

Prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents

05-01-2011

Dossier réalisé par Corinne Delamaire

La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents a fortement augmenté entre les années 1980 et 2000 en France comme dans la majorité des pays industrialisés (Afssa, 2008)^[1]. Ainsi, en 2006, 18% des enfants âgés de 3 à 17 ans (16% des garçons et 19% des filles) sont en surpoids ou obèses, dont 3% des garçons et 4% des filles classés comme obèses (InVS, 2006)^[2].

Cependant, une légère diminution de cette prévalence a été récemment observée chez les enfants de 5-6 ans entre 2000 et 2005 (Drees, 2010)^[3].

L'obésité est multifactorielle : son développement repose sur des facteurs biologiques (génétiques), comportementaux et environnementaux (offres alimentaire et en activité physique, marketing alimentaire, etc.). On considère aujourd'hui que c'est plus l'interaction entre ces facteurs et non un seul d'entre eux, qui va entraîner l'apparition de l'obésité. Du fait de la grande difficulté à traiter l'obésité une fois installée (faible succès des méthodes et peu de réseaux de prise en charge existants), sa prévention semble être la solution la plus pertinente.

Par ailleurs, les stratégies de prévention de l'obésité rejoignent les recommandations relatives aux habitudes de vie pour prévenir les autres pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, hypertension, etc.), également très fréquentes dans les pays industrialisés⁴. De façon générale, les programmes de prévention de l'obésité visent à développer une politique et produire des changements sur l'environnement afin d'améliorer la santé dans les lieux de vie (domicile, travail, écoles, centres de loisirs, etc.) grâce à des actions sur la nutrition et l'activité physique. Ces programmes doivent prendre en compte les disparités liées à la diversité culturelle, au statut sociodémographique et à divers handicaps. Leurs objectifs principaux sont en général de diminuer la prévalence de l'obésité, d'augmenter le niveau d'activité physique, d'augmenter la consommation de fruits et légumes, de diminuer la consommation de boissons sucrées, d'augmenter le taux d'allaitement et sa durée, de diminuer la consommation d'aliments de densité énergétique élevée et de diminuer le temps passé devant un écran⁵. Cette approche et la majorité de ces objectifs sont également ceux du Programme national nutrition-santé (PNNS) depuis son lancement en 2001.

Notes

- [1] Lafay L., Volatier J.L., dir. [*Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 \(INCA2\) 2006/2007*](#). Maisons-Alfort : Afssa, 2009 : 226 p. [dernière consultation le 17/11/2010]
- [2] Institut de Veille Sanitaire. [*Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006 - Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé \(PNNS\) : Premiers résultats*](#). Colloque du

- PNNS, Saint Maurice, 12/12/ 2007. Saint-Maurice : Invs, 2007 : 74 p.
[dernière consultation le 17/11/2010]
- [3] Guignon N., Collet M., Gonzalez L., [La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006](#). Drees. n°737, septembre 2010 : 8p.
[dernière consultation le 17/11/2010]
 - [4] Branca, F. Nikogosian H, Lobstein T. [The challenge of obesity in the WHO European and the strategies for response](#). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2007 : 323p.
[dernière consultation le 12 novembre 2010]
 - [5] [CDC's State-Based Nutrition and Physical Activity Program to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases](#).
[dernière consultation le 17/11/2010]

Recommandations de l'OMS Europe

05-01-2011

Les auteurs du rapport « Le défi de l'obésité et les stratégies de lutte » de l'OMS Europe, reconnaissent que les données probantes sous-tendant les interventions de lutte contre l'obésité s'accumulent lentement mais sont encore lacunaires.

Les auteurs distinguent :

- **les interventions à micro-échelle** (famille, milieu scolaire et préscolaire, lieu de travail, actions de proximités) sont les plus évaluées. L'impact positif de ces actions est variable d'une expérience à l'autre. Par exemple, les projets en milieu scolaire, comme [Icaps](#) en France ou KOPS et StEP TWO en Allemagne, ont permis de démontrer des baisses de l'indice de masse corporelle, de la tension artérielle et du temps passé devant la télévision. D'autres projets pour les enfants et/ou les familles, tels que Be Smart, MAGIC ou APPLES en Angleterre, n'ont pas abouti à une baisse de l'indice de masse corporelle mais ont permis l'amélioration des habitudes alimentaires et l'accroissement de la consommation de fruits et légumes.
- **les interventions à macro-échelle** c'est à dire des stratégies générales pouvant comprendre des instruments économiques (taxations, incitations financières), actions réglementaires, actions sur les infrastructures comme le fait de favoriser la circulation à pied ou à vélo, etc.

Le tableau ci-dessous contient les catégories d'action à mettre en oeuvre pour faire face à l'obésité (d'après Lobstein et Miller⁶ et repris page 299 du rapport OMS cité plus bas)

Catégories	Contenu
Education et recherche	Renforcer la formation des professionnels de santé dans la prévention, le diagnostic et le conseil dans le domaine de l'obésité
	Améliorer l'éducation du public afin de permettre aux citoyens de faire des choix plus favorables à la santé
	Accroître la place de l'enseignement sur les liens entre nutrition et santé au sein des programmes scolaires

	Accroître la recherche sur les causes et les effets de l'obésité et les raisons des difficultés à perdre du poids
Information	Contrôler les allégations nutritionnelles et les slogans publicitaires tel que «faible teneur en graisse», «allégé», «light», «produit santé», etc.
	Restreindre la publicité et la promotion pour les produits alimentaires et les boissons
Régulation du marché	Exiger une amélioration de l'étiquetage nutritionnel, comme par exemple la signalisation feux rouge - orange - vert sur le dessus des paquets
	Réduire l'accès à une alimentation obésogénique dans les écoles et les hôpitaux, et limiter la présence de distributeurs automatiques d'aliments ou boissons sucrés, salés et gras
	Taxer les produits alimentaires et les boissons dans le but de réduire la consommation des produits qui rendent obèse
	Réglementer la composition nutritionnelle des produits alimentaires industriels
	Offrir des incitations financières pour l'amélioration de la qualité nutritionnelle des menus offerts par les professionnels de la restauration
	Améliorer l'offre d'infrastructures favorisant l'activité physique et le sport dans les écoles, les quartiers, les lieux de vie
	Modifier l'environnement bâti, les infrastructures de déplacements et de transports de façon à favoriser l'activité physique
Innovation technologique	Accroître l'utilisation de substituts synthétiques de graisse et d'édulcorants dans les préparations alimentaires
	Accroître l'utilisation de médicaments pour le contrôle pondéral, y compris chez des personnes non obèses
	Accroître la disponibilité et l'utilisation de pedomètres ou d'appareils ayant des fonctionnalités similaires (accéléromètres, etc.)
Réformes institutionnelles	Réformer la politique agricole commune de l'Union européenne pour contribuer à l'atteinte des objectifs de nutrition - santé
	Créer une nouvelle agence publique pour coordonner les politiques publiques sur l'obésité

[1] Lobstein T, Millstone E. *Policy options for responding to obesity: evaluating the options*. Brighton, SPRU – Science and Technology Policy Research, University of Sussex, 2006.

Pour en savoir plus



- **Rapport de l'OMS en français**
Branca, F. Nikogosian H, Lobstein T. [*Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Résumé.*](#) Copenhague. Office régional for Europe. 2007 : 69p.
[dernière consultation le 12 novembre 2010]
- **Rapport de l'OMS en anglais**
Branca, F. Nikogosian H, Lobstein T. [*The challenge of obesity in the WHO European and the Strategies for Response.*](#) Copenhague. WHO Regional Office for Europe. 2007: 323p.
[dernière consultation le 12 novembre 2010]

Recommandations du National Health Service (NHS) - Grande Bretagne

05-01-2011

La prévention de l'obésité au cours de l'enfance est cruciale, en particulier en améliorant l'alimentation et en augmentant le niveau d'activité physique. Encourager l'allaitement est essentiel.

Prévention de l'obésité et du surpoids : Interventions spécifiques

- Les interventions multiniveaux en milieu scolaire peuvent réduire l'obésité et le surpoids chez les élèves, surtout chez les filles. Les interventions incluent une éducation nutritionnelle, la promotion de l'activité physique (AP), la réduction de la sédentarité, une thérapie comportementale, une formation des enseignants, du matériel pédagogique et la modification des repas et collations fournis par l'école.
- Les actions de promotion de la santé en milieu scolaire peuvent prévenir l'obésité et le surpoids.
- Les programmes de changement comportemental impliquant la famille des élèves (thérapie familiale en plus d'une éducation nutritionnelle, des visites régulières chez un pédiatre et un encouragement à faire de l'AP) peuvent empêcher le gain de poids chez les enfants obèses.

1. Les interventions ciblant l'activité physique en milieu scolaire

- Elles ont produit de bons résultats.
- Elles peuvent encourager l'activité physique à l'âge adulte.

- Les plans ciblant le transport pour les trajets entre l'école et le domicile (incluant la sécurité des routes vers l'école) peuvent augmenter la pratique de la marche, du vélo et l'utilisation des bus (incluant les Pédibus®).

2. Les interventions ciblant l'alimentation en milieu scolaire

Une approche globale pour promouvoir une alimentation saine et la consommation de fruits et légumes est plus efficace que de mettre en place des interventions sur l'individu de manière isolée (par exemple, instaurer un lieu de vente de fruits sans le support d'une approche globale). Une approche globale peut :

- améliorer les connaissances et attitudes vis-à-vis de l'alimentation saine
- engendrer une augmentation faible mais significative de la consommation en fruits et légumes.

Les approches participatives impliquant les élèves, les enseignants, le personnel de cantine, les parents, la direction de l'école et la communauté sont nombreuses.

- *Mise en place de standards pour les repas à l'école*

(cf. [Recommandations du Groupe d'étude des marchés restauration collective et nutrition](#) - GEMRCN - en France)

Les standards de qualité (anglais) introduits en 2001 n'ont pas encore été évalués. Cependant, l'adaptation du menu dans les cantines scolaires aux standards et la promotion de produits et plats moins riches en graisses ont montré :

- une réduction de la consommation totale de graisses et une augmentation de la consommation de graisses poly insaturées ;
- une augmentation du choix d'options à faible teneur en graisses .
- *Petit déjeuner et clubs de fin de journée d'école*
 - Les impacts de ces actions sont assez nombreux : elles peuvent à la fois améliorer la ponctualité des familles aux structures de garde et l'attention des enfants pendant la journée mais aussi fournir un mode de garde avant et après l'école. Elles donnent l'opportunité d'encourager la consommation de fruits ou de produits céréaliers et peuvent aider à pallier une faible consommation en fer et autres micronutriments.
 - Les clubs qui offrent à la fois des activités récréatives et des petits déjeuners peuvent être plus efficaces que ceux offrant seulement des petits déjeuners.
- *Clubs de cuisine en milieu scolaire*
 - En développant les compétences culinaires, ils peuvent stimuler l'intérêt et la confiance en soi en dehors de l'école ;
 - ils peuvent engendrer des bénéfices sur les plans social et éducatif.
- *Les garderies avant la classe et pour la journée*
 - Elles sont appropriées pour y organiser des interventions ;
 - l'implication des parents peut augmenter l'efficacité des interventions et doit être encouragée.

3. Les interventions ciblant l'allaitement maternel

Quatre types d'interventions ont montré leur efficacité dans la promotion de l'allaitement :

- les programmes de support par les pairs proposés avant ou après l'accouchement se sont montrés efficaces pour augmenter les taux d'initiation et la durée de l'allaitement chez les femmes à faible revenu. Ces programmes devraient cibler les femmes à faible revenu ayant exprimé le souhait d'allaiter ;
- des sessions informelles d'éducation à la santé (ES) en petits groupes délivrées avant l'accouchement ont montré leur efficacité pour augmenter les taux d'initiation et la durée de l'allaitement chez les femmes quel que soit leur revenu et chez celles appartenant à des minorités ethniques ;
- des actions d'ES de personne à personne (*one-to-one*) -ces actions peuvent être efficaces pour augmenter les taux d'initiation de l'allaitement chez les femmes à faible revenu. Elles peuvent être plus efficaces que les sessions en ES par petits groupes pour augmenter le taux d'initiation chez les femmes qui ont pris la décision de donner le biberon.
- des changements dans les pratiques de la maternité pour promouvoir le contact entre la mère et l'enfant et l'autonomie de la mère, comme par exemple le *rooming in* et un soutien de l'allaitement qui se sont montrés efficaces pour augmenter les taux d'initiation et la durée de l'allaitement.

Pour en savoir plus

- Health Development Agency. [Better Health for Children and Young People](#). Briefing n° 3, June 2004 : 4p.
[dernière consultation le 17/11/2010]

Recommandations du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Etats-Unis

05-01-2011

Recommandations générales

A partir d'une revue systématique prenant en compte des études sélectionnées entre 1966 et 2001, le CDC conclut que les interventions en milieu scolaire produisant des changements modestes mais positifs sur le poids des enfants sont celles qui :

- incluent les deux composantes nutrition et activité physique
- allouent un temps supplémentaire à l'AP pendant la journée scolaire ;
- incluent des sports non compétitifs (comme la danse)
- et réduisent les activités sédentaires, en particulier la télévision (les écrans de manière générale).

MMWR. [Public Health Strategies for Preventing and controlling Overweight and Obesity in School and Worksite Settings. A report on Recommendations of the task Force on Community Preventive Services](#). 2005, vol 54, n° RR-10, 14p. Department of Health, and Human Services Centers for Disease Control and Prevention.

Stratégies locales recommandées pour prévenir l'obésité (chez les enfants, les adolescents et les adultes)

Afin d'identifier les stratégies politiques et environnementales susceptibles de prévenir l'obésité, le CDC a sélectionné et analysé des revues et des méta-analyses publiées entre janvier 2005 et juillet 2007. Les travaux antérieurs sont inclus dans les méta-analyses et les revues de littérature. Le groupe de travail a repéré 179 stratégies à partir de la littérature. La priorisation des stratégies a été faite par un panel d'experts avec les critères suivants :

1. **exposition** : la stratégie est susceptible de toucher un large pourcentage de la population cible
2. **appropriation** : la stratégie peut-être mise en oeuvre localement
3. **transférabilité** : la stratégie peut-être mise en oeuvre dans différentes localités quelles que soient la taille de sa population, son étendue et ses ressources
4. **impact** : l'impact potentiel sur la santé est considéré comme significatif
5. **durabilité** : l'impact sur la santé est considéré comme durable dans le temps

Un document présentant 26 stratégies a été soumis pour avis à des décideurs issus de 20 localités de différentes tailles. Six grandes stratégies ont été retenues, elles-mêmes divisées en vingt-quatre sous-stratégies.

- [A. Stratégies pour promouvoir l'accessibilité géographique et financière à des aliments et boissons nutritifs](#)
- [B. Stratégies pour encourager les choix en aliments et boissons sains](#)
- [C. Stratégies pour encourager l'allaitement](#)
- [D. Stratégies pour encourager l'activité physique et limiter la sédentarité des enfants et des jeunes](#)
- [E. Stratégies pour créer un environnement sécurisant et favorable à l'activité physique](#)
- [F. Stratégie pour faciliter les changements dans les localités](#)

A. Stratégies pour promouvoir l'accessibilité géographique et financière à des aliments et boissons nutritifs*

** dans le sens « favorables à la santé »*

Pour aider les personnes à faire des choix nutritionnels sains, une offre alimentaire saine doit être disponible et accessible. Les familles vivant avec un faible revenu et dans les quartiers défavorisés ont souvent un moindre accès à des aliments et boissons sains par rapport aux familles à haut revenu vivant dans d'autres quartiers. Chacune des six stratégies suivantes a pour but d'augmenter l'accessibilité géographique et financière de produits sains, surtout dans les quartiers pauvres en supermarchés.

- *Stratégies 1 et 2 : améliorer l'accessibilité géographique et financière à des aliments et boissons plus sains dans les lieux publics*
Des revues systématiques ont rapporté un lien entre la disponibilité de fruits et légumes et l'augmentation de leur consommation.
Des travaux de recherche ont aussi montré que la réduction du coût d'aliments plus sains pour la santé augmente leur achat. Une étude de 2009 a ainsi montré qu'une réduction de 10 % du prix des fruits et légumes encourage les personnes de faibles

- revenus à augmenter leur consommation quotidienne de ces aliments. La distribution de coupons permettant d'acheter des aliments sains entraîne une augmentation de leur achat surtout chez les étudiants et les seniors à faible revenu.
- *Stratégie 3 : améliorer l'accessibilité à des supermarchés dans les quartiers peu dotés en supermarchés*
Un meilleur accès à des supermarchés de proximité est associé à des comportements alimentaires plus favorables à la santé. Une étude montre que l'augmentation du nombre de supermarchés dans des quartiers mal desservis augmente l'activité économique et les emplois et entraîne en fin de compte une baisse du prix des aliments.
Une étude de 2007 menée auprès de 70 000 étudiants a montré un lien entre l'IMC et le type de magasins alimentaires présents. Elle indique, après ajustement sur le statut socioéconomique, qu'un meilleur accès à des supermarchés est relié à un IMC plus faible des étudiants et qu'un accès plus élevé à des épiceries est relié à un IMC plus élevé.
 - *Stratégie 4 : fournir des avantages financiers aux commerces d'alimentation qui offrent des aliments plus sains dans les quartiers mal desservis*
La présence de lieux de distribution fournissant des aliments et boissons plus sains est associée à une meilleure nutrition.
 - *Stratégie 5 : améliorer l'accessibilité à des dispositifs de vente d'aliments locaux*
Les données scientifiques supportant un lien direct entre l'achat d'aliments locaux et une alimentation améliorée sont peu nombreuses. Toutefois quelques études allant dans ce sens existent.
 - *Stratégie 6 : fournir des avantages financiers pour une production, une distribution et l'approvisionnement d'aliments locaux*
Des résultats de recherches suggèrent qu'une production agricole dispersée géographiquement (via des lieux d'approvisionnement locaux ou des lieux agricoles urbains) augmenterait la quantité de produits locaux disponibles pour les consommateurs proches de ces lieux, améliorerait le développement économique au niveau local et contribuerait à un environnement favorable.

B. Stratégies pour encourager les choix en aliments et boissons sains

Même quand des options alimentaires saines sont disponibles, les enfants et leur famille restent souvent submergés par une offre importante d'aliments et de boissons défavorables à la santé promus par des publicités télévisées et la presse. De plus, ces produits coûtent en général moins cher que les aliments sains, d'où un bénéfice économique pour leurs consommateurs. Chacune des stratégies suivantes a pour but d'encourager les consommateurs à faire des choix plus sains en limitant leur exposition et leur accès aux aliments et boissons peu sains.

- *Stratégie 7 : réduire l'accessibilité à des aliments et boissons peu sains dans les lieux de service public*
Il n'y a pas d'étude identifiée mettant en évidence l'impact de telles politiques sur le comportement alimentaire même si certaines mesures ont été élaborées dans certains États américains notamment au sein d'établissements scolaires.
- *Stratégie 8 : réduire la taille des portions dans les lieux de restauration de service public*
Des études en laboratoire montrent que la diminution de la taille des portions d'aliments diminue l'apport en énergie et vice versa.

- *Stratégie 9 : limiter la publicité en faveur des aliments et boissons peu sains*
Il y a peu de preuves quant à l'impact de la limitation de la publicité sur l'achat et la consommation d'aliments peu sains. Cependant, des études relatives au contrôle du tabac suggèrent qu'une association existe entre l'interdiction de la publicité et une diminution de la consommation de tabac. Une étude suggère qu'une interdiction de la publicité sur la restauration rapide pendant les programmes jeunesse pourrait réduire le nombre d'enfants en surpoids âgés de 3 à 11 ans de 18 % et le nombre d'adolescents de 12-18 ans de 14 %. Les interdictions incomplètes des publicités qui prennent en compte certains médias mais pas d'autres (ex : la télévision mais pas les magazines) pourraient avoir peu voire aucun effet, dans la mesure où les industries des aliments et des boissons peuvent réorienter leur dispositifs publicitaires en utilisant les médias non concernés par l'interdiction, limitant ainsi la capacité des chercheurs à mettre en évidence des liens de cause à effet.
- *Stratégie 10 : décourager la consommation de boissons sucrées*
Une étude contrôlée randomisée reposant sur l'élimination des boissons sucrées aux domiciles d'adolescents a démontré, parmi les adolescents ayant les poids les plus élevés, une diminution plus élevée de l'IMC dans le groupe intervention que dans le groupe témoin.

C. Stratégies pour encourager l'allaitement

- *Stratégie 11 : augmenter les actions de soutien de l'allaitement*
Des revues systématiques indiquent que l'allaitement permet de prévenir l'obésité infantile (réduction du risque de 13 à 22 %) et que chaque mois supplémentaire d'allaitement permet de réduire ce risque de 4 % (voir aussi les recommandations du [NHS](#) sur les stratégies efficaces pour augmenter le taux d'initiation et la durée de l'allaitement).

D. Stratégies pour encourager l'activité physique et limiter la sédentarité des enfants et des jeunes

Les enfants passent la majorité de leur temps à l'école ou dans des structures de garde. Il est important qu'une partie de l'activité physique qui leur est recommandée soit réalisée dans ces lieux de vie.

- *Stratégie 12 : instaurer une durée minimale d'éducation physique dans les écoles primaires et les établissements du secondaire*
Une revue systématique de littérature du Centers for Disease Control and Prevention montre que l'éducation physique en milieu scolaire est efficace pour augmenter le niveau d'activité physique et améliorer la condition physique.
- *Stratégie 13 : augmenter le nombre d'heures d'activité physique dans les écoles*
La même revue de littérature montre qu'une augmentation des cours d'éducation physique entraîne une augmentation du nombre d'heures d'activité physique effectuées par les élèves ainsi qu'une augmentation de la quantité d'activité physique modérée ou élevée.
- *Stratégie 14 : augmenter les opportunités de faire de l'activité physique en dehors de l'école*
Des études interventionnelles montrent que la participation après l'école à des programmes qui permettent de faire de l'activité physique améliore la santé cardiovasculaire et réduit la masse grasse.

- *Stratégie 15 : réduire le temps passé devant des écrans dans les lieux de service public*
Des études de cohorte mettent en évidence une association positive entre le temps passé devant la télévision dans l'enfance et l'indice de masse corporelle (IMC) à l'âge adulte. Une étude transversale montre que le temps passé devant la télévision (ou des vidéos) est relié au surpoids chez les enfants en âge préscolaire issus de famille à faible revenu. Des études multiniveaux en milieu scolaire montrent que plus le temps passé devant la télévision est faible, plus le niveau d'activité physique est élevé et plus le risque de développer une obésité est faible chez les filles (pas chez les garçons).

E. Stratégies pour créer un environnement sécurisant et favorable à l'activité physique

Les infrastructures locales favorables à l'activité physique comprennent les parcs et les espaces verts, les terrains de sports, les pistes cyclables et les pistes de randonnée, les piscines publiques, les aires de jeux. Leur accessibilité dépend de facteurs tels que la proximité des équipements par rapport aux logements et aux écoles, les coûts et la facilité d'accès, les horaires d'ouverture.

- *Stratégie 16 : améliorer l'accès à des lieux de pratique d'activité physique de loisirs*
Une revue basée sur 10 études conclut que les efforts pour accroître l'accès aux lieux où l'activité physique associée à une publicité est susceptible d'accroître l'activité physique réalisée. Une autre revue de 108 études indique que la présence de lieux et programmes d'activité proches des domiciles était corrélé à un niveau plus élevé d'activité physique chez les enfants et les adolescents concernés.
- *Stratégie 17 : augmenter les infrastructures permettant la pratique du vélo*
Des études longitudinales d'intervention démontrent que l'amélioration de l'infrastructure pour la pratique du vélo (pistes cyclables, emplacement de stationnement pour vélos) est associée à une augmentation de la fréquence de cette pratique.
- *Stratégie 18 : augmenter les infrastructures permettant la marche*
L'infrastructure favorisant la marche ne se limite pas aux trottoirs, passages piétons, voies piétonnières, mais doit inclure un bon éclairage, des traversées de rue sécurisées, et un trafic automobile ralenti par des dos d'âne ou des ronds-points. Les auteurs estiment qu'il y a suffisamment de preuve de l'intérêt d'aménager les infrastructures pour favoriser la marche, en particulier si elles sont accompagnées par des interventions en faveur de l'activité physique.
- *Stratégie 19 : soutenir la localisation d'écoles près des habitations afin que les enfants puissent s'y rendre à pied*
La distance entre le domicile et l'école est un facteur incitatif pour la marche mais la sécurité du trajet à pied doit également être prise en considération.
- *Stratégie 20 : améliorer l'accès aux transports en commun*
L'accès aux transports en commun est susceptible d'augmenter l'activité physique en raison des déplacements à pied ou en vélo nécessaires pour atteindre les points d'accès. Mais le nombre d'études est insuffisant pour mesurer l'impact de l'un sur l'autre.
- *Stratégie 21 : favoriser le développement des quartiers mixtes (résidentiels et commerciaux)*
Les études prouvent que l'existence de quartiers mixtes augmente la marche à pied et l'usage de la bicyclette.
- *Stratégie 22 : augmenter la sécurité des personnes dans les quartiers où l'activité physique est possible*
La présence de la police, la qualité de l'éclairage, l'absence de logements abandonnés

sont corrélés à la marche à pied. Une étude menée à Londres a montré que l'amélioration de l'éclairage avait réduit le nombre d'agressions, amélioré le sentiment de sécurité et l'usage des passages piétons.

- *Stratégie 23 : augmenter la sécurité du trafic routier dans les quartiers où l'activité physique est possible*
Les recherches montrent que les personnes vivant dans des lieux plus sûrs en terme de sécurité routière sont plus actives physiquement.

F. Stratégie pour faciliter les changements dans les localités

- *Stratégie 24 : participer à des coalitions ou créer des partenariats pour traiter la problématique de l'obésité*

L'expérience de la lutte antitabac suggère que la création de coalitions ou d'alliances locales pour lutter contre l'obésité est susceptible de contribuer à réduire l'obésité. Il n'y a pas encore de travaux en faveur de cette approche dans la littérature.

Pour en savoir plus

- Rapport du Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [*Recommended Community Strategies and measurements to prevent obesity in the United States*](#), Juillet 2009, 32p.

Recommandations de l'Inserm

05-01-2011

- Principes d'actions recommandés
Les stratégies de prévention impliquent des interventions sur des champs multiples et devraient reposer sur les principes d'actions suivants (extraits des pages 194-196 du rapport d'expertise collective) :
- précocité : l'obésité est une maladie chronique évolutive qui tend à s'aggraver au cours de la vie. Le début de l'obésité se situe souvent durant l'enfance et l'adolescence. La prévention et le traitement doivent donc être précoces ; une attention particulière doit être apportée au dépistage et à la prise en charge des enfants et des adolescents. La prévention universelle (au niveau des populations) doit promouvoir une éducation à la bonne santé physique (nutritionnelle et activité physique) dès le plus jeune âge ;
- globalité : l'obésité étant une maladie multifactorielle, la prise en compte d'un seul déterminant est vaine. Au plan de la santé publique, une mesure isolée ne suffit pas. Multifocales et multisectorielles, les actions doivent mobiliser le secteur institutionnel et non institutionnel, les acteurs associatifs et économiques ;
- complémentarité : la convergence des actions et la complémentarité des interventions sont essentielles. Il n'y a pas lieu d'opposer « l'individuel » et « le collectif », de séparer les actions médicales et sociétales, ou de privilégier les uns aux dépens des autres ;
- cohérence : la cohérence des actions politiques dans le domaine de l'alimentation est une question centrale. L'exemple le plus critique est la question de la cohérence entre « politique nutritionnelle » et « politique agricole » ;

- évolutivité : les programmes doivent s'adapter aux évolutions du contexte socioéconomique et des connaissances scientifiques ;
- respect de l'individu : la plus grande vigilance s'impose pour ne pas renforcer à l'occasion des campagnes de santé publique la stigmatisation des personnes obèses « agir contre l'obésité, non contre la personne obèse » ;
- indépendance : dans une problématique aussi complexe et coûteuse, la question des partenariats est cruciale. Les conditions de collaborations entre secteur public et privé doivent être débattues. L'indépendance des actions doit être garantie au sein de partenariats clairement définis ;
- mise en œuvre : la masse des recommandations et des règlements disponibles en France est considérable. Leur application ferait considérablement évoluer la situation (par exemple, la réglementation en matière de restauration scolaire) ;
- décentralisation : l'impulsion politique nationale doit être relayée au niveau des actions de terrain par des intervenants de proximité pour adapter les mesures au contexte spécifique du site d'intervention ;
- délégation : de nouveaux métiers ou de nouvelles conditions d'exercice doivent être définis, en particulier pour les infirmiers et les diététiciens; la promotion de la santé en milieu scolaire implique des formations en sciences de l'éducation ;
- pérennité : les politiques de santé publique dans le domaine des maladies chroniques liées à l'environnement impliquent une continuité des actions sur une durée conséquente (dizaine d'années). Les calendriers d'actions doivent distinguer les objectifs à court, moyen et long termes ;
- évaluation des programmes : compte tenu du délai de leur impact sur la santé des populations, ces programmes doivent être évalués initialement sur des critères intermédiaires: appropriation et application des messages de promotion de la santé, pérennité de l'action et de son impact. L'instance d'évaluation doit être indépendante ;
- évaluation des coûts : le financement et les coûts des campagnes de prévention doivent être clairement établis et connus ;
- recherche : les programmes doivent comporter une part de recherche populationnelle et favoriser l'interdisciplinarité en incluant les sciences humaines et sociales. Ils doivent faire le lien entre recherche, actions de terrain et évaluation. L'opportunité d'un plan stratégique de recherche spécifique sur l'obésité doit être analysée ;
- l'information du consommateur : réglementation de l'étiquetage et de la publicité, allégations nutritionnelles, communication institutionnelle; adaptation des messages et des outils pour les populations en difficulté et à risque ;
- l'offre alimentaire : politique de soutien à l'offre d'aliments de faible densité énergétique et subventions ciblées à la consommation (en restauration collective notamment), application de la réglementation concernant l'alimentation en collectivité et en particulier en milieu scolaire, l'offre alimentaire pour les populations en difficulté et à risque, la qualité nutritionnelle des aliments, la taille des portions (industrie agro-alimentaire, marketing et distribution).
- Axes prioritaires pour des actions à court et moyen termes
Ces axes concernent principalement l'alimentation et l'activité physique. Ils portent, entre autres, sur l'environnement immédiat ou « niche écologique », l'école, l'organisation des soins, la vie au travail, l'industrie agro-alimentaire et la communication. Il s'agit d'intervenir sur :

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

Pour en savoir plus

- *Obésité -Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge.*
Expertise collective. Les éditions Inserm, 2006 : 232p.
[dernière consultation le 17/11/2010]

Intervention validée : Icaps (Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité)

05-01-2011

Icaps est une intervention dont l'efficacité a été démontrée par essai randomisé ; elle a été reconnue comme efficace par l'OMS en 2009.

Cette action a été mise en place auprès de collégiens (près de 1 000 élèves de 6e) dans le département du Bas-Rhin entre 2002 et 2006 par le professeur Chantal Simon et son groupe de recherche de l'université Louis Pasteur de Strasbourg. À l'issue des quatre années d'expérimentation, il a été démontré qu'il était possible d'augmenter l'activité physique des adolescents pour améliorer leur état de santé (diminution du risque d'être en surpoids).

La mise en place d'actions ciblant l'activité physique apparaît particulièrement justifiée dans le Bas-Rhin, caractérisé par des chiffres d'obésité et de mortalité cardiovasculaire plus élevés que dans d'autres régions françaises (23 % d'excès de poids chez les collégiens de 6e en 2001).

L'étude Icaps visait à évaluer l'impact d'une action « multiniveaux » ciblant l'activité physique et la sédentarité sur l'évolution pondérale et le risque vasculaire d'adolescents de 6e. Le choix d'élèves de 6e est justifié par le fait qu'à cet âge s'amorce une diminution de l'activité physique.

L'intervention permettait d'agir à plusieurs niveaux à l'aide de différentes actions :

- changer les attitudes et motivations vis-à-vis de l'activité physique par des débats et l'accès à de nouvelles activités attrayantes,
- favoriser un support social par les parents, les enseignants et les éducateurs sportifs,
- fournir des conditions environnementales qui favorisent l'activité physique à l'école et en dehors de celle-ci, pendant les loisirs et dans la vie quotidienne (permanences, intercour, périscolaire, trajet maison/école,etc.).

Les résultats de cette étude ont montré une augmentation de l'activité physique de loisirs de près d'une heure par semaine et une diminution du temps passé quotidiennement devant la télévision. Ils se sont accompagnés d'une moindre prise de poids au cours de l'adolescence et d'une prévention du risque de surpoids. Ainsi, pour les enfants de poids normal, le risque de se trouver en surpoids à la fin de l'étude a été diminué de plus de 50 % dans les collèges bénéficiant de l'intervention Icaps. L'intervention a été également associée, indépendamment de ses effets sur le poids, à une diminution de certains facteurs de risque cardiovasculaires.