

CNAMTS ET CCMSA

CONTRIBUTION AU DEBAT SUR LE LIVRE VERT

« Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques »

10 MARS 2006

INTRODUCTION

Aujourd'hui, il ne fait aucun doute que si rien n'est fait, l'obésité aura, d'ici quelques années, des conséquences dramatiques sur l'état de santé et la durée de vie de la population et générera directement ou indirectement une charge financière supplémentaire difficilement supportable pour les régimes d'Assurance maladie français et plus généralement européens.

En ce qui les concerne, la CNAMTS et la MSA prennent part aux politiques publiques françaises de lutte contre l'obésité en mobilisant leur expertise au service de l'analyse de la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux et en apportant des financements à divers programmes et structures avec pour objectif de soigner mieux en dépensant mieux. La CNAMTS et la MSA cumulent donc des fonctions d'acteurs des programmes de lutte contre l'obésité et les maladies chroniques et de financeurs. Par ailleurs, elles mènent ou participent à de nombreuses actions locales de prévention, suivant une logique de développement sanitaire et social local. Il est en effet essentiel d'agir au plus près des territoires, en synergie avec les initiatives nationales

REIF

Représentation des institutions françaises de sécurité sociale auprès de l'Union européenne

Maison européenne de la protection sociale
Rue d'Arlon 50 – 1000 Bruxelles – Belgique
Tel : (+32) 02 282 05 59 – Fax : (+32) 02 282 05 98
E-mail : info@reif-eu.org
www.reif-eu.org

Quelques chiffres

D'après une enquête réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2003, la France compte plus de 5,3 millions d'adultes obèses. La prévalence a augmenté en moyenne de 5,5% par an entre 1997 et 2003 (8,2% en 1997 et 11,3% en 2003). Les formes graves d'obésité et l'obésité de l'enfant (13% des enfants de 4 à 16 ans, 11% des enfants de moins de 18 ans soit 1,6 millions) connaissent également une progression importante. La population rurale n'est pas épargnée par les problèmes de surpoids et d'obésité. Un bilan de 2003 consacré aux examens de santé de la population agricole met en évidence que, entre 38 et 65 ans, près de la moitié des hommes et un tiers des femmes rurales sont en surpoids et environ un cinquième des hommes et des femmes sont obèses. En France, il apparaît que la consommation médicale des adultes obèses est supérieure de 27% à celle des personnes de poids normal (39% pour la seule pharmacie). Presque trois fois plus de personnes obèses que de personnes de poids normal ont présenté des dépenses de soins de ville au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD). La dépense remboursable annuelle des soins de ville des adultes obèses est de 56% supérieure à celle des personnes de poids normal, ce chiffre est de 27% à structure d'âge identique. Par rapport à la consommation des personnes de poids normal, la consommation est supérieure pour les consultations de médecins et de dentistes (+7%), pour les prescriptions (+41%) et pour la pharmacie (+39%). En outre, les personnes obèses consultent plus spécifiquement des cardiologues, des rhumatologues, des pneumologues et des diabétologues.

Le cadre d'action national

Le Programme National Nutrition Santé français (PNNS), lancé en 2001 et auquel prennent part la CNAMTS et la CCMISA, se fixe comme objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Les axes stratégiques de ce programme sont les suivants : informer et orienter les citoyens en matière alimentaire, mettre en place des systèmes de surveillance pour améliorer le dépistage, la prévention et la recherche, favoriser le dialogue entre l'industrie l'agro-alimentaire, la restauration collective et les consommateurs.

Les principaux acteurs

Outre l'Assurance maladie française, dans les principaux acteurs impliqués dans la lutte contre l'obésité, on peut citer l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) et les Centres d'Examens de Santé (CES). L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, en grande partie financé par l'Assurance maladie française, est plus particulièrement chargé de mettre en oeuvre le PNNS. Parmi ses objectifs figure la lutte contre l'obésité. Ses activités prennent la forme d'études, de campagnes de communication, de formations, de documentations, etc. Les Groupements régionaux de santé publique (dont les Conseils d'Administration comptent des représentants de l'Assurance maladie française) qui sont actuellement mis en place visent à décliner le PNNS au plan régional, à décider des projets éligibles à un financement, à développer les coopérations et à rapprocher les acteurs régionaux concernés. Enfin, les Centres d'Examens de Santé (gérés ou conventionnés par les organismes d'Assurance maladie du régime général) et les examens de prévention proposés à la population agricole ont notamment pour mission de participer aux campagnes de dépistage, d'information et d'éducation sanitaire. Ils peuvent également contribuer à la collecte de données. Ils réalisent des examens périodiques de santé et des bilans nutritionnels. De par leur organisation et leur implantation sur tout le territoire, ils constituent un lieu privilégié pour observer les effets des modes de vie sur la santé et ses déterminants.

STRUCTURES ET INSTRUMENTS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

La santé à travers les politiques de l'Union européenne

Quelles contributions concrètes pourraient être éventuellement apportées par les politiques communautaires en vue de la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ainsi que de la création d'environnements facilitant les choix sains ?

Il pourrait être intéressant de faire un lien avec la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) consacrée au secteur de la santé et des soins de longue durée. Parmi les défis et les problèmes communs recensés dans le Rapport conjoint de la Commission et du Conseil « Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées » (2003), était déjà citée « l'amélioration du bien-être (...) des patients ». Les études montrent que l'obésité joue un rôle certain dans l'apparition des maladies chroniques – hypertension artérielle, diabète, maladies cardio-vasculaires... – nécessitant des soins de longue durée et pesant donc financièrement sur les systèmes de protection sociale. Or, une prévention plus précoce de l'obésité permettrait de lutter contre l'apparition de ces pathologies.

Dans quels domaines liés à l'alimentation, à l'activité physique, à la conception d'outils pour l'analyse des troubles connexes et au comportement des consommateurs faut-il mener davantage de recherches ?

Le champ de connaissances sur les facteurs déterminants du surpoids, le plus en amont possible y compris in utero, pourrait être approfondi. Il serait également important de ne pas aborder l'obésité sous le seul angle de personnes vues comme des « consommateurs » via la promotion d'une alimentation saine et des activités physiques. La question doit être également appréhendée sous l'angle des « patients ». A ce titre, il serait utile de mener ou de poursuivre des recherches dans un domaine clé : le lien entre corpulence et consommation médicale.

Le programme d'action dans le domaine de la santé publique

Comment améliorer la disponibilité et la comparabilité des données sur l'obésité, notamment pour déterminer avec précision la distribution géographique et socio-économique de cette affection ? Quels sont les canaux de diffusion les plus appropriés pour les preuves établies ?

Il serait pertinent de mener des études en croisant les données disponibles au sein des caisses d'Assurance maladie avec celles des instituts statistiques nationaux. Ces études (réalisées au niveau national et/ou selon le pays) devraient prendre en compte les grilles d'entrée suivantes : âge, sexe, lieu de résidence, consommation médicale, catégorie socio-professionnelle, pathologies dont sont atteintes les personnes – et notamment les maladies chroniques, afin de produire des analyses croisées et de démontrer que l'obésité n'est pas un phénomène uniforme. En effet, lorsque l'on recoupe l'ensemble de ces données, on se rend compte, par exemple, que la situation d'une même tranche d'âge n'est pas nécessairement la même d'une région à l'autre. Ces

études statistiques se révéleraient très précieuses dans le cadre d'actions spécifiques à un territoire de vie.

Il y aurait lieu de diffuser régulièrement de telles études par exemple par le biais de communiqués de presse, de publications, afin de nourrir les réflexions et de sensibiliser davantage les professionnels de santé, les acteurs institutionnels nationaux et locaux, les associations de patients...

Exemple de bonne pratique

En Champagne-Ardenne, une caisse a coordonné, financé et piloté la mise en place d'**un tableau de bord transfrontalier de la santé** recensant les données existantes, recueillant les indicateurs disponibles et analysant les informations obtenues. Les partenaires associés dans cette action sont le Conseil général, le Conseil régional, l'Agence régionale de l'hospitalisation, les services déconcentrés du Ministère de la santé...

DOMAINES D'INTERVENTION

Information des consommateurs, publicité et stratégie commerciale

Comment définir, traduire dans les faits et contrôler l'efficacité de l'autoréglementation ? Quelles mesures faut-il prendre pour éviter que la crédulité et le manque d'éducation aux médias des consommateurs vulnérables ne soient exploités par la publicité, les stratégies commerciales et les actions de promotion ?

En France, la loi du 9 août 2004 stipule que les boissons avec ajout de sucre, de sel ou d'édulcorants de synthèse et de produits manufacturés, objets de messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés, doivent contenir une information à caractère sanitaire. Il serait intéressant de connaître l'impact d'autres lois nationales telles que celles qui interdisent les publicités alimentaires télévisées aux principales heures d'écoute des enfants, lesquels sont, comme on le sait, particulièrement sensibles aux messages véhiculés par la publicité.

Il est par ailleurs important de souligner que les régimes d'Assurance maladie ne peuvent jouer un rôle qu'en aval des messages publicitaires de l'industrie agro-alimentaire. Toute allégation en la matière devrait reposer sur les qualités nutritionnelles réelles des produits car il serait faux de laisser penser qu'il n'y a pas de mauvais ou de bons aliments, mais seulement de bons ou de mauvais régimes alimentaires. Dans des cas extrêmes, on a pu relever une distorsion d'information manifeste, entre d'un côté des industriels qui cherchent à occulter les effets négatifs de leurs produits, et de l'autre des consommateurs non avertis des effets de ces produits sur leur santé. Une solution consisterait alors à inciter les fabricants à apporter la preuve scientifique du contenu de leurs messages avant de mettre un produit sur le marché.

L'éducation des consommateurs

Comment aider au mieux les consommateurs à effectuer des choix éclairés et à agir avec efficacité ?

Il faudrait sans doute davantage parler de « citoyens » que de « consommateurs ». Une piste intéressante consisterait à intensifier les actions ciblées en direction des assurés sociaux au niveau local, en collaboration avec les réseaux du secteur de l'économie sociale.

Exemples de bonnes pratiques

En Bourgogne, des caisses ont développé un module intitulé « **Alimentation Programme Prévention Santé Seniors 21** », en coopération avec la Fédération Départementale des retraités et Personnes Agées. Un programme d'information - formation a été élaboré sur les bonnes pratiques alimentaires après 50 ans. Des consultations diététiques individuelles ont été proposées aux volontaires. En région Centre, des caisses ont financé et impulsé, avec un Centre d'Action Sociale, des animations, dans une démarche éducative de promotion de l'équilibre alimentaire dans les écoles. Elles ont mobilisé l'équipe éducative, impliqué la restauration scolaire en organisant une conférence d'information, un spectacle, ceci afin de toucher les enfants, les adolescents, les professionnels de l'Education Nationale et les parents.

Comment les partenariats public-privé peuvent-ils contribuer à l'éducation des consommateurs ?

A l'évidence, les partenariats public-privé apparaissent très efficaces dans les actions locales.

Exemples de bonnes pratiques

En Auvergne, une caisse a financé et piloté un projet intitulé « **Nutrition santé sur un quartier** ». Ce projet comporte une analyse des représentations et des habitudes alimentaires, une sensibilisation et une information en matière d'équilibre alimentaire, la mise en place de différents ateliers, la distribution de brochures et la formation d'adultes relais. Ont participé à ce projet des établissements sociaux et médicaux sociaux, des mutuelles et assurances privées, des établissements de santé et des associations. En Bretagne, une caisse a financé un projet nommé « **Défi Santé Voile** » qui a mobilisé des municipalités, instituts de recherche et des entreprises privées. Un programme d'éducation nutritionnelle a été mis en place par l'intermédiaire de l'animation de petits déjeuners, la création d'un livret pédagogique, l'expérimentation d'un distributeur de fruits en milieu scolaire et l'organisation de journées sportives, de conférences et d'expositions.

En matière d'alimentation et d'activité physique, quels messages clés faut-il faire passer aux consommateurs, comment faut-il les délivrer et qui doit s'en charger ?

Il est indispensable de bien cibler les messages à faire passer, sans submerger les consommateurs d'interdits pouvant entraîner des réactions de rejet. Quatre messages clés pourraient être ainsi développés de façon prioritaire : la promotion de la consommation de féculents, la promotion de la consommation de fruits et légumes, la limitation de la consommation de produits sucrés et la promotion de l'activité physique.

En France, chacun de ces thèmes a fait l'objet, ces dernières, années de campagnes de communication spécifiques sous l'expression générale « manger bouger ». Elles ont été menées dans le cadre du PNNS et ont mobilisé l'ensemble de ses parties prenantes. A titre d'exemple, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, l'Assurance maladie française et l'INPES ont lancé en février 2004 la première campagne nationale de promotion de l'activité physique (<http://www.mangerbouger.fr>). Cette action d'envergure s'adressait au grand public et, en particulier, aux femmes et aux plus de 45 ans – compte tenu de la prévalence d'inactivité physique dans ces populations – via une campagne presse, télévisée et radiophonique.

Exemple de bonne pratique nationale

Un dispositif média et hors média a été mis en œuvre au 1er semestre 2004 permettant de faire connaître la recommandation du PNNS « **au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour** » et de l'inclure dans la vie quotidienne des Français. Objectif : faire prendre conscience de l'enjeu de santé publique que représente la promotion de l'activité physique auprès des relais d'opinion (avec une alerte dans la presse quotidienne nationale), dédramatiser l'effort lié à l'activité physique (avec un film mettant en évidence son caractère naturel et quotidien) et favoriser le passage à l'acte.

Ont été utilisés une campagne radio nationale, une action de proximité dans les transports en commun (mise en place d'une signalétique incitant à prendre les escaliers plutôt que les escalators dans le métro parisien, utilisation des oriflammes dans les bus encourageant à descendre une station plus tôt), des actions menées auprès des entreprises pour relayer la campagne de promotion de l'activité physique en ciblant le public sur son lieu de travail (dans les 35 000 entreprises de plus de 50 salariés), en développant une signalétique ludique à l'intérieur de l'entreprise pour favoriser le passage à l'acte (brochures à distribuer, stickers à coller sur les ascenseurs, affiches, etc.). Ont également été conduites des actions en direction de 150 000 professionnels de santé (médecins généralistes, cardiologues, rhumatologues, endocrinologues, gynécologues, gastro-entérologues, pédiatres et diététiciens ont reçu un kit d'outils de communication ainsi qu'un « Quiz santé »). Enfin, des actions ont été menées auprès des collectivités locales : « Pourquoi inciter vos concitoyens à prendre leur santé en main ? » (message fort à faire passer : l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide chaque jour protège votre santé), « Quel rôle pouvez-vous jouer ? » (favoriser le passage à l'acte en organisant des actions de proximité dans les communes), « Quels sont les outils à votre disposition ? » (CD, panneaux pour réaliser une exposition sur le PNNS, affiches pour inciter les concitoyens à bouger, supports événementiels, signalétique à disposer sur les lieux de vie).

Une attention particulière aux enfants et aux jeunes

Quels sont les bons exemples à suivre pour améliorer la valeur nutritionnelle des repas scolaires et comment informer les parents sur comment améliorer la valeur nutritionnelle des repas à la maison ? Quelles sont les bonnes pratiques concernant l'offre d'activités physiques régulières dans les écoles ? Quelles sont les bonnes pratiques pour encourager les élèves à des choix alimentaires sains dans les écoles, en particulier sur la consommation excessive d'en-cas à forte teneur énergétique et de sodas édulcorés ? Comment les médias, les services de santé, la société civile et les secteurs industriels concernés peuvent-ils soutenir les efforts d'éducation à la santé entrepris dans les écoles ? Quel rôle peuvent jouer les partenariats public-privé à cet égard ?

- Amplifier la coopération entre la médecine scolaire et les enseignants. Pour améliorer la valeur nutritionnelle des repas scolaires, il est impératif que les autorités publiques

communiquent aussi à destination des responsables d'établissement. En France, deux circulaires rappellent les besoins nutritionnels, la composition des repas et la nécessité de former les enfants à la diététique. De même, pour encourager les élèves à procéder à des choix alimentaires sains dans les écoles, une solution consisterait à intervenir en faveur de la disponibilité de certains produits alimentaires dans les établissements scolaires. En France, les sodas et les snacks sucrés sont interdits dans les distributeurs des établissements scolaires primaires et secondaires.

- Soutenir les initiatives innovantes.

Exemple de bonnes pratiques plurirégionales

L'Assurance maladie française a appuyé la mise en place de réseaux de prévention, dépistage et prise en charge de **l'obésité en pédiatrie**, les REPOP. Ceux-ci ont été mis en place dans trois régions (Paris/Ile de France, Toulouse et Lyon) et leurs actions ont été le plus souvent développées dans les écoles maternelles ou primaires. Des outils ont été mis en commun et de nombreuses réunions d'échanges et de travail ont eu lieu, permettant le décloisonnement entre l'Education nationale, les enseignants et les services de promotion de la santé des élèves (PSE), les REPOP et les services de Protection maternelle et infantile (PMI). Le financement de ces actions a fait appel à différents fonds dont ceux de l'Assurance maladie française.

Dans toutes ces actions, l'un des écueils à éviter est de se focaliser sur les seuls enfants en situation de surpoids. Les actions doivent s'adresser, dans un premier temps, à l'ensemble des enfants afin de prévenir les cas d'obésité de demain. En outre, il y a lieu de diagnostiquer toutes les causes pouvant expliquer une prise de poids potentielle ou avérée, au-delà des simples raisons physiologiques (événement familial particulier ou changement brusque dans le mode de vie). Dans les cas où l'obésité est à la fois plus conséquente et plus installée, l'efficacité des options thérapeutiques est plus relative. Les rééquilibrages alimentaires demandent des efforts plus soutenus, d'où l'importance d'agir en amont et de dépister le plus précocement possible les cas à risques.

Par ailleurs, il est nécessaire de prendre en compte le fait que la famille est le lieu privilégié de la construction du « capital santé ». Pour l'enfant, les rythmes de vie et les activités quotidiennes sont des moments importants dans la transmission des savoirs « faire et être » favorables ou néfastes à la santé. Ceux-ci se font souvent à l'insu même de la famille prise dans le quotidien de la journée (repas, sommeil, scolarité, télévision, jeux, loisirs...). Les modes de vie et les habitudes transmises vont donc influencer, tout au long du cycle de vie, sur la santé de chacun des membres de la famille.

C'est donc au niveau de la cellule familiale que doit porter la lutte contre la sédentarisation et les mauvaises habitudes alimentaires : consommer des fruits et légumes, multiplier les occasions de faire des dépenses physiques (prendre le vélo au lieu de la voiture, emprunter les escaliers...) est l'affaire de tous ses membres, et non pas seulement de celui ou celle qui montrera des signes de surcharge pondérale. Les parents constituant un exemple pour leurs enfants, il faut donc que tous adoptent le même comportement.

C'est pourquoi un environnement familial averti des dangers de l'obésité et sensibilisé aux bonnes pratiques sera le meilleur frein aux surcharges pondérales. Au-delà des campagnes nationales, il faudrait soutenir les initiatives locales ciblées sur les familles. Des actions de proximité avec des groupes cibles restreints mais bien identifiés auront des résultats au moins équivalents à ceux de mesures de sensibilisation plus globales.

Exemple national de bonne pratique

Un concours national intitulé « **Dans la famille nutrition, je voudrais l'équilibre !** » a été lancé en milieu rural. Reconnaisant les compétences éducatives des familles vis-à-vis de leurs enfants, il est fait appel à leur expérience pour évoquer la nutrition au sein de la cellule familiale et les inciter à écrire leur propre histoire de « l'alimentation et l'activité physique en famille » telles qu'elles la vivent ou pourraient la vivre dans leur vie quotidienne. Le but est de dialoguer directement avec les familles sur leurs habitudes et comportements nutritionnels, à partir de la description de leur vie quotidienne de les faire exprimer sur leurs propres comportements, ainsi que sur la manière dont elles les transmettent à leurs enfants au sein d'ateliers. Leur participation est sollicitée sous une forme ludique devant aboutir à la création d'un album de bandes dessinées, réalisé à partir de « mises en scène » proposées par ces familles devenues co-scénaristes, sur l'alimentation et l'activité physique avec en référence leur vie quotidienne. Les familles décriront puis écriront leurs propres histoires sur la nutrition. Un jury national sélectionnera sept scénarii. Illustrés par un dessinateur de BD, ils seront réunis et publiés dans un album d'ici fin 2006. Au-delà de la parution de cet album, ce concours permettra de développer des actions d'information et de sensibilisation, tant auprès des parents et des enfants afin de promouvoir des comportements favorables à la santé, qu'auprès des professionnels de la santé, de l'éducation et du lien social.

Exemple local de bonne pratique

En Normandie, des caisses ont lancé en 2004 un appel à projets à destination des zones rurales intitulé « **Ose la forme, bouge en famille** » dont le but était de soutenir des parents qui s'engagent dans une action collective visant à préserver le capital santé des enfants. Douze initiatives centrées sur l'alimentation et la pratique du sport en famille se sont vues octroyer un prix de 1 000 €.

- Une attention particulière aux seniors. La focalisation sur les jeunes ne doit pas laisser de côté certains types de population, avec au premier plan les seniors. La question de l'obésité se pose en effet avec acuité pour cette tranche d'âge – notamment après le départ à la retraite – et prévenir, auprès des plus âgés, l'obésité permettrait également de prévenir l'apparition de maladies chroniques.

Exemple de bonne pratique

Un plan national d'actions en faveur des personnes âgées intitulé « **Seniors, soyez acteurs de votre santé** » a été lancé en milieu rural. L'hygiène de vie, et par conséquent la nutrition et la prévention de l'obésité, sont au coeur de cette campagne de sensibilisation des assurés et des prescripteurs ; l'INPES et la Fédération Nationale des Aînés Ruraux sont associés à cette démarche. Sur le terrain, des réunions d'information cantonales sont organisées sur le bon usage du médicament et sur les éléments clés du « bien vieillir ». Elles sont suivies par la distribution d'un agenda rassemblant différents conseils et grandes règles d'hygiène de vie. On citera ainsi une action menée sur tout le territoire par des caisses qui ont mis sur pied des conférences débats, dont une intitulée « **Pas de retraite pour la fourchette** ».

- Développer une approche par genre. Il s'agirait de reconnaître qu'il y a des rôles remplis davantage par le père ou par la mère et qu'il faut les prendre en compte, soit pour les modifier soit pour les conforter. Dans de nombreuses régions et/ou milieux socio-professionnels – on pourra citer les populations d'origine immigrée, les familles rurales, les foyers où la mère ne travaille pas... –, la mère de famille reste le centre de référence autour duquel se bâtissent de nombreuses habitudes familiales, notamment en matière de nutrition. Elle est également le premier prescripteur de nourriture, y compris pendant sa grossesse, et joue un rôle majeur dans la préparation des repas, l'achat des denrées... Si les actions dont l'objectif est d'aider directement les enfants peuvent se révéler efficaces, car elles correspondent à des besoins et des problèmes spécifiques, la réalisation d'actions destinées aux femmes semble donc être une autre voie possible pour toucher indirectement les enfants. Mais l'approche selon le genre s'exerce aussi par des initiatives spécifiques visant à accroître l'implication du père sur ces aspects. L'ensemble de ces actions passe alors par des canaux locaux, parfois anciens mais qui restent d'une grande modernité, comme les cours de cuisine, les réunions locales ou les clubs du soir.

Intégrer aux services de santé la prévention et le traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité

Quelles mesures sont nécessaires, et à quel niveau, pour renforcer la promotion d'une alimentation saine et l'activité physique dans les services de santé ?

Les messages diffusés par le PNNS et par l'ensemble des acteurs compétents en matière d'éducation à la santé et de prévention se révèlent efficaces si les familles se l'approprient. Pour ces professionnels de santé, il n'est pas toujours évident de traiter ces questions touchant à l'hygiène de vie et aux habitudes alimentaires. C'est pourquoi le médecin traitant peut jouer un rôle efficace, de par sa proximité plus grande avec ses patients.

Exemple de bonne pratique

En France, la convention médicale nationale de janvier 2005 signée par les médecins généralistes et spécialistes et les Caisses d'Assurance Maladie lui confie la mission d'assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et de contribuer à la promotion de la santé. La mise en place du parcours de soins coordonnés crée ainsi une opportunité pour engager le médecin dans une démarche de prévention programmée et cohérente avec les enjeux de santé publique ; cette démarche couvre tous les âges de la vie et donne du sens à la désignation d'un médecin traitant, y compris pour les personnes ne consultant qu'occasionnellement. La prévention de l'obésité entre parfaitement dans ce cadre, puisque le médecin traitant est l'acteur central de deux dispositifs, l'un dans le domaine de la prévention, l'autre dans le domaine des « Affections de Longue Durée » (ALD), terme qui renvoie à la notion de maladie chronique. Le médecin traitant doit en effet encourager à une meilleure nutrition afin de prévenir l'obésité, ceci au travers de plusieurs actions : une démarche systématique pour tous ses patients concernés, une démarche organisée dans la durée en fonction des risques individuels détectés, une information, une sensibilisation et une mobilisation de ses patients, le cas échéant une coordination avec des intervenants pluridisciplinaires, et enfin la tenue d'un dossier médical enrichi de chacune des actions entreprises et de leurs résultats.

Pour l'aider dans ces tâches, les caisses françaises d'Assurance maladie vont mettre en place plusieurs leviers : la mise à disposition d'outils (information, sensibilisation sur les risques, évaluation des risques, information sur l'offre de proximité en matière de prévention, information sur le remboursement des patients), des retours d'information (sur la pratique des médecins traitants en matière de prévention, sur les résultats observés, individuels et collectifs, sur la participation des patients aux programmes), le développement d'une offre de formation conventionnelle sur les thèmes de prévention prioritaires (détection et évaluation des facteurs de risques, pratiques de prévention, stratégie de prise en charge) et la promotion d'une évaluation des pratiques professionnelles intégrant les pratiques de prévention et des incitations financières dans le cadre d'un contrat de santé publique.

Inégalités socio-économiques

Quelles mesures, et à quel niveau, pourraient promouvoir une alimentation saine et l'activité physique auprès des populations et des ménages de certaines catégories socio-économiques moins élevées et leur permettre d'adopter des modes de vie plus sains ? Comment s'attaquer au « tissu de mauvaises habitudes » fréquemment adopté par certains groupes socio-économiques ?

Comme on l'a déjà évoqué plus haut, la famille constitue un lieu privilégié pour la construction du capital santé. Des actions locales et ciblées pourront donc s'adresser en priorité aux catégories socio-économiques moins favorisées.

Il conviendrait de donner aux populations les moins favorisées l'information nécessaire pour qu'elles puissent s'alimenter de façon équilibrée au moindre coût. Il est par ailleurs préférable que les structures de santé s'adressent en priorité à ces populations, et notamment en matière de prévention de l'obésité. En France, les CES assurent un examen de santé périodique à tous les assurés et à leurs familles, et les proposent en priorité à certaines catégories : chômeurs, bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, jeunes sans emploi, retraités, inactifs, assurés volontaires, populations exposées à des risques particuliers, en marge du système de soins ou ne bénéficiant pas au titre de la législation d'un suivi médical régulier (médecine universitaire, médecine du travail...). De surcroît, la création en France de centres de référence, sous la forme de huit pôles inter - régionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses, visera également

ces populations et ménages issus de certaines catégories socio-économiques moins élevées. Ces pôles devraient permettre le regroupement d'équipes pluridisciplinaires (diététicien, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute...).

Exemples de bonnes pratiques

En Aquitaine, une caisse a lancé une action nommée « **La santé vient en mangeant** ». Elle vise à informer sur la nutrition et l'activité physique et à éduquer à la santé des femmes en situation de précarité ou de difficultés d'insertion sociale, des scolaires et des personnels d'encadrement chargés de relayer les informations, via la réalisation d'une exposition dans les établissements scolaires et la confection d'un petit déjeuner équilibré dans les écoles primaires. En Normandie, une caisse a monté un projet intitulé « **Education nutritionnelle des personnes en situation de précarité** » (personnes en structures d'insertion ou repérées isolément et réunies par groupes). Il s'agit d'accompagner un groupe de personnes dans un parcours de 5 ateliers intitulé « le plaisir de manger en cuisinant simple, économique (7 euros/repas pour 5 personnes) et varié ». Ces ateliers s'organisent en co-animation (diététicienne + encadrant de la structure d'insertion ou travailleur social en charge du groupe défini ci-dessus).

Coopération au-delà de l'Union européenne

A quelle condition la Communauté devrait-elle s'engager dans l'échange d'expériences entre les pays de l'Union et les pays tiers et déterminer les meilleures pratiques ? Si oui, au travers de quels moyens ?

La Communauté pourrait soutenir des initiatives à dimension internationale, engagées par des acteurs nationaux en la matière, soutien qui pourrait se concrétiser notamment dans l'aide à leur diffusion.

Exemple d'initiative à dimension internationale

Dans le cadre de leur contribution aux activités de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), et au sein d'un groupe transnational associant des représentants des différents continents pour que les problématiques abordées ne soient pas que celles des pays industrialisés, la CNAMTS et la MSA ont choisi de travailler avec d'autres organisations françaises sur le thème de l'optimisation de la prise en charge des maladies chroniques. Le but est d'initier un projet de coopération internationale entre organismes de sécurité sociale allant au-delà de la simple réalisation d'études, avec la confrontation d'expériences nationales concrètes. Cela passera par la mise en place d'un groupe de travail technique transnational ; ce dernier permettra d'apporter des réponses nouvelles et innovantes à des questions posées dans de nombreux pays. La finalité poursuivie serait, outre les échanges d'information et l'analyse des réussites et des échecs en la matière, d'être en mesure d'émettre des recommandations et des préconisations reproductibles dans tous les pays concernés. Ce projet nécessitera une expertise technique, opérationnelle, incluant à la fois les dimensions médicale et économique du problème : il s'agira d'analyser la question des maladies chroniques du point de vue du management de la santé.

CONCLUSION

La CNAMTS et la CCMSA partagent l'analyse faite par la Commission dans son Livre vert. A partir de la double donne que l'obésité est une pathologie touchant l'ensemble de nos sociétés et que la réponse à apporter ne peut être uniquement sanitaire, il apparaît nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs nationaux et locaux : professionnels de santé et populations bien sûr, mais également organismes de protection sociale, associations, responsables institutionnels, corps enseignants, industrie agro-alimentaire... Ce sont des actions les impliquant tous qui obtiendront les meilleurs résultats, actions basées sur des programmes de sensibilisation concrète et de proximité articulés autour de la promotion de l'équilibre alimentaire, des activités physiques et sportives et de l'éducation thérapeutique.

On comprendra donc ici l'importance d'une bonne articulation entre les niveaux communautaire, national et local. Ce dernier revêt une importance décisive, puisque des actions locales créent le mieux, dans les populations, un esprit dynamique et positif autour d'un problème de santé encore mal appréhendé. Ces actions ne doivent pas uniquement reposer sur des interdits, mais sur la prise d'initiatives par l'individu et la famille eux-mêmes : ceux-ci doivent devenir les acteurs de leur propre santé. Les actions sanitaires et sociales locales permettent une meilleure prise de conscience de l'influence du lien social, de l'hygiène de vie et de l'alimentation sur le poids des individus ; elles contribuent par ailleurs à l'animation locale des territoires, allant dans le sens d'une meilleure cohésion sociale et territoriale. Ces initiatives permettent également une démultiplication des messages : elles servent de caisses de résonance vis-à-vis d'autres parents ou d'autres associations locales et mobilisent le milieu scolaire. Enfin, puisqu'il existe de fortes disparités régionales en matière d'obésité, les actions locales sont d'autant plus efficaces qu'elles s'adaptent aux réalités du terrain.

Outre un rôle important en termes de sensibilisation et de communication, les acteurs nationaux et communautaires pourront donc apporter leur soutien à ces projets locaux dans le domaine de la nutrition. Les partenariats avec les collectivités locales devront être encouragés.

Toutes les actions engagées par les régimes en charge de l'Assurance maladie ne sauraient toutefois à elles seules servir de rempart contre l'explosion de l'obésité. Promouvoir une alimentation saine et une plus grande activité physique auprès des populations européennes ne fait qu'agir en aval du problème. Or la lutte contre l'obésité n'est pas qu'une simple question de santé publique : elle revêt également une dimension industrielle, commerciale, économique, sociétale et par conséquent politique.

C'est donc dans ce cadre que la CNAMTS et la MSA suivront avec intérêt les réactions suscitées par le Livre vert et espèrent que la Commission mettra en place des dispositifs de soutien aux initiatives nationales et locales.

Les parties prenantes au débat souhaitent rappeler que depuis sa naissance en 1945, le système français de protection sociale a cherché à répondre à une demande forte de la population française en termes de solidarité et de sécurité. Depuis plus d'un demi-siècle, il s'est développé autour de missions et de valeurs devenues le ciment de la société française, à savoir la solidarité, l'égalité, l'équité, la qualité et l'universalité. Ce système, reconnu par les citoyens, joue aujourd'hui encore un rôle essentiel en contribuant à leur bien-être : il a su s'imposer, autant comme élément primordial de cohésion sociale que comme élément stabilisateur des équilibres économiques. Dans ce système, l'Assurance maladie obligatoire française a pour mission de couvrir l'ensemble de la population résidant en France de façon régulière contre les répercussions financières dues à la maladie en général, mais également à la maternité, à l'invalidité, aux maladies professionnelles, aux accidents du travail ou au décès. Cette action s'effectue indépendamment de l'âge, du statut professionnel, des revenus ou de l'état de santé de l'individu au moment de sa prise en charge.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS

Avec une couverture de 84 % de la population, l'Assurance maladie du régime général, assureur solidaire, a pour objectif de permettre à tous les assurés sociaux et à leur famille d'accéder à des soins de la meilleure qualité possible. Elle fonctionne en réseau, constitué d'organismes décentralisés, autonomes qui assurent une mission de service public. Pour ce faire, elle agit en lien avec les autres acteurs : d'une part l'Etat et ses instances déconcentrées, d'autre part les professionnels de santé libéraux, les hôpitaux publics et privés et les entreprises. Pour remplir ses missions qui se déclinent sur le plan opérationnel en remboursement des soins, compensation de la perte de salaire, prévention de la maladie et action sanitaire et sociale, l'Assurance maladie s'est organisée en plusieurs niveaux.

Etablissement public à caractère administratif, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est à la tête de 250 organismes d'Assurance maladie. Elle est chargée d'assurer le financement en deux gestions distinctes d'une part des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. A ce titre, elle est consultée et donne un avis sur tous les projets de lois et de règlements.

Président : **Michel Régereau**, Directeur : **Frédéric van Rookeghem**, Site Internet : www.ameli.fr

La Mutualité Sociale Agricole - MSA

Premier régime professionnel de protection sociale en France, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère la protection sociale obligatoire de l'ensemble de la profession agricole : exploitants, employeurs, salariés et leurs familles, soit plus de 4 millions de personnes. Elle est l'interlocuteur unique de cette population pour l'ensemble de la protection sociale : santé, famille, retraite, recouvrement, action sociale, services.

Echelon national de la MSA, la Caisse Centrale de MSA (CCMSA) est un organisme de droit privé, chargé d'une mission de service public. Elle contribue, avec son réseau de caisses, à la mise en oeuvre de la politique sociale agricole définie par le Ministre de l'Agriculture et représente la MSA auprès des tiers et notamment des pouvoirs publics.

La MSA incarne, dans ses actions, les valeurs du mutualisme : solidarité, responsabilité, démocratie. Son action s'appuie sur un maillage territorial dense qui lui permet d'être au plus près de ses adhérents et de leur proposer des réponses adaptées. Force de proposition auprès des pouvoirs publics et force d'innovation, la MSA cherche en permanence à exprimer sa capacité à répondre aux exigences nouvelles de l'environnement et des besoins des populations agricole et rurale. Gérée par des représentants élus par les adhérents, la MSA demeure un acteur incontournable de la protection sociale et de son évolution. En 2005, la MSA a été à l'origine de la mise en place de l'ENASP, le réseau européen des caisses agricoles de protection sociale.

Président : **Gérard Pelhate**, Directeur général : **Yves Humez**, Site Internet : www.msa.fr

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.