

Indicateurs nutrition-santé en Bretagne Données disponibles

*Travaux réalisés avec la participation :
de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales,
du Conseil Régional de Bretagne,
dans le cadre du Contrat de Plan Etat - Région*

Septembre 2006



Observatoire Régional de Santé de Bretagne
Adresse Postale : CS 70625 - 35706 RENNES CEDEX 7
Téléphone - 02 99 14 24 24 - Télécopie - 02 99 14 25 21
E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

Indicateurs nutrition-santé en Bretagne Données disponibles

*Travaux réalisés avec la participation :
de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales,
du Conseil Régional de Bretagne,
dans le cadre du Contrat de Plan Etat - Région*

Odile Piquet, Alain Tréhony

Septembre 2006

Sommaire

<i>Introduction</i>	7
<i>EPODE : Ensemble, prévenons l'obésité des enfants</i>	8
<i>Obésité et précarité d'après les résultats des Centres d'Examen de santé (données 2002-2003)</i>	9
<i>Surcharge pondérale et maigreur des jeunes consultants des Centres d'Examen de Santé en Bretagne</i>	12
<i>Taux de patients en Affections de Longue Durée pour Diabète, maladie chronique associée à l'obésité</i>	13
<i>Mortalité par diabète (période triennale 2000-2002)</i>	16
<i>Etudes spécifiques dans quelques régions</i>	17
<i>Dénutrition, maigreur</i>	18
<i>Références bibliographiques</i>	20
<i>Annexe</i>	23

Introduction

Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. Pour atteindre cet objectif, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) en Bretagne a retenu sept axes stratégiques :

- Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant.
- Impliquer les industriels de l'agroalimentaire et de la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques.
- Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.
- Favoriser l'augmentation de l'activité physique à tous les âges de la vie.
- Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.
- Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et clinique.
- Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins.

Dans le cadre de ce programme **Nutrition-Santé**, l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne assure le suivi des indicateurs de santé associés à la nutrition.

Le premier état des lieux de l'ORS Bretagne sur la question, a été publié en septembre 2003 sous le titre « **Excès de poids, obésité en Bretagne : données disponibles** ». Une mise à jour a été effectuée en 2004 pour la fiche « **Surpoids et obésité** » comprise dans la partie *Déterminants et facteurs de risques* du rapport :

*La santé de la population en Bretagne
Etat des lieux préparatoire à la mise en place du Plan Régional de Santé Publique
Décembre 2004*

Des données sur l'obésité infantile dans les régions de France, ont été fournies par la première enquête en milieu scolaire, réalisée en 1999-2001, en grande section de maternelle (enfants de 5-6 ans). Les échantillons n'ont pas été suffisants dans les autres enquêtes en CM2, classes de troisième. La troisième enquête en grande section de maternelle, menée sur l'année scolaire 2005-2006, a été prévue avec un effectif suffisant pour une exploitation des résultats à l'échelon régional. La Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé et des Solidarités est maîtresse d'œuvre sur ce cycle d'enquêtes en milieu scolaire et assure la publication des résultats.

Dans l'attente d'une mise à jour des données sur les enfants de 5-6 ans, le recensement des données disponibles comprend :

- **EPODE : Ensemble, prévenons l'obésité des enfants**
- **Obésité et précarité d'après les résultats des Centres d'examen de santé** (données 2002-2003)
- **Surcharge pondérale et maigreur des jeunes consultants des Centres d'Examen de Santé** (2003)
- **Taux de patients en Affections de Longue Durée pour diabète** (Etude CNAMTS 2004)
- **Mortalité par diabète (période 2000-2002).**

Un aperçu est ensuite donné sur des études particulières à une région ou un département :

- Surpoids et obésité en Ile de France
- Enquête santé en Champagne Ardennes. Obésité et hygiène de vie
- Evolution précoce de la corpulence et prévalence de l'obésité chez les enfants de 4-5 ans dans l'Hérault
- Prévalence de l'obésité du jeune enfant de 5-6 ans en Martinique

Enfin, une autre préoccupation nutritionnelle est traitée, il s'agit de « **dénutrition, maigreur** », avec pour objectif de montrer la réflexion développée et les études menées sur ce sujet.

Les premiers résultats de l'enquête Obépi 2006 ont été publiés le 19 septembre 2006 sous forme d'un dossier de presse disponible sur le site www.lesechos.fr/info/sante/300098311.htm Des résultats régionaux sont disponibles.

EPODE : Ensemble, prévenons l'obésité des enfants

« Ensemble, prévenons l'obésité des enfants » (EPODE) est un programme de prévention santé, lancé actuellement dans 10 villes, dans 10 régions en France, afin d'éviter la prise de poids excessive des enfants de 5 à 12 ans.

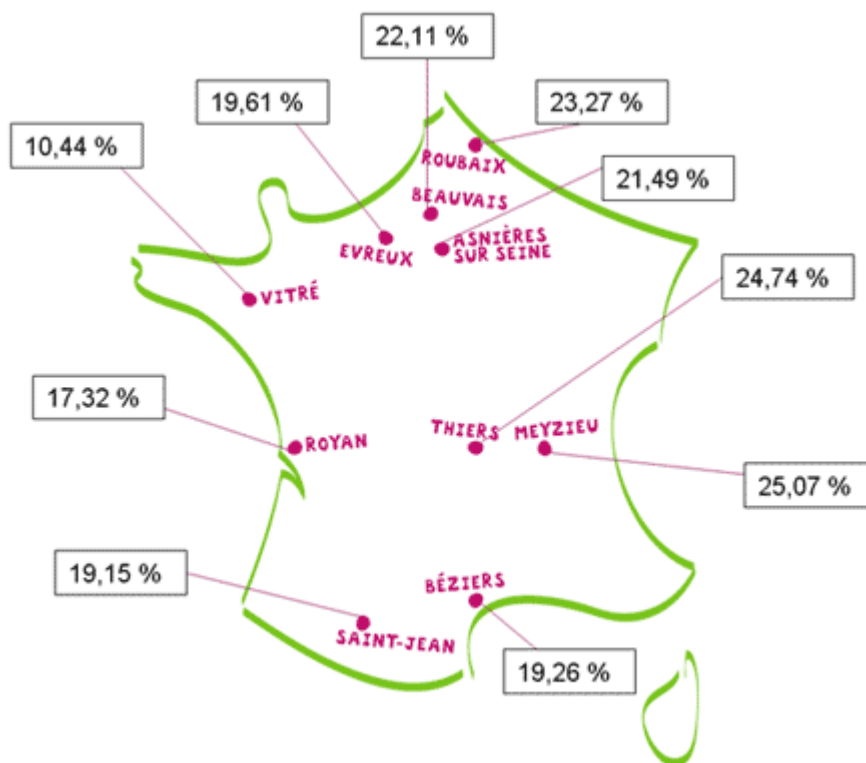
Les 10 villes pilotes EPODE se sont engagées à mettre en place des actions concrètes, au plus près de la population, pendant 5 ans grâce à la mobilisation de l'ensemble de la collectivité : Enseignants, professionnels de santé, parents, associations, commerçants, chacun est invité à participer aux initiatives développées dans les écoles et dans la ville pour redécouvrir l'alimentation et promouvoir une plus grande activité physique des enfants.

Le calcul de la prévalence de l'obésité infantile dans les villes EPODE - Année scolaire 2004-2005

Chaque année scolaire, les enfants des villes EPODE sont pesés et mesurés par les médecins et infirmières scolaires. Ces données permettent de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle) de chaque enfant qui, reporté sur la courbe de croissance, permet de savoir s'il est en surpoids, en obésité ou dans la norme.

Ainsi, 26 478 enfants de 5 à 12 ans, ont été examinés dans les villes EPODE, sur l'année scolaire 2004/2005. Il apparaît que sur les 10 villes pilotes, 20,60% des enfants sont en surpoids (obésité incluse selon les normes de l'International Obesity Task Force). Cette donnée de base constituera la référence du baromètre de chacune des villes.

Source <http://www.epode.fr/>



Prévalence de l'obésité infantile dans les villes EPODE selon les normes IOTF (International Obesity Task Force) - Surpoids obésité incluse. Source : <http://www.epode.fr/>

Constat :

La ville bretonne participant au programme EPODE est celle qui présente la plus faible proportion d'enfants en surpoids :

10,4% des enfants de 5 à 12 ans scolarisés à Vitré sont en surpoids, alors que la moyenne des 10 villes EPODE est de 20,6%.

Obésité et précarité d'après les résultats des Centres d'Examen de santé (données 2002-2003)

■ Les données régionales rendues disponibles par le CETAF

Le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (Cetaf) de l'Assurance maladie, est une source de données régionales sur l'obésité à partir du recueil effectué au cours des bilans de santé de la population examinée en 2002 et 2003.

Le Cetaf a publié un document disponible en version papier et sur internet :

DAUPHINOT Virginie, DUPRE Caroline, GUEGUEN René, NAUDIN Florence, Réseau des Centres d'examen de santé

Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé. Données régionalisées 2002-2003

Saint-Etienne : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé, 2005, 85 pages

<http://www.cetaf.asso.fr/geographie/geographie.htm>

Caractéristiques de la population examinée en 2002- 2003 dans les Centres d'examens de santé

Plus d'un million de personnes (1155171) sont venues passer un examen périodique de santé dans les Centres d'examens de santé de France métropolitaine et de Guadeloupe (une centaine de structures).

Le taux de couverture annuel, mesuré par le rapport du nombre de personnes examinées par an au nombre d'habitants au 1er janvier 2002, est globalement égal à 9,6 pour mille habitants.

En Bretagne, avec 54787 consultants en 2002-2003, le taux de couverture annuel est égal à 9,3 pour mille habitants.

Près de 29% de la population examinée en 2002-2003 est en situation de précarité, au regard de la définition de l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 : les chômeurs, les bénéficiaires du RMI, les jeunes de 16-25 ans dans un dispositif d'insertion, les bénéficiaires d'un Contrat emploi solidarité (CES), les personnes sans domicile fixe (SDF). En Bretagne, la proportion de consultants précaires est de 26,9 %.

■ Définition de l'obésité

Dans les Centres d'examens de santé, l'obésité est définie par l'indice de masse corporelle (IMC) égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en m). Le seuil retenu pour l'obésité est un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². Les mesures du poids et de la taille font partie des données relevées lors de l'examen de santé.

■ Données générales

« En 2002 et 2003, dans la population non précaire de plus de 15 ans examinée dans les CES, la prévalence de l'obésité s'élève à 10,6% chez les hommes et à 12,2% chez les femmes (après ajustement sur la structure d'âge nationale au 01/01/2002). L'enquête ObEpi 2003 réalisée par l'Institut Roche de l'Obésité fournit un résultat voisin chez les hommes (11,4%) comme chez les femmes (11,3%). »

■ Effet de la précarité

« Dans la population précaire examinée dans les CES, les prévalences sont respectivement égales à 11,3% et 20,9% chez les hommes et les femmes de plus de 15 ans.

La fréquence de l'obésité est plus élevée chez les consultants précaires, sauf chez les hommes de 60 ans et plus, pour lesquels la situation est inversée.

Les écarts entre précaires et non-précaires sont plus importants chez les femmes que chez les hommes. Ils ne dépassent jamais 2% chez les hommes de moins de 60 ans, tandis que chez les femmes, l'écart atteint 13% entre 45 et 49 ans, 16% entre 70 et 74 ans. Parmi les hommes de cette dernière classe d'âge, la situation est fortement inversée avec 19,3% d'obèses chez les non-précaires et 13,1% dans la population en situation de précarité. »

■ Variations géographiques

« Il existe des variations régionales dans la fréquence de l'obésité. Les différences de fréquence d'obésité entre les régions persistent au sein des populations précaires et non précaires.

Entre 15 et 24 ans, on observe parmi les jeunes en situation de précarité des taux d'obésité plus élevés dans les régions du Nord-Est ainsi qu'en Auvergne et Limousin chez les hommes, Centre et Poitou-Charentes chez les femmes.

Dans la population non-précaire de cet âge, il n'apparaît pas de tendance géographique claire. Inversement, **les régions où la fréquence d'obésité est la plus faible sont la Bretagne et les pays de la Loire, quels que soient le statut de précarité et le sexe des consultants.**

Chez les consultants de 25 à 59 ans, les régions du Nord et du Nord-Est de la France sont significativement les plus touchées par l'obésité (Nord-Pas de Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace). **La Bretagne et les Pays de la Loire présentent des fréquences d'obésité plus faibles que la moyenne chez les non-précaires des deux sexes.**

Dans la population en situation de précarité, les régions où la fréquence d'obésité est la plus faible sont le Languedoc-Roussillon, la région PACA et le Midi- Pyrénées, ainsi que la région Ile-de-France chez les hommes.

Chez les consultants de 60 ans et plus, les régions les plus atteintes par l'obésité, sont celles du Nord et du Nord-Est de la France, quel que soit le sexe. **Les régions de plus faible prévalence sont la Bretagne et le Midi-Pyrénées pour les Femmes, l'Ile-de-France pour les hommes.** »

Taux comparatifs (en %) de sujets obèses (IMC \geq 30) en Bretagne et autres régions de France métropolitaine

Hommes 25-59 ans	Non-précaires	Précaires
Taux le plus faible	7,6	9,6
Taux le plus fort	12,7	15,3
Taux Pays de la Loire	8,1	11,9
Taux Bretagne	7,6	10,2
Femmes 25-59 ans		
Taux le plus faible	7,2	12,1
Taux le plus fort	16,9	29,9
Taux Pays de la Loire	8,2	17,7
Taux Bretagne	7,2	16,2

Source : données CES - CNAMTS - CETAF 2002-2003

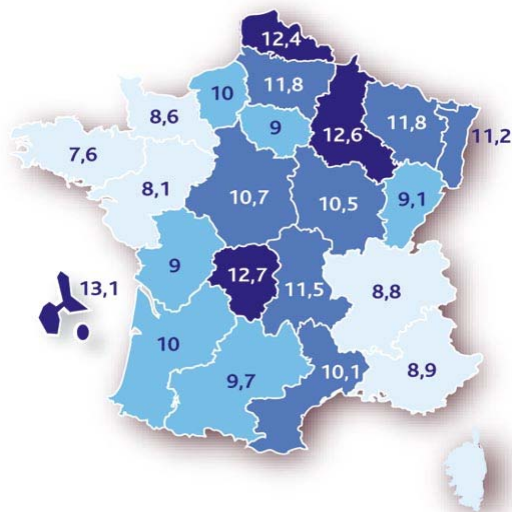
Constat :

Si les régions Bretagne et Pays de la Loire se distinguent par des taux comparatifs d'obésité plus faibles que la moyenne chez les consultants de 25-59 ans non-précaires, il n'en est pas de même chez les consultants en situation de précarité : ce sont les régions méditerranéennes qui présentent les plus faibles taux d'obésité.

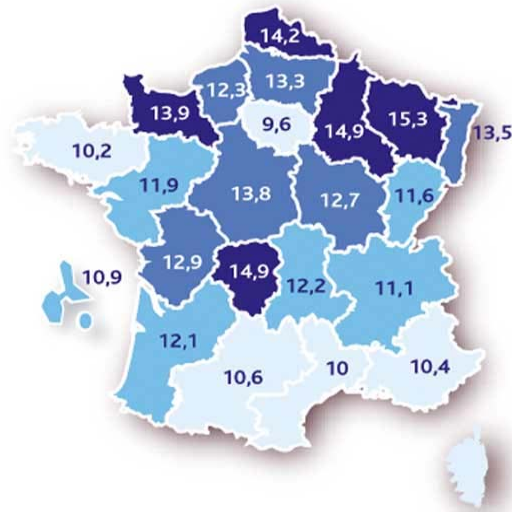
Taux comparatifs (en %) de sujets obèses (IMC ≥ 30)

Taux standardisés sur l'âge (standardisation directe et en utilisant des classes d'âge quinquennales, la population française au 1/1/1999 étant la population de référence)

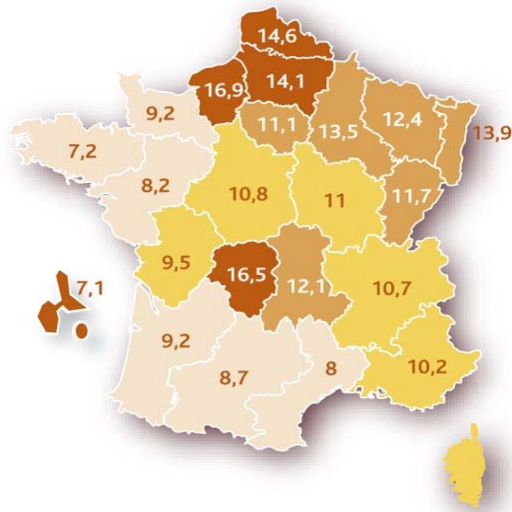
Hommes 25-59 ans, non précaires



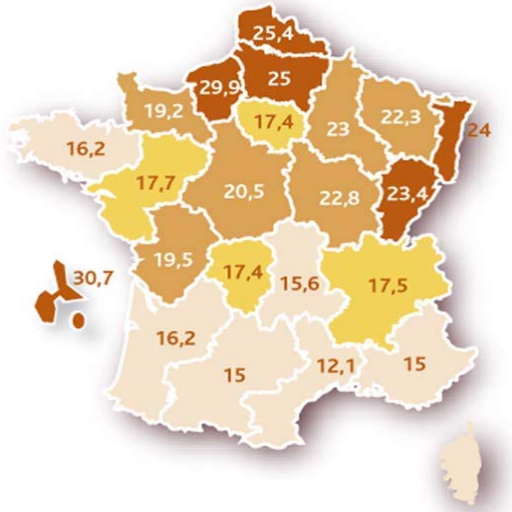
Hommes 25-59 ans, précaires



Femmes 25-59 ans, non précaires



Femmes 25-59 ans, précaires



Source : données CNAMTS-CETAF 2002-2003 <http://www.cetaf.asso.fr/geographie/geographie.htm>

Surcharge pondérale et maigreur des jeunes consultants des Centres d'Examen de Santé en Bretagne

Les Centres d'Examens de Rennes et de Saint-Brieuc et l'Observatoire Régional de Santé se sont associés pour l'étude de la santé et des comportements de populations spécifiques.

Dans l'étude de juillet 2006 « *La santé, des jeunes en insertion, observée dans les Centres d'Examen de Santé en Bretagne* », des résultats sont fournis sur obésité, surcharge pondérale et maigreur. Les données analysées proviennent de **3709 bilans de santé** de jeunes de **16 à 25 ans** :

2399 jeunes en insertion (1074 hommes, 1325 femmes)

341 étudiants (126 hommes, 215 femmes)

969 salariés (442 hommes, 527 femmes)

Nombre (et %) de consultants présentant une obésité

IMC \geq 30

		Nombre	%
Hommes	Jeunes en insertion	40	3,7%
	Etudiants	0	0,0%
	Salariés	6	1,4%
Femmes	Jeunes en insertion	87	6,6%
	Etudiantes	3	1,4%
	Salariées	17	3,2%
TOTAL		153	4,1%

Nombre (et %) de consultants présentant une surcharge pondérale

25 \leq ICM < 30

		Nombre	%
Hommes	Jeunes en insertion	110	10,2%
	Etudiants	6	4,8%
	Salariés	54	12,2%
Femmes	Jeunes en insertion	174	13,1%
	Etudiantes	19	8,8%
	Salariées	61	11,6%
TOTAL		424	11,4%

Nombre (et %) de consultants présentant une maigreur extrême

ICM < 18

		Nombre	%
Hommes	Jeunes en insertion	90	8,4%
	Etudiants	8	6,3%
	Salariés	27	6,1%
Femmes	Jeunes en insertion	122	9,2%
	Etudiantes	10	4,7%
	Salariées	32	6,1%
TOTAL		289	7,8%

Source : CPAM-CES 2003 Exploitation ORS Bretagne

Constat :

Parmi les 3709 jeunes qui ont bénéficié d'un bilan de santé dans un Centre d'Examen de Santé de l'Assurance maladie en Bretagne en 2003, les proportions de jeunes en surcharge pondérale sont les suivantes :

- **15.5% en surcharge pondérale en incluant l'obésité.**
- **11.4% en surcharge pondérale sans inclure l'obésité**
- **4.1% sont obèses**

La proportion de jeunes en état de maigreur extrême est de 7.8%

Taux de patients en Affections de Longue Durée pour Diabète, maladie chronique associée à l'obésité

Le diabète est la plus fréquente Affection de Longue Durée (ALD) en France

Surpoids, obésité, sont des facteurs de risque de diabète de type 2, maladie chronique faisant partie de la liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD₃₀).

En France, au 31 octobre 2004, le nombre de patients en ALD pour Diabète est de 1211264 pour le régime général d'assurance maladie y compris les sections locales mutualistes (1). Cet effectif représente un taux de 2,2% des bénéficiaires du régime général (55 millions de personnes en 2004). L'âge moyen de ces patients en ALD pour Diabète est de 64 ans. 51% des patients sont des hommes.

La répartition des maladies comprises dans la liste des ALD, selon la classification CIM-10 (Classification Internationale des Maladies - 10^{ème} révision), place au 1^{er} rang, le diabète insulino-dépendant (1023000 patients) devant l'hypertension artérielle primitive (782000 patients) et la cardiopathie ischémique chronique (418 000). Les tumeurs les plus fréquentes sont les cancers du sein chez la femme (371000 soit 1.3% des femmes bénéficiaires du régime général), le cancer de la prostate chez l'homme (190000 soit 0.7% des hommes bénéficiaires du régime général).

Fréquence des principales maladies (CIM10) en ALD au 31 octobre 2004 pour le régime général (y compris les sections locales mutualistes) - France

Intitulé de la maladie (CIM-10)	Effectif ALD	Taux	Age moyen
Diabète sucré non insulino-dépendant	1022599	1,8	65,2
Hypertension essentielle (primitive)	782147	1,4	70,8
Cardiopathie ischémique chronique	417828	0,8	70,0
Tumeur maligne du sein (chez la femme)*	370591	1,3	63,6
Athérosclérose	210964	0,4	70,4
Troubles spécifiques de la personnalité	196354	0,4	46,9
Tumeur maligne de la prostate**	190112	0,7	72,9
Diabète sucré insulino-dépendant	189919	0,3	55,1
Angine de poitrine	177719	0,3	71,9
Insuffisance cardiaque	126139	0,2	76,4

*taux de prévalence pour 100 femmes

** taux de prévalence pour 100 hommes

Source : Etude "Fréquence et coût des ALD" en 2004 - CNAMTS

Remarque

Parmi les 10 premières maladies faisant partie des ALD les plus fréquentes, les maladies cardiovasculaires, associées aussi à l'obésité, occupent une place importante.

La Bretagne présente le plus faible taux de patients en ALD pour diabète en 2004,

La fréquence du Diabète à l'échelon des régions, peut servir d'indicateur de l'importance des problèmes d'obésité dans ces régions. L'étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) montre d'importantes disparités géographiques concernant le Diabète et les compare aux résultats de l'enquête OBEPI 2003. Le texte qui suit et les cartes sont extraits de l'étude CNAMTS

« Les taux départementaux de patients en ALD₃₀ pour diabète (figure 7) varient de 1,58% à 4,25% pour les hommes et de 1,25 à 6,50% pour les femmes. Les zones de plus fortes prévalences sont La Réunion, les Antilles, le nord-est, le Centre et la Seine-Saint-Denis. Les taux observés dans les Bouches-du-Rhône et en Languedoc-Roussillon se situaient à un niveau supérieur à la moyenne. A l'inverse, le grand ouest est préservé. **Les taux les plus faibles sont retrouvés en Bretagne.** La corrélation entre taux de patient en ALD₃₀ pour diabète et obésité est plus difficile à démontrer en l'absence de cartographie précise de l'obésité. De nombreuses similitudes existent toutefois ; grand ouest épargné, Nord, Picardie, Champagne-Ardenne sont aussi des régions de plus forte prévalence de l'obésité d'après l'enquête Obépi (figure 8). »

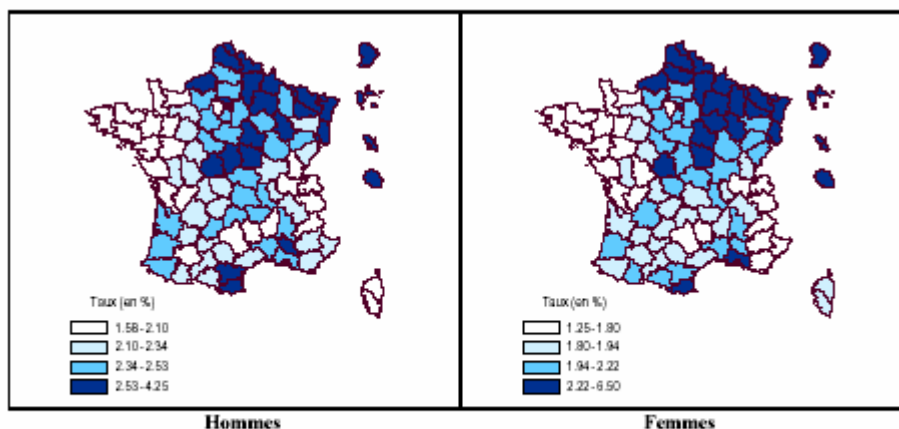


Figure 7 : Taux de patients en affection de longue durée pour **diabète**, standardisés sur l'âge, régime général (y compris les SLM)
 source : étude « fréquence et coût des ALD » - 2004 - CNAMTS

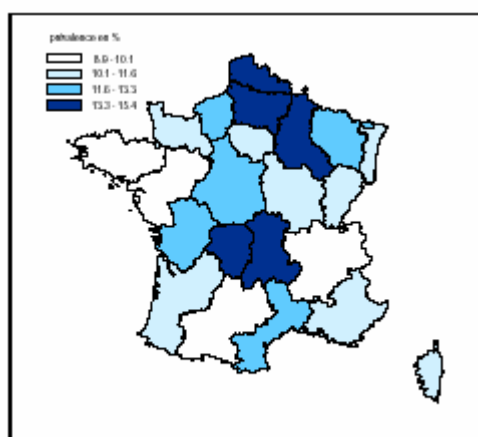


Figure 8 : Prévalence de l'obésité en 2003 (Source : Obépi)

Source : *Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général. Premiers résultats de l'étude « fréquence et coût des ALD ». Cnamts - Direction de la stratégie, des études et des statistiques - 5 avril 2006*
<http://www.ameli.fr/245/DOC/2644/article.html#>

Evolution du Diabète : Comparaison 1994 /2004

Cette comparaison à 10 ans d'écart porte sur le régime général stricto-sensu – France métropolitaine.

« L'augmentation du diabète déclaré en ALD₃₀ (+83% en effectif et +61% en prévalence sur 10 ans) résulte principalement des facteurs suivants :

- l'accroissement de l'obésité et du surpoids ; dans une étude récente publiée en mars 2006, l'Institut de la veille sanitaire évaluait à 47% la contribution de l'augmentation de l'obésité sur l'accroissement prévisible du nombre de diabètes traités pour la période 1999-2016 ;
- le taux de glycémie à jeun définissant le seuil du diabète a été abaissé de 1,40 g/l à 1,26 g/l au cours de la dernière décennie, d'où une augmentation du nombre de diabétiques. A ce changement de la définition de la maladie s'ajoute la révision des critères médicaux de prise en charge à 100% du diabète qui constitue un autre facteur de l'augmentation du nombre d'assurés pris en charge ; en effet, depuis le décret d'avril 2002 les personnes atteintes d'un diabète pouvant être équilibré par le seul régime sont intégrées dans le champ de l'ALD ;

- *l'accroissement de la durée de vie des personnes traitées pour diabète ;*
- *le vieillissement de la population ; le papy-boom des générations nées après la seconde guerre est à l'âge où l'incidence du diabète est très forte ;*
- *la propension à demander l'ALD₃₀ progresse ; entre 1999 et 2005 le pourcentage de diabétiques sous médicaments oraux en ALD₃₀ est passé de 69,7% à 73,8%. »*

Source : Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général. Premiers résultats de l'étude « fréquence et coût des ALD ». Cnamts - Direction de la stratégie, des études et des statistiques - 5 avril 2006 <http://www.ameli.fr/245/DOC/2644/article.html#>

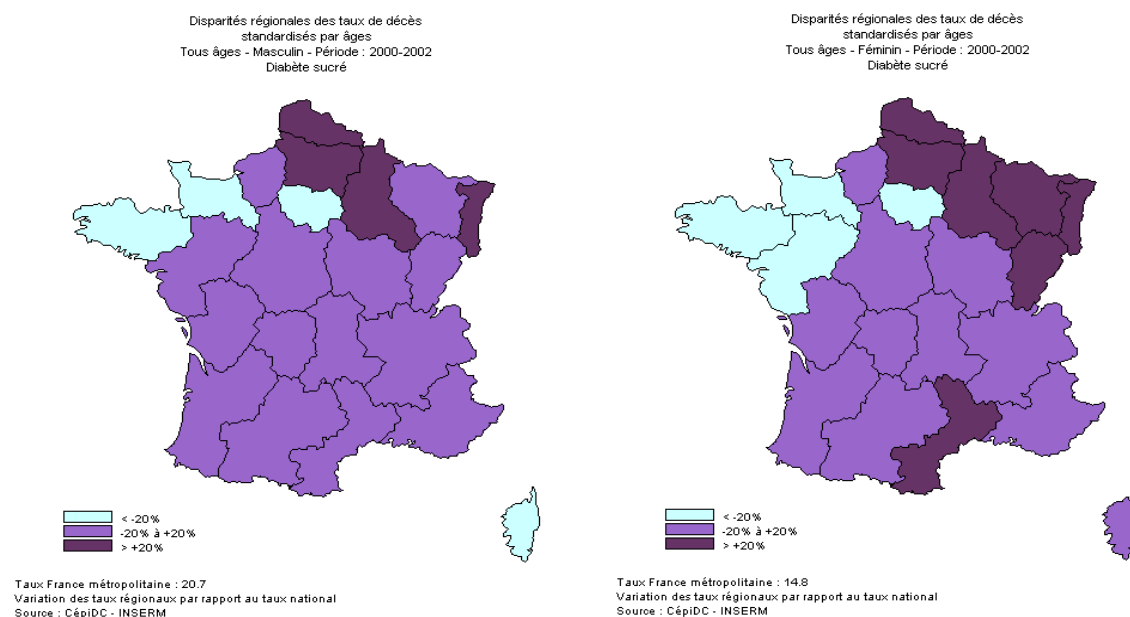
Constat :

Concernant la population adulte, la plus faible prévalence de patients en ALD pour Diabète en Bretagne, apparaît associée à une plus faible prévalence de l'obésité (IMC \geq 30), d'après les connaissances actuelles apportées par les enquêtes sur l'obésité.

Mortalité par diabète (période triennale 2000-2002)

En Bretagne, 414 décès ayant pour cause « Diabète sucré » sont survenus, en moyenne annuelle au cours de la période 2000-2002. L'effectif masculin est de 197 décès, soit un taux standardisé de 15.4 pour 100000. L'effectif féminin est de 217 décès, soit un taux de 9.8 pour 100000. Parmi les régions de France, la Bretagne présente le taux le plus faible chez les hommes et chez les femmes.

Mortalité due au « diabète sucré » dans les régions de France



Source : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

Régions présentant les plus faibles taux de mortalité par « diabète sucré »

Taux standardisés. Période 2000-2002. Unité : pour 100000 habitants

HOMMES	Taux	FEMMES	Taux
Bretagne	15,4	Bretagne	9,8
Ile de France	15,8	Ile de France	10,6
Corse	16,2	Pays de Loire	10,9
Basse Normandie	16,4	Basse Normandie	11,8
France métropolitaine	20,7	France métropolitaine	14,8

Source : INSERM CépiDc

La Bretagne, comparée aux autres régions, présente les plus faibles taux de mortalité, concernant le diabète sucré

Etudes spécifiques dans quelques régions

■ Extension régionale de l'enquête décennale

A partir de l'enquête décennale Santé réalisée en 2003, des données sur le surpoids et l'obésité sont produites en moyenne française, en Ile-de-France, en Champagne Ardennes :

Insee

Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids

Insee Première N°1048 – Novembre 2005 – 4 pages <http://www.insee.fr/>

Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France. (U.R.C.A.M.)

Surpoids et obésité en Ile-de-France.

23p, juin 2006 <http://www.ors-idf.org/resultat-publication.asp>

Les résultats sont aussi disponibles sous forme d'une plaquette de synthèse de 4 pages

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Champagne-Ardenne

Enquête santé en Champagne-Ardenne : obésité et hygiène de vie

Insee Flash Champagne Ardenne N° 58 – décembre 2005 – 4 pages.

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/champagne-ardenne/publi/flash.htm

Par rapport à la moyenne française, la situation en Ile-de-France est globalement plus favorable excepté pour les enfants et les adolescents.

En Champagne-Ardenne, la situation est moins favorable qu'en moyenne française, surtout pour les femmes. Dans ces trois études, une corrélation est établie entre l'absence de diplôme ou un bas niveau d'étude et la prévalence plus élevée de l'obésité.

■ Enquêtes sur le surpoids chez les jeunes enfants

Dans l'Herault, le recueil de données a été effectué par les médecins et infirmières du Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), tandis que l'Observatoire Régional de Santé a assuré le traitement statistique des données.

Bernard Lédésert, Patrick Garandeau, Maguy Dujols, Marie-Hélène David-Gonord, Jean-Charles Picaut

Evolution précoce de la corpulence et prévalence de l'obésité chez les enfants de 4-5 ans dans l'Hérault

Juin 2005, 4 pages

Les résultats de l'étude, entraînent les orientations suivantes :

« En conclusion, les résultats de cette étude soulignent l'importance du suivi poids taille au-delà de deux ans chez tous les enfants en portant une attention particulière aux enfants ayant présenté un retard de croissance intra utérin, notamment au delà de 6 ans. La période de 2 à 4 ans est une période cruciale dans l'apparition clinique de l'obésité, et probablement une période privilégiée pour dépister et prendre en charge l'obésité infantile. Des actions ciblées sur les habitudes alimentaires familiales pourraient être efficaces dès cet âge ».

En Martinique, les services de Santé scolaire et du Contrôle médicale de l'Assurance maladie ont fait porter leur enquête sur les enfants de 5-6 ans, dans le but de déterminer la prévalence de l'obésité à cet âge, et de constituer une cohorte afin d'en suivre l'évolution jusqu'à l'adolescence.

Prévalence de l'obésité du jeune enfant de 5-6 ans en Martinique

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique N°3, juin 2006, pages 279-282

Dénutrition, maigreur

■ Les recommandations

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé a publié en septembre 2003, des recommandations pour la pratique clinique sur :

Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés.

Le rapport est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé <http://www.anaes.fr/> .
La définition de la dénutrition protéino-énergétique correspond aux codes E43-E44 de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (Chapitre IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques) :

E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision

E44 Malnutrition protéino-énergétique légère ou modérée

Le Conseil National de l'Alimentation a porté l'attention sur les personnes âgées, avec l'avis N°536 du 15 décembre 2005 :

Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques.

Le texte de cet avis est disponible sur le site internet suivant :

http://www.agriculture.gouv.fr/spip/rubrique.php3?id_rubrique=63 Avis du conseil national de l'alimentation.

La Direction Générale de la santé (Sous-direction 5 - Pathologies et santé) présente le problème de la **dénutrition de la personne âgée** :

« Le vieillissement entraîne diverses modifications du comportement alimentaire et de la physiologie de la nutrition : dysrégulations de l'appétit, du goût, de l'odorat, baisse de l'appétit (alors que certains besoins sont augmentés), troubles moteurs gênant l'approvisionnement et la préparation des repas, problèmes dentaires entravant la consommation, isolement parfois accompagné d'un état dépressif retentissant sur l'envie de s'alimenter etc. La conséquence est souvent une diminution des défenses immunitaires, des risques d'infections qui entraînent à leur tour, des états de dénutrition avec perte musculaire...

30 à 60 % des sujets en institution et 4 % des sujets vivant à domicile sont en état de dénutrition. On observe des carences fréquentes en vitamines C, D, en calcium, en bêta carotènes et l'ostéoporose est fréquente. La prise en compte de la nutrition de la personne âgée est essentielle à la surveillance de son état de santé. » (Source : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossier Nutrition Dénutrition](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossier/Nutrition%20D%C3%A9nutrition)).

Les objectifs concernant la dénutrition du sujet âgé ont été élaborés par le Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO), et inclus dans la préparation de la loi relative à la politique de santé publique. Un texte de la Direction Générale de la Santé (avril 2003- 6 pages) est disponible :

Dénutrition du sujet âgé (Fiche extraite de l'élaboration de la loi relative à la politique de santé publique)
<http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/losp/denutrition.pdf>

■ Sélection d'études sur la dénutrition

Les références suivantes sont retenues pour représenter l'importance des études réalisées dans les Etablissements de soins et établissements pour personnes âgées, et pour l'intérêt porté à l'état nutritionnel des personnes âgées à domicile.

Mareau Estelle, Huet Xavier

Dépistage systématique de la dénutrition dans un service de soins de suite. Exemple du Centre hospitalier de Château-du-Loir - Techniques hospitalières, N°694 – 2005 – pages 22-24

Bailly Laurent, Ladner Joël, Petit André, Carpentier Marie-Claude, et al.

Prise en charge et prévention de la dénutrition dans les établissements hospitaliers et institutions d'hébergement : Etude transversale dans 116 établissements de Haute-Normandie

La Presse médicale, 2006 N°4 – pages 578-583

Ferry M., Mischis C., Sidobre B., Lambertin A., Barberger-Gateau P.

Bilan la Situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile (Etude SOLINUT) - 2006 – 24 pages <http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/pnns/sommaire.htm>

Brockner P., Giret d'Orsay G., Meunier J.P.

Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7857 sujets âgés : l'enquête AGENA - L'année gérontologique, 2003 – pages 73-86

■ Références d'études utilisant l'Indice de Masse Corporelle pour signaler la maigreur

Selon les références de l'Organisation Mondiale de la Santé, et sur la base du calcul de l'Indice de Masse Corporelle ($IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$), le seuil retenu pour l'état de maigreur est : $IMC < 18,5$. Deux études récentes ont fait figurer des taux de prévalence de la maigreur parmi les indicateurs de santé.

Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005 - BEH n°11-12 (21 mars 2006)

Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non-précaires, France, 1995-2002

Centre technique d'appui et de formation des Centres d'Examen de Santé (Cetaf), Saint-Etienne,
Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand
BEH N°43 – 2005 – pages 213-215

■ Les troubles des conduites alimentaires dans les classifications

L'état de santé en lien avec la nutrition comprend des affections classées dans le Chapitre IV de la Classification Internationale des Maladies « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » qui comprend : Malnutrition (codes E40-E46), Autres carences nutritionnelles (codes E50-E64), Obésité et autres excès d'apport (codes E65-E68).

D'autres affections en lien avec l'alimentation, sont classées dans le Chapitre V de la Classification Internationale des Maladies (CIM), concernant les « Troubles mentaux et du comportement », ce sont les Troubles de l'alimentation (code F50) dont la liste est la suivante :

- F50.0 Anorexie mentale
- F50.1 Anorexie mentale atypique
- F50.2 Boulimie (bulimia nervosa)
- F50.3 Boulimie atypique
- F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
- F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
- F50.8 Autres troubles de l'alimentation
- F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision

Cette classification des Troubles de l'alimentation est développée dans l'article suivant :

Sémiologie du comportement alimentaire, Pr J.B. Garre, Service de psychiatrie et de psychologie médicale (CHU Angers), Pr P. Ritz Service de médecine B (CHU Angers)- 2003 - 11 pages

<http://psyfontevraud.free.fr/psyangevine/publications/semiologieCA.htm>

En France, une autre classification est aussi utilisée, c'est la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), révisée en 2000. Les troubles des conduites alimentaires (codes 7.1 à 7.19) sont présentés en annexe.

Références bibliographiques

■ Rapports

Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France - Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008)

HERCBERG Serge

Paris : La Documentation française, 2006, 280 pages

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000322/index.shtml>

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France Enjeux et propositions

Haut Comité de la santé publique, Avis et rapports, juin 2000, 275 pages

<http://www.hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?clef=56&menu=090471>

Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena

BEH n°11-12 (21 mars 2006) Numéro thématique

Caractéristiques sociodémographiques des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005

Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005

Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005

Les usages de l'aide alimentaire à la lumière des liens sociaux : un aspect du volet socio anthropologique de l'étude Abena http://www.invs.sante.fr/beh/2006/11_12/index.htm

Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non-précaires, France, 1995-2002

Centre technique d'appui et de formation des Centres d'Examen de Santé (Cetaf), Saint-Etienne,

Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand

BEH N°43 – 2005 – pages 213-215 <http://www.invs.sante.fr/beh/2005/43/index.htm>

La surveillance nutritionnelle en France BEH n°18-19 (29 avril 2003)

Éditorial. De la recherche à la surveillance des facteurs de risque ou de protection liés à la nutrition.

Baromètre santé nutrition 2002 : premiers résultats

Corpulence des enfants scolarisés en grande section de maternelle en France métropolitaine et départements d'outre-mer : variations régionales et disparités urbaines.

Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire <http://www.invs.sante.fr/index.htm>

Situation et évolution des apports alimentaires de la population en France, 1997-2003

Institut de veille sanitaire (InVS), Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

février 2005, 48 pages + annexes <http://www.invs.sante.fr/surveillance/nutrition/default.htm>

Recensement des principales études et enquêtes réalisées en France au cours des cinq dernières années et collectant des données dans le domaine de la nutrition

Rapport InVS-Cnam, juin 2004 <http://www.invs.sante.fr/surveillance/nutrition/default.htm>

Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant.

Expertise collective INSERM

Les Editions INSERM, 2000, 325 pages

Propositions de mesures pratiques pour la mise en oeuvre d'une Stratégie nationale de prévention de l'obésité infantile

Conseil national sur l'alimentation – Avis N° 55 adopté le 30 mars 2006

http://www.agriculture.gouv.fr/spip/IMG/pdf/avis_n_55.pdf

Avis sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs du CNA. Conseil national de l'alimentation - Avis n°47 adopté le 26 mai 2004

Obésité, le nouveau mal français : pour une réponse politique à un fléau social.
LE GUEN (Jean-Marie), Paris : Armand Colin, 2005 - 284 pages

Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité
DERIOT Gérard; Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
La Documentation française Rapports publics, 2005
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000733/index.shtml>

■ Etudes fournissant des données à l'échelon régional

Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé. Données régionalisées 2002-2003
Saint-Etienne : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé, 2005,
85 pages, <http://www.cetaf.asso.fr/geographie/geographie.htm>

Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général. Premiers résultats de l'étude « fréquence et coût des ALD ». Cnamts - Direction de la stratégie, des études et des statistiques - 5 avril 2006 <http://www.ameli.fr/245/DOC/2644/article.html#>

Géographie d'une crise française (Gérard Salem, Stéphane Rican, Marie-Laure Kürzinger) In :
Dossier « Obésité, l'épidémie »
La Recherche, numéro 330, avril 2000, pages 31-36

Obépi 2003, le surpoids et l'obésité en France.
Enquête INSERM / Institut Roche de l'obésité/ TNS-SOFRES

■ Enquêtes auprès des élèves

Dans les enquêtes suivantes, les données régionales ne figurent que dans celle concernant les enfants de 5-6 ans. L'enquête en classe de troisième fournit des données à l'échelon des ZEAT (Zones d'Etude et d'Aménagement du Territoire, 8 ZEAT en France métropolitaine)

L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire.
Etudes et Résultats – DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) numéro 250 - juillet 2003 <http://www.sante.gouv.fr>

Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième.
Etudes et Résultats – DREES, numéro 283 - janvier 2004 - 8 pages <http://www.sante.gouv.fr>

La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002.
Etudes et résultats - DREES [numéro 313](#), juin 2004

Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans. France, 2000.
Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), Institut de veille sanitaire (InVS),
octobre 2004. 40 pages http://www.invs.sante.fr/publications/2004/obesite_enfants/index.html

■ En région Bretagne

La santé au menu, Programme Nutrition Santé en Bretagne

(pochette à rabats contenant des fiches notamment : filière santé, filière mer, filière algues, filière viandes/produits élaborés, filière lait, filière fruits et légumes, filière céréales, filière ovoproduits, filière ingrédients)

Document de CRITT Santé, diffusé lors de la réunion du 27 novembre 2003 à la DRASS Bretagne.

Excès de poids, obésité en Bretagne : données disponibles

Sur le site de l'ORS Bretagne <http://www.orsb.asso.fr> Rubrique Etudes 2003

Rencontre entre les professionnels de la santé publique et les professionnels de l'alimentation, organisée par l'ORS Bretagne, le 28 juin 2005 à l'IFSI de Pontivy. Les communications suivantes ont été présentées :

Observation de la santé dans le domaine de la nutrition en Bretagne. Jean-Pierre Nicolas, DRASS de Bretagne (6 pages)

Alimentation, nutrition, Observation de la santé. Yann Syz, maire adjoint chargé de la santé, Lorient (1 page)

Bilan du Programme Nutrition Santé Bretagne 2003-2004
Animation coordination CRITT Santé Bretagne,
Anne-Claude LEFEBVRE

Approche personnalisée entreprise. Programme Nutrition Santé Bretagne. Anne Emmanuelle Le Minous, ADRIA développement

Mise à jour des indicateurs du Programme Nutrition Santé en Bretagne, diaporama présenté par l'ORS Bretagne

Annexe

CLASSIFICATION FRANCAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT. CFTMEA R-2000

Axe I : CATEGORIES CLINIQUES

7.1 Troubles des conduites alimentaires

7.10 Anorexie Mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques aménorrhée notamment.

7.100 Anorexie mentale restrictive

7.101 Anorexie mentale boulimique

Exclure :

- Les refus d'alimentation appartenant à un délire (cat. 1)
- Les phobies alimentaires (2.2)
- Les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur, à classer en 2.01

Correspondance avec la CIM10 : F50.0

7.11 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique est incomplet. Par exemple : l'un des symptômes, telle une aménorrhée ou la peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids.

Exclure :

- Perte de poids associée à un trouble somatique

Correspondance avec la CIM10 : F50.1

7.12 Boulimie

Quelle que soit la personnalité sous jacente, syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques.

Dans les antécédents, on peut retrouver un épisode d'anorexie mentale.

Exclure

- les accès boulimiques émaillant l'évolution d'une anorexie mentale à classer en 7.10

Correspondance avec la CIM10 : F50.2

7.13 Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

Correspondance avec la CIM10 : F50.3

7.14 Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant

Troubles de l'alimentation caractérisés par des manifestations variées habituellement spécifiques de la première et seconde enfance. Ils impliquent en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, pouvant conduire à un amaigrissement significatif en l'absence de maladie organique et alors que la nourriture est appropriée et l'entourage adéquat.

Correspondance avec la CIM10 : F98.2 sans qu'elle puisse lui être entièrement assimilable

7.15 Troubles alimentaires du nouveau né

Correspondance avec la CIM10 : F98.2 sans qu'elle puisse lui être entièrement assimilable

7.18 Autres Troubles des Conduites Alimentaires

Inclure :

Pica

Mérycisme

Potomanie

Autres

Correspondance avec la CIM10 : F98.2 sans qu'elle puisse lui être entièrement assimilable

7.19 Troubles des Conduites Alimentaires non spécifiés