

Le mot du président

« Mieux vaut faire envie que pitié » disait-on autrefois, surtout pendant ou après des périodes de disette. Les temps ont bien changé et aujourd'hui les soucis d'esthétique mais surtout de maintien de la santé préoccupent ou devraient davantage préoccuper les populations de nos pays devenus territoires de surconsommation alimentaire. Aussi m'est-il agréable de présenter ce nouveau bulletin de l'ORSAS, issu du travail d'une nouvelle, jeune et talentueuse collaboratrice de notre Observatoire, laquelle a réussi en quelques pages à établir une synthèse de nos connaissances sur une pathologie dont la prévalence suit une courbe croissante et inquiétante en France, en particulier dans notre Région. Abordant aussi bien les données épidémiologiques que les bases physiopathologiques des processus de surpoids et d'obésité, elle ne nous cache rien des thérapeutiques parfois agressives et

chirurgicales des cas les plus extrêmes tout en nous répétant les directives connues mais trop rarement respectées destinées à combattre les risques issus du grignotage et des déséquilibres alimentaires, avec en regard la nécessité d'une activité physique régulière et appropriée. L'abord de ce dossier aujourd'hui essentiel en matière de Santé publique m'a aussi rappelé notre engagement dans l'étude d'une autre pathologie souvent corollaire des problèmes de surpoids, à savoir celle constituée par le diabète sucré, avec cette collaboration transfrontalière poursuivie depuis plusieurs années avec nos partenaires wallons et luxembourgeois et que nous retrouvons avec le programme éducatif nutritionnel Edudora explicité dans les lignes qui suivent.

Professeur Michel Boulangé



DANS CE NUMÉRO

Page 1

- Le mot du président
- Obésité : un fléau qui prend du poids

Page 2

- Evolution de l'obésité
- Risque de morbidité
- Les maladies cardiovasculaires et le diabète en Lorraine
- Les causes de l'obésité

Page 3

- Obésité et inégalités sociales
- Quelques pistes de réflexions

Page 4

- Apports Nutritionnels Conseillés et PNNS
- Les villes—PNNS
- Les actions—PNNS en Lorraine

Page 5

- Les études sur les consommations alimentaires et l'activité physique
- EDUDORA² en Lorraine
- PRALIMAP dans les lycées lorrains

Page 6

- Poiplume en Moselle
- Bilan et perspectives
- Le billet d'humeur

Obésité : un fléau qui prend du poids



A eu lieu le 24 mai 2013 pour la 4e année consécutive la journée européenne de l'obésité (JEO), coordonnée au niveau national par le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO). L'obésité désigne une maladie chronique non transmissible, caractérisée par une accumulation d'excédent de masse grasse qui peut avoir des effets indésirables voire néfastes sur la santé des individus qui en souffrent. Reconnue comme une maladie depuis 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est un phénomène qui prend de l'ampleur à l'échelle mondiale.

Dépistage

Pour dépister l'obésité, la mesure de la taille et du poids de l'individu est importante afin d'en calculer l'IMC ou Indice de Masse. Celui-ci est calculé par la formule suivante : $IMC = \text{Poids (kg)} / [\text{Taille (m)}]^2$. Le chiffre obtenu est à comparer à la table définie par l'OMS qui classe ainsi la corpulence des individus.

Toutefois, l'interprétation de l'IMC est à réaliser avec prudence car celui-ci n'est pas systématiquement corrélé

au taux de masse grasse de l'individu. Par exemple, il existe une différence entre les hommes et les femmes. Pour un même IMC, la femme aura en général plus de masse grasse que l'homme. La différence entre sportifs et non-sportifs est également à prendre en compte car les muscles pèsent plus lourd sur la balance que le tissu graisseux.

L'excédent de masse grasse est le principal danger dans l'obésité et l'IMC ne suffit pas toujours pour mesurer les risques de maladies liées à l'obésité. En effet, la répartition de cet excédent dans l'organisme est différente selon les individus obèses. La mesure du tour de taille peut alors apporter un complément d'information à l'IMC. Elle indique le taux de masse grasse intra-abdominale (ou adiposité viscérale), une des causes de risque accru de maladies liées à l'obésité s'il est trop important. Des seuils ont été établis : le seuil IDF (80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme) où il est conseillé à l'individu de ne plus grossir et le seuil NCEP (88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme) où la perte de poids est préconisée.

Classification	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité massive
IMC	<18,5	18,5 – 24,9	25,0 – 29,9	30,0 – 34,9	35,0 – 39,9	>40,0

Source : OMS

État de la situation générale

En 2012, en France, la prévalence de la surcharge pondérale (IMC > 25) s'élève à 47,3% de la population adulte, soit presque une personne sur deux. La France compte 15% d'obèses, dont 1,2% en obésité massive. Ce sont les régions de l'Ouest et du Sud-Est qui sont les moins touchées par l'obésité adulte (régions UDA8). En revanche, le Nord, le Bassin parisien et l'Est de la France ont des taux de prévalence au-dessus de la moyenne nationale. En 2012, la Lor-

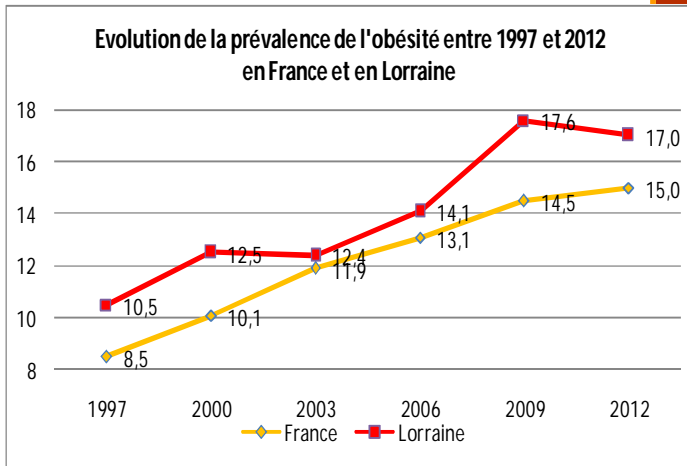
raine se situe au septième rang avec une prévalence de 17% légèrement en baisse (-3,4%) depuis trois ans alors que ce taux augmente au niveau national (+5,3%). Les six premiers rangs sont occupés par le Nord-Pas-de-Calais (21,3%), la Champagne-Ardenne (20,9%), la Picardie (20,0%), la Haute-Normandie (19,6%), l'Alsace (18,6%) et le Limousin (17,8%).



Évolution de l'obésité

Dans les années 1980, l'IMC moyen de la population française était relativement stable mais, à partir de 1992, celui-ci est en constante progression. La sédentarité, l'accès facile à la nourriture, les habitudes de consommation sont autant de facteurs qui jouent un rôle dans cette augmentation de l'IMC. Depuis 1997, la Lorraine observe une progression de cette prévalence, comme l'ensemble des autres régions françaises (+ 61,9% contre +76,5% en France, entre 1997 et 2012).

En France, entre 1997 et 2012, le tour de taille moyen des hommes est passé de 91,3 cm à 95,1 cm, soit une augmentation de 3,8 cm, passant la barre du seuil IDF depuis 2009. Quant à celui des femmes, sur ces quinze années, il a augmenté de manière plus conséquente que chez les hommes (+ 6,7 cm). Il était de 79,8 cm en 1997 et de 86,5 cm en 2012, franchissant également le seuil IDF en 2000. Dans les deux sexes, le seuil NCEP n'est pas atteint mais la tendance entre 1997 et 2012 est régulièrement à la hausse.



Source : Obépi-Roche 2012

Les causes de l'obésité

De nombreux scientifiques sont aujourd'hui convaincus que de multiples facteurs entrent en jeu lors de l'apparition d'une obésité chez un individu. Ces facteurs peuvent être de nature génétique, biologique, comportementale ou environnementale. L'obésité est souvent causée par une combinaison de ces facteurs, elle a rarement une seule origine.

Un premier gène de l'obésité fut découvert en 1998 par une équipe de chercheurs de Lille (CNRS – Institut Pasteur). Celui-ci est impliqué dans 5% des cas d'obésité massive, ce qui en fait un phénomène assez rare. Un second gène fut identifié plus tard en 2003. Ces prédispositions génétiques peuvent expliquer l'apparition de l'obésité chez une personne qui les porte, mais elles sont à prendre en compte avec d'autres causes et non de façon isolée.

Le développement du tissu graisseux est aussi en cause dans l'obésité. Celui-ci est constitué de cellules, les adipocytes, qui se remplissent des graisses non utilisées par l'organisme car elles sont en excès. Une fois à saturation, ces cellules vont recruter d'autres adipocytes pas encore matures, les pré-adipocytes, pour continuer le travail de stockage. C'est ainsi que le tissu adipeux se développe. Le problème est que les adipocytes sont censés être toujours remplis et, lors d'un régime pour perdre du poids, ils vont envoyer des signaux au cerveau pour empêcher de se vider. De plus, une fois les adipocytes recrutés, ils ne disparaissent pas. En effet, ces cellules n'entrent jamais en mort cellulaire programmée. Cela peut expliquer pourquoi, lors de régime alimentaire, les personnes mincissent (les adipocytes se vident) mais reprennent du poids par la suite (les cellules n'ont pas disparu et elles se remplissent de nouveau). L'accumulation de masse grasse entraîne par la suite une résistance de l'organisme face à la perte de poids, les cellules du tissu adipeux résistent à la restriction calorique et la personne ne maigrit plus.

Risque de morbidité

Quand nous parlons d'obésité, il s'agit d'une maladie qui peut entraîner des problèmes de santé n'engageant pas le pronostic vital de l'individu. Des difficultés respiratoires, des problèmes ostéo-articulaires, des problèmes cutanés, une infécondité, peuvent survenir lorsqu'un individu est obèse. Mais, bien souvent, cette pathologie est liée à d'autres problèmes plus graves. Le tableau suivant résume l'accroissement des risques de maladies liées au surpoids ($25,0 < \text{IMC} < 29,9$) et à l'obésité ($\text{IMC} > 30,0$) par rapport à un individu normal :

Pathologie concernée	Surpoids	Obésité
Hypertension artérielle	X 2,3	X 3,6
Dyslipidémie	X 2,2	X 2,7
3 facteurs de risque cardiovasculaires	X 5	X 14
2 facteurs de risque cardiovasculaires	X 2,5	X 4
Diabète de type 2	X 3	X 7

Source : Obépi-Roche 2012

Les maladies cardiovasculaires et le diabète en Lorraine

Les maladies liées à l'obésité sont plus fréquentes en Lorraine qu'en France. En effet, en 2008/2010 le taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires en Lorraine dépasse le taux français de 10% avec 237 décès pour 100 000 habitants contre 215 en France métropolitaine (source : INSERM, CepiDe).

Quant à la prévalence du diabète traité en Lorraine, en 2009, elle se situe à un taux supérieur à celui de la France hexagonale : 4,9% contre 4,4%, soit une différence de 11% également (source : SNIIRAM, Régime général).



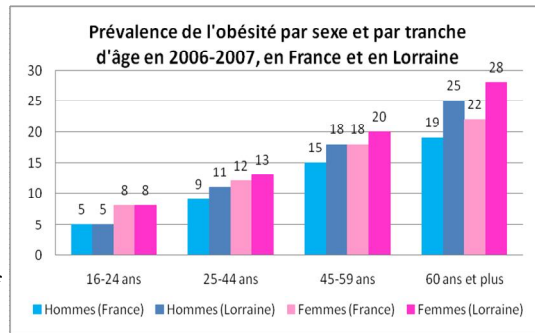
Des inégalités selon le sexe et l'âge

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge, quel que soit le sexe. Les femmes sont plus touchées que les hommes par l'obésité dans toutes les tranches d'âge. Ces observations se retrouvent aussi bien en France qu'en Lorraine. Cette dernière observe un taux de prévalence de l'obésité, quels que soient le sexe et l'âge des individus, plus élevé que le taux national, sauf pour les 16-24 ans où les taux sont équivalents entre la Lorraine et la France.

En 2005, selon les données biométriques relevées chez les étudiants de l'enseignement supérieur en Lorraine, l'excès de poids concerne 16,3% des plus de 18 ans, dont 11,8% sont en situation de surpoids et 4,5% sont obèses. L'obésité sévère et massive (IMC > 35) est présente chez 1,4% d'entre eux. Chez les étudiants de plus de 18 ans en première année de l'enseignement supérieur, la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge : elle est de 3,3% chez les 18-19 ans, de 5,4% des 20-24 ans et de 10,2% chez les 25 ans et plus. Chez les étudiants de moins de 18 ans, en première année de l'enseignement supérieur en Lorraine, la prévalence de l'obésité s'élevait à 3,2% (4,8% chez les garçons et 2,1% chez les filles).

Obésité et catégories socioprofessionnelles

Selon la catégorie socioprofessionnelle, des inégalités dans la prévalence de l'obésité apparaissent. La différence observée entre les agriculteurs et les cadres date déjà des années 1990. Cet écart se creuse de plus en plus entre ces deux catégories au cours du temps (+ 2% pour les cadres et + 7% pour les agriculteurs, entre 1992 et 2003, source INSEE). La hiérarchie entre les différentes catégories est restée inchangée depuis 1981, seules les disparités se sont accrues. La prévalence de l'obésité est en progression pour toutes les CSP.



Source : Cetaf

Des pistes de recherche

L'hypothèse d'un second cerveau situé dans l'abdomen est investiguée. Des scientifiques français et allemands ont étudié le système nerveux entérique (SNE) composé de neurones tout le long du système digestif. Il régule l'absorption des aliments et la prise alimentaire. Ils ont observé qu'un régime riche en sucre et en graisse ralentissait le vieillissement du SNE, en particulier au niveau de l'estomac. Sa vidange est plus rapide et la mort neuronale est ralentie. Or, c'est lorsqu'on est jeune que l'on absorbe le plus de nourriture. Le fait que l'estomac se vide rapidement est également problématique dans le sens où la satiété disparaît plus vite et la faim apparaît. Ce phénomène de vidange accélérée est déjà retrouvé chez certains obèses.

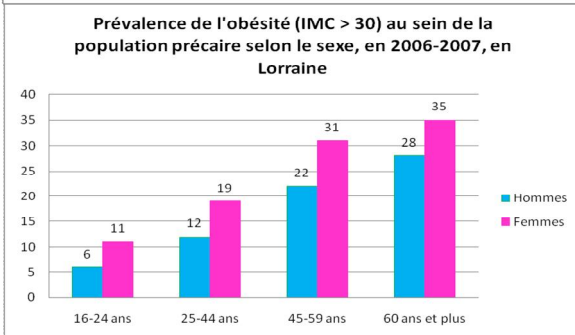
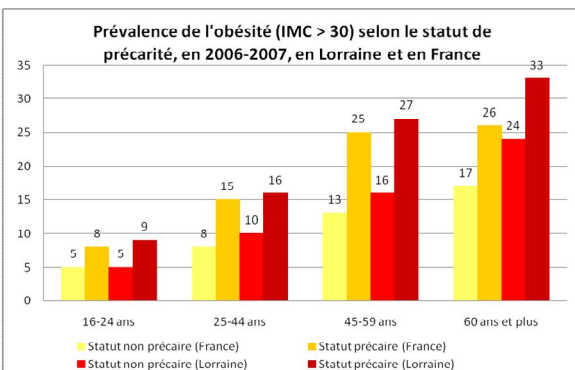
Le facteur nutritionnel est souvent montré du doigt. Des prises alimentaires trop conséquentes, trop fréquentes dans la journée (grignotage), trop sucrées et trop grasses peuvent être à l'origine de l'obésité. Phénomène moins connu, l'équilibre entre l'apport en oméga-3 et oméga-6, deux sortes de graisses que l'on retrouve naturellement dans la nourriture, a été étudié par des équipes du CNRS et de l'INRA. Elles ont mis en évidence chez des souris que, même en suivant les recommandations de l'ANSES sur l'apport d'énergie sous forme de lipides, si cet apport est déséquilibré entre les oméga-3 et les oméga-6, une obésité transgénérationnelle apparaît. Il est préconisé de consommer cinq oméga-6 pour un oméga-3. Or, en France, ce ratio est estimé à 18 en moyenne ! Un régime alimentaire trop riche en oméga-6 serait alors une cause possible de l'obésité et celle-ci s'aggraverait de génération en génération, de par la transmission des prédispositions génétiques occasionnées par ce régime inadapté.

Une dernière piste est le décalage qui s'est créé entre l'évolution du corps humain et celle de la civilisation, théorie appelée « la transition alimentaire » par Patrick Pasquet, directeur de recherche CNRS et anthropologue au Muséum national d'histoire naturelle. Dans l'histoire de l'Homme, la nourriture n'était pas aussi facile à trouver. Il devait chasser, aller à la cueillette, parfois parcourir de longues distances à pied et il devait protéger sa famille du monde extérieur dangereux. Son organisme était mis à rude épreuve, c'est pourquoi il s'adaptait en stockant de l'énergie en prévision des périodes de disette. Aujourd'hui, le corps humain n'est pas différent de cette période de l'histoire plus difficile. En revanche, la vie moderne a bien changé. Le développement des transports, le chauffage, l'offre alimentaire facilitée, les loisirs et professions plus sédentaires contribuent à une baisse des dépenses énergétiques quotidiennes. L'apparition de l'obésité dans notre société serait ainsi, selon certaines théories, une conséquence de ce décalage.

Obésité et précarité

Les populations en précarité, en Lorraine comme en France, ont des taux de prévalence de l'obésité plus élevés que celles qui ne sont pas précaires. Ces différences s'accroissent avec l'âge. Les taux de prévalence de l'obésité au sein des populations précaires ou non précaires sont plus élevés en Lorraine par rapport à la France, quel que soit l'âge, sauf en ce qui concerne les 16-24 ans non précaires où ces taux sont équivalents. La plus grande différence entre le niveau régional et national se voit chez les 60 ans et plus, avec un taux de 7% plus élevé en Lorraine dans les deux populations non précaire et précaire.

En Lorraine, au sein de la population en situation de précarité, l'obésité concerne davantage les femmes que les hommes. La prévalence augmente selon l'âge chez les deux sexes, de façon régulière et équivalente.



Source : Cetaf

Quelques pistes de réflexion...

Quand le statut est précaire, l'équilibre alimentaire n'est pas toujours une priorité. Manger des produits de basse qualité nutritionnelle quotidiennement peut être une des voies empruntées par des personnes en situation précaire pour réaliser des économies car ce sont les produits souvent les moins chers. De plus, le stress engendré par cette situation d'insécurité a souvent des conséquences psychologiques sur l'individu. Des troubles du comportement alimentaire comme l'hyperphagie (le fait d'avaler beaucoup de nourriture lors d'une prise alimentaire) ou des troubles compulsifs (besoin de manger beaucoup en peu de temps avec un sentiment de « trop plein » après la crise), peuvent alors venir aggraver le statut nutritionnel de l'individu. Nous retrouvons d'avantage ces comportements chez les personnes en situation de précarité et il peut en résulter des conséquences psychologiques sur l'individu. Des troubles du comportement alimentaire, par exemple problèmes de poids qui, à long terme, peuvent déboucher sur l'obésité.

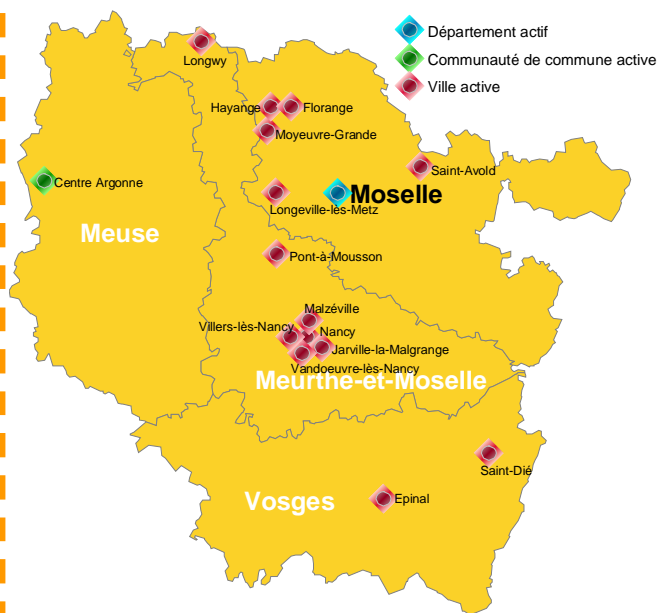
Apports nutritionnels conseillés et PNNS

L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), en collaboration avec différents organismes et agences scientifiques liés à l'alimentation, a défini les apports nutritionnels conseillés (ANC) pour la population en général. Les apports quotidiens conseillés en énergie varient selon le sexe, l'âge, le statut de la personne (grossesse, allaitement, période de croissance...) et l'activité physique principalement. Pour un adulte âgé de 20 à 40 ans, dans le cadre d'activités physiques quotidiennes habituelles, ces apports sont évalués à 2000 kcal/jour pour une femme et 2500 kcal/jour pour un homme. Pour un bon équilibre, ce total est à répartir entre les trois macronutriments : les glucides (50%), les lipides (35-40%) et les protéines (11-15%), sachant qu'un gramme de glucide et de protéine apporte 4 kcal et un gramme de lipide apporte 9 kcal.

En 2001, le Plan National Nutrition Santé (PNNS) est lancé par le gouvernement français. Il a pour but d'améliorer l'état nutritionnel de la population française en s'appuyant notamment sur les repères cités précédemment. Ce plan fut prolongé en 2006 (PNNS 2) et en 2011 (PNNS 3), jusqu'en 2015. Parmi les objectifs à atteindre, l'augmentation de la consommation des fruits et légumes, la réduction des apports en lipides et en sucres simples, l'augmentation de l'activité physique et la diminution de la sédentarité, sont



Carte du réseau des villes actives PNNS en Lorraine



Source : www.reseauvillespnns.fr

Les villes - PNNS

Certaines villes se sont engagées en tant que villes-PNNS actives. 206 villes sont recensées dont 14 en Lorraine et une communauté de communes. Ce nombre traduit bien une forte implication lorraine. Un certain parallèle peut être fait entre la localisation de ces villes en Lorraine et le nombre de médecins généralistes, soignants de premier recours. Le sillon Thionville-Metz-Nancy concentre une part importante de la population et des médecins et c'est également à ce niveau que l'on retrouve la plupart des villes-PNNS actives. Or, les populations précaires qui sont plus concernées par l'obésité ne vivent pas forcément dans ces villes. Ainsi, les actions mises en œuvre peuvent être éloignées de certaines populations-cibles. De plus, les zones les plus pauvres de la région Lorraine n'ont pas toujours les moyens (financiers, logistiques ou humains) de mettre en place des actions de prévention, de sensibilisation et de prise en charge. L'accès plus difficile aux actions-PNNS pourrait expliquer en partie la plus forte augmentation de l'obésité dans certains groupes de la population. C'est pourquoi, la réduction des inégalités sociales est au cœur des préoccupations actuelles.

Les actions - PNNS en Lorraine

Depuis janvier 2008, la Moselle a signé la charte « Département actif du PNNS » et fut le premier département à la signer. Cette charte engage à concevoir un programme de progrès nutritionnel en lien avec le projet régional de santé et à le mettre en action, à un niveau plus territorial. C'est ainsi que le programme « Tous en forme en Moselle » (2006-2009) s'inscrit dans les objectifs du PNNS : les données sur la corpulence et l'activité physique de populations particulières (en grande précarité, futurs parents, enfants de moins de 6 ans, collégiens, personnes âgées, personnes handicapées) sont recueillies de façon systématique par le Conseil Général de la Moselle, les équipements sportifs sont développés, des actions sont menées dans les cantines scolaires, les bibliothèques, les centres pour la jeunesse, la restauration et d'autres encore. L'objectif est de promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière, tout en garantissant un accès égal à ces objectifs à toutes les catégories de la population.

Une autre action, visant les populations à faible budget comme les étudiants, les personnes âgées ou les familles monoparentales a été lancée en Lorraine, en 2002. Cette action, nommée « Formule nutrition santé » prenait place en restauration collective (restaurant universitaire de Metz-Saulcy et de Nancy, maison de retraite de Sommedieue, centre d'hébergement des familles monoparentales de Forbach, service des sports d'Epinal, pizzeria et sandwicherie à Epinal). Elle visait à former les professionnels de la restauration à l'équilibre nutritionnel tout en affichant sur le lieu de restauration un logo « boire-manger-bouger » du PNNS montrant leur implication dans le programme. Elle avait également pour but de sensibiliser les consommateurs à l'équilibre nutritionnel en leur proposant des « formules nutrition santé ». Trois livrets d'informations, un pour les personnes âgées, un pour les étudiants et un pour les adultes, étaient distribués sur les sites d'intervention en complé-

Les études sur les consommations alimentaires et l'activité physique

Un certain nombre d'enquêtes alimentaires ont été menées au sein de la population française durant cette dernière décennie. Nous pouvons citer l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) réalisée en 2006 par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les deux études Individuelles Nationales des Consommations Alimentaires (INCA 1 et 2) menées en 1998-1999 et 2005-2007 par l'ANSES. Les données ainsi recueillies permettent le suivi des consommations et des comportements des Français en matière d'alimentation et d'activité physique ainsi que l'évaluation des actions entreprises dans le cadre du PNNS.

Selon l'étude INCA 2, les apports nutritionnels de la population adulte en France seraient différents de ceux préconisés pour être en meilleure santé possible. Les glucides contribueraient à 44% de l'apport énergétique total avec une part importante des sucres simples (43% des glucides), les lipides pour 39% et les protéines pour 17%. La différence est plus marquée chez les femmes en ce qui concerne la contribution des lipides (39,6% contre 38,5% pour les hommes) et des sucres simples (45,9% des glucides contre 39,4% pour les hommes).

Les objectifs du PNNS, en ce qui concerne les macronutriments, sont énoncés de la manière suivante :

- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers. D'après l'ENNS, seuls 35,5% de la population adulte atteindraient cet objectif (34,6% des hommes et 36,4% des femmes).

- Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon (27,5% des apports énergétiques quotidiens) et en réduisant de 25% la consommation actuelle de sucres simples ajoutés. Les résultats de l'ENNS indiquent que 26,0% de la population adulte dépassent ce seuil de 50% (28,0% des femmes et 24,0% des hommes) et 29,2% ont des apports en glucides complexes supérieurs à 27,5% des apports journaliers. Une différence entre les hommes et les femmes est observée pour ce dernier indicateur avec 35,5% et 22,9% respectivement.

Comportements alimentaires des hommes et des femmes

Lors de l'étude INCA 2, les habitudes alimentaires des participants ont été investiguées. Les taux de consommation (en %) de certaines catégories d'aliments ainsi que la taille des portions lors de la prise alimentaire ont été déterminés.

Le comportement des hommes est caractérisé par une consommation plus importante d'aliments sources de protéines, en termes de taux de consommation et de taille des portions. Ils sont plus enclins que les femmes à consommer des produits du type « snacking ». En revanche, ils consomment moins d'aliments sources de glucides simples.

Les femmes, quant à elles, privilégient la consommation de poisson par rapport aux hommes, ce qui constitue une source de protéines moins grasse que la viande rouge par exemple. Leurs portions de viande, volailles, gibiers et charcuterie sont plus petites que celles des hommes, seul le poisson est consommé à taille de portions équivalente. Elles consomment également plus d'huile et moins de beurre (en taille de portions), favorisant ainsi les matières grasses végétales plutôt qu'animales. Par contre, elles consomment plus de produits sucrés et avec des portions équivalentes à celles des hommes, alors qu'elles ont des besoins quotidiens en énergie inférieurs à leurs homologues masculins. Ce fait pourrait expliquer que la prévalence du surpoids et de l'obésité est supérieure chez les femmes.

Quelques données lorraines

En 2001, 46% des élèves de 11, 13 ou 15 ans ont déclaré qu'ils ne consomment pas de fruits et/ou légumes tous les jours.

94,8% des personnes interrogées, entre 18 et 75 ans, ont déclaré avoir consommé des fruits et/ou légumes la veille de l'enquête en 2005.

La même année, 42,1% des hommes et 32,8% des femmes, de 18 à 75 ans avaient pratiqué un sport au cours des sept derniers jours.

EDUDORA² en Lorraine

EDUDORA² est un programme d'éducation et de prévention face au diabète et à l'obésité pour les adultes et les adolescents. Il s'agit d'un projet transfrontalier (Wallonie - Grand Duché de Luxembourg - Lorraine) visant à améliorer la formation des soignants, dans une approche multidisciplinaire centrée sur l'éducation du patient et sur la prévention chez les personnes souffrant de diabète ou d'obésité. Le projet comprend deux grands pôles : un pôle « Adultes » et un pôle « Adolescents ». Des initiatives seront proposées afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du diabète et de l'obésité et ainsi la qualité de vie actuelle et future de ces patients.



Activité physique et sédentarité

La prévention du surpoids et de l'obésité passe par une alimentation équilibrée mais également par la pratique d'activités physiques. L'objectif du PNNS est « d'augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour ». L'outil utilisé pour savoir si l'objectif est atteint se nomme l'IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Il consiste à calculer un score, tenant compte de la durée, de la fréquence et de l'intensité des activités pratiquées dans une semaine. Pour atteindre l'objectif du PNNS, le score obtenu doit au moins se positionner au niveau de la classe « activité modérée ».

Selon l'ENNS, 63,2% de la population adulte remplissent cette condition, ce qui signifie que plus d'une personne sur trois ne pratique pas assez d'activités physiques au quotidien. Si nous considérons le pourcentage d'adultes passant plus de trois heures devant un écran (TV, ordinateur...) par jour, il s'élève à 53,3%, avec une différence entre les hommes (58,8% d'entre eux) et les femmes (48,0% d'entre elles). D'après l'INCA 2, la durée moyenne passée devant la télévision est de 150 minutes par jour pour un adulte, sans différence significative entre les hommes et les femmes. Celle-ci se fait par le temps moyen passé derrière un ordinateur par jour qui est de 72 minutes pour un homme et 49 minutes pour une femme.

PRALIMAP dans les lycées lorrains

PRALIMAP (PRomotion de l'ALIMENTation et de l'Activité Physique), programme de santé publique, est un projet en partenariat avec le Conseil Régional de Lorraine, l'assurance Maladie et 24 lycées lorrains qui se sont engagés à promouvoir auprès de leurs élèves l'intérêt d'une alimentation équilibrée et de la pratique d'une activité physique. Trois axes sont privilégiés : l'éducation nutritionnelle, le dépistage et la prise en charge spécifique des élèves à risque d'obésité, les actions sur l'environnement.



Poiplume en Moselle

Poiplume, pour Prévention de l'Obésité Infantile Par L'alimentation Unie au Mieux Être, est un réseau constitué de médecins généralistes, pédiatres, psychologues, diététiciens et professionnels du sport. Ensemble, ils accompagnent des enfants âgés jusqu'à 12 ans dans la prévention et la prise du surpoids et de l'obésité infantile. Le siège de l'association, situé à Metz-Sablons, propose régulièrement des rencontres et des ateliers pour aider les familles à gérer la lutte contre la surcharge pondérale au quotidien. Une lettre trimestrielle est publiée proposant de suivre les aventures d'un petit personnage nommé Poiplume de manière ludique pour les enfants, des recettes, des conseils, des témoignages et présentant les ateliers à venir. À ce jour, plus de 250 enfants bénéficient des compétences multidisciplinaires du réseau Poiplume.

Bilan et perspectives

L'obésité représente l'un des postes de dépenses les plus importants dans les budgets de santé nationaux, de 2% à 7% selon les pays, d'après l'OMS. Ces dépenses comprennent les coûts directs du traitement de l'individu pour l'obésité et les autres pathologies qui y sont liées et les coûts indirects occasionnés par de l'absentéisme au travail ou un décès prématuré. À l'heure actuelle, très peu d'études relatives aux coûts de l'obésité ont été menées, contrairement aux thèmes du tabagisme ou de l'alcoolisme. En France, ces coûts sont estimés entre 1,5% et 4,6% des dépenses de santé. La consommation moyenne de soins et de biens médicaux d'une personne obèse s'élèverait à environ 2500 euros par an, soit le double d'une personne non obèse. Ainsi, les dépenses de santé liées à l'obésité se chiffrent à 2,6 milliards d'euros par an en France.

Quant à la prise en charge de l'obésité, celle-ci est étroitement liée à sa prévention car elle commence par des mesures hygiéno-diététiques. Si elles ne suffisent pas, des interventions chirurgicales peuvent être pratiquées. La pose d'un anneau gastrique pour réduire le volume de l'estomac ou le bypass gastrique qui modifie le parcours digestif et dirige directement les aliments ingérés vers les intestins en évitant l'estomac sont deux techniques utilisées pour réduire l'obésité. Il s'en suit un régime alimentaire bien spécifique et une perte de poids significative.

L'obésité est présente dans les pays développés mais cette pathologie devient petit à petit un problème à l'échelle mondiale. Dans les pays à l'économie montante ou dans les pays les plus pauvres du globe, la sous-nutrition cohabite désormais avec l'obésité. Il est alors difficile de trouver des stratégies applicables, tant financièrement que culturellement et socialement.

Des experts ont prédit l'évolution de l'obésité ces prochaines années. En France, d'ici à 2020, la prévalence de l'obésité devrait atteindre les 20%, soit une personne sur cinq. Aux Etats-Unis, la prévalence, qui est actuellement de 30,6%, est estimée à 42% pour 2050, soit près d'une personne sur deux, et l'espérance de vie moyenne diminuerait de 5 ans par rapport à celle actuelle.

Notes bibliographiques

- ObEpi-Roche 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, INSERM / TNS Healthcare / Roche, 2012
- Evaluation du coût associé à l'obésité en France, Corinne Emery et al, La presse médicale, 2007/06, tome 36, n° 6, cahier 1, pp. 832-840
- Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, Rapport d'une consultation de l'OMS, Série de rapport technique, 894, 2003
- Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Deriot, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) n°8, 5 octobre 2005
- Obésité : le coût de « l'épidémie du siècle », consultable sur : santelavie.com, 4 novembre 2009
- L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, Thibaut de Saint Pol, INSEE Première, n°1123, février 2007
- Etude Individuelle Nationale des Consommations alimentaires 2 (INCA 2) 2006-2007 – Rapport, ANSES (anciennement AFSSA), Septembre 2009
- Etude Nationale Nutrition Santé ENNS 2006 : Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) – Premiers résultats, InVS, 12 décembre 2007.
- Obésité : l'épidémie en marche, Fabrice Impériali, Le journal du CNRS, n°177, octobre 2004
- A Western-like fat diet is sufficient to induce a gradual enhancement in fat mass over generations, Florence Massiera et al, Journal of lipid research, 2010, Volume 51, pp. 2352-2361
- Diet-induced obesity has neuroprotective effects in murine gastric enteric nervous system : involvement of leptin and glial cell line-derived neurotrophic factor, Charlotte Baudry et al, Journal of physiology, février 2012, 590 (3), pp. 533-544
- Baromètre Santé 2005, Ecole de santé publique de Nancy (exploitation ORSAS-Lorraine)
- Rapport au Président de la République, Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité, décembre 2009

Adresses utiles :

- www.mangerbouger.fr
- www.obesite.com
- www.obesite-enfant.com
- <http://premiemorange.com/poiplume/joomla/> (réseau Poiplume)
- www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants (courbes de corpulence pour enfants)
- www.cnao.fr

Humeur :

Les plans nationaux l'ont d'abord suggéré avant que de lui donner une ligne prioritaire, les associations et autres représentants « non professionnels » militent pour son réel développement...mais de quoi s'agit-il ?

De la lutte contre la stigmatisation, en effet, Jean Trémolières, médecin nutritionniste, soulignait que « la société contemporaine crée des obèses, mais ne les supporte pas »...L'obésité, considérée depuis finalement pas si longtemps comme une maladie, est aussi traitée comme une « sociopathie », c'est-à-dire un construit social déviant de la part du sujet incriminé...L'obèse est ainsi confronté à 2 normes circulant dans la société, celles du champ médical et celles du champ corporel...La stigmatisation, y compris dans la dimension inconsciente contenue dans le cadre des mesures et des campagnes de prévention renforce à l'encontre de ces personnes les mécanismes de rejet et de disqualification sociale. Pour les adolescents, la construction du rapport à soi-même passe par le regard de l'autre, pour les adolescents obèses, cette construction en est profondément marquée et rendue « difficile » par les éléments moralisateurs, blessants, omniprésents du discours social et sanitaire.

Alors, certes l'obésité est un vrai enjeu de santé publique, mais comme le démontre Pauline Champion dans son mémoire intitulé « Etre obèse dans un monde du parfait », la stigmatisation, qui dénie à l'obèse d'être vu d'abord comme une personne, mais d'abord comme un « gros », potentialise, notamment pour les jeunes adultes et les adolescents le cercle vicieux du renforcement de l'obésité.

Dans quelle mesure pouvons-nous changer le regard de la société sur les obèses, peut-être en commençant aussi par rappeler qu'on peut être une belle personne.... Quelle que soit l'enveloppe.

BULLETIN DE L'ORSAS-LORRAINE N° 5 - Décembre 2013
OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES EN LORRAINE

Directeur de publication : Professeur Michel BOULANGÉ, Président

Comité de rédaction : Michel BONNEFOY, Directeur -

Majorie MICHEL - Claire VESQUE - Laurent CHAMAGNE, chargé(e)s d'études

Réalisation : Claudine AYMOND - Olivier BENOIT

2 rue du Doyen Jacques Parisot, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, tel : 03-83-67-68-69, fax : 03-83-67-66-98, www.orsas.fr