère de la santé et de la solidarité. **Deuxième Programme National Nutrition Santé – 2006-2010. Actions et mesures.** Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 09/2006, 51p.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ministère délégué à la santé. **Programme National Nutrition Santé - 2001-2005.** Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 39p.
- HERCBERG Serge. **Éléments bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008). Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France.** Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 02/2006, 188p.

- Conseil National de l'Alimentation (CNA). **Avis sur la prévention de l'obésité infantile**. Paris : Ministère de l'agriculture et de la pêche, Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, 12/12/2005, 52p. (avis n°54)
- HERCBERG Serge., TALLEC Anne. **Rapport pour une politique nutritionnelle de santé publique en France**. Paris : ministère de la santé et des solidarités, 06/2000. URL : <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/nutri2000/sommaire.htm>
- Protéines. **Dossier de presse EPODE**. 01/2004, 22p.

2. 2– Messages, outils et acteurs de prévention

- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ministère délégué à la santé. **Programme National Nutrition Santé - 2001-2005**. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 39p.
- Ministère de la santé et de la solidarité. **Deuxième Programme National Nutrition Santé – 2006-2010. Actions et mesures**. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 09/2006, 51p.
- Institut Français pour la Nutrition (IFN). **Synthèse des recommandations de l'IFN concernant la mise en place du PNNS 2**. URL : www.ifn.asso.fr/present/actions/PNNS2.pdf
- HERCBERG Serge. **Eléments bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008). Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France**. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 02/2006, 188p.
- **Partie « Nutrition » du site du Ministère de la Santé** : <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition/index.htm>
- **Site de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)** : www.inpes.sante.fr
- Haut Comité de la Santé Publique (HCSP). **Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions**. Rennes : éditions ENSP, 2000, 275 p.

3 – Dépistage et prise en charge de l'obésité

3.1 - Le dépistage

- DERIOT Gérard. **Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité**. Paris : Sénat, 2005, 174 p. URL : <http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-0081.pdf>
- **Journée nationale de dépistage de l'obésité infantile**. Le Monde.fr, 13 janvier 2007
- **Comment repérer et lutter contre l'obésité infantile**. Le quotidien du médecin, 24 novembre 2003, n°7431, p. 12
- AILHAUD Gérard, BECK Bernard, BOUGNERES Pierre-François, (et al.). **Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant**. [En ligne] [Consultation du 04/04/2007]. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 03/05, 252 p. URL : <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectiveobesiteenfant.html>
- FOURCADE Micheline. **L'intérêt de l'âge du rebond de corpulence**. [En ligne] [Consultation du 04/04/2007]. Le Quotidien du médecin, 23 septembre 2005, n°7807. URL : <http://www.quotimed.com/recherche/index.cfm?fuseaction=viewArticle&DArtIdx=223276>
- ALVIN Patrick, BONJOUR Jean-Philippe, BOURDON Catherine. **Alimentation de l'enfant et de l'adolescent. Colloque sous le patronage du Ministère de la Santé, et de la Protection Sociale, 10-11 juin 2004, CNIT, Paris la Défense**. Paris : Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles (CERIN), 2005, 271 p.
- AILHAUD Gérard, BECK Bernard, BOUGNERES Pierre-François, (et al.). **Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant**. [En ligne] [Consultation du 04/04/2007]. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 03/05, 252 p. URL : <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectiveobesiteenfant.html>
- **Surpoids et obésité de l'enfant en médecine générale**. [En ligne] [Consultation du 04/04/2007]. Le Quotidien de médecin, FMC au quotidien, 12 mars 2007, n° 283. URL : <http://www.quotimed.com/recherche/index.cfm?fuseaction=viewArticle&DArtIdx=387039>

3.2 - La prise en charge

- DERIOT Gérard. **Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité**. Paris : Sénat, 2005, 174 p. URL : <http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-0081.pdf>
- ALVIN Patrick, BONJOUR Jean-Philippe, BOURRON Catherine. **Alimentation de l'enfant et de l'adolescent. Colloque sous le patronage du Ministère de la Santé, et de la Protection Sociale, 10-11 juin 2004, CNIT, Paris la Défense**. Paris : Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles (CERIN), 2005, 271 p.
- FAVEREAU Eric. **Contre l'obésité, l'Etat garde la ligne**. *Libération*, 7 septembre 2006.
- **Un réseau contre l'obésité de l'enfant**. *Le quotidien du médecin*, 23 janvier 2004, n°7462.
- BOUGLE Dominique, BOURGEOIS-ADRAGNA Odile, COMBRET Dominique, (et al.). **Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent**. Paris : Agence Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé (ANAES), 09/03, 143 p. URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/version_finale-synthese_obesite_2006_10_25_15_27_33_385.pdf
- **Obésité : l'influence positive du coaching téléphonique sur le mode de vie**. *Le Quotidien du médecin*, 7 novembre 2003, n°7421
- **La prise en charge du traitement de l'obésité pose problème**. *La nouvelle République*, 6 février 2004, p.10

Document réalisé par :

