

Conseil national de l'alimentation

Avis n° 54

Avis sur la prévention de l'obésité infantile

Ministère de l'agriculture et de la pêche
Ministère de la santé et des solidarités
Ministère de l'économie, des finances
et de l'industrie

Avis n°54 adopté à l'unanimité le 15 décembre 2005

CNIA

Sommaire

1.	<i>Introduction générale</i>	5
1.1.	<i>Description du mandat du CNA</i>	5
1.2.	<i>Méthode de travail</i>	5
1.3.	<i>Particularité de la démarche du CNA</i>	6
2.	<i>Constats du groupe de travail</i>	7
2.1.	<i>La prévention de l'obésité est un problème de société</i>	7
2.1.1.	<i>De nombreuses réflexions institutionnelles et de recherche sur ce sujet</i>	7
2.1.2.	<i>L'importance de définir ce qu'on entend par obésité chez l'enfant</i>	8
2.1.2.1.	<i>Définitions de l'obésité de l'enfant</i>	8
2.1.2.2.	<i>Evolution de l'IMC de l'enfant et notion de rebond d'adiposité précoce</i>	9
2.1.3.	<i>Impact des facteurs sociaux sur l'obésité</i>	9
2.1.3.1.	<i>Les statuts économiques et sociaux déterminants de l'obésité</i>	10
2.1.3.2.	<i>L'impact des systèmes de valeurs relatifs à la corpulence sur le développement de l'obésité</i>	11
2.1.3.3.	<i>Pourquoi faut-il donc lutter contre la stigmatisation de l'obésité et chercher à modifier les systèmes de valeurs qui la sous-tendent ?</i>	12
2.2.	<i>Facteurs de risques sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'obésité tout au long de l'enfance</i>	13
2.2.1.	<i>Facteurs de risque connus</i>	13
2.2.2.	<i>D'avant la conception jusqu'à trois ans</i>	13
2.2.2.1.	<i>Avant la conception</i>	13
2.2.2.2.	<i>La femme enceinte</i>	14
2.2.2.3.	<i>Le nourrisson pendant la première année de vie</i>	14
2.2.2.4.	<i>L'enfant en bas âge (1-3 ans)</i>	18
2.2.3.	<i>Au-delà de 3 ans</i>	20
2.2.3.1.	<i>Ecole et temps périscolaire</i>	20
2.2.3.2.	<i>Offre alimentaire, culture alimentaire, goût, cuisine</i>	25

2.2.3.3.	<i>Sédentarité et activité physique</i>	26
2.2.3.4.	<i>La publicité</i>	28
2.2.3.5.	<i>Education nutritionnelle, comportement alimentaire</i>	29
2.3.	<i>Etat des lieux en France : de nombreuses initiatives</i>	31
2.3.1.	<i>Les institutionnels</i>	31
2.3.1.1.	<i>La loi relative à la politique de santé publique</i>	31
2.3.1.2.	<i>Le Programme national nutrition santé (PNNS)</i>	31
2.3.2.	<i>Le secteur associatif : associations de consommateurs, Association Journées de l'Intendance (AJI), Comité de coordination des collectivités (CCC)</i>	33
2.3.2.1.	<i>Les actions de la Confédération syndicale des familles (CSF) en matière de prévention de l'obésité</i>	33
2.3.2.2.	<i>Les actions de la Confédération du logement et du cadre de vie (CLCV)</i>	34
2.3.2.3.	<i>Les actions de Familles de France</i>	35
2.3.2.4.	<i>Les actions de l'ADEIC du Gard</i>	35
2.3.2.5.	<i>Les actions de l'Union féminine civique et sociale (UFCS)</i>	36
2.3.2.6.	<i>Les actions de l'AJI</i>	37
2.3.2.7.	<i>Les actions du CCC</i>	37
2.3.3.	<i>L'industrie agro-alimentaire</i>	37
2.3.3.1.	<i>Renforcement de la discipline professionnelle dans la communication</i>	37
2.3.3.2.	<i>Informier et sensibiliser les consommateurs</i>	38
2.3.3.3.	<i>Actions des professionnels sur la diversification de l'offre alimentaire</i>	39
2.3.4.	<i>Les artisans et commerçants alimentaires de détail</i>	40
2.3.5.	<i>La grande distribution</i>	40
3.	<i>Vers une politique intégrée</i>	40
3.1.	<i>De la " toile de causalité " aux " champs d'action "</i>	41
3.2.	<i>Outils et lignes stratégiques</i>	42
3.2.1.	<i>Les outils de la prévention</i>	42
3.2.1.1.	<i>La promotion de la santé pilotée par le haut</i>	42
3.2.1.2.	<i>L'éducation à la santé par les groupes</i>	42
3.2.1.3.	<i>Les conseils individuels pour la santé</i>	42
3.2.1.4.	<i>La législation pour la santé</i>	43
3.2.2.	<i>Principales lignes stratégiques d'une politique de prévention</i>	43
3.2.2.1.	<i>La ligne stratégique administrative</i>	43
3.2.2.2.	<i>La ligne stratégique centrée sur les individus et les populations</i>	43
3.2.2.3.	<i>La ligne stratégique centrée sur les acteurs et les réseaux</i>	44
3.2.2.4.	<i>La ligne stratégique centrée sur l'environnement</i>	44
3.2.2.5.	<i>La ligne stratégique centrée les systèmes de représentations</i>	44
3.3.	<i>Niveaux et organes à mobiliser pour une politique intégrée de prévention de l'obésité infantile</i>	45
3.3.1.	<i>Au niveau communautaire</i>	45
3.3.2.	<i>Au niveau national</i>	45
3.3.3.	<i>Au niveau local</i>	46
4.	<i>Avis du Conseil national de l'alimentation</i>	46
5.	<i>Annexes</i>	48
5.1.	<i>Composition du groupe de travail</i>	48
5.2.	<i>Courbes de corpulence</i>	49

1. Introduction générale

1.1. Description du mandat du CNA

Le Conseil national de l'alimentation (CNA) a rendu plusieurs avis se rapportant à l'éducation alimentaire et à la nutrition, qu'il s'agisse de la population en général ou de certains groupes particuliers (enfants, sujets en situation de précarité...).

Lors de l'installation du CNA, le 25 septembre 2003, les ministres de tutelle l'ont saisi conjointement d'un travail sur l'obésité. Monsieur Dutreil, Secrétaire d'état aux petites et moyennes entreprises, au commerce, à l'artisanat, aux professions libérales et à la consommation en a précisé les contours en déclarant ce qui suit :

" L'augmentation de l'obésité, en particulier chez l'enfant, constitue une préoccupation constante des autorités sanitaires en France et dans les pays occidentaux depuis quelques années.

La construction du comportement alimentaire de l'enfant est un vrai sujet de préoccupation et, à cet égard, le conseil pourrait notamment examiner l'impact de la publicité et des allégations nutritionnelles. Au-delà il me semble qu'il serait utile d'engager une réflexion générale sur le lien entre alimentation et obésité "

Le mandat visait donc, dans le prolongement des travaux antérieurs, à répondre aux préoccupations des ministres de tutelle en déterminant des modalités d'action pour prévenir le risque d'obésité chez l'enfant.

Un groupe de réflexion spécifique a été constitué. Attaché au groupe de travail permanent en charge de la politique nutritionnelle présidé par Gérard BENOIST du SABLON (et à compter du 20 octobre 2004 par Ambroise Martin), il a été animé par le Professeur Ambroise MARTIN qui était initialement rapporteur.

La consultation de spécialistes a montré que les enfants ne constituent pas un ensemble de population uniforme. Ils dissocient la petite enfance, incluant les nourrissons, et les enfants en âge d'être scolarisés.

1.2. Méthode de travail

Le groupe est parti de données montrant que le surpoids et l'obésité chez l'enfant s'expriment de plus en plus tôt : il y a 15 ans, 1 enfant sur 12, âgé de 5 à 6 ans, était obèse (obésité de degré 1 et de degré 2 telle que définie par le PNNS comme précisé dans le chapitre 2.1.2.1 sur les définitions) alors qu'actuellement près d'un enfant sur 6 de cet âge est concerné.

Pourquoi l'obésité de l'enfant s'exprime-t-elle donc aussi tôt désormais ?

Pour tenter de répondre à cette question, le parti a été pris d'examiner les différents facteurs susceptibles d'intervenir au cours du développement de l'enfant, depuis la naissance mais aussi lors de la croissance fœtale, ce qui conduit également à étudier l'environnement et l'alimentation de la femme enceinte.

Le cheminement proposé repose ainsi, très légitimement, sur la vie de l'enfant, son développement ainsi que sur son environnement au sens large.

Deux sous-groupes de travail ont été constitués afin de proposer des modalités d'action adaptées à l'âge des enfants :

- pour la petite enfance, incluant les nourrissons (de la naissance à 1 an) et les enfants en bas âge (de 1 an à 3 ans), la fonction de rapporteur a été confiée à Claude RICOUR, membre du CNA et Professeur de nutrition.

- pour les tranches d'âge supérieures (enfants âgés de plus de 3 ans), Jean-Pierre POULAIN, socio-anthropologue à l'Université de Toulouse le Mirail, en a été le rapporteur.

Enfin, un débat entre les différents collègues a été organisé afin de déterminer la hiérarchie des priorités dans les actions proposées.

Ont été portés à la connaissance des différents collègues, des rapports récents publiés sur cette thématique ou estimés en lien avec elle (les expertises collectives de l'Inserm, les recommandations de l'ANAES, les résolutions pour combattre la pauvreté des enfants figurant dans le rapport de la Commission Familles, vulnérabilité, pauvreté, les avis du CNA sur la place de l'éducation alimentaire dans la construction des comportements alimentaires, sur la restauration scolaire l'alimentation et l'exclusion sociale, sur la politique nutritionnelle, des études sur la publicité et l'enfant...) ainsi qu'un certain nombre d'articles de presse sur le sujet de l'obésité parus pendant le déroulement des travaux du groupe.

Par ailleurs, chaque groupe a bénéficié de l'éclairage de personnalités lors d'auditions sur des thèmes choisis. Les groupes ont dû se limiter sur le nombre d'intervenants compte tenu des délais impartis.

De la naissance, et avant, jusqu'à 3 ans, les auditions ont couvert les aspects suivants :

- la grossesse et la femme enceinte
- l'enfant la première année :
jusqu'à 6 mois : alimentation lactée (allaitement ou laits infantiles), relation mère/enfant, mode de garde...
de 6 mois à 1 an : processus progressif de diversification alimentaire (à partir de 6 mois dans l'idéal, en tout cas jamais avant 4 mois) relation mère / enfant, mode de garde.
- l'enfant de 1 à 3 ans : ancrage des habitudes alimentaires, acquisition de la marche et activité physique, environnement familial et social.

Pour l'enfant au delà de 3 ans, les interventions ont abordé les thèmes suivants :

- la socio-anthropologie de l'obésité, la stigmatisation, les stratégies de prévention de l'obésité au regard de l'environnement,
- la mesure de l'obésité infantile, le point de vue médical sur la prévention de l'obésité,
- la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, la publicité,
- le PNNS, les expériences d'éducation nutritionnelle et de prévention de l'obésité infantile, les réseaux de prévention, l'économie familiale et la cuisine à l'école, l'éducation au goût des enfants.

1.3. Particularité de la démarche du CNA

Les rapports et propositions de programmes de lutte contre l'obésité produits en France ou à l'échelle internationale sont, dans une large majorité, l'œuvre d'experts réputés indépendants, c'est-à-dire non liés à des acteurs économiques. Certains de ces rapports ont été réalisés sous l'égide d'organismes de recherche et d'agences nationales (Inserm, Afssa, Santé Canada...) ou internationales (OMS, FAO, etc.), d'autres enfin sont l'œuvre de sociétés savantes, médicales pour la plupart (Sociétés de cardiologie, de pédiatrie, etc.).

Le travail du CNA se situe dans un autre registre qui tient à la nature même de l'instance. Le CNA n'est pas une commission d'experts, mais une structure hybride représentant toutes les compo-

santes de la " chaîne alimentaire " : associations de consommateurs et d'usagers, producteurs agricoles, industrie et artisanat, distribution, restauration, syndicats des salariés de l'agriculture et de l'agro-alimentaire, distribution, représentants de services publics, et enfin experts de différentes disciplines scientifiques s'intéressant à l'alimentation, depuis les sciences de la nutrition jusqu'aux sciences humaines et sociales.

Son rôle est d'émettre des avis qui, parfois, peuvent prolonger les expertises scientifiques réalisées par les agences. Il est un lieu d'analyse des enjeux qui sous-tendent par exemple les questions de santé publique, au delà de ce qui fait consensus sur le plan scientifique. Il propose aux décideurs des stratégies d'action qui sont le résultat d'une concertation et constitue ainsi un dispositif d'analyse dit " de deuxième cercle "1.

Toutes les conditions ne sont cependant pas réunies pour que le travail du CNA soit considéré comme un travail d'expertise à proprement parler : recrutement des experts sur la base de leurs compétences académiques ; existence d'une procédure précise ; capacités de représentation équivalentes (en terme de moyens) des membres ; participation constante des membres du début à la fin de l'expertise. Cependant, le CNA est à même d'apporter un éclairage précieux sur les réalités de terrain, les critiques et attentes des usagers, l'acceptabilité des mesures préconisées par les experts.

Moins que la rigueur scientifique indispensable à la qualité de toute démonstration, c'est donc la très grande diversité des points de vue qui fait la richesse de son travail. En outre, un sujet comme l'obésité dont chacun s'accorde à dire qu'il est un sujet de société, que beaucoup de ses déterminants sont de nature économique, sociologique, psychosociologique, se prête bien à une analyse de spectre large tenant le plus grand compte des réalités de terrain.

Le fait de savoir si le CNA s'est attaché à réaliser un travail de " second cercle " est en réalité une préoccupation subalterne au regard de la prévalence croissante de l'obésité infantile et des conséquences qu'elle revêt en terme de santé publique.

En aucun cas, le groupe de travail n'a voulu réaliser une expertise scientifique. Il n'a pas non plus voulu se substituer au Programme national nutrition santé (PNNS) mais au contraire l'accompagner, notamment en fournissant un éclairage de la société civile.

Son objectif a été de mener une réflexion originale, associant de nombreux acteurs de la société afin de proposer des pistes pratiques, les plus consensuelles possibles, dans le domaine de la prévention de l'obésité chez les enfants, mais avec, bien entendu, les limites liées aux délais fixés.

2. *Constats du groupe de travail*

A l'issue des auditions et des discussions au sein des sous-groupes de travail, le groupe a retenu un certain nombre d'éléments qui sont présentés dans ce chapitre.

2.1. *La prévention de l'obésité est un problème de société*

2.1.1. *De nombreuses réflexions institutionnelles et de recherche sur ce sujet*

L'expertise collective de l'Inserm de 2000 sur la prévention de l'obésité infantile, la publication de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2003 relative à la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur la prévention et la prise en charge de l'obésité d'octobre 2005 (incluant un nouveau rapport d'expertise collective de l'Inserm), comprenant un volet sur la prévention de l'obésité infantile, confirment la nécessité d'actions concertées au plan de la société et témoignent d'une certaine mobilisation.

Au plan communautaire, dans le cadre du programme communautaire de santé publique, le groupe " Nutrition et activité physique " a été créé pour la durée de ce programme de santé publique

1. conformément à la terminologie utilisée par G. Viney et Ph. Kourilsky dans leur rapport sur le principe de précaution (2000)

(2003-2008) afin d'identifier les meilleures pratiques de promotion de l'activité physique. En 2005, une plate-forme européenne d'actions en faveur de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé a été mise en place dans le but de promouvoir des engagements et des actions concertées de tous les acteurs de la société.

En terme de recherche, dès sa création en 2005, l'Agence nationale pour la recherche (ANR) a mis en place un Programme national de recherche sur l'alimentation et la nutrition dans lequel peuvent être reçus des projets de recherche sur la prévention de l'obésité, dans le cadre d'un axe concernant les relations alimentation et santé. L'ANR a également inclus l'obésité avec les maladies cardiovasculaires et le diabète pour la partie prise en charge et traitement des sujets obèses. Au niveau européen des projets d'envergure sont mis en place tel que le projet PORGROW (*Policy options for responding to the growing challenge from obesity : a cross national comparative study*) dont les résultats sont attendus pour 2006.

2.1.2. L'importance de définir ce qu'on entend par obésité chez l'enfant

2.1.2.1. Définitions de l'obésité de l'enfant

L'obésité est un excès de masse grasse qui peut avoir des conséquences néfastes pour la santé. La définition des seuils de l'obésité infantile est récente.

La définition de l'obésité de l'enfant repose sur l'indice de masse corporelle (IMC) qui est reconnu actuellement comme étant le meilleur reflet clinique de l'adiposité, c'est-à-dire de la masse grasse. Cet indice est le rapport entre le poids (en kilogramme) sur la taille (en mètre) que multiplie la taille (ou $IMC = \text{poids en kg} / \text{taille}^2 \text{ en m} = P/T^2$).

En pratiques cliniques courantes, le diagnostic de l'obésité repose sur la mesure régulière et répétée du poids et de la taille des enfants, le calcul de l'indice de masse corporelle et le report de celui-ci sur les courbes françaises de corpulence (Cf. 4.3) et sur celles du carnet de santé.

Chez l'adulte, les seuils définissant les différents degrés d'obésité ont été établis à partir des relations entre IMC et taux de mortalité. Chez l'enfant, faute de ces données, les seuils sont définis à partir des distributions observées dans des populations de référence. Compte tenu de la variation de la corpulence au cours de la croissance, la limite de normalité est définie par les percentiles² de l'IMC établis selon l'âge et le sexe.

Une définition internationale a été proposée en 2000 par l'International *Obesity Task Force* (IOTF) afin d'améliorer la standardisation de l'expression du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Les courbes de percentile de l'IMC rejoignant les valeurs 25 et 30 de l'IMC de l'adulte âgé de 18 ans, ont été construites, permettant ainsi de définir les seuils de surpoids et d'obésité en assurant une continuité enfant/adulte.

Pour l'IOTF :

- le surpoids correspond à la courbe du percentile de l'IMC atteignant la valeur 25 à 18 ans ;
- l'obésité correspond à la courbe du percentile de l'IMC atteignant la valeur 30 à 18 ans.

Ces seuils ainsi définis permettent des comparaisons internationales des données épidémiologiques dans le cadre d'études portant sur des populations.

En France, dans un souci de simplification clinique dans le cadre de la prise en charge médicale, le groupe d'experts réuni dans le cadre du PNNS a défini en 2001 le seuil de l'obésité lorsque la valeur de l'IMC est située au dessus de la courbe du 97^{ème} percentile de l'IMC.

Deux degrés d'obésité ont été ainsi distingués sur les courbes de corpulence du PNNS :

2. terme utilisé en statistiques, en particulier pour la représentation des études épidémiologiques. Une série statistique étant ordonnée dans l'ordre croissant, les percentiles sont les 99 valeurs qui partagent la série en 100 classes de même effectif : 1% des données sont inférieures ou égales au premier percentile, 10% des données sont inférieures ou égales au dixième percentile, etc.

- l'obésité de degré 1 pour les IMC égaux ou supérieurs au 97^{ème} percentile des courbes françaises (proche du percentile correspondant à l'IMC à 18 ans 25 et donc proche de la définition du surpoids de l'IOTF) ;
- l'obésité de degré 2 pour les IMC égaux ou supérieurs à la courbe qui rejoint l'IMC de 30 à 18 ans (correspondant à la définition de l'obésité pour l'IOTF).

Cette approche est destinée à la surveillance d'un individu dans un cadre clinique.

En France, le nombre d'enfants ayant un excès de poids est en progression rapide. Par définition, la prévalence de l'excès de poids (obésités de degré 1 et de degré 2) était de 3% lorsque ces courbes ont été établies. La prévalence des enfants situés au dessus du 97^{ème} percentile des courbes de corpulence françaises a augmenté de 5,1% en 1980 à 12,5% en 1996. Elle atteint 16,3 % en 2000.

Le groupe de travail estime que ces variations de définition sont compréhensibles, compte tenu des objectifs recherchés et du caractère récent des réflexions visant à définir les seuils de l'obésité infantile, elles peuvent être fortement source de confusion et de dramatisation dans la communication des chiffres concernant la prévalence de l'obésité. Il estime donc qu'un effort particulier de rigueur est nécessaire de la part de l'ensemble des acteurs, en précisant la définition utilisée, lorsque des chiffres sur la fréquence ou la progression de l'obésité sont communiqués. Le groupe regrette qu'il n'y ait pas une référence unique sur le plan international.

Même si, selon les définitions retenues, les données de prévalence de l'obésité chez l'enfant varient, l'évolution dynamique vers la progression du nombre d'enfants français atteignant un poids ayant des conséquences défavorables pour leur santé, leur développement et leur épanouissement, reste alarmante.

2.1.2.2. Evolution de l'IMC de l'enfant et notion de rebond d'adiposité précoce

Seul le calcul de l'IMC et son report sur les courbes de corpulence correspondant au sexe et figurant dans les carnets de santé permettent de détecter une obésité débutante, avant les traditionnelles courbes de poids et de taille. Ce report permet de situer l'enfant par rapport aux enfants de la population de même âge et de même sexe.

De la naissance jusqu'à l'âge de un an, l'IMC augmente et atteint son maximum, habituellement juste avant l'âge de la marche. L'enfant a un aspect potelé.

Puis, avec la marche, une décroissance normale de l'IMC est observée jusqu'à l'âge de 6 ans. L'enfant paraît souvent très mince. Une nouvelle augmentation de l'IMC, que l'on dénomme le " rebond d'adiposité ", est observée classiquement à partir de 6 ans, et ce, jusqu'à la fin de la croissance pour rejoindre les chiffres de l'adulte. Cette notion de rebond d'adiposité physiologique est très importante : un rebond trop précoce, c'est-à-dire survenant avant cet âge, constitue un signe d'alerte majeur de risque d'obésité. Ce rebond précoce témoigne bien d'une prise de poids excessive débutante, le plus souvent non détectable à l'examen du seul aspect physique. Il s'agit d'un véritable signal d'alarme qu'il faut savoir repérer pour agir, car il précède de plusieurs mois l'impression visuelle d'un enfant en excès de poids.

2.1.3. Impact des facteurs sociaux sur l'obésité

La différenciation sociale de l'obésité de l'adulte fait l'objet d'un large consensus, à l'échelle internationale. Pour la France, plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence une différenciation sociale et économique de la prévalence de l'obésité, aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Les taux de prévalence les plus élevés se retrouvent dans le bas de l'échelle sociale. Certaines études montrent que l'obésité morbide est aussi plus fréquente dans les milieux en précarisation. Les travaux de sociologie de la santé complètent ce tableau en pointant les liens entre l'obésité et les

dynamiques sociales inter et intra-générationnelles, les prévalences les plus fortes étant associées à des dynamiques descendantes, c'est-à-dire à des dégradations de positions sociales.

Pour les enfants, un nombre important de données récemment publiées donnent à penser que la distribution sociale de l'obésité infantile pourrait être associée à des niveaux d'éducation et économiques faibles des parents. C'est ainsi que pour la France, la fréquence de l'excès de poids (obésités de degré 1 et 2) des enfants de 3-14 ans, dans l'étude INCA 1998-1999, passe de 7 % chez les enfants de cadres supérieurs et de professions libérales contre 25 % chez les enfants de chômeurs³. C'est également le cas dans une enquête conduite sur des enfants scolarisés en classe de troisième : la prévalence de l'obésité (obésité de degré 2) va de 0,7 % chez les enfants de cadres à 7,4 % pour les enfants d'ouvriers non qualifiés et celle du surpoids obésité incluse de 10,8 % à 22,4 % pour les mêmes catégories sociales. Pour le nord de la France, les travaux qui comparent la situation entre 1989 et 1999 pointent une augmentation de la prévalence pour les enfants issus de l'ensemble des catégories sociales à l'exception de ceux issus de famille de cadres et de professions libérales. Ces données renforcent l'hypothèse de l'influence de déterminants sociaux dans le développement rapide de l'obésité de l'enfant auquel les sociétés contemporaines sont confrontées.

Une fois le constat d'une différenciation sociale de l'obésité dressé, une question centrale se pose : par quelle(s) chaîne(s) de causalité des facteurs sociaux ont-ils une influence sur le développement de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ? De la réponse ou des réponses à cette question dépend la capacité d'identifier les leviers d'action sur lesquels agir, la possibilité de construire des stratégies au service d'une politique de prévention. D'elle(s) dépend également la construction de problématiques interdisciplinaires sur lesquelles intensifier la recherche. L'enjeu est donc décisif, tant sur le plan de l'action que sur celui du développement des connaissances.

Comment les déterminants sociaux peuvent-ils avoir un impact sur la santé ? Plus précisément comment peuvent-ils favoriser le développement de l'obésité ? L'explication de l'influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité peut être envisagée selon deux chaînes de causalité, à la fois distinctes et complémentaires.

2.1.3.1. Les statuts économiques et sociaux déterminants de l'obésité

Chez l'adulte, la première influence des statuts économiques et sociaux sur l'obésité passe par les modes de vie, plus précisément par le style d'alimentation (les préférences, les goûts et les pratiques alimentaires) et le niveau d'activité physique. On peut ajouter à ces facteurs comportementaux des données cognitives et de représentations, comme par exemple, la possession de stocks d'informations relatives à la nutrition et à l'activité physique et une sensibilité plus ou moins grande aux messages de santé publique... Les spécialistes identifient également l'influence secondaire, et le plus souvent complémentaire, d'autres facteurs sociaux comme le stress, l'exclusion, le travail ou le chômage, le soutien ou l'absence de soutien social.

Des modèles ont été proposés pour tenter d'expliquer l'action des trois grandes variables socio-économique considérées comme pertinentes que sont le niveau d'éducation, les revenus et les PCS (professions et catégories sociales). Ces trois variables agissent de façon plus ou moins directe sur les pratiques alimentaires, sur l'activité physique et sur le tabagisme.

Cette grille de lecture, resserrée sur l'individu, a le mérite d'engager l'analyse concrète de l'impact des facteurs sociaux sur les paramètres biologiques ; il convient cependant d'élargir la perspective pour prendre la mesure de l'influence :

- des transformations structurelles et organisationnelles des sociétés modernes, depuis l'industrialisation de l'alimentation, les systèmes d'approvisionnement (concentration des formes de distribution, développement de la restauration hors foyer), jusqu'aux formes d'urbanisation des cités modernes ;

3. La comparaison entre une catégorie de PCS et une situation d'activité agrège position sociale et dynamique sociale des parents. La différence de prévalence peut alors s'expliquer en partie par une différence de position, (le chômage touchant certes de façon différenciée selon les régions l'ensemble des PCS) et par une différence de dynamique (dégradation de la situation économique et sociale par le chômage).

- des mutations des systèmes de valeurs et de représentations relatifs à l'alimentation et à l'image du corps.

Ces transformations des systèmes d'actions et des systèmes socioculturels ont, directement ou indirectement, un impact sur les modes de vie et donc sur le développement de l'obésité.

Pour l'obésité infantile la question est plus complexe, d'une part, parce que l'enfant est en cours de socialisation et que l'alimentation est un des supports de celle-ci et, d'autre part, parce que ses compétences cognitives se transforment au cours du développement et du passage de l'enfance à l'adolescence. Ainsi la prise en charge parentale est maximale en début de vie puis diminue avec le temps. En attendant cette construction sociale, les modes de vie de la famille et les formes de socialisation des enfants et des adolescents ne semblent pas sans effet sur le développement de l'obésité. Pourrait ainsi être mis en évidence le rôle des modèles de consommation alimentaire parentaux et des valeurs qui les sous-tendent, mais aussi l'importance des modes de contrôle parentaux de l'alimentation des enfants et de la socialisation par les pairs, notamment pour les adolescents. Enfin, les dispositifs de socialisation secondaire que sont les crèches, les écoles et la restauration scolaire interviennent de plus en plus tôt. De la même façon, l'activité ou la non-activité physique, et les systèmes de valeurs qui s'agrègent sur elles, seraient impliqués dans le développement de l'obésité. Enfin, l'analyse des conditions matérielles de vie ne doit pas oublier l'inégalité d'accès aux équipements sportifs.

A ce stade, la lutte contre la précarité et l'exclusion sociale apparaît comme un levier de choix pour réduire le risque d'obésité.

2.1.3.2. *L'impact des systèmes de valeurs relatifs à la corpulence sur le développement de l'obésité*

Dans les sociétés développées, les sujets obèses ou en surpoids sont victimes de stigmatisation.

Chez l'adulte, des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence à différents niveaux. Les obèses ont un taux d'accès à l'enseignement supérieur plus faible que les non obèses. Ils trouvent plus difficilement un emploi. Leur niveau de revenu est significativement plus bas. Leur promotion professionnelle est ralentie. Enfin leur vie domestique et l'accès et l'utilisation d'équipements collectifs sont considérablement complexifiés. L'importance de ces discriminations est telle qu'elle a conduit aux Etats-Unis, le législateur à en tenir compte, sous la pression des associations de défense ou plutôt de soutien des personnes obèses. A cause des conséquences sociales négatives qu'elle provoque, l'obésité peut être considérée, dans les sociétés occidentales, comme un handicap social.

La stigmatisation résulte du système de valorisation de la corpulence et des processus de définition des **normes sociales** de la corpulence qui désignent comme " déviants " des individus hors de ces normes. Elle se traduit par des conséquences objectives (justification de certaines discriminations) et subjectives (dévalorisation de soi chez le stigmatisé). Ce sont ces conséquences qui ont un impact sur le développement de l'obésité en provoquant une désocialisation qui constitue le soubassement de troubles du comportement alimentaire plus ou moins compensatoires et en détournant l'individu des contextes sociaux dans lesquels il est stigmatisé (comme par exemple les lieux de pratiques sportive).

En France, même si le mouvement est en retrait par rapport aux Etats-Unis, sans doute parce que la question de l'obésité est plus récente, la stigmatisation des personnes obèses se développe. Ce décalage temporel constitue à la fois une chance, parce que les effets négatifs ne sont pas encore trop importants, et un obstacle, car il rend moins visible le phénomène.

Pour les enfants, l'influence de la stigmatisation sur les trajectoires sociales, encore peu explorée en France, est potentiellement plus importante que pour les adultes, car elle intervient au moment :

- de la socialisation alimentaire, risquant de perturber de façon durable la mise en place de

règles de comportement ;

- des apprentissages scolaires, quand se mettent en place les ressources qui permettront l'insertion et l'évolution de la vie professionnelle et sociale ;
- de la construction de la personnalité, des apprentissages de rôles sociaux et sexuels.

La dévalorisation de soi et la désocialisation qui accompagnent la stigmatisation ont un impact sur la réussite ou plutôt sur l'échec scolaire. Elles affectent également la socialisation alimentaire et la mise en place de catégories cognitives et de schémas comportementaux utiles tout le long de la vie. Ces deux conséquences justifient l'approfondissement des connaissances dans ces domaines et la mise en place d'action de prévention.

La stigmatisation a d'abord des effets d'aggravation de l'obésité (Inserm, 2005). Une fois le surpoids ou l'obésité installé chez un individu, la stigmatisation " dégrade " sa situation sociale qui en retour entretient l'obésité. Dans cette perspective, l'obésité est considérée comme un facteur de risque social (de dégradation ou de non évolution d'une trajectoire sociale) qui s'ajoute et interagit sur les risques sanitaires identifiés par l'épidémiologie.

Mais la stigmatisation et les systèmes de valeurs qui la sous-tendent ont aussi, en exacerbant l'idéal de minceur, des actions délétères sur les sujets qui ne sont pas en surpoids. La stigmatisation a donc un impact direct sur les obèses ou les personnes en surpoids, mais aussi des effets d'anticipation, en inquiétant les sujets non obèses sur le sort qui risque de leur arriver " si elles deviennent comme cela ". Elle soutient alors l'utilisation de différentes pratiques d'amaigrissement sans justification sanitaire qui peuvent se révéler à terme impliquées dans le développement de troubles du comportement alimentaire. Il convient de faire attention que la lutte contre le risque d'obésité de l'enfant et de l'adolescent ne viennent pas renforcer le désir de maigrir de populations (enfants, adolescent et adulte) qui n'en auraient médicalement pas besoin. Rappelons que les principales raisons pour lesquelles des individus veulent perdre du poids sont, très loin devant les raisons de santé, avant tout d'ordre psychosocial : esthétiques, pour plaire et pour se plaire, de *sex appeal*, ou plus généralement de " se sentir mieux ". Rappelons également que, en chiffres absolus, les enquêtes montrent qu'il y a au moins autant de sujets sans problème de poids (du point de vue médical) qui se préoccupent de leur corpulence et désirent maigrir que de sujets obèses. Rappelons également que pour un grand nombre d'adolescentes en Occident " être au régime ", et cela quel que soit leur poids réel, fait partie du statut normal de la femme. Pour certaines, " suivre un régime restrictif " est souvent vécu, et ceci de plus en plus tôt, comme un signe positif de maturité. La restriction alimentaire fait désormais partie de la panoplie des pré-adolescentes, voire de celle des parents pour leurs très jeunes enfants.

2.1.3.3. *Pourquoi faut-il donc lutter contre la stigmatisation de l'obésité et chercher à modifier les systèmes de valeurs qui la sous-tendent ?*

En première lecture, les effets anticipatifs peuvent apparaître comme intéressants et même souhaitables, du point de vue de la santé publique, puisqu'ils alarment en quelque sorte le candidat potentiel sur le " triste sort " qui pourrait être le sien. On pourrait attendre qu'ils jouent ainsi un rôle positif dans la prévention, en renforçant la perception des risques associés à l'obésité. Cet aspect apparemment positif n'empêcherait-il pas de voir le rôle décisif que pourrait jouer la stigmatisation dans la génération d'effets contreproductifs des différentes campagnes et actions de lutte contre l'obésité engagées dans les pays les plus touchés ?

Les systèmes de valeurs qui sous-tendent le rapport à la corpulence et à l'image du corps ont par effet retour un impact concret sur les comportements alimentaires et l'activité physique.

La lutte contre la stigmatisation de l'obésité se justifie donc pour trois raisons :

- Pour des **raisons de base, d'éthique** et de **justice sociale** tout d'abord. La stigmatisation peut

affecter la trajectoire sociale des enfants obèses et constitue une source d'inégalité sociale.

- Pour des **raisons sanitaires** ensuite. La stigmatisation des sujets obèses est une cause d'inégalité de santé, elle est un " facteur d'aggravation " du surpoids et de l'obésité. Mais, parce qu'elle désocialise le rapport à l'alimentation, elle a un impact négatif sur les régulateurs sociaux de l'alimentation ; phénomène d'autant plus important chez l'enfant que la socialisation alimentaire est en cours.
- Des **raisons de prévention**, enfin. La stigmatisation renforce et justifie des pratiques anticipatives " sauvages " de mise au régime qui sont contreproductives et même porteuses de risques. Elle est susceptible, en outre, de perturber la relation mère - enfant en chargeant la socialisation alimentaire d'une dimension d'anxiété.

2.2. *Facteurs de risques sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'obésité tout au long de l'enfance*

L'obésité s'exprime chez l'enfant de plus en plus tôt ; ainsi en grande section de maternelle (enfants âgés de 5/6 ans) près d'un enfant sur 6 a un IMC supérieur au 97^{ième} percentile alors qu'il y a 15 ans, il n'y avait qu'un enfant sur 12 qui était concerné. Dans ce contexte, l'analyse des courbes de corpulence d'enfants obèses montre que l'âge du rebond d'adiposité constaté a posteriori pour ces enfants est avancé en moyenne à 3 ans (au lieu de 6 ans). Cette précocité du rebond d'adiposité témoigne de l'impact sur la cinétique d'accroissement de la masse grasse, de facteurs environnementaux qui se sont exprimés auparavant. Les données épidémiologiques actuelles, rétrospectives ou prospectives, renforcent les observations précédentes et plaident en faveur d'un déterminisme très précoce de l'obésité de l'enfant. Des facteurs nutritionnels et/ou toxiques de l'environnement fœtal et de l'enfant dans les premiers mois de vie paraissent jouer un rôle important, direct ou indirect, et sont encore mal appréhendés, dans l'émergence d'une obésité ultérieure.

En s'appuyant sur ces données, des mesures de prévention ultra-précoces de ces risques ou " d'anticipation " peuvent être proposées ; ainsi schématiquement nous distinguerons différents étapes pour notre analyse : avant la conception, chez la femme enceinte, le nourrisson pendant la première année de vie (jusqu'à 6 mois et de 6 mois à 1 an), l'enfant en bas âge, puis l'enfant de plus de 3 ans.

2.2.1. *Facteurs de risque connus*

Selon la publication de l'ANAES de septembre 2003, relative à la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, les facteurs de risque reconnus suivants doivent être pris en considération :

Deux facteurs peuvent être considérés comme des signes d'alerte :

- la précocité du rebond d'adiposité (avant l'âge de 5 ans) ;
- l'obésité chez l'un ou les deux parents.

D'autres facteurs sont également associés à l'obésité :

- la sédentarité (inactivité physique) ;
- le degré d'implication affective et éducative parentale dans l'enfance ;
- un niveau socio-économique bas ;
- un surpoids à la naissance.

2.2.2. *D'avant la conception jusqu'à trois ans*

2.2.2.1. *Avant la conception*

Il faut souligner les facteurs de risques que peuvent constituer, chez une femme en âge de pro-

créer, sa corpulence, son mode d'alimentation, une intoxication alcoolique et/ou tabagique, et des conditions socio-économiques difficiles. A ce stade, ces facteurs de risque dessinent d'emblée des pistes d'intervention, telles que : campagne de sensibilisation des professionnels de santé ; stratégie d'information et de formation auprès des lycéens, des étudiants et des jeunes travailleurs sur ces risques ainsi que sur la parentalité, l'alimentation des femmes en désir de grossesse et l'allaitement maternel.

On peut souligner une initiative commune en 1999 des Directions générales de la santé et de l'agriculture dans ce sens, avec la diffusion d'une brochure d'information " Bien se nourrir au féminin ". L'INPES a réalisé une campagne d'information des professionnels de santé et des généralistes sur l'alimentation des femmes en désir de grossesse.

2.2.2.2. La femme enceinte

La croissance du fœtus est, en grande partie, conditionnée par son environnement nutritionnel intra-utérin. Certains facteurs sont maintenant clairement reconnus, alors que d'autres ne sont que suspectés, pour rendre compte soit d'anomalies de la croissance fœtale aboutissant à la naissance à une macrosomie (définie comme un nourrisson né avec un poids de naissance supérieur au 90^{ème} percentile) ou une microsomie (définie comme un nourrisson né à terme avec un poids de naissance inférieur au 10^{ème} percentile), soit " d'empreintes " métaboliques d'expression retardée postnatale. Dans tous les cas, il y a un haut risque que se développe, entre autres complications, une obésité chez l'enfant.

La prévention de ces risques milite pour la mise en place d'une stratégie de dépistage précoce et d'une prise en charge opérationnelle adaptée par les professionnels de santé de l'obstétrique et de l'environnement de proximité de la femme enceinte.

L'âge de la mère, le nombre de grossesses et leurs complications éventuelles (diabète), le nombre d'enfants, une intoxication tabagique et les difficultés psychosociales sont des repères importants à considérer.

Le dépistage et le traitement d'un excès pondéral (13% des femmes âgées de 20 à 29 ans, et 24 % de celles âgées de 30 à 39 ans), et/ou d'un diabète pendant la grossesse en particulier justifie une plus grande implication et mobilisation des professionnels concernés. Enfin la qualité du suivi des mensurations échographiques du fœtus se doit d'être rappelée.

La grossesse est un moment privilégié pendant lequel devraient être abordées une information et une formation ciblée :

- sur la bonne alimentation de la mère pendant la grossesse et après l'accouchement ;
- le développement de la relation mère/enfant et de la parentalité ;
- la préparation à la prise en charge de son enfant dès la naissance et plus spécifiquement de son alimentation durant la première année (allaitement ou biberon), ainsi que de 1 à 3 ans lors du passage à l'alimentation des plus grands (entre 1 et 2 ans) et pendant la période du " non " à partir de 2 ans.

2.2.2.3. Le nourrisson pendant la première année de vie

La première année de vie est une étape clé dans le développement de l'enfant, tant au plan cognitif que somatique.

D'un point de vue psychologique, l'implication de l'environnement familial est essentielle à rappeler et plus spécifiquement la notion de parentalité : processus intergénérationnel concernant tous les âges de la vie, et débutant bien avant la naissance et se déployant après celle-ci ; elle se définit

comme " l'ensemble des représentations des affects et des comportements des parents en relation avec leurs enfants, qu'ils soient nés, en cours de gestation, ou non encore conçus"⁴. Prendre en considération très précocement la dimension de la parentalité pourrait conduire à de nouvelles mesures de prévention des troubles relationnels parents/enfants au cours du " nourrissage ".

D'un point de vue somatique, la croissance du nourrisson la première année est remarquable par sa rapidité. Le mode d'alimentation qui lui est donné joue un rôle de premier plan ; non seulement, il module directement et rapidement sa vitesse de croissance, mais il pourrait peut-être aussi être à l'origine d'empreintes métaboliques d'expression retardée telles que le développement d'une obésité quelques mois ou quelques années plus tard. Des marqueurs simples et fiables permettent de suivre cette croissance et de dépister précocement son accélération (Cf. 2.1.2.2).

Pendant la première année, on peut schématiquement différencier en fonction de l'alimentation du nourrisson deux périodes : de 0 à 6 mois l'alimentation lactée exclusive (lait maternel ou infantile), et de 6 à 12 mois la diversification alimentaire progressive (à partir de 6 mois dans l'idéal et, en tout cas, jamais avant 4 mois).

Durant cette phase, deux ordres de marqueurs simples et fiables permettent le suivi de cette croissance : les courbes d'accroissement pondéral et statural et l'évolution de l'IMC. Or il est constaté que le calcul de l'IMC et l'établissement des courbes de corpulence grâce à cet indice ne sont pas suffisamment réalisés, alors que l'enfant fait l'objet d'un suivi médical rapproché.

2.2.2.3.1. Les 6 premiers mois de la vie

2.2.2.3.1.1. Le lait, nourriture essentielle du nourrisson

Le lait est la nourriture essentielle du nourrisson. Le " lait lien " est un concept qui englobe les notions de parentalité et de nourrissage avec ce qu'ils recouvrent d'éléments inconscients et générationnels : la manière de nourrir l'enfant développe pour lui une relation à la nourriture.

A ce stade, les facteurs de risque sont d'autant plus importants à dépister qu'ils se cumulent avec ceux existants pendant la grossesse.

Les facteurs de risques anténataux impliquent de redoubler de vigilance lors de la prise en charge postnatale de ces enfants tant vis-à-vis de leur alimentation que du suivi de leur croissance.

Comme facteurs de risque postnataux, il est important de souligner :

- l'environnement socioculturel familial défavorisé ainsi que le développement insuffisant de la parentalité ; ce dernier point est donc en faveur d'une prévention opérationnelle très en amont avant la conception, puis durant la grossesse, par exemple grâce à des réunions d'information-éducation structurées ;
- l'accélération de la croissance pondérale, dès les premières semaines ou premiers mois (dans le cadre ou non d'un rattrapage de croissance...) à une valeur d'alerte et traduit, dans la plupart des cas, une alimentation inadaptée aux besoins de l'enfant.

Le choix entre allaitement maternel ou lait infantile reste un choix individuel des parents, mais éclairé par les réunions d'information-éducation à la santé en fin de grossesse évoquées plus haut.

2.2.2.3.1.2. Allaitement maternel

Il pourrait diminuer les risques de diabète et d'obésité même si aujourd'hui il est difficile de savoir si c'est uniquement dû à l'allaitement. Cependant, il est important d'avoir à l'esprit que le nourrisson allaité régule sa prise alimentaire et que les excès de poids sont donc plus rares dans cette situation.

4. S. Stoleru, M. Morales-Huet

L'OMS recommande un allaitement exclusif pendant 6 mois et une poursuite de l'allaitement pendant 2 ans et plus.

Il existe des recommandations pour des actions en faveur de l'allaitement en Europe. Elles prévoient notamment l'existence d'un Comité national pour l'allaitement maternel et / ou d'un Coordinateur national, la mise en place de l'Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB)⁵, ainsi qu'une politique de soutien de l'allaitement maternel pour les mères issues de classes défavorisées. Les recommandations de l'OMS ne sont pas appliquées sur ce point et il n'y a pas de Comité national pour l'allaitement maternel ni de Coordinateur national. Devant ce manque, le CoFam (Comité français pour l'allaitement maternel) a été créé en 1990 pour mettre en place l'initiative " Hôpital ami des bébés ".

En France, le taux d'allaitement maternel est un des plus bas d'Europe, même si le taux d'allaitement à la naissance a progressé d'un point tous les ans depuis 10 ans. Ce sont les femmes de bas niveau socio-économique qui allaitent le moins.

Les facilités accordées aux mères pour allaiter leur enfant sont contenues, pour l'essentiel, dans le Code du travail, au chapitre IV : " Repos des femmes en couche et des femmes allaitant leurs enfants ", qui prévoit les droits de la mère ainsi que les modalités d'application. En complément du Code du travail, les conventions collectives de branche ou d'entreprise peuvent améliorer et adapter la règle générale, laquelle constitue, au niveau social, un plancher. Mais en pratique, très peu de branches professionnelles ont de telles conventions.

En France, il y a un nombre considérable de freins à l'allaitement maternel du fait :

- de critères historiques et culturels, car l'allaitement maternel est un art d'imitation et de culture ;
- de l'absence de formation des professionnels de santé dans ce domaine et de l'information insuffisante des parents ;
- de la carence de soutien des femmes autant au moment de l'accouchement qu'après la naissance ;
- du retour très précoce à domicile, où les femmes se retrouvent le plus souvent sans aide pour répondre à leurs questions sur l'allaitement ;
- d'une réglementation du travail des femmes qui impose une reprise relativement précoce de leur activité professionnelle et prend en compte de manière insuffisante la problématique de l'allaitement. Une grande majorité des femmes travaille en dehors du domicile, le plus souvent avec des contraintes de transport incompatibles avec la mise en pratique des mesures prévues pour l'allaitement.

Par contre, d'un point de vue individuel, il n'y a pas de frein économique pouvant être mis en avant.

Par ailleurs, le groupe a constaté :

- que lorsque, dans le cadre de la promotion de la santé, des actions sur le terrain sont menées en faveur de la promotion de l'allaitement maternel (ex : espace d'accueil et de conseils à destination des parents et futurs parents, visite à domicile des jeunes mamans...), cela a un impact notamment sur la durée et la qualité de l'allaitement maternel (témoignages de représentants de PMI) ;
- que des programmes structurés, utilisant avant la naissance une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques

5. démarche de soin centrée sur l'enfant et la famille, avec un axe fort sur l'allaitement maternel

éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage), augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et dans certains cas, sa poursuite.

2.2.2.3.1.3. Les laits infantiles

Les préparations pour nourrissons et les préparations de suite (lait premier et deuxième âge) à base de protéines de lait de vache ou à base d'isolats de protéines de soja sont couvertes par une réglementation spécifique depuis plus de 30 ans en France. Mise en place vingt ans plus tard, la réglementation communautaire sur ces produits est en cours de révision pour tenir compte des recommandations scientifiques communautaires récentes (avis du SCF du 18 mai 2003).

Il est à noter que la réglementation des préparations pour nourrissons affirme l'allaitement maternel comme la référence de l'alimentation des tout petits. Elle est conforme aux principes et aux buts formulés par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel destiné à protéger l'allaitement maternel. La France a implanté très tôt les recommandations de l'OMS en encadrant, notamment, les pratiques commerciales des préparations pour nourrissons (1er âge). Les professionnels de l'alimentation infantile s'étaient interdits dès 1981 la publicité destinée aux mères afin de prévenir le risque de détournement de l'allaitement maternel, devançant ainsi de 10 ans la réglementation européenne.

Des règles de bonnes pratiques de l'alimentation sont utiles aux parents, aux professionnels de santé et aux personnes qui assurent la garde des enfants afin d'éviter la confusion entre besoins alimentaires et affectifs et d'apprendre à respecter l'appétit des enfants. D'autre part, il apparaît important de rappeler le respect des instructions de préparation et de dosage des biberons, certaines habitudes existant toujours de ne pas araser les dosettes de lait.

Les guides du PNNS, dans leurs versions grand public et professionnel de santé, destinés à l'alimentation des enfants constituent évidemment les références.

2.2.2.3.2. Le nourrisson de plus de 6 mois à un an

De 4/6 mois à 1 an, l'alimentation lactée demeure prépondérante, mais c'est le temps de la diversification progressive ; les risques d'apports inappropriés s'accroissent tant au plan quantitatif que qualitatif, tels que l'apport protéique excessif. Il est important de poursuivre l'utilisation de laits infantiles car leur composition nutritionnelle est adaptée aux besoins du nourrisson. Le lait doit donc rester la base de l'alimentation. Une quantité de 500 ml de lait infantile par jour est recommandée.

Les enquêtes nationales de consommation réalisées par le Syndicat français des Aliments de l'enfance et de la diététique (SFAED) décrivant l'évolution de la consommation alimentaire des nourrissons français réalisées montrent que :

- le lait infantile est abandonné trop tôt au profit du lait de vache, non adapté aux besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant jusqu'à 3 ans (trop riche en protéines, pauvre en fer, en acides gras essentiels). En 1989, le lait 2^{ème} âge était abandonné pour le lait de vache à 6,5 mois, en 1997 à 9 mois et en 2001 à 10,5 mois, un abandon néanmoins toujours trop précoce. En outre, cet abandon du lait infantile peut générer des risques de déficience en fer et en vitamine D ;
- la diversification alimentaire débutait il y a 20 ans à l'âge de 3 mois, et se fait maintenant à 5 mois (2001). Les apports énergétiques sont conformes aux recommandations ; par contre les apports en protéines dépassent les valeurs recommandées (entre 6 et 30 mois, 75% des nourrissons et enfants en bas âge ont des apports supérieurs au double des apports recommandés) ;
- enfin, dès 8-9 mois, l'alimentation familiale prend progressivement le pas sur l'alimentation spécifique destinée aux nourrissons et enfants en bas âge.

Il ressort de ces enquêtes que le passage à l'alimentation diversifiée doit se faire très progressivement, en augmentant les quantités au fur et à mesure que l'enfant grandit. Dans ce contexte, il y a lieu de veiller de manière générale à la taille des portions qui lui sont données et en particulier aux portions de protéines apportées en plus du lait.

Il est souligné l'importance de fournir aux parents, aux professionnels de santé ainsi qu'aux professionnels au contact des enfants, des repères alimentaires simples et des règles aisément compréhensibles de diversification alimentaire pour favoriser de bonnes pratiques dès le plus jeune âge. Dans ce cadre, les guides alimentaires du PNNS destinés aux enfants sont les documents de référence.

Pendant cette période de 6 mois-1 an, des facteurs de risque s'associent à des degrés variables. Il est important de les dépister le plus tôt possible, afin de mettre en place des mesures préventives adaptées ; il peut s'agir :

- de troubles du mode et/ou du comportement alimentaire du nourrisson en terme quantitatif, qualitatif et de rythme alimentaire, induit dans bien des cas par le comportement parental ;
- de conditions défavorables d'ordre socio-culturel et familial ainsi que des antécédents familiaux d'obésité ;
- de facteurs liés au mode de garde (crèche, nourrices, etc.).

L'importance des facteurs psychosociologiques, qui s'ajoutent aux autres, a été mise en évidence, notamment l'inquiétude de certains parents qui risquent de forcer l'enfant à manger sans respecter son appétit ou de compenser une culpabilisation induite par un manque de présence auprès de l'enfant par des prises alimentaires inutiles.

L'établissement et le suivi des courbes de poids de taille et de corpulence basées sur l'IMC est important et doit être systématique : la croissance pendant la première année doit être harmonieuse et toute accélération anormale doit alerter afin de donner lieu à une prise en charge rapide et adaptée de l'enfant.

Les aliments spécifiques destinés aux nourrissons et enfants en bas âge sont également encadrés par une réglementation spécifique communautaire depuis 1966, qui fixe les règles de composition nutritionnelle et un niveau de sécurité accru pour tenir compte de la fragilité du bébé ainsi que des règles spécifiques relatives à l'étiquetage de ces produits.

2.2.2.4. L'enfant en bas âge (1-3 ans)

La période de un à trois ans constitue pour l'enfant (et ses parents) une nouvelle phase de son développement physique et comportemental. Il acquiert " l'autonomie " en terme " d'activité " et " d'alimentation " ; c'est le temps de mise en place des repères d'une alimentation adaptée et d'une activité physique appropriée.

Ses espaces de vie se sont élargis et diversifiés ; ainsi, outre ses parents, d'autres acteurs de son nouvel environnement vont intervenir, en particulier selon le mode de garde (famille, crèches, nourrices et assistantes maternelles, garderie) et pour certains à partir de 2 ans (école, centre de loisirs).

Il y a lieu de noter la très grande importance de la consolidation des acquis de l'alimentation pendant cette période où les modes d'alimentation familiale des plus grands peuvent déterminer trop rapidement l'alimentation des enfants en bas âge.

Les enquêtes du SFAED montrent que, à partir de 1 an, l'alimentation familiale s'est implantée. L'alimentation a tendance à être simplifiée comme celle des grands et devient moins variée. Une période critique entre 15 mois et 18 mois est identifiée. Cette période est celle de la moindre impli-

cation des parents et des médecins dans le suivi alimentaire de l'enfant en bas âge, malgré des besoins nutritionnels qui demeurent spécifiques jusqu'à 3 ans.

L'enquête du SFAED de 1997 montre que la place du lait de vache est prépondérante à partir de cet âge, alors qu'il est aujourd'hui recommandé de poursuivre l'usage des laits infantiles jusqu'à 3 ans du fait de leurs teneurs moindre en protéines et de leurs teneurs en fer et acides gras essentiels adaptées aux besoins nutritionnels de l'enfant en bas âge. Par ailleurs, à cet âge encore et jusqu'à 3 ans, l'abandon trop précoce du lait infantile peut générer des risques de déficience en fer et en vitamine D.

Cette étude montre également que :

- le jeune enfant participe davantage aux repas familiaux, mais est considéré, trop rapidement, comme un " petit adulte " : il reçoit les mêmes quantités et les mêmes menus que les plus grands et l'usage des aliments infantiles (céréales et petits pots pour bébés) s'effondre ;
- les portions de certains aliments et notamment ceux sources de protéines (viande, poisson, œufs, laitages) deviennent trop importantes. C'est la deuxième année que les apports protéiques s'envolent ;
- les apports lipidiques sont nettement inférieurs aux apports préconisés ;
- les bébés passent d'une alimentation spécifique " spécial bébés " (petits pots) strictement contrôlée en sodium à une alimentation déjà trop salée pour les grands ;
- la consommation de fruits se stabilise, au mieux, et dans bien des cas régresse.

Certaines modifications sociologiques ont été révélées par l'enquête de la SFAED :

- les mères ont perdu ces dernières années (notamment par rapport au corps médical et aux médias) confiance en leur propre expérience et en celle de leur entourage pour guider l'alimentation de leur bébé ;
- l'intérêt pour la nutrition infantile commence à baisser dès lors que l'enfant prend un repas complet sans lait infantile et chute lorsque l'enfant en bas âge prend son repas en même temps que le reste de la famille.

A cette tranche d'âge, il y a lieu de rappeler l'importance du dépistage de facteurs de risque reconnus :

- alors que cet enfant fait encore l'objet de nombreuses consultations médicales, il est indispensable qu'il soit systématiquement pesé et mesuré avec calcul de son indice de masse corporelle au moins une fois par an. C'est dans ce cadre que l'attention doit être attirée par une prise pondérale excessive, ainsi qu'un rebond très précoce de la courbe de corpulence ;
- l'alimentation inadaptée tant en terme quantitatif qu'en terme qualitatif (apports protéiques, en sel, en nutriments tel que le fer...) et en terme de grignotage. De même une attention doit être portée au passage trop précoce à l'alimentation des adultes et aux tailles des portions des plus grands, ainsi qu'à la simplification des apports alimentaires portant par exemple sur la réduction des apports en fruits et en légumes ;
- des facteurs environnementaux de précarité et de milieu socioculturel défavorisé. La sédentarité du jeune enfant et de son environnement familial doit être évaluée, sur la base de repères simples et très informatifs (temps d'écran sous forme de télévision ou de jeux vidéo, voiture, trajets en poussettes).

Par ailleurs, en terme d'installation précoce de facteurs de sédentarité, le groupe note que :

- 54% des parents d'enfants de 1 à 3 ans déclarent que leur enfant en bas âge regarde la télévi-

sion plus d'une heure par jour (dont 10% plus de 2 heures), sachant que ce chiffre est probablement sous évalué et comprend les émissions de télévision enfantine sans tenir compte des heures de télévision " passive " c'est à dire lorsque la télévision reste allumée toute la journée (enquête SOFRES 2005 pour SFAED) ;

- dans de plus en plus de foyers les très jeunes enfants ont leur propre poste de télévision, et en libre accès, dans leur chambre ;
- des consoles vidéo sont commercialisées pour les enfants dès l'âge de 2 ans.

En résumé, tous ces facteurs ont une valeur d'alarme et impliquent de déclencher une prise en charge rapide et adaptée de l'enfant et de sa famille.

Le groupe de travail constate qu'il est indispensable d'effectuer le calcul de l'IMC afin d'établir et d'analyser les courbes de corpulence de manière systématique, au moins une fois par an entre les âges de 1 an et de 3 ans. En pratique ce n'est actuellement pas le cas, alors que paradoxalement la majorité des enfants de cette tranche d'âge fait l'objet de très nombreuses consultations médicales du fait du calendrier des vaccinations et des nombreux épisodes infectieux.

La mise en place d'une consultation annuelle dédiée à la promotion de la santé par la nutrition de l'enfant est nécessaire, permettant au médecin et aux parents de faire le point sur l'alimentation de l'enfant, son activité physique et son degré de sédentarité. Le calcul de l'IMC, le suivi des courbes de corpulence permettraient de réagir plus rapidement et d'organiser une prise en charge adaptée de l'enfant et, si besoin, de sa famille.

Il constate que peu d'études examinent les facteurs d'installation de la sédentarité chez l'enfant alors que le mode de vie de ses parents et l'évolution de la société ont certainement une influence sur la progression de la sédentarité. Le groupe de travail considère que la lutte contre la sédentarité nécessite dès cette tranche d'âge une prise de conscience de tous les acteurs de la société et qu'il faut reconnaître aux enfants le droit de bouger au quotidien.

Au-delà de la mise en place d'une prévention active centrée sur l'enfant et sa famille, il apparaît également indispensable d'intervenir sur leur environnement même pour tenter de limiter cette augmentation de la prévalence de l'obésité chez des enfants de plus en plus jeunes.

2.2.3. Au-delà de 3 ans

Pour la majorité des enfants, cette période est marquée par l'entrée dans le milieu scolaire qui devient un des éléments déterminants de son mode de vie. Les inégalités sociales apparaissent comme favorisant les inégalités de santé au regard de l'obésité.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile s'impose comme un fait de Société, aussi cette dernière doit-elle s'interroger sur les corrections à apporter, notamment en ce qui concerne l'environnement de l'enfant et de sa famille, pour lui permettre d'assumer son rôle de protection vis-à-vis des enfants.

2.2.3.1. Ecole et temps périscolaire

Le milieu scolaire constitue un des pivots dans la vie de l'enfant.

De très nombreux paramètres sont de nature à intervenir sur sa corpulence, à la fois dans les temps scolaires et périscolaires : les connaissances et la culture alimentaire qui lui est transmise, la nature et la disponibilité de l'offre alimentaire en dehors ou au moment des repas, la pratique d'une activité physique, les espaces dédiés à l'activité physique ou sportive (cours de récréation, préau, structures sportives), l'organisation des temps de récréation (cour de récréation ou télévision et jeux vidéos), la nature des modes de transport utilisés pour se rendre à l'école et plus tard au lycée et au

collège, la nature de la prise en charge de l'enfant en périscolaire (seul chez lui en attendant ses parents, centres de loisirs, étude), le suivi médical à l'école, etc.

2.2.3.1.1. La nutrition dans les programmes scolaires⁶

Les programmes constituent la référence obligatoire quant au contenu des enseignements d'une filière et d'un niveau donné : ce qui est ainsi enseigné touche tous les élèves et peut éventuellement être évalué de façon globale à travers les examens. Dans ses aspects biologiques et physiologiques, la nutrition relève à l'évidence de la discipline des sciences de la vie et de la terre (SVT), dont beaucoup d'items pourraient facilement être mis en lien avec les objectifs du PNNS ; mais d'autres disciplines ont été étudiées, éducation physique et sportive (EPS), histoire, géographie, etc. Ainsi, les programmes d'EPS indiquent que cette discipline " concourt à la formation des jeunes par une éducation à la santé, à la sécurité et à la citoyenneté " ; elle doit leur permettre d'acquérir " des compétences et connaissances utiles pour mieux connaître son corps, le respecter et le garder en bonne santé ". Malgré des horaires limités, l'éducation à la santé et l'éducation civique offrent des possibilités d'aborder différents aspects de la nutrition :

" Mettre en œuvre des règles de vie : hygiène [habitudes quotidiennes de propreté, **d'alimentation**, de sommeil, de rythme de vie...], sécurité (*Découverte du monde et éducation civique*), vie sociale et santé

Comparer des **produits de consommation** [nature, origine, emballage] (*Découvrir le monde*)

Reconnaître un **message publicitaire** (*Découvrir le monde*)

Participer à des discussions sur des **problèmes de consommation** : publicité, différents types de produits (*Éducation civique*) "

La nutrition est ainsi, en principe, déjà très présente dans les programmes scolaires, directement ou de façon plus indirecte. Il est difficile de détailler l'ensemble des programmes et plus utile de dégager quelques constats généraux, forcément simplificateurs, mais qui paraissent cependant représentatifs de la situation globale.

Le premier constat est celui d'une approche disséminée entre différents niveaux, souvent parcellaire, voire incomplète. Ainsi, en classe de sixième, l'enseignant a le choix d'approfondir soit une culture, soit un élevage, soit une transformation biologique. L'élève qui a approfondi la filière pain, de la culture du blé à la fabrication du produit, ne connaîtra pas la filière fromage et inversement. Fréquemment, l'éducation alimentaire apparaît à titre d'illustration concrète d'un thème général relevant des sciences du vivant. Seules les classes technologiques des collèges et la 1^{ère} littéraire de l'enseignement général semblent bénéficier d'une approche globale, par exemple à travers un module sur la nutrition et l'éducation nutritionnelle ou un module sur l'alimentation équilibrée en 3^{ème} et 4^{ème} technologiques. Ces choix sont imposés en partie par les modalités pédagogiques actuelles, ce qui peut renforcer les différences de formation entre les élèves. Les approches expérimentales, inductives sont privilégiées par rapport à la dispensation d'un savoir magistral. Les travaux personnalisés sous forme d'itinéraires de découverte (IDD) ou de travaux personnels encadrés (TPE) selon les niveaux sont obligatoires, mais le choix des sujets est libre. Parmi les exemples proposés, on trouve " l'alimentation du sportif " ou " nutrition et activité physique ". Il faut noter que l'existence même des TPE semble actuellement remise en cause.

Le deuxième constat, découlant en partie du précédent, est la déconnexion entre les connaissances théoriques apportées et la " réalité de l'assiette ". L'exemple le plus caricatural est celui de la première S (série scientifique) où l'homéostasie glycémique est étudiée dans le détail de ses mécanismes fondamentaux, laissant peu de place à l'analyse de l'expérience (trop souvent) quotidienne de l'ingestion des boissons ou produits sucrés.

6. La place de la nutrition dans les enseignements scolaires. Rapport pour le Comité stratégique du PNNS, Avril 2003. Disponible sur www.sante.gouv.fr, dossier Nutrition

Le troisième constat est celui de la faible place de l'eau en tant que boisson. Les problèmes de la gestion de l'eau et de ses ressources sous les aspects de l'hygiène et de l'environnement, voire sur l'importance de l'eau dans le milieu intérieur, sont très présents, mais l'importance de l'eau-boisson et son circuit physiologique sont méconnus.

Le quatrième constat ressort davantage de l'analyse des programmes d'histoire et de géographie, c'est celui de la transmission d'une vision rurale et artisanale de l'alimentation. Seules certaines filières technologiques abordent des aspects technico-industriels, à travers les procédés de conservation ou même l'utilisation d'additifs. Les manuels scolaires montrent davantage des champs et des prairies que des usines de transformation des aliments. On peut éventuellement voir dans ce constat un des éléments de l'attachement des Français à la notion de terroir et de la genèse des crises alimentaires (qui sont des moments où les consommateurs découvrent que les modes de production réels de l'alimentation ne correspondent pas à l'image qu'ils en avaient).

Le cinquième constat concerne la multiplicité des causes à l'origine du positionnement faible et très inégal de la nutrition. En effet, des auditions réalisées, il ressort que, malgré de nombreuses possibilités théoriques, la nutrition est peu choisie par les enseignants ou les élèves. Parmi les raisons avancées, récurrentes pour les différents aspects de la nutrition à l'école et même pour d'autres problématiques, on peut citer :

- la faible formation des maîtres en nutrition, pour laquelle les possibilités d'évolution officielle sont faibles. L'enseignement scientifique global au sein des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) ne représente qu'un volume horaire très limité (15 à 50 h), variable en outre selon les universités ;
- l'absence de documents ou exemples pédagogiques officiels. Cependant, la situation est en train de changer, puisque la distribution de la version " adolescent " du " Guide nutrition pour tous les parents " (" La santé vient en mangeant et en bougeant ") à tous les élèves des classes de 5ème (environ 750 000 enfants) est maintenant effective. Elle est accompagnée d'un " livret pour le maître ", lui donnant des moyens pour faire le lien entre les cours théoriques et l'alimentation de tous les jours ;
- la compétition avec d'autres problèmes, qui peuvent être jugés comme aussi ou plus " prioritaires " (violence, sécurité, toxicomanies, sexualité, prévention routière) ;
- le cloisonnement persistant des disciplines ou des acteurs, malgré des encouragements officiels à la transversalité à travers les modalités nouvelles que sont les IDD ou les TPE.

Les possibilités d'évolution des programmes sont cependant relativement limitées. Des contraintes nombreuses et variées sont à prendre en compte :

- contraintes de choix et d'organisation disciplinaire : l'élaboration des programmes suit un processus complexe, s'étalant environ sur un an, faisant intervenir de nombreuses consultations et des arbitrages subtils, d'autant plus que derrière les programmes, il y a les postes, la répartition des heures (limitées) d'enseignement et les moyens à mettre en œuvre. Les refontes de programmes pour une filière donnée n'interviennent ainsi qu'environ tous les cinq ans ;
- contraintes de temps : un certain nombre de choix relèvent des établissements scolaires eux-mêmes ; comme déjà souligné, les modalités pédagogiques utilisées sont aussi à prendre en compte ;
- contraintes administratives et financières, qui peuvent concerner les questions de responsabilité des acteurs et de sécurité des élèves, comme l'existence d'un renouvellement plus ou moins rapide des personnels freinant parfois la mise en place durable d'approches concertées interdisciplinaires.

En outre, il faut tenir compte des principes d'autonomie et de liberté des enseignants. Il n'est ainsi pas question de faire de la nutrition et de l'alimentation une " discipline " nouvelle, mais de faire évoluer certaines approches et d'intégrer quelques points dont l'absence est apparue la plus dommageable. L'ensemble de ces considérations a conduit le groupe de travail du PNNS à faire des propositions portant sur 4 points dont un est directement en lien avec le sujet du groupe de travail du CNA : ainsi, l'allaitement maternel est totalement absent des programmes : il n'apparaît pas que le meilleur aliment d'un petit mammifère est le lait de sa mère. On peut voir dans cette absence une des raisons parmi d'autres qui concourt à expliquer la faiblesse de l'allaitement maternel en France. Il ne s'agit évidemment pas de faire à l'école la promotion de l'allaitement maternel, mais d'éviter que les jeunes français ne découvrent son existence qu'au moment où la question se pose pour eux.

2.2.3.1.2. Les actions de formation et d'information en dehors des programmes scolaires

De nombreuses actions de formation et d'information dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation sont possibles :

- les actions peuvent différer dans leurs objectifs : formation, information, éducation, offre alimentaire, ou une combinaison de ces objectifs ;
- les actions ont des caractéristiques très variables : elles peuvent être très ponctuelles ou, au contraire, constituer un axe fédérateur d'une classe sur l'ensemble de l'année scolaire. A l'extrême, on trouve l'action continue conduite dans le cadre de l'étude Fleurbaix-Laventie Ville santé sur plus de dix ans ;
- ces actions reposent sur des initiatives très diverses : académies (comme dans l'académie de Lille), établissements, enseignants, personnels de santé (comme à Paris), collectivités locales ou territoriales (comme dans le Val de Marne), associations internes ou externes à l'établissement (telles que des associations de consommateurs ou de parents d'élèves) ;
- les actions peuvent avoir lieu dans des cadres variés : dans le cadre scolaire ou périscolaire, à l'occasion de classes transplantées, voire dans des classes à projet artistique et culturel (PAC) pour lesquelles des financements spécifiques peuvent éventuellement être obtenus. Il faut également signaler les initiatives nombreuses, nationales et locales, qui ont été prises dans les centres de vacances et de loisir, qui constituent un lieu privilégié pour aborder les questions de nutrition et d'alimentation sur un mode plus ludique.

L'école apparaît de ces points de vue comme un lieu ouvert où beaucoup de choses sont possibles et réalisables en pratique ; cependant, deux conditions apparaissent importantes pour le montage et la réussite de ces actions : l'initiative de personnes motivées, et souvent compétentes du fait de cette motivation même, et l'intervention, mieux l'implication, de partenaires complémentaires.

2.2.3.1.3. L'offre alimentaire à l'école

L'offre alimentaire à l'école ne fait pas officiellement partie de la mission de l'école. Dans son dernier avis sur la restauration scolaire, le CNA a d'ailleurs relevé ce point et fait des propositions concrètes⁷. Mais l'offre alimentaire existe sous différentes modalités (les repas, les collations et goûters, et jusqu'au 1er septembre 2005 par les distributeurs automatiques dans les collèges et les lycées). Cette offre retentit inéluctablement à court terme sur la consommation alimentaire des enfants, mais aussi sans doute à plus long terme sur la construction du comportement alimentaire des enfants, ainsi que l'avait analysé le CNA dans son avis n° 24 déjà cité. De ce fait, il est vivement souhaitable que l'offre alimentaire à l'école soit optimale et exemplaire, au moins dans la mesure du possible car il y a de nombreuses contraintes et pas seulement financières. La circulaire dite " de l'écolier ", publiée en 1971, n'avait pu empêcher des dérives. Le traitement des données de l'enquête INCA conduit cependant à relativiser la mauvaise image de la restauration scolaire : si on compare

7. avis du CNA sur la restauration scolaire

ce que mangent les enfants à la cantine avec ce qu'ils mangent en dehors de la cantine, on s'aperçoit que l'avantage nutritionnel revient à la cantine jusque vers l'âge de 11 ans, alors qu'après cet âge, il n'y a pas de différence entre cantine et hors cantine. Dans le primaire, le menu obligatoire est mieux équilibré, même s'il est loin d'être parfait, alors que, au collège l'existence des self-services conduit à ce que les élèves reproduisent en choix libre les habitudes parfois non optimales de la maison.

2.2.3.1.3.1. La restauration scolaire

Une nouvelle circulaire a été publiée en juin 2001⁸ ; elle précise les trois aspects de la restauration scolaire : la qualité sanitaire, la qualité nutritionnelle et l'éducation au goût. La fréquence maximale ou minimale de proposition des plats (sur 20 repas successifs) est conditionnée par quelques critères nutritionnels simples, intégrant le calcium, les lipides ou le rapport protéines lipides et indiquant des tailles de portions adéquates selon les tranches d'âge. De nombreuses brochures et documents d'accompagnements de la circulaire ont été diffusés par l'Education nationale. Selon certaines enquêtes (Magazine Néorestaurations par exemple ; enquête Rhône-Alpes en cours de publication), cette circulaire est loin d'être intégralement appliquée partout ; une enquête nationale représentative visant à évaluer son application est en cours de réalisation.

Mais par elle-même, cette circulaire paraît insuffisante. Les critères nutritionnels sont en cours de révision au GPEM-DA (Groupement permanent d'études des marchés de denrées alimentaires, organisme public ayant publié au Journal Officiel en 1999 les recommandations relatives à la nutrition pour la restauration collective publique, reprises dans la circulaire sur la restauration scolaire). Une des principales difficultés rencontrées dans cette révision est la réalisation d'un compromis entre la recherche de la " perfection nutritionnelle " et des critères qui restent suffisamment simples pour une mise en place aisée partout et notamment dans les petites structures et l'acceptabilité des menus par les enfants. On peut noter que, là encore, avant même la publication de cette circulaire et le lancement du PNNS, des expériences pilotes intéressantes et nouvelles avaient été réalisées. La diffusion des expériences intéressantes et de leurs outils dans le cadre du PNNS pourrait être améliorée.

2.2.3.1.3.2. La collation

La deuxième offre alimentaire est la collation à l'école, une partie de cette alimentation étant d'ailleurs souvent fournie par les parents. Le groupe de travail n'a pas examiné ce point, mais il semble nécessaire de faire un bilan de la situation actuelle. L'avis de l'Afssa du 3 mars 2004, fondé sur les données de la littérature et de plusieurs enquêtes françaises, recommande à la suite des pédiatres, la suppression de la collation du matin, notamment en maternelle et dans les petites classes.

La lettre aux recteurs des ministres de l'Education nationale, en date du 25 mars 2004, recommande la suppression de cette collation, tout en laissant des marges de manœuvre aux établissements pour une adaptation aux circonstances locales. En effet, de nombreuses réactions contre cette suppression se sont manifestées (résistance au changement des habitudes, utilisation comme moment d'apprentissage alimentaire et d'éducation au partage, etc.). Par ailleurs, des réflexions au plan local devraient aborder les solutions adaptées à proposer aux enfants levés très tôt en raison de contraintes de transport ou professionnelles des parents, d'éventuels apports alimentaires insuffisants au petit déjeuner pour certains enfants.

2.2.3.1.3.3. Les distributeurs de boissons et d'aliments

L'interdiction des distributeurs automatiques déjà en vigueur dans les écoles maternelles et primaires a été étendue aux collèges et aux lycées par un article de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 . Cette mesure est entrée en application depuis le 1er septembre 2005. Sur ce point, le groupe n'a pas été amené à se prononcer. Il a été noté que les arguments épidémiologiques sont absents, mais que l'analyse de l'offre (boissons sucrées, produits gras et/ou sucrés) et le

8. Composition des repas servis en restauration scolaire et sécurité des aliments. Circulaire n°2001-118 du 25 juin 2001 (NOR : MENE0101186C). Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la recherche, n°9 du 28 juin 2001, 44 p.

souci de cohérence avec l'ensemble des actions entreprises à l'école militeraient pour cette suppression, malgré là encore des résistances normales (de la part des opérateurs économiques concernés comme de certains établissements, du fait d'une perte de revenus annexes souples). Une évaluation de l'effectivité de cette suppression est prévue par l'Education nationale. Plus d'une dizaine d'amendements à diverses lois ont été proposés par les opérateurs, visant à une réintroduction des distributeurs lorsqu'ils répondraient à des profils nutritionnels satisfaisants. Ces amendements ont jusqu'à maintenant tous été repoussés ou retirés. L'Afssa s'est exprimée à plusieurs reprises sur le sujet des distributeurs. Un des arguments avancés est celui de l'impact éducatif : même une offre nutritionnellement correcte est une tentation permanente à s'alimenter à n'importe quel moment. L'évaluation des conséquences éventuelles de cette suppression et l'identification des modes alternatifs qui se seraient substitués aux distributeurs pourrait être une piste de réflexion. Sans qu'il soit possible de dresser un panorama exhaustif, il semble que de certaines écoles aient profité de ces changements majeurs (collation et distributeurs) pour repenser de façon approfondie l'offre alimentaire à l'école et mettre en place des procédés plus intéressants sur le plan nutritionnel et éducatif, voire plus égalitaires sur le plan socio-économique (distributions gratuites organisées de fruits, par exemple). Pour d'autre un transfert a été réalisé sur d'autres canaux de distribution tels que par exemple la vente de croissants et de pains au chocolat par les foyers...

2.2.3.1.4. La nutrition dans la santé scolaire

La circulaire 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 (www.education.gouv.fr) relative à un plan quinquennal de prévention et d'éducation en santé scolaire comporte un court chapitre spécifique à la nutrition. Les principaux autres points concernaient :

- la diffusion de la version adolescent du guide alimentaire pour tous les parents, accompagnée d'un livret enseignant destiné à aider ces derniers à faire le lien entre le cours théorique de Sciences de la vie et de la terre (SVT) et la nutrition pratique du guide. Cela est maintenant réalisé ;
- la généralisation de l'utilisation des outils de repérage (disque indice de masse corporelle - IMC- et courbe de poids), lors des bilans médicaux et des dépistages infirmiers et l'information systématique des parents des suites de ce repérage ;
- l'incitation des chefs d'établissement à mener une réflexion au sein du conseil d'administration sur la présence de distributeurs et particulièrement sur leur contenu afin de prendre en compte la qualité nutritionnelle des produits proposés. Cette question est maintenant réglée par la loi de santé publique (Cf. supra) ;
- la définition d'une politique d'installation de fontaines d'eau réfrigérée en concertation avec les collectivités territoriales concernées. Tous les établissements devront être pourvus de ces fontaines à l'horizon 2007.

La nécessité et l'intérêt de l'activité physique sont rappelés. L'évaluation par enquête de l'application de la circulaire est prévue.

2.2.3.2. Offre alimentaire, culture alimentaire, goût, cuisine

La description de la " modernité alimentaire"⁹ fait l'objet d'un assez large consensus au sein des sciences sociales. Elle se caractérise par un affaiblissement de l'appareil de normes sociales encadrant les pratiques alimentaires. Dans ce contexte, les décisions sont de plus en plus centrées sur l'individu entraînant une montée de la réflexivité¹⁰ dans la relation des mangeurs à l'aliment. Plusieurs interprétations complémentaires ont été produites : en termes de " gastro-anomie ", de recomposition des modèles alimentaires, de transformation des formes de légitimité de l'appareil normatif.

La modernité alimentaire se traduit également par un triple phénomène de mutations :

9. Le terme modernité est pris au sens de contemporain d'actuel. Il inclut et déborde les débats sur la post modernité, la sur modernité ou l'hyper modernité

10. la réflexivité rend compte du travail de construction de la décision alimentaire quotidienne alors que la régulation sociale traditionnelle par les normes fonctionne dans l'allant de soi

- mutations des pratiques alimentaires avec une simplification de la structure des repas, un développement de l'alimentation hors repas, des transformations de la structure des consommations favorable à des produits préparés, une pression négative des emplois du temps sur l'activité culinaire, un développement de nouveaux lieux de consommation ;
- mutations de l'environnement alimentaire avec la diffusion des distributeurs automatiques dans les lieux publics, le développement de la restauration rapide, l'intensification de la pression publicitaire, etc. ;
- mutations des représentations relatives à l'alimentation, avec la diffusion de la pensée nutritionnelle qui s'inscrit dans un processus plus large de médicalisation.

Autant de mutations qui bousculent les régulations sociales des modèles alimentaires et supposent des ajustements et des recompositions. Cette situation invite à être attentif aux caractéristiques des modèles traditionnels ainsi qu'aux innovations des différents acteurs.

Dans l'offre alimentaire visant les enfants, la nature et la quantité des aliments proposés ont un rôle certain dans l'évolution de leur corpulence. L'information sur la composition nutritionnelle des aliments à l'attention des familles, des enfants et de l'ensemble des personnes en charge d'eux est à prendre en compte. Une attention particulière doit être apportée, par les milieux professionnels, à l'évolution de la densité énergétique des aliments fréquemment consommés par les enfants ainsi qu'à la taille des portions qui leur sont proposées que ces produits sont présentés en unité de consommation ou non. Une information pratique sur la manière dont ces aliments s'inscrivent dans une alimentation équilibrée en fonction également des moments de consommation et des modes de vie constitueraient des repères de consommation précieux.

Certains aliments, comme les fruits, les légumes ou le poisson apparaissent comme de véritables marqueurs de différenciation sociale. Plusieurs éléments apparaissent aussi jouer un rôle, tels que le prix mais aussi la praticité (facilité d'utilisation), le manque de connaissance ou de référence familiale pour cuisiner les aliments, la disponibilité des produits, le goût.

Par ailleurs le groupe de travail relève que le budget familial destiné à l'achat d'aliments entre en compétition avec celui consacré à d'autres postes de dépense, tels que les loisirs ou les nouvelles technologies (portables, jeux vidéos, informatique).

Des expériences sont menées avec succès, notamment en milieu scolaire, sur l'apprentissage du goût aux enfants, mais aussi sur l'éducation culinaire comme c'est le cas en Suisse.

L'Institut du goût, en France, a mis en place depuis de nombreuses années les classes du goût chez des enfants de 7 à 11 ans afin d'apprendre aux enfants à aimer les aliments car le couple goût-plaisir est un puissant moteur du comportement particulièrement chez l'enfant. L'objectif est de cultiver le plaisir de manger au quotidien et d'enrichir le répertoire alimentaire de l'enfant. Cette pratique favorise des apprentissages actifs, concrets, connectés au quotidien et le développement d'ateliers culinaires chez les enfants est à promouvoir.

Il semble important de valoriser la culture culinaire et les modèles alimentaires qui ne favorisent pas l'obésité.

2.2.3.3. *Sédentarité et activité physique*

Il est rappelé que l'activité physique est une des deux composantes essentielles du concept global nutrition ; par ailleurs, cette composante comporte à la fois la promotion de l'activité physique quotidienne et la réduction du temps quotidien de sédentarité.

2.2.3.3.1. *Définitions de l'activité physique et de la sédentarité*

Les définitions données dans le guide réalisé par le PNNS " La santé vient en bougeant " sont les

suivantes :

- **L'activité physique** correspond à tous les mouvements de notre corps produits par la contraction des muscles, qui augmentent la dépense d'énergie. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, ceux effectués lors du travail comme lors des loisirs. La marche est l'activité physique de base, praticable par un très grand nombre de personnes, à tout âge et partout. L'activité physique c'est donc marcher, jardiner, danser, bricoler, jouer avec les enfants... et bien sûr faire du sport.
- **Le comportement sédentaire** correspond aux occupations pour lesquelles les mouvements corporels sont réduits au minimum (et la dépense énergétique très faible) : regarder la télévision, travailler sur un ordinateur, jouer avec des jeux vidéo et de façon générale être assis ou couché.

Ces définitions sont évidemment transposables sans problème à l'enfant.

Les repères du PNNS figurant dans le guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents " La santé vient en mangeant et en bougeant " pour les enfants à partir de 3 ans et les adolescents sont de " au moins l'équivalent d'une demi-heure voire une heure de marche rapide par jour ". En l'intégrant dans la vie quotidienne : l'activité sous toutes ses formes (marche, vélo, rollers, jeux d'extérieurs, etc.), sports collectifs et individuels.... Et en limitant l'inactivité et les activités sédentaires (télévision, console de jeux ou ordinateurs).

2.2.3.3.2. Progression de la sédentarité et diminution de l'activité physique

Le constat est fait du nombre considérable de facteurs en faveur de la progression de la sédentarité des enfants dans leur cadre de vie.

Au plan familial, les points suivants sont notamment soulignés :

- présence d'au moins un poste de télévision dans les logements et augmentation de la fréquence d'un poste de télévision dans la chambre des enfants, et ce, dès le plus jeune âge et augmentation régulière du nombre d'heures passées devant la télévision, notamment du fait de la multiplication des chaînes ciblant l'enfant dès son plus jeune âge ;
- progression du temps passé devant d'autres écrans (ordinateurs, jeux vidéo) ;
- diminution des temps de marche sur le trajet de l'école, pour faire les courses ; utilisation prolongée ou trop systématique des poussettes chez les plus petits ;
- diminution du temps passé en jeux extérieurs (collectifs, vélo, rollers) pour des raisons de sécurité, d'environnement, de disponibilité des parents ou d'adultes pour les surveiller, d'espaces de jeux à proximité, de solitude des enfants, coûts financiers.

Dans le milieu scolaire, les éléments suivants sont soulignés :

- la culture scolaire française n'intègre pas le principe " d'un esprit sain dans un corps sain " et privilégie les disciplines intellectuelles au détriment de la pratique de l'activité physique ;
- il n'y a pas de projet porteur sur le thème de la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique dans les établissements ;
- les heures prévues pour les cours d'éducation physique ne sont pas toujours réalisées, les espaces prévus pour les cours de récréation, les cours d'éducation physique sont souvent très limités ;
- les cours d'éducation physique sont souvent très traditionnels, recherchant et valorisant la performance plutôt que l'aspect " sport plaisir ".

Par ailleurs, l'individu semble avoir de plus en plus de mal à évaluer et à gérer les apports alimentaires permettant d'avoir des apports énergétiques correspondant à son niveau d'activité physique.

2.2.3.3.3. Amélioration de l'attractivité de l'activité physique : des expériences réussies

Des expériences de terrain mettent en évidence que l'amélioration de l'attractivité de l'activité physique, une démarche d'intégration de celle-ci dans l'environnement pour proposer un mode de vie qui lui est plus favorable, la prise en charge des enfants, sont des leviers d'action.

Ainsi, une intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS) initiée en 2002 dans le Bas-Rhin proposant notamment les conditions de pratique d'activité physique, grâce à un large partenariat avec les collectivités territoriales et le milieu éducatif, montre que les élèves ont augmenté de manière significative leur activité physique de loisir, leur activité physique quotidienne et ont diminué leur comportement sédentaire.

Il en est de même pour les villes OMS, les villes PNNS, le programme EPODE.

L'enseignement de l'expérience du réseau EFFORMIP est qu'il est nécessaire d'adapter l'activité physique aux personnes concernées pour la rendre plus attractive et qu'il est nécessaire de faire évoluer le regard et la formation des professionnels de l'éducation physique dans le sens de la pratique de l'éducation physique pour la santé et le plaisir et pas seulement dans l'optique de la performance sportive. Le Ministère jeunesse et sports affiche une volonté de promouvoir l'éducation à la santé par l'activité physique, et il y a lieu d'analyser les freins à la concrétisation de cet engagement.

Il apparaît au groupe nécessaire d'inclure de nombreux acteurs de l'environnement de l'enfant, et pas seulement le milieu familial, pour faire basculer son mode de vie de dans un sens plus favorable à la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique.

Une approche de type " prévention sans effort ", en incluant l'activité physique dans le déroulement normal de la journée semble être une approche à privilégier.

2.2.3.3.4. Une prise de conscience nécessaire de l'ensemble des acteurs

La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique chez les enfants apparaît comme un des facteurs clés de la prévention de l'obésité. Paradoxalement, il n'est pas encore au cœur des priorités. Des efforts considérables sont à fournir notamment en terme d'information et de formation des différents acteurs, d'éducation, de prise en compte de cet objectif dans l'amélioration de l'environnement de l'enfant, de recherche.

2.2.3.4. La publicité

C'est un facteur d'étude à part entière. Il y a peu de choses validées en terme scientifique et peu de recherches sur l'impact de la publicité en faveur de certaines denrées alimentaires et la progression de la prévalence de l'obésité chez l'enfant.

De plus la publicité est très liée à la télévision et donc au facteur lié à la sédentarité. Peu d'études existent sur l'influence du temps et du contenu télévisuel sur nos constructions sociales, nos modes de vie et le comportement alimentaire. D'autre part le contrôle du temps et du contenu audiovisuel n'est généralement plus au cœur des systèmes familiaux d'éducation.

Le point sur cette question figurant dans l'avis n°49 du CNA sur la politique nutritionnelle est rappelé :

" La publicité et d'autres formes de marketing occupent une place importante dans la communication alimentaire et nutritionnelle. En revanche, il est difficile de savoir si elles ont un rôle déterminant dans la formation ou la modification des attitudes et comportements. Elles participent d'un mouvement d'ensemble et sont souvent comprises dans leurs intentions commerciales, même si elles

peuvent être appréciées comme spectacle ou pour leur humour. Les enfants et les adolescents peuvent être critiques vis-à-vis de la publicité. Cependant, à ce stade, il est difficile de trancher de façon définitive sur le rôle de la publicité : à partir de la variété des études et rapports disponibles, différentes lectures conduisent les collèges du CNA à des positions différentes. Le rôle de la famille, notamment des parents, doit rester prépondérant dans l'organisation de l'alimentation, et être renforcé par le concours d'autres adultes (professeurs, éducateurs sportifs, médecins, infirmières). Mais leur tâche est rendue difficile par la multiplicité des messages. Tous les collèges sont en faveur d'une amélioration de l'aide aux parents à travers l'amélioration de l'information nutritionnelle et de la qualité des messages médiatiques et publicitaires. Plus spécifiquement, le collège des consommateurs et certains experts souhaitent aussi une diminution quantitative de l'exposition des enfants aux messages publicitaires ".

Cependant le groupe observe que :

- sauf démonstration contraire, les enfants et surtout les plus jeunes ne sont pas en capacité d'exercer un sens critique, d'autant que la publicité n'est pas toujours séparée clairement du programme télévisuel et que des héros de ces mêmes programmes peuvent également être mis en scène dans la séquence commerciale ;
- les publicités insérées dans les programmes télévisés, ou les spectacles, destinés aux enfants et aux jeunes portent toujours sur les mêmes catégories de denrées ayant plutôt une densité énergétique élevée ;
- les budgets publicitaires portant sur ce secteur ne sont pas en régression ;
- les progrès technologiques ouvrent de nouvelles perspectives en terme de progression de l'exposition des enfants à la publicité (jeux vidéo par exemple) ;
- il y a lieu de prendre en compte dans la réflexion sur ce thème non seulement les chaînes nationales mais le concept de télévisions sans frontières.

L'industrie agroalimentaire et la grande distribution, par leurs capacités à déterminer et mettre en œuvre une discipline professionnelle concertée, ont un rôle à jouer, en particulier dans la communication destinée aux enfants et aux adolescents et la communication nutritionnelle commerciale en milieu scolaire.

Des initiatives dans ce sens sont recensées et sont présentées au § 2.3.3.

Ce sujet n'a pas fait l'objet d'un débat de fond dans le groupe qui ne s'estimait pas qualifié pour le faire. Le groupe estime cependant qu'à l'évidence une réflexion de fond, avec des moyens appropriés, devrait être engagée sur cette problématique.

2.2.3.5. Education nutritionnelle, comportement alimentaire

2.2.3.5.1. La socialisation

La socialisation est le processus par lequel un individu devient membre d'une société. Elle suppose l'assimilation de normes et de valeurs sociales. La cuisine et les manières de tables sont des mises en scène concrètes des valeurs d'un groupe social. Lorsqu'un enfant mange, il apprend et incorpore les principes fondamentaux qui organisent sa société, le sens du bon, le rôle des hommes et des femmes, ce que l'on peut donner à voir ou à entendre du fonctionnement de son propre corps, ce qu'il faut cacher. Ces règles et ces normes sociales évoluent avec le temps et avec l'âge de l'enfant ; ce qui est possible à une certaine période ne l'est pas toujours à la suivante. La socialisation permet la transmission des systèmes de valeurs de génération en génération. Ainsi en mangeant, l'enfant s'approprie le système culturel et se construit un registre personnel de goûts, en sélectionnant dans l'ordre de la culture à laquelle il appartient, des aliments et des pratiques qui lui sont propres. Ce que

les psychologues désignent par l'expression des aliments pour moi. L'intervention sur l'alimentation des enfants et des adolescents est complexe parce que celle-ci est utilisée par les sociétés dans la transmission des systèmes de valeurs.

On distingue plusieurs étapes et plusieurs agents de socialisation : la socialisation primaire qui s'opère dans la famille, la socialisation secondaire qui a lieu à l'école, la socialisation tertiaire dans le monde du travail.

Le premier agent de socialisation alimentaire est donc la famille. Elle peut être la considérée comme une cible privilégiée pour les actions d'éducation pour la santé. Dans l'univers familial, le rôle de la télévision comme agent de socialisation est à prendre en considération. Il est désormais bien établi que le temps passé devant la télévision est statistiquement associé à l'obésité. Il est à la fois un indice de sédentarité, mais pourrait également être impliqué dans le phénomène de socialisation par les modèles de comportements alimentaires véhiculés à travers la publicité ou les programmes pour enfants. Même si l'impact des messages publicitaires sur les comportements alimentaires des enfants et leur rôle de prescripteur d'achat est encore assez mal connu, le fait que la publicité joue comme un nouvel agent de socialisation justifie en soi une réflexion, à la fois pour développer des connaissances et mettre en place des actions d'orientation.

La socialisation secondaire s'opère dans les établissements de restauration hors foyer fréquentés par les enfants : les crèches tout d'abord et les restaurants scolaires. Leur rôle décisif dans les apprentissages alimentaires doit être pointé. Il ne se réduit pas à des apprentissages cognitifs liés à la nutrition, mais porte aussi sur le plaisir et les dimensions culturelles de l'alimentation. Il évolue avec le développement et l'âge de l'enfant. L'étude de l'impact de la fréquentation précoce des crèches sur le processus de socialisation alimentaire est une piste de réflexion pour éventuellement déboucher sur la mise en place d'actions sur ce terrain.

Si certains travaux conduits dans des perspectives psychologiques ou psychosociologiques sur la construction du goût dans la petite enfance, sur l'évolution du registre du mangeable, sur la néophobie et le rôle des pairs, constituent des apports décisifs sur la question, beaucoup de choses restent à faire pour décrire le passage de l'enfance à l'adolescence et de l'adolescence au statut de jeune adulte avec des processus de recombinaisons des normes et modèles alimentaires. Ceci est d'autant plus urgent à connaître que les étapes du cycle de vie sont en train de se recomposer ; en particulier, nous assistons à un report du passage à l'âge adulte, à un étirement de la socialisation familiale à des âges inédits, mais aussi à une affirmation précoce de l'autonomie des adolescents. Nous comprenons encore assez mal comment se constituent, se fixent ou se modifient les pratiques et représentations alimentaires individuelles et collectives au cours des différentes étapes de la socialisation.

2.2.3.5.2. Prise en compte de la socialisation alimentaire

Pour éviter que les interventions relatives à l'éducation alimentaire ne soient contre productives, il convient de prendre la mesure de l'importance de la socialisation alimentaire. Les sociologues de l'alimentation militent pour le passage de l'éducation nutritionnelle à l'éducation alimentaire. Celle-ci suppose la prise en compte des dimensions socioculturelles de l'acte alimentaire et des modalités de transmission, recombinaison des modèles alimentaires d'une génération à l'autre par la façon dont les acteurs sociaux se réapproprient ces derniers.

Des expériences d'éducation nutritionnelle chez les enfants existent. Citons les actions menées à Paris ou Toulouse dans les classes maternelles, mais aussi les programmes de Fleurbaix-Laventie Ville Santé et Epoque au sein desquels l'éducation nutritionnelle des enfants est une action importante. Dans l'étude Fleurbaix-Laventie Ville-santé, des premiers résultats suggèrent que l'information nutritionnelle à l'école est susceptible de modifier la qualité de la consommation familiale. Il faut aussi rappeler les nombreuses actions décentralisées d'éducation soutenues par le PNNS.

Il est indispensable que les actions déjà engagées fassent systématiquement l'objet d'évaluation. Ainsi sera-t-il possible de capitaliser des expériences et des connaissances à la fois sur les déterminants des comportements et sur les performances des outils utilisés. Il ne faut cependant pas sous-estimer les problèmes méthodologiques que posent ces évaluations. Elles doivent pouvoir être conduites sur les plans physiques (impact sur l'IMC, comparé à une population de référence), comportementaux et cognitifs. Aussi peut-on suggérer que soit lancées de toute urgence des recherches méthodologiques dans ce sens. Le matériau empirique considérable rassemblé ou pouvant être rassemblé entre autres par les actions décentralisées du PNNS pourrait être utilisé à cette fin.

Pour mettre au point des actions d'éducation alimentaire, les acteurs de la santé publique rencontrent un certain nombre de difficultés lié à l'état des savoirs.

En pratique, il serait donc souhaitable d'articuler les messages nutritionnels émis dans les programmes d'éducation aux dimensions socioculturelles de l'alimentation. Une première étape nécessite d'adapter le discours aux modes de vie, comme le font les guides alimentaires réalisées dans le cadre du PNNS. Une deuxième étape serait de prendre en compte les processus de différenciation sociale et de construction identitaire.

2.3. Etat des lieux en France : de nombreuses initiatives

Le CNA a pu constater la très grande diversité des actions entreprises pour prévenir l'obésité infantile, et plus globalement développer un comportement favorable à la santé. Quelques exemples, basés sur les propositions rédactionnelles fournies par les différents collègues membres du groupe de travail sont décrits ci-dessous pour l'illustrer. Cette grande diversité, ajoutée à celle des actions qui ne sont pas mentionnées, introduit la nécessité d'une coordination, d'un pilotage plus fort et plus lisible.

2.3.1. Les institutionnels

2.3.1.1. La loi relative à la politique de santé publique

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe dans son objectif n°12 annexé au texte de loi l'ambition d'interrompre la croissance du surpoids et de l'obésité chez les enfants. Par ailleurs ce texte pose, pour la première fois un cadre limitatif à certains aspects de l'offre alimentaire : obligation d'une information à caractère sanitaire pour les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés ; une dérogation est possible par le paiement d'une taxe à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (article 29), interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants accessibles aux élèves dans les collèges et lycées depuis le 1^{er} septembre 2005 (article 30).

2.3.1.2. Le Programme national nutrition santé (PNNS)

Le Programme national nutrition santé¹¹ est, depuis 2001, à la demande du Premier ministre lors de son discours aux Etats généraux de l'alimentation, coordonné par le ministère de la santé. Il vise la promotion d'un bon état de santé par la nutrition (entendue dans ses deux composantes apports alimentaires et dépenses énergétiques par l'activité physique) et la prévention des pathologies ayant la nutrition comme déterminant. Il est orienté par des messages positifs prenant en compte outre la dimension biologique de l'alimentation ses composantes sociales, culturelles et hédoniques.

La réduction de la prévalence de l'obésité de l'adulte et l'arrêt de la croissance de la prévalence d'obésité chez l'enfant font partie des objectifs prioritaires de ce programme coordonné par un comité stratégique dont font partie neuf ministères, les agences sanitaires et les instituts de recherche, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les mutuelles, ainsi que le Conseil national de l'alimentation, les acteurs économiques (industrie agro-alimentaire, restauration collective et grande distribution) et quatre experts scientifiques.

11. Voir le site www.mangerbouger.fr

Le PNNS fixe le cadre de la politique nationale en matière de nutrition. Il s'appuie pour cela sur une expertise scientifique pluridisciplinaire (sciences biomédicales et sociales) dont les recommandations sont toujours issues d'un collectif d'experts, le plus souvent réunis sous l'égide de l'Afssa. Ce cadre a permis notamment de définir " les repères de consommation pour la population française " et les modalités d'apposition du logo pour tous les acteurs souhaitant s'inscrire dans la programme nationale.

Les repères de consommation ont notamment permis de donner un sens concret et pratique à la notion "manger varié et équilibré". Ces repères, pour tous, pour les enfants, bientôt pour les seniors et prévus pour les femmes enceintes, font l'objet d'une très large diffusion au travers de publications (guides nutrition) disponibles gratuitement auprès de l'INPES.

Le PNNS a aussi permis la diffusion d'outils pratiques destinés à faciliter le dépistage et la prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Plus de 250 000 disques de calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et de livrets d'interprétation des résultats en vue d'engager le dialogue avec les familles ont été diffusés dès 2003. L'évaluation effectuée montre qu'ils sont largement utilisés en pratique quotidienne. Des sessions de formation médicale continue ont été réalisées dans des conditions strictes d'expertise (dépistage de l'obésité chez l'enfant de 5 ans et dépistage de l'obésité chez l'adolescente de 15 ans). Un logiciel spécifique a été produit pour aider les médecins (y compris les médecins et infirmières scolaires) à effectuer un suivi de l'IMC des enfants. Une analyse complète des programmes scolaires de la maternelle au lycée a été effectuée avec des suggestions pour renforcer la nutrition dans les enseignements scolaires.

A l'école, en lien avec ce programme, le ministère de l'Education nationale a diffusé une circulaire en 2001 sur la composition des repas servis en restauration scolaire ; une évaluation de sa mise en œuvre est en cours pour le secondaire. Une lettre circulaire a été adressée en 2004 visant la suppression de la collation matinale systématique servie à l'école ; un suivi de son application est assuré dans plusieurs régions, sous l'égide des comités locaux du PNNS. Les distributeurs payants d'aliments et de boissons ont été interdits dans les établissements scolaires par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Les repères de consommation du PNNS sont le support sur lequel s'inscrivent de très nombreuses initiatives prises par les pouvoirs publics au niveau national, régional ou local ou soutenus par eux, dans le cadre de projets et d'expérimentations d'ampleur très variée. Pour ne citer que quelques uns, concernant l'enfant : le projet ICAPS en Alsace destiné à favoriser l'activité physique des collégiens, qui, en deux ans a montré une réduction du risque d'obésité ; un projet en restauration scolaire mené dans l'académie de Lille auprès de plus de 5000 collégiens qui a montré une augmentation de près de 20% en moyenne de la consommation de fruits et légumes au collège ; les projets de distribution de fruits dans les écoles de Zones d'éducation prioritaires qui en maternelle montrent un accroissement de leur consommation globale. Ces projets sont très largement développés dans la région Nord. Dès avant le PNNS, le département du Val de Marne a mené un programme à destination des collégiens, qui a intégré à partir de 2002 les orientations du PNNS. Son évaluation est en cours. Au niveau régional, une forte mobilisation des professionnels de l'enfance existe pour la promotion de l'allaitement maternel, la région Rhône Alpes étant particulièrement mobilisée sur cette thématique ; des réseaux pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP) fonctionnent en Midi Pyrénées, en Franche Comté, en Ile de France et dans le grand Lyon ; certaines " villes actives " du PNNS mettent en œuvre des interventions en faveur des enfants, dans le cadre scolaire et/ou dans les quartiers.

Le travail réalisé montre la volonté d'agir, de façon positive, dans tous les domaines susceptibles d'influencer les comportements alimentaires et l'activité physique des français : information, éducation, formation des professionnels, évolution des environnements qui conditionnent les choix, expéri-

mentation et valorisation des acteurs et des actions qui se montrent en cohérence avec les préconisations.

2.3.2. Le secteur associatif : associations de consommateurs, Association Journées de l'Intendance (AJI), Comité de coordination des collectivités (CCC)

De très nombreuses actions sont mises en place auprès des consommateurs, ou dans le milieu scolaire, afin de promouvoir une alimentation équilibrée, de former à la lecture d'un étiquetage nutritionnel, de mettre en place des outils d'éducation nutritionnelle adaptés aux populations visées.

D'autres types d'actions visent à modifier la réglementation afin de limiter l'impact de la publicité destinée aux enfants ou la disponibilité de l'offre alimentaire.

En voici quelques exemples pratiques, sans pour autant prétendre à l'exhaustivité.

2.3.2.1. Les actions de la Confédération syndicale des familles (CSF) en matière de prévention de l'obésité

La CSF, organisation familiale, touche plus particulièrement des familles urbanisées et de milieu populaire, souvent les plus touchées par les questions de surpoids et d'obésité et les moins perméables aux messages des campagnes publiques.

C'est pourquoi plusieurs actions ont été lancées au plus proche de ces familles, au plus près du terrain.

Les actions lancées peuvent être d'ampleur locale ou nationale et sont élaborées à partir des demandes et besoins des bénévoles sur le terrain en terme d'outils pédagogiques, de formations, d'informations techniques.

2.3.2.1.1. Au niveau national

Au-delà du travail de relais des messages issus du PNNS, la Confédération a élaboré des livrets de recettes faciles, simples et à petits prix.

Un livret intitulé " manger sain au quotidien ", s'inspirant du programme, insiste sur la diversité et l'équilibre alimentaire et sur, par exemple, l'importance du petit déjeuner ou de l'activité physique.

Ces livrets ont été très bien reçus par les familles puisqu'ils alliaient conseils pratiques, de santé et considérations économiques.

De plus, un jeu à destination des 7/12 ans va permettre, sur un mode ludique, de faire passer des messages simples aux enfants tout en s'amusant. Il est conçu comme un jeu de l'oie pour suivre le déroulé d'une journée normale d'enfant avec ses quatre prises alimentaires : le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter et le dîner. Ce " parcours alimentaire " est ponctué de cartes de " chance " ou de " poisse " qui font avancer ou reculer les joueurs selon les réflexes qu'ils ont eus.

Ce jeu, dont une version a déjà été testée avec succès dans le département du Calvados, va prochainement être diffusé dans les autres associations locales du réseau CSF et constituera un outil pédagogique important pour les interventions des bénévoles dans les centres de vacances, écoles, centres de loisirs.

De plus, des formations sont régulièrement organisées tant pour donner des connaissances techniques et venir en appui aux familles et aux bénévoles sur le terrain que pour gérer l'animation de groupes sur le thème de l'alimentation en général. Ces formations voient intervenir des psychologues de l'alimentation, des nutritionnistes et autres experts.

2.3.2.1.2. Au niveau local

Les bénévoles, sur le terrain, multiplient les actions pour sensibiliser enfants, parents et person-

nes âgées, à l'acquisition de bons réflexes en matière alimentaire.

Les associations locales, très impliquées sur les questions de santé et d'éducation organisent régulièrement des rencontres (forums, carrefours, ateliers cuisine pour parents, enfants ou adolescents) souvent accompagnées de l'œil expert d'un nutritionniste et/ou d'un psychologue qui sont autant de lieux d'échanges, d'apprentissages, voire de remises en questions sur les habitudes et comportements alimentaires de chacun.

Les groupes de parents issus des Unions de Parents d'élèves CSF (UPE-CSF) servent également de moteurs à des actions locales auprès des enfants et des équipes enseignantes et d'animation.

Les militants interviennent dans les écoles et collèges, à la demande des équipes pédagogiques, dans les centres de loisirs, centres sociaux culturels avec les jeux que les équipes régionales CSF ont élaborés.

La CSF organise également des vacances familiales dans certaines régions durant l'été sur le thème de la prévention et de la lutte contre l'obésité. Ceci consiste en une " université d'été " pendant laquelle les familles participantes suivent un séminaire avec différents intervenants pendant le séjour d'une semaine. Les enfants sont confiés à des animateurs et différentes manifestations ont lieu durant le séjour.

Par exemple, lors des vacances familiales organisées par l'équipe interrégionale Bretagne-Pays de Loire, une troupe de théâtre d'improvisation s'inspirait de la vie quotidienne des familles pour faire passer des messages de prévention de l'obésité.

Cela permet également l'interactivité et d'impliquer les familles. Ainsi, elles ne sont plus simplement spectatrices mais deviennent actrices de la prévention et de la lutte contre l'obésité.

Les équipes locales sont également amenées à travailler en partenariat avec les caisses d'allocations familiales ou les travailleurs sociaux pour élaborer guides d'information et outils pédagogiques en tous genres (expositions, journées d'information/débat avec des professionnels de l'industrie agro-alimentaire, des experts).

2.3.2.2. Les actions de la Confédération du logement et du cadre de vie (CLCV)

Depuis 2002, la CLCV est impliquée de façon continue dans la prévention de l'obésité et ce à plusieurs niveaux. La CLCV a notamment réalisé trois études sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations santé qui apportent un éclairage intéressant sur la question de l'obésité¹².

Elles ont notamment mis en évidence la volonté qu'ont les consommateurs de rechercher l'équilibre alimentaire mais aussi leur faible recours aux informations figurant sur les étiquetages ainsi que l'insuffisance de leurs connaissances nutritionnelles. Or, la prévention de l'obésité passe nécessairement par une analyse, même rudimentaire, des besoins et des apports caloriques.

Concernant les allégations santé, il est apparu qu'elles ne sont pas perçues par les consommateurs avec le recul nécessaire. Par exemple, certains produits très riches en lipides, mais comportant une allégation mettant en avant leur forte teneur en vitamines ou en minéraux, peuvent leur sembler " bénéfiques ".

Dans la perspective de la révision de la directive européenne sur l'étiquetage, une convention a été signée le 15 avril 2005 entre la DGAI et la CLCV pour la réalisation d'une étude sur l'étiquetage. La CLCV prépare un questionnaire en vue de comparer la pertinence de trois systèmes d'étiquetage auprès des consommateurs et demande qu'il soit fait mention explicitement des glucides simples afin de réduire les déséquilibres alimentaires pouvant conduire à l'obésité.

Par ailleurs, depuis avril 2005, en partenariat avec la Fédération Nationale de la Mutualité fran-

12. " Allégations santé attachées aux denrées alimentaires " pour la DGAI;

" Allégations nutritionnelles et allégations santé " avec l'UFCS pour la DGCCRF;

" Compréhension par les consommateurs de certaines mentions figurant dans l'étiquetage " pour la DGAI.

çaise, la CLCV a conçu neuf fiches " nutrition ". Elles permettront de diffuser auprès des consommateurs des notions essentielles relatives à l'équilibre nutritionnel et aux liens entre santé et alimentation. L'aval du PNNS a été sollicité pour cette action.

Lors des discussions sur la Loi de Santé Publique en 2004, la CLCV a demandé que les publicités télévisées portant sur des produits riches en lipides et en glucides ne soient pas diffusées lors des créneaux horaires destinés aux enfants. Elle a également plaidé pour que les produits particulièrement riches en sucres et en matières grasses soient retirés des distributeurs présents dans les établissements scolaires. En septembre 2005, à travers son réseau local, elle a suivi l'application de cette mesure sur le terrain.

La CLCV a présidé le groupe de travail du CNA mis en place en 2002 sur la restauration scolaire. Elle a auditionné les acteurs majeurs et appuyé leurs principales demandes portant sur l'obligation réglementaire de fournir des repas équilibrés et l'instauration d'un contrôle de la qualité nutritionnelle des produits.

Enfin, les structures locales de la CLCV organisent régulièrement des réunions, des débats et des expositions sur le thème de la nutrition et de la santé avec l'appui de médecins et de nutritionnistes.

2.3.2.3. Les actions de Familles de France

Familles de France, organisation qui s'est dotée d'un département Santé depuis environ deux années, mène trois formes d'action :

2.3.2.3.1. Dans le milieu scolaire.

Au niveau national, cette association diffuse le concept du **Bar à Fruits** : "un fruit frais à chaque Récré", auprès des municipalités, par l'intermédiaire de son réseau associatif (réparti dans 90 départements français, métropole et outremer), avec formations et information auprès des jeunes du primaire, des collèges et des lycées, pour la consommation de fruits frais : au moins quatre par jour dont deux à l'école, avec implantation d'un Bar à Fruits.

Familles de France a obtenu l'agrément Education nationale en Février 2005 pour la formation dans les écoles. Plusieurs passages télévisés sur "Consomag" ont eu lieu en 2004.

2.3.2.3.2. Dans le milieu associatif

Plusieurs modules d'éducation nutritionnelle sont proposés : " Gastronomie-santé familiale " à tous les âges de la vie : grossesse (avant-pendant-après), allaitement, sevrage ; Croissance, Adolescence ; Equilibre hormonal de la puberté à la Ménopause ; Nutrition des seniors.

2.3.2.3.3. Au niveau national

Un réseau de formateurs est en cours de mise en place.

2.3.2.4. Les actions de l'ADEIC du Gard

Depuis plus de vingt cinq ans, l'ADEIC du Gard anime, en milieu scolaire, des actions d'éducation et d'information à la consommation dans le domaine de la nutrition auprès des jeunes et de leurs éducateurs, en adaptant ses messages aux demandes des infirmières scolaires et des maîtres.

Cette association a été créée par des organismes proches de l'Education nationale et ses intervenants sont soit des personnes en activité soit retraitées de l'enseignement, ce qui a facilité la reconnaissance des initiatives par l'Education nationale et l'intérêt des équipes éducatives. Par ailleurs, l'ADEIC travaille toujours avec l'aval du Rectorat de Montpellier, de l'Inspection académique du Gard et des services de la santé scolaire.

Les interventions novatrices de l'ADEIC 30 sont données " clés en mains " aux autres départe-

ments qui souhaitent faire des interventions, ainsi qu'à des étudiant(e)s dans des projets d'études, mais aussi à des structures officielles, pour exemple dernièrement la ville de Nîmes dont le pôle santé vient de s'engager dans une action d'observation des risques d'obésité dans plusieurs écoles nîmoises.

L'organisation est souvent aidée pour les animations en écoles maternelles, par des élèves et parents, et dans les secteurs sensibles par le Conseil général, la Préfecture.

La progression des interventions suit depuis 25 ans les grandes tendances alimentaires, les demandes des éducateurs, des consommateurs, et depuis sa mise en place, les principes du PNNS.

Les actions de cette association dans les écoles et collèges portent sur l'éducation pratique sur le petit déjeuner, la lecture des étiquettes des denrées alimentaires, l'apprentissage de la variété de produits alimentaires comme les fruits ou les fromages. Ses actions visent aussi les parents dans les quartiers plus défavorisés en abordant les aspects de budget, de prix et d'intérêt nutritionnel des différentes denrées.

Le message principal de l'association dans le cadre de la prévention de l'obésité infantile est de relayer les repères de consommation du PNNS et de faciliter leur mise en application pratique par les jeunes et les parents.

2.3.2.5. Les actions de l'Union féminine civique et sociale (UFCS)

L'intérêt de cette association pour l'alimentation et la santé est ancienne et de nombreuses réflexions et actions ont été nombreuses dans ces deux domaines.

Déjà en 1982 était prôné par l'UFCS dans les écoles primaires une alimentation équilibrée à travers le " Jeu de la cafétéria ".

Actuellement cette association est complètement impliquée dans le PNNS, d'autant qu'un de ses membres a été nommé dès sa création au comité de pilotage stratégique de ce programme.

En 2001, l'UFCS a participé à une enquête sur les allégations trompeuses en partenariat avec des associations autrichiennes et belges. La conférence de presse organisée à la suite de ce travail a permis de présenter les objectifs du PNNS.

En 2002, l'UFCS a mené avec la CLCV deux débats sur les allégations et l'information nutritionnelle. Au cours de ces rencontres un besoin très fort de réponses nutritionnelles précises et compréhensibles a été observé. L'arrivée des guides alimentaires préparés dans le cadre du PNNS a été annoncée à cette occasion.

En 2003 l'UFCS a fait des enquêtes avec la CLCV dans les grandes surfaces auprès des consommateurs sur le thème " Fruits et légumes ". L'objectif était de déterminer les informations nécessaires pour plus et mieux les consommer.

Avec le Groupe de recherche sur la relation enfants médias (GRREM) cette association a également sensibilisé, lors de goûters, des enfants de CM1 et CM2 à la publicité et à la nutrition. Enfin plus de 1000 guides alimentaires " La santé vient en mangeant " ont été distribués et commentés dans 60 groupes locaux.

En 2004, l'UFCS a participé activement au colloque de novembre organisé par le PNNS.

Le jeu de la Cafétéria a été réactualisé pour le rendre plus conforme aux objectifs du PNNS et une mise en place a débuté dans des classes de CM1 et CM2. Ce jeu a été rebaptisé " jeu du Self Service ". Ce jeu a les objectifs pédagogiques suivants : sensibiliser à la nutrition et plus particulièrement à l'équilibre nutritionnel des repas ; apprendre à classer les aliments parmi les 8 familles définies par le PNNS ; maîtriser les choix alimentaires.

En 2005, ce jeu a été prolongé et étendu auprès d'enfants de 8 à 11 ans aussi bien dans de grandes villes comme Lyon, Caen, que dans de petits villages comme Berzé la ville (530 habitants).

En 2006, l'action sera reconduite et il y a déjà des sollicitations de plusieurs écoles dans différentes villes de France.

2.3.2.6. Les actions de l'AJI

Par le biais du site Internet de cette association et de la revue " Intendance " est paru un dossier sur les distributeurs automatiques en laissant s'exprimer tous les acteurs concernés.

Dans le cadre des journées professionnelles (3 en 2005) ont été organisées des conférences sur la nutrition et la meilleure façon d'alimenter les convives des collèges et lycées.

Des actions sont menées afin de faire évoluer la situation du blocage des prix de demi-pension pour permettre à des gestionnaires de mettre en place des actions ponctuelles dans les restaurants scolaires (animation sur fruits et légumes, sur les produits biologiques).

Des articles sont faits régulièrement dans la revue " Intendance " afin d'informer les adhérents sur l'importance de la circulaire de 2001 sur la restauration scolaire et un projet est à l'étude avec une entreprise afin de mettre sur le site Internet de l'association des fiches de recettes faisant figurer le rapport Protides/Lipides.

2.3.2.7. Les actions du CCC

Le CCC mène des actions locales, régionales et nationales :

- Actions locales : en participant à des programmes d'éducation à la nutrition et au goût comme par exemple le Plan d'éducation des enfants à l'alimentation de la ville de Kremlin-Bicêtre, et en instituant des débats sur la collation matinale en maternelle (par exemple " la collation du matin en question dans la ville de Montpellier ") ;
- Actions régionales : par exemple " Manger mieux, bouger plus, des plaisirs qui s'apprennent " menée par le Conseil général du Val de marne, " Plaisir alimentaire et santé " menée par le Conseil général de Haute-Savoie ou " Epode " menée par la ville de Fleurbaix-Laventie ;
- Actions nationales : soutien de l'avis de l'Afssa du 23 janvier 2004 désapprouvant le caractère systématique et indifférencié du service de la collation du matin en maternelle ainsi que de la proposition d'interdiction des distributeurs automatiques dans les écoles, collèges et lycées.

2.3.3. L'industrie agro-alimentaire

L'ANIA et ses adhérents mènent depuis de nombreuses années des actions pour l'amélioration de l'équilibre alimentaire et la prévention de l'obésité. Ces actions ont été concrétisées en 2004 par la prise d'engagements collectifs selon une triple démarche : sensibiliser les professionnels de l'industrie ; informer et sensibiliser les consommateurs ; contribuer à la définition et à l'identification des facteurs de succès de la prévention de l'obésité.

Cet ensemble d'actions concourt directement ou indirectement à la prévention de l'obésité de l'enfant. Les actions suivantes sont plus particulièrement à souligner dans le cadre de ce rapport.

2.3.3.1. Renforcement de la discipline professionnelle dans la communication

L'industrie alimentaire a participé en 2002 aux réflexions du groupe de travail de l'IFN sur les relations entre l'industrie et le monde de l'enseignement. A l'issue de ces réflexions, un groupe de travail a rédigé une charte qui définit les règles que doivent respecter les professionnels concernant l'élaboration et la diffusion de matériels pédagogiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.

En 2003, les industriels ont mis en place avec le BVP des recommandations " enfant " sur les comportements alimentaires mis en scène dans les publicités. Ils se sont engagés à appliquer ces recommandations dans leurs communications. Ces recommandations visent par exemple à ne pas inciter à une consommation excessive, ni au grignotage, ne pas dévaloriser l'autorité des parents, faire des équivalences nutritionnelles pertinentes, représenter des situations d'alimentation équilibrée. Toutes les publicités télévisées sont contrôlées par le BVP avant leur diffusion.

En mars 2005, l'ANIA a actualisé son guide de bonnes pratiques de communication nutritionnelle destiné aux entreprises, en y ajoutant des exemples concrets pour faciliter son application par les entreprises. Ce guide est un outil pratique qui définit des règles déontologiques. Il concerne tout type de communication quel que soit le support.

L'association a mis en place en septembre 2005 une Commission " déontologie nutrition " constituée de personnes de compétences diverses : scientifique, juridique, en sciences humaines, en communication, politique industrielle. Sur la base du guide de bonnes pratiques de communication nutritionnelle, elle a pour mission de continuer à construire la déontologie professionnelle et d'émettre des avis et/ou des recommandations sur les communications nutrition-santé qui lui seront soumises. Une phase expérimentale est en cours avant le démarrage opérationnel.

2.3.3.2. *Informers et sensibiliser les consommateurs*

L'industrie alimentaire s'est engagée à améliorer la disponibilité de l'information sur la composition nutritionnelle des produits. Celle-ci doit être toujours disponible et facilement accessible au consommateur, soit sur l'étiquette (l'étiquetage nutritionnel est de plus en plus souvent présent) ou sur d'autres supports (brochures, services consommateurs,...).

L'ANIA et ses adhérents participent activement aux réflexions du groupe de travail du CNC chargé de faire des propositions pour améliorer la présentation de l'étiquetage nutritionnel et le rendre plus compréhensible.

Une brochure destinée aux consommateurs : " *Comprendre l'information nutritionnelle sur l'étiquette* " a été réalisée avec l'IFN et diffusée à plus de 300 000 exemplaires par les entreprises, les associations et une enseigne de distribution.

De nombreuses entreprises diffusent des brochures d'information sur l'équilibre alimentaire et publient des pages nutrition sur leurs sites Internet.

L'association participe depuis 2003 au programme "Alimentation et Insertion ". Ce programme est réalisé en partenariat avec les pouvoirs publics, les responsables du PNNS, les associations d'aide alimentaire et l'industrie alimentaire. Son objectif est de sensibiliser les personnes en situation de précarité à une alimentation équilibrée en formant les travailleurs sociaux et les bénévoles des associations qui distribuent des dons alimentaires, cette population étant la plus touchée par l'obésité.

Les entreprises ont mis en place ou participent à de nombreux programmes de recherche comme le programme EPODE (Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants), Fleurbaix-Laventie, l'étude ELPAS et à des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique (la semaine du goût, des actions de partenariat avec des associations sportives). Elles soutiennent et participent à de nombreux programmes de recherches.

L'ANIA travaille actuellement sur un projet de création d'une fondation d'utilité publique regroupant les acteurs publics et privés pour une démarche partenariale et cohérente avec l'objectif de soutenir ou de mettre en place, ensemble, des actions ou des programmes d'éducation nutritionnelle et des recherches sur les comportements alimentaires.

Pour les 0-3 ans, le Syndicat des produits de l'enfance a mis en place un carnet de suivi alimen-

taire, qui vient d'obtenir le logo PNNS. Ce carnet est un outil de dialogue entre les parents et le médecin et est destiné principalement aux parents :

- il leur fournit des informations nutritionnelles majeures pour chaque étape de l'alimentation du jeune enfant de 0 à 3 ans ;
- il leur permet de noter le déroulement de l'alimentation de leur enfant à partir de questions simples. Ceci est destiné à faciliter le dialogue avec le médecin lors de la consultation ;
- il facilite également l'interrogatoire du médecin lui permettant ainsi de consacrer ce gain de temps à personnaliser ses conseils en matière d'alimentation infantile.

Pour toute information d'ordre médical, le carnet de suivi alimentaire renvoie au carnet de santé qui ne comporte pas d'informations d'ordre alimentaire.

Il est par ailleurs complémentaire et synergique au guide alimentaire pour l'enfant du PNNS.

Autre action importante du Syndicat français des aliments de l'enfance (SFAE), la réalisation du volet 2005 de l'enquête sur la " Consommation alimentaire des nourrissons et enfants en bas âge français de 1 mois à 36 mois ", menée en collaboration avec la TNS-Sofres et l'Université de Bourgogne, et dont l'objectif est d'améliorer les connaissances sur les consommations alimentaires des enfants de trois ans et les apports en macro et micronutriments.

Cette enquête menée depuis 1981 sur un échantillon représentatif de la population des enfants en bas âge et selon une même méthodologie couple, à chaque fois, une enquête de " Comportement " et une enquête de " Consommation " menées sur le même échantillon d'enfants. Tout en permettant de caractériser les comportements et les consommations alimentaires des jeunes enfants, elle constitue également un historique précieux et unique, puisqu'elle permet d'étudier l'évolution des comportements et des consommations des moins de trois ans sur les 25 dernières années par comparaison des résultats de l'enquête 2005 à celle des trois enquêtes précédentes. C'est le volet 1997 de cette enquête qui a été présenté au groupe de travail du CNA.

2.3.3.3. Actions des professionnels sur la diversification de l'offre alimentaire

Les industriels ont entrepris des actions pour optimiser la composition nutritionnelle des produits en tenant compte des aspects technologiques, sanitaire, gustatif et réglementaire lorsqu'il y a lieu. Ils proposent ainsi de diversifier l'offre nutritionnelle au sein d'une même catégorie de produit ou proposer de nouveaux produits : sélection des ingrédients, modification du procédé de transformation, réduction des apports caloriques du produit par substitution ou réduction des sucres et/ou graisse ajoutés par d'autres ingrédients, addition de nutriments, optimisation de la teneur en sel (exemple de la réduction des teneurs en sel des produits de boulangerie, charcuterie, fromagerie plats cuisinés, bouillons et potages).

Les industriels s'attachent à présenter des portions raisonnables au consommateur dans l'offre comme dans les représentations publicitaires. Les actions des entreprises portent notamment sur une diversification de l'offre " portions " et sur une indication sur l'emballage de portion recommandée. Des guides de bonnes pratiques sectoriels définissant des portions raisonnables par catégorie de produits sont réalisés ou en cours de réalisation.

Ainsi, les biscuitiers de France ont défini des repères pour concilier une alimentation variée et équilibrée et le plaisir de manger des biscuits tenant compte du type de biscuits, du moment de consommation, de l'âge et de l'activité physique.

Par ailleurs, afin de sensibiliser les industriels aux questions de nutrition, l'ANIA diffuse depuis octobre 2004 une lettre d'information nutrition bimestrielle.

2.3.4. *Les artisans et commerçants alimentaires de détail*

Les artisans et commerçants de détail alimentaires indépendants mettent en place des actions afin d'une part de proposer des produits " plus équilibrés " et d'autre part de donner, dans la mesure du possible, des informations nutritionnelles.

Ainsi, par exemple, des travaux ont été engagés pour réduire le taux de sel dans les produits de charcuterie et de boulangerie.

Par ailleurs, des actions sont engagées pour inciter les professionnels, en particulier dans le secteur de la restauration et du traiteur, à proposer à leur clientèle des plats " plus équilibrés " (allègement des sauces en matières grasses, utilisation de la cuisson à la vapeur, etc.).

Ces réflexions se font en partenariat avec des diététiciens et des nutritionnistes.

Enfin, des brochures d'information nutritionnelle conçues par les centres techniques sont également disponibles chez certains professionnels.

2.3.5. *La grande distribution*

Des actions sont menées dans les magasins par certaines enseignes dans les domaines de l'éducation nutritionnelle, de la mise en valeur des fruits et légumes, d'actions de promotion sur les fruits et légumes.

Certaines enseignes travaillent avec des associations de consommateurs, prennent l'initiative de réécriture des étiquetages nutritionnels ou de modification de la composition nutritionnelle des produits à marque propre.

3. *Vers une politique intégrée*

La progression de l'évolution de l'obésité infantile apparaît en lien direct avec l'évolution de la société elle-même. Il apparaît urgent d'agir avec force.

Les modalités pratiques de prévention de l'obésité infantile devraient avoir pour cadre général la promotion de la santé et s'inscrire dans une approche environnementale dont l'objectif est de créer autour de l'enfant un environnement qui favorise des options d'activité physique et d'alimentation saines. Ceci nécessite l'implication de toutes les parties prenantes dans la société et de renforcer la coordination entre les différentes politiques publiques (agriculture, santé, transport, sécurité, environnement, recherche, économie, ville, éducation, jeunesse et sport).

Une vigilance accrue doit s'exercer pour la partie de la population évoluant dans des conditions socio-économiques défavorables.

La prévention de l'obésité infantile doit débuter très précocement, à partir même de la grossesse et des premières années de vie, se poursuivre tout au long de l'enfance et viser l'ensemble de la population. Elle doit déboucher sur une prise en charge rapide et adaptée des enfants.

Elle doit être installée sans exiger des résultats immédiats et en acceptant que du temps soit nécessaire.

La plus grande vigilance s'impose pour ne pas renforcer à l'occasion des campagnes de santé publique, la stigmatisation des personnes obèses afin " d'agir contre l'obésité, non contre la personne obèse ". Aussi, les campagnes de santé publique pour la population générale doivent-elles privilégier la référence au bien être, à la santé plutôt qu'à la pathologie. Elles doivent éviter les messages au contenu " normatif " en terme de poids ou d'IMC et exclure toute référence à la notion de " poids idéal théorique ".

Jusqu'à présent négligée, la recherche dans ce domaine doit être très largement renforcée.

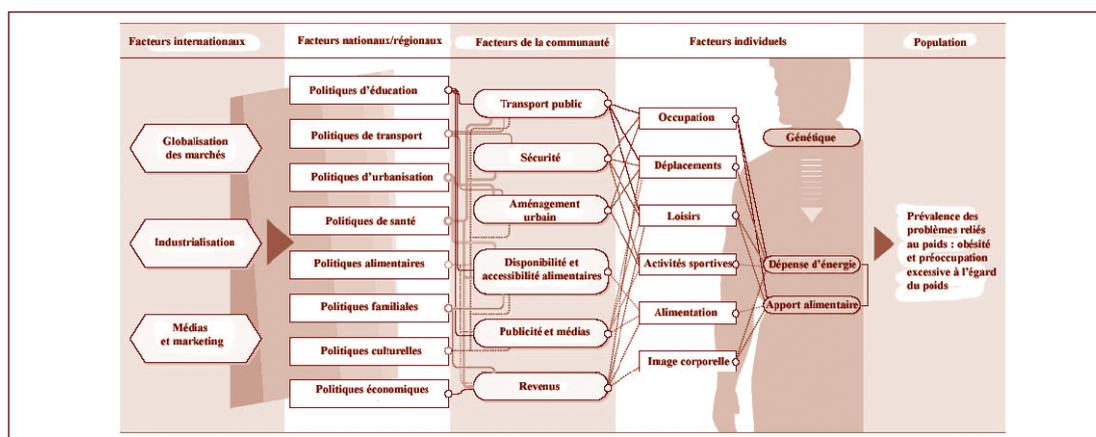
3.1. De la " toile de causalité " aux " champs d'action "

L'analyse réalisée dans les deux premières parties montre que la nutrition et la prévention de l'obésité sont devenues des sujets de préoccupation pour la société. Une évaluation des expériences nationales et internationales apparaît nécessaire afin d'adapter au mieux les stratégies à mettre en place.

Un nombre important de travaux Nord américains s'inscrivent dans une conception " écologique " de l'obésité. L'expression " écologique " peut, dans une traduction trop rapide, prêter à confusion et sans doute serait-il plus judicieux de la traduire par environnements physiques et culturels des acteurs sociaux. Articulés sur les avancées réalisées dans le domaine de la promotion de la santé (avancées concrétisées par la charte d'Ottawa), ils ont permis la mise au point d'une " toile de causalité " des facteurs influençant la problématique du poids. Cette toile distingue cinq grands niveaux, depuis les aspects internationaux jusqu'aux populations en passant par les groupes sociaux et les facteurs individuels. Un schéma synthétique a été diffusé par l'IOTF, qui donne à voir les interactions entre les différents déterminants ainsi que certains effets de rétroactions qui mettent en place des causalités circulaires.

Les travaux conduits par le " groupe de travail provincial sur la problématique du poids " (GTPPP) au Québec ont approfondi cette analyse dans deux directions : en incluant dans les déterminants des paramètres de représentations sociales comme l'image corporelle et en repérant, dans cette toile de causalité, trois espaces d'action : le secteur agroalimentaire, le secteur de l'environnement bâti et le secteur socioculturel. On peut alors décliner à partir de cette toile initiale de nouveaux schémas identifiant les paramètres impliqués dans ces trois champs.

- Toile causale des facteurs influençant la problématique du poids *



Facteurs politiques, socioculturels, économiques et personnels qui influencent directement ou indirectement les problèmes liés au poids* (problèmes liés au poids : obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids)
Traduit et adapté par Ritenbaugh C, Kumanvika S, Morabia A, Jeffery R, et Antipatis V, IOTF 1999.

Cette décomposition sectorielle permet d'identifier les acteurs concernés aux différents niveaux, d'orienter la conception des actions et de cibler leur mise en œuvre. Elle recouvre également de façon plus ou moins nette des univers de responsabilité politique : l'agriculture et la consommation, la ville et l'urbanisation et enfin la santé et la promotion de la santé. Cependant, le découpage opéré pour les deux premiers sur des critères technologiques et pour le dernier sur des critères en grandes parties disciplinaires est un peu artificiel. Le secteur de l'alimentation comprend également nombre de déterminants de types socioculturels tant du côté de la production agricole et alimentaire, que de la distribution ou de la restauration ou encore de la consommation.

Dans le prolongement de cette grille de causalité et de la double perspective de l'impact des déterminants sociaux de santé, le groupe de travail du CNA a identifié trois champs d'intervention

principaux : l'alimentation ; l'activité physique ; les facteurs socioculturels liés à la corpulence et aux modèles alimentaires.

Cinq champs d'intervention ont été identifiés : Education / Formation ; Communication ; Juridique / auto-régulation ; Recherche ; Système de santé.

Compte tenu de la population visée, le groupe a considéré que l'axe concernant l'éducation joue un rôle fondamental dans le développement des stratégies sur l'ensemble des axes.

3.2. *Outils et lignes stratégiques*

Quelques éléments d'analyse théorique pris en compte par le groupe de travail sont nécessaires avant de présenter des propositions concrètes. Il importe de mettre en œuvre systématiquement un système d'évaluation de ces outils avec un parti pris d'analyse des bénéfices et des risques ainsi que du degré d'efficacité des ressources humaines et financières nécessaires à leur réussite.

3.2.1. *Les outils de la prévention*

Différents niveaux d'outils de prévention peuvent être envisagés. Ils sont présentés dans ce paragraphe en tant que possibilités théoriques, mais ceci ne préjuge pas des recommandations spécifiques du groupe de travail.

3.2.1.1. *La promotion de la santé pilotée par le haut*

La première ligne d'actions cherche à influencer directement les comportements de l'individu et de sa famille. Elle s'appuie sur les ressources de l'éducation à la santé pour changer les " mauvaises " habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique, et les remplacer par de nouvelles habitudes favorables à la santé. Elle mise sur la diffusion d'informations pour accroître la perception du risque et la connaissance des " repères alimentaires " permettant de les éviter. Ses leviers principaux sont la communication institutionnelle, la rédaction de guide en direction de la population générale ou de populations cibles. Les campagnes de communication publicitaire et l'ensemble des guides rédigés dans le cadre du PNNS 1 sont des exemples de cette approche stratégique.

3.2.1.2. *L'éducation à la santé par les groupes*

Ces actions cherchent également à modifier les comportements individuels, mais adoptent une stratégie d'action plus locale en travaillant sur la dynamique de groupe. Inspirée des travaux de Kurt Lewin sur le changement des habitudes alimentaires, elle utilise le levier de la socialisation dans un groupe pour faire changer les comportements des individus. Déjà utilisée dans les années 1960, dans la prise en charge de patients atteints de diabète et d'obésité par Jean Tremolières, des expériences ont été conduites avec un certain succès dans le cadre de l'école du bien manger et ont permis la prise en charge d'enfants diabétiques et de leur famille. Aujourd'hui des tentatives de transfert sur l'obésité sont en cours, notamment dans le cadre du réseau Reunir-Sud, à l'île de La Réunion. Les connaissances acquises en matière d'animation de groupe peuvent être mobilisées au service d'actions de prévention en direction de groupes à risques, comme les familles en précarité.

3.2.1.3. *Les conseils individuels pour la santé*

Cette troisième stratégie repose sur l'utilisation des acteurs médicaux ou paramédicaux pour accompagner les changements de comportements individuellement, par des conseils adaptés aux cas particuliers. C'est ainsi que pour promouvoir une éducation alimentaire ou une activité physique personnalisée, on peut décider de rembourser les consultations de diététiciens, de nutritionnistes, d'éducateurs sportifs... pour une partie de la population, par exemple les groupes à risque, ou bien pour toute la population. Une mesure de ce type est en projet au Danemark (Sénat, 2005). En France, les Repop (réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie) ont obtenu le remboursement d'un certain nombre de consultations diététiques durant la prise en charge. Cette démarche

s'inspire des travaux réalisés sur le " coaching santé " (Efformip¹³) et peut s'articuler avec les actions de groupe décrites dans le paragraphe précédent.

3.2.1.4. La législation pour la santé

Le quatrième axe stratégique cherche à agir indirectement sur les individus en jouant sur les paramètres du marché économique. Grâce aux taxes et aux subventions, qui modifient les prix payés par le consommateur final, la législation cherche à réduire ou à promouvoir certaines pratiques ou la consommation de certains produits considérés comme nuisibles ou comme favorables. Cette stratégie peut être déployée avec des philosophies différentes en s'appuyant sur des incitations positives ou négatives.

La première philosophie propose de taxer les produits impliqués dans le développement de l'obésité (comme par exemple la " fat tax " mise en place aux Etats-Unis d'Amérique, ou la taxe sur les produits et boissons sucrés en Polynésie française pour financer un fonds de prévention pour la santé, ou encore la taxe sur la publicité alimentaire dans la loi relative à la politique de santé publique en France). La seconde consiste à subventionner la production ou la commercialisation d'aliments supposés ne pas développer l'obésité. Enfin, une dernière propose de développer, en combinant taxes et subventions, une tarification nutritionnelle qui rend financièrement plus attractifs les produits " sains " et moins attractifs les " produits malsains ".

Les limites de ces types d'action tiennent en deux points : le problème des seuils d'intervention pour obtenir des résultats tangibles et les bases scientifiques qui doivent justifier la désignation comme " bons " ou " mauvais " aliments, " bons " ou " mauvais " services, sachant que cette approche est réductrice. En effet, il est difficile de ne raisonner que sur l'aliment, et le régime alimentaire total devrait pouvoir être pris en compte dans ce type d'actions ainsi que tous les autres facteurs tels que l'activité physique.

3.2.2. Principales lignes stratégiques d'une politique de prévention

Ces cinq grandes catégories d'actions et de logiques d'intervention peuvent et doivent être combinées entre elles dans le cadre de la construction d'une politique de prévention de l'obésité.

3.2.2.1. La ligne stratégique administrative

Cette stratégie mobilise principalement les moyens de la promotion de la santé par le haut et de la législation pour la santé ; elle s'inscrit dans une conception à l'échelle nationale du pilotage des projets de santé. Des comités de pilotages impliquant les différentes catégories d'acteurs peuvent être mis en place pour éclairer et valider les décisions, mais l'impulsion vient de l'Administration et des acteurs politiques responsables.

L'accent est mis dans cette stratégie sur la qualité formelle et scientifique du message éducatif diffusé et sur le fait que l'Administration et les acteurs politiques qui la dirigent assument leurs responsabilités au regard du risque d'obésité.

3.2.2.2. La ligne stratégique centrée sur les individus et les populations

Cette stratégie met l'accent sur les individus et les populations. Elle leur adresse des messages et cherche à les orienter vers des comportements plus sains en s'appuyant sur les outils de la promotion de la santé, en mobilisant les acteurs sociaux des systèmes de soins, éducatifs et sportifs. L'intervention de ces acteurs de proximité est préparée par la diffusion de messages à leur adresse pour leur faciliter la prise en charge des sujets à risque. Les systèmes d'assurance maladie peuvent assumer partiellement, ou totalement pour certaines populations, les coûts de d'intervention de ces acteurs.

L'accent est mis ici non seulement sur la qualité du message, mais aussi sur son adaptation à ceux

13. Réseau de prévention, essentiellement par des activités physiques et sportives, complémentaires aux réseaux de santé en Midi-Pyrénées.

à qui il est destiné. Les acteurs de santé sont mobilisés dans des logiques de prise en charge individuelle.

3.2.2.3. *La ligne stratégique centrée sur les acteurs et les réseaux*

Cette troisième stratégie combine conseils individualisés et mise en œuvre de l'environnement social des individus. Elle suscite, soutient et valorise les actions d'initiatives locales, partant d'association de consommateurs, de parents d'élèves, d'établissements d'enseignement, d'acteurs de santé, d'acteurs économiques industriels de l'agro-alimentaire et de la restauration... en direction de la sensibilisation et de l'éducation, à la nutrition, à l'alimentation, à la cuisine, à la problématique du poids, à l'activité physique.

Elle favorise et soutient la mise en place de réseaux formels de santé orientés vers la prévention, le développement d'un volet prévention dans les réseaux de prise en charge déjà constitués (comme REPOP). Elle valorise les articulations de réseaux comme l'expérience EFFORMIP qui en Midi-Pyrénées connecte réseaux de santé et réseaux d'activité physique.

On cherche ici à créer les conditions de nouvelles socialisations en utilisant les groupes associatifs et/ou professionnels comme leviers d'un processus de prévention et de changement des habitudes. L'objectif est également de coordonner, de réguler l'action des différentes catégories d'acteurs économiques et sociaux.

3.2.2.4. *La ligne stratégique centrée sur l'environnement*

La dernière ligne stratégique vise l'encadrement des conduites des individus en jouant sur l'environnement. Pour ce faire, elle utilise les ressources législatives pour mettre en place des interdictions totales ou partielles de certaines formes de mise en marché ou de communications publicitaires de la part d'industriels, en direction de certains publics censés ne pas être pleinement responsables de leurs choix, en général les plus jeunes. Dans cette perspective l'interdiction n'est pas la seule modalité d'action, il est également possible de susciter la mise en place d'instances paritaires de régulation, d'instances d'autodiscipline.

Cette stratégie, que certains désignent par l'expression de *stratégie sans efforts*, met en œuvre des leviers d'actions qui échappent aux individus eux-mêmes. Elle intervient sur des paramètres de régulation du marché et sur l'encadrement de l'action des groupes professionnels et sociaux concernés par la question de l'obésité.

3.2.2.5. *La ligne stratégique centrée les systèmes de représentations*

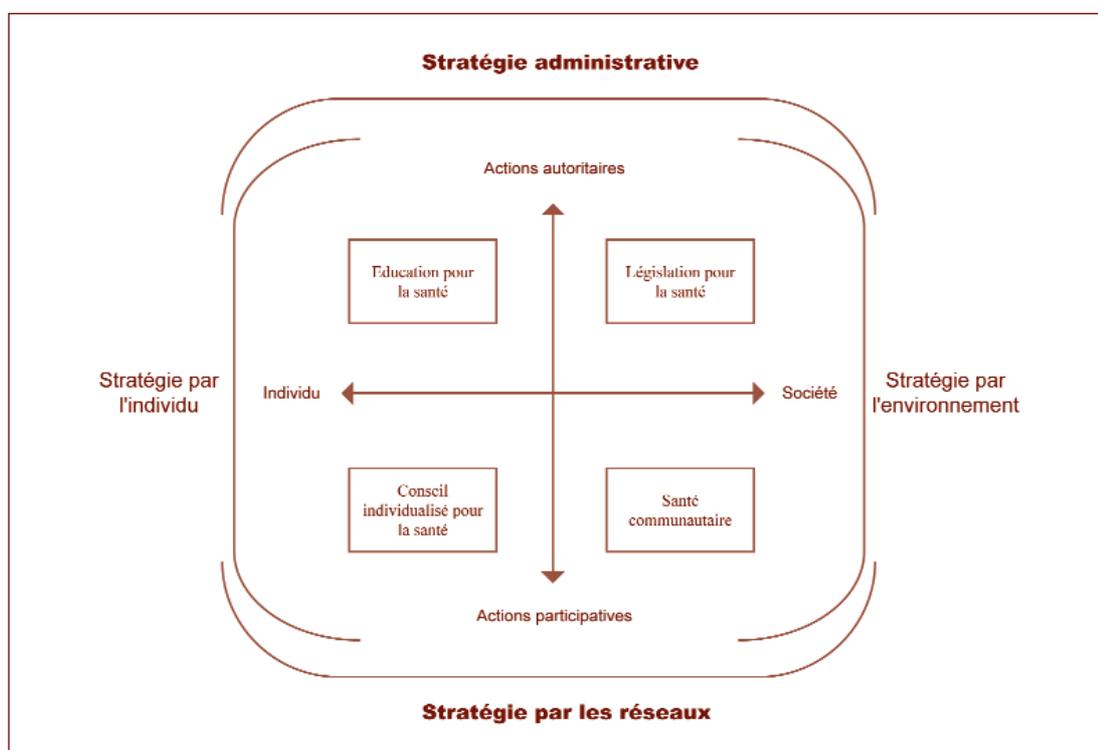
Cette ligne s'inscrit dans une logique transversale par rapport au quatre précédentes. Elle contribue à alerter les différents acteurs sur les dimensions socioculturelles en jeu dans leurs actions concrètes. Elle tente d'intervenir sur les facteurs qui affectent le rapport à la corpulence et les modèles alimentaires : mondialisation, industrialisation mais aussi publicité et médias.

Il s'agit d'éviter que le discours de prévention ne vienne renforcer et donner des justifications pseudo-scientifiques à des pratiques de mise au régime et de contrôle alimentaire dont les effets pourraient être délétères.

" Il faut valoriser la culture culinaire et les aspects positifs des modèles alimentaires qui ne favorisent pas l'obésité ". Eviter la médicalisation de l'alimentation quotidienne ne veut pas dire se priver des connaissances des sciences de la nutrition. Il s'agit d'articuler les messages nutritionnels émis dans les programmes d'éducation aux dimensions socioculturelles de l'alimentation.

L'éducation sanitaire qui pointait les comportements à risque a fait l'objet de critiques qui portent sur la dimension moralisatrice de ses messages. Des travaux ont mis en évidence le fait que les campagnes de prévention, en pointant les comportements à risque, transforment les victimes en coup-

bles. Face à ces critiques, les politiques de communication sanitaires ont tenté de se positionner sur un axe non culpabilisant en adoptant une " communication positive ". C'est ainsi que l'on est passé successivement de l'éducation sanitaire, à l'éducation pour la santé pour arriver aujourd'hui, à la promotion de la santé.



3.3. Niveaux et organes à mobiliser pour une politique intégrée de prévention de l'obésité infantile

Trois niveaux pertinents d'action peuvent être identifiés pour prendre en considération le problème de l'obésité infantile.

3.3.1. Au niveau communautaire

Sur la base de la déclaration commune du Conseil des ministres de la santé de décembre 2000, il est possible et souhaitable d'aller maintenant plus loin en ce qui concerne l'obésité infantile. Le même objectif que celui retenu par le PNNS pourrait être formulé au niveau communautaire : interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants. En prenant appui sur le Traité consolidé de l'Union européenne, une déclaration commune des ministres en charge de la santé peut suffire à faire émerger une politique communautaire, étant entendu qu'en matière de santé publique le degré d'harmonisation est, par principe, variable.

3.3.2. Au niveau national

Pour traiter ce problème d'ampleur, il faut passer d'un objectif du PNNS à une politique publique spécifique. Cependant, il ne faut pas négliger les risques possibles de " vampirisation " du PNNS par une politique nationale de prévention de l'obésité, ou inversement, ce qui serait évidemment très dommageable.

Par ailleurs, il ressort des travaux du groupe qu'un grand nombre de politiques publiques peuvent concourir à une prévention plus efficace de l'obésité infantile (politiques d'éducation, de transport,

d'urbanisation, de santé, alimentaires, familiales, culturelles, économiques, etc.). L'articulation de ces différentes politiques devrait constituer un objectif à atteindre, ce qui peut être le cas si la prévention de l'obésité infantile est d'emblée inscrite dans un cadre interministériel. C'est pourquoi, la solution vraisemblablement la plus efficace consisterait à nommer un délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre l'obésité infantile et à le placer auprès du PNNS.

3.3.3. *Au niveau local*

Trois orientations sont envisageables :

- Au sein des professions de santé, développer les réseaux structurés permettant un dépistage et une prise en charge rapides de l'obésité infantile. Le développement de réseaux locaux suppose néanmoins qu'une coordination régionale et nationale s'organise.
- Développer le dialogue et les initiatives collectives concertées entre les professionnels de santé, les parents d'élèves, les acteurs de l'alimentation, l'aide sociale, le milieu associatif. Au niveau local, le décloisonnement entre les métiers et les acteurs peut concrètement déboucher sur les résultats les plus tangibles.
- Sensibiliser les élus locaux.

4. *Avis du Conseil national de l'alimentation*

De l'analyse, des constats et des discussions du CNA, quatre éléments saillants émergent :

- Le PNNS et la loi de politique de santé publique d'août 2004, mentionnent explicitement la réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et l'interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants, à la fois comme un des neuf objectifs prioritaires en terme de santé publique, mais aussi comme un marqueur de l'efficacité du programme ;
- Un programme national comme le PNNS ne constitue pas à proprement parler une politique publique intégrée. En effet, il est limité dans le temps indépendamment des résultats qu'il produira, alors qu'une politique publique dédiée a vocation à se poursuivre tant que les problèmes à traiter perdurent. S'agissant des actions, un programme n'exerce pas de coordination réelle entre elles, tout au plus se limite-t-il à en attester la conformité à ses objectifs lorsque les initiateurs le souhaitent ;
- Les programmes nationaux (PNNS, Plan Alimentation Insertion) ont néanmoins constitué une première étape particulièrement précieuse. Cependant, les conséquences de l'obésité en matière de santé publique et les évolutions sociales des sujets obèses sont telles qu'une politique publique adaptée se justifie pleinement. Elle suppose qu'une stratégie et des dispositifs de mise en œuvre soient élaborés ;
- De nombreuses actions conduites localement, émanant ou non du PNNS, même si elles n'ont pas été complètement évaluées, laissent entrevoir des perspectives de résultats favorables. Un élément d'explication de leur efficacité est leur nature partenariale. En effet, ces actions ont eu comme principe majeur le décloisonnement entre les métiers, les activités et les acteurs.

Sur la base de ces éléments, le CNA formule les recommandations suivantes :

1 - Le CNA encourage vivement les Pouvoirs publics à mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention de l'obésité de l'enfant. Il considère, s'agissant d'une maladie chronique dont la prévalence augmente, qu'une action continue inscrite sur le long terme est indispensable, qu'elle doit être ambitieuse et mise en œuvre rapidement.

2 - Le CNA estime que les actions et mesures s'inscrivant dans cette stratégie nationale doivent privi-

légier une approche de promotion de la santé et du bien-être et éviter la stigmatisation du statut d'obèse.

3 - Pour donner d'emblée à cette stratégie les meilleures chances de succès, le CNA estime indispensable de considérer que la prévention de l'obésité infantile doit s'inscrire dans une logique globale de promotion de la santé de l'enfant et être portée au rang de grande cause nationale.

4 - Compte tenu des données épidémiologiques disponibles, le CNA estime prioritaire que la stratégie nationale comporte des mesures spécifiques pour les populations vivant dans des conditions socio-économiques défavorables et que ces mesures soient bien reliées aux politiques publiques qui les concernent déjà.

5 - Parce qu'il existe un programme national généraliste visant à mieux prendre en considération les problèmes de nutrition (PNNS) et parce que le caractère interministériel d'une stratégie nationale de prévention de l'obésité est manifeste et nécessite une articulation et une mise en cohérence des différentes politiques publiques, le CNA estime que la nomination d'un délégué interministériel à la lutte contre l'obésité infantile placé auprès du PNNS serait judicieuse.

6 - Dès lors que tous les acteurs économiques, qu'ils soient producteurs d'aliments ou qu'ils participent à des actions d'éducation, de communication, de formation, de dépistage, voire de prise en charge des sujets concernés, peuvent contribuer à la mise en œuvre de cette stratégie nationale, le CNA estime indispensable de les mobiliser et de les impliquer tous, en premier lieu au plan local, c'est-à-dire au plus proche des enfants concernés ou susceptibles de l'être. Le CNA reconnaît en outre l'importance du rôle spécifique du système associatif et souhaite qu'il soit également impliqué, mobilisé et soutenu.

7 - Parce que les acteurs susceptibles de participer à la mise en œuvre de cette stratégie nationale appartiennent à des univers professionnels variés et parce que leur action s'exerce à l'échelon local, national et européen, le CNA estime indispensable de mettre en place les relais nécessaires pour articuler et coordonner les différents niveaux d'action.

8 - Compte tenu des moyens nécessaires et de leurs coûts, le CNA préconise de retenir le principe que les actions menées devront être évaluées et que des indicateurs d'efficacité devront être déterminés à cette fin.

9 - Le CNA estime nécessaire que cette stratégie englobe des actions applicables dès le stade initial du développement de l'enfant jusqu'à la fin de l'adolescence.

10 - Le CNA estime pour autant que la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention de l'obésité infantile ne dispense pas d'un effort particulier pour lutter contre l'obésité de l'adulte. Même s'il n'a pas étudié ce dernier sujet, le CNA considère que l'une va difficilement sans l'autre, c'est pourquoi il propose que des liens soient prévus pour assurer la cohérence d'ensemble de l'action publique.

11 - Dès lors qu'une telle stratégie peut faire usage de plusieurs instruments comme la réglementation, les soutiens financiers ciblés ainsi que l'encouragement à la mise en œuvre de démarches volontaires ou de disciplines professionnelles, le CNA préconise qu'un équilibre soit trouvé entre ces instruments.

12 - Le CNA recommande qu'un effort conséquent en faveur de la recherche soit engagé dans un domaine jusqu'à présent relativement négligé.

13 - Le CNA juge nécessaire d'intervenir dans les cinq champs qui lui paraissent les plus pertinents, à savoir le système d'éducation et de formation, la réglementation et l'autorégulation, la recherche, le système de santé, le domaine de la communication.

14 - Dans chacun des cinq champs qu'il a identifiés, le CNA est à même de proposer des actions

prenant en compte les leviers que sont l'alimentation, l'activité physique et la dimension socioculturelle. Il s'engage à établir une première liste de mesures concrètes et hiérarchisées en fonction de leur degré de priorité pouvant servir de base au lancement de la stratégie nationale qu'il appelle de ses vœux.

5. Annexes

5.1. Composition du groupe de travail

Président : Ambroise MARTIN (CHU Lyon¹⁴)

Rapporteurs : Claude RICOUR (AP-HP Hôpital Necker), Jean-Pierre POULAIN (Socio-anthropologue à l'Université de Toulouse le Mirail)

Secrétaire : Dominique BAELDE (DGCCRF), Daniel NAIRAUD (DGA)

Collège consommateur : Olivier ANDRAULT, puis Charles PERNIN (CLCV), Résie BRUYERE (UFCS), Elsa COHEN (CSF), Francis SENTENAC (AFOC), M BOUGUET-JOYEUX (FAMILLE DE FRANCE), Jean-Marie CHOULEUR (ADEIC), Hélène MORAUT-PESTANES puis Olivier ANDRAULT (UFC-Que Choisir), Eric COMPARAT (CNAFAL)

Collège transformateur et artisanat: Jean-Loup ALLAIN (ALLIANCE 7), Anne-Marie BERTHIER puis Cécile RAUZY (ALLIANCE 7), Brigitte LELIEVRE (ALLIANCE 7), Laurence BUS-SIERE (ALLIANCE 7), Jean-Louis RAMET (ALLIANCE 7), Louis Dominique VAN EGROO (ALLIANCE 7), Louis VAREILLE (ALLIANCE 7), Christine BOULEY (ANIA), Sylvie CHARTRON (ANIA), Brigitte LAURENT (ANIA), Huguette MEYER-CARON (ANIA), Marie-France PAGEREY (ANIA), Simone PRIGENT (ANIA), Corinne ROBIN-FOUCAL (ANIA), Sandrine BIZE (CGAD)

Collège restauration : Dominique BOUDOT puis Bernadette DRAI VUILLAUME (CCC), Perrine FERRIER (CCC), Dominique BENEZET (SNRC)

Collège distribution : Corinne LEGRAND (FCD)

Représentants des administrations : Béatrice SENEMAUD (DGS), Catherine RIOUX (DGCCRF), Emilie VANDECANDELAERE puis Nicolas CANIVET (DGA)

Personnalités invitées : Bénédicte BERNARD (CERIN), Suzanne BOUCHER (AJI), Sarah CLISCI (CEDUS), Koenraad DUHEM (CNIEL), Jean-Claude GILLIS (ATLA), Virginie GRANDJEAN (CIV), Catherine LEMOINE (PULPE CLUB), Florence MAISEL (INTEREL), Brigitte TROEL (GECO)

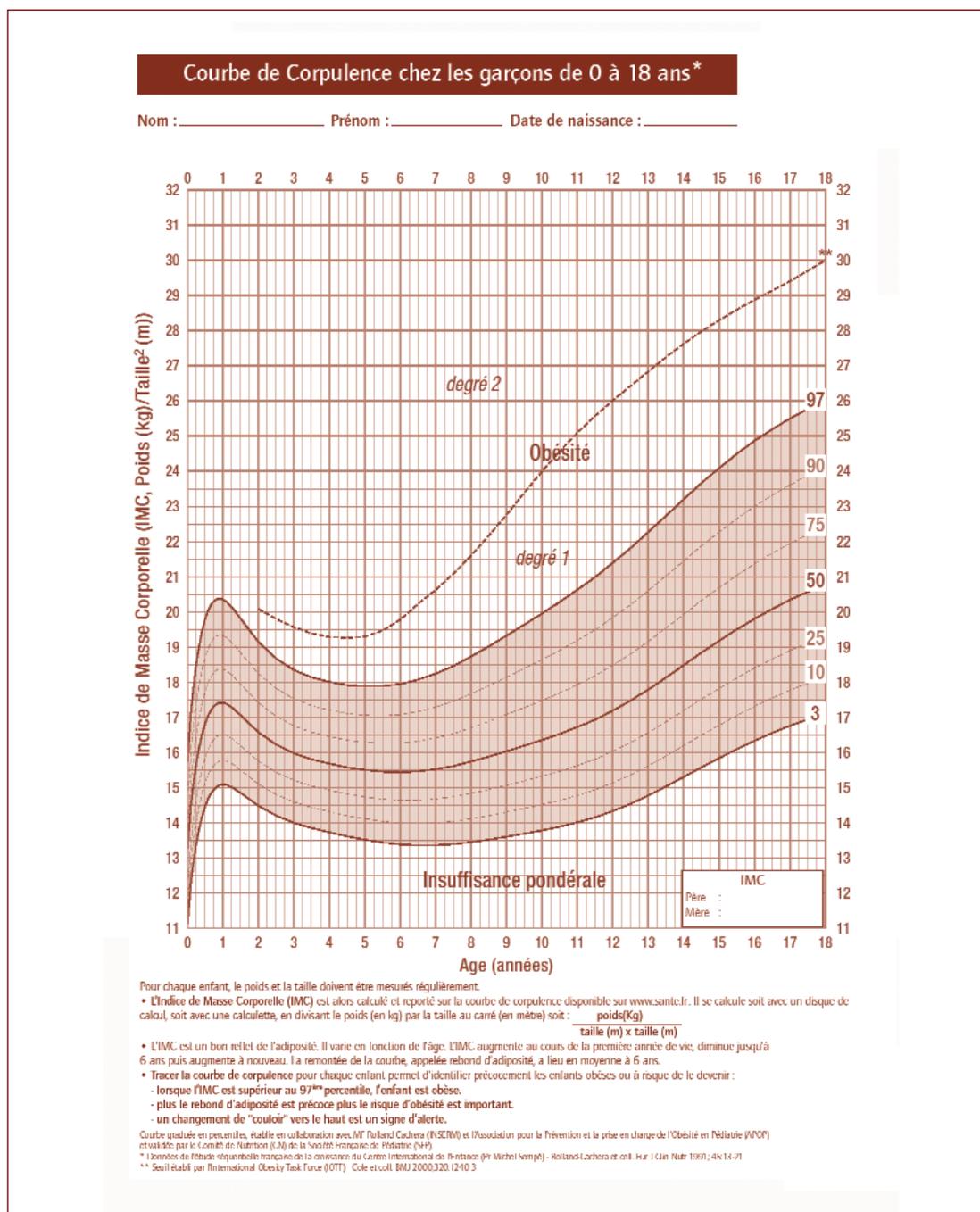
Personnalités auditionnées par le groupe de travail sur les enfants âgés de moins de trois ans : Catherine BROCARD(Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé), Katia CASTETBON (USEN/INVS/CNAM), Marie-Aline CHARLES (Inserm U 258), Marie-Hélène CLARET de FLEURIEU (Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé), Marielle du FRAYSSEIX (Diététicienne), Bernard GOLSE (hôpital Necker), Brigitte LELIEVRE (SFAED), Jean LEPERCQ (Hôpital Cochin-Saint Vincent de Paul), Claire LEVY MARCHAL (Inserm U 457), Marc PILLIOT (COFAM), Chantal MALENFANT (CNRS), Sylvain MISSONNIER (Université Nanterre X), Valérie MOLANDRE (Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé), Marie-Francoise ROLLAND-CACHERA (ISTA/CNAM), Dominique TURCK (Hôpital Jeanne de Flandre)

Personnalités auditionnées par le groupe de travail sur les enfants âgés de plus de trois ans : Arnaud BASDEVANT (Université Paris 6), Elisabeth BATON HERVE (Collectif interassociatif enfance et média), Jean Michel BORYS (EPODE), Myriam DABBAS (REPOP), Lise DUBOIS (Faculté de médecine. Ottawa), Serge HERCBERG (InVS /CNAM), Nathalie POLITZER (Institut

14. A compter du 20 octobre 2004, A. MARTIN a remplacé G. BENOIST DU SABLON à la présidence du groupe de travail permanent " politique nutritionnelle "

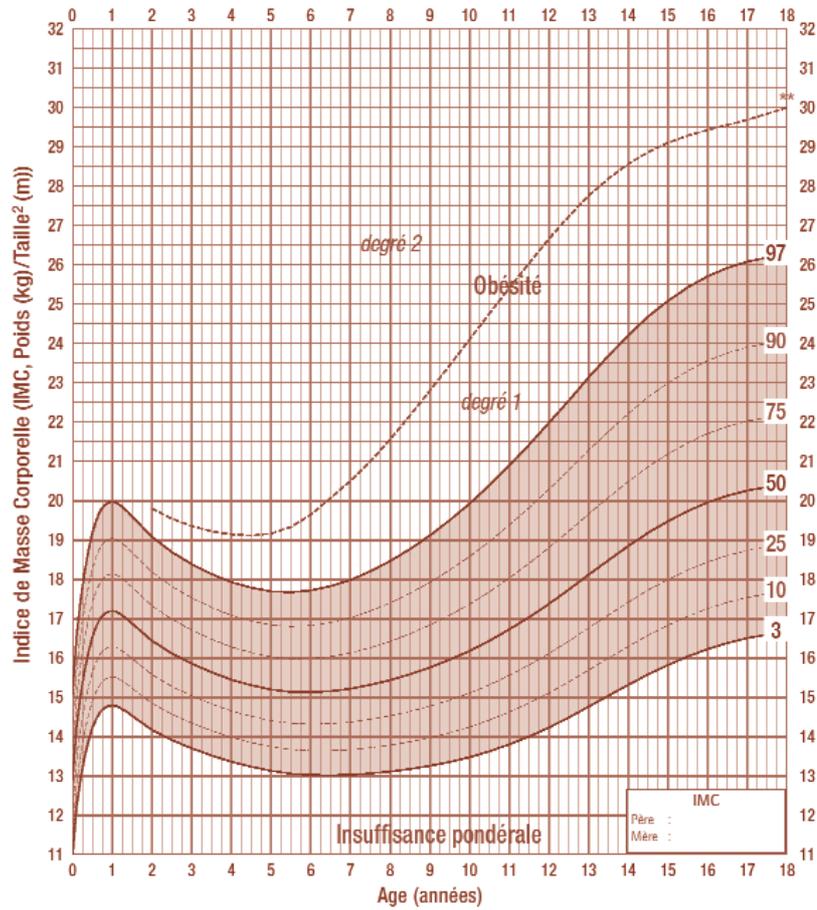
du goût), Geneviève RICHARD (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé), Daniel RIVIERE (CHU Toulouse), Marie-Françoise ROLLAND-CACHERA (ISTA/CNAM), Yvan SCHNEIDER (Vevey, Suisse), Chantal SIMON (Université Louis Pasteur, Strasbourg), Michel VIDAILHET (Université Nancy)

5.2. Courbes de corpulence (Source PNNS)



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit :

$$\frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

- L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.
- Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :
 - lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
 - plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
 - un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec M^{me} Roland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Y. Michel Sempé) - Roland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45: 1321

** Seul établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Loh et coll. BMJ 2000;321:1443-4

Le CNA est une instance consultative indépendante

Le Conseil national de l'alimentation (CNA) est consulté par les ministres en charge de l'Agriculture, de la Santé et de la Consommation, sur la définition de la " politique alimentaire " française. Il peut, en particulier, être interrogé sur " l'adaptation de la consommation aux besoins nutritionnels, la sécurité alimentaire des consommateurs, la qualité des denrées alimentaires, l'information des consommateurs ". Il peut s'autosaisir:

Le CNA représente toute la " chaîne alimentaire " .

Le CNA est composé de 47 membres représentant toutes les composantes de la " chaîne alimentaire " et de la société civile : associations de consommateurs et d'usagers (9 membres), producteurs agricoles (9 membres), transformation et artisanat (9 membres), distribution (3 membres), restauration (6 membres), syndicats des salariés de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la distribution (5 membres), personnalités scientifiques qualifiées (6 membres), représentants des ministères techniques concernés et de l'afssa qui participent aux débats avec voix consultative.

Le CNA émet des avis et recommandations

Dès qu'il est saisi d'une question par les Pouvoirs publics ou par son président, le CNA, qui tient des réunions plénières environ tous les deux mois, constitue un groupe de travail présidé par l'un de ses membres. Le rapporteur est un membre du CNA ou une personnalité extérieure. Le groupe, qui doit être composé de personnes aux " sensibilités différentes ", se réunit alors régulièrement pour préparer un rapport et un projet d'avis. Ce texte, si possible " longuement réfléchi " et " consensuel", est ensuite soumis à la formation plénière du CNA.
