

Nutrition, Obésité, Activités physiques

*Synthèse documentaire réalisée dans le cadre
de la mise en place des plateformes*

Nutrition, Obésité, Activités physiques

*Synthèse documentaire réalisée
dans le cadre de la mise en place des plateformes*

Les auteurs

*Véronique BOUNAUD
Fanny MOREAU*

Groupe de travail

*Pr Richard MARECHAUD - CHU Poitiers
Dr Xavier FIGUEL - CHU Poitiers
Mme MARCHEIX - ARS Poitou-Charentes
Mme MANIRAKIZA - ARS Poitou-Charentes*

Remerciements

L'ORS remercie pour leurs contributions : Dr ALBERQUE (ARS Poitou-Charentes), Mme ASSOFI (Mairie de Royan), Mme BLANCHON (ARS Poitou-Charentes), Mme CORNILLE (ARS Poitou-Charentes), Mme HUC (Réseau départemental des villes et collectivités actives du PNNS de Charente), Mme LUMINEAU (Logis des Francs), Mme RONGIERAS (ARS Poitou-Charentes), Mme SIMONET (Région Poitou-Charentes), Mme VELTEN (DTPJJ Poitou-Charentes), M. ZAMORA (CECAT).

Sommaire

I. RESUME	5
II. CONTEXTE	8
III. OBJECTIF	8
IV. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	8
V. DEFINITION DES THEMES	9
V.1. Nutrition	9
V.2. Obésité	9
V.3. Dénutrition	10
V.4. Activité physique	10
VI. IMPACTS SUR LA SANTE	12
VI.1. Alimentation	12
VI.2. Obésité	12
VI.3. Activité physique	13
VI.4. Les « nouveaux » domaines de recherche	14
VII. LES DETERMINANTS	15
VII.1. Les déterminants d'une alimentation favorable à la santé	15
VII.1.1. Les déterminants individuels des choix alimentaires	15
VII.1.2. Les déterminants collectifs du comportement alimentaire	15
VII.2. Les déterminants de l'obésité	16
VII.2.1. Les déterminants biologiques	16
VII.2.2. Les déterminants psychologiques ou psychiatriques	17
VII.2.3. Les comportements individuels	17
VII.2.4. Les déterminants socioculturels et économiques	17
VII.2.5. Les facteurs environnementaux	18
VII.2.6. Les déterminants précoces de l'obésité	18
VII.3. Les déterminants de la pratique d'activités physiques	18
VII.3.1. Les facteurs intra-personnels	18
VII.3.2. Les facteurs interpersonnels et sociaux	19
VII.3.3. L'environnement et la société	19
VIII. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE	20
VIII.1. En France	20

VIII.1.1.	Comportements alimentaires	20
VIII.1.2.	Activité physique et sédentarité	23
VIII.1.3.	Obésité	24
VIII.1.4.	Insuffisance pondérale, dénutrition et carences	26
VIII.2.	En Poitou-Charentes	29
VIII.2.1.	Obésité	29
VIII.2.2.	Pratiques et habitudes alimentaires chez les picto-charentais âgés de 11, 13 et 15 ans (enquête HBSC 2007)	30
VIII.2.3.	Troubles du comportement alimentaire	30
VIII.2.4.	Activité physique	30
IX.	LES POLITIQUES NATIONALES, REGIONALES ET LOCALES EN MATIERE DE NUTRITION	32
IX.1.	Le cadre national	32
IX.1.1.	Les objectifs nutritionnels nationaux	32
IX.1.2.	Le Programme national nutrition santé	32
IX.1.3.	Les autres plans de santé publique relatifs à la nutrition	33
IX.1.4.	Sport et santé	34
IX.2.	Les plans et programmes régionaux	35
IX.2.1.	La nutrition dans le Programme régional de santé Poitou-Charentes	35
IX.2.2.	Les priorités du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en matière de promotion de la santé et nutrition (PRAPS nutrition)	36
IX.2.3.	Le Plan Obésité 2010-2013	37
IX.2.4.	Le Plan régional de l'alimentation	37
IX.2.5.	Le Plan Sport Santé Bien-être	37
IX.2.6.	Les actions sports – santé de la Région	38
IX.2.7.	Les actions de la Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse en matière de nutrition	39
IX.3.	Les actions de promotion de la santé financées par l'ARS dans la région en 2012	40
IX.3.1.	Répartition des financements par sous thématiques	40
IX.3.2.	Territoires couverts	41
IX.3.3.	Les opérateurs	41
IX.3.4.	Actions financées dans le cadre de l'appel à projet PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins)	42
IX.4.	Les actions de l'ARS relatives à la dénutrition	42
IX.5.	Les actions du Comité régional olympique et sportif	43
IX.6.	Le rôle des communes et intercommunalités en matière de promotion de la santé liée à la nutrition	43
IX.6.1.	Les « villes actives »	43
IX.6.2.	Ateliers santé ville et Contrats locaux de santé	45
X.	LES RESSOURCES REGIONALES	46
X.1.	Ressources relatives au dépistage des troubles nutritionnels (surpoids, obésité, dénutrition)	46
X.2.	Les professionnels de santé spécialisés en nutrition	46

X.2.1.	Nutritionnistes, endocrinologues, professionnels de la santé mentale	46
X.2.2.	Diététiciens	47
X.2.1.	Masseurs-kinésithérapeutes	48
X.3.	La prise en charge hospitalière de l'obésité	48
X.3.1.	Le centre spécialisé de l'obésité Poitou-Charentes	49
X.3.2.	Les établissements réalisant des interventions de chirurgie bariatrique	50
X.3.3.	Les centres associés par convention au centre spécialisé de l'obésité	50
X.3.4.	Le centre d'écoute, de consultations et d'activités thérapeutiques (CECAT) du Centre hospitalier Henri Laborit	51
X.3.5.	Les réseaux	51
X.3.6.	Les réseaux non formalisés	52
X.3.7.	Les programmes d'éducation thérapeutique autorisés	53
X.3.8.	Les associations de patients	53
X.4.	Les ressources relatives à l'activité sportive	54
XI.	COUT DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE	55
XII.	BIBLIOGRAPHIE	56
XIII.	ANNEXES	59

Table des figures

Figure 1. Exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sport) en fonction de leur intensité	11
Figure 2. Principales complications des obésités et pathologies associées	13
Figure 3. Les grands déterminants du comportement alimentaire	16
Figure 4. Facteurs influençant l'activité physique et l'inactivité : modèle écologique (d'après Booth 2001)	19
Figure 5. Situation nutritionnelle chez les adultes et les enfants selon les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)	21
Figure 6. Alimentation et niveau socioéconomique – Synthèse chez les adultes	22
Figure 7. Alimentation et niveau socioéconomique – Synthèse chez les enfants	23
Figure 8. Temps moyen d'activité physique par jour, selon le contexte, l'âge et le sexe	24
Figure 9. Evolution de la prévalence de l'obésité en France depuis 1997 (%)	25
Figure 10. Distribution des garçons et des filles de 3-17 ans selon la corpulence et l'âge en 2006 (%)	26
Figure 11. Evolution de la prévalence de l'obésité dans la population générale entre 1997 et 2012 (%)	29
Figure 12. Surpoids et obésité des enfants en grande section de maternelle en France entière et en Poitou-Charentes en 1999-2000 et 2005-2006 (%)	29
Figure 13. Profil de consommation des adolescents enrégion et en France	30
Figure 14. Absence d'activité sportive par sexe selon la tranche d'âge en 2010 (%)	31
Figure 15. Répartition des financements par sous-thématiques en 2012	40
Figure 16. Répartition des financements pour des actions Nutrition (milliers d'€) et nombre d'actions par territoires d'intervention en 2012	41
Figure 17. Nombre d'actions et financements par type de structures mettant en œuvre des actions de promotion de la santé liées à la nutrition en 2013	41
Figure 18. Territoires concernés par des actions Nutrition financées dans le cadre de l'appel à projets PRAPS en 2012	42
Figure 19. Localisation des villes actives PNNS, Villes VIF, Villes OMS	44
Figure 20. Communes d'exercice des diététiciens en région en décembre 2012	47
Figure 21. Effectifs et densités de diététiciens en décembre 2012 (100 000 hab.)	47
Figure 22. Effectifs et densités de masseurs-kinésithérapeutes au 1 ^{er} janvier 2013 (pour 100 000 habitants)	48
Figure 23. Offre de soins hospitalière « Obésité » en Poitou-Charentes en 2012	49
Figure 24. Etablissements réalisant des interventions de chir. bariatrique en 2013	50
Figure 25. Programmes d'éducation thérapeutique du patient en surpoids ou obèses autorisés par l'ARS Poitou-Charentes – état au 1 ^{er} novembre 2013	53

I. Résumé

Ce document est réalisé dans le cadre d'une nouvelle gouvernance en matière de planification de la promotion de la santé et de la prévention en santé

(Chapitres II à IV)

Cette synthèse documentaire est commanditée par l'Agence régionale de santé (ARS) pour apporter une connaissance fiable et actualisée en matière de nutrition (alimentation et activité physique) aux membres de la plateforme thématique « Nutrition, Obésité, Activités physiques ». Elaborée en concertation avec les référents Nutrition de l'ARS et des professionnels de santé du CHU de Poitiers, elle s'appuie sur les éléments bibliographiques disponibles et vise à faire un état de la connaissance épidémiologique, des orientations stratégiques nationales et régionales en matière de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge, et à recenser les ressources régionales sur ces thématiques de santé. Cette synthèse doit permettre aux membres réunis dans le cadre de la Plateforme de disposer d'un socle commun afin de contribuer à définir et mettre en œuvre les actions concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé.

La Nutrition au sens du Programme national nutrition santé (PNNS)

(Chapitre V et VI)

Dans ce document, le mot « Nutrition » est compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation et à l'activité physique. Un accent est mis sur l'obésité, ce qui ne doit pas masquer les autres pathologies en lien avec la nutrition : cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, ostéoporose.

Une intrication de déterminants individuels et environnementaux

(Chapitre VII)

Les déterminants d'une nutrition favorable à la santé sont nombreux et relèvent de caractéristiques propres à l'individu (préférences alimentaires, état physiologique, déterminants biologiques, connaissances en nutrition, facteurs psychologiques) et de facteurs socio-culturels, environnementaux et économiques (environnement physique, culture alimentaire, statut social, contraintes budgétaires, médias et messages culturels...).

Une forte influence des conditions socio-économiques sur les comportements alimentaires

(Chapitre VIII.1.1)

Concernant les comportements alimentaires, en France, les repères du PNNS les moins bien observés semblent être la consommation de poissons et de produits laitiers chez les adultes. De plus, moins de la moitié d'entre eux consomment au moins cinq fruits et légumes par jour. Chez les enfants, sont retrouvées de faibles consommations de fruits et légumes et de poissons. La consommation de produits sucrés est trop élevée pour plus de la moitié d'entre eux. La consommation d'eau et la limitation des boissons sucrées ne sont satisfaisantes que pour un quart des enfants. Les consommations alimentaires sont fortement influencées par les conditions socioéconomiques. Ainsi, un état nutritionnel dégradé est retrouvé chez les personnes les plus défavorisées : moins d'apports en fibres et vitamines, plus de carences en zinc et calcium, plus d'apports en protéines et glucides et en sodium.

Une sédentarité importante chez les enfants et adolescents

(Chapitre VIII.1.2)

Concernant l'activité physique, entre 6 et 8 adultes français sur 10 déclarent pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée au moins cinq fois par semaine (données 2005). Les adolescents de 15 - 17 ans sont les plus nombreux à atteindre ce niveau d'activité physique (7 sur 10), tandis que les adolescents de

11 – 14 ans ne sont que 4 sur 10 dans ce cas. Les enfants et adolescents de 3 – 17 ans passent en moyenne plus de 3 heures par jour devant un écran (données 2006).

Des chiffres nationaux qui semblent montrer un ralentissement de l'augmentation de la surcharge pondérale

(Chapitre VIII.1.3)

Le surpoids concerne en 2012 un tiers des adultes français et l'obésité 15 %. Les derniers chiffres disponibles vont dans le sens d'un ralentissement de l'augmentation de l'obésité ces dernières années.

En 2006, un collégien sur 10 est en surcharge pondérale d'après ses déclarations de poids et taille. Le surpoids est beaucoup plus fréquent que l'obésité. La tendance est également à un ralentissement de l'augmentation de la prévalence entre 2002 et 2006.

Au niveau national, des situations de dénutrition et de carences alimentaires, influencées elles-aussi par les conditions socio-économiques

(Chapitre VIII.1.4.)

Toujours en France, la dénutrition touche 5 % des personnes âgées à domicile, 15 à 38 % des personnes âgées en maison de repos et 30 à 70 % en cas d'hospitalisation. Les carences en vitamine D (4 % de la population), fer (13,5 % des femmes non ménopausées) et folates concernent une part non négligeable de la population. Ces carences sont particulièrement élevées chez les personnes en situation de pauvreté.

En Poitou-Charentes, des évolutions de la surcharge pondérale plutôt défavorables pour les enfants et favorables pour les adultes

(Chapitre VIII.2)

Dans la région en 2012, la prévalence de l'obésité chez les 18 ans et plus est légèrement inférieure au niveau national (14 % contre 15 %). Cette prévalence régionale est passée de 9 % en 1997 à 14 % en 2012. L'évolution est moins importante qu'au niveau national. Les dernières tendances régionales montrent une diminution entre 2009 et 2012.

Chez les enfants, l'évolution dans la région est plutôt défavorable entre 1999-2000 et 2005-2006, plaçant la région au-dessus des valeurs nationales. Les dernières données sont attendues pour juillet 2014.

Le surpoids concerne en 2007, 8 % des collégiens et l'obésité 2 %.

Concernant les pratiques alimentaires, en 2010 dans la région, près de la moitié des adolescents de 15 ans déclarent ne pas prendre de petits déjeuners.

Une sédentarité importante des jeunes picto-charentais

(Chapitre VIII.2)

L'absence de pratiques d'activités physiques concerne en Poitou-Charentes comme en France en 2010, 30 % des femmes et 23 % des hommes. Sept jeunes de 15 ans sur 10 ont un niveau de sédentarité supérieur à 20 heures par semaine devant un écran, les filles comme les garçons, et 8 % pratiquent une activité physique conformément aux recommandations, les garçons plus que les filles.

Des plans et programmes nationaux et régionaux et un cadre de référence : le PNNS, qui met l'accent sur la réduction des inégalités sociales de santé liées à la nutrition

(Chapitres IX.1 et 2)

La nutrition est une thématique commune à divers plans et programmes émanant de différents ministères, le cadre de référence étant le PNNS. Le premier volet du PNNS fut élaboré en 2001. Celui actuellement en cours est le 3^{ème}. Il couvre la période 2011-2015 et met l'accent sur la réduction des inégalités sociales de santé en matière de nutrition. Ce

PNNS 3 trouve une déclinaison régionale au travers des objectifs du Programme régional de santé, du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), du Plan Obésité et du Programme régional santé environnement. Un Plan Sport Santé Bien-être mis en œuvre conjointement par la Direction régionale de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale et l'ARS, vise à accroître le recours aux activités physiques et sportives, notamment chez les publics dits « à besoin particuliers » (personnes avançant en âge, personnes en situation de handicap, personnes atteintes de maladies chroniques). La Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts porte le Plan régional de l'alimentation, à l'origine de nombreuses actions en région. Le Ministère de la Justice développe des actions sur la nutrition auprès des jeunes sous main de justice. Enfin, la Région et les départements sont également concernés par cette thématique.

De nombreuses actions de promotion de la santé liées à la nutrition mises en œuvre dans la région

(Chapitre IX.3 à 6)

Parmi les actions financées par l'ARS, un grand nombre sont portées par des centres socioculturels, des établissements scolaires, des associations liées à l'insertion et à l'aide sociale, des structures d'aide alimentaire ou encore des collectivités, notamment dans le cadre de projets locaux de santé (Ateliers santé ville, contrats locaux de santé). D'autres sont coordonnées par des opérateurs régionaux (par exemple l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et la Mutualité sociale agricole (MSA) coordonnent un projet dans les établissements d'accueil des jeunes enfants, en partenariat avec la Caisse d'allocations familiales (CAF) et les services de Protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux, ou encore l'IREPS coordonne un programme d'actions auprès des établissements pénitentiaires.

D'autre part, des labels nationaux ont été créés pour inciter les villes à agir sur la santé de leurs habitants, notamment au travers d'une amélioration des pratiques liées à la nutrition (Villes PNNS, Villes OMS, Villes EPODE). Des collectivités de la région se sont inscrites dans ces démarches.

Des acteurs variés concernés par la prévention et la prise en charge des pathologies en lien avec la nutrition, et une organisation de la prise en charge de l'obésité qui se structure autour du centre spécialisé de l'obésité

(Chapitre X)

Le dépistage et la prise en charge des problématiques de santé liées à la nutrition relèvent d'un grand nombre d'acteurs en région : services de Protection maternelle et infantile, de promotion de la santé en faveur des élèves, médecins généralistes, pédiatres, gériatres, établissements médico-sociaux et centres hospitaliers. Les professionnels de santé spécialisés en nutrition relèvent de compétences variées : nutritionnistes, endocrinologues, professionnels de santé mentale, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes. Ils font actuellement l'objet d'un recensement exhaustif dans la région, dans le cadre de l'organisation de la prise en charge de l'obésité, avec notamment la mise en place du centre spécialisé de l'obésité Poitou-Charentes situé au CHU de Poitiers.

Les problématiques de santé liées à la nutrition sont donc multiples, les comportements liés à la nutrition sont déterminés par de nombreux facteurs. Des acteurs variés sont concernés par ce sujet, tant au niveau de la prévention que de la prise en charge. La nutrition constitue une thématique en lien fort avec un des grands enjeux actuels des politiques de santé qui est la réduction des inégalités sociales de santé.

II. Contexte

Dans le cadre de la réorganisation de la Direction de la santé publique de l'Agence régionale de santé et de la création de plateformes thématiques, l'ORS est chargé de produire des synthèses documentaires sur différents thèmes dont « Nutrition, Obésité, Activités physiques ».

Ces synthèses documentaires s'appuient sur une recherche bibliographique faisant l'objet d'une analyse, puis d'une mise en forme spécifique. La recherche bibliographique cible la définition des thématiques, des enjeux (prise en charge, prévention et économie) et les sources et documents de référence. Ces synthèses documentaires feront l'objet d'une présentation aux membres des plateformes thématiques de l'ARS.

III. Objectif

Objectif général :

Apporter une connaissance fiable et actualisée aux membres de la plateforme thématique

Objectifs spécifiques :

- Définir les termes
- Décrire l'état de la connaissance épidémiologique : prévalence et évolution nationales et régionales, facteurs de risques et facteurs de protection
- Décrire les orientations stratégiques nationales et régionales en matière de prévention et de prise en charge
- Décrire les ressources régionales (prévention et prise en charge)
- Décrire les enjeux économiques

IV. Méthodologie de travail

- Constitution d'un groupe de travail composé des référents nutrition de l'ARS et de l'expert régional sur le thème
- Recueil et analyse de la littérature internationale, nationale et régionale :

La recherche bibliographique a été réalisée en juillet 2013. Cette recherche s'appuyait sur ces principaux mots clés : nutrition, alimentation, dénutrition, carences nutritionnelles, obésité, activité physique, sédentarité. Pour chacun d'eux, des mots clés ont été associés : déterminants, mortalité, coût, prévalence, morbidité, prévention, plans nationaux et régionaux.

Le recueil bibliographique a principalement été fait sur :

- des sites Internet : INPES, INSEE, InVS, OMS, Ministère des affaires sociales et de la santé, DREES, INSERM, INRA, PNNS, ARS Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes.
- des bases de données en ligne : Doc'CISMeF, Pub Med, BDSP, ESPRIT
- Rédaction de la synthèse documentaire
- Présentation des informations lors d'une réunion des membres de la Plateforme

V. Définition des thèmes

V.1. Nutrition

Selon le Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 (1), le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.

Pour le PNNS, la nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique.

L'obésité est la conséquence la plus souvent mise en avant lorsque sont évoqués les problèmes de santé en lien avec la nutrition. Cependant, le problème de l'obésité peut parfois masquer d'autres pathologies à forte incidence, pour lesquelles la nutrition joue un rôle de protection ou de risque de mieux en mieux compris : cancers, maladies cardiovasculaires, ostéoporose ou diabète de type 2.

V.2. Obésité

L'obésité est une des conséquences d'un équilibre défaillant entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique.

L'obésité correspond à une augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme dans une proportion telle qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé.

La mesure de référence internationale actuelle est l'indice de masse corporelle (IMC) égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètres) ($IMC = P/T^2$ en kg/m^2).

- **Adultes**

- l'intervalle de l'IMC associé au moindre risque pour la santé est situé entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 ;
- le surpoids correspond à l'intervalle d'IMC entre 25 et 29,9 kg/m^2 ;
- l'obésité est définie par un $IMC > \text{ou} = 30 \text{ kg/m}^2$ quels que soient l'âge et le sexe :
 - Obésité modérée (type I) : IMC compris entre 30 et 34,9
 - Obésité sévère (type II) : IMC compris entre 35 et 39,9
 - Obésité morbide (type III) : IMC supérieur à 40

- **Enfants et adolescents**

Les seuils recommandés en France en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans, sont ceux définis dans les courbes de corpulence du PNNS 2006-2010. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'International Obesity Task Force (IOTF), groupe de travail de l'OMS.

- | | |
|--|--|
| – $IMC < 3^{\text{e}}$ percentile | Insuffisance pondérale |
| – $3^{\text{e}} \leq IMC < 97^{\text{e}}$ percentile | Corpulence normale |
| – $IMC \geq 97^{\text{e}}$ percentile | Surpoids (incluant l'obésité) |
| – $IMC \geq$ seuil IOTF-30 | Obésité (l'obésité est une forme sévère de surpoids) |

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, la corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à 6 ans, puis croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans s'appelle le rebond d'adiposité. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Il s'agit de l'âge auquel la courbe d'IMC est à son niveau le plus bas. Plus le rebond est précoce (avant 6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé. Une ascension continue de la courbe depuis la naissance, un changement de couloir vers le haut sont aussi des signes associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité (2).

V.3. Dénutrition

La dénutrition est d'installation progressive ou rapide selon les circonstances d'apparition et les pathologies sous-jacentes. Elle est parfois sévère et cliniquement évidente, plus souvent insidieuse voire masquée par la prépondérance du tissu adipeux ou l'existence d'une rétention hydrosodée. Dans tous les cas, elle s'installe en raison d'un déséquilibre entre les besoins de l'organisme et des apports nutritionnels insuffisants quantitativement ou qualitativement. Les carences sont relatives ou absolues et peuvent être la conséquence d'un déficit énergétique, protéique ou en un quelconque macro ou micronutriment.

Une dénutrition aiguë est toujours la conséquence d'une situation pathologique aiguë, médicale, chirurgicale, traumatologique. Elle peut concerner un individu dont l'état nutritionnel antérieur était normal avant l'évènement aigu. Mais elle sera d'autant plus profonde et prolongée que l'état nutritionnel antérieur était altéré, que la maladie est grave et que la prise en charge thérapeutique est retardée ou inadaptée.

Une dénutrition chronique peut s'installer indépendamment de toute pathologie antérieure (conditions socio-économiques, vieillissement, état dépressif) ; le plus souvent, elle accompagne une pathologie chronique (3).

V.4. Activité physique

Tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos est considéré comme de l'activité physique. Ces principales caractéristiques sont l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée.

En fonction du contexte, trois situations principales sont identifiées :

- l'activité physique lors des activités professionnelles ;
- l'activité physique dans le cadre domestique et de la vie courante (par ex. transport) ;
- l'activité physique lors des activités de loisirs (incluant les activités sportives) (4).

Selon l'OMS une activité d'intensité modérée correspond à une activité dont l'intensité est comprise entre 3 et 6 MET (Metabolic Equivalent of Task). Le MET est le niveau de dépense énergétique au repos. Elle peut également être définie comme une activité qui s'accompagne d'une accélération de la respiration (à la limite de l'essoufflement) sans que l'individu ne transpire obligatoirement (4).

Une activité physique d'intensité élevée correspond à une activité d'intensité supérieure à 6 MET, elle demande un effort important, le souffle se raccourcit et la fréquence cardiaque s'accélère considérablement.

Figure 1. Exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sport) en fonction de leur intensité

Intensité	Exemples d'activités	Durée
Faible	Marche lente (4 km/h). Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique. Pétanque, billard, bowling, frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition).	45 minutes
Modérée	Marche rapide (6 km/h). Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg. Danse de salon. Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin.	30 minutes
Elevée	Marche en côte, randonnée en moyenne montagne. Bêcher, déménager. Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash.	20 minutes

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée.

Source : *Activité physique et santé Arguments scientifiques, pistes pratiques-2005 (4)*

Pour avoir accès à des **bénéfices** appréciables pour la santé, il est recommandé actuellement de pratiquer une activité physique d'intensité modérée durant un minimum de 30 minutes par jour.

La sédentarité représente un facteur de risque majeur. Elle est considérée aujourd'hui comme la première cause non transmissible de mortalité dans le monde (5).

Le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle, mais correspond à des occupations spécifiques dont la dépense énergétique est proche de la dépense de repos, telles que regarder la télévision, travailler sur ordinateur, lire... Le temps passé devant un écran (télévision, jeux vidéo, ordinateur...) est actuellement l'indicateur de sédentarité le plus utilisé (4).

VI. Impacts sur la santé

VI.1. Alimentation

Un mauvais comportement alimentaire peut entraîner un affaiblissement de l'immunité, une sensibilité accrue aux maladies, un retard de développement physique et mental et une baisse de productivité (6).

L'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en France (7) :

- Les maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, AVC...)
- Les tumeurs malignes, une consommation excessive en viande rouge et charcuterie augmente le risque de cancer du côlon et du rectum et les boissons alcoolisées augmentent quant à elles le risque de cancer de la bouche, pharynx, larynx, œsophage, côlon-rectum chez l'homme et du sein.
- L'ostéoporose
- Le diabète
- L'hypercholestérolémie.

Une consommation suffisante en fruits et légumes, en aliments riches en glucides complexes ou en fibres, ainsi qu'une limitation de la consommation de certains nutriments comme les acides gras saturés ou les glucides simples, sont souvent considérées comme des facteurs protecteurs associés à une réduction de ces maladies et au maintien d'un poids favorable à la santé (8).

Autre désordre métabolique lié à l'alimentation : la dénutrition. Source de nombreux déficits, la dénutrition a des conséquences fonctionnelles à l'origine de pathologies comme l'ostéoporose, ou la sarcopénie (3).

Par ailleurs, une alimentation suffisante, équilibrée et diversifiée est nécessaire à la croissance, au maintien de l'immunité, à la fertilité (les études épidémiologiques retrouvent une relation dose-effet entre l'indice de masse corporelle et l'hypofertilité masculine) ou encore au vieillissement réussi (performances cognitives, entretien de la masse musculaire, lutte contre les infections...) (9).

VI.2. Obésité

- Il y a trois fois plus d'hypertendus chez les personnes obèses que chez les personnes non obèses. Ainsi, une personne obèse sur trois présente une hypertension artérielle, particulièrement après 45 ans.
- Le risque d'accident vasculaire cérébral est multiplié par deux chez les sujets obèses.
- Une personne obèse a trois fois plus de risque d'être diabétique qu'une personne non obèse. Plus de 80 % des diabètes de type 2 peuvent être attribués à l'obésité.
- Une personne obèse sur quatre souffre d'apnée du sommeil (pauses respiratoires de 5 ou 10 secondes).

Il résulte de l'ensemble des complications et pathologies associées à l'obésité une surmortalité liée au niveau d'indice de masse corporelle. L'obésité réduit, en moyenne, l'espérance de vie de dix années (10).

Figure 2. Principales complications des obésités et pathologies associées

Complications des obésités	Pathologies associées
Métaboliques	Insulinorésistance, diabète type 2, dyslipidémie, hyperuricémie, goutte
Cardio-vasculaires	Insuffisance coronaire, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires, insuffisances cardiaques, altérations de l'hémostase
Respiratoires	Syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation alvéolaire, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance respiratoire
Ostéo-articulaires	Gonarthrose, troubles de la statique, lombalgies, dorsalgies, sciaticques, coxarthrose
Digestives	Lithiase biliaire, stéatose hépatique, reflux gastro-oesophagien
Cancers	Chez l'homme : prostate, colorectal, voies biliaires Chez la femme : utérus (endomètre, col), voies biliaires, ovaires, sein, colorectal
Endocriniennes	Infertilité, dysovulation, hypogonadisme (homme, obésité massive)
Rénales	Protéinurie
Psychosociales	Altération de la qualité de vie, difficultés à se mouvoir, discrimination, stigmatisation, préjudice, perte de chance, mésestime de soi, dépression, conséquences des régimes restrictifs
Autres	Handicap, Lymphœdème, hypertension intracrânienne, incontinence urinaire, Risques opératoires et anesthésiques, complications post-opératoires majorées, hypersudation, mycoses des plis, En cas de grossesse : risque maternel (hypertension artérielle gravidique, diabète gestationnel), risque fœtal (malformation, morbidité), complications obstétricales (prééclampsie, césarienne).

Source : La prise en charge de l'obésité en France - mai 2009 (10)

VI.3. Activité physique

- **Mortalité générale**

La pratique d'une activité physique régulière et une meilleure capacité cardio-respiratoire sont associées à une diminution de la mortalité globale, chez le sujet jeune comme chez le sujet âgé. Une activité physique correspondant à une dépense énergétique de 1 000 kcal par semaine est associée à une diminution de 30 % de la mortalité (4).

- **Maladies cardiovasculaires**

L'activité physique est fortement et inversement associée avec le risque de mortalité par maladies cardiovasculaires et avec le risque d'événements coronariens majeurs. L'activité n'a pas besoin d'être intense pour avoir des effets cardiovasculaires bénéfiques.

Les sujets les moins actifs physiquement sont plus souvent hypertendus et présentent 1,3 fois plus de risques de développer une hypertension artérielle que les sujets les plus actifs.

Les sujets, hommes ou femmes, pratiquant régulièrement une activité physique modérée ont des taux de cholestérol-HDL (bon cholestérol) 20 à 30 % plus élevés que ceux de sujets sains inactifs.

La pratique régulière d'une activité physique en endurance réduit l'agrégation plaquettaire et a un effet antithrombogène (4).

- **Cancers**

Les sujets physiquement actifs ont un risque diminué d'incidence et de mortalité par cancer toutes localisations confondues, chez l'homme comme chez la femme. Les données les plus probantes concernent l'effet bénéfique de l'activité physique vis-à-vis du cancer du côlon, chez l'homme et la femme, et du cancer du sein chez la femme (4).

- **Prise de poids/ obésité**

L'activité physique est un excellent moyen d'augmenter la dépense énergétique quotidienne et contribue, de ce fait, au maintien d'un poids stable.

- **Diabète**

Le risque de développer un diabète de type 2 est trois fois plus élevé chez les hommes ayant une faible capacité cardiorespiratoire par comparaison à ceux qui ont une capacité cardiorespiratoire élevée (4).

- **Vieillesse, ostéoporose**

Une activité physique régulière contribue à réduire, ou à prévenir, certains processus délétères liés à l'avancée en âge, à améliorer la qualité de vie et la capacité fonctionnelle des sujets âgés et à retarder l'entrée dans la dépendance en maintenant leur autonomie. L'exercice physique augmente le capital osseux de l'organisme et entraîne une augmentation de la densité minérale osseuse. Il joue de ce fait un rôle important dans la prévention et le traitement des différents syndromes de perte osseuse dont l'ostéoporose (4).

- **Immunité**

Les défenses immunitaires sont augmentées pour des entraînements physiques modérés en volume et en intensité et diminuées pour des niveaux élevés. On observe ainsi une réduction des infections respiratoires chez les sujets ayant une activité physique régulière et modérée mais une augmentation de celles-ci pour des activités intenses de types compétitifs (4).

- **Effets psychologiques et qualité de vie**

La pratique d'une activité physique régulière est associée à un plus grand bien être psychologique, à une meilleure tolérance aux contraintes de la vie professionnelle et a un effet bénéfique sur le vécu et la réaction aux contraintes psychosociales (4).

VI.4. Les « nouveaux » domaines de recherche

Concernant les liens entre nutrition (alimentation et activités physiques) et santé, la recherche s'est dans un premier temps focalisée sur les problèmes de santé publique précédemment cités, mais elle s'élargit aujourd'hui à d'autres domaines. Des travaux suggèrent l'existence de liens entre la nutrition et certaines maladies inflammatoires auto-immunes, comme la polyarthrite rhumatoïde, ou les maladies intestinales chroniques inflammatoires, ou encore les allergies, la dépression, les troubles du sommeil, le déclin cognitif et la dégénérescence oculaire (DMLA, cataracte) (10).

VII. Les déterminants

VII.1. Les déterminants d'une alimentation favorable à la santé

Certains déterminants sont physiologiques, d'autres liés à l'offre alimentaire, d'autres encore prennent leur source dans les interactions sociales et la tradition culturelle.

VII.1.1. Les déterminants individuels des choix alimentaires

- **L'état physiologique** : la régulation physiologique du comportement alimentaire permet d'adapter les apports aux besoins. Cette régulation porte sur les quantités ingérées et le temps qui sépare deux prises alimentaires. Elle se fait par l'intermédiaire des sensations de faim et de satiété qui résultent de signaux périphériques transmis au cerveau, et plus particulièrement à l'hypothalamus. Au cours d'un repas, la prise alimentaire est contrôlée par le volume d'aliments ingérés, mais pas directement par le contenu énergétique du repas. D'autre part, il est important de noter que la compensation énergétique d'un repas sur l'autre est asymétrique, dans le sens où elle est plus fonctionnelle pour compenser un déficit énergétique que pour compenser un surplus énergétique. Cette dissymétrie explique pourquoi il est plus difficile, en période d'abondance alimentaire, de contrôler la prise pondérale, que de regagner son poids après une période de jeûne. Les mécanismes de la régulation énergétique, principalement endocrines et nerveuses, sont mal connus (11).

D'autre part, le comportement alimentaire est influencé par le développement physiologique au début de la vie, tout comme il est influencé par la dégénérescence entraînée par le vieillissement vers la fin de vie ;

- **Les préférences alimentaires** : elles sont influencées par les signaux sensoriels des aliments. Ces signaux sont multiples et de natures différentes, en particulier tactile, visuelle, auditive, gustative, odorante, irritante (11).
- **Les connaissances en nutrition** (12) ;
- **Les perceptions d'une alimentation saine** : elles sont influencées par les recommandations nutritionnelles en vigueur ainsi que par les interprétations culturelles entourant les aliments et la santé (12) ;
- **Les facteurs psychologiques** : l'estime de soi, l'image corporelle, une tendance aux privations alimentaires sont des facteurs influençant le comportement alimentaire (12). D'autre part, les besoins de soutenir l'humeur, de combler un manque affectif ou de diminuer une tension émotionnelle sont quelquefois comblés par une impulsivité de consommation. Ce comportement peut aboutir à une prise de poids. Un stress permanent peut induire une propension à manger plus mais également une perte de l'appétit. La surconsommation, quand elle existe, se porte prioritairement sur des aliments palatables (agréables au goût, principalement des produits gras et/ou sucrés), susceptibles d'apporter rapidement une récompense qui aura tendance à diminuer le stress (11).

VII.1.2. Les déterminants collectifs du comportement alimentaire

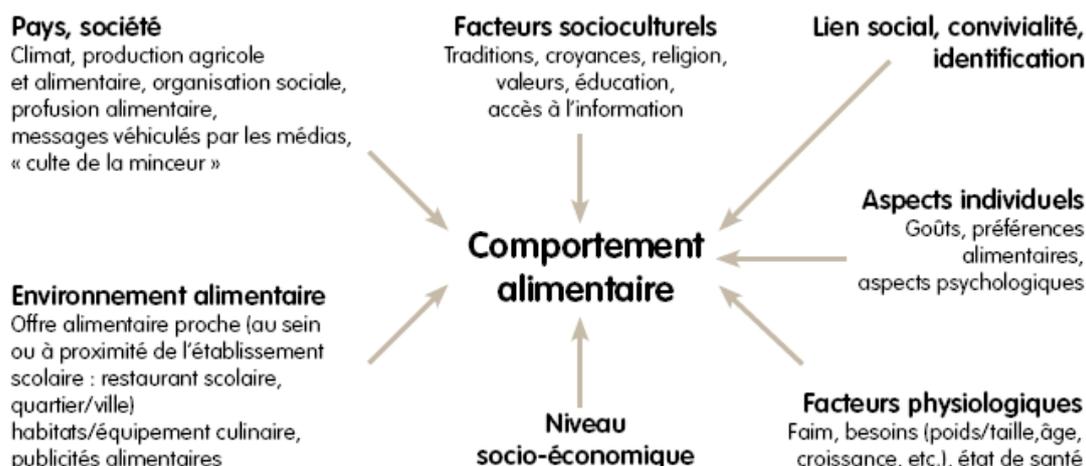
- **L'environnement physique** : il détermine l'accessibilité aux aliments et leur disponibilité. Le lieu d'approvisionnement dépend de ce que le consommateur trouve dans son environnement proche (11)
- **L'environnement économique** : la part du budget des ménages consacrée à l'alimentation est passée de 25 % en 1960 à 15 % en 2007. Cette moyenne recouvre cependant de fortes inégalités, l'alimentation pouvant représenter jusqu'à 50 % du budget des ménages les plus pauvres. De plus, les aliments les plus

denses en calories sont aussi les moins chers. Des travaux basés sur des simulations indiquent que confrontés à la triple contrainte d'absorber suffisamment d'aliments à un coût raisonnable en respectant les normes sociales en matière de goût alimentaire, les ménages les plus pauvres ont tendance à adopter un régime composé d'aliments denses en calories, riches en graisses et sucres ajoutés, et relativement pauvres en micronutriments (11).

- **La culture alimentaire nationale** : les comportements alimentaires sont ancrés socialement et culturellement. En France, l'alimentation reste relativement structurée par rapport à d'autres pays comme le Royaume-Uni ou les Etats-Unis. Ainsi, la prise alimentaire est structurée autour de trois repas pris à heure fixe complétés éventuellement par un goûter (13).
- **Le statut social** (revenu, niveau d'instruction, sexe) **et le milieu culturel**: il existe des différences de structure de la consommation opposant les cadres aux ouvriers. Il existe des disparités économiques et sociales importantes, qui tiennent aux différences de revenus mais aussi à l'hétérogénéité persistantes des normes sociales en matière alimentaire (12).

Tous ces déterminants peuvent structurer les choix alimentaires de façon plus ou moins consciente.

Figure 3. Les grands déterminants du comportement alimentaire



Source : INPES : Les différentes dimensions de l'alimentation (14)

VII.2. Les déterminants de l'obésité

Si les facteurs biologiques, essentiellement génétiques, interviennent dans la genèse de l'obésité, ils n'expliquent pas à eux seuls la progression de la prévalence de l'obésité qui dépend de mutations de l'environnement culturel, physique et socio-économique. Dans la majorité des cas, le développement de l'obésité est la conséquence directe d'un déséquilibre entre un apport alimentaire excessif et des dépenses énergétiques insuffisantes (10).

VII.2.1. Les déterminants biologiques

Il existe une prédisposition génétique à la prise de poids et d'autres facteurs biologiques (des anomalies du tissu adipeux ou des centres de contrôle de la prise alimentaire) peuvent rendre compte de ces différences de susceptibilité individuelle à l'obésité. Plusieurs équipes françaises de l'INSERM et du CNRS ont identifié des gènes impliqués dans la prise de poids, l'obésité sévère et les complications de l'obésité aussi bien dans des populations d'enfants que chez l'adulte. Plus de 400 gènes, marqueurs ou régions chromosomiques associés ont été mis en évidence (15).

VII.2.2. Les déterminants psychologiques ou psychiatriques

La consommation d'aliments provoque une sensation de plaisir en activant, dans le cerveau, le circuit physiologique de la récompense. Cette satisfaction est accentuée lors de la consommation d'aliments palatables, à forte densité énergétique. Des travaux récents, chez l'animal et l'homme obèses, montrent la mise en place de mécanismes proches de l'addiction pour les aliments sucrés (11).

Les relations entre troubles émotionnels et obésité sont néanmoins symétriques. En effet, si les facteurs psychologiques peuvent conduire à l'obésité, cette dernière a également un impact sur l'équilibre psychologique de l'individu. La personne obèse fait souvent l'objet d'une stigmatisation sociale, s'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération durable de l'image de soi.

Par conséquent, les corrélations pouvant jouer dans les deux sens, l'interprétation des liens entre troubles émotionnels et obésité n'est pas aisée. Néanmoins, elles témoignent de la détresse psychologique de beaucoup de personnes obèses. Ainsi, une personne obèse sur quatre souffre d'un trouble mental (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie). De plus, en France, 30 % des personnes obèses souffrent de dépression, contre 5 % en population générale (13).

VII.2.3. Les comportements individuels

- **La sédentarité ;**
- **Le comportement alimentaire ;**
- **Le grignotage ;**
- **La réduction du temps de sommeil :** une restriction répétée du temps de sommeil a des conséquences métaboliques. En effet elle peut entraîner une prise de poids par augmentation de la durée de sécrétion de l'hormone favorisant la faim. Un manque de sommeil conduit également à un comportement de « grignotage » et à une prise alimentaire vers des aliments plus sucrés (13) (16).
- **Les troubles du comportement alimentaire :** ils sont caractérisés par des perturbations physiologiques ou psychologiques de l'appétit ou de la consommation alimentaire. Les plus connus sont la boulimie et l'anorexie. Certains troubles du comportement alimentaire sont associés au développement d'une obésité morbide : l'hyperphagie boulimique¹ et la restriction cognitive² (13).

VII.2.4. Les déterminants socioculturels et économiques

Les contraintes budgétaires orientent les choix alimentaires vers une alimentation de faible densité nutritionnelle et de forte densité énergétique. Ainsi les résultats de l'étude Obépi 2012 (17) montrent que l'obésité est deux fois plus répandue dans les catégories les moins favorisées (16,7 % chez les ouvriers contre 8,7 % chez les cadres supérieurs) (13).

¹ L'hyperphagie boulimique consiste à manger en quantité déraisonnable et hors de contrôle de façon assez fréquente. Contrairement à la boulimie où l'individu se fait vomir pour « évacuer » la prise alimentaire, il n'y a pas de phénomènes de compensation, ce qui contribue à la prise de poids.

² La restriction cognitive se définit comme une intention de contrôler ses apports alimentaires dans le but de maigrir ou de ne pas grossir. Elle suppose donc une double préoccupation, alimentaire et corporelle. Elle se caractérise par un contrôle mental ou cognitif sur le comportement alimentaire par opposition à un contrôle par les facteurs internes et sensoriels, expression de l'homéostasie énergétique et nutritionnelle.

VII.2.5. Les facteurs environnementaux

Les modifications des habitudes de vie liées aux changements de l'environnement contribuent à modifier l'équilibre énergétique au profit de l'augmentation des réserves énergétiques et du poids (18).

- **L'incitation à la consommation** par la publicité, par l'augmentation de la taille des portions et par un accès illimité à la nourriture ;
- **Les modifications nutritionnelles** : la part des graisses dans notre régime alimentaire a fortement augmenté de même que les aliments à haut index glycémique tandis que nous consommons de moins en moins de fibres ;
- **L'impact du développement technologique** a un effet majeur sur la réduction de notre dépense énergétique en encourageant notre sédentarisation.
- **Les « nouveaux » déterminants de l'obésité** : le stress, les polluants et perturbateurs endocriniens et certains médicaments qui contribuent à une prise de poids ou aggravent une surcharge préexistante tel que : l'insuline, les sulfamides hypoglycémiantes, les corticoïdes, les neuroleptiques, les antidépresseurs...(18)(13)

VII.2.6. Les déterminants précoces de l'obésité

- **Un petit poids de naissance** (13) : des relations ont été mises en évidence entre petits poids de naissance et obésité centrale et hyperinsulinisme à l'âge adulte. Il apparaît que la malnutrition fœtale pendant la 2^{ème} et 3^{ème} partie de la gestation est capable de modifier l'expression des gènes par un processus d'épigénétique et conduit à un phénotype d'épargne responsable à l'âge adulte d'effets délétère avec l'apparition d'un syndrome métabolique. De nouvelles études sont encore nécessaires pour confirmer ces hypothèses.
- **Un rebond d'adiposité précoce** (avant 6 ans) (13).

L'alimentation dans la période néonatale semble également impliquée dans l'évolution ultérieure du poids. La première observation d'un effet protecteur de l'allaitement maternel sur l'obésité de l'enfant a été publiée par Kramer en 1981. Depuis, un certain nombre d'études ont été publiées et ont fait l'objet de revues. La méta-analyse d'Arenz et coll. (2004) permet la comparaison entre des enfants ayant été allaités plus de 6 mois et des enfants non allaités ; elle montre un effet protecteur faible, mais certain, de l'allaitement maternel sur l'obésité de l'enfant. Quatre études mettent en évidence un effet dose-réponse de la durée de l'allaitement sur la prévention de l'obésité. Les facteurs impliqués dans cet effet protecteur semblent multiples et sont encore sujets de discussion : meilleur apprentissage de la satiété par l'allaitement, rôle de la composition du lait maternel (contenu en protéines, nature des acides gras, leptine), moindre insulino-sécrétion après allaitement...(19)

VII.3. Les déterminants de la pratique d'activités physiques

VII.3.1. Les facteurs intra-personnels

- **Le sexe et l'âge** : l'activité physique est plus importante chez l'homme que chez la femme et décroît avec l'âge, de façon plus nette chez cette dernière ;
- **Les facteurs psychologiques** qui sont représentés par la confiance des individus en leurs capacités à réaliser une activité physique, à rechercher le soutien et les moyens pour y parvenir, à surmonter les obstacles, ainsi qu'aux bénéfices perçus ;
- **Le vécu et les croyances** : le plaisir associé à l'activité physique pendant l'enfance et l'adolescence est un bon prédicteur du niveau de pratique du futur adulte (4).

VII.3.2. Les facteurs interpersonnels et sociaux

Famille, amis, collègues, professionnels de santé et de façon plus large l'entourage social peuvent influencer la pratique par leurs attitudes (positive ou négative), leur rôle de modèle ou plus directement par des incitations à la pratique voire par la participation conjointe aux activités (4).

VII.3.3. L'environnement et la société

- **Disponibilité, accessibilité** aux équipements ;
- **Infrastructures physiques ou environnementales** qui favorisent l'adoption ou le maintien d'une habitude de vie : un degré d'urbanisation élevé, une sécurité piétonnière élevée (un faible taux de criminalité, une faible circulation automobile, des trottoirs et un éclairage adéquats) ;
- **Structure sociale et politiques publiques** : temps minimum accordé à l'éducation physique dans le programme d'éducation ;
- **Médias et messages culturels** : campagnes de promotion et normes sociales quant à la pratique régulière d'activités physiques (20) ;
- **Niveau socio-économique** : l'influence d'un niveau socio-économique bas est multifactorielle : moindre connaissance des bénéfices de l'exercice du fait d'un niveau d'éducation moins élevé, ressources financières moindres limitant l'accès aux équipements mais aussi environnements vécus comme moins sécuritaires (violence urbaine, trafic routier) (4).

Figure 4. Facteurs influençant l'activité physique et l'inactivité : modèle écologique (d'après Booth 2001)



Source : *Activité physique et santé Arguments scientifiques, pistes pratiques 2005 (4)*

VIII. La situation épidémiologique

VIII.1. En France

Fardeau global des maladies (FGM) liées à la nutrition, l'obésité et l'activité physique en France

En France, selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), l'alimentation serait, en 2010, responsable de 10 % des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALYs³), la sédentarité de près de 4 % et le surpoids et l'obésité de près de 7 %. Les glycémies élevées sont, pour leur part, responsables de 3 % des années de vie perdues tandis que le cholestérol compte pour 2,5 %. Les déficits en zinc et en fer sont pour leur part responsables de 0,01 % et de 0,2 % des années de vies perdues en bonne santé.

Ainsi, la part des années de vie perdues en bonne santé du fait d'une alimentation défavorable à la santé serait supérieure à celle attribuable au tabagisme (un peu plus de 9 %).

Si la part des DALYs attribuables à l'inactivité physique varie dans un rapport de 1 à 5 avec l'avancée en âge des individus (de 0,7 % entre 25 et 29 ans jusqu'à environ 5 % après 60 ans), celle relative à l'alimentation croît plus fortement encore avec l'âge des individus. Ainsi, entre 25 et 29 ans l'alimentation défavorable à la santé contribue pour 1,5 % à l'ensemble des années de vie perdues en bonne santé, tandis que cette proportion atteint 15 % au-delà de 75 ans. Enfin, le surpoids et l'obésité contribuent pour 1,5 % aux DALYs entre 25 et 29 ans, pour atteindre une contribution maximale de près de 10 % entre 75 et 79 ans.

Selon le sexe, la part des années de vie perdues en bonne santé pour les risques alimentation, surpoids et obésité et inactivité physique varie relativement peu. Pour l'inactivité physique, cette part est de 3,5 % chez les hommes et de 4 % chez les femmes. Pour l'alimentation, elle est de 12 % chez les hommes et de près de 8 % chez les femmes. Enfin, pour le surpoids et l'obésité, cette part attribuable est de 7,5 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes.

Ces indicateurs sont issus du Global Burden of Diseases 2010 (GBD 2010) publié par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington. Les résultats présentés concernent la France et combinent les années de vie perdues du fait de la mortalité et les années de vie perdues en bonne santé du fait des maladies. L'ORS est actuellement en train de travailler sur des estimations régionales des poids des facteurs de risques liés à l'alimentation, la sédentarité et le surpoids et l'obésité à partir de ces résultats.

*<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>
(site visité le 25 novembre 2013)*

VIII.1.1. Comportements alimentaires

VIII.1.1.1. En population générale

L'étude nationale nutrition santé (ENNS) (8) a fourni pour 2006-2007, des données descriptives déclaratives sur l'alimentation, l'activité physique et les marqueurs de l'état nutritionnel d'un échantillon national de la population vivant en France métropolitaine.

³ Somme des années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie productives perdues en raison d'incapacités (Définition Organisation mondiale de la santé)

Figure 5. Situation nutritionnelle chez les adultes et les enfants selon les repères du programme national nutrition santé (PNNS)

Repère du PNNS	Indicateur retenu pour l'étude PNNS	Adultes	Hommes	Femmes	Enfants
Fruits et légumes « Au moins 5 par jour »	% sujets consommant l'équivalent de 5 portions de fruits ou légumes/jour ou plus	42,8 [40,3-45,3]	42,5 [38,5-46,5]	43,1 [40,1-46,2]	19,7 [17,3-22,0]
Pain, céréales, pommes de terre, légumes secs « A chaque repas et selon l'appétit »	% de sujets consommant l'équivalent de [3-6] portions de ces aliments/jour	49,1 [46,5-51,6]	60,1 [56,0-64,1]	38 [35,1-41,0]	33,1 [30,2-35,9]
Lait et produits laitiers Enfants : « 3 à 4 par jour » 18-54 ans : « 3 par jour » 55-74 ans : 3 à 4 par jour »	% d'enfants consommant l'équivalent de (2,5 – 4,5 portions de lait/jour % de sujets de 18-54 ans consommant l'équivalent de [2,5-3,5] portions/jour et de sujets de 55-74 ans consommant [2,5-4,5] portions/jour	29,0 [26,7-31,3]	31,1 [27,2-34,7]	27,0 [24,3-29,7]	42,7 [39,6-45,8]
Viandes, volailles, produits de la pêche, œufs « 1 à 2 fois par jour »	% de sujets consommant l'équivalent de [1-2] portions de ces aliments/jour	52,4 [49,8-54,9]	51,1 [47,0-55,3]	53,6 [50,5-56,7]	46,8 [43,7-50,0]
Poissons « au moins 2 fois par semaine »	% de sujets consommant l'équivalent de deux portions/semaine	30,2 [27,9-32,4]	28,0 [24,4-31,5]	32,4 [29,5-35,2]	28,2 [25,3-31,0]
Matières grasses ajoutées « Limiter la consommation »	% de sujets consommant au moins 16 % de l'AESA en matières grasses ajoutées	90,8 [89,4-92,1]	92,8 [91,0-94,7]	88,7 [86,8-90,6]	97,0 [95,8-98,2]
« Privilégier les matières grasses végétales »	Part moyenne des matières grasses ajoutées d'origine végétale	52,5 [50,8-54,3]	49,6 [46,9-52,4]	55,4 [53,3-57,5]	43,1 [40,8-45,4]
Produits sucrés « Limiter la consommation »	% de sujets consommant moins de 12,5 % de l'AESA en glucides simples totaux (issus des produits sucrés)	73,9 [71,5-76,3]	73,4 [69,6-77,1]	74,4 [71,4-77,3]	44,8 [41,7-47,9]
Boissons « De l'eau à volonté » « Limiter les boissons sucrées »	% de sujets consommant plus de 1 litre d'eau (ou son équivalent) et moins de 250 ml (125 ml pour les enfants) de boissons sucrées	69,4 [66,9-71,9]	67,1 [63,2-71,1]	71,7 [68,7-74,7]	23,9 [21,4-26,4]
« Ne pas dépasser par jour 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes »	% de femmes consommant moins de 20 g d'alcool/jour et d'hommes consommant moins de 30 g d'alcool/jour chez ceux qui en consomment	83,4 [81,1-85,7]	76,8 [73,0-80,6]	91,5 [89,6-93,3]	
Sel « Limiter la consommation »	% de sujets consommant moins de 8 g de sel/jour	53,5 [50,9-56,1]	33,5 [29,5-37,4]	73,6 [71,0-76,2]	77,0 [74,5-79,6]

AESA : Apport énergétique sans alcool

Source : Etude nationale nutrition santé (ENNS) 2006 (8); Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Les critères les moins bien observés semblaient être pour les adultes la consommation de produits laitiers et de poissons avec seulement un tiers des adultes répondant aux critères du PNNS. Moins de la moitié des adultes consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour. Les femmes semblaient mieux limiter leur consommation en sel (74 %) que les hommes (33 %).

Chez les enfants on retrouvait également une faible consommation de poisson (28 %), mais aussi de fruits et légumes avec seulement 20 % des enfants consommant au moins 5 portions par jour. A l'inverse la consommation en produits sucrés était trop élevée par rapport aux recommandations du PNNS, pour plus de la moitié des enfants.

La consommation en eau et la limitation en boissons sucrées n'était satisfaisante que chez 24 % des enfants seulement.

VIII.1.1.2. Les spécificités liées à des conditions socio-économiques défavorables

Chez les adultes (voir figure 6), quelle que soit la mesure utilisée (catégorie socioprofessionnelle, niveau d'étude, revenus, richesse matérielle, etc.), les individus de milieux modestes consomment moins de fruits et de légumes. Pour les autres familles d'aliments, les résultats ne vont pas toujours dans le même sens et cela tient essentiellement au choix de regroupement des aliments car c'est davantage le choix des aliments au sein d'une famille d'aliments qui varie en fonction du niveau de vie. Les individus de milieu modeste consomment plus de pâtes et pommes de terre et moins de céréales complètes ; ils consomment davantage de viandes grasses, charcuterie et abats, mais moins de viandes maigres ; ils consomment davantage de lait mais moins de yaourts et de fromages, et globalement moins de glaces, pâtisseries et confiseries mais plus de crèmes dessert et de sodas.

Les différences de consommation observées au niveau des aliments se répercutent sur les apports nutritionnels : de plus faibles consommations de fruits et légumes et de céréales complètes entraînent des apports en fibres et vitamines moins élevés chez ceux de niveaux socio-économiques plus bas, de plus fortes consommations de viandes et boissons sucrées se traduisent par des apports en protéines et glucides plus importants (21).

Figure 6. Alimentation et niveau socioéconomique – Synthèse chez les adultes

	Niveau socioéconomique bas	Niveau socioéconomique élevé
Féculents	Pain, pommes de terre, pâtes	Pain complet, céréales complètes
Viande, volaille, oeufs	Viandes grasses, frites, en conserve, charcuterie, abats	Viandes maigres
Poisson	Poissons panés, en conserve, frits	Poissons/crustacés
Produits laitiers	Lait entier	Produits laitiers frais, allégés, fromages
Fruits et légumes		Fruits et légumes frais, surgelés, jus de fruits et légumes
Graisses	Huile de tournesol	Huile d'olive
Aliments sucrés/gras	Crèmes dessert	Glaces, pâtisseries, gâteaux, confiseries, céréales petit déjeuner
Boissons	Sodas	Eaux minérales Boissons alcoolisées
Nutriments	Protéines animales Glucides	Protéines végétales Fibres Vitamine C, folates, beta-carotène Calcium, fer, iode
Autres	Fast-food	Consommations hors domicile Produits préparés/plats préparés Alimentation « prudente »

Source : ANSES (21)

Chez les enfants et adolescents, ce sur quoi s'accorde la littérature est que les enfants de foyers modestes consomment moins de fruits et légumes, de produits laitiers et de poisson (figure 7). Pour les autres familles d'aliments, les résultats ne vont pas toujours dans le même sens et cela tient essentiellement au choix de regroupement des aliments qui varie en fonction du niveau de vie : ce choix peut ainsi masquer les différences de consommation. Les enfants de foyer modeste consomment plus de pâtes et pommes de terre mais moins des autres céréales ; ils consomment davantage de charcuterie et abats mais moins d'œufs ; ils consomment globalement moins de produits gras/sucrés (pâtisseries, gâteaux, confiseries, etc.) mais plus de sodas et boissons sucrées.

Les différences de consommation observées au niveau des aliments se répercutent sur les apports nutritionnels : de plus faibles consommations de fruits et légumes notamment entraînent des apports en fibres et vitamines moins importants, de plus faibles consommations de produits laitiers entraînent des carences en zinc et calcium ; alors que de plus fortes consommations de charcuterie, snacks et produits préparés se traduisent pas des apports en sodium plus élevés et celles de boissons sucrées par des apports en

glucides plus élevés. D'un point de vue du comportement alimentaire, les enfants de foyers modestes prennent moins souvent un petit-déjeuner. L'étude INCA 2 montre que le nombre de prises alimentaires par jour chez les enfants et les adolescents diminue avec le niveau socio-économique (moins de petits-déjeuners et moins de déjeuners) (22).

Figure 7. Alimentation et niveau socioéconomique – Synthèse chez les enfants

	Niveau socioéconomique bas	Niveau socioéconomique élevé
Féculents	Pommes de terre, pâtes	Céréales
Viande, volaille, oeufs	Charcuterie, abats	Œufs
Poisson		Poissons/crustacés
Produits laitiers		Produits laitiers frais
Fruits et légumes		Fruits et légumes frais, jus de fruits et légumes
Graisses	Graisses	
Aliments sucrés/gras		Pâtisseries, gâteaux, confiseries, chocolat
Boissons	Sodas, boissons sucrées	
Nutriments	Glucides, Protéines Vitamine E, B9 Sodium	Fibres Vitamine A, B6, beta-carotène Zinc, Calcium, Magnésium
Autres	Plats préparés Sandwichs Snacks	Petit-déjeuner

Source : ANSES (21)

D'un point de vue général, les parents donnent la priorité à l'alimentation de leurs enfants. La relation entre l'alimentation et le niveau socioéconomique est donc moins souvent nette chez l'enfant que chez l'adulte ; le niveau de revenu peut alors paraître moins déterminant que le niveau d'étude.

Les hypothèses développées sur la base d'une revue de la littérature concernant le lien entre « classe sociale » et qualité de l'alimentation sont les suivantes :

- le coût de l'alimentation car les aliments à haute valeur nutritionnelle (faible densité énergétique, forte densité nutritionnelle) sont aussi les plus chers
- l'environnement/ l'accès à l'alimentation car les choix alimentaires dépendent également de la disponibilité et l'accessibilité aux aliments
- l'éducation et les connaissances concernant la nutrition, la cuisine, etc. car elles conditionnent les consommations
- la culture et les habitudes alimentaires, pour les mêmes raisons.

VIII.1.2. Activité physique et sédentarité

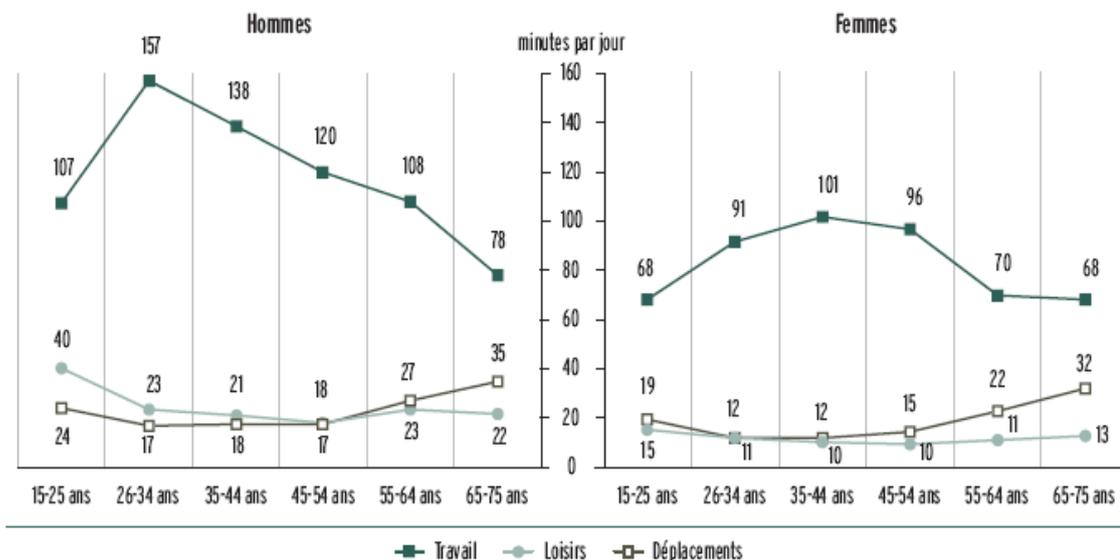
VIII.1.2.1. Adultes

Selon les enquêtes déclaratives en population générale réalisées depuis 2005, entre 6 et 8 adultes sur 10, hommes ou femmes, pratiquaient l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée au moins cinq fois par semaine⁴. Ils étaient globalement entre 3 et 5 sur 10 à pratiquer une activité physique de niveau « élevé » (23).

⁴ Repère du PNNS : pratiquer au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour pour les adultes (au moins 1 heure pour les enfants et les adolescents)

Lors d'une semaine habituelle, la moitié des français âgés de 15 à 75 ans (51 %) déclaraient pratiquer une activité physique pendant leurs loisirs, 56 % pour se déplacer et 58 % au travail. Dans l'ensemble, les hommes étaient plus actifs que les femmes quel que soit l'âge. Il faut souligner que les étudiants avaient une probabilité plus faible que ceux qui travaillaient de pratiquer une activité physique favorable à la santé.

Figure 8. Temps moyen d'activité physique par jour, selon le contexte, l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé nutrition 2008 (5)

VIII.1.2.2. Enfants et adolescents

Selon l'ENNS 2006 (8) (données déclaratives), les enfants de 3-10 ans étaient un tiers à avoir pratiqué, chaque jour d'école, des jeux en plein air la semaine précédant la passation du questionnaire. Selon les données recueillies, 39 % des adolescents de 11-14 ans et 71 % des adolescents de 15-17 ans pratiquaient l'équivalent d'au moins 30 minutes par jour d'une activité physique modérée au moins 5 jours par semaine. Les garçons avaient globalement un niveau d'activité physique un peu plus élevé que les filles.

En moyenne, les enfants de 3-17 ans passaient plus de trois heures par jour devant un écran (télévision, ordinateur) quel que soit le type de jour (école, peu ou pas d'école). Les jours avec peu ou pas d'école, le temps devant un écran était pratiquement le double de celui relevé les jours avec école. Ces temps moyens augmentaient avec l'âge des enfants interrogés, chez les garçons comme chez les filles. Dans les tranches d'âge les plus élevées, la contribution de l'ordinateur augmentait le temps passé à des activités sédentaires.

VIII.1.3. Obésité

VIII.1.3.1. Adultes

Selon l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, Obépi 2012 (17) (données déclaratives), 32 % des français adultes de 18 ans et plus, vivant en métropole, étaient en surpoids et 15 % présentaient une obésité.

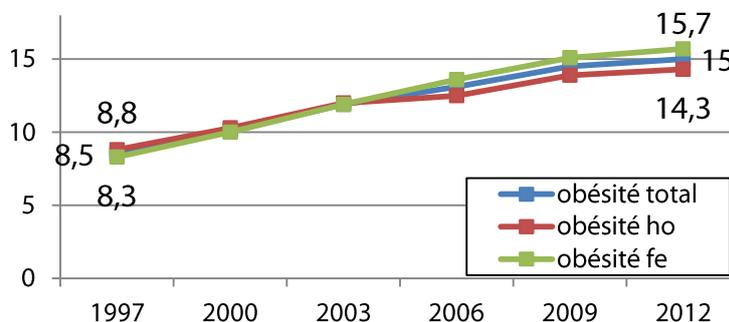
Le nombre de personnes adultes obèses étaient estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.

La prévalence de l'obésité, chez les 18 ans et plus en France métropolitaine, était inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération (17 % en zone rurale et 16 % dans les villes de 2 000 à 20 000 habitants) et au niveau d'instruction et de revenu du foyer. Elle était plus élevée chez les femmes (16 %) que chez les hommes (14 %) et augmentait avec l'âge jusqu'à 65 ans (18 %) puis diminuait.

La prévalence de l'obésité était de 14,5 % en 2009 et de 15 % en 2012. Cette différence n'était pas statistiquement significative, elle correspond à une augmentation relative de

3,4 % du nombre de personnes obèses au cours des trois dernières années. Elle est significativement inférieure aux années précédentes : + 18,8 % entre 1997-2000, + 17,8 % entre 2000 et 2003 ; + 10,1 % entre 2003 et 2006 et + 10,7 % entre 2006 et 2009.

Figure 9. Evolution de la prévalence de l'obésité en France depuis 1997 (%)



Source : Obépi 2012 (24) ; Exploitation ORS Poitou-Charentes

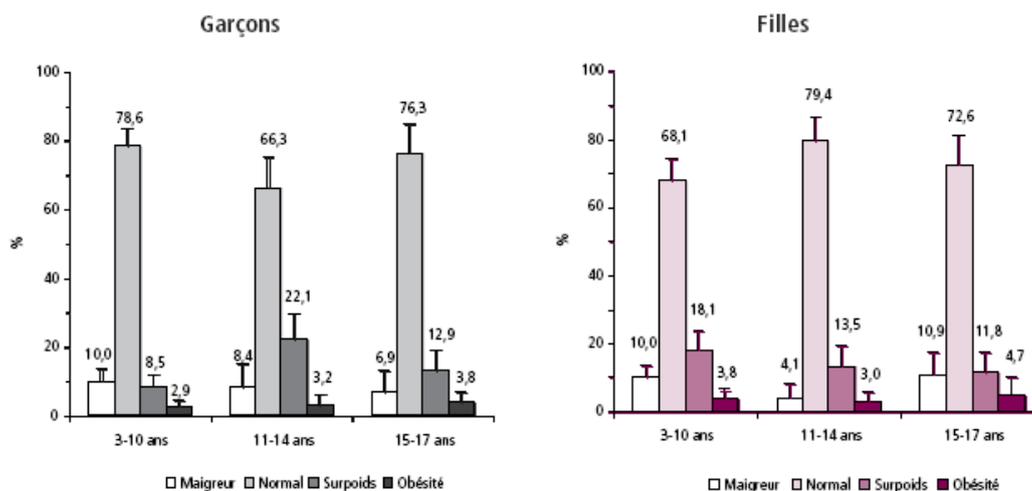
VIII.1.3.2. Enfants et adolescents

D'après l'enquête HBSC (données déclaratives) 2007, le surpoids concernait 8,7 % des collégiens et l'obésité 1,6 %. Les filles sont plus souvent en surcharge pondérale (surpoids et obésité confondus) que les garçons (8 % contre 11 %). Des différences entre les sexes étaient observées : chez les garçons, la surcharge pondérale a tendance à augmenter (passant de 10,2 % à 13,5 % entre 11 et 15 ans) et à l'inverse à diminuer chez les filles (11,0 % à 11 ans contre 8,1 % à 15 ans) (25).

Selon l'étude ENNS 2006 (8) (données mesurées), chez les enfants de 3-17 ans la prévalence du surpoids incluant l'obésité était estimée à 18 %. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses. Les filles avaient une prévalence de surpoids supérieure à celle des garçons uniquement chez les enfants de 3-10 ans.

L'enquête nationale sur la santé des élèves de CM2, conduite en 2007-2008 par la DREES, confirme la stabilisation des prévalences de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) observée depuis 2002. 19 % des enfants présentaient une surcharge pondérale dont 4 % une obésité. Cette enquête confirme le poids de l'origine sociale de l'enfant. Ainsi, en 2008, 10 % des enfants dont l'un des parents est cadre étaient en surcharge pondérale, contre 25 % des enfants d'ouvriers. Les élèves des écoles relevant de l'éducation prioritaire étaient plus fréquemment en surcharge pondérale que les autres : 26 % contre 18 % ; et la proportion d'enfants obèses y était deux fois plus élevée : 7 % contre 4 % (26).

Figure 10. Distribution des garçons et des filles de 3-17 ans selon la corpulence et l'âge en 2006 (%)



Source : Etude nationale nutrition santé, ENNS 2006 (8)

VIII.1.4. Insuffisance pondérale, dénutrition et carences

VIII.1.4.1. Insuffisance pondérale

Chez les jeunes, 10 % des enfants de 3 à 10 ans, quel que soit leur sexe, présentaient un IMC < 3^e percentile (zone d'insuffisance pondérale) selon l'étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006 (données mesurées) (8).

Selon la même étude, respectivement 4 % des filles de 11-14 ans et les 8 % des garçons du même âge étaient en zone d'insuffisance pondérale ainsi que 11 % des filles de 15-17 ans et 7 % des garçons du même âge.

VIII.1.4.2. Dénutrition

La dénutrition touche les populations souffrant de maladies aiguës ou chroniques, les individus en situation économique précaire, les adolescents et jeunes adultes atteints de troubles alimentaires et surtout les personnes âgées (27).

En France, la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées est de 5 % parmi ceux qui vivent à domicile. Cette prévalence atteint 15 à 38 % parmi ceux qui vivent en maison de repos et 30 à 70 % en cas d'hospitalisation gériatrique (28).

À l'hôpital, 10 à 15 % des enfants présentent un indice nutritionnel compatible avec une dénutrition (29).

Etude du Pr Hankard, « Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante » (29)

Cette étude s'appuie sur le constat que l'interprétation des variations de poids est rarement notée dans le carnet de santé ou dossier médical dans la pratique quotidienne. Or il est rappelé que la dénutrition allonge la durée d'hospitalisation de 45 %, constitue un facteur d'aggravation de la pathologie causale et de la survenue de complications et qu'en France la dénutrition de l'enfant, en milieu hospitalier, n'est prise en charge que dans un tiers des cas. Ainsi le Comité de nutrition de la Société française de Pédiatrie (SFP) recommande de peser et mesurer tout enfant quel que soit le contexte de visite ou d'hospitalisation et de calculer et interpréter l'indice de masse corporelle (IMC) en fonction des courbes de références figurant dans le carnet de santé. Pour tout IMC < 3^e percentile pour l'âge et le sexe, il est recommandé d'examiner l'enfant à la recherche de signes cliniques de dénutrition et de tracer l'évolution de la croissance staturo-pondérale.

VIII.1.4.3. Rachitisme carenciel, carence en vitamine D

Le rachitisme est un défaut de minéralisation résultant d'une carence en dérivé actif de la vitamine D. La supplémentation en vitamine D des laits pour nourrissons, l'augmentation de l'exposition au soleil et les apports accrus en calcium contribuent à diminuer nettement la prévalence de cette carence (23).

Selon l'étude nationale nutrition santé en 2006, dans la population des adultes de 18-74 ans, la prévalence des déficiences sévères en vitamine D (< 5 ng/ml) était quasi nulle. La déficience modérée en vitamine D (< 10 ng/ml) était estimée à 4 % dans la population, sans différence selon le sexe ni l'âge. Le risque de déficit (entre 10 et 20 ng/ml) concernait quant à lui un tiers des adultes (8).

VIII.1.4.4. Déficience en iode

La déficience en iode est responsable de pathologies telles que le goitre ou le retard mental lorsqu'elle survient *in utero* ou pendant l'enfance.

D'après les résultats de l'ENNS 2006, en France la population bénéficiait d'un statut nutritionnel en iode adéquat selon les critères de l'OMS (médiane d'iodurie >100 µg/l, 20^e percentile > 50 µg/l), malgré la proportion modérée de foyers déclarant utiliser du sel iodé (un peu moins de la moitié des foyers) (23).

VIII.1.4.5. Anémie et carence en fer

Selon l'OMS, la carence en fer est un des problèmes nutritionnels les plus fréquents y compris dans les pays développés. En raison des pertes liées aux menstruations, les femmes non ménopausées sont celles qui ont les besoins en fer les plus élevés. Chez les femmes enceintes, les besoins en fer sont également plus importants, ce qui implique généralement de recourir à une supplémentation. En France, en 2006-2007 (ENNS 2006), 13,5 % des femmes non ménopausées présentaient une déplétion totale des réserves en fer et 3 % une anémie ferriprive. Ces fréquences sont plus élevées que celles observées chez les femmes ménopausées. Avec 11,5 mg par jour en moyenne, les apports alimentaires en fer apparaissent cependant insuffisants au regard des apports nutritionnels conseillés chez les femmes non ménopausées (23).

VIII.1.4.6. Déficit en folates

Un faible niveau en vitamine B9 (folates) chez la femme avant et au début de la grossesse est un facteur de risque, chez le nouveau-né, d'anomalies neurologiques, comme l'anomalie de fermeture du tube neural.

D'après l'ENNS réalisée en 2006, 7 % des femmes en âge de procréer présentaient un risque de déficit en folates plasmatiques (folates plasmatiques < 3 ng/ml), ce risque étant associé à une moindre consommation de fruits et légumes (8) (23).

L'alimentation des personnes en situation de grande précarité

L'étude ABENA (Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire) (30), réalisée en 2011-2012, a montré qu'une part importante des usagers de l'aide alimentaire mangeait un nombre restreint de fois au cours d'une journée : 40 % des usagers déclaraient moins de trois prises alimentaires la veille de l'enquête. Les fréquences de consommation pour certains groupes d'aliments (fruits et légumes, produits laitiers et produits de la pêche notamment) étaient très éloignées des recommandations nutritionnelles et inférieures à celles observées en population générale. Ainsi, seuls 7 % des usagers déclaraient consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus. Pour les produits laitiers, 15 % des usagers en consommaient trois fois par jour. Un quart des personnes interrogées déclarait avoir consommé des boissons sucrées quotidiennement au cours des douze derniers mois.

Par ailleurs, la prévalence de l'anémie était élevée par rapport à la population générale. Ainsi, l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer était de 8 % en 2011-2012 contre 3 % en population générale (ENNS 2006). La prévalence des déficits en vitamine D (<10 ng/ml) était également élevée (46 % contre 4 % dans ENNS 2006), le déficit en folates quant à lui concernait 27 % des usagers de l'aide alimentaire.

L'étude ABENA montre une prévalence de l'obésité chez les usagers de l'aide alimentaire de 29 %. Chez les femmes, elle était particulièrement élevée (35 %) et avait

significativement augmenté depuis 2004-2005. Chez les hommes, la prévalence était moindre (18 %).

L'alimentation des personnes en situation de précarité présente donc des spécificités, dont des facteurs explicatifs ont pu être mis en avant dans la littérature (11) :

- L'isolement et la déstructuration sociale qui ne permettent pas à l'alimentation d'assurer son rôle structurant des rythmes quotidiens et de convivialité ;
- Les limites économiques ;
- La moindre importance accordée au levier santé ;
- Un manque d'estime de soi et de projections dans l'avenir : les personnes en difficultés économiques et sociales ne se sentent souvent pas capables de réaliser les modifications attendues pour aller vers un meilleur comportement alimentaire, qui de ce fait est rejeté. Cet obstacle souvent négligé contribue au rejet observé vis-à-vis des campagnes médiatiques qui prônent des comportements trop éloignés de leurs habitudes. Les personnes ont aussi une difficulté à se projeter vers l'avenir en raison des difficultés immédiates de la vie. La relation avec la santé est vue au travers de la maladie, comme une fatalité sur laquelle le comportement individuel a peu de prise ;
- Une plus forte exposition et sensibilité à la publicité. La télévision est beaucoup plus regardée, notamment par les enfants. La pression est d'autant plus importante que les produits vantés par la publicité (boissons sucrées, produits gras) représentent la possibilité d'un accès à la société de consommation.

VIII.2. En Poitou-Charentes

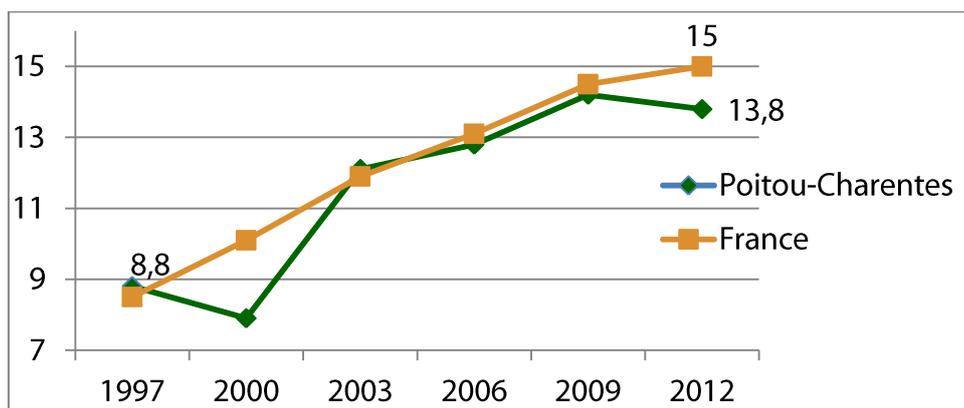
VIII.2.1. Obésité

VIII.2.1.1. Adultes

L'enquête ObÉpi-Roche 2012 (données déclaratives), montre que le Poitou-Charentes avec 14 % d'obèses fait partie des régions françaises pour lesquelles la prévalence de l'obésité, chez les 18 ans et plus, est inférieure à la moyenne nationale (15 %).

Dans la région, la prévalence de l'obésité chez les 18 ans et plus est passée de 9 % en 1997 à 14 % en 2012, soit une évolution de 57 % (76 % au niveau national) (17).

Figure 11. Evolution de la prévalence de l'obésité dans la population générale entre 1997 et 2012 (%)



Source : Obépi 2012 (17) ; Exploitation ORS Poitou-Charentes

VIII.2.1.2. Surpoids et obésité chez les enfants et adolescents

Figure 12. Surpoids et obésité des enfants en grande section de maternelle en France entière et en Poitou-Charentes en 1999-2000 et 2005-2006 (%)

	Part des enfants en surpoids (dont obésité)		
	1999-2000	2005-2006	Evolution
France entière	14,4 % (dont 3,4 %)	12,1 % (dont 3,1 %)	↘ ↘
Poitou-Charentes	12,8 % (dont 3,0 %)	12,7 % (dont 3,2 %)	= ↗

Source : enquêtes triennales DREES (31) ; Exploitation : ORS Poitou-Charentes

L'enquête triennale réalisée par la DREES (données mesurées) en France entière, auprès des enfants en dernière année de maternelle (5-6 ans) a mis en évidence une baisse du surpoids et de l'obésité entre 1999-2000 et 2005-2006. La surcharge pondérale des enfants du Poitou-Charentes était plus basse que celle de la métropole en 1999-2000. Sa relative stabilisation place la région en 2005-2006 au-dessus de la moyenne nationale, pour le surpoids et l'obésité.

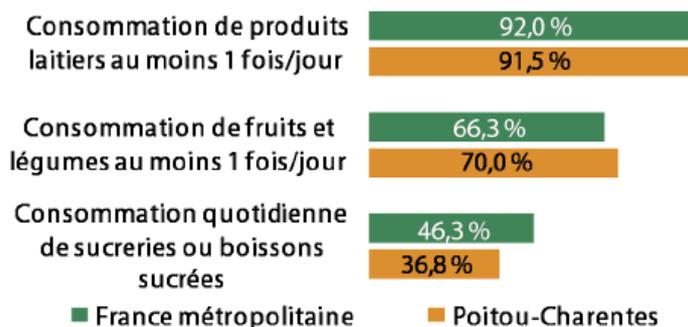
Dans la région, les dernières mesures dans le cadre de l'enquête de la DREES ont été réalisées en 2012-2013. Les résultats sont attendus pour juillet 2014.

Concernant les adolescents, selon l'enquête HBSC réalisée en 2007 auprès des adolescents scolarisés de 11, 13 et 15 ans (données déclaratives), plus de 90 % de l'échantillon étaient classés dans les poids normaux. Les élèves en surpoids représentaient 8,0 % de l'échantillon (8,7 % en France) et l'obésité 1,6 % (1,7 en France). Les filles étaient 8 % à être considérées en surpoids ou obésité contre 11 % des garçons. Ces proportions étaient identiques selon l'âge ou le niveau scolaire (32).

VIII.2.2. Pratiques et habitudes alimentaires chez les picto-charentais âgés de 11, 13 et 15 ans (enquête HBSC 2007)

Près de 65 % des adolescents déclaraient prendre un petit déjeuner tous les jours (58 % en France), cette proportion était plus importante chez les garçons : 67 % contre 62 % chez les filles (32). Dans la région ils étaient en proportion moins nombreux à sauter le petit déjeuner qu'au niveau national (28 % contre 34 %) (27).

Figure 13. Profil de consommation des adolescents en Poitou-Charentes et en France



Source : HBSC 2007(32) ; Exploitation ORS Poitou-Charentes

L'enquête HBSC 2010 réalisée auprès des adolescents picto-charentais de 15 ans montrent que 48 % d'entre eux ne prennent pas un petit déjeuner tous les jours. Les garçons prennent plus souvent un petit déjeuner que les filles (57 % contre 47 %).

18 % des adolescents de 15 ans prennent un petit déjeuner uniquement le week-end et 6 % n'en prennent jamais (33).

VIII.2.3. Troubles du comportement alimentaire

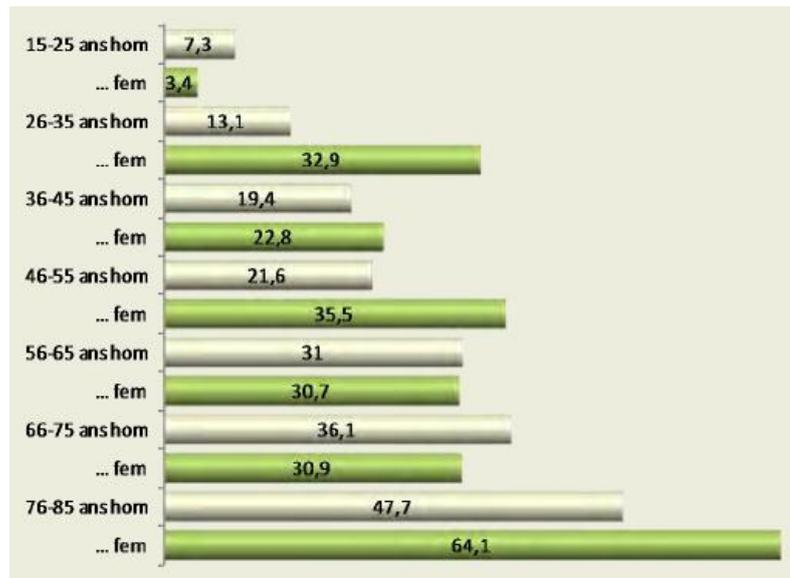
Selon le Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 (34) (données déclaratives), 9 % des 15-85 ans présentaient un trouble de l'alimentation, ce qui est semblable à la moyenne nationale, les femmes plus que les hommes (11 % contre 6 %). Les 15-25 ans étaient particulièrement concernés (21 %). Ces troubles sont constitués de quatre éléments distincts : manger avec de la peine à s'arrêter (6 %), manger en cachette (4 %), redouter de commencer à manger de peur de ne pouvoir s'arrêter (2 %) et se faire vomir volontairement (moins de 1 %) (27).

D'après l'enquête HBSC Poitou-Charentes 2007 (données déclaratives), 8 % des jeunes déclaraient suivre un régime (10 % en France); les filles étant deux fois plus nombreuses que les garçons (11 % contre 5,5 %). Aussi, près d'un élève sur cinq estimait avoir besoin de perdre du poids (32).

VIII.2.4. Activité physique

Selon le Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 (34) (données déclaratives), l'absence de pratique sportive était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (30 % contre 23 %), soit la même proportion qu'en France, tandis que les hommes pratiquaient plus fréquemment que les femmes une activité sportive au moins 3 fois par semaine (23 % contre 17 %). L'absence de pratique sportive augmentait avec l'âge passant de 5 % chez les 15-25 ans à près de 58 % chez les 76-85 ans.

Figure 14. Absence d'activité sportive par sexe selon la tranche d'âge en 2010 (%)



Source : Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, Inpes, ORS Poitou-Charentes

L'enquête Ado 15 ans en Poitou-Charentes réalisée en 2010 (33) montre que 7 jeunes sur 10 avaient un niveau de sédentarité élevé (c'est-à-dire supérieure à 20 heures par semaine devant un écran), sans différence significative selon le sexe. Seuls 8 % pratiquaient une heure d'activité physique, conformément aux recommandations, les garçons plus que les filles (12 % contre 5 %).

Les comportements alimentaires des bénéficiaires de l'aide alimentaire en Poitou-Charentes

L'Agence régionale de santé a chargé l'ORS de réaliser une étude auprès des personnes accueillies dans les lieux de distribution de l'aide alimentaire (type ABENA (30)), afin d'étudier leurs comportements alimentaires, notamment des enfants de 1 à 11 ans et la perception qu'ont les usagers des messages de prévention liés à l'alimentation. Débutée en 2012, cette étude associe une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif des familles avec enfants de 1 à 11 ans bénéficiaires de l'aide alimentaire en Poitou-Charentes, et une enquête par entretiens auprès du même public. Les résultats seront disponibles au premier semestre 2014.

IX. Les politiques nationales, régionales et locales en matière de nutrition

IX.1. Le cadre national

IX.1.1. Les objectifs nutritionnels nationaux

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) définit 4 objectifs nutritionnels :

- Réduire l'obésité et le surpoids dans la population
- Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges
- Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque
- Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, troubles du comportement alimentaire)

Lesquels se déclinent en sous-objectifs (voir annexe 2)

IX.1.2. Le Programme national nutrition santé

Le Code de la Santé publique prévoit qu'un programme national relatif à la nutrition et à la santé soit élaboré tous les 5 ans par le Gouvernement.

Ce programme définit les objectifs de la politique nutritionnelle du Gouvernement et prévoit les actions à mettre en œuvre afin de favoriser :

- L'éducation, l'information et l'orientation de la population, notamment par le biais de recommandations en matière nutritionnelle, y compris portant sur l'activité physique
- La création d'un environnement favorable au respect des recommandations nutritionnelles
- La prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de santé
- La mise en place d'un système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses déterminants
- Le développement de la formation et de la recherche en nutrition humaine

Le programme actuellement en cours est le Programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS 3).

Le PNNS 3 (2011-2015) (1) fait suite aux deux premiers programmes menés en 2001 et 2006 par le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ainsi que par différentes unités de recherche. Il a pour but, comme les précédents, de promouvoir l'accès généralisé à une alimentation équilibrée et variée ainsi que de valoriser la pratique d'une activité physique régulière. L'objectif commun de ces programmes est de prévenir l'apparition de certaines maladies (cardiovasculaires, obésité, diabète) dont l'origine peut être alimentaire.

Le PNNS 3 met l'accent sur la réduction des inégalités sociales de santé en matière de nutrition, ce qui marque une nouvelle orientation du PNNS.

Le PNNS 3 est structuré autour de quatre axes stratégiques et un volet transversal.

Axe 1 : Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

- Mesure 1 : Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé en matière nutritionnelles
- Mesure 2 : Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation

- Mesure 3 : Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme
- Mesure 4 : Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle
- Mesure 5 : Promouvoir l'allaitement maternel

Axe 2 : Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité

- Mesure 1 : Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous
- Mesure 2 : Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques

Axe 3 : Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition

- Mesure 1 : Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient
- Mesure 2 : Prévenir et dépister la dénutrition
- Mesure 3 : Prendre en charge la dénutrition
- Mesure 4 : Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap

Axe 4 : Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes

- Mesure 1 : Promouvoir le PNNS comme la référence en la matière de « nutrition et santé »
- Mesure 2 : Développer les chartes d'engagement des collectivités territoriales actives du PNNS
- Mesure 3 : Développer les chartes d'engagement des entreprises au profit des salariés
- Mesure 4 : Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS

Volet transversal : Formation, surveillance, évaluation et recherche

- Mesure 1 : Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique
- Mesure 2 : Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer des outils nouveaux indispensables
- Mesure 3 : Clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes de l'évaluation
- Mesure 4 : Contribuer aux orientations de la recherche en nutrition et santé publique
- Mesure 5 : Promouvoir l'expertise française au niveau européen et international
- Mesure 6 : Evaluer le PNNS et le Plan Obésité
-

La déclinaison régionale du PNNS est mise en œuvre par les Agences régionales de santé.

IX.1.3. Les autres plans de santé publique relatifs à la nutrition

La diversité des domaines d'intervention (alimentation, activité physique et cadre de vie) et la nécessité de toucher l'ensemble de la population rendent cette thématique transversale à de nombreux plans de santé publique qui s'articulent et se complètent. Par exemple :

- Le Plan Obésité 2010-2013 (35) qui porte sur la recherche, la prévention et l'organisation des soins. La déclinaison régionale du Plan Obésité est mise en œuvre par les Agences régionales de santé. A partir de 2014, le Plan Obésité sera intégré dans le PNNS.
- Le Programme national pour l'alimentation (PNA) (36) vise à donner à chacun les moyens de connaître, accéder et apprécier la richesse de l'alimentation en France.

Afin de garantir une alimentation suffisante, de qualité, respectueuse de l'environnement et accessible à tous, le PNA vise à rapprocher le producteur et le produit agricole du consommateur.

- Le Plan alimentation Insertion (PAI) qui répond a un double objectif :
 - Sanitaire : améliorer l'état nutritionnel et prévenir les carences alimentaires chez les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, plus affectées par les déséquilibres alimentaires.
 - Social : tisser des liens et initier l'insertion d'un public exclu ou qui s'exclut
 Renouvelé chaque année, le PAI repose sur l'élaboration et la distribution d'outils pédagogiques et pratiques (calendriers, recettes, affiches...).
- le deuxième Plan national santé environnement (PNSE2) 2009-2013 agit sur la qualité de l'alimentation (réduction de pollution, des pesticides...) et surtout, à travers son volet transport, encourage l'activité physique en favorisant les mobilités douces.
- Le Plan Cancer 2009-2013 dont la mesure 11 concerne le promotion des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers : information des élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancer et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention ; promotion des actions de sensibilisation sur l'activité physique auprès des futurs retraités, auprès des employeurs et des comités d'entreprise...
- Le Programme éducation santé (PES) dans lequel sont inscrites les missions d'éducation nutritionnelle (apprendre à bien manger, formation au goût...) et de prévention du surpoids et de l'obésité (interdiction des distributeurs alimentaires, promotion de l'activité physique...) de l'Education nationale.
- Le Plan national de prévention par l'activité physique et sportive (PNAPS) (37) est une réponse pour développer l'activité physique à tous les âges.
- Le Plan santé des jeunes, coordonné par les directions départementales de la cohésion sociale présentent notamment les objectifs suivants :
 - Favoriser l'accès des jeunes au sport, à l'art, à la culture et à une offre audiovisuelle et numérique de qualité
 - Garantir l'accès à une pratique sportive pour tous les jeunes
 - Améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la santé et aux soins
 - Déterminer les grandes priorités de santé des jeunes pour les années à venir dont les volets « Renforcement à l'éducation pour la santé » et « Actions sur les déterminants de santé dont la mobilité et la nutrition ».

(Voir l'annexe 3 pour une description des objectifs des principaux plans relatifs à la nutrition.)

IX.1.4. Sport et santé

Les initiatives visant à développer la pratique du sport comme facteur protecteur de la santé se multiplient. Cette volonté se matérialise par exemple par deux des missions du Centre national pour le développement du sport (CNDS) (38)⁵ :

- la contribution au développement de la pratique du sport par le plus grand nombre
- la promotion de la santé par le sport.

Le développement de la pratique des activités physiques trouve un cadre « formel » avec l'Instruction du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique (39). Ce texte demande aux Préfets de région et aux directeurs des Agences régionales de santé (ARS) de décliner au niveau régional un plan « Sport santé bien-être » copiloté par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et l'ARS.

⁵ Le CNDS est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé des sports créé en 2006.

IX.2. Les plans et programmes régionaux

Les ARS mettent en œuvre les actions de santé publique définies dans le cadre du PNNS, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. A ce titre, elles mettent notamment en œuvre les actions contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé relevant du champ de la nutrition.

IX.2.1. La nutrition dans le Programme régional de santé Poitou-Charentes

Le Programme régional de santé est articulé autour de six domaines d'action (handicap ; Vieillesse ; Risques sanitaires ; De la périnatalité à l'adolescence ; Cancers, maladies chroniques et maladies rares ; Santé mentale et morts violentes.)

Les thèmes « Nutrition / Obésité / Activité physique » peuvent se retrouver principalement dans deux d'entre eux :

- Le domaine d'action « **De la périnatalité à l'adolescence** », dont l'une des priorités est l'éducation à la santé chez les enfants et les adolescents. L'objectif stratégique défini par l'ARS concernant ce domaine d'action est d' « Agir sur les principaux déterminants à l'origine des comportements et des états de santé observés chez les jeunes et les adultes, et construire ou consolider les dispositifs indispensables pour lutter contre les inégalités sociales de santé »

Plusieurs objectifs stratégiques peuvent concerner la nutrition, comme :

- o Suivre l'indice de masse corporelle des enfants dans les 8 premières années de vie notamment
- o Accompagner les enfants et adolescents à être acteurs de leur santé
- o Favoriser l'accès aux actions de prévention et de promotion de la santé aux mineurs pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse et par l'Aide sociale à l'enfance
- Le domaine d'action « **Cancers, maladies chroniques et maladies rares** » qui comprend sept thèmes prioritaires dont trois peuvent concerner la nutrition :
 - o Les cancers : dont les objectifs généraux concernant la nutrition sont :
 - Développer la prévention des facteurs individuels de risques
 - Prévenir la dénutrition par une alimentation équilibrée
 - Favoriser la pratique d'activité physique en prévention de la maladie et de la récurrence
 - o Les maladies cardiovasculaires : dont les objectifs généraux concernant la nutrition sont :
 - Développer la prévention et le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire
 - Développer l'éducation à la nutrition adaptée comme facteur de prévention
 - o Les maladies du métabolisme et de la nutrition (y compris diabète et obésité) : dont les objectifs généraux sont :
 - Développer un plan pour une politique régionale de prévention pluridisciplinaire et multi pathologies
 - Informer et prévenir sur les complications
 - Poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels de santé aux enjeux d'une prise en charge précoce de l'obésité :
 - Lutter contre la prévalence de l'obésité dès la grossesse

- Développer une coopération entre les intervenants territoriaux pour favoriser la prévention nutritionnelle et optimiser l'organisation du dépistage de tout enfant de moins de 6 ans
- Réduire la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle
- Accompagner sur le plan nutritionnel des patients pour stabiliser ou améliorer leur état de santé
 - Organiser un accès territorial de prise en charge des maladies chroniques
 - Favoriser la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et hospitalier pour les maladies cardio-métaboliques

L'objectif stratégique de ce domaine d'action est de viser la réduction des taux de morbidité et de mortalité par l'optimisation du parcours de prévention et de la prise en charge de certaines pathologies chroniques et maladies rares.

Dans les domaines d'action « **Handicap** » et « **Vieillesse** », une des priorités est la prévention de la dénutrition par une alimentation adaptée.

Enfin, un axe stratégique transversal du PRS est la promotion de la santé, dont les objectifs généraux concernent notamment la nutrition :

- Développer l'acquisition des aptitudes individuelles permettant à tout un chacun d'exercer un plus grand contrôle sur sa propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci. Une attention particulière doit être portée aux populations en situation de précarité.
- Lutter contre les inégalités de l'accès à la pratique de l'activité physique en région Poitou-Charentes.
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux services de promotion de la santé.

IX.2.2. Les priorités du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en matière de promotion de la santé et nutrition (PRAPS nutrition)

Face au constat d'une situation nutritionnelle différente en fonction du statut socio-économique et de comportements en matière d'alimentation qui sont socialement déterminés, l'ARS souhaite orienter les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel vers :

- les causes proximales (c'est-à-dire le comportement des individus)
- les causes fondamentales (c'est-à-dire le contexte dans lequel les comportements s'insèrent)

Ainsi, les priorités du PRAPS nutrition sont les suivantes :

- Mettre en cohérence des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique auprès des populations les plus démunies
- Améliorer la connaissance des comportements alimentaires des populations en situation de précarité afin de développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelles adaptées
- Promouvoir l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville et autres dispositifs de politique locale
- Mettre en évidence la dimension « précarité » dans les actions d'éducation nutritionnelle

IX.2.3. Le Plan Obésité 2010-2013

Concernant la déclinaison du Plan Obésité, en Poitou-Charentes, le choix a été fait de mettre l'accent sur la prévention précoce.

(Voir l'annexe 4 pour une description des objectifs des principaux plans régionaux.)

IX.2.4. Le Plan régional de l'alimentation

Porté par la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), le Plan régional de l'alimentation a été conçu en cohérence avec les priorités nationales et les priorités régionales. Un diagnostic territorial a été réalisé et l'ensemble des acteurs publics, privés et associatifs concernés par l'alimentation ont été consultés.

Le Plan régional de l'alimentation est issu du travail de trois niveaux d'organisation coordonnés par la responsable du pôle de l'offre alimentaire de la DRAAF :

- Le comité régional de l'alimentation : organe décisionnel chargé de valider le plan, présidé par le Préfet de Région ;
- Des groupes de travail : groupes thématiques, chargés de définir ou réviser les axes de développement des priorités et un groupe transversal chargé de préparer les éléments portés à validation du comité régional, à partir des éléments transmis par les groupes de travail thématiques ;
- Des porteurs de projets : proposant des actions correspondant aux priorités nationales ou régionales à la suite de l'appel à projets déposé sur le site Internet de la DRAAF.

Le Plan régional de l'alimentation initie des actions correspondant à des priorités nationales ou régionales.

- Les priorités nationales :
 - o La promotion et l'accompagnement de l'opération « Un fruit à la récré » : cette opération consiste à distribuer des fruits à l'école une fois par semaine, en plus de la restauration scolaire
 - o Les actions visant à offrir une alimentation équilibrée et diversifiée aux plus démunis. Ces actions sont déclinées autour de différents axes, notamment :
 - Faire connaître aux industries alimentaires le système de dons et le Programme européen d'aide aux plus démunis, système d'appels d'offres de denrées alimentaires destinées aux associations caritatives distribuant l'aide alimentaire ;
 - Améliorer l'accessibilité des fruits et légumes pour les plus démunis.
 - o L'appui à la mise en œuvre de la circulaire du 2 mai 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat et de l'article 48 de la loi du 3 août 2009 relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement fixant un objectif d'introduction de 20 % de produits issus de l'agriculture biologique en restauration collective
 - o La réponse au besoin d'information des consommateurs pour permettre des choix éclairés
 - o L'appui aux actions en faveur des circuits courts
- Les priorités régionales :
 - o L'amélioration de l'offre alimentaire en restauration scolaire et universitaire
 - o La mise en place de chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel dans les industries agroalimentaires

IX.2.5. Le Plan Sport Santé Bien-être

Les Plans régionaux Sport Santé Bien-être sont mis en œuvre suite à l'instruction du 24 décembre 2012. Ils sont organisés conjointement par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'ARS et visent à accroître le recours aux activités

physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et à développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé. La circulaire qui en organise la mise en œuvre en région (31) précise que ce plan d'action concerne plus particulièrement les publics dits « à besoins particuliers » : les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge.

En Poitou-Charentes, ce plan se structure autour de 4 axes d'intervention :

- **Axe 1 : Développer l'offre d'APS de loisir pour un impact sur la santé**
 - Objectif 1 : Développer l'offre d'APS de loisir auprès des personnes atteintes de maladies chroniques
 - Objectif 2 : Développer l'offre d'APS de loisir auprès des personnes âgées dépendantes (à domicile ou en institution)
 - Objectif 3 : Développer l'offre d'APS de loisir auprès des personnes atteintes de handicap physique
- **Axe 2 : Diffuser une culture de la promotion des APS de loisir comme facteur de santé**
 - Objectif 1 : Développer la mise en réseau des acteurs au niveau local pour optimiser les actions de promotion des APS de loisir afin de développer la pratique des enfants et des jeunes
 - Objectif 2 : Renforcer la prise en compte de la promotion de l'APS de loisir comme facteur de santé au sein de la politique de la ville
 - Objectif 3 : identifier et développer l'offre d'ateliers physiques et sportifs de loisir à destination des « seniors » servant de tremplin à l'intégration dans un club sportif
 - Objectif 4 : Développer des passerelles entre le monde associatif sportif et les entreprises afin d'encourager le « sport en entreprise »
 - Objectif 5 : Mettre en place, à titre expérimental, une incitation à la pratique d'activités physiques de loisir lors de consultations médicales
- **Axe 3 : Développer la recherche, l'innovation et favoriser le développement de la recherche-action**
 - Objectif 1 : Mettre en place le Pôle Autonomie Sport Santé (PASS)
 - Objectif 2 : Mettre en place une Unité d'enseignement libre sur la promotion de la santé par l'activité physique et l'alimentation
- **Axe 4 : Développer le partenariat, les synergies entre les différents acteurs pour une mise en œuvre opérationnelle du plan**
 - Objectif 1 : Accorder au comité de pilotage du plan Sport Santé Bien-être une place dans la nouvelle organisation de fonctionnement en « plateforme » de la Direction de santé publique de l'ARS
 - Objectif 2 : Organiser des appels à projets communs
 - Objectif 3 : S'organiser pour répondre à des appels à projets communs nationaux ou européens
 - Objectif 4 : Atteindre une meilleure visibilité de l'ensemble des acteurs agissant sur les deux champs (sport et santé) et des principales actions conduites
 - Objectif 5 : Renforcer l'offre de formation « Sport-Santé » initiale et continue

IX.2.6. Les actions sports – santé de la Région

La Région s'engage auprès des associations sportives pour l'organisation de leurs activités et manifestations. Elle a mis en place depuis plusieurs années le ticket sport et du Pass Handi'Sports pour faciliter l'accès de tous à tous les sports.

La Région propose également un Plan sport – santé dont les objectifs sont de :

- Sensibiliser l'ensemble de la population de Poitou-Charentes à l'intérêt d'une pratique sportive adaptée et régulière ;
- Favoriser l'accessibilité de tous à la pratique sportive, quels que soient la situation géographique, économique, l'âge ou la condition physique et sociale.

Sur le plan opérationnel, le Plan sport – santé se décline en de nombreuses actions concrètes, dont notamment :

- Engager une réflexion sur la mise en place du sport sur ordonnance (action qui devra faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS, l'Ordre des médecins, l'Assurance maladie, les collectivités locales, les clubs sportifs et l'ensemble des acteurs du sport) ;
- Identifier et reconnaître les acteurs s'inscrivant dans le Plan Régional Sport-Santé en Poitou-Charentes.
- Favoriser et adapter la formation de l'ensemble des acteurs concernés sur le thème « Sport-santé », et en lien avec les professionnels de santé.
- Organiser un Forum régional sport – santé, moment fort pour mobiliser les acteurs autour du Plan sport – santé ;
- Développer le sport en entreprise sous l'angle « santé » ;
- Mettre en place sur l'ensemble du territoire régional des « caravanes sport-santé »

IX.2.7. Les actions de la Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse en matière de nutrition

Dans le cadre de ses missions, la Direction de la Protection de la Jeunesse est attentive à la promotion de la santé dans la prise en charge des mineurs sous-main de justice.

Elle a lancé, en Février 2013, au niveau national le projet de « Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) promotrice de santé 2013-2016 » et a signé une convention cadre nationale avec la Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé. L'objectif principal est d'améliorer la santé globale des jeunes pris en charge par la PJJ en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge, dans une approche de promotion de la santé. La santé devient un élément à part entière du projet éducatif.

Les jeunes sous main de justice suivis par les services et établissements de la PJJ du territoire Poitou-Charentes bénéficient d'actions dans le cadre du PNNS 3. Dans le cadre de leur accompagnement éducatif, visant l'insertion sociale scolaire et professionnelle, les mineurs sont pris en charge à l'Unité éducative d'accueil de jour (UEAJ) de Niort, qui a une compétence régionale. Ils participent deux fois par an à un module santé, articulé autour de plusieurs ateliers dont un animé par une diététicienne qui aborde la thématique du « manger sain ». Ces notions sont reprises au quotidien par les éducateurs dans leur suivi individualisé avec les jeunes.

De manière générale, les activités sportives constituent un outil particulièrement adapté aux jeunes sous-main de justice et un support pertinent. La pratique sportive fait partie intégrante de l'action éducative :

- Elles concourent à la construction du lien avec le personnel éducatif en favorisant la confiance en l'adulte
- Elles participent à la socialisation du mineur, par l'acceptation du cadre et des règles qu'elles supposent, et par la confrontation aux pairs lorsque ces actions comportent une dimension collective, par l'apprentissage des règles de vie en collectivité, par l'intégration dans des groupes relevant du droit commun
- Elles sont un moyen de travailler l'image de soi avec le mineur, de le remobiliser, de lui permettre d'appréhender son mode émotionnel et d'exprimer du ressenti, autrement que par le passage à l'acte, d'expérimenter des progrès mesurables

L'accès aux pratiques sportives est un des premiers leviers mis en place par les équipes éducatives pour accrocher et insérer un jeune en difficulté, déscolarisé. Les éducateurs et professeurs techniques œuvrent pour favoriser l'accueil des jeunes sous main de justice par les clubs sportifs locaux.

La PJJ porte depuis de nombreuses années, chaque année, au niveau national et régional, le « Challenge Michelet ». Les finalités de ce dispositif sont la confrontation à soi-même, la rencontre et l'échange avec les autres, la convivialité et la solidarité. Les activités sportives proposées sont entre autres l'athlétisme, le cross-country, la natation, l'escalade, le football pour les adolescents, le basket pour les filles, etc. Autour de la pratique sportive, les jeunes apprennent à être acteurs de leur santé, s'acculturent aux concepts nutritionnels liés à leur âge et à la pratique physique.

Les conseils généraux

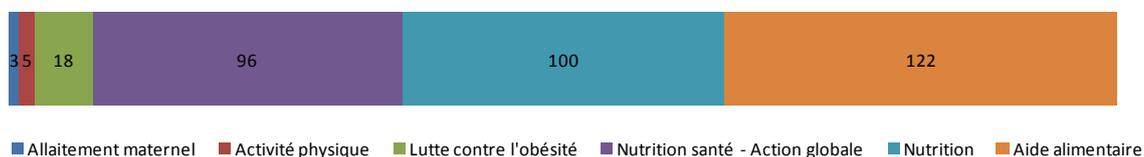
Les départements peuvent également élaborer des programmes et/ou des actions concernant la nutrition, notamment dans le cadre de leurs compétences relatives à l'aide sociale. En effet, dans le cadre de cette compétence, leur action concerne l'enfance et l'adolescence (PMI, prévention spécialisée), les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les personnes en insertion. La nutrition peut être un axe de travail développé auprès de ces publics.

IX.3. Les actions de promotion de la santé financées par l'ARS dans la région en 2012 ⁶

En 2012, la Direction de la Santé Publique de l'ARS a octroyé 343 500 € à des actions de promotion de la santé concernant la nutrition, obésité et activité physique pour contribuer au financement de 59 actions au total.

IX.3.1. Répartition des financements par sous-thématiques

Figure 15. Répartition des financements par sous-thématiques en 2012 (en milliers d'€)



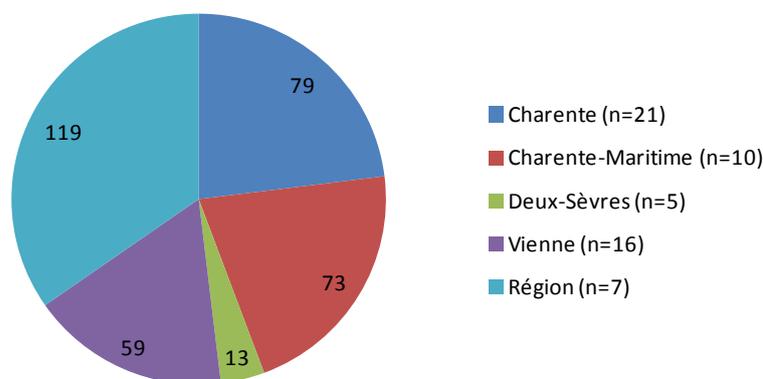
Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013(40) Exploitation : ORS Poitou-Charentes

35 % de ces financements ont été alloués à des actions inscrites auprès des populations bénéficiant de l'aide alimentaire (Banques alimentaires de Charente, Charente-Maritime et Deux-Sèvres, associations MINGA (association d'action et de réflexion pour une économie équitable) et CAPEE (Comité des alternatives poitevines pour l'emploi et l'entraide) dans la Vienne). 29 % portent sur des actions de nutrition (actions visant l'amélioration de l'alimentation pour des structures autres que les structures d'aide alimentaire) et 28 % à des actions regroupant le volet alimentation et activité physique. De manière plus marginale, des financements ont été alloués à des actions de promotion de l'allaitement maternel, de promotion des activités physiques et de lutte contre l'obésité.

⁶ Cette partie n'exploite que les actions qui font l'objet d'un financement par l'ARS. Or de nombreux autres acteurs peuvent intervenir : CPAM, MSA, Conseil généraux, établissements scolaires sur leurs financements propres, etc.

IX.3.2. Territoires couverts

Figure 16. Répartition des financements pour des actions Nutrition (milliers d'€) et nombre d'actions par territoires d'intervention en 2012



Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le Département des Deux-Sèvres ne mobilise que 4 % du budget total alloué aux actions Nutrition, Obésité, Activités physiques. La partie la plus importante du budget est octroyée à des actions de dimensions régionales.

IX.3.3. Les opérateurs

Figure 17. Nombre d'actions et financements par type de structures mettant en œuvre des actions de promotion de la santé liées à la nutrition en 2013

Type de structures	Nombre d'actions	Financement total	Financement moyen	% du financement total
Centres socio-culturels	25	87 839 €	3 514 €	7 %
Etablissements scolaires	14	22 500 €	1 607 €	1 %
Associations liées à l'insertion, l'humanitaire, l'aide sociale	8	63 610 €	7 951 €	26 %
Banque alimentaire et ANDES	4	64 200 €	16 050 €	5 %
CCAS / Villes	3	18 000 €	6 000 €	19 %
Associations sportives	2	5 120 €	2 560 €	19 %
Associations spécialisées en prévention santé / promotion de la santé	1	18 000 €	18 000 €	5 %
Unis-Cité	1	32 000 €	32 000 €	9 %
ORS	1	32 254 €	32 254 €	9 %
Total	59	343 523 €	5 822 €	100 %

Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les actions liées à la nutrition sont souvent portées par des centres socioculturels, suivi des établissements scolaires (le plus souvent des collèges). Les associations en lien avec les personnes en situation de précarité et les banques alimentaires sont également mobilisées sur le sujet, bénéficiant au total du tiers du budget alloué aux actions Nutrition. Notons que deux associations sportives bénéficient de financements pour des actions Santé.

Depuis 2011, de nouveaux opérateurs, qui ont un rôle de coordination des actions menées sur différents sites, ont été privilégiés en vue de tendre vers une organisation des acteurs : Association nationale de développement des épiceries solidaires (ANDES), Comité des alternatives poitevines pour l'emploi et l'entraide (CAPEE), MINGA (association d'action et de réflexion pour une économie équitable), UNIS-CITE (association de Services civiques) et les Banques alimentaires. Un changement s'est également opéré en 2012 : les projets se développent non plus sur un département mais sur plusieurs, voire sur la région.

IX.3.4. Actions financées dans le cadre de l'appel à projet PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins)

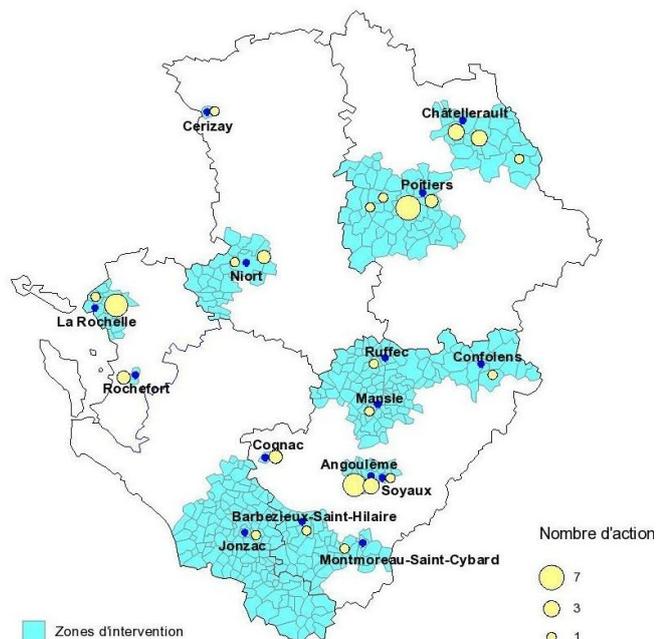
En 2012, plus de 256 000 €, soit 34 % de l'enveloppe globale dédiée à l'appel à projet PRAPS ont concerné des actions nutrition, confortant ce thème comme une priorité de l'ARS (41). Le coût moyen par action était de 6 400 €, pour 40 actions au total. Les porteurs d'actions étaient principalement des centres socioculturels et des associations. L'échelle d'intervention était le plus souvent une collectivité (Commune, Communauté d'agglomération, Communauté de communes, Pays) pour 22 actions, ou un quartier (15 actions).

Trois actions étaient déployées à l'échelle d'un département. La Charente était le département le plus mobilisé sur la question (17 actions), suivi de la Vienne (9 actions), de la Charente-Maritime (8 actions) et des Deux-Sèvres où seulement 2 actions ont été mises en place.

80 % des actions étaient mises en place dans le cadre de la Politique de la ville, 50 % dans le cadre d'un contrat local de santé et 50 % en milieu rural.

Les types d'actions les plus courantes étaient des ateliers cuisine (33), des séances d'information (20), des ateliers pédagogiques (14) et des ateliers jardins (13).

Figure 18. Territoires concernés par des actions Nutrition financées dans le cadre de l'appel à projets PRAPS en 2012



Source : ARS Poitou-Charentes ; Réalisation : COSA, ARS Poitou-Charentes

IX.4. Les actions de l'ARS relatives à la dénutrition

L'ARS travaille sur le développement du dépistage systématique de la dénutrition.

Les **comités de liaison alimentation nutrition (CLAN)** sont un des outils visant à atteindre cet objectif. Les CLAN sont des structures transversales qui réunissent au sein d'un établissement de santé des médecins, soignants, personnels de restauration et représentants des usagers. En lien avec les commissions médicales d'établissement, les CLAN sont des instances consultatives transversales au sein de l'établissement de santé pour :

- l'amélioration du service aux patients
- la prise en charge nutritionnelle
- la qualité de la prestation alimentation-nutrition
- la formation des personnels impliqués
- l'impulsion des actions prioritaires à mener

Les actions pouvant être mises en place par les CLAN sont par exemple :

- s'assurer des moyens requis pour peser et toiser les malades
- impulser les actions systématiques de dépistage de la dénutrition ou de l'obésité
- participer à la mise en place d'outils de surveillance de l'alimentation
- garantir la coordination et la cohérence des actions alimentation-nutrition menées au sein de l'établissement

En Poitou-Charentes, la DRASS a réalisé un état des lieux des CLAN en 2010⁷, près de 9 établissements sur 10 ayant répondu cette enquête avaient mis en place un CLAN.

IX.5. Les actions du Comité régional olympique et sportif

Le monde sportif intègre également des préoccupations en lien avec la santé. Ainsi, le Comité régional olympique et sportif Poitou-Charentes (CROS) développe deux axes de travail rejoignant des objectifs de promotion de la santé par le sport :

- Un axe Sport Insertion visant l'accueil au sein du sport associatif de nouveaux licenciés parmi les publics éloignés (socialement, physiquement, mentalement, psychologiquement ou géographiquement) de la pratique sportive.
- Un axe Sport Santé qui vise à favoriser le lien entre le monde de la santé et le sport associatif (création / diffusion d'un livret Sport santé...)

Le CROS participe aux actions Sports santé mises en place sur le territoire régional en s'insérant dans les dispositifs existants ou en les prolongeant par des actions spécifiques. Il souhaite d'autre part apporter une valeur ajoutée aux actions en favorisant les liens entre le monde médical et le monde sportif. Il s'agit notamment de la diffusion de livrets d'information. En 2012, le CROS avait également pour objectif de constituer un réseau de médecins concernés par les liens Sport/Santé sur l'ensemble du territoire régional.

IX.6. Le rôle des communes et intercommunalités en matière de promotion de la santé liée à la nutrition

Différents dispositifs permettent aux collectivités locales qui le souhaitent de développer des politiques et actions en matière de nutrition (alimentation et activités physiques).

IX.6.1. Les « villes actives »

IX.6.1.1. Villes PNNS

La santé ne fait pas partie des compétences légales des communes. Cependant, elles sont des acteurs privilégiés en matière de promotion de la santé relative à la nutrition. Par leurs compétences, leurs liens avec de nombreux professionnels intervenant dans les domaines social, sanitaire, de la jeunesse, du sport, de l'éducation ou encore de la culture, les municipalités sont des acteurs clés pour la mise en œuvre d'actions de proximité en faveur d'une nutrition conforme aux orientations du PNNS. En signant la charte « Villes actives du PNNS », elles s'engagent à devenir un acteur actif en mettant en place, promouvant et soutenant toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS. Depuis 2007, la région compte 12 villes et une communauté de communes actives PNNS.

En 2012, les publics ciblés par les actions des villes PNNS en Poitou-Charentes sont majoritairement les scolaires et périscolaires (85 % des actions), puis le grand public et les populations défavorisées (57 %), les commerçants (50 %) et les commerçants/artisans (47 %). Trois villes sur quatre développent une action autour de la promotion de l'activité physique (41).

En Charente, il existe depuis 2009, un réseau départemental des villes et collectivités actives du PNNS qui regroupe Angoulême, La couronne, Soyaux et la Communauté de communes du Ruffécois. Ce réseau permet l'échange de pratiques et d'outils ainsi que le développement de projets communs. Les élus et techniciens en restauration qui composent le réseau travaillent ensemble sur les indicateurs de qualité de leur restauration scolaire

⁷ Le dernier état des lieux des CLAN date de 2010.

(qualité des produits, conformité des menus aux exigences réglementaires, environnement du temps de repas, accueil des enfants, ateliers d'éveil sensoriel, formation des agents de la restauration) ou encore sur l'organisation de manifestations ponctuelles lors des évènements comme la Fraîch'attitude ou la semaine du goût.

IX.6.1.2. Villes OMS

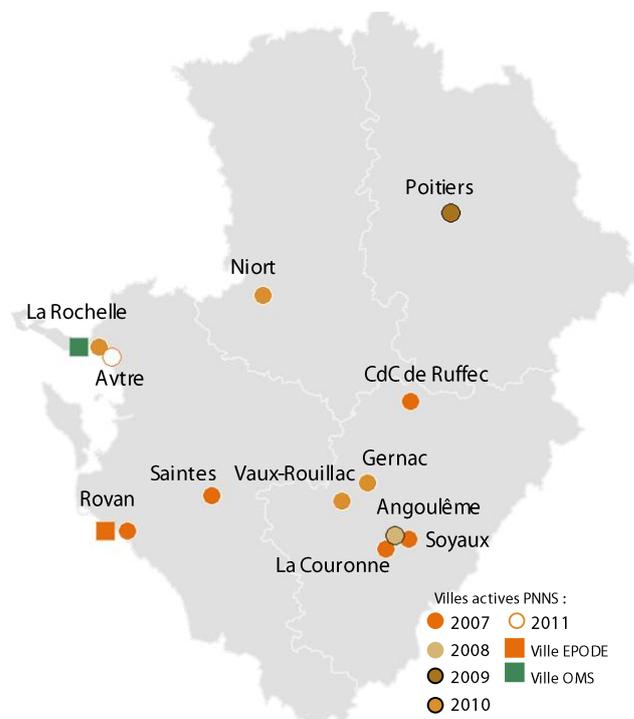
Le programme Villes-Santé propose aux villes de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. En Poitou-Charentes, La Rochelle adhère au réseau des Villes OMS.

IX.6.1.3. Ville EPODE

Le Programme Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE), rebaptisé Vivons en forme (Vif), est un programme de promotion et de prévention de la santé axé sur l'alimentation et l'activité physique.

Royan a souhaité adhérer à ce programme, initialement intitulé EPODE en tant que ville pilote en 2004. Ce programme mobilise tous les acteurs de proximité (personnels municipaux, professionnels de l'éducation et de la santé, acteurs associatifs et économiques...) pour faire évoluer les habitudes (alimentation, activités physiques et rythme de vie favorisant le bien être) dans un sens favorable à la santé. Différentes thématiques sont abordées chaque année et de nombreux outils sont développés. Par exemple, les goûters proposés dans les accueils détente péri-scolaires des écoles maternelles et primaires de Royan sont composés de façon à répondre à tous les besoins nutritionnels des enfants. Ou encore, les menus de la restauration scolaire sont élaborés par la diététicienne et le chef de la cuisine centrale municipale de Royan dans le respect de la qualité nutritionnelle ; un menu bio est proposé aux enfants une fois par mois. Des actions ponctuelles comme la Journée Fraîch'attitude ou la Journée Coll'action sont organisées. Dans ce cadre, la ville de Royan organise le recueil des données poids / taille dans les écoles afin de calculer l'IMC et d'observer son évolution et de mesurer l'impact des actions mises en place.

Figure 19. Localisation des villes actives PNNS, Villes VIF, Villes OMS



Source : ORS Poitou-Charentes. (27)

IX.6.2. Ateliers santé ville et Contrats locaux de santé

La création des ateliers santé ville (volet santé de la Politique de la ville) a donné des outils aux villes pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Dans ce cadre, une place importante est donnée à la nutrition, tant au niveau national que régional.

Les Contrats locaux de santé (CLS) qui remplacent ou intègrent les ateliers santé ville, sont également des outils de coordination permettant le développement d'actions, notamment relatives à la nutrition.

En Poitou-Charentes en 2013, les territoires concernés par un CLS (signés ou en cours de signature) sont les suivants :

- En Charente : Cognac, Soyaux et Angoulême
- En Charente-Maritime : La Rochelle
- Dans les Deux-Sèvres : le Pays Thouarsais, le Pays de Gâtine et la Communauté d'agglomération de Niort
- Dans la Vienne : Châtelleraut, Poitiers et les Communautés de communes du Montmorillonnais et du Lussacois

Concernant la promotion de l'activité physique, l'ARS a réalisé en 2012 une enquête auprès des 7 ateliers santé ville de la région (Poitiers, Châtelleraut, La Rochelle, Niort, Angoulême, Soyaux, Cognac). Trois projets de promotion de l'activité physique ont été déployés en 2012 et 6 projets étaient envisagés en 2013. Ces projets concernaient le plus souvent des personnes âgées et les enfants de 7 à 17 ans, et majoritairement des personnes en situation de précarité. L'ARS note une évolution positive dans l'appropriation de cette thématique.

X. Les ressources régionales

X.1. Ressources relatives au dépistage des troubles nutritionnels (surpoids, obésité, dénutrition)

Les acteurs de première ligne en matière de dépistage (mais également de prise en charge) sont les médecins généralistes et /ou les pédiatres pour les enfants et/ou les gériatres pour les personnes âgées.

Concernant les dépistages systématiques, les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et les Services de promotion de la santé en faveur des élèves sont en première ligne avec notamment les bilans de santé réalisés auprès des enfants de 3 / 4 ans par les services de PMI et le bilan de santé des enfants de 5 / 6 ans par les services de promotion de la santé en faveur des élèves.

Les services de promotion de la santé en faveur des élèves ont en outre pour mission de réaliser des bilans de santé périodiques auprès des élèves de 3^{ème} cycle (CE2, CM1, CM2) dans les établissements situés en zone d'éducation prioritaire et auprès de tous les élèves de 3^{ème}. La mesure poids taille est réalisée dans le cadre de ces bilans périodiques.

Concernant les dépistages des personnes âgées, de nombreux autres acteurs peuvent être concernés : établissements de santé, services d'aide à domicile, établissements médico-sociaux...

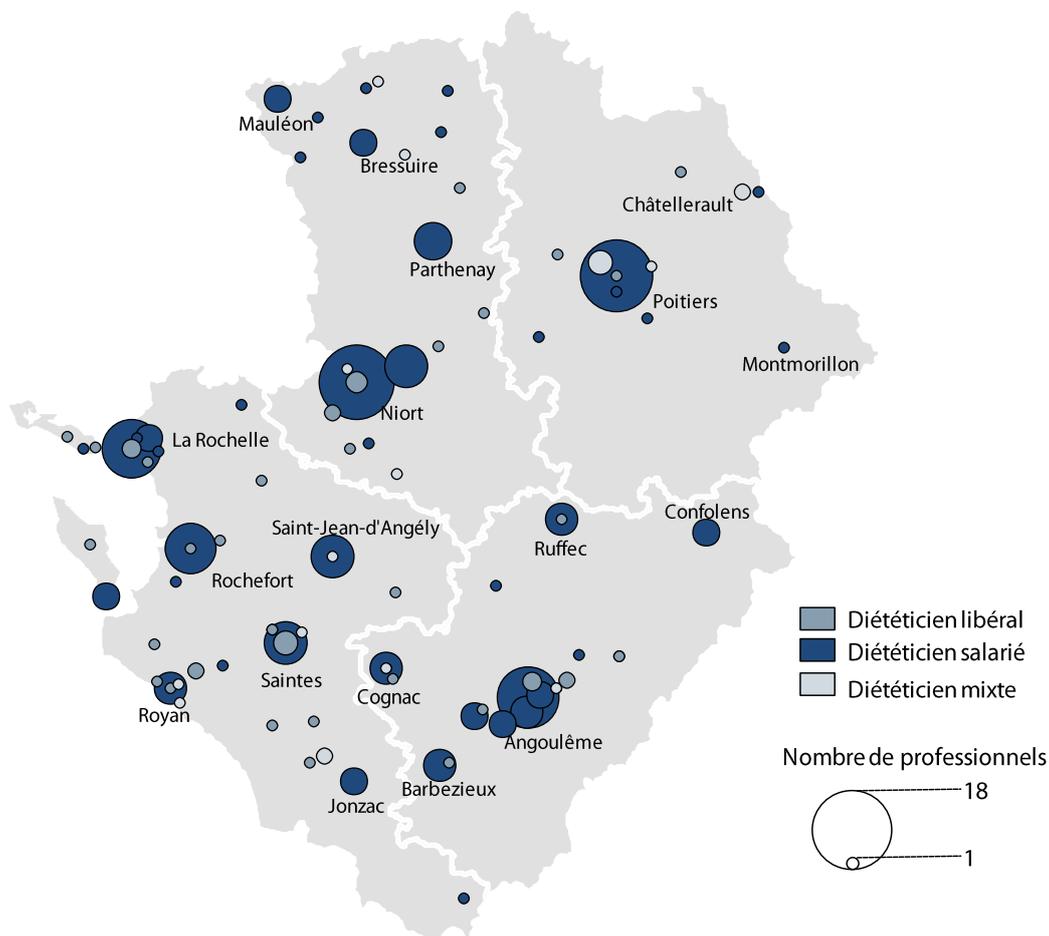
X.2. Les professionnels de santé spécialisés en nutrition

X.2.1. Nutritionnistes, endocrinologues, professionnels de la santé mentale

En Poitou-Charentes, l'offre de prise en charge en ambulatoire fait actuellement l'objet d'un recensement exhaustif par le centre spécialisé de l'obésité (voir ci-après) qui sera finalisé courant 2014.

X.2.2. Diététiciens

Figure 20. Communes d'exercice des diététiciens en Poitou-Charentes en décembre 2012



Source : Fichier ADELI RPPS FNORS 12 2012

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Figure 21. Effectifs et densités de diététiciens en décembre 2012 (pour 100 000 habitants)

Département	Effectif	Densité
Charente	44	12,5
Charente-Maritime	71	11,4
Deux-Sèvres	42	11,4
Vienne	30	7,0
Poitou-Charentes	187	10,6

Sources : Fichier ADELI RPPS FNORS 12/2012 ; INSEE 2010
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Au 31 décembre 2012, 187 diététiciens exercent dans la région avec des densités variant entre 7 pour 100 000 habitants dans la Vienne et 12,5 pour 100 000 en Charente (France métropolitaine : 13 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2013 (42)). Tous ces professionnels ne sont pas spécialisés dans la prise en charge de l'obésité.

X.2.1. Masseurs-kinésithérapeutes

Figure 22. Effectifs et densités de masseurs-kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2013 (pour 100 000 habitants)

Département	Effectif	Densité
Charente	218	62
Charente-Maritime	786	126
Deux-Sèvres	275	75
Vienne	343	80
Poitou-Charentes	1622	92

Sources : Fichier ADELI RPPS FNORS 01/2013 ; INSEE 2010
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent intervenir dans la prise en charge de l'obésité pour mettre en place une activité physique adaptée. Au 1^{er} janvier 2013, 1 622 masseurs-kinésithérapeutes exercent dans la région avec des densités variant entre 62 pour 100 000 habitants en Charente et 126 en Charente-Maritime (France métropolitaine : 119 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2013 (42)).

X.3. La prise en charge hospitalière de l'obésité

La prise en charge de l'obésité intéresse différents professionnels de santé, en ambulatoire et dans le secteur hospitalier. La prise en charge de cette maladie chronique associe intervention diététique, pratique d'une activité physique, prise en charge psychologique, traitement pharmacologique, parfois chirurgie de l'obésité et éducation thérapeutique.

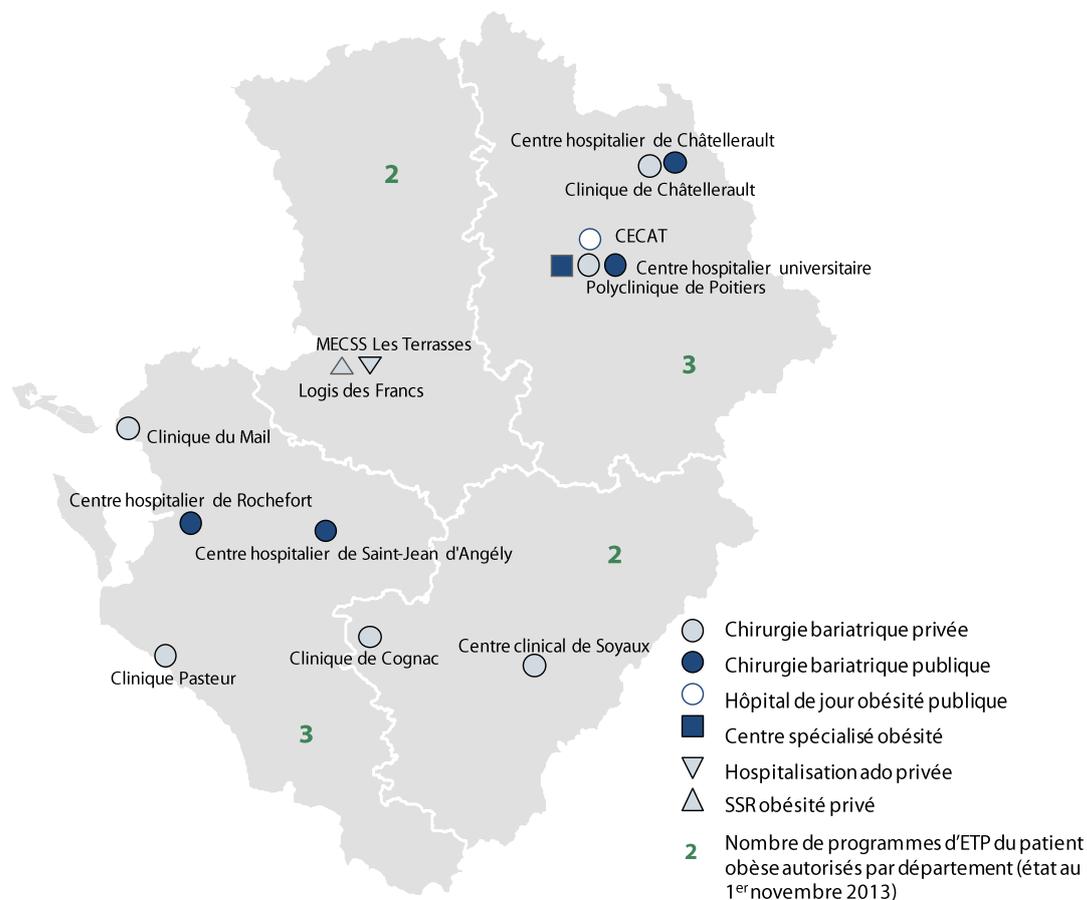
Le rôle du médecin traitant est primordial pour le dépistage et dans la prise en charge des formes communes et initiales de l'obésité. Les spécialistes en médecine de l'obésité (nutritionnistes, endocrinologues, diététiciens, pédiatres et psychiatres) sont sollicités dans un deuxième temps pour la prise en charge des formes complexes, associées à des complications ou à des désordres comportementaux.

Pour certains patients, l'hospitalisation s'avère nécessaire. Il peut s'agir :

- D'une hospitalisation en établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) afin d'évaluer les causes et les conséquences de l'obésité, de réaliser des mesures spécifiques ou de pratiquer une intervention chirurgicale
- D'une hospitalisation en centre de réadaptation nutritionnelle pour une prise en charge globale, pluridisciplinaire, basée sur des programmes d'éducation thérapeutique

Un des objectifs du Plan Obésité 2010-2013 (35) est d'améliorer l'organisation des soins, notamment des formes les plus sévères. Une des mesures de ce plan est la mise en place de centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère. En France, 37 centres spécialisés ont été mis en place dans le cadre de ce plan, dont le centre spécialisé de l'obésité Poitou-Charentes situé au CHU de Poitiers.

Figure 23. Offre de soins hospitalière « Obésité » en Poitou-Charentes en 2012



Source : ARS Poitou-Charentes

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

CECAT : Centre d'écoute, de consultations et d'activités thérapeutiques (Centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers)

MECCS : Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (Centre les Terrasses à Niort)

Remarque : les programmes d'ETP par département ne sont pas nécessairement mis en œuvre par les structures mentionnées sur la carte (voir X.3.7).

X.3.1. Le centre spécialisé de l'obésité Poitou-Charentes

Depuis 2012, dans la région, la prise en charge de l'obésité morbide est organisée autour du centre spécialisé de l'obésité (CSO) Poitou-Charentes (CHU de Poitiers).

Voir annexe 5 pour une description du fonctionnement du CSO.

X.3.2. Les établissements réalisant des interventions de chirurgie bariatrique

Figure 24. Etablissements réalisant des interventions de chirurgie bariatrique en 2013

Département	Etablissement	Statut
Charente	Centre clinique Soyaux	privé
	Clinique de Cognac	privé
Charente-Maritime Nord	CH de Rochefort	public
	Clinique du Mail La Rochelle	privé
Charente-Maritime Sud	CH Saint-Jean d'Angély	public
	Clinique Pasteur Royan	privé
Deux-Sèvres	Pas de chirurgie bariatrique	
Vienne	Clinique de Châtelleraut	Privé
	CH de Châtelleraut	Public
	Polyclinique de Poitiers	Privé
	CHU	public

Sources : SROS, Volet hospitalier 2013

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

X.3.3. Les centres associés par convention au centre spécialisé de l'obésité

Deux centres sont associés par convention au centre spécialisé de l'obésité : le service de prévention et soins de l'obésité adulte Le Logis des francs et la Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) des Terrasses à Niort.

X.3.3.1. Le service de prévention et soins de l'obésité adulte Le Logis des Francs

Situé à Cherveux dans les Deux-Sèvres, l'établissement de soins de suite et de réadaptation le Logis des Francs a organisé un service de prévention et soins de l'obésité adulte.

Ce service reçoit des patients orientés par un médecin, dont l'IMC est supérieur à 40 ou supérieur à 30 avec des pathologies associées (diabète, apnée du sommeil...). Le patient est accueilli pour un séjour de quatre semaines en hospitalisation complète. La prise en charge est basée sur l'éducation thérapeutique (voir ci-après).

Une équipe pluridisciplinaire accompagne le patient lors de son séjour :

- Le médecin nutritionniste en début de séjour, recherche les antécédents personnels et familiaux, pratique un examen clinique et fixe les objectifs de prise en charge
- Le diététicien aidé d'un cuisinier spécialisé, personnalise les conseils nutritionnels
- L'infirmière en éducation thérapeutique détermine avec le patient son projet personnel et l'accompagne dans sa réalisation
- Le kinésithérapeute et l'éducateur sportif déterminent individuellement le programme des activités physiques
- Le psychologue anime des groupes de parole
- Un endocrinologue

Le programme d'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes d'obésité prévoit la mise en œuvre de 8 ateliers collectifs portant sur la diététique (équilibre alimentaire, déchiffrement des étiquettes nutritionnelles...), la cuisine thérapeutique, l'activité physique, l'hygiène corporelle, l'influence du contexte socio-économique sur la nutrition, un atelier de sensibilisation pour prendre soin de soi.

Une collaboration avec le médecin traitant pour le suivi du patient à domicile est mise en place.

La capacité d'accueil est la suivante :

- 20 lits pour des séjours de quatre semaines
- 10 lits pour des patients admis pour une autre pathologie concomitante à leur affection nutritionnelle (suite d'hospitalisation, d'intervention...).

X.3.3.1. La Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS)

Le Centre Les Terrasses situé à Niort, est composé de différents pôles dont un pôle sanitaire (la MECSS), spécialisée dans le traitement de l'obésité chez l'adolescent. La MECSS prend en charge les adolescents en surpoids de 12 à 17 ans pour des séjours de 4 à 6 mois. Les adolescents bénéficient d'un projet thérapeutique individualisé, incluant un accompagnement psychologique, éducatif, psychomoteur et diététique. Une rééducation alimentaire est réalisée. Le suivi scolaire est assuré.

X.3.4. Le centre d'écoute, de consultations et d'activités thérapeutiques (CECAT) du Centre hospitalier Henri Laborit

Face aux demandes croissantes de patients en surpoids ou obèses, le CECAT a voulu proposer une prise en charge. L'hôpital de jour du CECAT est une structure du centre hospitalier Henri Laborit qui regroupe l'unité Émeraude (activités à médiation telles que la relaxation, l'hydrothérapie, la sophrologie, l'art thérapie, la musico thérapie...) et une unité de thérapie comportementale et cognitive.

En 2008, l'équipe du CECAT a mis en place un atelier thérapeutique pour les patients en surpoids ou obèses avec une comorbidité psychiatrique et a instauré des réunions pluridisciplinaires trimestrielles avec différents partenaires (endocrinologues du CHU et du secteur libéral, diététiciens, médecins de la médecine préventive de la faculté, psychologues, infirmiers et psychiatres).

En septembre 2011, l'équipe du CECAT a créé une unité pour patients en surpoids ou obèses avec un trouble psychiatrique dont les axes de travail sont l'alimentation, les émotions et l'image corporelle.

Les objectifs sont de lutter contre la restriction cognitive, se réapproprier les sensations alimentaires, gérer les émotions et restaurer une meilleure estime de soi.

Le CECAT propose aux patients souffrant d'un surpoids ou d'une obésité avec une souffrance psychique, après une évaluation médicale :

- un suivi diététique en individuel avec une diététicienne
- un suivi en psychomotricité en individuel avec une psychomotricienne
- une prise en charge sur le groupe Moenbouche. Encadré par une psychomotricienne, une diététicienne et deux infirmières formées aux thérapies comportementales et cognitives, ce groupe est composé de 6 à 8 patients, à raison d'une séance par semaine, pendant 14 semaines.

En 2012, une cinquantaine de patients ont été pris en charge.

D'autre part, le CECAT participe au programme d'éducation thérapeutique du patient « Un poids en moins » porté par le CHU de Poitiers (voir ci-après).

X.3.5. Les réseaux

X.3.5.1. Le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en Poitou-Charentes (REPPCO)

REPPCO est le seul réseau formalisé dans la région. Financé par l'Agence régionale de santé et de statut associatif, REPPCO est une unité indépendante de prise en charge des adultes géré par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant en libéral et permettant de recevoir des patients pour des consultations thérapeutiques ambulatoires.

REPPCO intervient en Charente et permet l'accès à une prise en charge pluridisciplinaire prise en charge financièrement (diététiciens, psychologues).

L'équipe se compose de 2 diététiciennes, de 2 psychologues, d'une secrétaire qui sont salariées de l'association, et de 7 médecins intervenant par convention: 1 chirurgien, 2 endocrinologues et 4 médecins généralistes, exerçant tous à Angoulême ou à proximité.

Des conventions sont également passées avec le centre hospitalier de Girac pour des hospitalisations en médecine interne, et avec des structures spécialisées dans la prise en charge de l'obésité, le Logis des Francs pour ce qui concerne les établissements dans la région.

Les critères d'admission pour les patients sont d'avoir un IMC supérieur à 33 et être âgés de 18 à 65 ans. Les patients en situation de précarité sont pris en charge de manière prioritaire. L'entrée dans le réseau se fait par le biais du médecin traitant, le patient bénéficie alors d'une prise en charge globale se déroulant sur une à deux années.

Le programme d'éducation thérapeutique du REPPCO propose aux patients obèses des séances d'éducation individuelles ou collectives portant sur :

- des informations médicales sur leur maladie chronique
- des ateliers culinaires et d'éducation nutritionnelle, des séances autour de l'activité physique et des groupes de parole

X.3.6. Les réseaux non formalisés

Il existe des réseaux non formalisés dans la Vienne et en Charente-Maritime, centrés sur la prise en charge des patients qui font l'objet d'une chirurgie bariatrique.

- Dans la Vienne : Réseau Vienne Obésité Morbide, associant des professionnels libéraux et hospitaliers. Ce réseau compte 2 nutritionnistes libéraux exerçant à Poitiers, 3 chirurgiens dont un à la Polyclinique de Poitiers, un au centre hospitalier de Châtellerauld et un au CHU de Poitiers, un endocrinologue libéral exerçant à Poitiers, un endocrinologue nutritionniste et un psychiatre du CHU de Poitiers.
- En Charente-Maritime : un réseau informel est adossé à la Clinique du mail

Il n'existe pas de réseau dans les Deux-Sèvres.

X.3.7. Les programmes d'éducation thérapeutique autorisés

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 a inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient. Elle préconise la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) conformes à un cahier des charges national qui prévoit notamment une auto-évaluation annuelle de leur activité globale et de leur déroulement. Une première étude des questionnaires d'évaluation des programmes en éducation thérapeutique du patient pour l'année 2012 a été réalisée par la Direction de la Santé publique de l'ARS (43). Cette auto-évaluation permet à l'ARS de porter une appréciation sur la qualité des programmes mis en œuvre, de développer une offre en accord avec les besoins de la population et de planifier une stratégie d'ajustement de l'offre par territoire.

Figure 25. Programmes d'éducation thérapeutique du patient en surpoids ou obèses autorisés par l'ARS Poitou-Charentes – état au 1^{er} novembre 2013

Département	Structure porteuse	Nom du programme	Date d'autorisation
Charente	REPPCO	Education thérapeutique du patient obèse	23 mai 2012
	Maison de santé pluridisciplinaire du Val de Touvre	Les patients en surpoids et les patients obèses atteints de diabète	15 juin 2012
Charente-Maritime	Centre hospitalier de Rochefort	Programme d'éducation thérapeutique péri opératoire des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique	19 novembre 2012
	Association Nutrition Ateliers Santé à Rochefort	Education thérapeutique nutritionnelle pour les patients obèses	16 août 2011
	Centre hospitalier de Saint Jean d'Angély	Programme d'éducation thérapeutique du patient obèse candidat à une chirurgie bariatrique ou en substitution de cette prise en charge	20 octobre 2013
Deux-Sèvres	Centre hospitalier de Niort	Education nutrition et obésité	16 août 2011
	Logis des Francs à Cherveux	Programme d'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes d'obésité	30 décembre 2011
Vienne	CHU de Poitiers	ETP obèses lors de la mise en route du traitement du syndrome d'apnée obstructive du sommeil	8 février 2013
	CHU de Poitiers	Enfants et adolescents en surpoids et obèses	8 février 2013
	CHU de Poitiers	Un poids en moins (adultes)	8 février-2013

Sources : ARS Poitou-Charentes, novembre 2013 ; Exploitation : ORS Poitou-Charentes

L'obésité a été définie comme priorité régionale en éducation thérapeutique. Un appel à projet local lancé en février 2012 par l'ARS Poitou-Charentes a permis de mobiliser les acteurs de santé de l'obésité (en 2011, seuls 2 programmes étaient autorisés). Depuis, 10 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en surpoids ou obèses sont autorisés par l'ARS (état au 1^{er} novembre 2013). Les programmes d'ETP consistent à proposer aux patients qui y consentent un diagnostic éducatif avec définition d'un programme éducatif personnalisé, des séances individuelles ou collectives d'éducation (sous forme d'ateliers) ainsi qu'un entretien d'évaluation individuelle.

X.3.8. Les associations de patients

Concernant l'obésité, deux associations de patients sont recensées en Poitou-Charentes :

- l'association KRISALYD dans la Vienne : créée en 2009 à l'initiative des médecins du réseau obésité de la Vienne, cette association apporte un soutien aux personnes

obèses en démarche d'amaigrissement. Des groupes de paroles sont organisés dans la Vienne et dans les Deux-Sèvres (à Poitiers, Châtellerauld, Loudun et Saint-Maixent). KRISALYD propose également des réunions d'informations sur les interventions chirurgicales de l'obésité, la nutrition et la chirurgie plastique post amaigrissement. Enfin, différentes activités sont organisées, comme des activités sportives, des vide-dressing, de la balnéothérapie...

- l'association Obésité 17 en Charente-Maritime, dont le siège se situe à La Rochelle. Créée en 2006, elle a pour objet de regrouper des personnes ayant bénéficié ou souhaitant bénéficier d'une chirurgie de l'obésité afin de communiquer leur expérience respective, de s'entraider et d'améliorer leur prise en charge. Pour réaliser son objet, l'association organise des réunions d'information ouvertes à tous et gratuites une fois par mois à la Clinique du Mail. L'association organise également des repas thérapeutiques ayant pour but de préparer les futurs opérés à manger comme ils auront à le faire après l'opération.

Le Collectif inter associatif sur la santé recense deux associations de patients en lien avec la nutrition :

- l'association française des diabétiques AFD Poitou-Charentes qui vise à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes ou à risque de diabète. Une antenne est présente dans chaque département
- Croquons la vie (CLV), association de jeunes diabétiques, représenté dans la Vienne et les Deux-Sèvres

X.4. Les ressources relatives à l'activité sportive

Le Poitou-Charentes compte, en juin 2012, 5 633 clubs affiliés à une fédération, dont 1 258 en Charente, 1 705 en Charente-Maritime, 1 310 dans les Deux-Sèvres et 1 360 dans la Vienne (44).

Le taux de licences sportives pour 100 habitants est plus élevé en Poitou-Charentes que sur l'ensemble de la France métropolitaine : 26 % contre 24 %, avec des taux départementaux variant entre 24 % en Charente et 29 % dans les Deux-Sèvres (26 % en Charente-Maritime et dans la Vienne) (44).

La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale a réalisé en décembre 2012 un répertoire des associations sportives proposant des activités sport santé (45).

XI. Coût de la prise en charge de l'obésité

La seule référence bibliographique relativement récente concernant le coût des problèmes de santé en lien avec la nutrition est une synthèse documentaire de la Fédération de l'hospitalisation privée réalisée en mai 2009 (10). Le paragraphe suivant est tiré de cette synthèse.

Peu d'études françaises ont évalué le coût de l'obésité. Une étude de l'IRDES réalisée à partir des données de l'enquête santé protection sociale (46) estime le coût annuel de l'obésité en France entre 1,5 et 4,6 % des dépenses de santé en 2002 selon que l'on inclut ou non les indemnités journalières. Ce coût est mesuré sur une prévalence de l'obésité de 10,7 % en 2002. La Fédération de l'hospitalisation privée estime en se référant à la prévalence enregistrée par l'enquête ENNS en 2006 qui fait état d'une prévalence de l'obésité à 16,9 %, que le coût de l'obésité serait alors plus proche de 7 à 8 %.

Selon l'Inspection générale des affaires sociales, le surcoût de l'obésité se situerait aux alentours de 5 milliards d'euros. Pour l'Inspection générale des finances, il atteindrait entre 11,5 et 14,5 milliards (47).

La consommation moyenne de soins et de biens médicaux d'une personne obèse s'élèverait à environ 2 500 € pour l'année 2002, soit le double de celle d'un individu de poids dit normal. Si l'on tient compte des montants remboursés par l'assurance maladie, le surcoût d'une personne obèse est estimé à 407 € en moyenne et à 631 € en considérant le montant des indemnités journalières.

Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à âge comparable, les personnes obèses ont deux fois plus de risque de développer une affection longue durée (ALD) que les personnes de poids dit normal. A cet égard, il convient de rappeler que les ALD représentent 60 % (47) des dépenses d'assurance maladie et sont le principal facteur d'augmentation des dépenses, dans la mesure où les ALD contribuent pour deux tiers à la croissance globale du volume de soins.

Les dépenses liées à l'obésité représenteraient 3 à 7 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008, soit 152 milliards d'euros. Au rythme actuel de la progression de l'obésité, ce coût pourrait doubler d'ici 2020 et représenter 14 % de l'ONDAM.

De plus, d'après un rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité (13), les 4 principaux groupes de maladies affectant les personnes en ALD (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, affections psychiatriques) représentent 70 % des personnes en ALD et totalisent 44 % des dépenses d'assurance maladie.

XII. Bibliographie

1. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. Juillet 2011 66 p
2. HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Actualisation des recommandations 2003. septembre 2011. 219 p.
3. ZAZZO J-F, ANTOUN S, BASDEVANT A, et al. Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance. Ministère de la Santé et des Sports, Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. 2010. 92 p.
4. OPPERT J-M, SIMON C, RIVIERE D. Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. Octobre 2005. 55 p.
5. ESCALON H, BECK F, BACHELOT-NARQUIN R. Baromètre santé nutrition 2008. 2009. 424 p.
6. OMS. Dossier. Nutrition. Site internet : www.who.int
7. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Nutrition et obésité : Nouvelles mesures pour 2008 et évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire - Dossier de presse. Février 2008. 19 p.
8. InVS. Étude 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). Décembre 2007. 74 p.
9. HERCBERG S, OPPERT JM. Dossier. Nutrition et santé. Site Internet : www.inserm.fr.
10. VIEZ M-C. La prise en charge de l'obésité en France. Synthèse documentaire. Fédération de l'Hospitalisation Privée. Mai 2009. 25 p.
11. ETIEVANT P, BELLISLE F, DALLONGEVILLE J, et al. Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?. INRA. Juin 2010. 64 p.
12. RAINE KD. Les déterminants de la saine alimentation au Canada, Aperçu et synthèse. Rev Can Santé Publique. août 2005. 96(supplément 3):S8-S15.
13. Brigitte BOUT. L'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. Décembre 2010 267 p.
14. FOURNIER V. Les différentes dimensions de l'alimentation; «Fourchettes et baskets». INPES. 2012
15. Inserm. Dossier. Obésité. Inserm. Site Internet : www.inserm.fr
16. BOUNAUD V, DEBARRE J. Bulletin d'observation en santé - Troubles du rythme veille/sommeil en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Mars 2013 8 p.
17. ObEpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Inserm, Kantar Health, Roche. 2012. 60 p.
18. SCHLIENGER J-L. Obésité de l'adulte : diagnostic, enjeux et prise en charge. Hôpital de Hautepierre. 2011. 12 p.
19. Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Inserm. 2006. 232 p.

20. Ministère des Affaires municipales, du sport et du Loisir. Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec : avis du comité scientifique de Kino-Québec. Québec. 2004. 31 p.
21. ANSES. Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents. Décembre 2012. 253 p.
22. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) (2006-2007). Septembre 2009. 228 p.
23. DANET S, BROCAS A-M, HINI E, OLIER L. L'état de santé de la population en France Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. 2011. 338 p.
25. GODEAU E, ARNAUD C, NAVARRO F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France - 2006. INPES. 2008. 274 p.
26. CHARDON O, GUIGNON N. La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale. DREES. Rapport n°853. Septembre 2013. 6 p.
27. GIRAUD J, RONCHEAU M, VAIL E. Bulletin d'observation en santé - La nutrition un déterminant de santé. ORS Poitou-Charentes. Mars 2012. 8 p.
28. VAN DER SCHUEREN T, VANHALEWYN M. Dénutrition de la personne âgée : dépistage, diagnostic et prise en charge. janvier 2012 ; (289):34-41.
29. HANKARD R, COLOMB V, PILOQUET H, BOCQUET A, BRESSON JL, BRIEND A, et al. Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. Octobre 2012 ; 19(10):1110-1117.
30. GRANGE D, VERNAY M, DELANNOY A, FERON V, VINCELET C, GUIBERT G, et al. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Etude ABENA 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Mars 2013. 184 p.
31. GUIGNON N, COLLET M, GONZALEZ L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. DREES. Rapport n°737. Septembre 2010. 8 p.
32. ROBIN S, JOUHET V. HBSC Poitiers 2007. La santé des 11, 13, 15 ans scolarisés dans l'Académie de Poitiers. ORS Poitou-Charentes. Septembre 2008. 154 p. Rapport n°.118.
33. COLIN A, ROBIN S. Enquête Ado 15 ans. ORS Poitou-Charentes. Rapport n°149. Juin 2013. 95 p.
34. DEBARRE J, ROBIN S. Baromètre santé Poitou-Charentes 2010. Qualité de vie, sommeil et nutrition. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 6 p.
35. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Obésité 2010-2013. Juillet 2011. 42 p.
36. Ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire. Programme national pour l'alimentation. Février 2011. 76 p.
37. TOUSSAINT J-F. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008. 295 p.
38. Le Sport pour tous. Rapport d'activité 2012. Centre national pour le développement du sport. 2012. 28 p.
39. Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative. Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en

œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique. NOR : SPOV1243368J

40. ARS Poitou-Charentes. Analyse des crédits octroyés par la Direction de la santé publique de l'ARS Poitou-Charentes entre 2007 et 2012 en direction de la Plateforme Nutrition, Obésité, Activités physiques. Mai 2013. 6 p.
41. MARCHEIX C. ARS Poitou-Charentes - Direction de la santé publique. La promotion de la santé en matière de nutrition au sein de l'ARS Poitou-Charentes. 2012.
42. SICART D. Les professions de santé au 1er janvier 2013. DREES. Rapport n°183. Août 2013. 92 p.
43. CORNILLE B. Etudes des questionnaires d'évaluation des programmes en éducation thérapeutique du patient (ETP) pour l'année 2012. ARS Poitou-Charentes - Direction de la santé publique. Avril 2013. 22 p.
44. DRJSCS Poitou-Charentes. Panorama statistique Poitou-Charentes 2012. Mai 2013. 42 p.
45. Préfecture de la région Poitou-Charentes, DRJSCS Poitou-Charentes. Répertoire des associations sportives en Poitou-Charentes 2012-2013. Offre de Sport - Santé. Décembre 2012. 12 p.
46. EMERY C, DINET J, LAFUMA A, SERMET C, KHOSHNOOD B, FAGNANI F. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. Juin 2007. (6): p. 832-840.
47. BOYER V. Faire de la lutte contre l'épidémie d'obésité et du surpoids une grande cause nationale. Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale. Rapport n°1131. Octobre 2008. 244 p.
48. ARS Poitou-Charentes. Schéma régional de Prévention. Décembre 2011. 218 p.
49. ARS Poitou-Charentes. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins PRAPS - Poitou-Charentes 2011-2016. Décembre 2011. 48 p.
50. ARS Poitou-Charentes. Plan obésité 2010-2013. Pour une prévention précoce de l'obésité et du surpoids en Poitou-Charentes. Proposition d'une stratégie interinstitutionnelle et pluridisciplinaire. 2011. 12 p.
51. ARS Poitou-Charentes. Projet régional de santé de Poitou-Charentes - Schéma régional d'organisation des soins hospitaliers. Décembre 2011. 262 p.

XIII. ANNEXES

Annexe 1 : Les objectifs de la Loi de Santé publique de 2004

La loi de santé publique de 2004 comprend 10 objectifs sur la thématique de la nutrition. Ils sont répartis en 6 objectifs portant sur des résultats de santé et 4 sur des déterminants de santé.

005 : Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS)

006 : Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse...) ; réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3 % chez les hommes et 14,4 % chez les femmes actuellement à 8,5 % et 10,8 % d'ici à 2008

007 : Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %, de 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %

008 : Rachitisme carenciel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carenciel

009 : Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008

010 : Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)

011 : Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : la réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8 g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments

012 : Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PNNS)

013 : Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural

098 : Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008)

Ces objectifs seront revus dans le cadre de la Loi de santé publique 2014.

Annexe 2 : Les objectifs nutritionnels nationaux

Source : Haut comité de santé publique, avril 2010

Domaine d'action	Objectifs	
Réduire l'obésité et le surpoids dans la population	Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes ✓ Réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes ✓ Stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité ✓ Diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide
	Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuer, en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité ✓ Diminuer en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, la prévalence de surpoids et d'obésité
Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges	Augmenter l'activité physique chez les adultes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes situées dans la classe d'activité physique : « élevée » de 20 % au moins, chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes « moyenne » de 20 % au moins
	Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure ✓ Diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran
Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque	Augmenter la consommation de fruits et légumes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter en 5 ans, chez les adultes en population générale, la consommation de fruits et légumes, de sorte que : <i>70 % au moins d'adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour</i> <i>50 % au moins d'adultes consomment au moins 5 fruits et légumes par jour</i> ✓ Augmenter, en 5 ans, chez les adultes en situation de pauvreté, la consommation de fruits et légumes de façon à : <i>doubler la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 3 fois par jour</i> <i>multiplier par 5 la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 5 fois par jour</i> ✓ Augmenter en 5 ans, chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans, la consommation de fruits et légumes de sorte que : <i>50 % au moins consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour</i> <i>25 % au moins consomment 5 fruits et légumes par jour</i>

Réduire la consommation de sel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuer la consommation moyenne de sel dans la population pour atteindre, en 5 ans : <i>8 g/jour chez les hommes adultes</i> <i>6,5 g chez les femmes adultes et les enfants</i>
Améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool (ASEA)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ramener chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la contribution moyenne des lipides totaux au sein des ASEA à 36,5 % ✓ Ramener chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la part moyenne des acides gras saturés, au sein des apports et lipides totaux : <i>à 36 % chez les adultes</i> <i>à 37 % chez les enfants</i> ✓ Augmenter chez les adultes et les enfants, la part des apports en glucides complexes et en fibres et diminuer la part des apports en glucides simples issus des produits sucrés dans l'apport énergétique total
Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuer de 10 % au moins, la proportion de femmes jeunes, d'adolescents et de personnes âgées ayant des apports en calcium alimentaire inférieurs au besoin nutritionnel moyen (BNM)
Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduire d'un tiers, en 5 ans, la fréquence de l'anémie ferriprive chez les femmes en situation de pauvreté en âge de procréer (15-49 ans)
Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduire de 30 % au moins, en 5 ans, la proportion de femmes en âge de procréer ayant un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3ng/ml) ✓ Réduire de 20 % au moins, en 5 ans, la proportion de femmes ayant des apports en folates inférieurs au BNM ✓ Augmenter de 50 % au moins en 5 ans, le nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits pour un projet de grossesse
Promouvoir l'allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance ✓ Augmenter de 25 % au moins, en 5 ans, la part des enfants allaités à la naissance bénéficiant d'un allaitement exclusif ✓ Allonger de 2 semaines, en 5 ans, la durée médiane de l'allaitement maternel ✓ Retarder d'un mois, en 5 ans, l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce)
Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents ✓ Réduire en population générale, en 5 ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution <i>de 15 % au moins pour les plus de 60 ans</i> <i>de 30 % au moins pour les plus de 80 ans</i> ✓ Réduire de 20 % au moins en 5 ans, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris

Annexe 3 : Les objectifs des principaux plans nationaux en matière de nutrition

Programme	Objectifs généraux	
PNNS 3 (1) (2011-2015)	Réduire le surpoids et l'obésité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids de 10 % chez les adultes ✓ Diminuer de 15 % la prévalence du surpoids chez les enfants et adolescents
	Augmenter la pratique d'activités physiques et sportives régulières	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter l'activité physique de 20 % chez les adultes ✓ Arriver à ce que 50 % des enfants aient une activité physique intense régulière ✓ Diminuer de 10 % le temps moyen journalier passé par les enfants devant un écran
	Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter la consommation de fruits et de légumes pour que 70% des adultes et que 50% des enfants en consomment au moins 3,5 par jour et que 50% des adultes et 25% des enfants en consomment 5 par jour ✓ Réduire la consommation de sel à 8g par jour chez les hommes et à 6,5g par jour chez les femmes et les enfants ✓ Améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques ✓ Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque ✓ Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté ✓ Améliorer le statut en vitamine B9 des femmes en âge de procréer ✓ Promouvoir l'allaitement maternel
	Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuer de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes ✓ Augmenter le nombre de patient traités pour l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle
Plan Obésité (35) 2010-2013	Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place, sous l'égide de l'ARS, une organisation des soins lisible, accessible à tous en incluant les dimensions préventives et sociales
	Mobiliser les partenaires de la prévention : agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer l'alimentation en milieu scolaire, restauration collective, restauration solidaire, ✓ Développer l'activité physique pour la santé <p><i>Cet axe est conduit en étroite relation avec le PNNS 3 et le Programme national pour l'alimentation (PNA)</i></p>
	Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination	
	Investir dans la recherche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prioriser la recherche sur l'analyse des comportements de consommation et l'impact de la communication et des messages de santé publique ✓ Poursuivre les recherches épidémiologiques sur l'évolution de l'obésité chez les jeunes

Programme national pour l'alimentation (36)	Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rendre plus efficace l'aide alimentaire en faveur des plus démunis ✓ Rendre obligatoire le respect des règles nutritionnelles en restauration collective scolaire ✓ Améliorer la qualité de vie des aînés via la qualité de leur alimentation, notamment à l'hôpital et en maison de retraite
	Améliorer l'offre alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer des contrats d'engagement de qualité entre l'État et les entreprises agroalimentaires afin d'améliorer la qualité des produits sous toutes ses composantes (modes de production, nutrition, goût, praticité, marketing, réduction des emballages, ...) ✓ Développer les circuits courts et de proximité, avec la modification du code des marchés publics afin de permettre de donner la priorité à ces produits dans la restauration collective ✓ Améliorer l'accès aux produits de base (fruits et légumes, produits de la mer, pain, etc.)
	Améliorer la connaissance et l'information sur l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer des outils de référence sur l'information et de la communication autour des questions alimentaires (portail internet dédié, projet proxi-produit, observatoire de l'alimentation) ✓ Mobiliser les acteurs autour des maisons de l'alimentation, lieux d'échanges, d'information et de pratiques culinaires ✓ Encourager la mise en place d'ateliers de cuisine et de classes du goût à l'école et sur le temps périscolaire ✓ Améliorer l'étiquetage de l'origine des produits
	Promouvoir le patrimoine alimentaire et culinaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer le patrimoine alimentaire et gastronomique aux journées européennes du patrimoine ✓ Favoriser le rapprochement des lycées hôteliers et des lycées agricoles afin de recréer les liens des professionnels de l'alimentation sur les différents aspects de la production et de la valorisation des produits et des terroirs

Annexe 4 : Les objectifs des principaux plans régionaux en matière de nutrition

Domaine d'action	Objectifs	
Promotion de la santé <u>Documents de référence :</u> <i>Programme régional de santé</i> <i>Schéma régional de prévention (48)</i> <i>Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (49)</i>	Structurer une politique régionale de promotion de la santé et professionnaliser les acteurs	
	Développer la qualité des projets autour de la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place d'ateliers collectifs d'aide à la mise en place d'actions ✓ Mise en cohérence des actions (CTRN, partenariats...) ✓ Valorisation des outils PNNS
	Développer des projets	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer le réseau des villes actives du PNNS ✓ Auprès des 0-6 ans et leurs parents, au sein des écoles situées dans les quartiers défavorisés
	Développer la dimension nutrition dans les diagnostics de territoire	
	Participer à la réduction des inégalités sociales de santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en cohérence des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique auprès des populations les plus démunies ✓ Amélioration de la connaissance des comportements alimentaires des populations en situation de précarité ✓ Promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville et autres dispositifs de politique locale ✓ Mise en évidence de la dimension « précarité » dans les actions d'éducation nutritionnelle
Prévention <u>Document de référence :</u> <i>Proposition d'une stratégie régionale interinstitutionnelle et pluridisciplinaire. Pour une prévention précoce de l'obésité et du surpoids en Poitou-Charentes. Plan Obésité (50)</i>	Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permettre un véritable choix éclairé du mode d'alimentation du nouveau-né ✓ Promouvoir le label « Hôpital ami des bébés » et inscrire les maternités dans un processus de certification ✓ Identifier les lieux d'informations et de rencontres
	Améliorer l'environnement alimentaire et l'environnement physique pour faciliter la mise en œuvre de comportements favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité, notamment en milieu précaire ✓ Offrir une alimentation conforme et contrôlée dans les lieux d'accueil collectif des enfants de 0 à 6 ans ✓ Favoriser un environnement propice à la pratique d'une activité physique au quotidien pour tous ✓ Promouvoir l'accès aux activités physiques et sportives adaptées pour les personnes vulnérables (revenus, âge, handicap, maladies chroniques dont obésité)
	Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir des comportements favorables en matière d'alimentation, activités physiques quotidiennes, temps d'écran, sommeil

	Sensibiliser, former les professionnels aux enjeux de la prévention et de la prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibiliser les médecins traitants et pédiatres, gynéco-obstétriciens, sage-femmes, puériculteurs, assistants maternels, personnels de la petite enfance, personnels de restauration collective, etc.
	Organiser la chaîne de soins au niveau territorial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère ✓ Organiser la filière de soins ✓ Reconnaître les équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité ✓ Mener un diagnostic territorial des besoins pour la promotion des réseaux de prise en charge de l'obésité ✓ Organiser l'offre de soins pour les jeunes enfants souffrant de handicap ou de maladies génétiques associées à l'obésité
	Rendre lisible et accessible l'offre régionale de prise en charge de l'obésité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer un annuaire régional des ressources
	Systématiser le dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chez l'enfant, la femme en âge de procréer particulièrement en situation de pauvreté, la femme enceinte ✓ Par les médecins traitants, pédiatres, gynéco-obstétriciens, sage-femmes ✓ Développer les actions de dépistage, prévention, surveillance de l'état nutritionnel pour les personnes en situation de handicap
	Assurer la surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recueillir les données de surveillance épidémiologique régionale ✓ Définir des indicateurs de suivi
Organisation des soins hospitaliers <u>Document de référence :</u> <i>Schéma régional d'organisation des soins hospitaliers (51)</i>	Améliorer la prise en charge de la chirurgie bariatrique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir une prise en charge en chirurgie bariatrique conforme aux recommandations ✓ Organiser selon la densité de la population, des unités de prise en charge chirurgicale de l'obésité ✓ Engager une réflexion à la création d'unité hospitalière d'évaluation et de prise en charge médicale de l'obésité sévère ou compliquée ✓ Labelliser les unités de prise en charge chirurgicale de l'obésité ✓ Améliorer l'accès aux consultations médicales spécialisées
	Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient	
	Assurer une meilleure information et coordination des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Création d'une filière de prise en charge de l'obésité par département ✓ Elaboration d'un dossier commun sur l'ensemble de la région pour les patients obèses ✓ Création d'une structure de coordination régionale ✓ Organisation d'un centre régional de recours et d'expertise pour la prise en charge des cas complexes ✓ Engager une réflexion sur les modalités de développement de réseaux similaires au réseau REPPCO ✓ Favoriser la création d'associations de patients obèses

Annexe 5 : Le fonctionnement du CSO du CHU de Poitiers

Le CSO propose un circuit de prise en charge multidisciplinaire et multiprofessionnel de l'obésité morbide au sein du service de Médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques. Les objectifs du CSO sont :

- d'organiser le circuit de prise en charge médico-chirurgicale des patients obèses en :
 - structurant la prise en charge médicale au sein du service d'endocrinologie
 - organisant et coordonnant le dépistage des complications médicales
- de prendre en charge l'obésité sévère en proposant des options thérapeutiques alternatives à la chirurgie bariatrique⁸
- d'organiser la filière dans la région Poitou-Charentes, ce qui implique un partenariat du CHU avec les centres hospitaliers de la région, publics et privés, impliqués dans la prise en charge de l'obésité morbide

Le CSO accueille des patients obèses sévères (IMC > 40 ou IMC > 35 avec comorbidités).

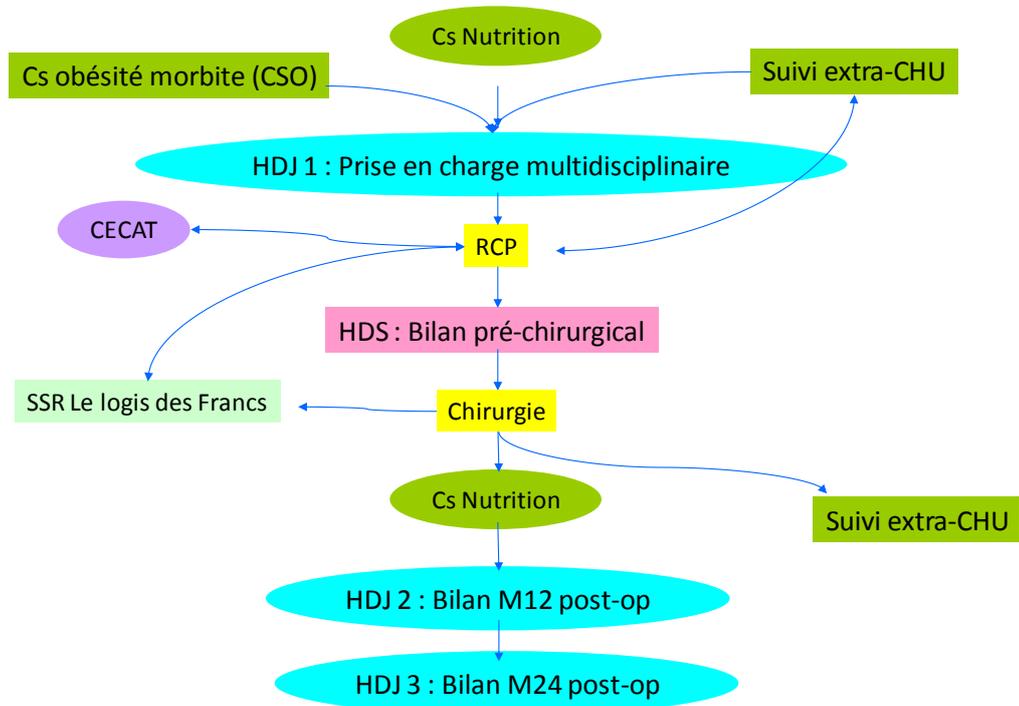
L'équipe du CSO se compose d'un praticien hospitalier endocrinologue, coordonnateur du projet (0,5 ETP), d'un praticien hospitalier psychiatre (0,2 ETP), d'un diététicien (0,8 ETP), d'un assistant de service social (0,5 ETP), d'un professeur d'activités physiques adaptées (0,2 ETP) et d'un chirurgien bariatrique.

Le circuit intègre des consultations médicales de prise en charge de l'obésité morbide, la RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) de recours régional, un programme d'éducation thérapeutique et les hospitalisations pré et post interventions chirurgicales incluant les bilans nécessaires et recommandés par la HAS.

Il s'agit d'un circuit à double entrée et double sortie :

- une entrée et une sortie ouverte sur le secteur libéral aux endocrinologues-nutritionnistes qui ont le projet pour leurs patients d'une intervention chirurgicale au CHU
- une entrée issue de la consultation « Obésité morbide » mise en place dans le cadre du CSO
- des sorties vers des dispositifs de prise en charge lorsque la chirurgie bariatrique n'est pas retenue par la RCP : CECAT pour une prise en charge psychiatrique spécialisée pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaire qui contre-indiquent la chirurgie bariatrique) et le Logis des Francs pour la poursuite d'une prise en charge médicale et pluridisciplinaire.

⁸ La chirurgie bariatrique est un type de chirurgie consistant à restreindre l'absorption des aliments, diminuant, de fait, l'apport calorique journalier afin de lutter contre l'obésité.



Un programme d'éducation thérapeutique est également organisé dans le cadre du CSO.

En 2012, ont été réalisées :

- 271 patients vus en consultation médicale et/ou HDJ et ou/HDS
- 463 consultations nutrition
- 179 consultations psychiatres
- 327 consultations diététiciens
- 107 rendez-vous avec l'assistante sociale
- 91 rendez-vous avec l'éducatrice médico-sportive
- 125 hospitalisations de jour
- 77 hospitalisations de semaine
- 495 consultations chirurgiens
- 114 interventions de chirurgie bariatrique

Nutrition, Obésité, Activités physiques

Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes

Mots-clés

Nutrition, Activité physique, Epidémiologie, Prévention, Prise charge, Offre soins, Ressource, Plan, Programme, Obésité, Facteur risque, Facteur socioculturel, Facteur socioéconomique, Comportement alimentaire, Plan national nutrition santé, Poitou-Charentes.

Pour nous citer

BOUNAUD V., MOREAU F. **Nutrition, Obésité, Activités physiques. Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes.** ORS Poitou-Charentes. Janvier 2014. Rapport n° 153. 74 p.



17, rue Salvador Allende ● 86000 Poitiers ● Tél. 05 49 38 33 12 ● ors@ors-poitou-charentes.org ● www.ors-poitou-charentes.org
Sites gérés par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com ● www.indisante.org