

Colloque régional

Actes



# Obésité & maladies chroniques associées

21 septembre 2012  
Hôtel de Région, Marseille

# Colloque

# Obésité et maladies chroniques associées

## Actes

21 septembre 2012,  
Hôtel de Région - Marseille



Région  
Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**Partenaire principal**

# Sommaire

## Allocutions d'ouverture

- **Anne-Marie Hautant**, Vice-présidente déléguée à la santé et à l'alimentation, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur p. 4
- **Vincent Unal**, Directeur-adjoint Patients, Offre de Soins et Autonomie, Agence régionale de santé PACA p. 6
- **Zeina Mansour**, Directrice du Comité régional d'éducation pour la santé PACA p. 8

## Définition de l'obésité et facteurs de risques

- **Pr Anne Dutour-Meyer**, chef de service endocrinologie, nutrition et maladies métaboliques, responsable du centre spécialisé en obésité, Hôpital Nord, Marseille p. 10

## Épidémiologie de l'obésité en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

- **Aurélié Bocquier**, responsable du pôle observation, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur p. 31

## Étude sur les comportements alimentaires en lien avec la santé des jeunes (16 à 25 ans) en région PACA

- **Julie Lioré**, anthropologue, UMR 7268, Anthropologie biculturelle, Droit, Éthique et Santé (ADES), Aix-Marseille Université p. 37

## Les pathologies associées à l'obésité

- **Le diabète** p. 45
  - **Dr Céline Orhond**, médecin coordonnateur du réseau Diabaix, Aix-en-Provence
- **Les maladies cardiovasculaires** p. 51
  - **Dr Jean-Paul Saugeron**, cardiologue, Digne-les-Bains

### La prise en compte psychosociale de l'obésité

- **Pr Thémis Apostolidis**, *Laboratoire de Psychologie sociale, Aix-Marseille Université* p. 56

### La prise en charge thérapeutique de l'obésité

- **Pr Anne Dutour-Meyer**, *chef de service endocrinologie, nutrition et maladies métaboliques, responsable du centre spécialisé en obésité, Hôpital Nord, Marseille* p. 59

### Présentation de quelques outils pédagogiques créés en région

- **Photolangage "Jeunes et alimentation, ce que manger veut dire"** p. 62
  - **Alain Douiller**, *directeur du CoDES 84*
- **Magnet santé, un outil pédagogique créé en région à destination des publics migrants** p. 66
  - **Virginie Bolin**, *diététicienne, CRES PACA*

### Sélection bibliographique

- **Gaëlle Lhours, Nathalie Cornec, Stéphanie Marchais** p. 68  
*Documentalistes CRES PACA*

**...→ Allocutions d'ouverture****▶ Anne-Marie Hautant,**

*Vice-présidente déléguée à la santé et à l'alimentation, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Je vous remercie d'être venus si nombreuses et nombreux.

Merci au CRES d'avoir organisé cette rencontre que je souhaitais depuis un certain temps, parce que l'obésité et les maladies chroniques qui lui sont liées représentent un enjeu important dans notre société. J'espère que les échanges que nous aurons permettront d'élargir les questionnements et le débat.

Je remercie Vincent Unal d'être présent, qui représente l'Agence régionale de santé, avec qui nous travaillons main dans la main depuis longtemps, notamment autour de l'obésité ; ainsi que le Pr Jean-Marc Garnier, président du Comité régional d'éducation pour la santé, qui va nous rejoindre.

Nous sommes extrêmement nombreux pour parler aujourd'hui : plus de 300 personnes présentes, médecins, infirmières libérales et scolaires, enseignants, professionnels de santé publique, diététiciennes, étudiants, représentants d'ateliers santé ville... Nous avons également le plaisir d'accueillir quatre classes de première et de terminale d'un lycée marseillais qui vont travailler sur cette thématique cette année et que je salue.

L'obésité augmente régulièrement. Elle est passée dans notre région de 6,8% en 1997 à 11,5% de la population en 2009, chez les plus de 18 ans.

On constate qu'en région PACA l'augmentation est moins rapide qu'ailleurs, notre région est un peu protégée de cette épidémie. Mais nous avons affaire à un véritable problème de santé publique, du diagnostic à sa prise en charge médicale, en passant par la prévention, qui doit être développée et ciblée.

De nombreux exemples vous seront présentés aujourd'hui, avec le Pr Anne Dutour-Meyer, chef de service endocrinologie à l'hôpital Nord ; l'Observatoire régional de la santé, qui présentera une étude épidémiologique sur l'obésité en région ; Julie Lioré, anthropologue, qui réalise actuellement une étude sur les comportements alimentaires des jeunes, à la demande de la Région, pour nous aider à mieux cibler nos politiques en direction des jeunes. La Région a une responsabilité en termes de restauration scolaire et le devoir de comprendre comment fonctionne la jeunesse et quelles sont les réponses pertinentes à apporter.

Ensuite, vous pourrez découvrir des exemples de prise en charge thérapeutique des patients ainsi que des outils de prévention en direction des jeunes.

Je voudrais par ailleurs vous faire part d'une action témoignant de l'implication du Conseil régional en matière de prévention de l'obésité en direction de la jeunesse.

En tant que première région méditerranéenne de France, nous avons décidé de mettre à l'honneur l'alimentation méditerranéenne dans nos lycées. Celle-ci est classée au patrimoine mondial de l'Unesco et ses bienfaits nutritionnels et environnementaux ne sont plus à prouver. En partenariat avec l'INSERM, nous avons édité une pyramide de l'alimentation méditerranéenne qui est diffusée dans les lycées.

L'alimentation méditerranéenne recule, mais ses qualités peuvent peut-être expliquer la protection que nous observons en région vis-à-vis de cette épidémie d'obésité.

J'espère que nos travaux nous permettent de comprendre la responsabilité de l'environnement et de l'évolution de la société. On assiste à une culpabilisation des personnes, on cible les comportements individuels mais quelle est la responsabilité de l'environnement ? Quelle sont les implications de notre alimentation, de sa qualité, de ses transformations... sur notre santé et sur l'obésité ? Il s'agit d'accompagner les personnes à comprendre et à voir comment agir au niveau individuel, politique, pour que cette dérive cesse.

C'est ma sensibilité écologique qui parle ici et j'ose espérer que l'on puisse continuer à mettre en lumière ce lien très fort entre environnement et impact sur notre santé.

**► Vincent Unal,**

*Directeur-adjoint Patients, Offre de Soins et Autonomie, Agence régionale de santé PACA*

Merci de votre accueil. En premier lieu, je vous prie de bien vouloir excuser Norbert Nabet, Directeur général-adjoint de l'ARS PACA qui tenait à être présent.

Il m'a demandé de vous indiquer, en son nom et en celui de Dominique Deroubaix, Directeur général, l'importance que l'ARS attache à cette journée sur l'obésité.

Le Directeur général de l'ARS est en effet très heureux de s'y associer. En effet, depuis longtemps, pour cette pathologie, nos partenariats avec le CRES et les CoDES nous ont amenés à partager bien des choses. La gestion de la prévention et de la promotion de la santé nous conduit régulièrement à accompagner leur démarche et leurs projets.

Notre réflexion se développe en étroite collaboration. Les chantiers nombreux sur lesquels nous échangeons, le partage des difficultés qui se présentent, la recherche de solutions les meilleures, nous animent constamment.

Notre engagement conjoint au quotidien renforce notre capacité à stimuler. C'est donc avec un réel plaisir que je participe aujourd'hui à l'ouverture de cette matinée. Nous partageons également avec le Conseil régional des préoccupations communes particulièrement importantes dans le domaine de l'obésité qui conduit notre réflexion aujourd'hui.

Nous ne pouvons plus en effet ignorer le fléau que représente l'obésité, puisque dans notre région 11% de la population adulte en est affectée. On ne peut que s'inquiéter de l'avenir, quand on sait que dès 2005/2006, 14,2% de la population des enfants de grande section de maternelle était, sur l'académie d'Aix-Marseille, déjà affectée d'un surpoids.

Notons au passage le rôle fondamental que peut jouer l'Education nationale pour mener à bien une action de promotion et d'éducation à la santé, une action de dépistage précoce de l'obésité, en milieu scolaire. Nous ne pouvons que regretter l'impact très négatif de ce fléau en fonction des conditions sociales de la population. Les populations les plus fragiles sont indéniablement plus affectées que les autres. Ainsi, selon une étude menée en 2009/2010 sur l'académie d'Aix-Marseille par le Rectorat et l'ARS PACA, il apparaissait que la surcharge pondérale était largement plus marquée dans les écoles des quartiers défavorisés. Située cette année-là à 10% sur l'ensemble de l'académie, elle atteignait 14% et parfois même 17% dans certaines écoles des zones en difficultés.

Un travail coordonné avec le Conseil régional s'est donc instauré pour répondre au mieux, sur l'ensemble du territoire régional, aux enjeux ainsi identifiés.

Dans les groupes de travail, dans les comités de coordination des politiques publiques, mais aussi dans l'action au quotidien et sur le terrain, nous œuvrons de manière complémentaire, pour offrir une meilleure santé à la région. La santé passe par une alimentation équilibrée et la mise en œuvre d'une activité physique régulière, mais peut-on facilement se construire une image positive et s'inscrire dans le bien vivre lorsque tout dans l'environnement s'y oppose ?

Quand je ne dispose pas d'un simple jardin public pour aller marcher ou courir, quand les seuls restaurants que je croise sont des restaurants rapides distribuant une nourriture inadaptée, parce que les magasins offrant une alimentation plus saine ont disparu, quand tout est fait pour stimuler mon appétence envers les sucres et les graisses, agir pour soigner ne suffit plus.

Il faut agir en prévenant l'installation du fléau, par la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique. Il faut anticiper l'installation des troubles par un dépistage précoce et un accompagnement individualisé, réduire les conséquences en prenant en charge la maladie et ses complications, mais il faut aussi agir pour l'environnement afin d'offrir un environnement plus favorable.

Il est donc essentiel que d'autres acteurs s'associent au travail collectif. Notre travail serait bien sûr incomplet sans les acteurs de la santé, sans les collectivités territoriales, qui investissent de plus en plus ce champ des facteurs environnementaux, et avec lesquels une coordination des actions est de plus en plus marquée.

Agir, c'est enfin comprendre. Cela passe par le travail des équipes médicales qui interviennent dans le champ de l'obésité, afin de progresser dans la connaissance des causes, avec la recherche.

L'enseignement doit se développer encore davantage pour éradiquer le fléau. Ces deux missions sont portées notamment par les deux centres spécialisés de la région que sont l'AP-HM et le CHU de Nice, autour desquels doivent maintenant s'établir des partenariats avec tous les établissements sanitaires qui participent à la prise en charge de cette pathologie, qu'ils agissent dans la phase initiale ou dans la prise en charge.

Mais au-delà, c'est l'ensemble des acteurs du soin qui doivent agir ensemble pour former un maillage d'acteurs apportant une réponse organisée des soins, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers, offrant ainsi aux patients un véritable parcours de santé, un parcours de vie.

Comprendre, c'est aussi prendre en compte le parcours de vie des patients et de leur entourage ; nul mieux que les associations ne peut faire cela. Elles représentent donc le maillon essentiel.

L'ARS est au cœur de l'ensemble de ce dispositif. Mais elle n'est que le lien qui traverse l'ensemble de cette trajectoire ambulatoire, sanitaire et médico-sociale. Elle tient toute sa place, tout au long du parcours de santé, avec sa dimension de prévention, de soins primaires ou sanitaires, de l'accompagnement du handicap et de la dépendance. Mais, nous l'avons vu, elle ne peut rien sans l'ensemble des acteurs présents aujourd'hui et sans que chacun d'eux soit engagé conjointement dans la recherche de réponses coordonnées et adaptées.

Je vous souhaite un travail fructueux. Sachez que le Directeur général de l'ARS PACA sera très attentif aux conclusions de votre colloque ainsi qu'aux propositions que vous pourrez formuler. Je vous remercie.

**► Zeina Mansour,**

*Directrice du Comité régional d'éducation pour la santé PACA*

Le CRES est un habitué de cet hémicycle puisque c'est la dixième fois que nous avons l'honneur d'organiser dans ce lieu prestigieux une rencontre autour de l'état de santé de la population.

Plusieurs thèmes ont déjà été évoqués ici : la contraception et les grossesses non désirées, l'insertion des jeunes, les questions éthiques et l'éducation pour la santé, l'obésité, la précarité, les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes, la prévention de la crise suicidaire, le fait d'être parents d'adolescents... Les actes de l'ensemble de ces colloques sont en ligne sur le site du CRES.

Aujourd'hui, nous voici réunis autour d'une problématique pandémique : l'obésité et les maladies chroniques qui lui sont associées.

Mais quel est donc le rôle d'un centre ressources tel que le CRES dans ce vaste domaine qu'est la santé publique et plus particulièrement le surpoids et l'obésité.

Répondons à la question par les missions du CRES et des comités départementaux d'éducation pour la santé.

La première de nos missions consiste à documenter le public et les professionnels. Un centre de ressources documentaires régional et six centres de ressources départementaux disposent ainsi de fonds documentaires, d'outils pédagogiques indispensables à la mise en place de programmes de prévention. Sur l'obésité, notre réseau en région dispose de près de 500 ouvrages, documents, articles... et de plus de 90 outils pédagogiques.

Deuxième mission : communiquer. Depuis 2000, le CRES dispose de sa propre revue, "Priorités Santé", dont l'objectif est de valoriser les actions et les acteurs en charge de programmes de prévention dans notre région. Sur la problématique nutrition, alimentation et activité physique, plus de 20 articles sont consultables.

La base de données OSCARS, Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé, est une base de données de la majorité des actions bénéficiant d'un financement dans notre région, actions de prévention de 1999 à nos jours. Elle compte aujourd'hui plus de 4000 actions pour notre région, dont environ 700 concernent la nutrition, réalisées par 218 structures. Je vous invite à consulter cette base.

De même vous trouverez dans OSCARS 20 programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS sur la thématique nutrition et maladies chroniques.

Troisième mission de notre réseau : former. Les comités sont des structures de formation de professionnels. À titre d'exemple, un programme de formation des équipes en charge de la distribution de l'aide alimentaire est reconduit tous les ans, depuis de nombreuses années, dans notre région. Il a pour objet de former les bénévoles et les

salariés en charge de la distribution de l'aide alimentaire. Dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire, le CRES propose également de manière permanente des formations à l'éducation thérapeutique du patient.

Quatrième mission : créer des outils pédagogiques. Nous réalisons régulièrement des outils pédagogiques adaptés à des publics spécifiques, notamment les publics les plus précaires. Tout à l'heure vous sera présentée la dernière production du CRES, "Magnet santé", destinée à un public ayant des difficultés de compréhension de la langue française. Le directeur du CoDES du Vaucluse Alain Douiller nous présentera également le photolangage "Jeunes et alimentation" qu'il vient de réaliser avec les autres CoDES de la région.

Je souhaitais illustrer le rôle d'un centre ressources qui, grâce à la diversité de ses activités, est en capacité de jouer un rôle important, tant auprès du grand public que des professionnels, mais aussi en termes d'aide à la décision politique et d'expertise, au niveau régional comme national.

Tout ceci serait impossible sans l'indéfectible soutien de nos financeurs, le Conseil régional, l'Agence régionale de santé, l'INPES, l'INCA, les collectivités, la ville de Marseille... et bien sûr sans la fidélité de l'ensemble des publics destinataires de nos activités qui nous témoignent régulièrement leur confiance.

Je vous remercie.

## ➔ Définition de l'obésité et facteurs de risques

### ➤ **Pr Anne Dutour-Meyer,**

*Chef de service endocrinologie, nutrition et maladies métaboliques, responsable du centre spécialisé en obésité, Hôpital Nord, Marseille*

Je vous remercie de cette invitation au moment où viennent d'être créés les centres spécialisés en obésité pour renforcer la prise en charge globale avec une association de tous les intervenants. J'ai vu dans la salle de nombreux partenaires et nous pourrions réfléchir ensemble sur la façon de prendre en charge et réduire cette épidémie.

En termes d'épidémiologie, je voudrais dire qu'en tant que soignant, en 30 ans, l'obésité est certainement la pathologie qui a le plus évolué. Lorsque j'ai démarré, dans les années 80, il y avait à Marseille 2 ou 3 obèses sévères, avec un indice de masse corporelle supérieur à 45. Aujourd'hui, nous ne savons plus comment ne pas les faire attendre trop longtemps à nos consultations. La fréquence des obésités extrêmes a fortement augmenté.

### • **L'obésité, définitions**

L'obésité se définit comme un excès réel de masse grasse de tissu adipeux qui résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques.

L'OMS définit l'indice de masse corporelle par le calcul du poids d'un individu divisé par sa taille au carré :

$$\text{IMC [kg/m}^2\text{]} = \text{Poids [kg]} / (\text{Taille [m]})^2$$

On parle de maigreur lorsque l'IMC est en dessous de 18,5 et d'obésité lorsque l'IMC est supérieur à 30. L'obésité massive, autrefois appelée obésité morbide, est quant à elle définie par un IMC supérieur 40.

Cela signifie par exemple qu'une femme d'1,60 mètre a un poids normal si elle pèse 60 kg, présente un surpoids si elle fait 75 kilos et a une obésité massive si elle fait 105 kg.

En termes d'obésité, il a longtemps été question du "type d'obésité". Cette notion est née à Marseille avec le Pr Jean Vague, endocrinologue. Dès les années 60, il s'était aperçu qu'un certain type d'obésité, l'obésité gynoïde, n'entraînait pas de complication métabolique, alors qu'un autre type, l'obésité androïde, abdominale, qui développe du tissu adipeux viscéral, causait des complications cardiovasculaires et métaboliques.

## Définition

### Obésité : définition basée sur la santé

$IMC [kg/m^2] = Poids [kg] / (Taille [m])^2$

● Maigreur		IMC < 18,5
● Poids Normal		$18,5 \leq IMC < 25$
● <b>Surpoids</b>		<b><math>25 \leq IMC &lt; 30</math></b>
● <b>Obésité</b>	<b>I</b>	<b><math>30 \leq IMC &lt; 35</math></b>
	<b>II</b>	<b><math>35 \leq IMC &lt; 40</math></b>
	<b>III</b>	<b><math>40 \leq IMC</math></b> <b>massive/morbide</b>

## Définition

### Au-delà de l'obésité : répartition du tissu adipeux

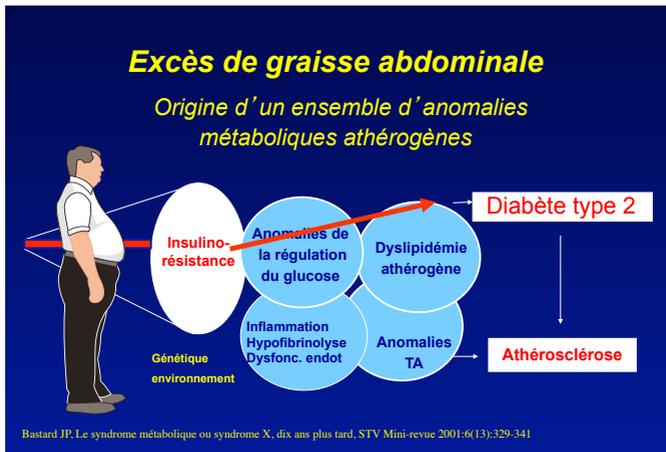
- Obésité androïde
- Obésité abdominale
- Obésité viscérale



- Obésité gynoïde
- Obésité fémoro-glutéale

Cette obésité abdominale, même modérée, est à risque. Car le tissu adipeux viscéral produit de l'inflammation, des cytokines, qui vont induire une mauvaise action de l'insuline, l'hormone qui régule la glycémie, ce qui va peu à peu entraîner un diabète.

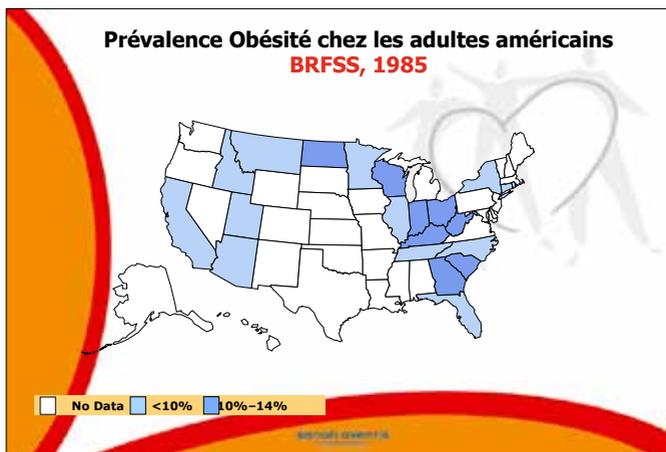
Cela induit aussi une augmentation des lipides, des graisses dans le sang, de l'inflammation qui abîme les vaisseaux, et ces deux facteurs vont aboutir à l'athérosclérose.



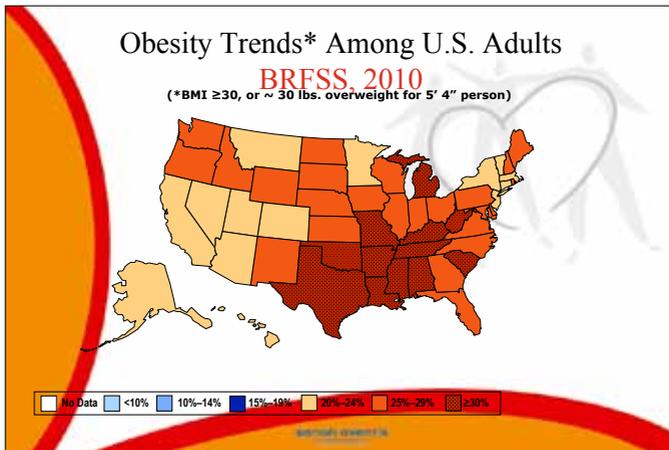
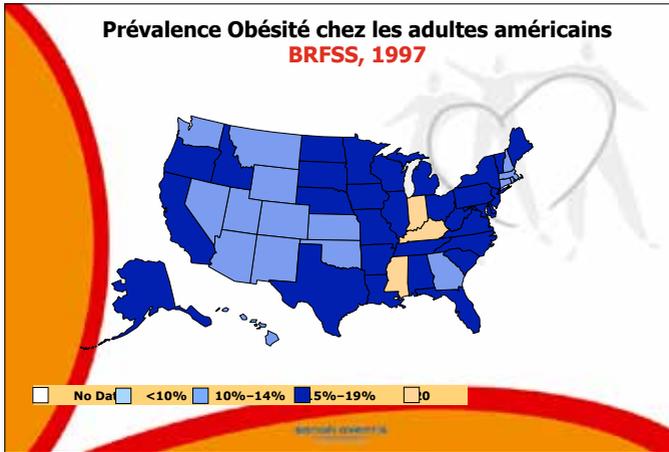
- **L'obésité aujourd'hui : la prise de conscience de l'épidémie**

Dès 1985, on a pris conscience dans le monde de cette épidémie. Il était alors question d'Etats américains qui enregistraient 14% d'obèses. Aujourd'hui, ce taux de 14% concerne la France.

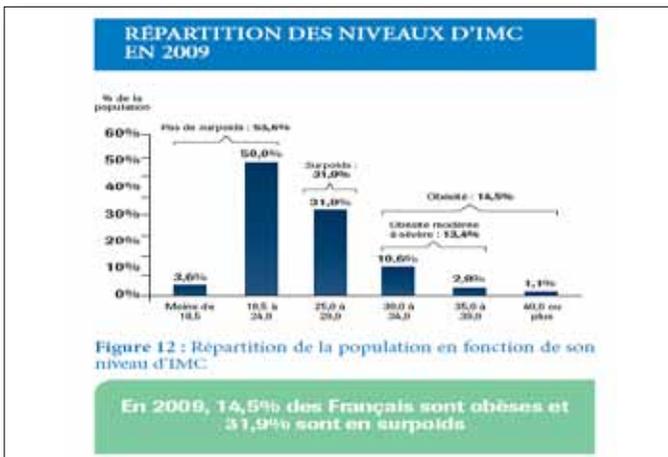
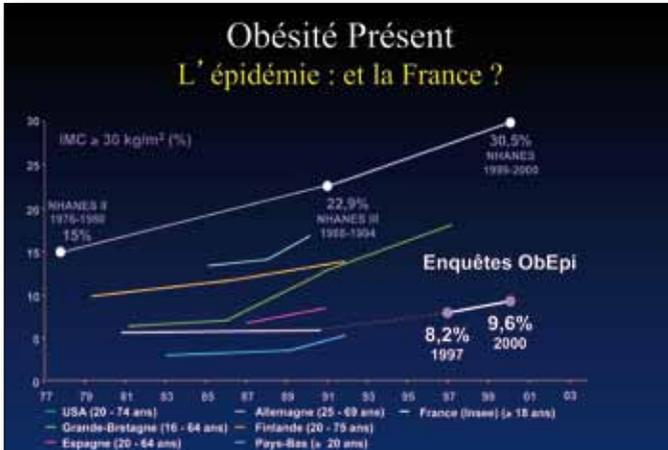
Cela fait 30 ans que l'on parle de cette épidémie et que l'on essaie de la freiner. Elle est aujourd'hui relativement ralentie mais nous avons une prévalence équivalente à la situation américaine en 1985.

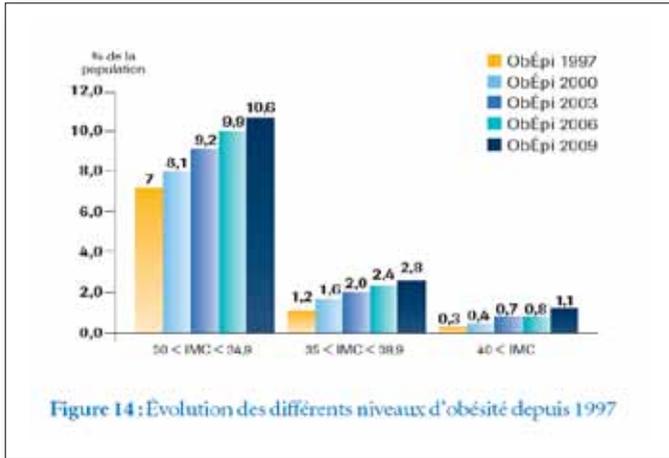


En 1997, la prévalence de l'obésité dépassait les 14% dans tous les états des États-Unis. En 2010, de nombreux états enregistraient plus de 30% de personnes obèses. Là-bas, les médecins n'ont plus de groupes contrôle pour leurs protocoles de recherche, car il y a également plus de 40% de personnes en surpoids et les individus de poids normal sont devenus rares. Il ne faut pas en arriver là en France.



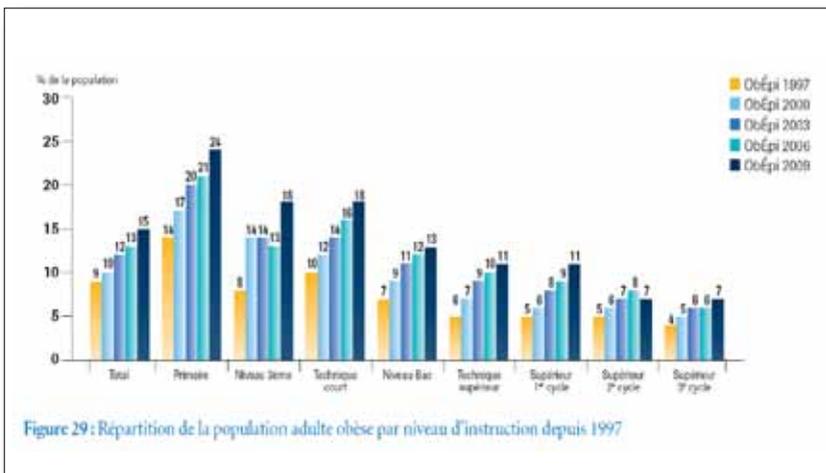
En France, la courbe est décalée mais parallèle, ce qui est inquiétant. Aujourd'hui, 14,5% des Français sont obèses, 50% de poids normal, 31% en surpoids. Et alors que les obésités sévères étaient très rares dans les années 80, elles concernent actuellement 1,1% de la population, c'est-à-dire qu'elles ont été multipliées par quatre. Cela pose de vrais problèmes de prise en charge.





• **L'obésité par niveau d'instruction**

Depuis quelques années, le Plan national nutrition santé (PNNS) lutte contre l'évolution de cette épidémie. Mais l'impact de cette information ne touche pas tout le monde. Si l'on regarde le niveau d'instruction des individus, chez ceux qui n'ont pas été plus loin que le primaire, la prévalence de l'obésité est passée de 14% à 24% depuis 1997. La hausse dans ce groupe est très importante, par rapport aux individus qui ont fait des études et pour qui l'évolution a été pratiquement nulle.



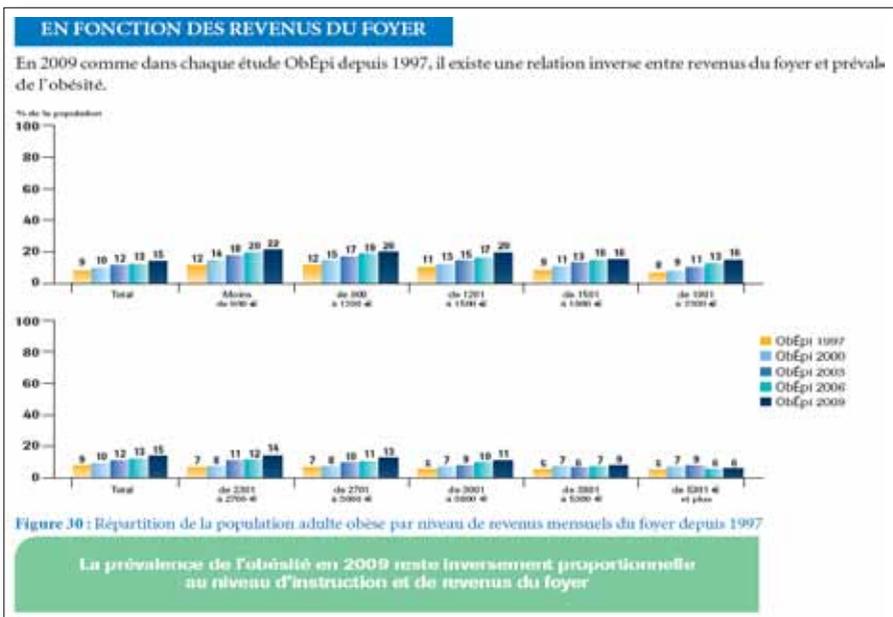
### • Obésité et revenus du foyer

Je fais partie d'une unité de recherche intitulée « nutrition obésité et risque thrombotique » et il existe également en région un groupe de travail dirigé par Nicole Darmon de l'INRA qui s'intéresse depuis des années au coût des aliments et à l'impact des revenus sur l'alimentation.

Il a été démontré que les personnes disposant de moins de 900 euros par mois étaient 22% à être obèses.

Chez ceux qui ont plus de 5000 euros de revenus par foyer, la fréquence de l'obésité n'a quasiment pas augmenté et reste autour de 5%.

L'obésité touche les populations défavorisées.



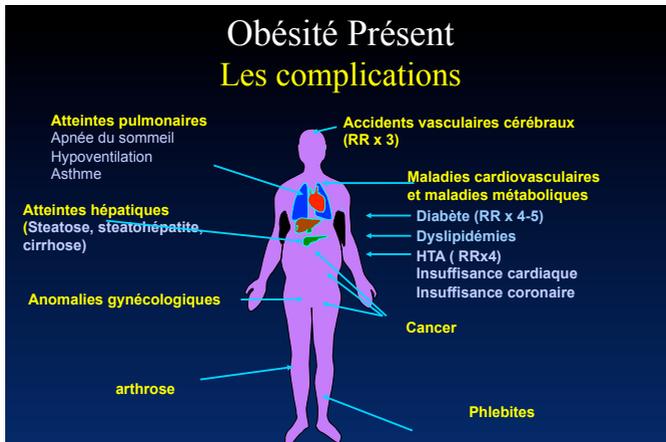
### • Obésité et comorbidités

L'obésité est une vraie maladie, qu'il faut soigner. Il était peu question autrefois des complications de l'obésité dans les cours de médecine.

On a l'impression qu'il suffit de ne pas manger pour soigner l'obésité, avec une tendance à inciter le patient à maigrir pour que tout rentre dans l'ordre. Mais c'est plus complexe que cela : il existe des complications qui peuvent ne pas disparaître avec la perte de poids et la priorité est de traiter ces complications, qui sont multiples, notamment chez les obèses sévères.

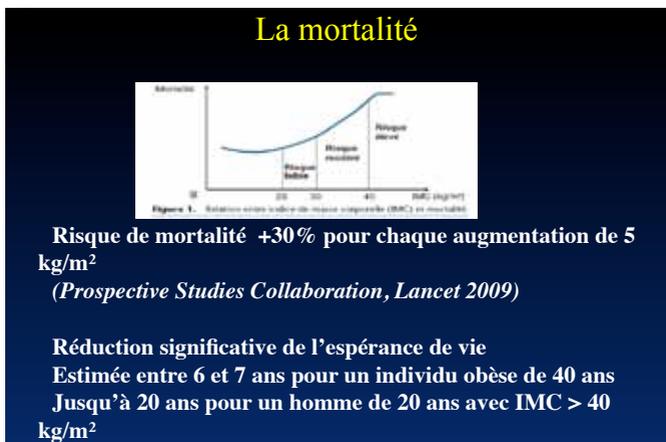
## • Les complications

Elles sont multiples et seront évoquées par d'autres intervenants. On peut citer le diabète, mais aussi l'apnée du sommeil, dans les obésités sévères. L'asthme aussi est une complication, tout comme les maladies cardiovasculaires, et surtout le cancer, plus fréquent en cas d'obésité.



## • Obésité et mortalité

L'obésité augmente la mortalité, comme le montre le graphique :



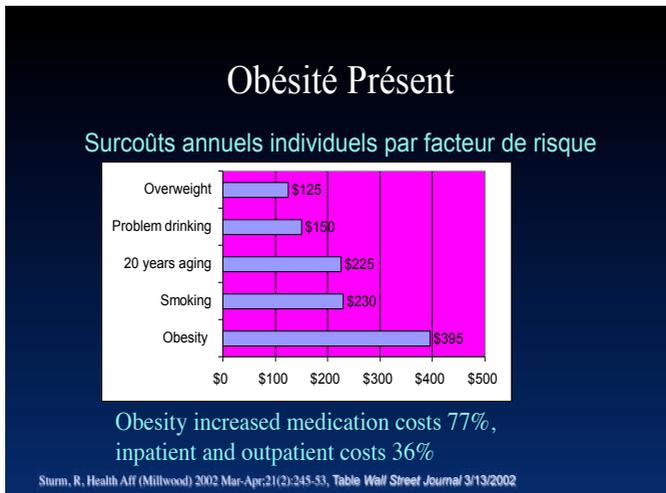
On estime qu'avec un IMC de 40 à 20 ans, la diminution de l'espérance de vie peut aller jusqu'à 20 ans...

- **Obésité et conséquences psychosociales**

Les conséquences psychosociales de l'obésité sont également bien connues et seront évoquées plus tard. Avec notamment des conséquences en termes de dépression et de difficulté à l'embauche, ce qui aggrave la précarité.

- **Le coût de l'obésité**

Le coût direct et indirect de l'obésité a été largement analysé aux États-Unis. Il est considérable, supérieur à celui du tabac, de l'alcool...



- **Les déterminants de l'obésité**

Les causes et déterminants de l'obésité sont multiples : déterminants génétiques et facteurs environnementaux

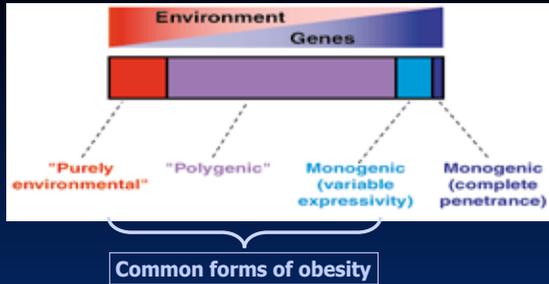
- **Les déterminants génétiques**

Il n'y a pas eu ces 20 dernières années de modification de la génétique ; on ne peut pas dire qu'une évolution génétique a suscité une telle augmentation de l'obésité.

Pourtant les déterminants génétiques existent, tout le monde n'est pas identique face à la pression environnementale et il faut le rappeler pour déculpabiliser certaines personnes obèses.

Il existe des interactions gènes-environnement, l'obésité pouvant être environnementale, polygénique, monogénique, complète ou variable.

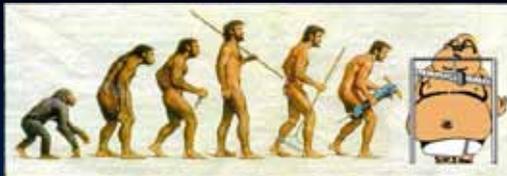
## Interactions gènes-environnement



L' environnement peut « démasquer » un génotype prédisposant

## Interactions gènes-environnement

### La théorie du « Thrifty Génotype »



- Au cours de l' évolution : pression de l' environnement
  - » Sélection d' un ou de génotype(s) « d' épargne »
  - » avantageux pour survie dans environnement de pénurie alimentaire / activité  $\phi$  élevée
- Génotype favorisant l' obésité dans l' environnement actuel  
Extrême : disponibilité alimentaire ↗↗ / activité  $\phi$  ↘↘

On pense que la génétique est déterminante car dans un environnement donné, on s'aperçoit que l'IMC de jumeaux reste très corrélé, même s'ils sont élevés séparément.

### Arguments en faveur d'un rôle de la génétique dans l'obésité

- **IMC très corrélé chez des jumeaux identiques élevés séparément**
- **idem pour comportement alimentaire**
- **Le plus fort facteur prédictif d'obésité est l'obésité chez les parents (indépendant du régime et de l'activité physique)**
- **Risque d'obésité massive (IMC>45)**  
X 8 famille avec obésité massive

Il existe également des maladies génétiques de l'enfant qui s'accompagnent d'obésité, les obésités syndromiques. Ces enfants ont un trouble du comportement alimentaire et ne ressentent pas la sensation de satiété.

Il y a également des obésités monogéniques avec des mutations de certains gènes, comme la leptine : la personne grossit très vite mais si on lui injecte de la leptine elle maigrit.

### Obésité génétique : Mutation de la leptine

+ 4 ans  
- 10kg  
  
et depuis  
  
puberté  
normale



D'autres gènes moins importants peuvent également muter, ce qui donne un polymorphisme de certains de ces gènes qui prédispose aux obésités sévères.

On ne fait pas d'analyses génétiques à tout le monde mais, dans les obésités sévères, 6% des individus présentent une anomalie génétique d'un récepteur.

La pression environnementale est responsable, mais il existe également des anomalies génétiques.

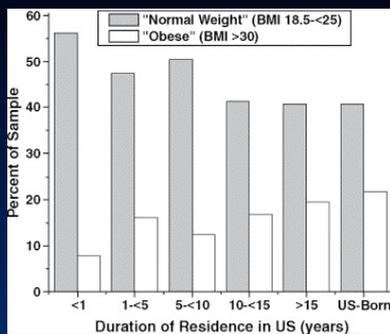
### ► Les facteurs environnementaux

#### ► L'accessibilité de la nourriture

Aujourd'hui les individus ne bougent plus comme avant pour récolter la nourriture. Nous avons une accessibilité permanente à la nourriture et constatons une diminution de l'activité physique.

Il a été démontré un effet de l'environnement occidental : pour un migrant qui va vivre aux États-Unis, en 15 ans, c'est comme s'il y était né.

## Effet de l'environnement occidental



## ➔ Le rôle du sommeil

Il a été récemment prouvé qu'un déficit en quantité et en qualité de sommeil était associé à des anomalies hormonales, à une insulino-résistance, à un plus grand risque de diabète et à une prise de poids.

Un individu qui dort entre 5 et 6 heures de sommeil par jour est à risque d'obésité et de diabète.

Autrefois, nous n'avions pas toutes ces stimulations que représentent le soir la télé, les écrans d'ordinateur, internet... la lumière en permanence...

La modification des rythmes a été importante.

### Quels facteurs de l'environnement ?

#### Rôle du sommeil?

- **Un déficit en quantité et/ou qualité de sommeil est associé à des anomalies hormonales et métaboliques et à une prise de poids au long cours**
- **Un temps de sommeil court (< 5-6h par nuit) est associé**
  - à la prévalence et à l'incidence de l'obésité,
  - du syndrome métabolique,
  - du DT2,
  - de la morbi-mortalité cardiovasculaire

### Le manque de sommeil est associé à une prise de poids importante au long cours

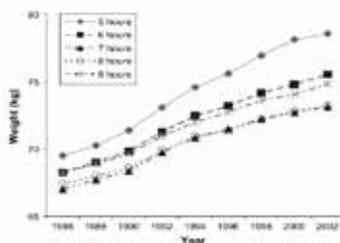


FIGURE 1. Mean age-adjusted weight of the Nurses' Health Study cohort from 1986 to 2002 as a function of residual sleep duration in 1986.

Patel et al. Am J Epidemiol 2006

## ➔ Le rôle de la surconsommation alimentaire

De nombreux travaux ont été menés sur le sujet de la surconsommation alimentaire. Les nutritionnistes essaient de déterminer le facteur le plus important, pour donner des règles, mais cela reste difficile.

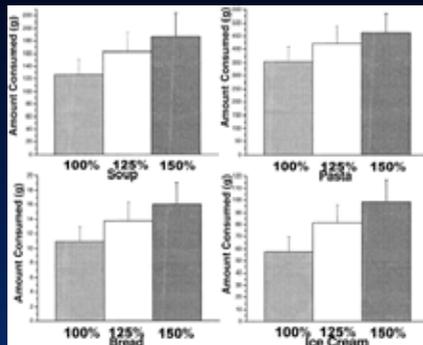
La disponibilité alimentaire est permanente, il est possible de s'acheter à manger sans même descendre de sa voiture. L'effet de la taille des portions joue également : les portions ont augmenté, de même que la taille des assiettes, et certains se sont demandé si on mangeait plus lorsqu'on était servi plus. En fait cela dépend de ce que l'on vous sert. Lorsqu'il s'agit d'un aliment gras et mou, par exemple de la glace, vous pouvez en manger beaucoup plus, même si vous n'avez plus faim. Cela a été démontré.

Mais s'il s'agit de viande, si vous avez l'habitude d'en consommer 100 grammes, vous n'arrivez pas à en manger 200 gr parce que la viande est beaucoup plus satiétogène.

## Quels facteurs de l'environnement ? Rôle de la surconsommation alimentaire ?

### Effet de la taille des portions alimentaires

- Numerous studies show that energy intake increases substantially with increased portion size



Source: Levitsky (2004). J Nutr 134(10):2546-9.

## ➔ La densité énergétique des aliments

Elle a beaucoup évolué.

Sur la diapositive, on peut voir des aliments de même volume, mais de densité énergétique très différente. Les pop corn représentent 55 calories alors qu'un même volume de cacahuètes représente 837 calories.

La satiété c'est la sensation de l'estomac plein et si les aliments ont une plus grande densité énergétique vous en mangez plus.

Lorsque l'industrie agroalimentaire crée un aliment, son intérêt est que vous en achetiez plus. En ce qui concerne les laitages, il sera mis sur le marché un yaourt que vous aurez tendance à manger par deux alors que vous n'en consommiez qu'un seul du précédent. Donc il y a prise de poids.

## Quels facteurs de l'environnement ? Rôle de la surconsommation alimentaire ?

### Effet de la densité énergétique

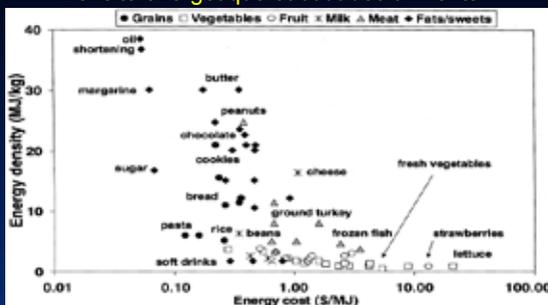


### La densité énergétique et le coût des aliments

De nombreux travaux auxquels ont participé Nicole Darmon s'avèrent très intéressants. Ils démontrent notamment que les aliments les plus sains et ayant une faible densité énergétique sont les aliments les plus chers. Non seulement ils sont plus compliqués à cuisiner, plus difficiles à trouver, mais ils sont aussi plus chers !

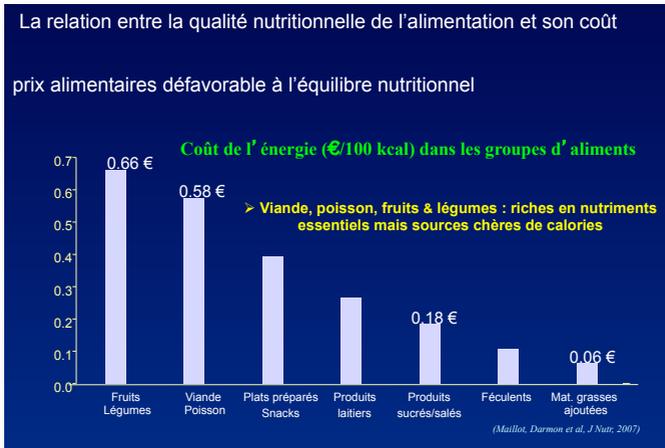
## Quels facteurs de l'environnement ? Rôle de la surconsommation alimentaire ?

### Densité énergétique et coût des aliments



Un calcul a été fait récemment concernant le coût des aliments : pour 100 calories, on peut acquérir 0,66 euro de fruits et légumes, ou 0,06 euro de matières grasses, ou 0,18 euro de produits sucrés/salés...

La viande, le poisson, les fruits et légumes, riches en nutriments essentiels bons pour la santé, sont les aliments les plus chers.



Plus un aliment a une bonne qualité nutritionnelle, plus il est cher.

Nous menons un projet pilote soutenu par l'ARS et l'Institut national du cancer, pour créer un caddy idéal, que je présenterai tout à l'heure. Il s'agit de réfléchir sur la façon de se nourrir correctement avec un petit budget.

### ➤ La publicité alimentaire

Les enfants constituent la cible privilégiée de la publicité alimentaire. Les aliments pour enfants se situent en bas des rayons pour qu'ils puissent les mettre directement dans le caddy. L'alimentation est confondue avec le jeu, l'aliment est aussi un jouet et les enfants sont incités à collectionner les images dans les paquets de céréales etc.

### ➤ Vie quotidienne : évolution des déplacements

Aujourd'hui, une voiture est parfois nécessaire pour traverser la rue. J'essaie de faire aller les adolescents de mon entourage à pied au lycée. Il y a plus de trottoirs en France qu'aux Etats-Unis, le problème est moindre. Mais il y existe de plus en plus de lieux où l'on ne peut accéder à pied, centres commerciaux, collèges, lycées... parce que l'accès piéton y est dangereux.

Marcher n'est pas si facile en France, il existe peu de pistes cyclables pour que les enfants accèdent à l'école, et il est difficile de donner des conseils d'activité physique. De nombreux efforts restent à faire.

## Quels facteurs de l'environnement ?

### Rôle de l'activité physique

#### Vie quotidienne : évolution des déplacements



#### ➔ La relation marche /obésité

Il a été démontré que la prévalence de l'obésité aux Etats-Unis était directement liée au nombre de pas effectués par les individus.

## Quels facteurs de l'environnement ?

### Rôle de l'activité physique

#### Vie quotidienne : relation marche/obésité

	Men	Women	% obese
Colorado	6733	6384	16.0
U.S.	5940	5276	22.8
Tennessee	4547	4730	25.0

Average Steps/Day in 3 Surveys

### ➤ L'évolution de l'activité physique au travail

On constate que dans une entreprise, lorsque le mail est au centre de l'activité, le personnel prend 0,5 kilo en un an. Si les salariés n'ont plus à se déplacer pour passer des fax ou apporter du courrier dans les services... globalement le médecin du travail s'en aperçoit.

Quels facteurs de l'environnement ?  
Rôle de l'activité physique

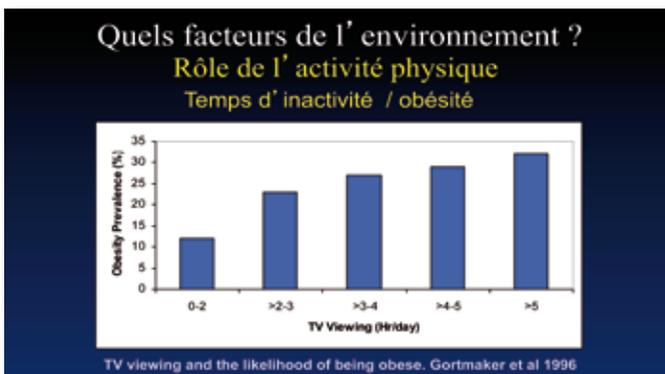
Evolution de l'activité physique au travail



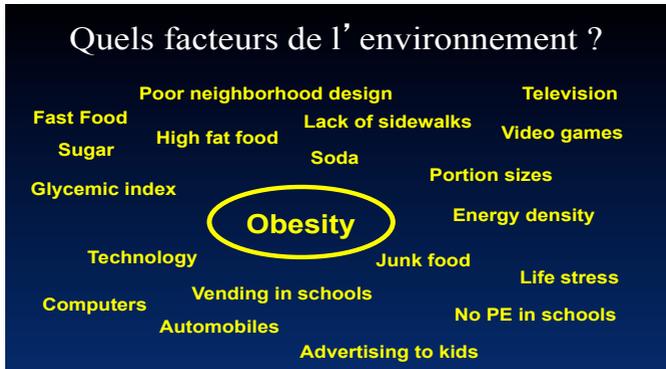
### ➤ Le temps d'inactivité totale

L'activité d'immobilité totale représente un autre phénomène très important indépendant de l'activité physique.

Une étude menée dans la région de Strasbourg ainsi qu'en Angleterre a montré le lien entre le nombre d'heures passées devant la télé et l'obésité, même pour les enfants appartenant à un club de football. Si ces enfants passent plus de 3 heures par jour en moyenne devant la télé ils seront plus gros que celui qui n'y passe qu'une heure par jour. Même chez les sportifs, trop d'immobilité totale entraîne de l'obésité.



On ne peut déterminer le facteur important dans tout cela. Le fait qu'il y ait eu des distributeurs de sucreries dans les écoles (cela a été supprimé), que les trottoirs et les pistes cyclables soient insuffisants, que la télé et la publicité soient trop présentes, le sommeil insuffisant... ces facteurs se mélangent on ne sait pas lequel est le plus important. Une vraie réflexion de politique de santé est nécessaire.



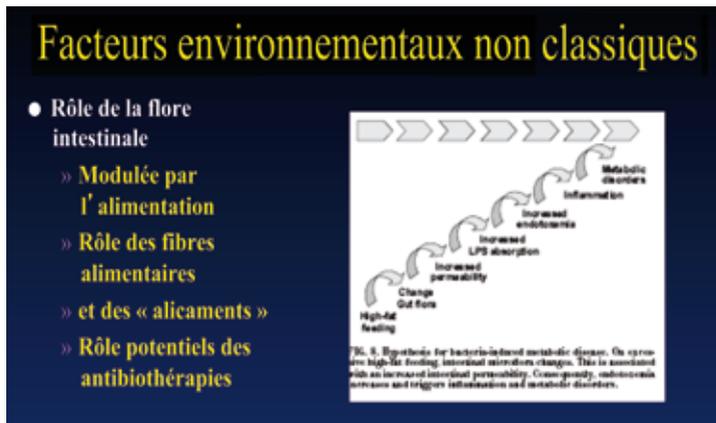
Par ailleurs de nouveaux facteurs apparaissent.

#### ► Les facteurs environnementaux non classiques

##### ► Le rôle de la flore intestinale

Les microbes présents dans l'intestin permettent de plus ou moins assimiler ce que nous mangeons. Cette flore intestinale module l'absorption. Pourquoi serait-elle aujourd'hui de moins bonne qualité ? Est-ce à cause des antibiotiques ? En raison de certains yaourts ? Peut-être grâce à de nouveaux yaourts pourrait-on la rendre meilleure ?

Cela représente un pan de recherche passionnant et nous avons la chance d'avoir à Marseille un institut hospitalo-universitaire spécialisé avec le Pr Didier Raoult pour travailler sur ce sujet.

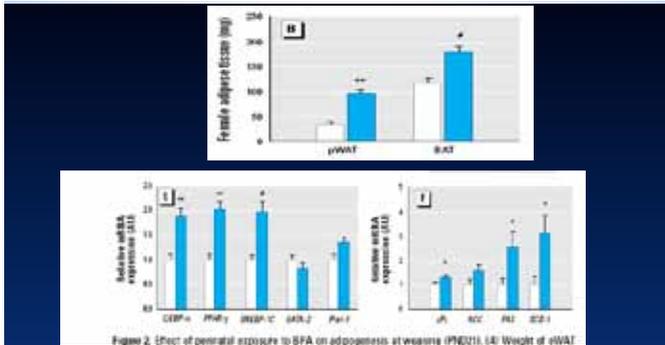


#### ► Les polluants organiques persistants

Il y a aussi les polluants organiques. Cela reste très contesté et compliqué. On peut dire que chez les rats, si durant la grossesse et la lactation ils reçoivent une petite dose de bisphénol A, ils présenteront plus de tissus adipeux.

Est-ce important ou pas dans l'obésité ? C'est en tout cas un facteur parmi les autres.

### Facteurs environnementaux non classiques: facteurs périnataux effet de l'absorption de BPA 1mg/l pendant grossesse et lactation



## Facteurs environnementaux

- **Excès d'apport énergétique**
  - » augmentation de la densité calorique de l'alimentation (lipides)
  - » diminution de la consommation de glucides complexes
  - » déstructuration des rythmes alimentaires
  - » rôle favorisant de l'alcool
  - » diversité, disponibilité et palatabilité des aliments
  - » déterminants psychophysiologiques (olfactifs, visuels, cognitifs...)
  - » troubles du comportement alimentaire
- **Réduction de l'activité physique**

## Facteurs environnementaux

- **Réduction de l'activité physique**
  - » Pas d'effort physique obligatoire dans la vie
  - » Importance du temps passé devant la TV
  - » Diminution de la marche
  - » Cercle vicieux une fois l'obésité installée
- **Réduction du temps de sommeil**
- **Nouveaux facteurs d'environnement**
- **Rôle aussi de la « programmation » (facteurs épigénétiques)**

**Maintenir son poids devient une démarche volontaire  
une lutte contre la pression environnementale**

### Conclusion

L'obésité est à l'évidence une maladie de société, un problème « de » société mais aussi un problème « pour » la société. Les obèses sont victimes de stigmatisation, la société qui produit l'obésité ne la tolère pas.

Heureusement, il y a une prise de conscience collective du problème.

Il faut considérer l'obésité comme une maladie car elle a des conséquences sur la santé (diabète, hypertension, cancers...).

Il existe de nombreuses dérives, notamment une médicalisation désastreuse de l'alimentation, qui doit rester un acte insouciant de plaisir et de convivialité.

## Épidémiologie de l'obésité en région PACA

### ► Aurélie Bocquier,

Responsable du pôle observation, Observatoire régional de la santé PACA

### Définitions et principales sources de données sur les problèmes de poids en PACA, population adulte

Pour la population adulte, on détermine le surpoids et l'obésité à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids et de la taille. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur à 30. On parle aussi fréquemment de surcharge pondérale lorsque l'IMC est supérieur à 25, ce qui inclut à la fois le surpoids et l'obésité.

Pour la région PACA, les données qui vont être présentées sont issues de deux principales enquêtes :

- Les enquêtes Obépi, réalisées au niveau national tous les 3 ans depuis 1997, qui donnent des informations sur le pourcentage de population obèse par région française chez les plus de 18 ans, avec une évolution temporelle intéressante. Les derniers résultats datent de 2009, les résultats 2012 seront présentés mi-octobre. Les données sont déclarées par questionnaire postal.
- Le baromètre nutrition santé 2008, une enquête réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui a bénéficié d'une extension régionale grâce à l'ARS et dont l'ORS a été chargé de l'analyse des résultats. Les données sont ici déclarées par téléphone.

Dans le domaine de l'obésité, des différences importantes dans les résultats peuvent être constatées, car les aspects méthodologiques sont très importants. Lorsque les données sont déclarées par les individus par exemple, versus mesurées par des médecins, de fortes différences apparaissent, car l'on a tendance à sous-déclarer son poids et à sur-déclarer sa taille. L'IMC est donc sous-estimé, induisant une prévalence de l'obésité plus faible, lorsque ce sont les individus qui déclarent.

### Définitions et principales sources de données sur les problèmes de poids en Paca – population adulte

#### ■ Définitions

- Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / taille<sup>2</sup> en mètre
  - Surpoids :  $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$
  - Obésité :  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- } Surcharge pondérale :  $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$

#### ■ Principales sources de données

- Enquête « Obépi » (Inserm, TNS Sofres, Roche)
  - Réalisée en 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009 (résultats 2012 disponibles mi-octobre)
  - Données déclarées par questionnaire postal
- Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes, GRSP Paca, exploitation ORS Paca)
  - Extension régionale en Paca en 2008 (n=1 296 individus de 12-75 ans)
  - Données déclarées par téléphone

## Définitions et principales sources de données sur les problèmes de poids en PACA, enfants et jeunes de moins de 18 ans

Chez les enfants et jeunes de moins de 18 ans, les bornes de l'IMC varient en fonction du sexe et de l'âge, donc on définit surpoids et obésité en fonction de seuils, soit internationaux (IOTF), ou selon des références françaises. Selon les seuils utilisés, les résultats peuvent différer.

En région PACA, chez les enfants et les jeunes, nous disposons de deux principales enquêtes :

- Enquête issue du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire réalisé par l'Education Nationale. En grande section de maternelle chez les enfants de six ans nous avons des résultats sur deux périodes de temps, 1999-2000 et 2005-2006. Les données sont mesurées par les médecins et infirmières scolaires.
- L'enquête dans les maternelles de la région, qui a été réalisée par le service de PMI des conseils généraux, l'ARS PACA, le CHU de la Timone et l'ORS, sur la période 2002-2003 et 2009-2010. Elle a concerné environ 3000 enfants de 3,5 à 4,5 ans, et les données ont été mesurées par les infirmiers et médecins de la PMI lors des visites dans les écoles.

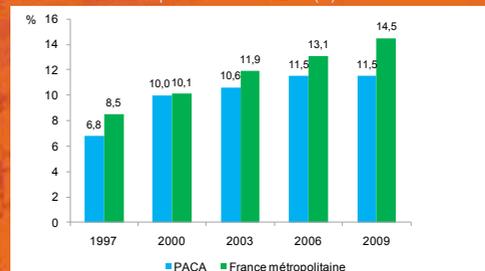
## Population adulte : une prévalence de l'obésité plus faible en PACA qu'en France et en augmentation

Dans la population adulte, les dernières données de l'enquête Obépi montrent que 11,5% de la population régionale présente une obésité en 2009, ce qui est inférieur à la prévalence observée au niveau national, de 14,5%.

On constate cependant que la prévalence a augmenté depuis la fin des années 1990 ; elle était en PACA de 6,8 en 1997. Elle augmente, un peu moins vite qu'en France mais elle augmente tout de même. Les résultats 2012 seront particulièrement intéressants pour voir si la tendance est à la stabilisation.

### Population adulte : une prévalence de l'obésité plus faible en Paca qu'en France et en augmentation

Evolution de la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus en Paca et en France métropolitaine de 1997 à 2009 (%)



Obésité : Indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>

Source : Enquêtes Obépi - Inserm, Institut Roche de l'Obésité, TNS Sofres - exploitation ORS Paca

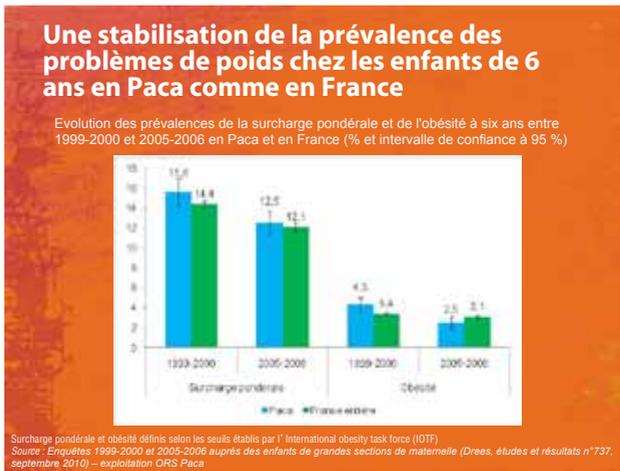
### Chez les enfants, des problèmes de poids aussi fréquents qu'en France

Chez les enfants de 6 ans en revanche, on observe des problèmes de poids aussi fréquents en PACA qu'en France. 12,5 % des enfants de 6 ans en 2005-2006 présentaient une surcharge pondérale en PACA, ce qui situe la région près de la moyenne française de 12,1%.



### Une stabilisation chez les enfants

En termes de tendance, chez les enfants, une stabilisation de la prévalence des problèmes de poids à 6 ans est observée, en PACA comme en France. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec l'instauration du Programme national nutrition santé (PNNS) en 2001, qui a sans doute fortement participé à ce résultat positif.



Cette stabilisation est également confirmée en PACA chez les enfants de 3,5 à 4,5 ans depuis le début des années 2000.

### Des disparités selon le genre

Ces résultats généraux chez les adultes et les enfants de la région ne doivent pas faire oublier des différences importantes entre groupes de population, notamment entre hommes et femmes.

Chez les adultes, la prévalence de l'obésité est comparable entre les hommes et les femmes mais le surpoids est plus fréquent chez les hommes : en 2008, 47% des hommes sont en surcharge pondérale contre 28% des femmes en PACA (Baromètre santé nutrition 2008). Chez les enfants, les filles sont plus fréquemment en surpoids dès 3,5 ans que les garçons en maternelle (Evalmater).

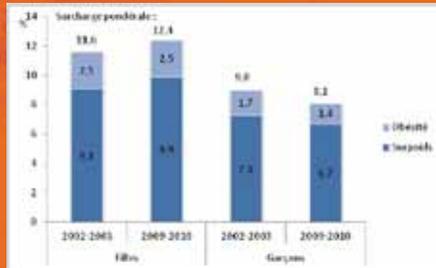
### Des inégalités sociales face aux problèmes de poids

Les facteurs socio-économiques représentent un marqueur important. On observe des différences fortes selon les catégories sociales, avec les personnes les plus précaires plus concernées par ces problèmes de poids.

Le graphique montre une relation négative entre le revenu et la prévalence de l'obésité : lorsque le revenu augmente, le pourcentage de personnes en obésité diminue.

### Une stabilisation de la prévalence des problèmes de poids chez les enfants de 3,5-4,5 ans en Paca

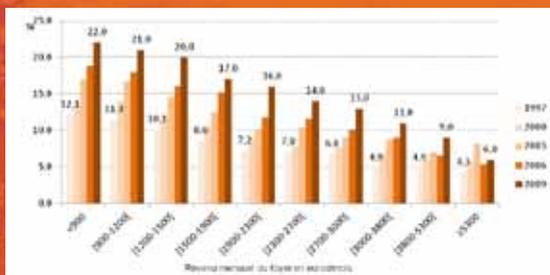
Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3,5 à 4,5 ans en région Paca en 2002-2003 et 2009-2010



Surpoids et obésité définis selon les seuils établis par l'OTF  
Source : Evalmater, Bilan de santé dans les écoles maternelles de la région Paca, 2012

### Des inégalités sociales face aux problèmes de poids

Evolution de la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans ou plus en France métropolitaine de 1997 à 2009, selon le revenu du foyer (%)

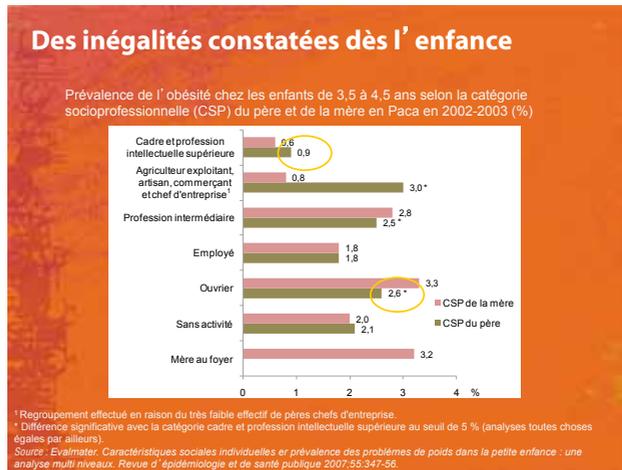


Source : Enquêtes Obépi – Inserm, Institut Roche de l'obésité, TNS Sofres – exploitation ORS Paca

Autre enseignement des données Obépi, en termes d'évolution temporelle : l'écart entre les hauts revenus et les bas revenus se creuse avec le temps. On assiste donc à un creusement des inégalités sociales.

## Des inégalités constatées dès l'enfance

Ces inégalités sont constatées dès le plus jeune âge. Chez les enfants de la région de 3,5 à 4,5 ans au début des années 2000, il existait des différences importantes entre les enfants dont le père était ouvrier et ceux dont le père était cadre ou profession intermédiaire (3% contre moins de 1%).



## Des différences entre territoires

"On a pu remarquer, dans les pays anglo-saxons ou en région parisienne, que les problèmes de poids étaient plus fréquents dans les quartiers les plus défavorisés.

Au niveau individuel, les individus les plus précaires sont plus souvent atteints d'obésité, mais indépendamment de cela, des travaux montrent que le niveau de précarité du quartier de résidence a un impact sur le risque d'obésité. Les mécanismes par lesquels le territoire pourrait influencer les comportements individuels de santé comme l'activité physique et les habitudes alimentaires ne sont pas bien élucidés. Les mécanismes les plus simples peuvent impliquer des différences dans la présence d'équipements sportifs, leur qualité, leur sûreté, l'accès à des produits alimentaires de bonne qualité, leur prix, les normes culturelle et les valeurs attachées à la santé véhiculées dans les quartiers, l'image du corps....

## Conclusion

On peut donc retenir que dans la population adulte, la prévalence de l'obésité est plus faible en PACA qu'en France, mais avec une tendance à l'augmentation depuis la fin des années 1990. Chez les enfants, les problèmes de poids sont aussi fréquents en PACA qu'en France, avec une tendance à la stabilisation depuis le début des années 2000. Mais des inégalités sociales persistent, dès l'enfance.

Ces résultats incitent à renforcer les actions de prévention de l'obésité, avec une attention particulière pour des actions efficaces dans la réduction des inégalités sociales de santé, et ce dès le plus jeune âge.

**Pour en savoir plus...**

- Publications du **Baromètre santé nutrition 2008 en Paca**
  - Consommations alimentaires
  - Perceptions et connaissances nutritionnelles
  - Nutrition, revenus et insécurité alimentaire
  - Activité physique et sédentarité
  - Comportements d'achats alimentaires
  - Structure et environnement des repas
  - Présentation, méthodologie et synthèse
- **Etats de santé et inégalités en Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Document préparatoire du Projet Régional de Santé élaboré pour l'Agence Régionale de Santé PACA (septembre 2010)



[www.sesstim-orspaca.org](http://www.sesstim-orspaca.org)

## → Étude sur les comportements alimentaires en lien avec la santé des jeunes (16 à 25 ans) en région PACA

### ► Julie Lioré,

Anthropologue, UMR 7268, Anthropologie bi-culturelle, Droit, Ethique et Santé (ADES), Aix-Marseille Université

Je suis chargée d'une étude sur les comportements alimentaires en lien avec la santé des jeunes (16 à 25 ans) en région PACA. Depuis la rentrée, je mène des entretiens auprès de lycéens et de jeunes en CFA.

### 128 jeunes adultes suivis par les missions locales

Ces 5 derniers mois, j'ai plus spécifiquement rencontré 128 jeunes suivis par des missions locales, sortis du système scolaire. L'échantillon compte 73 filles et 55 garçons auprès desquels j'ai mené un entretien d'environ une heure selon une démarche qualitative. Les jeunes gens sont âgés en moyenne de 20 à 23 ans. La majorité est actuellement en recherche d'une formation ou d'en emploi (83,5%) et près de la moitié a un niveau CAP ou BEP (39%).

En termes de situation de vie, près de 54% résident en famille, 21% vivent en couple, avec ou sans enfant, 12,5% vivent seuls, avec ou sans enfant, et 12,5% vivent dans un hébergement provisoire ou précaire.

Je vais vous présenter une synthèse de ce que j'ai pu repérer, en comparant cette étude avec "Alimados"<sup>(9)</sup>, une étude qui portait sur les 12-16 ans, en 2007-2009.

### Une continuité entre adolescents et jeunes adultes

Le premier constat est celui d'une continuité entre les adolescents et les jeunes adultes, à consommer des crudités, des fruits (les jeunes adultes sont de gros consommateurs de fruits, mais leur prix leur semble dissuasif), de pâtes et de blé, de steaks hachés et de viande (consommation quasi-quotidienne) et beaucoup de sodas (peu d'eau).

### Un rapport de dépendance aux sodas

Les jeunes adultes parlent d'addiction pour parler de leur consommation de soda et de Coca Cola en particulier. Ils ont conscience de leur accoutumance mais ne parviennent pas à s'en défaire. Ils boivent peu d'eau, avec un réel manque d'attrait, l'eau étant perçue comme insipide, sans goût.

*"C'est rare que j'ai pas ma bouteille par jour". (Christopher)*

*"Je peux pas m'en passer, si j'en prends pas, c'est comme une personne qui se pique, c'est obligé, j'ai des maux de tête, je me sens pas bien, il me manque quelque chose". (Amel)*

<sup>(9)</sup> *Alimentations adolescentes en France. Principaux résultats d'AlimAdos, un programme de recherche de l'Ocha, Nicoletta Diasio, Annie Hubert, Véronique Pardo (et al.) - Paris : OCHA, 2009, 219 p. (Les cahiers de l'Ocha, n° 14)*

*“Toujours, Coca, c'est ma drogue. Je dépasse la quantité, j'ai la bouteille dans le sang, par jour, je l'ai, ça fait trop de sucre ça non ?” (Cédric)*

On peut également noter une continuité entre les adolescents et les jeunes adultes à se désintéresser du petit déjeuner. 46% d'entre eux prennent un petit déjeuner régulièrement, 21,8% de manière occasionnelle et 32% n'en prennent pas. Ces jeunes déclarent que le petit déjeuner est le repas le plus important de la journée, mais ils tendent à le négliger. Même s'ils le prennent, il a tendance à être léger, avec des viennoiseries. En revanche la consommation de jus de fruits est quasi-systématique, le plus souvent jus de fruits industriel.

### **Transitions**

J'ai pu également faire le constat d'une transition entre les deux âges (12-16 ans et 16-25 ans).

Transition vers moins de frites, car ils savent qu'il ne faut pas en abuser, vers moins de grignotage, vers moins de restauration rapide.

Et ce pour cinq principales raisons : la lassitude, avec la volonté de diversifier leur alimentation et les saveurs, la question du budget, d'une prise de poids parfois, le fait que ces jeunes adultes ne sont plus obligés de sortir de la sphère familiale pour se retrouver entre amis et manger dehors, et le fait pour les garçons en s'installant en couple de manger davantage à la maison.

On constate une transition vers plus de diversité alimentaire et un intérêt croissant pour les légumes cuits, vers l'apprentissage de la cuisine « élaborée » et non plus « rapide », avec des temps de préparation plus longs, des modes de cuisson précis, des produits de base frais...

### **Une série de ruptures**

J'ai pu également constater une série de ruptures entre les deux âges :

- notamment par rapport à la consommation de lait : les jeunes adultes n'en consomment plus tel quel, seulement dans le café ou dans les céréales
- rupture également par rapport aux produits de marque ; ces jeunes sont plus critiques vis-à-vis de la société de consommation, sauf pour le Coca Cola où la marque reste importante
- par rapport aux produits sucrés : hormis les sodas, les jeunes adultes en mangent peu
- par rapport aux modes de commensalité « adolescente », c'est-à-dire tout ce qui relève des contextes et modalités d'un repas : les adolescents préfèrent manger debout, devant un snack, les jeunes adultes aspirent à plus de tranquillité, de confort et de temps

- par rapport au goûter : les jeunes adultes semblent avoir arrêté de prendre un goûter
- par rapport aux alicaments, type Actimel : il est intéressant de noter que, pour ces jeunes, l'organisme et le système immunitaire doivent pouvoir se défendre par eux-mêmes
- rupture aussi par rapport aux régimes d'amaigrissement, aux aliments ludiques (fromages) ou aux produits carnés transformés (cordons bleus, chicken wings, nuggets...)

### **Lien entre alimentation et santé**

Encore une fois, je ferai la comparaison entre les résultats d'Alimados et les constats de cette étude sur les jeunes adultes.

Une différence notable se dégage.

Les adolescents, les 12-16 ans, font l'association entre une alimentation déséquilibrée ou irrégulière et les diverses pathologies, qu'ils sont en mesure de citer dès la 6<sup>ème</sup> : obésité, maladies cardiovasculaires, diabète...

En revanche, les jeunes de 16 à 25 ans associent le plus souvent cette alimentation au seul risque de prendre du poids, voire de devenir obèse (le surpoids est rarement mentionné). L'obésité n'est pas perçue comme une maladie. Pour ces jeunes adultes, en mangeant déséquilibré, on risque seulement de prendre du poids. Ils ont intériorisé les risques sur la santé d'une mauvaise alimentation lorsqu'elle est consommée en excès et sur le long terme, mais ils en ignorent les raisons, contrairement aux adolescents.

Pour ces jeunes adultes, le lien entre alimentation et santé est fait, mais il a plus tendance à concerner la quantité et moins la qualité de l'alimentation. La qualité est associée au bon goût et par extension au bon pour le corps et la santé.

Je relève une exception concernant l'alimentation trop salée : ici la prévention a eu clairement un impact sur la connaissance des risques, car les jeunes adultes citent explicitement l'hypertension, les problèmes cardiovasculaires... En revanche le goût du sel est une habitude dont il est difficile de se défaire sans risquer de trouver son alimentation fade, alors que le goût est central.

À noter une spécificité concernant les jeunes qui associent clairement mauvaise alimentation et pathologies, qu'ils sont en mesure de nommer. Il s'agit des jeunes issus de milieux favorisés, et notamment de ceux dont un parent est praticien de santé ; ceux qui sont en formation en lien avec la santé, souvent des filles, ou dans le domaine de l'alimentaire ; ceux ayant souffert d'une maladie (infection des reins...); ceux qui souffrent d'obésité et sont suivis par un professionnel de santé, même si peu le sont ; les jeunes filles qui souffrent de troubles de l'alimentation et sont surinformées des risques ; enfin les jeunes ayant un proche parent atteint d'une pathologie liée à l'alimentation.

Plusieurs questions se posent : les adolescents auraient-ils été davantage sensibilisés et ce depuis leur plus jeune âge, d'où l'écart entre les deux publics ?

La réception des campagnes de santé publique entre les deux générations n'aurait-elle pas eu le même impact ? La prévention nutritionnelle serait-elle plus efficace si elle est entendue relativement jeune ?

Une hypothèse peut être proposée. Le PNNS, ayant démarré en 2001, a mis du temps à se diffuser à grande échelle. Donc les jeunes âgés de 20 ans aujourd'hui avaient 9 ans et ceux qui ont 12 ans aujourd'hui étaient des nourrissons ; la réception des normes s'établit peut-être différemment selon que l'on a grandi avec ou que l'on y a été soumis plus tard.

### **Les jeunes ne se sentent pas concernés par les recommandations nutritionnelles**

Ces jeunes adultes sont assez critiques par rapport aux messages du PNNS et à la campagne « manger bouger ». Ils sont d'accord sur le principe de ne pas manger trop gras, sucré, salé et qu'il faut éviter de grignoter, mais ils considèrent ces recommandations trop génériques, trop ciblées, en tout cas confuses ou dépourvues de sens.

Ils associent ces messages aux personnes souffrant d'obésité ou aux enfants.

Ceux qui ne présentent pas de problème de poids, soit 75% de l'échantillon, ne se sentent pas concernés par ces messages.

*"Moi perso, ça va pas m'atteindre plus que ça en fait, moi je suis pas quelqu'un qui grossit en fait". (Jean)*

*"Pour moi, non, pour certains, ouais, pour les obèses, pour les gens qui ont besoin de perdre du poids, ça les soutient". (Mareze)*

*"C'est pour celles qui font attention à leur ligne ! Je vais dire, 20% de la population qui vont faire attention". (Clarisse)*

### **Des jeunes critiques par rapport au manque d'explications**

Ces jeunes déplorent l'absence d'explications justifiant l'évitement du grignotage ou d'une alimentation trop grasse, sucrée, salée.

Les questions qu'ils se posent concernent par exemple les conséquences sur la santé : quelles sont-elles précisément ? Quels sont les aliments concernés ? A partir de quelle quantité de graisse, de sucre ?

Ces imprécisions nuisent à la réception du message et de fait pour eux il s'agit moins d'une recommandation bienfaisante à leur attention que d'une injonction.

*"C'est pas très malin de dire pas trop gras, pas trop sucré, pas trop salé, ça veut rien dire, c'est très subjectif, il faudrait peut-être donner plus d'informations sur ce qui est trop gras..." (Matthew)*

*"On fait qu'interdire de faire certaines choses, mais sans dire pourquoi, donc on comprend pas forcément". (Carine)*

*"C'est bien qu'ils en parlent, mais ils en parlent trop vite, ils développent pas assez". (Léa)*

### **"Manger 5 fruits et légumes par jour"**

La recommandation de consommer 5 fruits et légumes par jour a été la plus critiquée, considérée comme ambiguë. Le manque d'explication a atteint ici son paroxysme dans leur discours. Pourquoi 5, qui l'a décidé, sur quel fondement ?

*"Ils expliquent pas ! Ils disent faut manger 5 fruits et légumes par jour dans les pubs, mais pourquoi ? Ils le disent pas ! Ils l'expliquent pas !"* (Djamila)

*"Ils précisent pas assez, c'est bien beau mais quoi ? Il faudrait donner des exemples".* (Cyril)

*"Pas trop gras, sucré, salé, je veux bien, mais manger 5 fruits et légumes par jour, selon ce qu'on entend par 5 fruits et légumes quoi..."* (Cindy)

Sur le plan pratique, la confusion de sens est grande : comment s'y prendre ? La recommandation n'a pas été comprise en termes de portions quotidiennes.

*"Pour moi, c'est ou 5 fruits ou 5 légumes, c'est pas les deux ? Sinon, 10, ça fait beaucoup quand même..."* (Amélie)

*"C'est pas super clair, dans le principe, oui, c'est bien, faut manger des fruits et des légumes, mais manger 5 fruits et légumes par jour, si on mange 5 pommes, on a mangé 5 fruits ?!"* (Asma)

*"On peut, par exemple, se faire, au niveau des légumes, une petite soupe avec 5 légumes, des fois on peut pas manger 5 légumes dans la journée, des fois, c'est pas possible".* (Nora)

Cette recommandation apparaît pour beaucoup difficile à respecter, peut être moins pour les filles. Ils acceptent qu'il faille en manger régulièrement, mais peut être pas autant.

*"Cinq fruits et légumes par jour, c'est des fous ! Comment on va manger 5 fruits et légumes par jour ?"* (Maki)

*"Y a des trucs que je trouve un peu abusé, c'est quand la pub, elle dit 5 fruits et légumes par jour, par jour, ça fait un peu trop".* (Benjamin)

*"C'est bien, faut faire attention à soi, mais y a personne qui doit le respecter, c'est trop dur de manger 5 fruits et légumes par jour".* (Aurélien)

*"C'est impossible ! Même Sarkozy il peut pas le faire..."* (Nacera)

### **Une recommandation réappropriée**

Le principe est perçu comme légitime : les jeunes adultes se sont réapproprié la recommandation en la simplifiant, pour eux il s'agit de manger des fruits OU des légumes et de varier son alimentation.

*"Faut en manger un minimum et puis voilà, ça s'arrête-là".* (Toufik)

*"Pour moi, c'est un truc pour nous dire de manger des fruits et des légumes, si on a le choix entre une pomme et un gros paquet de bonbons, ils ont envie de nous dire, "choisissez la pomme, c'est pour vous", c'est ça qu'ils essaient de nous faire comprendre".* (Zora)

*"Moi je retiens le conseil de, au moins, prendre un fruit au dessert et au moins avoir des légumes dans mon assiette midi et soir".* (Mickael)

### Messages "Manger bouger" : des pubs

J'ai également relevé une critique récurrente : le fait que cette recommandation soit diffusée pendant les pages publicitaires et assimilée à des pubs. Les recommandations sont considérées comme incessantes et lassantes. Ce mode de communication continu, répété, discrédite le message.

*"Déjà, ils en parlent dans toutes les pubs, c'est un peu saoulant..."* (Sarah)

*"On essaie trop de nous bourrer le mou avec ça..."* (Mickael)

*"Je pense que c'est bien, mais ça fait limite message subliminal, on en a de partout, de partout, de partout, on a une pub et c'est marqué... Y en a beaucoup trop".* (Floriane)

*"Pour moi, c'est une pub comme les autres".* (Gaël)

Ces recommandations sont paradoxalement associées aux publicités alimentaires vantant les produits gras, sucrés, salés.

*"Je trouve que c'est se foutre de la gueule du monde quand je vois ça, dans des pubs comme Mc Do ou Quick... Même à des endroits où ils vendent vraiment que du gras... Ça va dans le sens contraire de ce qu'ils veulent dire !"* (Qaouadar)

*"Ça sert à rien quoi ! Parce que des fois, ils vont montrer de bonnes choses à manger, et en bas, y a marqué "ne pas manger trop gras"..."* (Djamila)

*"C'est une bonne initiative, mais c'est pas bien placé".* (Aurélien)

Ils accordent à ces spots une efficacité préventive et pédagogique à destination des enfants. À noter aussi que certains vont jusqu'à associer le message des 5 fruits et légumes par jour à une stratégie commerciale de la filière agricole, qui servirait aux producteurs de fruits et de légumes à accroître leurs profits et écouler leurs stocks.

*"Ça, c'est pour faire tourner les agriculteurs, leur business ! Pour inciter les gens à acheter des légumes..."* (Denis)

*"C'est de la connerie, ça profite aux marchands de fruits et légumes..."* (Jean-David)

*"C'est mis parce qu'il faut le mettre, mais avant tout, c'est vendre leurs produits, donc je vois pas vraiment l'intérêt..."* (Asma)

En définitive, seule la recommandation de pratiquer une activité physique régulière pour rester en bonne santé a reçu un écho favorable. Le sport est leur principale méthode pour rester en forme, atténuer les effets d'une mauvaise alimentation ou pour maigrir.

### Lutte contre le surpoids et l'obésité : agir plutôt que prévenir

À la question : que feriez-vous si vous étiez décideur politique, quelle campagne de prévention mettriez-vous en place ? Curieusement ils ont reformulé la question en l'associant aux seuls jeunes concernés par cette pathologie. Eux-mêmes ne se sentent pas concernés. Leurs réponses ont été en termes d'action plus que de prévention, le plus efficace étant que ces jeunes fassent du sport et bénéficient d'un accompagnement individuel sportif ou psychologique.

*"Faut nous booster, nous dire quoi manger, faut que la personne, elle soit toujours là pour nous dire "mange ça", "cours", "va faire du sport", etc". (Nacera, IMC 32,1)*

*"Un suivi [psychologique], ce serait mieux ouais, parce que c'est dans la tête tout ça mine de rien..." (Fatiha)*

---

## Questions de la salle

---

### **Didier Poli, radio info santé**

J'ai lu une étude canadienne où des comparatifs ont été faits entre les nutriments trouvés dans les légumes et les fruits il y a 40 ans et ceux d'aujourd'hui. On a trouvé un écart considérable. Qu'en est-il en France ?

### **Pr Anne Dutour-Meyer**

C'est très difficile car les modes d'analyse ont évolué. Dans nos réflexions sur le surgelé, sur les conservateurs... cela ne paraît pas représenter le problème majeur dans les déficits nutritionnels actuels. Le problème semble plus concerner la modification de l'alimentation et l'évolution des consommations, plus que la modification des fruits et légumes.

Le problème essentiel n'est pas là mais la question est très intéressante.

### **Une lycéenne**

Y a-t'il un lien entre l'obésité et les OGM ?

### **Pr Anne Dutour-Meyer**

Les OGM sont très récents alors que l'épidémie d'obésité est ancienne ; il n'existe qu'un article là-dessus, contesté pour l'instant, et une étude ne suffit pas, il faut attendre et avoir du recul.

Ce n'est pas le problème majeur pour l'obésité. Pour l'écologie, il faut une réflexion, les polluants sont bien plus inquiétants que les OGM.

### **Une endocrinologue**

Je voudrais faire un commentaire sur l'aspect émotionnel et psychologique de l'obésité car ce n'est pas seulement un problème alimentaire. Cela nous paraît extrêmement central dans toutes les formes d'obésité, c'est un sujet à traiter et on n'a aucune possibilité financière pour accompagner ces patients dans une prise en charge psychologique.

**Zeina Mansour**

Le Pr Thémis Apostolidis interviendra sur cette thématique tout à l'heure.

**Une infirmière d'Embrun**

L'obésité est-elle une question de culture, d'apprentissage des familles, ou d'accompagnement des personnes via une éducation alimentaire ?

**Pr Anne Dutour-Meyer**

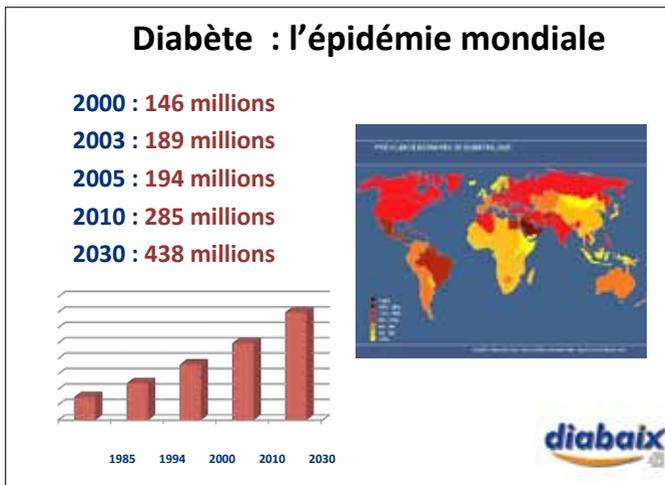
Je ne pense pas qu'il puisse y avoir de prise en charge médicale sans prise en charge culturelle. Il faut bien entendu tenir compte de la culture, bien savoir ce que les patients ont l'habitude de faire et de manger.

## ➔ Les pathologies associées à l'obésité

### ■ Le diabète

▶ **Dr Céline Orhond**, médecin coordinateur du réseau Diabaix, Aix-en-Provence

Je vous propose d'intervenir en deux temps. D'une part, j'évoquerai le lien entre obésité et diabète avec des constats épidémiologiques, puis j'exposerai l'exemple d'une intervention soutenue par le Conseil régional.



Comme pour l'obésité, le diabète est une épidémie mondiale qui touche tous les continents. Le nombre de personnes atteintes dans le monde est en progression, 146 millions en 2000, 285 millions en 2010 et 438 millions sont attendus à l'horizon 2030.

Il y a 356 millions de diabétiques dans le monde aujourd'hui. 4,4 % de la population française est traitée pour diabète, ce qui représente 2,9 millions de personnes, avec une progression de 6% par an. 500 000 personnes sont diabétiques en France mais l'ignorent.

#### Les facteurs de risques sont

- Les facteurs génétiques : l'hérédité au 1er degré, avoir un parent diabétique, donne un risque de 40% d'être atteint d'un diabète
- La surcharge pondérale
- Le syndrome métabolique
- et certains groupes ethniques à risque.

Le syndrome métabolique associe des troubles caractéristiques de la résistance à l'insuline. L'insuline est une hormone régulant le taux de sucre dans le sang, la glycémie. Sécrétée en excès, elle est inefficace dans les cas d'obésité.

Le syndrome métabolique se caractérise par une obésité abdominale, avec un tour de taille supérieur à 80 cm chez les femmes et 94 chez les hommes, associée à deux facteurs de risque : l'hyperglycémie à jeun, trop de triglycérides à plus d'1,5 gramme, une réduction du taux d'HDL cholestérol (le cholestérol protecteur), et une hypertension artérielle.

### Le diabète

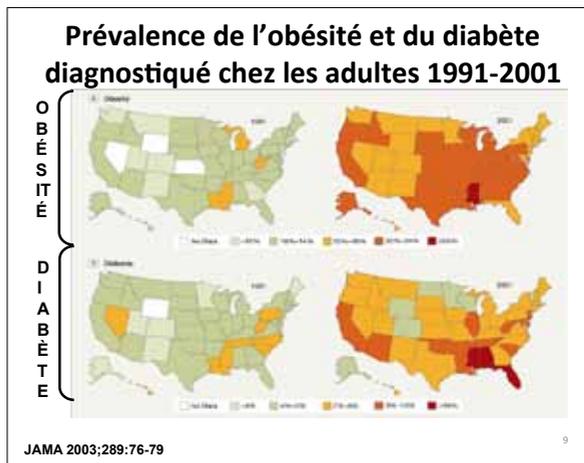
La glycémie est le taux de sucre dans le sang. Il y a diabète si, à jeun, le taux de glycémie dépasse 1,26 gramme.

Les signes cliniques apparaissent quand le diabète est très évolué : le fait d'avoir très soif et d'uriner fréquemment et un amaigrissement avec un appétit conservé.

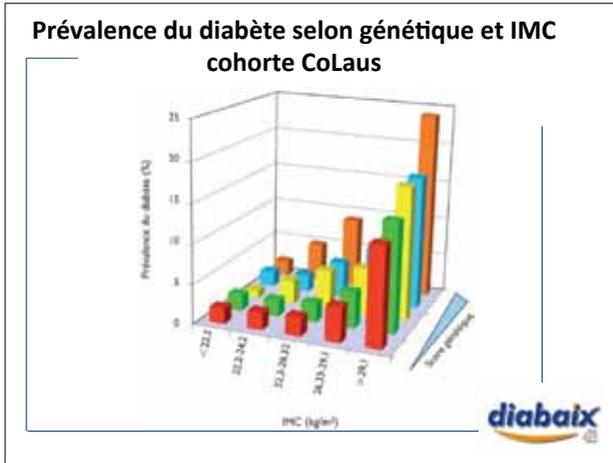
Il y a plusieurs types de diabète :

- Le diabète de type 1 qui est auto-immun
- Le diabète de type 2 qui associe insulino-résistance et insulino-pénie, c'est-à-dire des cellules sécrétrices d'insuline qui ne donnent pas assez d'insuline pour éviter l'apparition de diabète. 85% des patients atteints de diabète de type 2 sont en excès pondéral
- Le diabète gestationnel qui est spécifiquement celui de la grossesse
- Et d'autres types de diabètes, médicamenteux, pancréatique...

Le diabète s'accompagne de graves complications pour la santé. 75% des diabétiques meurent de maladies cardiovasculaires, notamment les accidents vasculaires cérébraux, les artérites des membres inférieurs, les maladies coronariennes, l'atteinte des petits vaisseaux de l'organisme, de la rétine (rétinopathie), aujourd'hui le diabète est la première cause de cécité avant 65 ans, l'atteinte des reins, qui conduit en dialyse (première cause des nouveaux cas de dialyse actuellement), la neuropathie, l'atteinte de la sensibilité des pieds, le diabète est la première cause d'amputations non traumatiques en France. Cette diapositive fait le lien entre obésité et diabète en montrant l'évolution



aux États-Unis en 1991 et 2001 du taux d'obésité et du taux de diabète. Un tiers des personnes obèses sont touchées par le diabète.



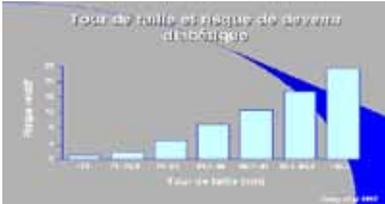
Quand l'IMC augmente, la prévalence du diabète augmente. Plus le score génétique est élevé, plus le risque de diabète augmente. C'est une intrication entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux.

Le tour de taille est très important.

### Importance du tour de taille




**↗ de la graisse viscérale, ↘ sensibilité à l'insuline**



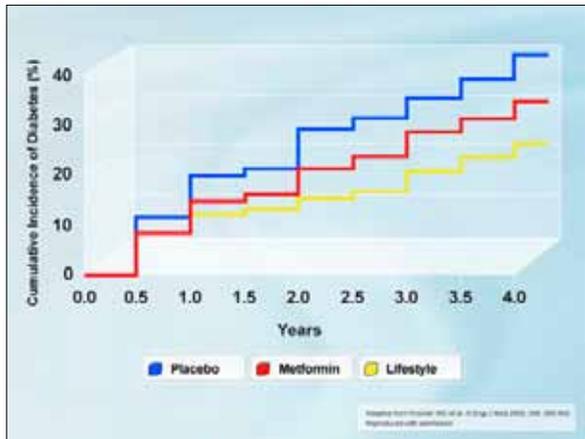
La graisse viscérale conduit à l'insulinorésistance. Plus le tour de taille augmente, plus le risque d'être touché par le diabète augmente.

L'obésité induit différents phénomènes : l'hypotoxicité (toxicité du sucre et toxicité des acides gras circulant), un stress oxydatif au travers des phénomènes inflammatoires, différentes anomalies qui conduisent à la destruction des cellules bêta qui sont les cellules du pancréas fabriquant l'insuline.

Je vais vous présenter l'étude d'intervention Diabetes Prevention Program (DPP). Cette étude, faite aux Etats-Unis pendant 10 ans sur 3000 personnes, avait pour but d'obtenir une perte de poids de 7% et de la maintenir tout au long de l'étude en proposant une activité physique de 2,5 heures par semaine, associée à une éducation thérapeutique et à un encadrement intensif très personnalisé. L'étude montre que la modification du style de vie a réduit de 58% le risque de diabète.

Modifier le style de vie est un excellent moyen pour éviter l'apparition du diabète.

Il est important de dépister le diabète, de repérer les personnes à risques, les personnes en situation de vulnérabilité. Comme pour l'obésité, le diabète est 8 fois plus présent chez les personnes en situation sociale défavorisée que chez les cadres. L'environnement social a un poids extrêmement présent.



Je vais maintenant vous présenter le Pôle Maladies Chroniques Diabaix.

Diabaix est une association créée en 2000 qui regroupe 1300 professionnels, 2600 patients et 50 partenaires.

En 2011, l'association a développé un programme d'accompagnement des maladies chroniques pour répondre à un besoin relayé par les professionnels de santé du territoire, en matière d'accompagnement et de soutien des patients atteints de maladies chroniques. Ce projet a été soutenu financièrement par le Conseil régional.

Son objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes malades chroniques, en évitant ou en retardant au maximum l'apparition des complications, tout en proposant une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du social, du diagnostic que des soins.

Nous intervenons sur le territoire d'Aix-en-Provence. Pour le pôle maladies chroniques,

nous intervenons sur 5 villes : Aix-en-Provence, Salon-de-Provence, Miramas, Port-de-Bouc et Martigues.

Les pathologies ciblées sont le diabète et l'obésité, les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance rénale. Le programme est orienté vers des patients qui ont un parcours de santé complexe et/ou en situation de vulnérabilité.

C'est un partenariat entre les professionnels de santé, du social, le patient et le Pôle.



Les professionnels de premier recours repèrent les patients ayant besoin d'accompagnement. Le patient bénéficie ensuite d'un plan personnalisé de santé : un entretien individuel pour cibler ses besoins dans les domaines de l'éducation à la santé, de l'accompagnement social et psychologique.

Les actions proposées sont la coordination des soins et le suivi individuel et collectif, avec une éducation à la santé, une téléassistance, et l'intervention des professionnels locaux du secteur social.

Différentes actions sont proposées :

- Des actions de dépistage,
- Des actions d'éducation thérapeutique ciblées sur le diabète (l'association est agréée pour son programme d'éducation thérapeutique du diabète),
- Des actions de soutien, d'accompagnement et d'éducation à la santé pour l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale
- Des programmes individuels et collectifs
- L'accès à des consultations diététiques et infirmières

- Une aide à l'auto-surveillance et à l'observance
- Une aide à la prise de rendez-vous, à la préparation d'examens
- Des séances collectives : groupes de parole, ateliers diététiques animés par des diététiciennes pour cuisiner autrement, des séances d'activité physique adaptée.

### Exemple d'intervention coordonnée : la Maison Régionale de Santé de Miramas

Au travers d'un partenariat entre la maison régionale de santé, le centre social Jean Giono, les professionnels de santé libéraux et salariés et les professionnels du secteur social, les foyers Adoma et l'atelier santé ville, plusieurs actions ont pu être menées :

- Dépistages (IMC, diabète, hypertension)
- Actions ciblées d'éducation à la santé :
- Éducation thérapeutique pour le diabète
- Accompagnement des malades chroniques
- Action d'éducation alimentaire
- Activité physique adaptée

Résultats :

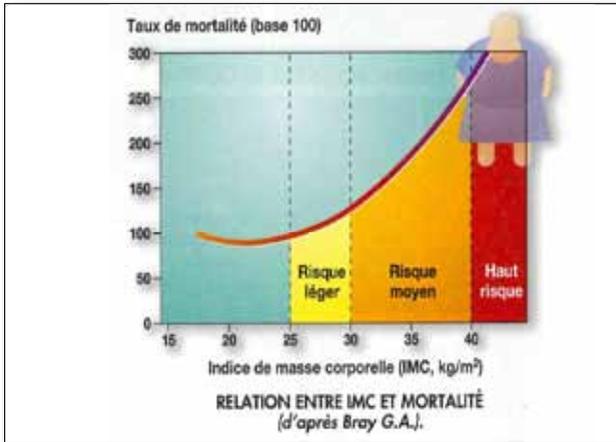
- Une soixantaine de bénéficiaires aujourd'hui
- Une forte implication des professionnels de santé et du secteur social
- Une grande satisfaction des bénéficiaires et des professionnels : du fait de la proximité, des programmes spécifiques, la personnalisation et la collaboration avec les partenaires.



## ■ Les maladies cardiovasculaires

➤ **Dr Jean-Paul Saugeron**, cardiologue, Digne-les-Bains

Mon intervention tentera de répondre à la question : quand et comment l'obésité est-elle nocive pour le cœur ?



Sur cette diapositive, vous voyez une corrélation positive entre l'excès de poids et la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Cette corrélation positive a été clairement démontrée par l'étude épidémiologique de Framingham. Framingham est une ville des Etats-Unis où la population est suivie, étudiée depuis 1948.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un indice employé couramment car il est facile à obtenir mais il a des limites. Il ne tient pas compte de toutes les composantes du poids, en particulier la masse musculaire et la répartition des graisses.

L'IMC définit le surpoids à partir de 25 et l'obésité à partir de 30. Ces chiffres ne sont pas fondés par une norme académique, anthropologique ou esthétique mais par le risque cardiovasculaire.

À 40, la courbe augmente encore plus, c'est pourquoi on parle d'obésité massive ou d'obésité morbide. Chez un patient obèse, si nous détectons une ou plusieurs complications cardiovasculaires, nous parlons d'obésité morbide.

Cet indice a ses limites dont la répartition des graisses. C'est pourquoi les compagnies d'assurance ne l'utilisent pas ; elles utilisent l'indice de tour de taille sur le tour de hanche, le RTH.



C'est au niveau abdominal que se situe le danger cardiovasculaire. C'est l'obésité de type androïde. La coupe abdominale par scanner montre la graisse viscérale, la graisse profonde. Le scanner permet de quantifier cette graisse.

Quels sont les mécanismes qui unissent cette graisse abdominale aux risques cardiovasculaires ?

Il faut distinguer deux types de graisses : la graisse périphérique et la graisse profonde. La graisse périphérique a un rôle plastique, d'enveloppe et de protection thermique et mécanique. Cette graisse est peu ou pas mobilisable alors que la graisse profonde l'est.

La graisse profonde est une forme compacte de stockage de l'énergie. À jeun, elle est mobilisée, il se produit une lipolyse, ce qui permet la libération d'acide gras sur le foie, organe capable de faire une néoglycogénèse à partir de substrats qui ne sont pas du glucose. Or, dans le cas de l'obésité, cette graisse s'hypertrophie et devient hyperactive. Il s'en suit des décharges importantes et permanentes d'acides gras qui vont surcharger le foie jusqu'à la stéatose hépatique. Les acides vont dans les muscles sous forme de triglycéride, molécule qui contient un glycéride et 3 acides gras. Surchargé en triglycéride, le foie essaye de les épurer, pour cela il utilise la voie métabolique qui s'appelle la voie des lipoprotéines qui conduit au cholestérol LDL, le mauvais cholestérol. Dans le cas d'obésité, le cholestérol LDL est encore plus mauvais car les molécules, plus petites et plus denses, restent longtemps dans la circulation, tout le temps pour infiltrer les parois artérielles.

Cette graisse abdominale devient aussi très active, elle se comporte comme un organe à part entière qui sécrète des substances, comme une glande qui sécrète des hormones : **l'adiponectine, l'angiotensine 2** et les **cytokines**. Ces cytokines sont des facteurs d'inflammation

chronique. L'inflammation chronique est extrêmement toxique pour la paroi artérielle, car cela la rend très vulnérable. Cela crée une dysfonction endothéliale. Sous le double effet d'une paroi artérielle vulnérable et des molécules LDL qui les infiltrent en masse, se développe une pathologie d'artériosclérose qui finit par obstruer une artère. Au niveau du cœur, c'est un infarctus du myocarde, au niveau du cerveau, c'est un accident vasculaire cérébral.

La prise en charge de patients obèses présente deux types de tableaux cliniques :

**Le syndrome métabolique** : association d'un excès de graisse abdominale, d'un diabète, d'une hypertension artérielle et des anomalies des lipides, une augmentation des triglycérides, une diminution du bon cholestérol HDL et une augmentation du mauvais. Cette association n'est pas fortuite. Il y a bien un lien étroit entre l'obésité abdominale et l'hyperglycémie, l'hypertension et l'anomalie des lipides. L'existence de ce syndrome métabolique induit un pronostic défavorable sur la probabilité de développer des maladies cardiovasculaires.

**L'apnée du sommeil** : ce syndrome joue un rôle important dans l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Il est fréquent chez l'obèse où la prévalence atteint 50%. Chez les patients présentant ce syndrome, 70% sont obèses. L'apnée du sommeil est due à une obstruction du pharynx favorisée par l'obésité, par l'hypotonie musculaire du sommeil, par la position allongée sur le dos, par la prise de somnifère et d'alcool. Lorsque le patient s'endort, cette obstruction provoque des ronflements, si elle est plus importante elle provoque une hypopnée et plus grave encore, une apnée. L'apnée induit une désaturation en oxygène du cerveau, une asphyxie. Pour lutter contre cet obstacle respiratoire, le corps envoie une décharge d'adrénaline. Ce mécanisme de survie provoque un micro-éveil qui permet la reprise de la respiration. Le patient se rendort, à nouveau il a un collapsus pharyngé, de nouveau une apnée. Ce cycle infernal se répète toute la nuit. Les décharges d'adrénaline agissent comme des coups de butoir sur tout le système cardiovasculaire. Comme ça se reproduit toutes les nuits, ces patients présentent un important délabrement du système cardio-circulatoire. La plus fréquente et la première des maladies est l'hypertension artérielle, qui est réfractaire aux traitements. Ces patients ont souvent une insuffisance cardiaque, des maladies de type insuffisance coronaire, infarctus et accidents vasculaires cérébraux. C'est pourquoi il est nécessaire de diagnostiquer le syndrome d'apnée du sommeil.

En conclusion, je citerais l'étude Interheart. Réalisée en 2004, elle porte sur 30000 patients de toutes origines, de tous styles de vie, répartis dans 52 pays et tous les continents ayant souffert une fois d'un infarctus du myocarde. Ils ont été interrogés sur leur mode de vie et leur habitudes alimentaires, et on a mesuré leur taille, leur poids, leur fréquence cardiaque, leur tension artérielle, leur glycémie, leur profil lipidique. L'étude a conclu à 6 facteurs de risques et 3 facteurs protecteurs. Les facteurs de risques sont :

l'hypercholestérolémie, le tabac, le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, le stress. Les 3 facteurs protecteurs : l'activité physique régulière, la consommation régulière de fruits et de légumes, la consommation régulière très modérée d'alcool. L'obésité abdominale, qui est en 4<sup>ème</sup> position des facteurs de risque cardio-vasculaires, passe en 2<sup>ème</sup> position, devant le tabac, dans certains pays (Europe de l'ouest, Amérique du Nord...).

L'étude conclut :

*"Une bonne hygiène de vie permet de réduire effectivement le risque d'accident cardiaque de 80 à 90 %".*

---

## Questions de la salle

---

### • **Quels sont les traitements chirurgicaux de l'obésité ?**

#### **Dr Jean-Paul Saugeron**

La chirurgie consiste à intervenir au niveau digestif par différentes méthodes. La plus simple très utilisée auparavant, beaucoup moins aujourd'hui est le cerclage de l'estomac pour le réduire à une petite poche ; son intérêt réside dans le fait que c'est une méthode réversible. Ensuite, une autre méthode, la plus utilisée actuellement consiste à couper l'estomac dans le sens longitudinal, l'estomac étant réduit à un tunnel. Les autres méthodes sont moins employées car elles sont très agressives : elles consistent à faire des dérivations des sucs pancréatiques et biliaires hors de l'estomac ce qui induit une malabsorption digestive. Cette méthode donne des pertes de poids considérables mais elle n'est utilisée que dans les cas d'obésité massive ou très compliquée où les risques liés à cette chirurgie sont moindres que de laisser le patient évoluer vers des maladies cardiovasculaires.

### • **Dans l'étude réalisée par Diabai, est-il prévu une analyse des comportements des personnes qui ont été suivies de manière collective ?**

#### **Dr Céline Orhond**

J'ai présenté un système de soutien et d'actions de prévention où il n'est pas prévu d'évaluer le comportement des personnes. Notre objectif est d'améliorer le parcours de santé. Par exemple, un patient diabétique doit réaliser un fond d'œil annuel. 40% des patients le font, pour les populations défavorisées, c'est encore plus difficile. Nous allons mesurer combien de patients ont fait cet examen.

- **En tant qu'étudiant n'ayant ni le temps ni l'argent pour manger sainement, comment pouvons nous faire ?**

**Anne-Marie Hautant**

C'est une question récurrente dans nos enquêtes et au sein de la Délégation santé alimentation du Conseil régional, nous avons une réflexion et des expérimentations pour offrir un mode alternatif de restauration pour les jeunes qui souhaitent déjeuner à l'extérieur du lycée mais qui soit un mode de restauration de qualité, dans le cadre de la demi pension.

## ...→ La prise en compte psychosociale de l'obésité

▶ **Pr Thémis Apostolidis**, *Laboratoire de Psychologie sociale, Aix-Marseille Université*

Je vais partager avec vous un certain nombre de réflexions sur l'obésité, qui sont traitées au sein de mon laboratoire sur l'image corporelle.

L'obésité est une question sanitaire et sociale complexe et multifactorielle. Elle constitue un danger important de santé publique. On parle d'épidémie et dans certains articles scientifiques, on parle même de pandémie. Mais l'obésité est aussi un révélateur observable des inégalités sociales de santé. En ce sens, cette question sanitaire et sociale nous met face à des problèmes plus globaux, de changements de comportements individuels, de maladie individuelle et surtout de changement social. L'obésité est à considérer en tant que maladie sociale. A travers les différentes interventions de ce matin, vous avez vu que lorsqu'on aborde l'obésité, on peut se référer à la question des pratiques alimentaires, de l'activité physique, mais aussi à la question du rapport au corps et à son image. C'est sur cette dernière question que je vais centrer mon intervention.

Lorsque l'on travaille sur les pratiques alimentaires, on se pose la question basique : manger, c'est quoi ? Bien manger, c'est quoi ? Il y a un livre extraordinaire de Saadi Lahlou "Penser manger"<sup>(1)</sup> qui montre que le bien manger est une question polysémique.

Les différentes significations associées au manger nous invitent à considérer la fonction sociale de l'alimentation et de considérer que le manger est un processus dynamique et multiple déterminé. En ce sens, il est nécessaire de chercher à comprendre ce que le manger veut dire pour le public cible et s'efforcer de comprendre que les comportements alimentaires sont des comportements à la fois individuels et sociaux, s'inscrivant dans des facteurs culturels, identitaires. Il ne s'agit pas seulement d'une application bonne ou mauvaise des connaissances, d'une absence ou pas d'information. Il ne faut pas évaluer, discréditer les façons de manger mais les comprendre parce qu'elles constituent des ressources sur lesquelles s'appuyer.

J'ai entendu ce matin une comparaison qui m'a parue très intéressante, entre l'eau et les boissons sucrées. Pour aborder ces observations, il faut se poser les questions : quel univers socio-symbolique, quelle surface projective pour exister offre aujourd'hui le fait de boire de l'eau versus le fait de boire du Coca Cola. Les pratiques alimentaires s'inscrivent dans des modes de vie, d'aspiration et d'identité.

Il s'agit de comprendre comment, à travers les medias, la communication sociale, les modes et les habitudes, il y a un certain sens donné à ces comportements pourtant préjudiciables en termes de santé physique, mais autrement puissants en termes de santé sociale.

Je reviens donc sur la question du rapport au corps et son image. Le corps, en psychologie sociale, n'est pas seulement une entité biologique, mais un médiateur fondamental de

notre rapport aux autres. La corpulence n'est pas une information neutre, au contraire c'est une information sociale pour construire notre représentation des autres. Depuis 40 ans, plusieurs travaux de psychologie sociale expérimentale ont montré que la personne obèse est jugée beaucoup plus antipathique, moins altruiste, ayant moins tendance à aider autrui, moins capable que la personne non obèse.

Ces aspects m'invitent à considérer la question de l'obésité sous l'angle de la stigmatisation. Je me réfère à un article paru dans *l'American journal of public health* qui s'appelle "l'obésité en tant que stigma"<sup>(2)</sup> où les auteurs expliquent que face à cette stigmatisation, rien n'est fait en termes de santé publique pour la combattre. La stigmatisation est liée aux stéréotypes sociaux circulant via les medias. Le corps idéal dans notre société d'aujourd'hui est le corps mince. Les discours de stigmatisation sont aussi véhiculés par les discours de la santé publique qui font de la personne obèse une personne disqualifiée socialement, une personne discréditable.

L'obésité doit être considérée dans notre société actuelle comme une déviance corporelle, à la fois sur le plan sanitaire et sur le plan social, une déviance qui conduit à la discrimination, qui se construit à partir de la psychologie naïve de l'obèse. Les travaux de psychologie sociale montrent quelle image on se fait de la psychologie de la personne obèse : c'est quelqu'un qui ne sait pas se contrôler, qui n'est pas motivé, qui est incapable d'agir. Ces images rapprochent la construction de la personne obèse de la personne toxicomane, la personne incapable de contrôler son impulsivité. Ces représentations sont partagées par les professionnels. J'ai recensé plusieurs dizaines de recherches qui montrent comment les professionnels de la santé et du social traitent la personne obèse à partir de ce prisme psychologique. Je m'appuie sur l'expérience du sida ou de la maladie mentale pour rappeler que la stigmatisation est la deuxième maladie, celle qu'il faut prévenir, car il s'agit du bien-être et de l'intégration sociale des personnes obèses. Malheureusement, cette question n'est pas assez prise en compte.

Dans cette optique, quelles sont les conséquences de l'obésité en termes de santé sociale? Les personnes obèses expliquent qu'elles vivent dans un sentiment d'incompréhension et d'intolérance sociale et médicale, qui conduit à l'isolement. Ce vécu social de la stigmatisation n'affecte pas seulement la santé sociale des personnes, mais aussi la santé psychologique. Des travaux expliquent comment l'obésité conduit à des perturbations sur l'image de son corps. Plus on est obèse, plus on surestime son poids réel, moins on a d'estime de soi, plus on ressent et on exprime des sentiments de culpabilité et de dégoût par rapport à soi, plus on a une qualité de vie altérée.

(1) Saadi Lahlou. *Penser manger*, PUF, 1998

[http://www.cres-paca.org/bib-bop/bib/notice\\_bib-1442-penser-manger.html](http://www.cres-paca.org/bib-bop/bib/notice_bib-1442-penser-manger.html)

(2) Rebecca M. Puhl and Chelsea A. Heuer. *Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health*. *American Journal of Public Health* : June 2010, Vol. 100, No. 6, pp. 1019-1028.

Je termine mon intervention par trois pistes de prévention de l'obésité d'un point de vue psycho-social :

- La réalisation de campagnes de destigmatisation de l'obésité
- L'intervention en amont en termes d'approche socio-environnementale visant l'activité physique, l'action sur les ressources environnementales. Nos collègues américains appellent ce type d'approche « des approches basées sur la justice comportementale ». Peut-on dire qu'une personne est responsable alors qu'elle ne dispose pas des mêmes ressources que d'autres pour prendre soin de sa santé ?
- Mieux comprendre le processus de l'obésité pour mieux accompagner ces personnes qui ne vivent pas seulement un malaise corporel mais également un malaise social.

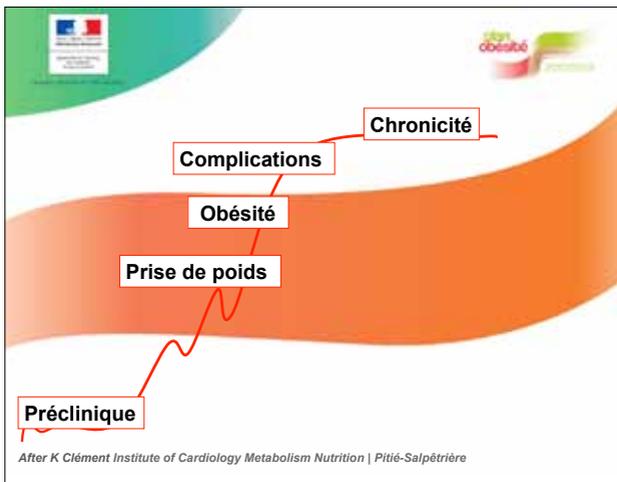
Pour finir, j'insiste sur la mise en place de processus d'éducation thérapeutique, qui cherchent à co-construire avec la personne un programme éducatif adapté à ses caractéristiques, à ses envies, à ses désirs, à ses possibilités. C'est une approche centrée sur la personne. De telles actions sont menées par l'association varoise APAOP (Activité physique adaptée à l'obésité en pédiatrie). Je vous invite à en prendre connaissance.

## ➔ Prise en charge thérapeutique de l'obésité

### ▶ Pr Anne Dutour-Meyer

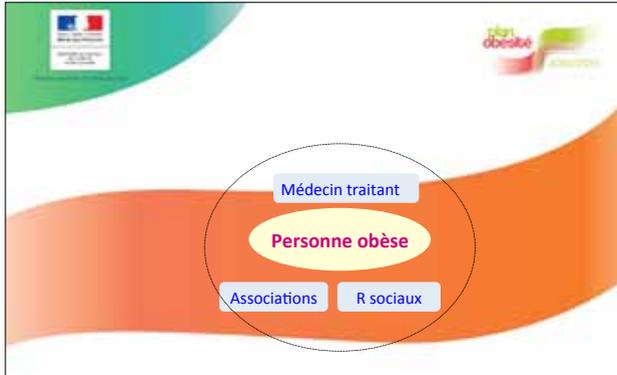
*Chef de service endocrinologie, nutrition et maladies métaboliques, responsable du centre spécialisé en obésité, Hôpital Nord, Marseille*

L'obésité est une maladie qui évolue, comme toutes les maladies, par phases : une phase préclinique, une prise de poids, une obésité, des complications et enfin la chronicité.

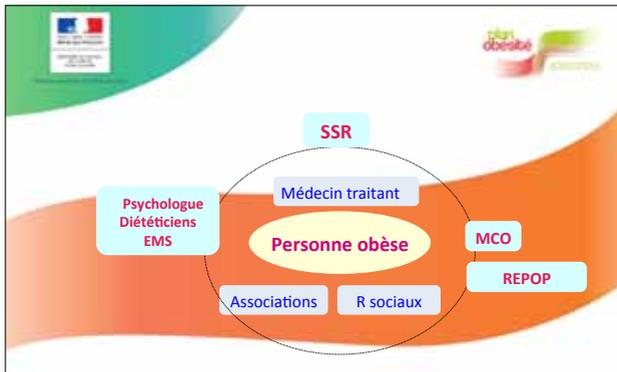


La première étape de la prise en charge est la prévention. C'est le cas avec le Programme National Nutrition Santé qui a probablement contribué à cette diminution de l'augmentation de l'obésité mais qui ne touche pas tout le monde. Donc, il faut d'autres actions plus ciblées sur des populations spécifiques. Par exemple, nous avons été soutenus pour une action dans les prisons avec des jeunes en détention provisoire.

Les inégalités sociales sont un facteur très important de l'obésité. Nous avons un projet soutenu par l'INCA, mené par Nicole Darmon, "Opticourses", qui a pour but d'optimiser les courses afin de manger équilibré avec un petit budget. Nicole Darmon a prouvé qu'avec moins de 2,5 € par jour, il n'était pas possible de manger équilibré. Mais avec un peu plus, c'est possible si les personnes ont assez de connaissances et d'implication. Nous proposons des ateliers d'éducation sur les courses.



Le médecin traitant, les associations, les réseaux sociaux constituent la première prise en charge de la personne obèse.



Puis vient l'étape de l'éducation thérapeutique dans les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou différents lieux. Nous proposons là aussi des ateliers avec des psychologues et des diététiciens pour mettre en pratique les connaissances car il y a une grande différence entre savoir et faire. C'est ce que l'on appelle "mettre dans l'engagement", comme mesurer un volume d'huile ou apprendre à lire les étiquettes.

Au stade des complications, c'est l'étape du médecin spécialiste et du chirurgien bariatrique.

Le rôle des centres spécialisés en obésité est de prendre en charge des situations complexes grâce à des plateaux techniques qui permettent de soigner les grands obèses. Dans les hôpitaux, l'équipement n'est pas adapté aux grands obèses, les lits, les tables

opérateurs, les brassards, le transport sanitaire... ne sont pas adaptés. Dans les centres de rééducation, le grand obèse ne peut pas aller à la piscine car en cas de problème personne ne pourrait le sortir de l'eau etc.

Le but est de traiter les complications pour que le patient aille mieux. Il y a échec thérapeutique quand on n'arrive pas à améliorer l'état de la personne. Traiter un patient obèse, c'est traiter l'asthme qui l'empêche de se mouvoir, de sortir de chez lui, de faire un peu d'activité physique ; c'est traiter l'apnée du sommeil, une maladie très fréquente chez les personnes obèses, qui en raison de ces pauses respiratoires la nuit se réveillent épuisées, c'est traiter le diabète, la tension, les problèmes articulaires, les conséquences psychologiques de l'obésité. Il ne faut pas penser qu'au poids, mais traiter les complications. Pour les diabétiques, il ne suffit pas de traiter la glycémie, si l'on ne surveille pas les yeux.

Comme l'obésité est un problème de société, on oublie de la considérer comme une maladie.

Cette prise en charge des complications est importante pour la prise en charge médicale et chirurgicale car les modifications de comportement ne peuvent pas avoir lieu si les complications sont présentes. C'est la première étape indispensable à la prise en charge d'un patient obèse.

Le traitement chirurgical est le dernier recours après un long processus. Il est efficace, à long terme, la perte de poids persiste ce qui diminue la mortalité, le diabète et le risque de cancer. Mais ce traitement chirurgical ne concerne que des patients qui ont un IMC très élevé et après l'échec des autres thérapeutiques. Il comporte des complications immédiates et à long terme. Il doit donc être utilisé dans un cadre particulier. J'explique aux patients qu'on transforme une maladie en une autre maladie. La première est d'avoir trop de tissus adipeux, la suivante est une maladie de l'estomac avec des risques de dénutrition et des complications digestives.

Selon les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, le traitement chirurgical n'est envisagé que pour un IMC supérieur à 40 ou supérieur à 35 avec des co-morbidités et seulement après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique, psychothérapeutique, conduit pendant un an minimum.

La HAS recommande d'informer le patient sur l'intervention mais surtout sur l'après : difficultés à manger, prise de vitamines à vie, suivi post opératoire, complications neurologiques, douleurs abdominales digestives, urgences digestives.

La décision est prise en réunion pluridisciplinaire.

En conclusion, la prise en charge de l'obésité doit être coordonnée, multidisciplinaire évoluant par étape entre les associations de patients, le médecin, la prise en charge hospitalière par moments, des ateliers d'éducation, un centre spécialisé.

## ...→ Présentation de quelques outils pédagogiques créés en région PACA

### ■ Photolangage "Jeunes et alimentation, ce que manger veut dire"

▶ **Alain Douiller**, directeur du CoDES 84

Le projet que je vais vous présenter est né de différents constats. Les jeunes ne sont pas épargnés par les problèmes d'obésité et les pathologies liées à une mauvaise alimentation.

Les campagnes d'information sur l'équilibre nutritionnel semblent insuffisantes pour atteindre les adolescents.

Les causes des déséquilibres nutritionnels sont nombreuses à l'adolescence : psychologiques, économiques, sociologiques, diminution de l'activité physique, la précarisation, augmentation de la restauration rapide, influence des médias...

Face à ces constats, comment agir en tenant compte de cette complexité ?

Le Photolangage® "Jeunes et alimentation" est un outil et une méthode pour accompagner les professionnels. Il a pour objectif :

- pour les acteurs de prévention : de permettre d'aborder cette thématique avec des groupes de jeunes en tenant compte de la complexité de ce sujet.
- pour les jeunes : de mieux comprendre et maîtriser leurs pratiques alimentaires.

Il s'agit d'un outil bientôt à disposition dans tous les comités d'éducation pour la santé de la région. Il comprend 48 photographies couleur et un livret technique et méthodologique d'une centaine de pages.

La méthode consiste à :

- Présenter le choix de 48 photos à un groupe de jeunes
- Proposer de choisir individuellement une ou deux photos à partir d'une consigne définie par un animateur
- Demander à chacun d'explicitier son choix face au groupe.

### Exemples de consignes de réflexions et d'échanges proposés aux jeunes

Plus de 100 objectifs et consignes spécifiques sont organisés autour de 3 visées éducatives :

- 1) Penser sa pratique alimentaire et comprendre celle des autres :  
ex : "Les adolescents aiment souvent manger différemment des adultes. A votre avis, pourquoi ? Dites-le avec une photographie".
- 2) Apprivoiser son corps à l'adolescence  
ex : "Qu'est-ce qui vous amènerait à faire des excès alimentaires et qu'est-ce qui vous permettrait d'éviter d'en faire ? Dites-le avec une ou deux photographies".

### 3) Devenir acteur de sa pratique alimentaire

*ex : "Culture familiale, influence des amis, goûts personnels, dimension pratique, coût, qu'est-ce qui selon vous est le plus important dans vos choix alimentaires? Dites-le avec une ou deux photographies".*

Le Photolangage® est une méthode pour :

#### ➤ Organiser un espace de parole et d'écoute

Le Photolangage®, en demandant à chaque membre d'un groupe de s'exprimer à partir d'un choix personnel de photographies, va faciliter la prise de parole et aider à comprendre les pratiques alimentaires. Cette expression personnelle ne peut se produire que s'il existe une qualité d'écoute dans le groupe : c'est la tâche de l'animateur que de l'instaurer.

#### ➤ Travailler sur les représentations

La méthode Photolangage®, par son matériel visuel et l'organisation des échanges, facilite à la fois le travail psychique d'élaboration interne et la prise de parole. En réfléchissant sur leurs comportements alimentaires grâce aux photographies et à la tâche proposée, les jeunes peuvent prendre conscience des images qui les habitent, des représentations qu'ils se sont forgées du plaisir alimentaire, de leurs goûts, de leurs habitudes, de leur corps.

#### ➤ Aider les jeunes à se construire et à construire des repères

L'adolescence est une période où l'individu doit repenser l'ensemble de ses repères. Il s'agit pour chaque jeune de prendre la mesure de ce qui concourt au développement ou au maintien de son bien-être physique, psychologique et social et de mettre en place des repères qui vont lui permettre de faire des choix correspondant à une pratique alimentaire saine, équilibrée et la plus agréable possible.





En résumé, cet outil part de l'hypothèse qu'un travail organisé de réflexion personnelle et de discussion en groupe sur leurs pratiques alimentaires est indispensable pour permettre aux jeunes de se construire des repères et de faire des choix alimentaires éclairés.

Ce dossier Photolangage® Jeunes et Alimentation n'est pas un dossier d'information sur les bonnes pratiques alimentaires ou sur la nutrition saine. C'est d'abord un outil qui permet d'explorer avec les jeunes leur rapport à l'alimentation, de l'enrichir et de les aider à se construire lors des décisions alimentaires qu'ils ont à prendre.

C'est un outil qui a été réalisé par un groupe d'acteurs de prévention du Vaucluse et avec les chargés de projet nutrition des CoDES de PACA sous la coordination du CoDES de Vaucluse et de Claire Bélisle qui est l'inventeur de cette technique Photolangage. Il a bénéficié du soutien de la Région PACA, de l'INPES, de l'assurance maladie, du conseil général de Vaucluse.

## ■ **Magnet santé, un outil pédagogique à destination des publics migrants**

► **Virginie Bolin,**  
*Diététicienne, CRES PACA*

Magnet santé, créé en 2010, est un outil de sensibilisation aux cancers, au dépistage et à la santé globale. Mon intervention portera sur son extension à la nutrition.

Il fait suite à plusieurs actions menées par le CRES PACA :

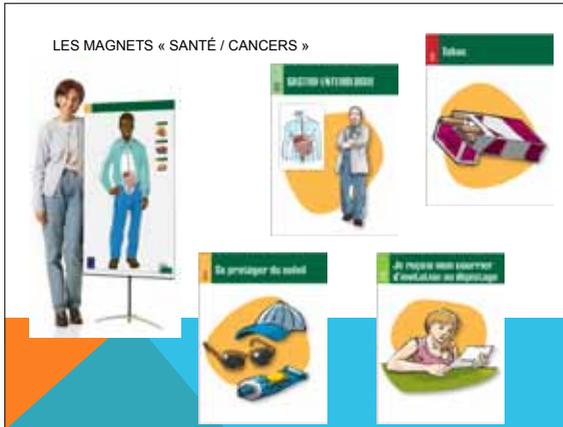
- En 2007-2008 : une recherche-action sur les actions susceptibles de faciliter l'accès des populations migrantes au dépistage des cancers (DRASS - ACSE) a mis en évidence le poids de la barrière linguistique
- En 2009 : une action de sensibilisation et d'expérimentation au dépistage organisée en résidences sociales (ARS PACA – ACSE) a aussi mis en évidence le poids de cette barrière linguistique et l'inadéquation des dispositifs en vigueur à ces personnes qui cumulent un grand nombre de facteurs de vulnérabilité
- En 2010-2011 : création de l'outil et formation des professionnels de l'alphabétisation (ARS PACA - ACSE)
- En 2012 : création d'un module Nutrition – Activité physique (Institut National du Cancer)

Il a pour objectifs :

- De proposer un outil pédagogique qui permette de sensibiliser et d'informer le public migrant et/ou en cours d'alphabétisation, à des questions de santé, notamment de prévention des cancers évitables
- D'enrichir l'outil Magnet Santé existant d'un nouveau module de magnets sur la thématique nutrition et activité physique puis élargir la diffusion de l'outil à la France entière.

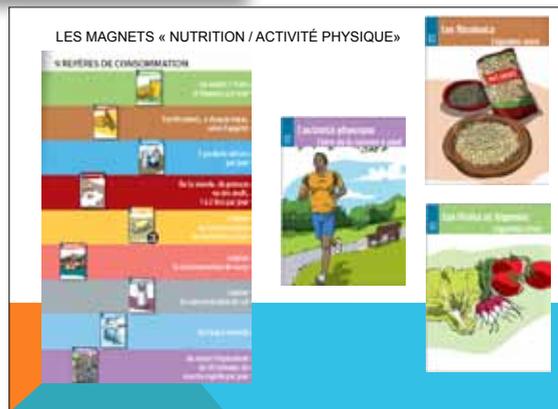
L'outil comprend :

- 2 silhouettes (homme et femme)
- 6 planches anatomiques
- 49 magnets "santé / cancers" : facteurs de protection, facteurs de risque, démarches de santé, examens de dépistage, professionnels de santé, organes, maladies
- 1 panneau des repères de consommation du Programme National Nutrition Santé
- 50 magnets « nutrition / activité physique » : fruits et légumes, féculents, produits laitiers, viandes / poissons / œufs, matières grasses, produits sucrés, sel, boissons, activité physique
- 1 livret de l'utilisateur
- 1 sélection bibliographique
- 2 questionnaires d'évaluation



L'intérêt de cet outil est de permettre d'engager une discussion sur les aliments, leurs familles et leurs effets. Basé sur le visuel, à destination de personnes en cours d'alphabétisation, il permet de faciliter l'expression des personnes sur l'alimentation et d'expliquer les repères du PNNS.

Il a été fourni à plus de 70 structures du social et de l'éducation de la région PACA. Il est disponible en prêt gratuit auprès du CRES, du Centre Ressources Illettrisme et des 6 CoDES de la région PACA et en cours de diffusion auprès des 26 Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé de France.



## Conclusion

**Anne-Marie Hautant**, *Vice-présidente déléguée à la santé et à l'alimentation, Région PACA*

Le sujet est complexe, beaucoup de pistes nous ont été apportées ce matin. Il reste un important travail à faire par chacun de nous dans nos champs d'intervention. L'obésité et les maladies associées sont véritablement des enjeux. Le respect que l'on doit accorder aux personnes qui subissent cette maladie est également au cœur de nos actions.

## ...>> Sélection bibliographique

► **Gaëlle Lhours, Nathalie Cornec, Stéphanie Marchais**  
Documentalistes CRES PACA

### Quelques chiffres

#### ► Chapitre de rapport

**Objectif 5 : Surpoids et obésité chez l'adulte**

**Objectif 12 : Surpoids et obésité chez l'enfant**

In : DANET Sandrine

- **L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011**

Référence : DREES, 2011, 340 p.

Cote : V.01.01.DAN

#### ► Rapport

ESCHWEGE Éveline, CHARLES Marie-Aline,

BASDEVANT Arnaud (et al.)

- **Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Une enquête Inserm / TNS Healthcare (Kantarhealth) / Roche**

Référence : Roche, 2009/10, 53 p.

Ce rapport présente la 5<sup>e</sup> édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France dans la population adulte (18 ans et plus). Réalisée tous les trois ans depuis 1997 et initiée par les laboratoires Roche en partenariat avec la TNS Healthcare SOFRES, l'enquête a recours à une méthodologie constante utilisant un questionnaire auto-administré. Elle a pour objectif d'estimer l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 1997, d'évaluer la prévalence des facteurs de risques cardio-vasculaires et métaboliques associés en fonction de l'indice de masse corporelle et leur évolution depuis 12 ans, et d'évaluer la situation spécifique des personnes âgées de plus de 65 ans en termes de prévalence de l'obésité et des facteurs de risques.

Cote : Q.03.ESC

[http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/cms2\\_cahiers\\_obesite/AttachedFile\\_10160.pdf](http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/cms2_cahiers_obesite/AttachedFile_10160.pdf)

#### ► Dossier de presse

Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur

- **L'obésité en région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Référence : ORS PACA, 2011/05/20, 10 p.

À l'occasion de la journée européenne sur l'obésité (20 et 21 mai 2011), l'ORS PACA a décidé de consacrer son point presse à la situation sur ce thème.

[http://www.orspaca.org/pdf/ptitsdej-orspaca/dossier-presse\\_200511.pdf](http://www.orspaca.org/pdf/ptitsdej-orspaca/dossier-presse_200511.pdf)

#### ► Article

Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)-U 379

- **Obésité et précarité : un lien certain mais complexe**

Référence : RepèreSanté, n° 12, 2007/03, 4 p.

Analyse de l'extraction PACA de l'enquête décennale santé 2002-2003 qui montre qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur il existe un lien réel entre obésité et précarité.

[http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses\\_resultats/pdf/07-SY03.pdf](http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/07-SY03.pdf)

## Comportement alimentaire des adolescents

### ► Article

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle

#### • **Bien manger, manger bien. Les jeunes et leur alimentation**

Référence : *Bulletin d'études et de synthèses de l'Observatoire de la jeunesse*, n° 7, 2012/01, 4 p.

Les autorités sanitaires multiplient enquêtes et campagnes pour influencer sur les conduites alimentaires des Français, et notamment celles des jeunes. Ceux-ci lient d'abord la nutrition aux notions de plaisir et de poids, accordant une grande importance à l'apparence physique pour leur bien-être. Filles et jeunes précaires sont les plus vulnérables aux troubles alimentaires.

**Cote : K.02.01.AMS**

[http://www.injep.fr/IMG/pdf/JES7\\_bien\\_manger\\_BD1.pdf](http://www.injep.fr/IMG/pdf/JES7_bien_manger_BD1.pdf)

### ► Ouvrages

BARIL Gerald, OUIMET Anne-Marie, BERGERON Pascale

#### • **Ados 12-14 : les dimensions socioculturelles des pratiques alimentaires et d'activité physique des adolescents. Recension des écrits**

Référence : *Institut national de santé publique du Québec-direction développement des individus et des communautés*, 2011/09, 54 p.

Cette revue de la littérature s'inscrit dans le projet canadien Ados 12-14 dont l'objectif est d'approfondir la recherche sur les déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux dans l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir l'apparition de problèmes liés au poids. Ce résumé des écrits pose une base pour mieux comprendre la formation et l'évolution des habitudes de vie des adolescents.

**Cote : K.02.01.BAR**

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1393\\_Ados1214DimensionsSociocultuPratiquesAlimentsActiPhysique.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1393_Ados1214DimensionsSociocultuPratiquesAlimentsActiPhysique.pdf)

DIASIO Nicoletta, HUBERT Annie, PARDO Véronique (et al.)

#### **Alimentations adolescentes en France. Principaux résultats d'AlimAdos, un programme de recherche de l'Ocha**

Référence : OCHA, 2009, 219 p.

AlimAdos est un programme de recherche de l'Ocha sélectionné en 2007 par l'Agence nationale de recherche. Les chercheurs (sociologues, ethnologues, bio-anthropologues), issus de deux laboratoires du CNRS situés en Alsace et en PACA, ont travaillé durant 3 ans avec des jeunes de 12 à 19 ans issus d'horizons socio-culturels divers. Cet ouvrage présente une partie des résultats ressortant de cette grande étude qualitative qui met en avant de grandes diversités entre les adolescents, diversité également des comportements alimentaires et des cultures.

**Cote : K.02.01.DIA**

### ► Chapitre d'ouvrage

AHLUWALIA Narmanjeet, SOMERSET Shawn, DUPUY Marie (et al.)

#### • **Chapitre 98 ; Habitudes alimentaires, pp. 98-107**

In : GODEAU Emmanuelle, ARNAUD Catherine, NAVARRO Félix

#### • **La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**

Référence : Editions INPES, 2008, 271 p.

**Cote : K.02.00.GOD**

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1132.pdf>

## Représentations de l'obésité

### ► Ouvrages

CSERGO Julia

#### • Trop gros ? L'obésité et ses représentations

Référence : Autrement, 2009, 257 p.

Cet ouvrage est issu d'un séminaire qui a réuni historiens, historiens d'art, médecins, sociologues et psychiatres pour réfléchir sur la signification sociale de l'obésité. La première partie s'intéresse à l'évolution historique de l'image du corps et de la gourmandise puis de l'emploi des graisses dans la cuisine. La deuxième partie analyse le comportement alimentaire à l'aune des conditions de vie contemporaines, les ambiguïtés du terme obésité, la souffrance psychologique qui en découle. La dernière partie est consacrée aux représentations graphiques de l'obésité à travers la peinture, la presse ou le cinéma.

**Cote : Q.03.CSE**

BERGERON Henri, CASTEL Patrick

#### • Regards croisés sur l'obésité

Référence : Editions de Santé, Presses de Sciences Po, 2010, 119 p.

Cet ouvrage rassemble les approches croisées de l'obésité selon la psychologie, l'épidémiologie, la sociologie, l'économie, la médecine, la science politique et l'anthropologie. Il permet ainsi d'embrasser les données essentielles de différents champs de la connaissance de l'obésité afin de mieux définir une politique globale de prévention.

**Cote : Q.03.BER**

POULAIN Jean-Pierre

#### • Sociologie de l'obésité

Référence : PUF, 2009/05, 360 p.

Cet ouvrage analyse comment la sociologie et l'anthropologie contribuent à éclairer et expliquer la façon dont l'obésité peut elle être prise en charge. Dans une première partie, l'auteur analyse le rôle des déterminants sociaux, les niveaux et modes de vie, mais aussi les discriminations dont sont victimes les personnes obèses ou en surpoids, les stratégies concurrentielles entre acteurs du système médical, de l'agroalimentaire, de l'industrie pharmaceutique des médias et du gouvernement. La seconde partie aborde les controverses scientifiques et la médicalisation dont l'obésité fait l'objet. Une dernière partie détermine comment la sociologie peut apporter sa contribution en faisant des facteurs sociaux un des leviers de la lutte contre l'obésité.

**Cote : Q.03.POU**

VIGARELLO Georges

#### • Les métamorphoses du gras.

##### Histoire de l'obésité du Moyen âge au XX<sup>e</sup> siècle

Référence : Seuil, 2010, 362 p.

Si la perception du gras a évolué au cours de l'histoire, l'obsession de la minceur féminine est ancienne. L'auteur retrace la genèse des représentations du gros, depuis le Moyen âge jusqu'à nos jours : le glouton médiéval, symbole de richesse, devient un balourd à la Renaissance. Il devient mou et impuissant au 18<sup>e</sup> siècle mais cette image se nuance selon l'origine sociale ou le sexe. Progressivement, le gros est mesuré sous toutes les coutures et catégorisé. C'est l'explosion des régimes et dictature de l'apparence. C'est enfin le constat d'une épidémie et la mise en œuvre de programmes de santé publique.

**Cote : Q.03.VIG**

## Programmes et actions de prévention de l'obésité et prise en charge

### ► Actes

HURIET Claude, LE GUEN Jean-Marie

#### • Lutte contre l'obésité.

##### Un enjeu majeur de santé publique

Référence : *Altédia santé*, 2006, 79 p.

Lieu et date : Paris, décembre 2005

Réflexions sur les actions menées en matière de prévention et de lutte contre l'obésité, dans le cadre de l'école, en analysant les messages véhiculés par la publicité et l'industrie agroalimentaire et l'impact de l'environnement sur le développement de l'obésité, en analysant également les actions de prévention réalisées en partenariat. La prise en charge de l'obésité et l'image des personnes obèses dans la société font l'objet d'une deuxième partie.

**Cote : Q.03.HUR**

### ► Ouvrages

CYR Renée

#### • Prévenir l'obésité chez les enfants.

##### Une question d'équilibre

Référence : *Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine*, 2009, 132 p.

L'auteur développe un modèle de prévention de l'obésité chez l'enfant fondée sur le suivi de l'enfant par le médecin de famille. Celui-ci doit être en mesure de suivre les courbes de croissance et de proposer un modèle proposé dès la petite enfance. Les applications de ce modèle à travers différentes situations vécues par les parents sont ainsi illustrées dans cet ouvrage : le choix quotidien des aliments, les relations avec l'enfant lors des repas, le soutien des parents sont les thèmes développés au travers des témoignages émaillant ce livre.

**Cote : Q.03.CYR**

BASDEVANT Arnaud, BAS-THERON Françoise, COMBRIS Pierre

#### • Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge

Référence : *Editions INSERM*, 2007/01/09, 217 p.

État des lieux de la situation épidémiologique, des implications économiques, des stratégies préventives et de l'organisation du système de soins ainsi que de l'état de la recherche dans le domaine de l'obésité, en France et dans le monde. Ce rapport a pour objectif d'analyser la cohérence scientifique, les forces et les faiblesses des différentes initiatives mises en place en France.

**Cote : Q.03.BAS**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000152/0000.pdf>

BASDEVANT Arnaud, GUY-GRAND Bernard

#### • Médecine de l'obésité

Référence : *Médecine-Sciences Flammarion*, 2004, 431 p.

Ouvrage détaillé traitant à la fois les aspects physiques et psychologiques déterminants de l'obésité : définitions et épidémiologie, déterminants, examen clinique, complications de l'obésité et leur traitement, spécificité de l'obésité de l'enfant, situations cliniques particulières, prévention et santé publique sont les différents chapitres abordés dans cette somme.

**Cote : Q.03.BAS**

### ► Rapports

#### • Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Synthèse

Référence : *HAS*, 2011/09, 5 p.

Ces recommandations ont pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale par le médecin de premier recours des adultes ayant un surpoids ou une obésité. Ce document présente les recommandations de manière synthétique.

**Cote : Q.03.SUR**

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011\\_09\\_27\\_surpoids\\_obesite\\_adulte\\_v5\\_pao.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf)

LE MASNE Arielle, NOIROT Arielle

• **Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement**

Référence : INPES, 2011/08, 4 p.

Ce document explique comment chaque consultation, quel qu'en soit le motif, peut être l'occasion d'aborder la question du poids avec le jeune et ses parents. La courbe de corpulence, qui doit être à jour dans le carnet de santé de l'enfant est un bon outil pour amorcer le dialogue autour de la question du poids.

**Cote : K.01.01.SUR**

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1364.pdf>

ÉTIENNE Jean-Claude, BOUT Brigitte

• **Rapport sur les perspectives offertes par les recherches sur la prévention et le traitement de l'obésité**

Référence : Assemblée nationale, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2009/03/04, 202 p.

Rapport de l'audition publique du 4 mars 2009 sur la recherche française en matière d'obésité : la première table-ronde présente les recherches sur la prévention de l'obésité. Elle fait le point sur les connaissances épidémiologiques de l'obésité puis propose une analyse critique des stratégies de prévention. La seconde table-ronde est consacrée au traitement de l'obésité et aborde, notamment, le rôle de l'activité physique dans la prise en charge de l'obésité.

**Cote : Q.03.ETI**

<http://www.senat.fr/rap/r08-477/r08-4771.pdf>

BOYER Valérie

• **Faire de la lutte contre l'épidémie d'obésité et de surpoids une grande cause nationale**

Référence : Assemblée nationale-commission des affaires culturelles familiales et sociales, 2008/10, 244 p.

Ce rapport dresse un constat alarmant de l'évolution du surpoids et de l'obésité en France et met en évidence le coût de sa prise en charge.

Pour faire face à ce problème majeur de santé publique et de société, la mission propose de faire de l'équilibre nutritionnel et de la lutte contre l'obésité une grande cause nationale pour l'année 2009. Plusieurs recommandations sont émises : dépistage précoce du surpoids et de l'obésité, information et amélioration de la nutrition, promotion de l'activité physique, étiquetage approprié des aliments, accessibilité des personnes défavorisées aux fruits et légumes, renforcement de l'éducation à la santé...

**Cote : Q.03.BOY**

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1131.pdf>

• **Programme national nutrition santé 2011-2015**

Référence : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011/07, 66 p.

Le PNNS 2011-2015, qui s'articule avec le Plan obésité, en plus des principes généraux qui devraient reprendre en les complétant les principes du PNNS 2006-2011, est orienté autour de 4 axes et un volet transversal. Le premier axe s'attache à réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention. Le développement l'Activité Physique et Sportive (APS) et limitation de la sédentarité, sont développés dans le second axe. Le troisième axe propose d'organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition ainsi que de diminuer la prévalence de la dénutrition. Le quatrième axe cible la valorisation du PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes. Enfin la formation, la surveillance, l'évaluation et la recherche sont traitées dans un volet transversal. [Résumé éditeur]

**Cote : Q.08.00.PRO**

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)

### Plan obésité 2010-2013

Référence : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011/07, 46 p.

Le plan Obésité prévu pour trois ans comporte quatre volets : l'amélioration de l'offre de soins et la promotion du dépistage chez les enfants et les adultes, la promotion de l'activité physique en milieu scolaire, le développement d'actions en direction des personnes défavorisées et la lutte contre les discriminations, notamment dans le système de soins, ainsi que le développement de la recherche. Le plan vise aussi à protéger le consommateur contre la communication trompeuse. L'avis du Conseil national de la consommation sera notamment recueilli sur cette thématique. [Résumé éditeur]

**Cote : Q.00.PLA**

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Obesite\\_2010\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf)

*Joint WHO/FAO Expert consultation*

### • Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques

Référence : OMS, 2003, 159 p.

Ce rapport examine les liens entre habitudes alimentaires, exercice physique et les principales maladies chroniques liées à la nutrition. Il propose des recommandations destinées à réduire la mortalité et les incapacités liées à ces maladies chroniques. Les objectifs concernant l'apport en nutriments et l'activité physique des populations veut inciter l'élaboration de stratégies nationales visant à réduire la charge de morbidité liée à l'obésité, au diabète, aux maladies cardio-vasculaires, à plusieurs formes de cancer, à l'ostéoporose et aux pathologies dentaires.

**Cote : Q.08.00.J0I**

[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_fre.pdf)

DE DANNE Anne

### • Rapport au Président de la République. Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité

Référence : Présidence de la République, 2009/12, 37 p.

Ce rapport, demandé par le Président de la République afin de pouvoir faire des recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité, s'attache tout d'abord à présenter un état des lieux de l'obésité en France. Il met ensuite l'accent sur le caractère multifactoriel de l'obésité, qui a pour conséquence majeure d'exiger que la prévention mobilise de manière coordonnée de très nombreux acteurs. Les politiques actuellement menées sont ensuite décrites et analysées sur la base de près de 90 auditions conduites, et de la documentation recueillie. L'ensemble de ces éléments permet d'articuler une série de propositions cohérentes et concrètes, pour un nouveau plan de prévention et de prise en charge de l'obésité 2010-2012, en particulier chez les enfants, les adolescents et les populations défavorisées.

**Cote : Q.03.COM**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000238/0000.pdf>

## Pathologies associées : Diabète

### ► Ouvrage

COULOMB Alain, HALIMI Serge, CHASKILEVITCH Igor

#### • Le livre blanc du diabète. Sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXI<sup>e</sup> siècle

Référence : Société francophone du diabète, 2011, 236 p.  
Ce livre blanc du diabète fait suite aux Rencontres sur le diabète organisées à l'Assemblée nationale en 2009. Après avoir défini et dressé un état des lieux de l'épidémie du diabète, les auteurs explorent les différentes voies de prise en charge de la maladie, allant de la prévention et du dépistage à l'éducation du patient. Le document se termine par sept propositions pour faire face à l'épidémie.

**Cote : I.09.03.C.COU**

[http://www.sfdiabete.org/sites/default/files/files/Pdf/Livre%20Blanc/SFD\\_Livre\\_Blanc\\_du\\_Diab%C3%A8te.pdf](http://www.sfdiabete.org/sites/default/files/files/Pdf/Livre%20Blanc/SFD_Livre_Blanc_du_Diab%C3%A8te.pdf)

### ► Rapport

MOREL Annick, LECOQ Gilles,  
JOURDAIN-MENNINGER Danièle

#### • Évaluation de la prise en charge du diabète

Référence : IGAS, 2012/04, 353 p.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète. Elle estime notamment que le diabète, comme toutes les maladies chroniques, questionne le système de soin de premier recours sur son organisation et son efficacité à accompagner des patients au long cours, notamment par l'éducation thérapeutique du patient, mais aussi le rôle de l'hôpital et son articulation avec la ville.

**Cote : I.09.03.C.MOR**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf>

FAGOT-CAMPAGNA Anne, ROMON Isabelle,  
FOSSE Sandrine (et al.)

#### • Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France

Référence : InVS, 2010/11, 12 p.

Ce document présente des données épidémiologiques sur la prévalence et l'incidence du diabète, et la mortalité liée à cette maladie, en France. Ces données sont accessibles par département.

[http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette\\_diabete/plaquette\\_diabete.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette_diabete/plaquette_diabete.pdf)

FOURNIER Cécile, CHABERT Amélie,  
MOSNIER-PUDAR Helen (et al.)

#### • Résultats du module "information et éducation" : pratiques et attentes des personnes diabétiques et de leurs médecins

Référence : INPES, 2011/12, 12 p.

Ce rapport est centré sur les résultats concernant l'information et la démarche éducative proposée aux patients, explorant les pratiques actuelles ainsi que les besoins et attentes des personnes diabétiques et des médecins qui assurent leur suivi.

**Cote : I.09.03.C.FOU**

<http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/rapport-etred.pdf>

## Pathologies associées : Pathologies cardio-vasculaires

### ➤ Article

LECARPENTIER Yves

#### • **Prise en charge des maladies cardiaques.**

##### **Dossier**

*Référence : ADSP, n° 63, 2008/06, pp. 21-94*

Ce dossier s'attache à décrire les différentes pathologies cardiaques, leur incidence et à présenter les progrès réalisés aussi bien dans l'organisation de la prise en charge que dans les techniques d'intervention ou le suivi des malades.

### ➤ Dossier

DOUMONT Dominique, LIBION Marie-France

#### • **Quelles sont les bonnes pratiques en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire ?**

*Référence : UCL-RESO, 2008/07, 45 p.*

L'objectif de ce document est d'identifier les stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire et leurs critères d'évaluation, de montrer les spécificités de ces stratégies en fonction de plusieurs milieux de vie (milieu scolaire, milieu du travail, population défavorisée...) et de tenter d'identifier les analyses d'impact en lien avec les stratégies mises en place.

**Cote : T.04.02.DOU**

[http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier\\_50.pdf](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_50.pdf)

Comité Régional  
d'Éducation pour la Santé  
Provence-Alpes-Côte d'Azur

CRES PACA  
178, cours Lieutaud - 13006 MARSEILLE

Tél. : 04 91 36 56 95 - Fax : 04 91 36 56 99  
Courriel : [cres-paca@cres-paca.org](mailto:cres-paca@cres-paca.org)  
Site internet : [www.cres-paca.org](http://www.cres-paca.org)



Comité Régional d'Éducation pour la Santé  
Provence - Alpes - Côte d'Azur  
178 cours Lieutaud - 13006 Marseille  
Tél. 04 91 36 56 95 / Fax 04 91 36 56 99  
e-mail [cres-paca@cres-paca.org](mailto:cres-paca@cres-paca.org)  
site Internet <http://www.cres-paca.org>