

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 08.12.2005
COM(2005) 637 final

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 »

TABLE DES MATIÈRES

I. Situation au niveau européen	3
II. Santé et richesse	4
III. La procédure de consultation	5
IV. Structures et instruments au niveau communautaire.....	6
IV.1. Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé ...	6
IV.2. Réseau européen relatif à l'alimentation et à l'activité physique	6
IV.3. La santé à travers les politiques de l'UE	6
IV.4. Le programme d'action dans le domaine de la santé publique	7
IV.5. L'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESAs)	8
V. Domaines d'intervention.....	8
V.1. Information des consommateurs, publicité et stratégie commerciale	8
V.2. L'éducation des consommateurs	9
V.3. Une attention particulière aux enfants et aux jeunes.....	9
V.4. Disponibilité des aliments, activité physique et éducation à la santé sur le lieu de travail.....	10
V.5. Intégrer aux services de santé la prévention et le traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité.....	10
V.6. S'attaquer aux environnements favorisant l'obésité.....	11
V.7. Inégalités socio-économiques	11
V.8. Encourager une approche globale et intégrée pour la promotion des régimes alimentaires sains et de l'activité physique	12
V.9. Recommandations concernant les apports nutritionnels et la formulation de lignes directrices diététiques basées sur l'approche alimentaire	12
V.10. Coopération au-delà de l'Union européenne.....	13
V.11. Divers.....	13
VI. Prochaines Étapes	13
Références.....	14

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 »

I. SITUATION AU NIVEAU EUROPÉEN

I.1. Les régimes alimentaires peu équilibrés et le manque d'activité physique sont les premières causes de maladies évitables et de décès prématurés en Europe, où la prévalence croissante de l'obésité constitue un problème majeur de santé publique
(voir informations générales à l'annexe 2 du document original).

I.2. Le Conseil a invité la Commission à contribuer à la promotion de modes de vie sains¹ et à étudier comment favoriser une meilleure nutrition dans l'Union européenne, en présentant si nécessaire des propositions congruentes en ce sens². Le Conseil a aussi appelé les États membres et la Commission à élaborer et à lancer des initiatives pour encourager l'alimentation saine et l'activité physique³.

I.3. La Communauté dispose d'une compétence univoque dans ce domaine: l'article 152 du traité exige qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine soit assuré dans la définition et l'application de toutes les politiques et actions de la Communauté. Or, plusieurs domaines d'intervention communautaire sont pertinents pour la nutrition et l'activité physique, et le Conseil a confirmé la nécessité de tenir compte de la nutrition et de l'activité physique dans les domaines pertinents au niveau européen⁴.

I.4. L'action communautaire est susceptible d'apporter un complément utile à l'action nationale. Sans limiter le champ d'intervention des États membres, l'action communautaire exploiter les synergies et les économies d'échelle, faciliter l'action au niveau de l'Europe, mettre les ressources en commun, diffuser les meilleures pratiques et renforcer ainsi l'incidence générale des initiatives nationales.

I.5. Le Conseil a souligné que le caractère multicausal de l'épidémie d'obésité appelait des stratégies mobilisant de multiples parties prenantes - dont la plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé (voir point IV.1) constitue un bon exemple – ainsi qu'une action aux niveaux local, régional, national et européen⁶. Le Conseil a également salué l'intention de la Commission de publier le présent livre vert et de présenter en 2006 les résultats de la consultation publique ainsi entreprise⁷.

I.6. Le Comité économique et social européen a souligné que l'action communautaire pouvait renforcer l'effet des initiatives prises par les autorités nationales, le secteur privé et les ONG⁸.

I.7. Plusieurs États membres mettent déjà en œuvre des stratégies nationales ou des plans d'action en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé⁹. L'action communautaire est

¹ References are grouped in Annex 3 at the end of the document

susceptible de soutenir et compléter ces activités, promouvoir leur coordination et aider à déterminer et à diffuser les bonnes pratiques, de façon à ce que les autres pays puissent bénéficier de l'expérience accumulée.

II. SANTÉ ET RICHESSE

II.1. Outre les souffrances humaines qu'elle génère, l'incidence croissante de l'obésité a des répercussions économiques particulièrement importantes. D'après les estimations, l'obésité motive, dans l'Union européenne, jusqu'à 7 % des dépenses de santé publique¹⁰ – un chiffre qui continuera d'augmenter vu la tendance croissante à l'obésité. Bien qu'on ne dispose pas de données détaillées pour tous les États membres de l'UE, les études réalisées mettent en évidence l'important coût économique de l'obésité: dans un rapport rédigé en 2001, le *National Audit Office* britannique a estimé que sur le seul territoire anglais, l'obésité était responsable de 18 millions de jours d'absence pour cause de maladie et de 30 000 décès prématurés, ce qui correspond à des dépenses directes de soins de santé d'au moins 500 millions de livres sterling par an. Le coût plus large pour l'économie, comprenant une baisse de productivité et des pertes de production, a été estimé à 2 milliards de livres sterling par an¹¹. Dans un rapport publié en 2004 sur l'incidence de l'activité physique et son lien avec la santé, le *Chief Medical Officer* britannique a estimé le coût de l'inactivité physique à 8,2 milliards de livres sterling par an (y compris les dépenses de soins de santé et le coût plus large pour l'économie, tel que les jours de travail non prestés)¹². En Irlande, le coût direct du traitement de l'obésité a été estimé à quelque 70 millions d'euros en 2002¹³. Aux États-Unis, les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) ont évalué les dépenses de soins de santé liées à l'obésité à 75 milliards de dollars¹⁴. Au niveau individuel, des études ont estimé qu'aux États-Unis, les dépenses médicales annuelles d'un adulte moyen obèse dépassaient de 37 % celles d'une personne moyenne de poids normal¹⁵. Ces coûts directs ne prennent pas en compte la baisse de productivité due aux incapacités et à la mortalité prématurée.

II.2. Une analyse réalisée par l'Institut suédois de la santé publique concluait que dans l'Union européenne, 4,5 % des années de vie corrigées de l'incapacité (DALYs pour *disability-adjusted lifeyears*) sont perdues en raison d'une mauvaise nutrition; 3,7 % et 1,4 % le sont en outre en raison de l'obésité et du manque d'activité physique – soit 9,6 % au total, comparés aux 9 % perdus à cause du tabagisme¹⁶.

II.3. L'Institut néerlandais pour la santé publique et l'environnement, le RIVM, s'est récemment penché sur les régimes alimentaires de composition peu équilibrée et leurs répercussions négatives sur la santé. Dans son rapport, il conclut notamment qu'une consommation excessive du « mauvais » type de graisses, telles que les graisses saturées et les acides gras trans, augmente de 25 % le risque de maladie cardiovasculaire, tandis qu'une consommation hebdomadaire ou bihebdomadaire de poisson réduit ce risque de 25 %. Chaque année aux Pays-Bas, 38 000 cas de maladies cardiovasculaires chez les adultes âgés de 20 ans et plus peuvent être attribués à la mauvaise composition des régimes alimentaires¹⁷.

II.4. S'attaquer au problème de la surcharge pondérale et de l'obésité n'est pas seulement important pour la santé publique; la démarche contribuera aussi à réduire les coûts supportés à long terme par les services de santé et à stabiliser les économies en permettant aux citoyens de mener une vie productive jusqu'à un âge avancé. Ce Livre

Vert servira à déterminer si, en complétant les actions des États membres, l'intervention communautaire est susceptible de concourir à réduire les risques sanitaires, à contenir les dépenses de santé et à améliorer la compétitivité des économies des États membres.

III. LA PROCÉDURE DE CONSULTATION

III.1. Comme annoncé dans la communication « Améliorer la santé, la sécurité et la confiance des citoyens: une stratégie en matière de santé et de protection des consommateurs »¹⁸, la Commission élabore actuellement une série de stratégies communautaires pour agir sur les principaux déterminants de la santé, y compris la nutrition et l'obésité. Dans ce contexte, le présent livre vert vise à ouvrir un vaste processus de consultation et à lancer une discussion approfondie, impliquant les institutions européennes, les États membres et la société civile, dans le but d'identifier la possible contribution Communautaire pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.

III.2. La Commission invite toutes les organisations intéressées à soumettre leurs réponses aux questions abordées dans le présent livre vert au plus tard le 15 mars 2006, à l'adresse suivante (de préférence par courrier électronique):

Commission européenne
Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs
Unité C4 – Déterminants de la santé
Adresse électronique: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Adresse postale: L-2920 Luxembourg
Fax: (+ 352) 4301.34975

Les réponses ne doivent pas constituer des exposés scientifiques, mais formuler des propositions concrètes, inspirées de données factuelles, pour l'élaboration de politiques, principalement au niveau européen. La Commission attend la contribution des opérateurs économiques sur les questions relevant de leur domaine d'intérêt (par exemple, la publicité et les techniques commerciales, l'étiquetage, etc.), celle des associations de patients et celle des ONG actives dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs.

III.3. À moins d'une déclaration contraire des participants à la consultation, les services de la Commission considéreront qu'ils consentent à ce que leurs réponses soient publiées, en tout ou en partie, sur le site Internet de la Commission et/ou citées dans les rapports analysant les résultats du processus de consultation¹⁹.

III.4. Vu la nature multifactorielle des maladies liées aux mauvaises habitudes alimentaires et au manque d'activité physique et vu la nécessité d'une réponse impliquant de multiples parties prenantes, le présent livre vert aborde certaines questions qui relèvent essentiellement de la compétence des États membres (comme l'éducation, l'urbanisme, etc.) ; il devrait également contribuer à déterminer où l'Union européenne peut apporter une valeur ajoutée, par exemple en soutenant la mise en réseau et la diffusion des bonnes pratiques.

IV. STRUCTURES ET INSTRUMENTS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

IV.1. Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé

IV.1.1. La plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé a été lancée en mars 2005 dans le but d'établir un cadre d'action commun. Cette plateforme rassemble tous les acteurs pertinents au niveau européen qui souhaitent prendre des engagements contraignants et vérifiables pour interrompre et renverser la tendance actuelle aux excès de poids et à l'obésité. L'objectif est de catalyser l'action volontaire au sein des entreprises, de la société civile et du secteur public dans toute l'Union européenne. Les membres de la plate-forme incluent les principaux représentants européens de l'industrie alimentaire, du commerce de détail, de la restauration, de l'industrie publicitaire, des organisations de consommateurs et des ONG du secteur de la santé.

IV.1.2. La plate-forme doit fournir un exemple d'action coordonnée, mais autonome, des différentes composantes de la société. Elle a été conçue pour encourager d'autres initiatives aux niveaux national, régional ou local et pour coopérer avec des forums similaires à l'échelle nationale. Parallèlement, la plate-forme peut fournir des idées pour intégrer la lutte contre l'obésité à un large éventail de politiques européennes. La Commission considère la plate-forme comme le moyen d'action non juridique le plus prometteur vu sa position idéale pour établir une relation de confiance entre les principales parties prenantes. Les premiers résultats de la plate-forme sont encourageants: la mobilisation des autres politiques communautaires est importante, les membres de la plate-forme prévoient des engagements ambitieux pour 2006, et une rencontre avec les parties intéressées américaines contribuera à l'échange des bonnes pratiques. En outre, les ministres des sports se sont engagés à offrir leur soutien à la plate-forme. Une première évaluation des résultats de la plate-forme aura lieu mi-2006²⁰.

IV.2. Réseau européen relatif à l'alimentation et à l'activité physique

IV.2.1. En 2003, un réseau sur l'alimentation et l'activité physique, composé d'experts nommés par les États membres, l'OMS et les ONG actives dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs, a été établi par les services de la Commission dans le but de conseiller la Commission sur l'élaboration d'actions communautaires destinées à améliorer la nutrition, à réduire et à prévenir les maladies liées au régime alimentaire, à promouvoir l'activité physique et à lutter contre les excès de poids et l'obésité. Ce réseau s'impliquera activement dans l'analyse des réponses au présent livre vert.

IV.3. La santé à travers les politiques de l'UE

IV.3.1. La prévention des surcharges pondérales et de l'obésité passe par une stratégie intégrée de promotion de la santé – stratégie qui combine la promotion de modes de vie sains avec des actions portant sur les inégalités sociales et économiques ainsi que sur l'environnement physique, et avec l'engagement à poursuivre des objectifs de santé par l'intermédiaire d'autres politiques communautaires. Une telle stratégie devrait impliquer plusieurs politiques communautaires (telles que l'agriculture, la pêche, l'éducation, le sport, la politique des consommateurs, les entreprises,

la recherche, la politique sociale, le marché intérieur, l'environnement et l'audio-visuel) et bénéficier de leur soutien actif.

IV.3.2. Au niveau de la Commission, plusieurs mécanismes ont été instaurés pour garantir la prise en considération de la santé dans d'autres domaines d'intervention communautaires:

- la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs est systématiquement consultée au sujet des propositions politiques majeures émanant des autres services de la Commission;
- le groupe interservices sur la santé discute des questions de santé avec tous les services de la Commission concernés;
- la procédure d'analyse d'impact mise sur pied par la Commission a été établie comme un outil permettant d'améliorer la qualité et la cohérence du processus d'élaboration des politiques et inclut l'analyse des répercussions sur la santé.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

– 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?

– Quel genre de mesures Communautaires ou nationales pourraient aider à améliorer l'attractivité, la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des fruits et légumes?

– 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?

IV.4. Le programme d'action dans le domaine de la santé publique

IV.4.1. L'importance de la nutrition, de l'activité physique et du problème de l'obésité se reflète dans le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique²¹ ainsi que dans ses plans de travail annuels. Au titre du volet sur l'information en matière de santé, le programme soutient des activités visant à collecter des données plus solides sur l'épidémiologie de l'obésité et sur les questions de comportement²². Dans le cadre de ce programme, un ensemble comparable d'indicateurs relatifs au statut sanitaire est mis en place, y compris dans le domaine de l'alimentation, de l'activité physique et de l'obésité.

IV.4.2. Au titre du volet sur les déterminants de la santé, le programme soutient des projets paneuropéens dont le but est de promouvoir l'exercice physique ainsi que des habitudes alimentaires saines, en adoptant des démarches intersectorielles et intégratives qui favorisent les approches axées sur le mode de vie, tiennent compte des considérations écologiques et socio-économiques, se focalisent sur les groupes cibles et environnements clés et connectent leurs travaux sur différents déterminants de la santé²³.

IV.4.3. La proposition de la Commission pour un nouveau programme en matière de santé et de protection des consommateurs²⁴ met nettement l'accent sur la promotion et la prévention, y

compris dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique, et prévoit un nouveau volet d'action relatif à la prévention de certaines maladies.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

– 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?

Il est impératif d'améliorer l'information en matière de santé et enrichir les connaissances nécessaires à l'élaboration de politiques de santé publique

1. Définir des indicateurs pertinents :

L'obésité et la surcharge pondérale sont des facteurs de risque favorisant le développement de nombreuses maladies graves. Il est donc essentiel de définir et de promouvoir le meilleur indicateur permettant de prévenir ce risque. Des études épidémiologiques récentes ont démontré que le tour de taille (*indicateur clé de l'obésité abdominale – Cf. annexe 2, point 9bis*) est un bien meilleur élément de prédiction des maladies cardiovasculaires que le poids corporel ou l'IMC (Indice de Masse Corporelle) seul.

Comme le précise le Rapport statistique européen sur les maladies cardiovasculaires préparé pour l'European Heart Network (Réseau Européen du Cœur)⁵⁷, l'étude cas-témoins INTERHEART a démontré l'importance de l'obésité abdominale comme facteur de risque de maladies cardiovasculaires. L'étude estime en effet que 63 % des infarctus du myocarde recensés en Europe occidentale et 28 % des infarctus du myocarde répertoriés en Europe centrale et de l'Est sont attribuables à l'obésité abdominale (ratio périmètre de la ceinture abdominale/périmètre au niveau des hanches élevé) et que les sujets qui présentent une obésité abdominale courent deux fois plus de risques d'être victimes d'un infarctus du myocarde que ceux qui n'en présentent pas.

Cette étude a également montré que l'obésité abdominale est un facteur de risque beaucoup plus important d'infarctus du myocarde que l'IMC.

Par conséquent, l'obésité abdominale mesurée par le tour de taille doit être reconnue comme facteur de risque ayant des conséquences néfastes sur la santé humaine et il importe qu'une politique de prévention soit élaborée et mise en œuvre.

2. Définir des mécanismes appropriés relatif aux indicateurs de santé se rapportant à l'obésité abdominale :

Une politique de prévention efficace doit objectivement être motivée par une solide connaissance de la prévalence de l'obésité abdominale et de ses conséquences, moyennant l'analyse de sa répartition par pays, par sexe, par tranche d'âge et par catégorie socio-économique.

Pour l'heure, les données relatives à la prévalence de cette pathologie font défaut et sont très hétérogènes aussi bien du point de vue géographique (à l'échelle mondiale, comme à l'échelle européenne), que du point de vue des populations ciblées (données issues de la population générale ou des sujets qui consultent un généraliste (soins primaires))^{58, 59}.

Une étude épidémiologique paneuropéenne devrait être menée afin de mesurer et surveiller régulièrement l'obésité abdominale et ses conséquences sur la santé cardiovasculaire.

Celle-ci devrait donc comprendre la mesure du tour de taille comme indicateur commun pour évaluer l'obésité abdominale, ainsi qu'un vaste éventail de paramètres permettant l'évaluation de la santé cardiovasculaire (pression artérielle, glycémie, lipidémie, etc.)

La Commission devrait proposer, soutenir et coordonner la création d'un réseau de spécialistes issus de chaque État membre pour développer ce projet. Une telle réalisation permettrait d'obtenir un ensemble de données comparables pour les 25 États membres de l'Union européenne, autorisant l'évaluation non seulement de la prévalence de l'obésité abdominale, mais aussi l'évolution des facteurs de risque cardiométabolique qui lui sont associés.

Ce type de projet permettrait ainsi d'établir une base solide de connaissances sur laquelle les politiques de santé publique et les initiatives de prévention à l'échelle européenne pourraient s'appuyer.

Les États-Unis ont déjà mis en place une initiative de ce genre grâce à la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) du National Center for Health Statistics, qui fait partie du Center for Disease Control and Prevention du Department of Health and Human Services des États-Unis (ministère de la Santé et des Services sociaux)⁶⁰.

Parmi les exemples utiles des résultats de l'enquête et de leur importance et des nouvelles initiatives qui seront incorporées à l'enquête NHANES⁶¹, figure ce qui suit :

- « Les chiffres sur la prévalence de la surcharge pondérale ont entraîné la multiplication des programmes axés sur le régime alimentaire et l'activité physique, stimulé le déroulement de recherches supplémentaires et fourni les moyens de suivre les tendances en matière d'obésité. »
- « Les programmes nationaux dont l'objectif est de réduire l'hypertension et les taux de cholestérol continuent de se baser sur les données de l'enquête NHANES pour orienter les programmes d'éducation et de prévention vers les populations à risque et pour mesurer leur succès en matière de réduction des facteurs de risque associés aux cardiopathies, première cause de décès dans ce pays. »
- « De nouvelles mesures liées à l'activité physique approfondiront nos connaissances sur son rôle dans la santé et amélioreront l'analyse des relations qui existent entre l'activité physique, l'obésité et la maladie (enquête NHANES 2006). »

- Comment le programme peut-il contribuer à sensibiliser les décideurs, les professionnels de la santé, les médias et le grand public au potentiel que représentent les habitudes alimentaires et l'activité physique pour réduire le risque de maladies chroniques?

1. Créer un programme spécifique de lutte contre l'obésité:

Malgré les mesures prises jusqu'à présent, l'incidence de la surcharge pondérale et de l'obésité continue d'augmenter en Europe, ayant des répercussions non seulement sur la santé humaine mais aussi sur le développement des économies. Pour mieux sensibiliser les populations, la Commission doit aider les citoyens européens à mieux comprendre les risques sur la santé de ces pathologies. Il importe d'insister sur le lien qui existe entre un régime alimentaire équilibré/l'activité physique, la surcharge pondérale/l'obésité et les maladies chroniques.

Outre le programme de nutrition, la menace que la surcharge pondérale et l'obésité font peser sur la santé doit être abordée spécifiquement de manière à bien mettre en évidence leurs corrélations. Une telle reconnaissance permettrait de renforcer la nécessité d'actions collectives notamment dans le domaine de l'éducation/prévention de l'obésité abdominale et des facteurs de risque cardiométabolique qui lui sont associés.

Les États-Unis et le Japon ont déjà pris des mesures à ce sujet en définissant sans équivoque l'obésité comme un problème de santé^{75, 76, 77}.

2. Renforcer l'information des consommateurs:

Des efforts de communication plus soutenus doivent être envisagés pour aider les consommateurs à prendre de meilleures décisions sur leur santé. Il convient de les éduquer sur les risques que représente l'obésité et plus particulièrement l'obésité abdominale.

- Campagne de sensibilisation : La Commission devrait appuyer le déploiement d'une campagne publique de prévention de l'obésité (et plus particulièrement de l'obésité abdominale) de même nature que la campagne « HELP – Pour une vie sans tabac », afin de transmettre au public des messages clairs et simples sur les moyens à mettre en œuvre pour éviter l'obésité.

- Le site internet de la Commission contient déjà des fiches d'informations précises et complètes sur diverses maladies, les causes de décès et les systèmes de santé. Une fiche sur la lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité, résumant les actions européennes déjà accomplies et/ou en cours, pourrait fortement contribuer à sensibiliser le public sur la menace que représentent ces pathologies. Cette fiche devrait notamment présenter des recommandations claires sur les moyens permettant d'appréhender les risques liés à l'obésité.

3. Échange de bonnes pratiques :

Un tel exercice apporterait aux décideurs une idée plus précise des moyens disponibles pour lutter contre le fléau que représentent la surcharge pondérale et l'obésité.

La Commission devrait encourager l'élaboration d'un rapport complet sur la situation de l'obésité dans chaque Etat membre, non seulement pour recueillir des faits et des données, mais aussi pour dresser un bilan des instruments et méthodes qui ont déjà été élaborés et/ou partiellement mis en œuvre pour la prévention de la surcharge pondérale/obésité (et plus particulièrement de l'obésité abdominale).

Ce rapport devrait par ailleurs comporter un volet sur la gestion des patients obèses afin de mettre en évidence les moyens les plus efficaces visant à lutter contre la morbidité/mortalité prématurée, conséquence de leur état.

IV.5. L'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA)

IV.5.1. En offrant des conseils et une assistance scientifiques, l'Autorité européenne de sécurité des aliments peut étayer de manière significative les actions proposées en lien avec la nutrition (concernant par exemple la consommation recommandée d'éléments nutritifs ou les stratégies de communication relatives à l'incidence de l'alimentation sur la santé, ciblant les professionnels de la santé, les opérateurs de la chaîne alimentaire et le grand public). (*Voir point V.9 ci-dessous pour des informations sur le rôle de l'AESA dans la formulation de recommandations diététiques basées sur l'approche alimentaire*).

V. DOMAINES D'INTERVENTION

V.1. Information des consommateurs, publicité et stratégie commerciale

V.1.1. L'objectif de la politique des consommateurs est de permettre aux individus de poser des choix éclairés concernant leur régime alimentaire. L'information relative au contenu nutritionnel des produits est un élément important à cet égard. Une information cohérente sur les produits alimentaires, conjuguée à une éducation appropriée des consommateurs, peut indubitablement sous-tendre des choix alimentaires éclairés. Dans cet objectif, la Commission a soumis une proposition de règlement visant à harmoniser les règles relatives aux allégations nutritionnelles et de santé²⁵. Cette proposition inclut le principe de la définition de profils nutritionnels, afin d'empêcher que des denrées alimentaires contenant certains nutriments en grande quantité (sel, matières grasses, graisses saturées et sucres) se targuent de vertus nutritionnelles ou d'effets salutaires potentiels. La Commission envisage également de modifier les règles actuelles en matière d'étiquetage nutritionnel.

V.1.2. S'agissant de la publicité et des techniques commerciales, il faut veiller à ce que les consommateurs ne soient pas induits en erreur et, en particulier, que la crédulité et le manque d'éducation aux médias des consommateurs vulnérables et, en particulier des enfants, ne soient pas exploités. Cela concerne particulièrement la publicité pour les aliments riches en graisses, en sel et en sucres, tels que les en-cas à forte teneur énergétique et les sodas édulcorés, ainsi que la promotion de ces produits dans les écoles²⁶. L'autoréglementation de l'industrie pourrait être une solution, vu qu'elle possède plusieurs avantages sur la réglementation externe, du point de vue de la rapidité et de la flexibilité. Cependant, d'autres solutions devront être envisagées si l'autoréglementation ne donne pas de résultats satisfaisants.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

- Dans l'information nutritionnelle fournie aux consommateurs, quels sont les principaux éléments nutritifs et catégories de produits à prendre en compte et pourquoi?
- Quel genre d'éducation est nécessaire pour permettre aux consommateurs de comprendre pleinement les informations fournies sur les étiquettes des produits alimentaires, et qui doit assurer cette éducation?

- Les codes volontaires (« autoréglementation ») constituent-ils un outil adéquat pour limiter la publicité et la promotion de produits alimentaires à forte teneur énergétique et pauvres en micronutriments? Quelles seraient les alternatives à envisager si l'autoréglementation échoue?
- 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?

V.2. L'éducation des consommateurs

V.2.1. Le succès de toute politique nutritionnelle, que ce soit au niveau Communautaire ou national, implique d'abord d'aider les citoyens à mieux connaître le rapport entre l'alimentation et la santé, la relation entre l'apport et le rendement énergétiques, les régimes alimentaires qui réduisent les risques de maladies chroniques et les choix alimentaires sains. Des messages logiques et cohérents, simples et clairs, doivent être conçus et diffusés par toutes sortes de médias et sous des formes adaptées à la culture locale, à l'âge et au sexe. L'éducation des consommateurs contribuera aussi à induire l'éducation aux médias et permettra aux consommateurs de mieux comprendre l'étiquetage nutritionnel.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre en vue d'identifier les meilleures pratiques:

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

Promouvoir une vie plus saine :

Il importe d'éduquer les consommateurs sur le lien qui existe entre alimentation/santé cardiovasculaire et la mesure des facteurs de risque cardiometabolique (lipidémie (cholestérolémie), glycémie (ou sucre sanguin) et pression artérielle). Les professionnels de santé devraient jouer un rôle essentiel pour motiver les consommateurs à adopter un régime alimentaire et un programme d'activité physique adaptés à leur état de santé général.

Il est important de mettre en œuvre des initiatives d'éducation et de prévention précoces concernant l'obésité, notamment l'obésité abdominale et ses conséquences cardiovasculaires⁷⁴ (Cf. annexe 13), en plus des programmes d'activité physique et de nutrition. Ces programmes d'éducation doivent tout particulièrement se concentrer sur des actions ciblées vers les enfants et les adolescents, afin de réduire au plus tôt la menace que le surpoids/l'obésité ferait peser sur leur vie d'adulte.

De telles actions permettraient de réduire la morbidité/mortalité prématurée liée à la surcharge pondérale et à l'obésité et engendreraient à long terme la réalisation d'économies au bénéfice des systèmes de santé.

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

– 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?

V.3. Une attention particulière aux enfants et aux jeunes

V.3.1. C'est au cours de l'enfance et de l'adolescence que se posent d'importants choix de mode de vie prédéterminant les problèmes de santé rencontrés à l'âge adulte. Il est donc essentiel de guider les enfants vers des comportements salutaires. L'école constitue un environnement privilégié pour mener des actions de promotion de la santé, et elle peut contribuer à préserver la santé des enfants en encourageant une alimentation saine et l'activité physique. En outre, de plus en plus d'éléments tendent à prouver qu'une alimentation saine améliore également la concentration et la capacité d'apprentissage. De plus, les écoles ont la possibilité d'inciter les enfants à la pratique quotidienne d'une activité physique²⁷. S'il est vrai que les mesures applicables dans les écoles relèvent de la compétence des États membres, la Communauté peut apporter sa contribution en aidant à reconnaître et à diffuser les meilleures pratiques.

V.3.2. Afin d'éviter que les enfants ne reçoivent des messages contradictoires, les parents et les écoles doivent, dans leur effort d'éducation à la santé, bénéficier du soutien des médias, des services de santé, de la société civile et des secteurs industriels concernés (modèles positifs...) *(pour la promotion auprès des enfants, voir le point V.1).*

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre en vue d'identifier les meilleures pratiques:

- 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?

V.4. Disponibilité des aliments, activité physique et éducation à la santé sur le lieu de Travail

V.4.1. Le lieu de travail est un environnement privilégié pour encourager une alimentation saine et la pratique d'une activité physique. Les cantines qui offrent un choix de repas équilibrés et les employeurs qui favorisent les environnements propices à la pratique d'une activité physique (par ex. en mettant à disposition des douches et des vestiaires) peuvent contribuer de façon significative à promouvoir la santé sur le lieu de travail.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre en vue d'identifier les meilleures pratiques:

- Comment les employeurs peuvent-ils proposer un choix de repas équilibrés dans les cantines des lieux de travail et améliorer la valeur nutritionnelle des repas de cantine?
- Quelles mesures encourageraient et faciliteraient la pratique d'une activité physique pendant les pauses et sur le chemin du travail et du domicile?

V.5. Intégrer aux services de santé la prévention et le traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité

V.5.1. Les services de santé et les professionnels de la santé sont en position de force pour aider les patients à mieux comprendre les rapports entre le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, et pour induire les changements de mode de vie nécessaires. La stimulation à de tels changements serait considérable si les professionnels de la santé, lors des contacts de routine, prodiguaient des conseils aux patients et à leur famille sur les bienfaits des régimes équilibrés et d'une augmentation de leur activité physique. Les possibilités de traitement de l'obésité devraient aussi être abordées²⁸.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre en vue d'identifier les meilleures pratiques:

- 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 ?

Mettre en place un système de soins de santé plus efficace

Des études ont montré que l'IMC est un indicateur qui ne permet pas d'appréhender dans leur ensemble les facteurs de risque cardiométabolique que présente un patient. D'importantes recherches ont récemment montré qu'une mesure très simple, celle du tour de taille, est plus adaptée (que l'IMC seul) pour prévoir les risques cardiovasculaires.

1. Etablir un consensus européen sur des lignes directrices pour les professionnels de la santé :

Il manque des lignes directrices intégrées et communes destinées aux professionnels de santé européens pour faire face à la menace de santé publique que représentent la surcharge pondérale et l'obésité.

Les associations médicales européennes devraient travailler ensemble sur l'élaboration des lignes directrices axées sur la prévention et la prise en charge de l'obésité et de ses comorbidités.

Le tour de taille, au même titre que les facteurs de risque cardiométabolique standards (exemples : la pression artérielle, la glycémie, le taux de cholestérol, etc.), devrait être intégré dans les lignes directrices relatives à l'évaluation et à la surveillance du risque cardiovasculaire.

De plus ces lignes directrices devraient comporter des conseils sur la promotion de régimes alimentaires équilibrés et sur l'activité physique.

Les associations, les groupes de professionnels et les groupes de patients devraient participer à cette initiative, comme par exemple la Société européenne de

cardiologie, l'Association européenne d'étude du diabète, l'Association européenne d'étude de l'obésité et la Société européenne d'athérosclérose ...

2. **Etablir l'obésité abdominale (mesurée par le tour de taille) comme le meilleur indice de risque pour la santé, par rapport à l'obésité (mesurée par l'IMC):**

Les médecins devraient insister auprès du public et des patients sur l'importance de l'obésité abdominale et de ses conséquences sur la santé (cardiovasculaires et métaboliques).

L'obésité abdominale est d'ores et déjà reconnue comme un élément de prédiction du risque de maladies cardiovasculaires et de diabète plus adéquat que la simple mesure de l'IMC^{62, 63, 64}.

Le tour de taille est une mesure précise pour déterminer l'obésité abdominale, et un outil simple et pratique que peuvent utiliser les patients et leurs médecins pour préciser le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète.

L'intérêt et l'utilité prédictive de l'obésité abdominale sont de plus en plus fréquemment mis en évidence dans les publications scientifiques. Parmi les travaux récemment effectués sur ce sujet, il convient de mentionner :

- L'étude INTERHEART^{62, 63} (Cf. annexes 7, 7bis, 7ter) – importante étude internationale qui a démontré que l'obésité abdominale est un élément de prédiction de l'infarctus du myocarde beaucoup plus précis que l'IMC
- De nombreuses études, dont notamment l'étude HOPE⁶⁵ (Cf. annexe 8) et l'étude PARIS⁶⁶ (Cf. annexe 9), ont démontré que le risque de développer une maladie cardiovasculaire et un diabète peut être attribué à l'obésité abdominale^{67, 68, 69, 70} (Cf. annexes 10, 11).

3. **Renforcer les programmes de formations des professionnels de santé :**

La détection précoce, l'évaluation et la communication des risques cardiovasculaires liés à l'obésité abdominale doit être renforcées en s'appuyant sur des programmes de formation européens à l'attention des professionnels de santé.

V.6. S'attaquer aux environnements favorisant l'obésité

V.6.1. L'activité physique peut faire partie de la routine quotidienne (par exemple, marcher ou pédaler jusqu'à l'école ou jusqu'au travail au lieu d'utiliser un moyen de transport motorisé). Les politiques des transports et de l'aménagement urbain peuvent garantir la commodité et la sécurité des déplacements à pied, à vélo et d'autres formes d'exercice et se pencher sur les modes de transport non motorisés. La mise à disposition pour les piétons et les cyclistes de sentiers sûrs vers les écoles pourrait être une solution pour contrer la tendance préoccupante aux excès de poids et à l'obésité chez les enfants.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

- De quelle manière les politiques publiques peuvent-elle contribuer à assurer que l'activité physique soit intégrée à la routine quotidienne?

– Quelles mesures sont nécessaires pour favoriser la création d’environnements favorables à l’activité physique?

V.7. Inégalités socio-économiques

V.7.1. Les choix alimentaires sont déterminés tant par les préférences individuelles que par les facteurs socio-économiques²⁹. La position sociale, le revenu et le niveau d’éducation sont des déterminants clés de l’alimentation adoptée et de l’activité physique pratiquée. Certains quartiers pourraient décourager l’activité physique ; le et le manque d’installations de loisirs nuit davantage aux personnes défavorisées qu’aux citoyens pouvant s’offrir un moyen de locomotion ou accéder aux transports. En outre, un niveau plus bas d’éducation et un accès plus restreint à l’information pertinente réduisent la capacité à effectuer des choix éclairés.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

- 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?

V.8. Encourager une approche globale et intégrée pour la promotion des régimes alimentaires sains et de l’activité physique

V.8.1. Adopter une approche cohérente et globale pour rendre les aliments sains disponibles, abordables et attractifs implique la prise en compte de l’alimentation et de l’activité physique dans toutes les politiques pertinentes aux niveaux local, régional, national et européen, la création des environnements propices indispensables et la conception et l’utilisation d’outils appropriés pour évaluer les répercussions des autres politiques sur la santé nutritionnelle et l’activité physique³⁰.

V.8.2. La prévalence des affections chroniques liées à l’alimentation et à la sédentarité varie fortement en fonction du sexe, de l’âge et du niveau socio-économique. En outre, les habitudes alimentaires et les comportements liés à l’exercice physique sont souvent ancrés dans les traditions locales et régionales. C’est pourquoi les démarches destinées à encourager l’activité physique et une alimentation saine doivent être adaptées aux genres ainsi qu’aux différences socio-économiques et culturelles et porter sur tout le cours de la vie.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

- Quels sont les éléments les plus importants d’une démarche intégrée et globale visant à encourager l’activité physique et une alimentation saine?
- Quel rôle au niveau national et au niveau Communautaire ?

V.9. Recommandations concernant les apports nutritionnels et la formulation de lignes directrices diététiques basées sur l’approche alimentaire

V.9.1 Le rapport de l’OMS/FAO³¹ fournit des recommandations générales concernant les objectifs d’apport nutritionnel et d’activité physique pour la population, dans le contexte de la prévention des grandes maladies non transmissibles.

V.9.2. Le projet « Eurodiet »³² propose des objectifs quantifiés concernant les apports nutritionnels pour la population et souligne la nécessité de traduire ces objectifs en recommandations diététiques basées sur l’approche alimentaire. Ces recommandations devraient s’appuyer sur les régimes alimentaires ordinaires et tenir compte des facteurs socio-économiques et culturels.

V.9.3. La Commission a demandé à l’Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA) d’actualiser ses conseils relatifs à l’énergie, aux macronutriments et aux fibres alimentaires. Sur cette lancée, l’AESA formulera aussi des conseils sur les apports en micronutriments que devrait garantir le régime alimentaire et, le cas échéant, sur d’autres substances à valeur nutritionnelle ou physiologique indispensables dans le cadre d’un régime équilibré. En outre, l’AESA prodiguera des conseils pour traduire les recommandations diététiques relatives aux nutriments en informations pratiques sur la contribution des différents aliments à un régime alimentaire global favorisant la préservation de la santé grâce à une nutrition optimale.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

- De quelle façon les variantes sociales et culturelles ainsi que les différentes habitudes alimentaires régionales et nationales pourraient être prise en compte dans des recommandations diététiques basées sur l’approche alimentaire formulées au niveau européen?
- Comment réduire l’écart entre les objectifs nutritionnels proposés et les habitudes alimentaires concrètement observées?
- Comment communiquer les recommandations diététiques aux consommateurs?
- En quoi les systèmes de notation des profils nutritionnels comme celui récemment mis au point au Royaume-Uni pourraient-ils contribuer à une évolution³³?

V.10. Coopération au-delà de l’Union européenne

V.10.1. Une réflexion se déroule actuellement à l’échelle internationale concernant le rôle général du Codex Alimentarius³⁴ en matière de nutrition. Dans le droit fil de la demande formulée dans la stratégie globale de l’OMS pour l’alimentation, l’exercice physique et la santé, l’Union européenne défend le point de vue qu’il conviendrait de s’intéresser au moyen d’intégrer les questions de nutrition dans le travail du Codex, sans changer son mandat actuel.

V.10.2. La nutrition, l’alimentation et l’activité physique devraient faire l’objet d’une étroite coopération entre les autorités de régulation et les parties concernées de l’UE et des autres pays où la tendance croissante aux excès de poids et à l’obésité suscite des inquiétudes³⁵.

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

– 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 ?

V.11. Divers

Questions auxquelles les participants sont invités à répondre:

– Y a-t-il des questions qui n’ont pas été abordées dans le présent livre vert et qui devraient être prises en considération pour examiner la dimension communautaire de promotion en matière d’alimentation, d’activité physique et de santé?

– Quelles questions abordées dans le présent livre vert devraient être considérées comme prioritaires et quelles questions peuvent être considérées comme moins urgentes?

VI. PROCHAINES ÉTAPES

VI.1. Les services de la Commission analyseront attentivement toutes les contributions envoyées en réponse au processus de consultation lancé par le présent livre vert. Un rapport synthétisant les contributions devrait être publié pour juin 2006 sur le site internet de la Commission.

VI.2. À la lumière des résultats du processus de consultation, la Commission étudiera les meilleures façons de réagir et considèrera toutes les mesures à proposer ainsi que les instruments nécessaires à leur application. Une analyse d’impact sera menée le cas échéant, en fonction du type d’instrument choisi.

ANNEXE 1
Figures and Tables

Table 1

Prevalence estimates of diabetes mellitus

Country	estimate 2003	estimate 2025
	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7

Source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region) (source: World Health Report 2002)

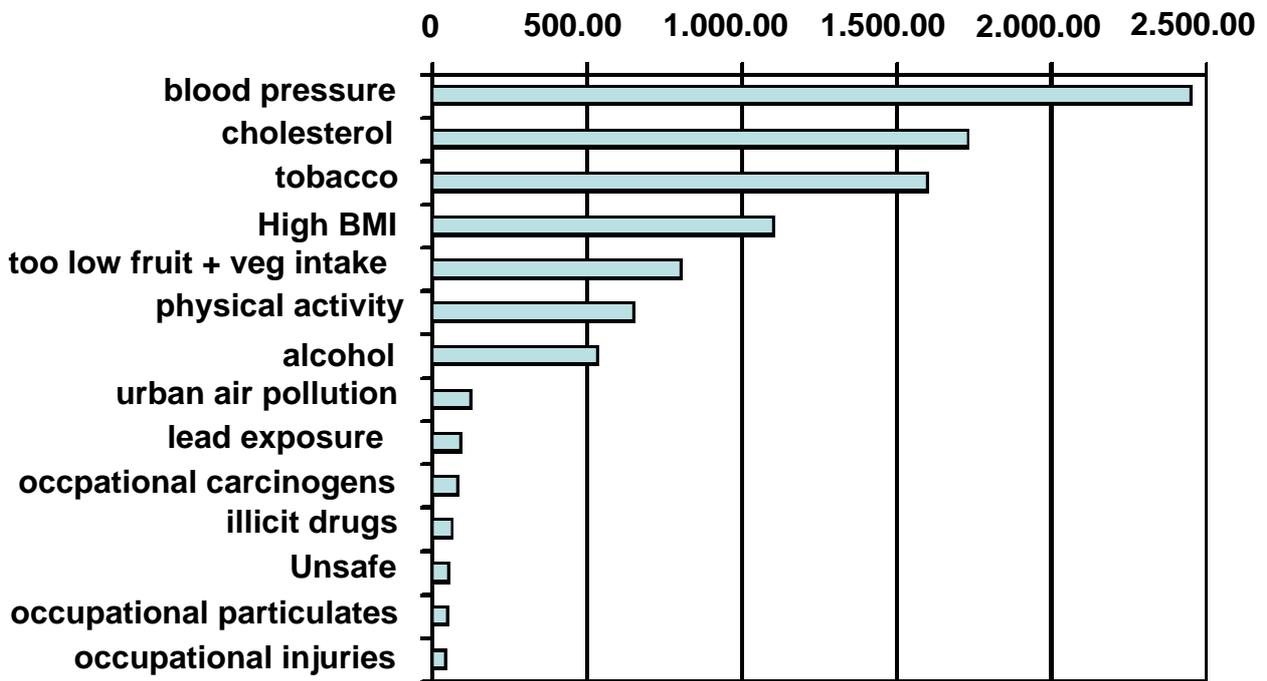


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union

Country	Year of Data Collection	Males			Females		
		%BMI ¹ 25-29.9	%BMI≥30	%Combined BMI≥25	%BMI 25-29.9	%BMI ≥30	%Combined BMI ≥25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England ²	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia (self reported)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (self reported)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (self reported)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

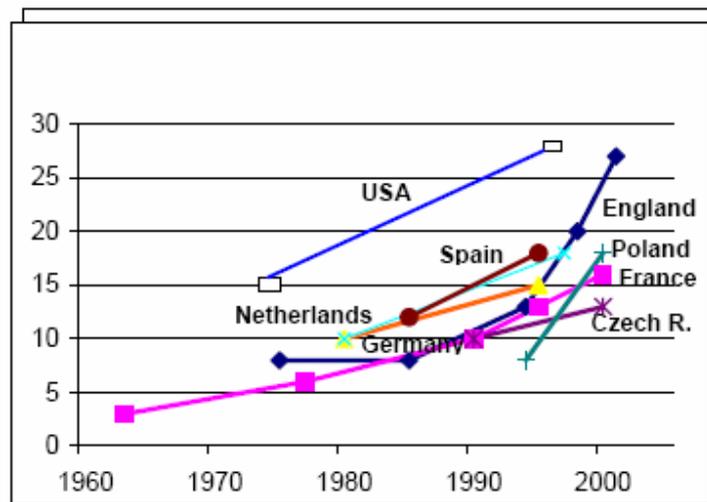
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

² Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁶.

2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁷.

3. **Cardiovascular diseases (CVD)** are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.

4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁸, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁹.

5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation⁴⁰ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.

6. The *World Health Report 2002*⁴¹ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.

7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases

portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors, apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.

9. **Obesity** (BMI⁴² >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.

9. bis **Abdominal obesity** (adiposity) has reached epidemic proportions worldwide ^{58, 59}(*cf annex 4,5,6*)

Abdominal obesity is now recognised as being a more useful and better predictor of health risk than obesity, defined & measured by Body Mass Index (BMI), for cardiovascular disease and diabetes

Evidence for the usefulness of abdominal obesity as a predictor is more and more frequent within the scientific literature. Recent evidence includes the INTERHEART study ^{62, 63, 64}, HOPE⁶⁵, Paris prospective study⁶⁶ and others ^{67, 68, 69, 70} (*cf. annex 7, 7bis, 7ter, 8, 9, 10, 11*)

Several guidelines exist suggesting cut-off points for an at-risk waist circumference. These thresholds should be referenced in the same way that BMI measures are provided for obesity in annex 2. They are the following:

- The National Cholesterol Education Programme (NCEP III). Adult Treatment Panel noted cut-offs of 102cm for men and 88cm for women as at-risk thresholds ⁷² (*cf. annex 12*).
- More recently, the International Diabetes Federation published guidelines (IDF) ⁷³ (*cf. annex 12*) based on reviewing available evidence that suggested lower waist circumference thresholds based on ethnicity - 94cm (men) and 80cm (women) were the recommended at-risk thresholds for Europeans⁷³ (*cf. annex 14*).

10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. Despite efforts by individuals the

loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁷.

11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁸. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁹.

12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁵⁰ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the “obesogenic environment” (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵¹.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.

14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.

15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵².

16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵⁴. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.

17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁵ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.

18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁶ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEXE 3 – Références

- 1 Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and
communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 2 Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European
Communities C 20/1 of 23.1.2001
- 3 Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and
consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- 6 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 7 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 8 Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil
society partners, SOC/201, September 2005
<http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070>
2005_ac.doc&language=EN
- 9 Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity.
Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain
(<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public
Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi- sectorial
actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national
healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level,
with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian
Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>).
The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy
(<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health
action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in
November 2004
(http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Germany established a national platform
for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health
Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 11 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 12 Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship
to health. London: Department of Health
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity.
Obesity Research, 12, 18-24
- 15 Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much,
And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project,
Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent
or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries,
SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004
- 16 Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public
Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional
Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- 17 The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing
fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It
should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the
mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new
Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member
States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level.
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

18 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

19 A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following address:

20 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

21 Further information on the work of the Platform is available at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm

22 More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

23 i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]

24 Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, 2002*

(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf)

25 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

26 Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003

27 cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003

<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

28 cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance" <http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>

29 these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten), physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount of food that can be eaten)

30 Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96, 2004

Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning, and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)

31 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span; Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts; Reduce the intake of "free" sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that salt is iodized.

32 EURODIET core report, *op. cit.* (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)

33 cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; October 2004

<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>

34 The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation (FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade,

and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and nongovernmental organizations. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

35 In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

36 cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

37 cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation, 2004

38 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

39 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

40 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

41 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

42 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

43 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

44 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

45 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

46 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhreke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

48 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

51 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme: <http://www.eurodiabetes.org/>

52 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European Opinion Research Group (EEIG).

http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf

54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

56 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

57 2nd editions of the European Cardiovascular Disease Statistics (2005). Joint Publication by the European Heart Network and the British Heart Foundation

58 Prevalence data of Abdominal obesity :

USA: Ford E.S. *Obes. Res.* 2003;11:1223-31; France: Balkau, *Diabetes Matab* 2003; Spain: Alvarez-Leon

E. Med. Clin. (Barc.) 2003;120:172-4; Italy: OEI *Italian Heart J.* 2004,5(suppl.3):49-92; Netherlands:

Visscher T.L.S. *Int. J. Obesity* 2004;28:1309-1316; UK: Ruston D. et al *UK Office Nat Stat* 2004

59 Ford E.S. et al., *Obes Res* (2003) 11:1223-1231

60 NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey web site: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>

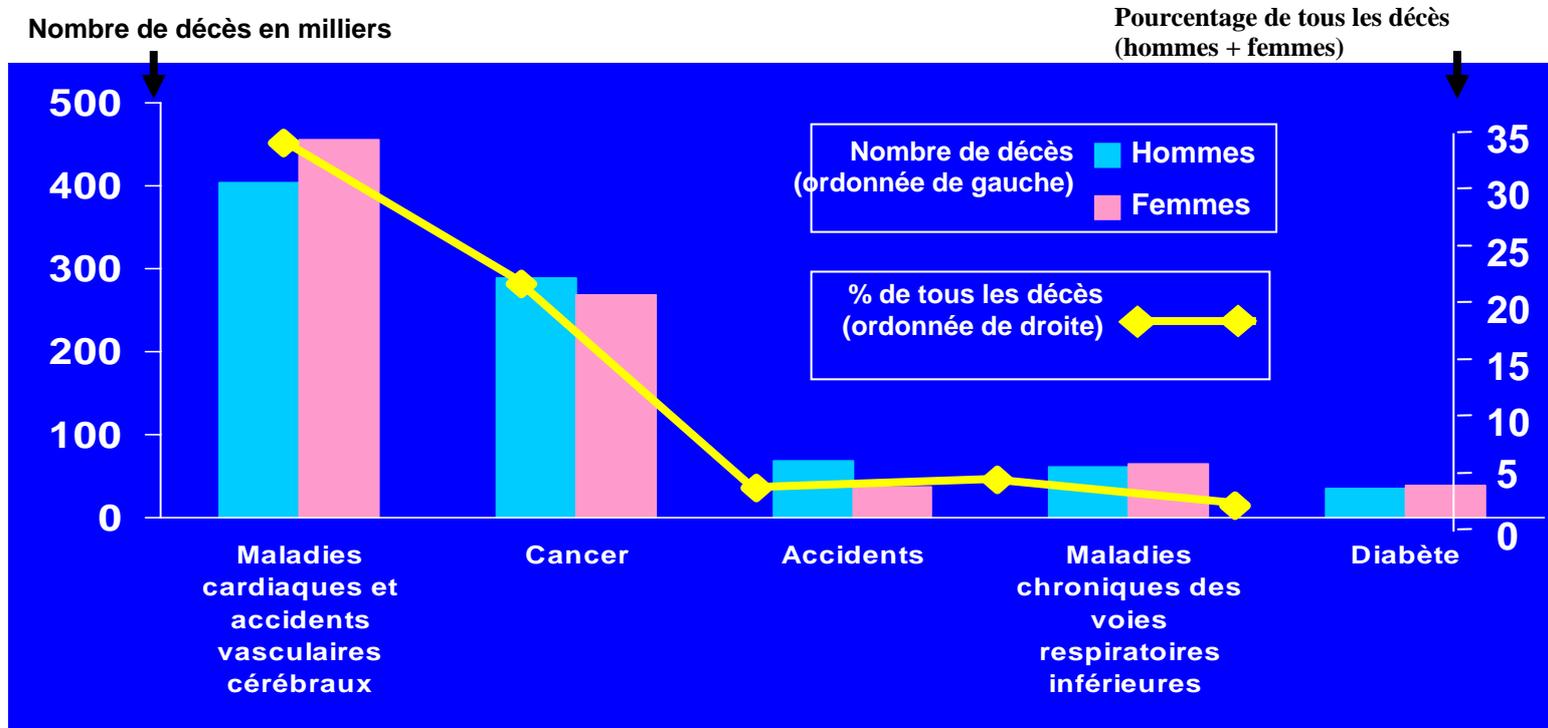
61 NHANES survey: http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/survey_results_and_products.htm ; *National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006 overview. US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.*

62 Interheart : *Lancet* 2004 - Yusuf S, et al. *Lancet.* 2004;364:937–952.

63 Interheart : 2005 - Yusuf S, et al. *Lancet.* 2005;366:1640–49.

- 64 American Heart Association (AHA)- Heart Disease and Stroke Statistics – 2005. Update 2005
- 65 HOPE:. Dagenais GR et al. Am Heart J 2005;149:54-60
- 66 PARIS Prospective study: Empana JP, Ducimetiere P, Charles MA, Jouven X. Sagittal abdominal diameter and risk of sudden death in asymptomatic middle-aged men: the Paris Prospective Study I. Circulation 2004;110:2781-5.
- 67 Zhu et al. Waist Circumference and Obesity-associated Risk Factors Among Whites in the Third National ; Health and Nutrition Examination Survey: Clinical Action Thresholds. Am J Clin Nutr 2002; 76:743-9
- 68 Carey VJ et al. Am J epidemiol 1997;145:614-9
- 69 Rexrode KM et al. JAMA 1998;280:1843-8
- 70 Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men – Wang Y et al. Am J Clin Nutr 2005; 81:555-563
- 71 National Center for Health Statistics 2004
- 72 NCEP III / “ Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA. 2001;285:2486–2497”.
- 73 The International Diabetes Federation published guidelines: Lancet 2005
- 74 NHANES 1999-2000 cohort and NCEP III (2002): Abdominal adiposity is linked to multiple cardiometabolic risk factors
- 75 USA: Obesity treatment reference
<http://new.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R23NCD.pdf>
- 76 Japan : JASSO guidelines 2006 Obesity disease TGL (drug therapy)
- 77 Japan : Obesity guideline ; New criteria for Obesity in Japan – Circulation Journal Vol.66, November 2002

ANNEXE 4 – Malgré les progrès thérapeutiques, les maladies cardiovasculaires restent la principale cause de décès



• Source : National Center for Health Statistics 2004 – Données USA

ANNEXE 5 – Données de prévalence de l'obésité abdominale (Réf. 58)

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
États-Unis	36,9	55,1	46,0
Espagne	30,5	37,8	34,7
Italie	24,0	37,0	31,5
R.-U.	29,0	26,0	27,5
France	—	—	26,3
Pays-Bas	14,8	21,1	18,2
Allemagne	20,0	20,5	20,3

Tour de taille élevé : ≥ 102 cm (≥ 40 in) pour les hommes ou ≥ 88 cm (≥ 35 in) pour les femmes sauf en Allemagne (respectivement >103 cm [41 in] et >92 cm [36 in])

- Source : USA: Ford E.S. *Obes. Res.* 2003;11:1223-31; France: Balkau, *Diabetes Matab* 2003; Spain: Alvarez-Leon E. *Med. Clin. (Barc.)* 2003;120:172-4; Italy: OECI *Italian Heart J.* 2004,5(suppl.3):49-92; Netherlands: Visscher T.L.S. *Int. J. Obesity* 2004;28:1309-1316; UK: Ruston D. et al *UK Office Nat Stat* 2004

ANNEXE 6 – Prévalence croissante de l'obésité abdominale (Réf. 59)

US National Health and Nutrition Examination Survey

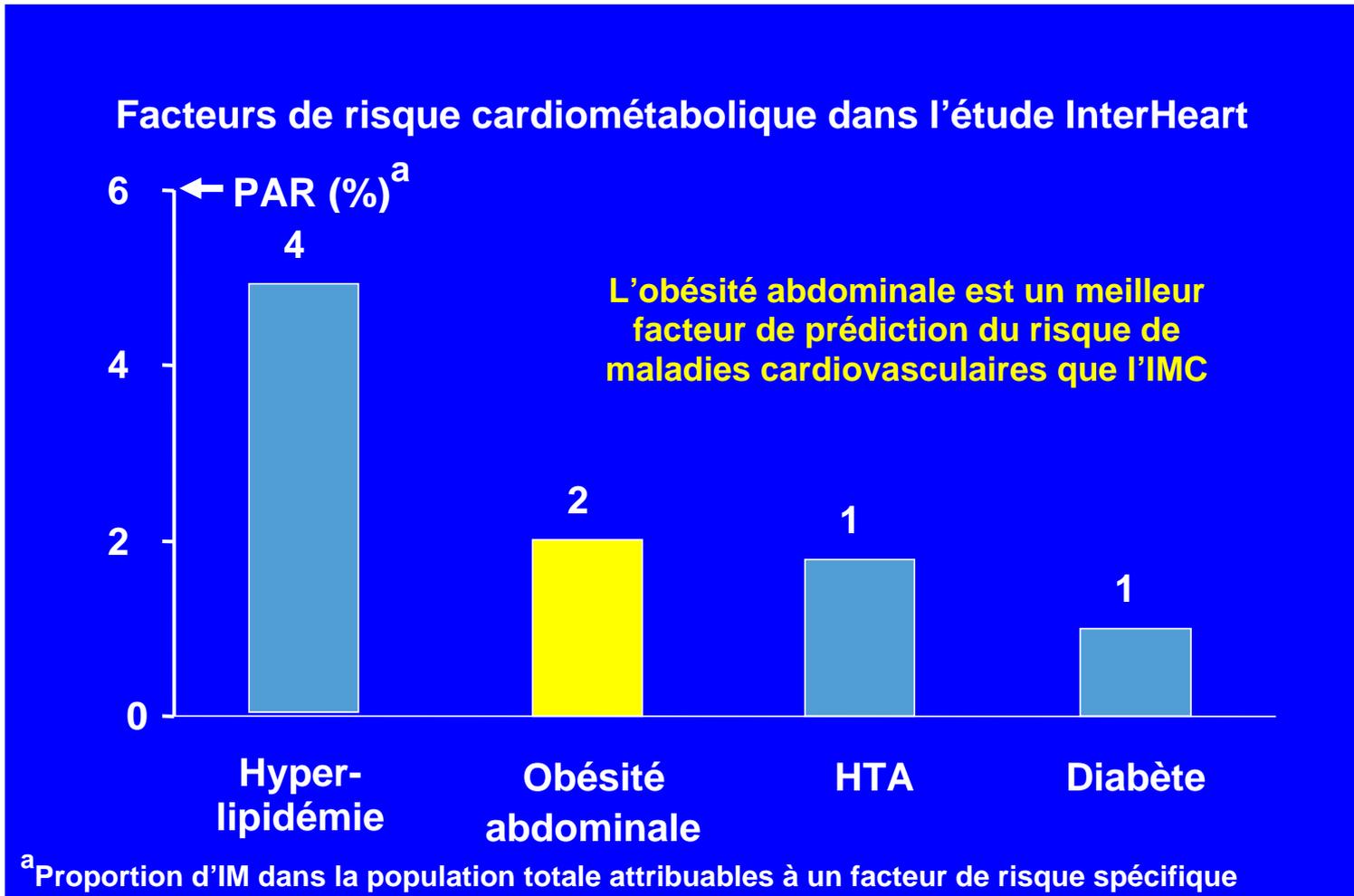
	NHANES III (1988–1994)	NHANES (1999–2000)	Changement relatif
Hommes	29,5%	36,9%	+ 28%
Femmes	46,7%	55,1%	+ 18%

Obésité abdominale définie par un tour de taille >102 cm (>40 in) pour les hommes ou >88 cm (>35 in) pour les femmes

In=Inch

- Source : Ford et al 2003

ANNEXE 7 – Obésité abdominale : principale cause sous-jacente d’infarctus aigu du myocarde
(Réf. 62)



HTA = hypertension artérielle
IM = infarctus du myocarde

- Source : Interheart study 2004: S. Yusuf et al 2004 (ref 62)

ANNEXE 7bis – INTERHEART : Risque d'infarctus du myocarde (IM) et facteurs de risque (Réf. 62)

Facteurs de risque	% Témoins	% Cas	OR (IC de 99%) ajusté pour tous les sujets
Apo B/Apo A	20	34	3,3 (2,8, 3,8)
Tabagisme actuel	27	45	2,9 (2,6, 3,2)
Diabète	8	18	2,4 (2,1, 2,7)
Hypertension	22	39	1,9 (1,7, 2,1)
Obésité abdominale (tertile supérieur du tour de taille)	33	46	1,6 (1,5, 1,8)
Facteurs psychosociaux	—	—	2,7 (2,2, 3,2)
Consommation de fruits et de légumes par jour	42	36	0,7 (0,6, 0,8)
Activité physique	19	14	0,9 (0,8, 1,0)
Consommation d'alcool	25	24	0,9 (0,8, 1,0)

OR = odds ratio ; IC=intervalle de confiance

- Source : *Interheart study 2004: S.Yusuf et al 2004 (réf. 62)*

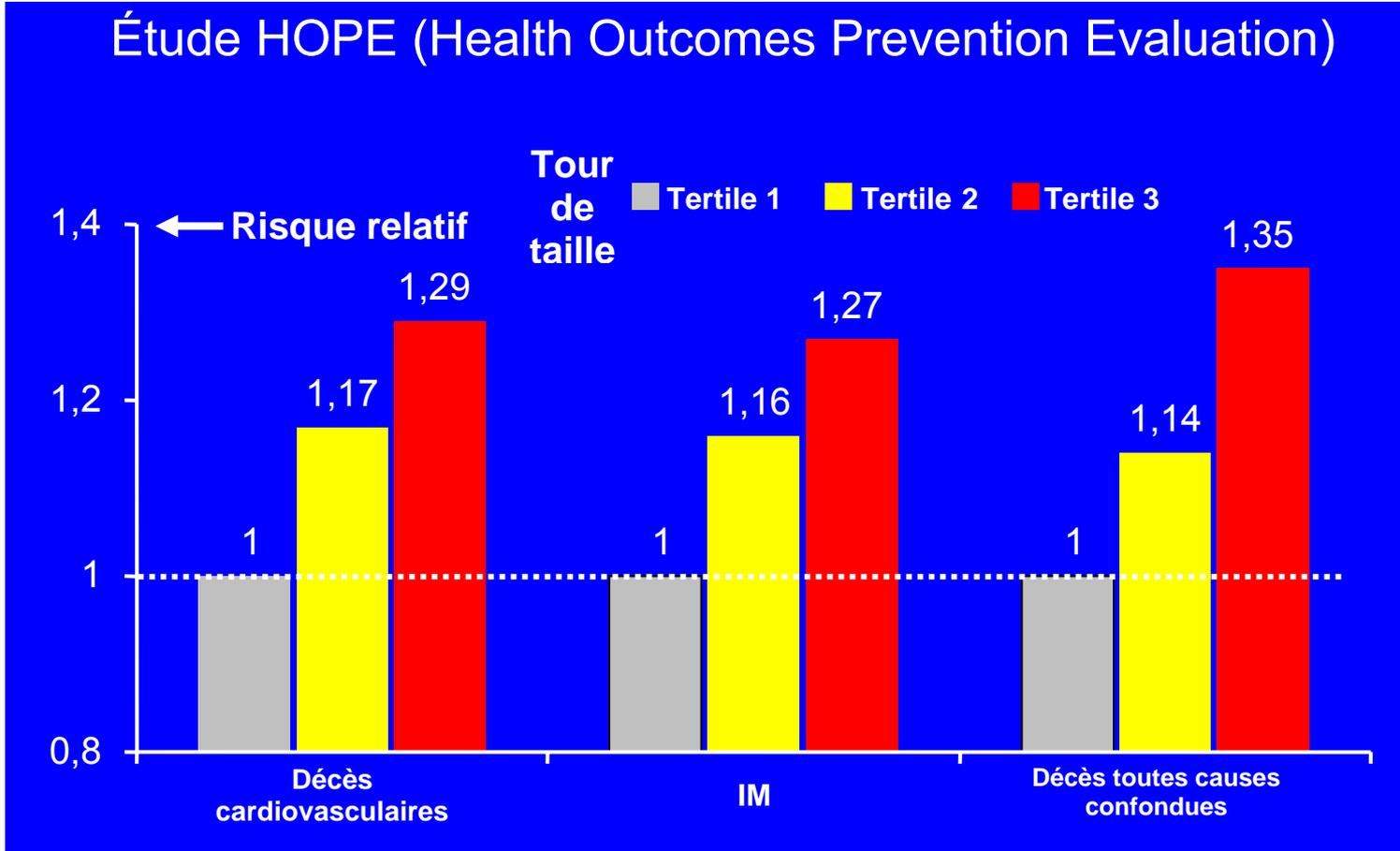
ANNEXE 7ter – INTERHEART : La répartition de l'adiposité est un meilleur facteur de prédiction de l'infarctus du myocarde que l'IMC (Réf. 63)

	IMC (IC de 95%)*	Tour de taille (IC de 95%)**	Ratio taille- hanches (IC de 95%)***
Total	1,1 (1,1-1,1)	1,2 (1,2-1,2)	1,4 (1,3-1,4)
Europoïdes	1,1 (1,1-1,2)	1,3 (1,2-1,3)	1,4 (1,4-1,5)
Chinois	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,2-1,3)	1,1 (1,0-1,1)
Asiatiques du Sud	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,5 (1,4-1,6)
Autres asiatiques	1,3 (1,2-1,4)	1,6 (1,4-1,8)	2,6 (2,3-3,0)
Arabes	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (1,0-1,2)	1,4 (1,3-1,6)
Latino-Américains	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,1-1,3)	1,4 (1,3-1,6)
Afro-Américains	1,3 (1,1-1,5)	1,6 (1,3-1,9)	1,4 (1,1-1,7)
Africains (races mixtes)	1,1 (0,9-1,2)	1,2 (1,0-1,3)	2,3 (1,8-2,8)

* 1ET=4,15 dg/m2, ** 1ET=12,08 cm, *** 1ET=0,085

- *Source: Interheart study 2005: S.Yusuf et al 2005 (réf. 63)*

**ANNEXE 8 – Obésité abdominale :
Accidents cardiovasculaires et mortalité toutes causes confondues
(Réf. 65)**

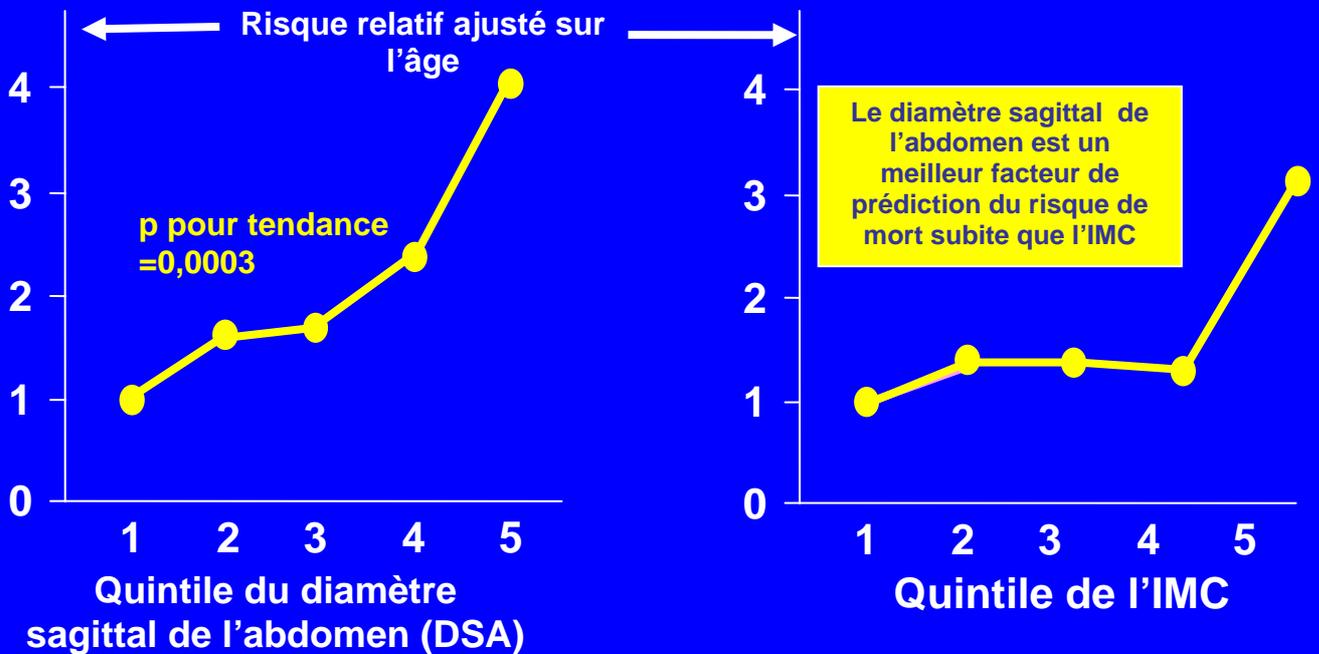


(Ajustés sur l'IMC, l'âge, le tabagisme, le sexe, les antécédents d'IM, d'accidents vasculaires cérébraux, de maladie artérielle périphérique, de microalbuminurie, de traitement par antiagrégants plaquettaires, diurétiques, agents hypolipémiants et antihypertenseurs, d'antécédents d'hypertension, de diabète ou cholestérol total >5,2 mmol/l, ou HDL <0,9 mmol/l)

- Source : HOPE trial ; Dagenais GR et al. Am Heart J 2005;149:54-60 (ref 65)

ANNEXE 9 – L'obésité abdominale permet de prédire les pronostics défavorables comme la mort subite (Réf. 66)

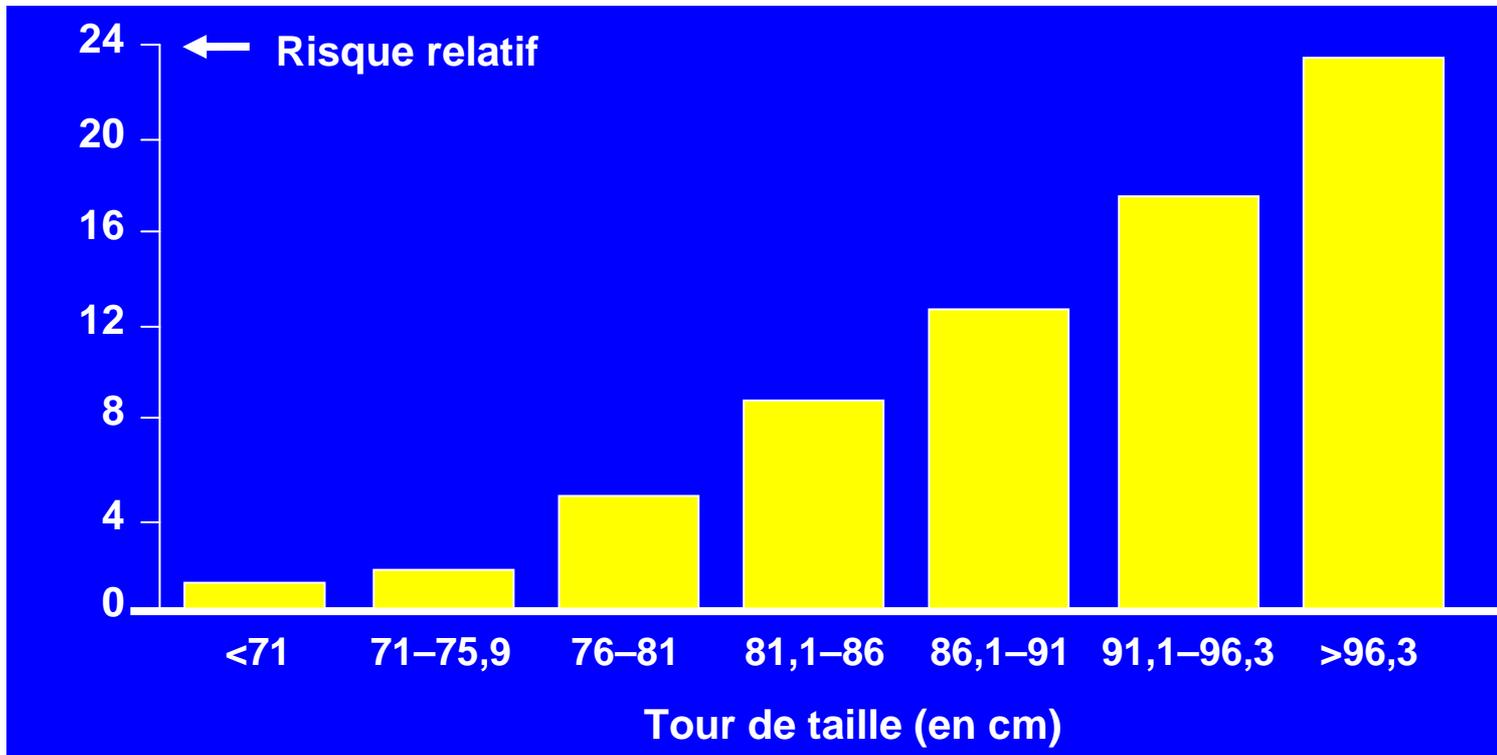
Étude prospective PARIS



Quintile	1	2	3	4	5
DSA (cm)	12–19	20–21	22–23	24	25–35
IMC (kg/m ²)	<23,2	23,2–24,9	25,0–26,6	26,7–28,4	28,5–47,7

- Source : PARIS Prospective study (ref 66):
Empana JP, Ducimetiere P, Charles MA, Jouven X. Sagittal abdominal diameter and risk of sudden death in asymptomatic middle-aged men: the Paris Prospective Study I. *Circulation* 2004;110:2781-5.

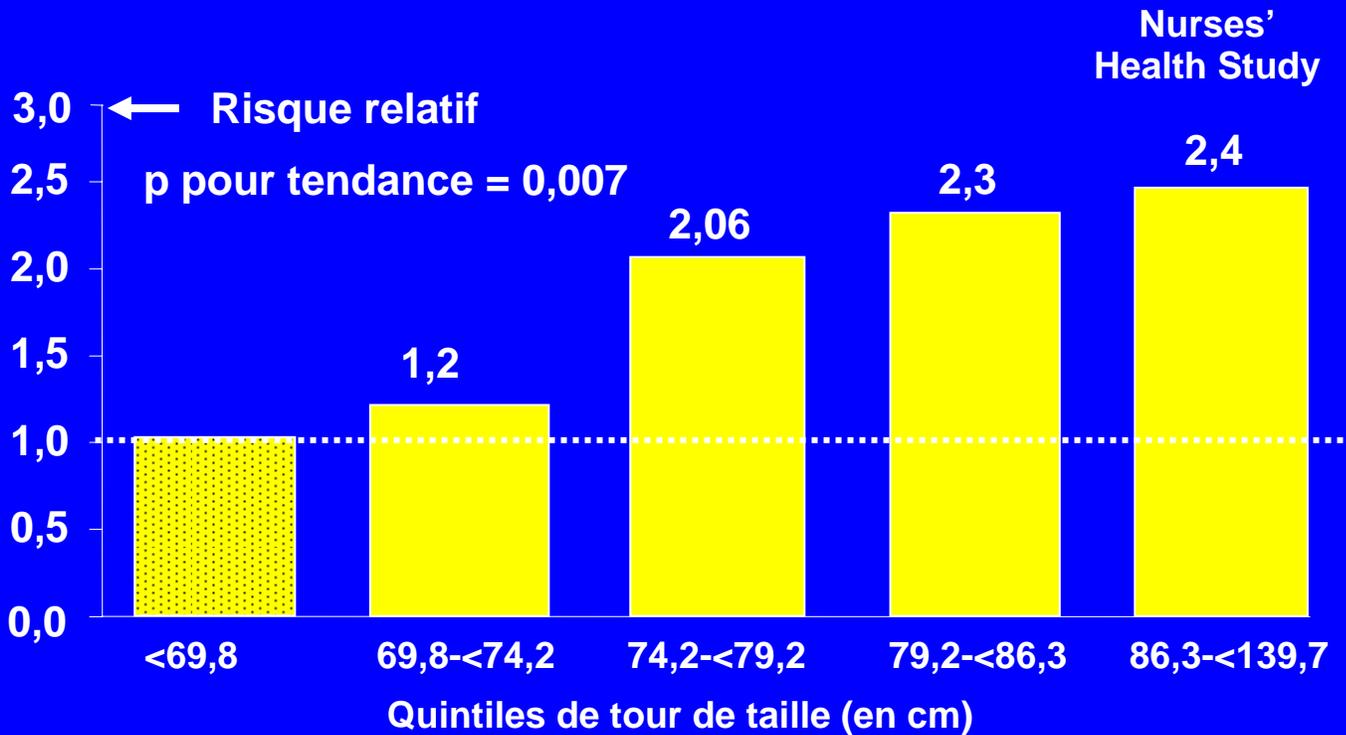
**ANNEXE 10 – L'obésité abdominale augmente le risque de diabète de type 2
(Réf. 68)**



- Source : Carey VJ et al. *Am J epidemiol* 1997;145:614-9 (ref 68)

**ANNEXE 11 – Obésité abdominale et risque augmenté de maladies cardiovasculaires
(Réf. 69)**

Le tour de taille a été associé de manière indépendante à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires ajusté sur l'âge, même après ajustement au titre de l'IMC et des autres facteurs de risque cardiovasculaire



• Source : Rexrode KM et al. JAMA 1998;280:1843-8 (ref 69)

**ANNEXE 12 – Critères IDF / NCEP III :
Seuils d'obésité abdominale et de tour de taille
(Ref 72-73)**

Critères de l'IDF :

Type	Hommes	Femmes
Europoïdes	≥94 cm (37,0 in)	≥80 cm (31,5 in)
Asiatiques du Sud	≥90 cm (35,4 in)	≥80 cm (31,5 in)
Chinois	≥90 cm (35,4 in)	≥80 cm (31,5 in)
Japonais	≥85 cm (33,5 in)	≥90 cm (35,4 in)

- *Source : IDF criteria : Lancet 2005 (réf. 73)*

Critères du NCEP ATP-III :

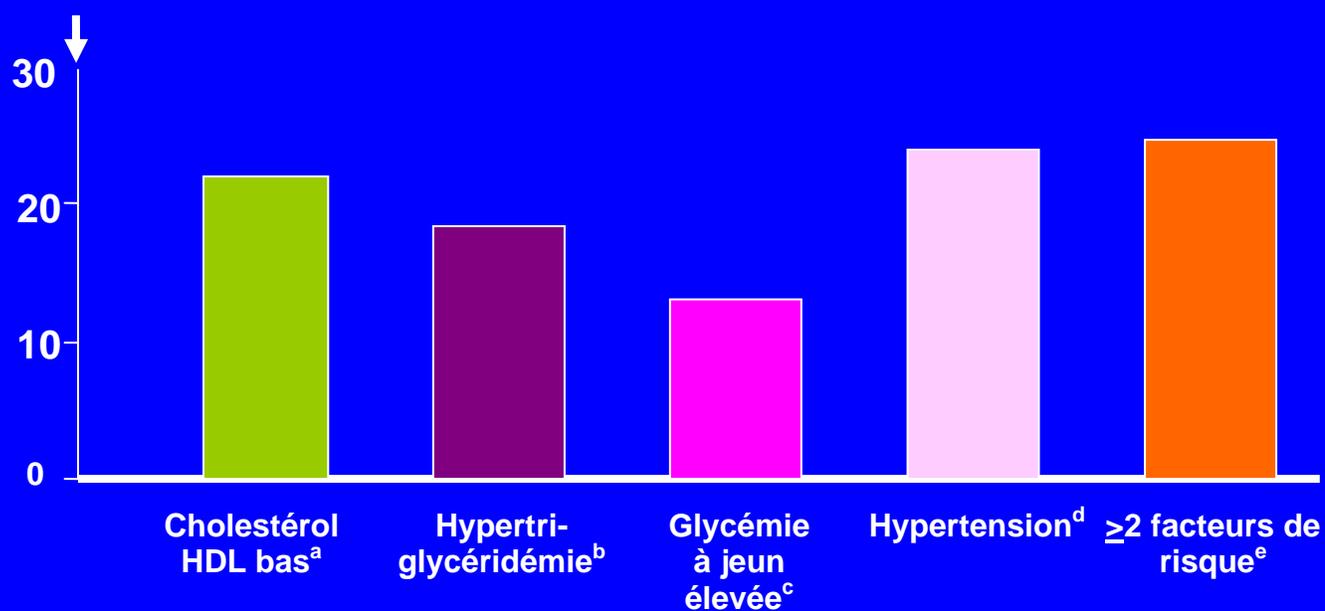
>102 cm (>40 in) pour les hommes, >88 cm (>35 in) pour les femmes

- *Source : NCEP III (réf. 72)*

ANNEXE 13 – Un tour de taille élevé est associé à de multiples facteurs de risque cardiovasculaire (Réf. 74)

Population américaine âgée de >20 ans

Prévalence d'un tour de taille élevé associé à (%)

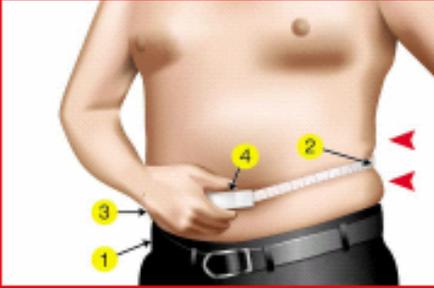


a<40 mg/dl (hommes) ou <50 mg/dl (femmes) ; b>150 mg/dl ; c>110 mg/dl ; d>130/85 mmHg ; syndrome métabolique eNCEP/ATP III

- Source: NHANES 1999-2000 cohort and NCEP III (2002)
Abdominal adiposity is linked to multiple cardiometabolic risk factors

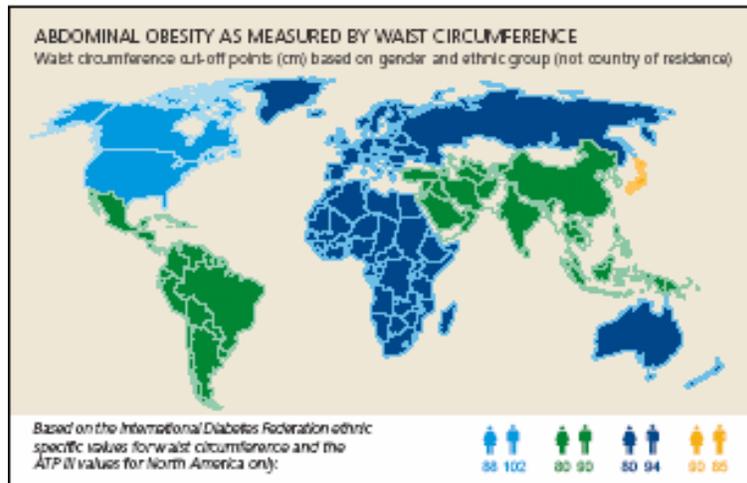
ANNEXE 14 – Indicateur de mesure du tour de taille + seuils applicables au tour de taille par zone géographique

How to measure waist circumference



- 1 Take off your shirt and loosen your belt
- 2 Position the tape mid-way between the top of your hip bone and the bottom of the rib cage
- 3 When taking measurement, the abdomen should be relaxed and you should be breathing out
- 4 Record the measurement

Measure your waist, measure your risk
 If your waist circumference is above the cut-off point indicated, your health can be at risk. Ask your healthcare provider to check your cholesterol, blood sugar and blood pressure levels as part of a full cardiovascular and diabetes assessment.



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.