



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Section Alimentation et activité physique

Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012)

Nationales Programm Ernährung und Bewegung
2008–2012 (NPEB 2008–2012)

Programma nazionale alimentazione e attività fisica
2008–2012 (PNAAF 2008–2012)

National Programme Nutrition and Physical Activity
2008–2012

Impressum

© OFSP, Berne (2007)

Editeur : Office fédéral de la santé publique (OFSP)

CH-3003 Berne

www.bag.admin.ch

Direction du projet PNAAP:

Alberto Marcacci (OFSP)

Table des matières

Avant-propos	3
Résumé	4
Introduction	10
1 Situation initiale	11
1.1 Contexte international	11
1.2 Situation actuelle en Suisse	14
1.2.1 Comportement alimentaire et activité physique, surcharge pondérale	14
1.2.2 Coûts macroéconomiques	15
2 Interactions et possibilités d'intervention	16
2.1 Santé	16
2.2 Alimentation et santé	16
2.3 Activité physique et santé	18
2.4 Poids corporel et santé	20
2.5 Bases d'intervention	21
2.5.1 Concept-cadre	21
2.5.2 Promotion de la santé et niveaux de prévention	23
2.5.3 Phases de l'existence	24
2.5.4 Cadres de vie et groupes-cibles spécifiques	24
2.5.5 Culture sanitaire	25
2.6 Coordination nationale	25
3 Etat des lieux de promotion de la santé et de la prévention concernant l'alimentation, l'activité physique et un poids corporel sain en Suisse	26
3.1 Activités internationales	26
3.2 Activités en cours	26
3.3 Evolution politique	28
4 Problématique et enjeux	29
4.1 Collaboration et coordination	29
4.2 Complexité	29
4.3 Discrimination	29
5 Programme national alimentation et activité physique 2008-2012	30
5.1 Mandat et contenu du programme	30

6	Vision, mission	32
6.1	Vision	32
6.2	Mission	32
7	Objectifs	33
7.1	Objectifs nationaux	33
7.2	Objectif 1 : Assurer la coordination nationale	34
7.3	Objectif 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée	36
7.4	Objectif 3 : Promouvoir l'activité physique et le sport	39
7.5	Objectif 4 : Réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain	43
7.6	Objectif 5 : Optimiser les offres de conseils et de thérapies	46
8	Planification de la mise en œuvre	49
8.1	Philosophie de la mise en œuvre	49
8.2	Organisation de la mise en œuvre	50
8.3	Modalités de la mise en œuvre	51
8.4	Financement du programme	53
8.5	Communication	53
8.6	Rapport, évaluation	53
	Liste des abréviations	54
	Bibliographie	55
	Annexe I : Principes de la politique de prévention de l'OFSP	58
	Annexe II : Organisation du projet : Parties prenantes	60
	Annexe III : Avancées politiques	63
	Annexe IV : Glossaire	64

Avant-propos

Une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante constituent des facteurs essentiels pour la santé de la population suisse. Cette thématique a pris de l'importance ces dernières années pour différentes raisons. Tout d'abord, la connaissance des interactions entre les maladies non-transmissibles et les facteurs d'influence liés à l'alimentation et à l'activité physique a considérablement progressé. Le potentiel de prévention en la matière est ainsi apparu de plus en plus clairement.

L'augmentation préoccupante des personnes en surcharge pondérale et obèses dans le monde, mais aussi en Suisse, constitue une autre raison importante. Bien que ce phénomène n'ait pas encore été suffisamment exploré, il est aujourd'hui établi que la clé réside dans l'amélioration du bilan énergétique et donc dans les facteurs qui en sont responsables, à savoir l'alimentation et l'activité physique.

Dans le domaine de l'alimentation et l'activité physique, il existe la possibilité de soutenir des mesures librement consenties mettant l'accent sur le plaisir et les bienfaits. Encore s'agit-il de définir quelle part de responsabilité revient aux organisations publiques et étatiques dans ce domaine.

La « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » adoptée, en 2004 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et la « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité » adoptée en 2006 par la Suisse stipulent que ce phénomène s'est amplifié suite à des mutations socio-économiques et socio-culturelles et que désormais la société doit recourir à des mesures et des approches multisectorielles permettant de l'endiguer.

Le présent Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012) a été élaboré sur mandat du Conseil fédéral. Il définit les objectifs à long terme et les champs d'action prioritaires pour la procédure à l'échelle nationale et sert de base à la collaboration future des différents acteurs. De nombreux partenaires importants ont contribué à l'élaboration du PNAAP (Confédération, cantons, science, industrie, organisations non-gouvernementales). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Office fédéral du Sport (OFSPo) et Promotion Santé Suisse ont travaillé en étroite collaboration.

Le PNAAP se fonde sur les expériences éprouvées de partenaires nationaux et internationaux dans le domaine de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé. Aussi, la collaboration entre les acteurs déterminants sera-t-elle un facteur de réussite essentiel lors de la mise en œuvre de ce programme.

Nous remercions toutes les parties impliquées dans l'élaboration du programme de leur engagement exemplaire et attendons la réalisation conjointe avec impatience.

Thomas Zeltner
Directeur de l'Office fédéral de la santé
publique OFSP

Matthias Remund
Directeur de l'Office fédéral du sport
OFSPo

Joachim Eder
Président du Conseil de Fondation
Promotion Santé Suisse

Markus Dürr
Président
Conférence suisse des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Résumé

Alimentation et activité physique influent sur la charge de morbidité

Une mauvaise alimentation et la sédentarité comptent parmi les principales causes des maladies cardio-vasculaires, de plusieurs formes de cancer, de maladies musculo-squelettiques et du diabète et contribuent aussi, pour une large part, à la charge de morbidité, de mortalité et de perte d'autonomie.

L'activité physique est fondamentale au maintien d'un équilibre énergétique facilitant le poids corporel sain. Chez l'enfant elle joue un rôle déterminant dans le développement psychomoteur et permet aussi de combattre le stress, l'anxiété, la dépression et de favoriser une autonomie physique et psychique tout au long de la vie.

La consommation de légumes et de fruits, la qualité de graisses ingérées, ainsi que la consommation modérée de sel sont les composantes essentielles d'une alimentation ayant pour objet de prévenir à la fois les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

Une alimentation équilibrée, le maintien d'un poids corporel sain et la pratique d'une activité physique régulière, sont des moyens très efficaces d'enrayer les principales maladies non transmissibles.

Situation internationale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2002 les maladies non-transmissibles représentaient le 60% des décès annuels dans le monde et 47% de la charge de morbidité. Dans la plupart des pays européens, l'alimentation et l'activité physique sont en relation avec 5 des sept principaux facteurs de risques des maladies non-transmissibles : l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès de poids, la faible consommation de fruits et légumes et la sédentarité ; les deux autres étant le tabagisme et la consommation d'alcool.

Le surpoids et l'adiposité sont devenus épidémiques. En Europe, un écolier sur quatre accuse un surpoids et plus de la moitié de la population adulte est atteinte de surpoids ou d'obésité, la prévalence variant d'une région et d'un pays à l'autre, selon la culture et le statut social. Le rôle joué par le surpoids dans l'apparition de nombreuses maladies et la mortalité accrue qui s'ensuit constituent un défi pour la politique sanitaire de tous les pays.

A cet effet, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté en mai 2004 sa « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » et invité les gouvernements à la transposer dans leur cadre national respectif. En novembre 2006, les ministres de la santé des pays européens ont adopté à Istanbul une « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité », prônant un mode de vie où les objectifs socio-économiques et culturels sont en harmonie avec les objectifs sanitaires, afin de faciliter aux individus les choix promoteurs de santé.

Situation en Suisse

La situation en Suisse est comparable à celle des pays européens. Le comportement alimentaire des Suisses est caractérisé par une faible consommation de fruits, légumes et salades et la consommation de sucre dépasse largement l'apport maximal recommandé de 10% de l'énergie totale absorbée. Selon ses propres dires, près d'un tiers de la population (31%) n'a aucune discipline alimentaire. Le comportement alimentaire de la population suisse ne s'est pas amélioré par rapport aux données d'il y a dix ans. Les enfants en âge de scolarité ont tendance à se passer de petit-déjeuner et à renoncer aux repas à la table familiale.

Le manque d'activité physique est très répandu dans la population suisse. 64% des adultes ne respectent pas la recommandation minimale de pratiquer une demi-heure d'exercice physique quotidien et 19% sont même totalement inactifs.

Le recul continu de l'activité physique dans la vie quotidienne en Suisse, observé de 1992 à 2002, pose problème. Chez les enfants également le manque d'activité physique accru joue un rôle déterminant dans le développement psychomoteur.

En Suisse, la sédentarité entraîne chaque année au moins 2900 décès prématurés, 2,1 millions de cas de maladies et des frais de traitement directs d'un montant de 2,4 milliards de francs. Il faut ajouter à cette somme des coûts indirects, entraînés par la perte de production par exemple.

Le nombre de personnes en surpoids, tous âges confondus, a fortement augmenté au cours de ces dernières années. En 2002, 37% de la population adulte souffrait d'excédent de poids ou d'obésité, contre 30% 10 ans auparavant. Chez les enfants (6-12 ans) la situation est particulièrement préoccupante. Actuellement un enfant sur cinq est en surpoids et un sur 14 est obèse. Par rapport à 1980, leur nombre a été multiplié par cinq, celui des enfants souffrant d'obésité a même progressé encore plus fortement.

En 2001, les coûts macroéconomiques liés à ce phénomène et aux maladies qu'il provoque ont atteint 2,7 milliards de francs, soit 5% des coûts de la santé.

Activités en cours

Les activités menées à ce jour pour améliorer la situation en Suisse reposent sur la politique nutritionnelle de la Commission fédérale de l'alimentation (CFA) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ainsi que sur le « Concept du Conseil fédéral pour une politique du sport en Suisse » datant de 2000.

La loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports a pour but de favoriser le développement des jeunes ainsi que la santé et les aptitudes physiques de la population en général.

Promotion Santé Suisse, s'engage depuis plusieurs années en faveur d'un « Poids corporel sain », qui constitue aujourd'hui l'un des trois domaines prioritaires de sa stratégie.

Dans l'optique de la promotion d'un poids corporel sain chez les enfants et les jeunes, l'OFSP et Promotion Santé Suisse ont conçu conjointement en 2002 « Suisse Balance, l'alimentation en mouvement », programme national axé sur le long terme.

D'autres initiatives et projets, viennent compléter ces activités nationales. Par ailleurs, de plus en plus de cantons élaborent une politique sanitaire couvrant les aspects de l'alimentation saine et de l'activité physique.

<i>Besoins d'interventions</i>	<p>L'efficacité des activités menées dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique impliquent un changement de mode de vie, dont les effets ne sont visibles qu'à long terme. La gestion des données relatives au comportement alimentaire et à l'activité physique de la population suisse ainsi que des données scientifiques avérées doivent être perfectionnées. Des interventions ciblées, sur la base de <i>bonnes pratiques</i> (exemples ayant fait leurs preuves), permettront de combattre plus efficacement le surpoids et l'obésité, en particulier chez les enfants et les jeunes en Suisse, et de réduire les coûts que génèrent ces problèmes de santé.</p> <p>Il est nécessaire d'optimiser la collaboration entre les différents acteurs concernés. Conclure de nouveaux partenariats, p. ex. avec l'industrie alimentaire, permettra de créer des synergies et de mieux utiliser les ressources et les expériences existantes.</p>
<i>Mandat de l'OFSP</i>	<p>Cette situation a motivé le Conseil fédéral à adopter la résolution de l'OMS « Stratégie globale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » du 22 mai 2004 et il a mandaté le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de développer un programme basé sur la Stratégie mondiale de l'OMS et de l'adapter au contexte suisse.</p>
<i>Développement du programme avec tous les acteurs concernés</i>	<p>La prévention des maladies non-transmissibles et de leurs facteurs de risques, notamment la mauvaise alimentation et la sédentarité, nécessite une approche multisectorielle dans laquelle tous les acteurs déterminants sont impliqués.</p> <p>Le PNAAP a été, dès le début, développé dans un processus participatif. Des offices fédéraux, des cantons, des organisations semi-étatiques, des organisations non-gouvernementales, des universités, l'Association des médecins, des experts de la formation, l'industrie, les médias, l'économie, la protection des consommateurs, l'OMS et des représentant(e)s du secteur de l'activité physique ont été consultés.</p>
<i>Le PNAAP : un programme-cadre</i>	<p>Le présent programme vise à combler les lacunes et à analyser les faiblesses de la situation actuelle et, plus particulièrement, à améliorer la coordination.</p> <p>Le PNAAP est un programme-cadre destiné aux processus nationaux axés sur les maladies non-transmissibles en relation avec l'alimentation et l'activité physique. Pour les différents débats et discussions ayant trait à l'alimentation, à l'activité physique et aux maladies non-transmissibles, il résume, entre autres, les buts prioritaires.</p>
<i>Vision, mission et objectifs du PNAAP</i>	<p>Le PNAAP donne une importance particulière à la diversité régionale, linguistique et politique qui caractérise notre pays avec comme vision :</p> <p><i>La Suisse offre des conditions-cadres dans lesquelles les individus, les familles et toute la collectivité adoptent une alimentation équilibrée et une activité physique régulière favorisant ainsi une bonne santé.</i></p> <p>La mission du Programme national alimentation et activité physique est la suivante :</p> <p><i>Créer et maintenir un cadre de vie favorable à la santé, permettant de stabiliser et diminuer l'obésité surtout chez les enfants. De mener des actions en fonction des besoins et du contexte des différents groupes-cibles et settings et ceci de manière à combattre les discriminations et favoriser l'égalité des chances.</i></p>

Ces éléments ont été traduits en 5 objectifs principaux :

1. Assurer la coordination nationale
2. Promouvoir une alimentation équilibrée
3. Promouvoir l'activité physique et le sport
4. Réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain
5. Optimiser les offres de conseils et de thérapies.

Assurer la coordination nationale

Une coordination nationale doit garantir la collaboration entre les acteurs et une utilisation optimale des ressources et des synergies. Le développement et l'analyse de mesures supplémentaires doivent nécessairement reposer sur des bases scientifiques, ce qui suppose des activités de recherche, de surveillance et d'évaluation. En outre, des offres ciblées de formation et de perfectionnement sont prévues pour améliorer la compétence des spécialistes.

Promouvoir une alimentation équilibrée

Le deuxième objectif vise à l'intégration d'une alimentation équilibrée dans le quotidien. Les recommandations nationales en matière de nutrition servent ici de base, les besoins de divers groupes-cibles étant par ailleurs pris en compte. Il s'agit, d'une part, de perfectionner les mesures existantes avérées efficaces pour promouvoir une alimentation équilibrée et, d'autre part, de trouver de nouvelles approches novatrices pour améliorer le comportement alimentaire des enfants et des jeunes notamment.

Promouvoir l'activité physique et le sport

Le troisième objectif tend à donner à tous les groupes de la population la possibilité et l'envie de bouger au quotidien ou de faire du sport. Un environnement propice au mouvement devrait inciter chacun à se dépenser physiquement – chez soi, à l'école ou au travail, lors des trajets/déplacements effectués et durant son temps libre. L'enjeu est de renforcer de manière ciblée nos habitudes de mouvement et nos pratiques sportives. En parallèle, il s'agit d'identifier les groupes de population que les offres existantes n'atteignent pas. Il faudra soutenir ici des modèles novateurs et, le cas échéant, trouver de nouveaux moyens d'action.

Réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain

Le quatrième objectif doit freiner la tendance à l'augmentation de la surcharge pondérale. Des modèles intégrés (activité physique, alimentation, aspects psychiques et sociaux) de promotion d'un poids corporel sain doivent être intégrés dans la vie de tous les jours.

Optimiser les offres de conseils et de thérapies

Le cinquième objectif enfin vise à mettre à disposition des personnes qui, en Suisse, souffrent de surpoids, d'obésité ou de troubles alimentaires, une offre de conseils et de thérapies répondant à leurs besoins et basée sur des évidences, en accordant une attention particulière à la détection précoce des patients à risque.

Bases de la mise en œuvre

La mise en œuvre du PNAAP doit être effectuée sur les bases suivantes :

- il est indispensable, pour atteindre les objectifs, que la coopération entre les acteurs, encouragée lors de l'élaboration du PNAAP soit maintenue, voir renforcée dans la phase de mise en œuvre. Il est également important de focaliser les efforts sur la collaboration multisectorielle et le partenariat avec l'industrie alimentaire. Par la création de synergies avec les partenaires, les ressources et les moyens existants peuvent être mieux et plus efficacement utilisés.
- Les rôles et les compétences des nombreux acteurs des secteurs de l'alimentation et de l'activité physique en Suisse doivent être clairement définis. La mise en œuvre des interventions doit être basée sur le long terme. Les interventions visant une modification du style de vie des individus, s'orientent plus particulièrement vers les 15-20 ans.
- Le PNAAP doit transporter un message positif comme le plaisir de manger et le bien-être de l'activité physique. Toutes les possibilités doivent être exploitées afin de mettre l'accent sur des approches liées au plaisir de manger sainement et encourageant l'activité physique.

Points forts

Une Plate-forme nationale alimentation et activité physique ainsi qu'un système de monitoring sont deux mesures centrales prévues de ce programme, essentiellement élaborées afin de faciliter la collaboration multisectorielle et la coordination des différents modèles d'interventions actuellement en cours, ou à réaliser. Elles doivent aussi permettre l'identification des lacunes et l'analyse contextuelle des problèmes de santé publique liés à l'alimentation et à l'activité physique.

Plate-forme nationale alimentation et activité physique

La Plate-forme nationale alimentation et activité physique permettra aux participants de débattre des mesures présentées. Comme dans d'autres domaines de la santé publique – surtout l'alimentation et les conditions-cadres pour le sport et l'activité physique – se pose continuellement la question de savoir dans quelle mesure des actions volontaires suffisent à améliorer la situation sanitaire et à quel moment des interventions régulatrices sont indispensables. Ainsi, avant de prendre des mesures légales il faut, en règle générale, exploiter au maximum la capacité des acteurs privés (p. ex. industrie alimentaire, commerce de détail) ainsi que des organisations à but non lucratif et bénévoles pour la prise de mesures volontaires, autorégulatrices. Un objectif important est de soutenir de manière optimale, l'énorme engagement des acteurs privés, par les activités des pouvoirs publics et des bases juridiques adaptées.

Cette Plate-forme ne va pas concurrencer les activités des réseaux existants mais, au contraire, les soutenir.

Système uniformisé de monitoring

Un système de monitoring uniformisé va être développé en utilisant des structures déjà existantes, comme par exemple l'Enquête suisse sur la santé ou l'Observatoire Sport et activité physique Suisse et en créant d'autres systèmes comme le National Nutrition Survey Switzerland (NANNUS) ou un monitoring sur l'activité physique des enfants. Ces systèmes vont permettre d'identifier les lacunes et les interventions efficaces dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique.

Partenaires

La répartition des rôles entre les trois principaux partenaires que sont l'OFSP, l'OFSPPO et Promotion Santé Suisse au sein du PNAAP est la suivante :

- L'OFSP assume la gestion concernant la mise en œuvre de la coordination nationale (objectif 1), la promotion d'une alimentation équilibrée (objectif 2), l'optimisation des offres de conseils et de thérapies (objectif 5), de même que la promotion d'activité physique quotidienne (objectif 3).
- L'OFSPPO assume la responsabilité de la promotion de l'activité physique et du sport (objectif 3).
- Promotion Santé Suisse est responsable des approches intégrées pour la promotion d'un poids corporel sain (objectif 4).

Les cantons jouent un rôle prépondérant dans la planification et la mise en œuvre du programme. D'autres partenaires importants sont les communes, les organisations semi-étatiques, les organisations non-gouvernementales (Alliance ONG), l'industrie alimentaire et le commerce de détail. Pour l'élaboration de mesures d'interventions, et selon les thèmes, d'autres offices fédéraux sont impliqués, comme l'Office fédéral des migrations (p. ex. intégration sociale par le sport), l'Office fédéral du développement territorial (p. ex. environnement construit favorable à l'activité physique), l'Office fédéral des routes (p. ex. mobilité douce – pistes cyclables) et l'Office fédéral de l'agriculture (p. ex. production de denrées alimentaires).

Introduction

Au cours des dernières décennies, un nombre croissant de liens ont été identifiés entre divers facteurs alimentaires, l'activité physique et des maladies chroniques.

Corrélation entre alimentation et maladies

De grandes études épidémiologiques révèlent la corrélation entre diverses formes d'alimentation et la morbidité ou la mortalité dues aux maladies cardiovasculaires, aux cancers ainsi qu'à d'autres maladies chroniques non-transmissibles. Les progrès dans la connaissance de la saluto-genèse au niveau cellulaire et moléculaire ont permis de mieux comprendre les effets des substances nutritives. Plus personne ne conteste aujourd'hui le réel potentiel de prévention que comporte une alimentation équilibrée (OMS, 2003).

Importance de l'activité physique pour la santé

La science s'intéresse depuis plus de dix ans à l'importance d'une activité physique régulière pour la santé. Le « US Surgeon General's Report on Physical Activity and Health » (CDC, 1996) représente la première synthèse en la matière. Il a été suivi de nombreux travaux de recherches dont la publication de l'OMS « Physical Activity and Health, Evidence for Action » (OMS, 2006). L'effet protecteur que procure une activité physique régulière est avéré pour les maladies cardiovasculaires, pour diverses formes de cancers, pour le diabète de type 2 et l'ostéoporose, de même que pour la santé psychique et l'autonomie des seniors. Pour le moment, les recherches portent sur des effets spécifiques, comme les performances intellectuelles ou les effets sociaux.

Prévention de l'obésité

Une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante sont les deux piliers de la lutte contre la propagation de l'obésité qui menace depuis quelques années l'Europe (Suisse comprise). L'indice de masse corporelle (IMC), à savoir le poids corporel en kilogrammes divisé par la taille au carré, est utilisé pour la classification du poids corporel. Un IMC de 25 kg/m² ou plus est synonyme de surcharge pondérale, au-delà de 30 kg/m² on parle d'obésité.

Un autre paramètre au niveau international, toutefois peu usuel jusqu'ici, est la mesure du ventre,

Au vu de l'évolution mondiale, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté en mai 2004 sa « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » et a invité les Etats membres à la transposer dans leur cadre national respectif.

Programme national

Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012), élaboré à la demande du Conseil fédéral, fait suite aux recommandations de l'AMS. Programme-cadre pour les prochaines années, il fixe les lignes directrices d'une démarche coordonnées à l'échelle nationale dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique.

Sur le plan suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Office fédéral du sport (OFSP) et Promotion Santé Suisse ont déjà mené d'importants travaux préparatoires au niveau stratégique, avec le concours de nombreux autres partenaires actifs dans ce secteur. Le programme national peut s'appuyer sur cette base, sans compter toutes les bases internationales qui ont également été prises en compte lors de son élaboration.

1 Situation initiale

1.1 Contexte international

Charge globale de morbidité

Les maladies non transmissibles ayant comme facteurs déterminants l'alimentation et l'activité physique sont responsables de pratiquement 60% des décès annuels dans le monde, ainsi que de 47% de la charge globale de morbidité (OMS, 2006c). Dans la plupart des pays européens, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont en relation avec 5 des sept principaux facteurs de risques : l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès de poids, la faible consommation de fruits et légumes et la sédentarité ; les deux autres étant le tabagisme et la consommation d'alcool (OMS, 2002).

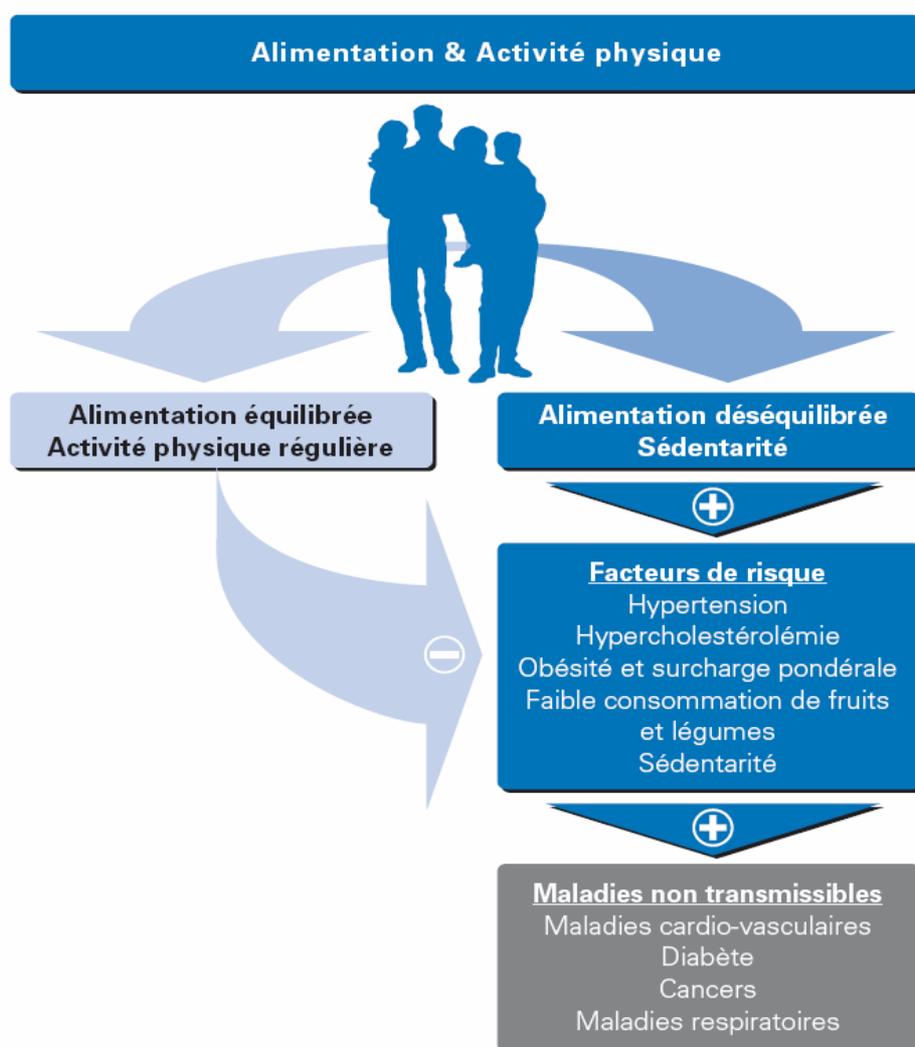


Fig. 1 : Influence de l'alimentation et de l'activité physique sur les maladies non-transmissibles (illustration originale OFSP)

Maladies liées à l'alimentation

Les six principales maladies liées à l'alimentation dans le monde sont l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies dentaires et l'ostéoporose (OMS, 2003).

Propagation de l'obésité

Le surpoids et l'adiposité sont devenus épidémiques. Une très forte augmentation du nombre de personnes souffrant d'excès de poids ou d'obésité a été constatée ces 10 à 20 dernières années dans les pays industrialisés et, de plus en plus également, dans les pays en développement (OMS, 2000). La fréquence (prévalence) de l'obésité en Europe a triplé en 20 ans et prend des proportions alarmantes chez les enfants et les jeunes. En outre, la progression annuelle de la prévalence de l'obésité chez les enfants devient toujours plus rapide, ce qui occasionne un taux de croissance dix fois plus rapide aujourd'hui que dans les années 1970 (OMS, 2006a). La Suisse n'est pas épargnée. Le nombre de personnes atteintes est en hausse, chez les adultes comme chez les enfants (OFSP, 2005a).

En Europe, le surpoids et l'obésité dus à une alimentation déséquilibrée et au manque d'activité physique sont responsables chaque année, chez les adultes, de 80% de tous les cas de diabète de type 2, de 35% des cardiopathies ischémiques et de 55% des maladies hypertensives.

Suralimentation et sous-alimentation

L'alimentation de la population mondiale présente un contraste frappant : d'un côté, plus d'un milliard de personnes souffrent de surpoids, de l'autre 850 millions de personnes sont sous-alimentées (OMS, 2002 ; FAO, 2004). Chez les enfants aussi, l'écart se creuse. En Europe, un écolier sur quatre accuse un surpoids, ce qui correspond précisément à la proportion d'enfants sous-alimentés dans le monde (IOTF, 2004 ; UNICEF, 2005). Plus de 200 millions de personnes en Europe, soit plus de la moitié de la population adulte, sont atteintes de surpoids ou d'obésité, la prévalence variant d'une région et d'un pays à l'autre, selon la culture et le statut social (IOTF, 2004). Etant donné le rôle joué par le surpoids dans l'apparition de nombreuses maladies et la mortalité accrue qui s'ensuit, les 300 millions de personnes obèses recensées aujourd'hui dans le monde et le pourcentage croissant d'enfants en surpoids ou obèses, atteignant déjà 10 %, constituent un défi pour la politique sanitaire (IOTF, 2004).

Sédentarité

La sédentarité est également un important problème de santé publique. Selon des estimations de l'OMS (2002), 17% de la population adulte mondiale sont sédentaires et 41% sont insuffisamment actifs. En 2002, 69% des adultes en Europe ne remplissaient pas les recommandations en matière d'activité physique (Sjöström et al., 2006).

Stratégie globale

Au vu de la situation initiale décrite, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté en mai 2004 sa « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », invitant les gouvernements à l'adapter à leurs spécificités nationales et à la mettre en œuvre sur leur territoire (OMS, 2004). A la demande du Conseil fédéral, la résolution 57.17 de l'AMS a également été transposée en Suisse et fait l'objet du présent « Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012) ».

L'OMS a reconnu le rôle central de l'activité physique et de l'alimentation, non seulement dans le contexte de l'obésité, mais aussi pour la prévention d'autres maladies non-transmissibles, et l'a formulé dans sa « Global strategy on Diet, Physical Activity and Health » dans les termes suivants :

« Diet and physical activity influence health both together and separately. Although the effects of diet and physical activity on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits to be gained from physical activity that are independant of nutrition and diet, and there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity. Physical activity is a fundamental means of improving the physical and mental health of individuals » (OMS, 2004).

*Recommandations
internationales*

La Stratégie mondiale de l'OMS (2004) et la « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité » adoptée en novembre 2006 par les ministres européens de la santé (OMS, 2006b) constituent des bases importantes pour la mise en œuvre dans chaque pays de mesures de lutte contre la tendance croissante au surpoids et à l'obésité. La Charte européenne demande que les objectifs socio-économiques et culturels soient mis en harmonie avec les objectifs sanitaires, afin de faciliter aux individus des choix favorables à leur santé. Toutes ces mesures ont pour but de maîtriser l'épidémie d'obésité et d'opérer un renversement de tendance à long terme. Elles exigent l'engagement de l'ensemble des composantes de la société et respecteront l'équilibre entre la responsabilité individuelle et celle de la société et de l'Etat. A ce propos, la priorité doit aller aux groupes de population socialement défavorisés.

Politique de l'UE

Au niveau européen également, l'alimentation, l'activité physique et l'obésité constituent des thèmes importants et font partie intégrante des programmes de santé publique de l'UE. Parmi les initiatives prises par la Commission européenne (UE, 2005) figurent le réseau Alimentation et activité physique, la création d'une Plate-forme européenne d'action ainsi que la publication du Livre Vert « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique » (COM 2005/0637). La résolution du Parlement européen « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique », adoptée le 1^{er} février 2007, demande expressément que la lutte contre l'obésité et les autres maladies nutritionnelles soit considérée comme une priorité politique de l'Union européenne et de ses Etats membres. A partir de là, la Commission européenne a adopté en mai 2007 (UE, 2007) le Livre blanc « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » (COM, 2007/279). Le Livre blanc invite à développer dans ce domaine des partenariats pour l'action.

Le contenu du présent programme repose sur les recommandations et les bases de l'OMS et de la Commission européenne.

1.2 Situation actuelle en Suisse

1.2.1 Comportement alimentaire et activité physique, surcharge pondérale

Comportement alimentaire

Selon ses propres dires, près d'un tiers de la population (31%) n'a aucune discipline alimentaire. Un fort pourcentage de personnes vivant en Suisse ne consomme pas chaque jour les produits suivants : fruits (34%), légumes/salades (18%), lait (64%) et produits laitiers (39%). En outre, 38% des gens ne mangent que rarement, voire jamais de poisson (OFS, 2003). Le comportement alimentaire de la population suisse ne s'est pas amélioré par rapport aux données d'il y a dix ans (Eichholzer et al., 2005) et la consommation de sucre dépasse largement l'apport maximal recommandé de 10% de l'énergie totale absorbée.

Les enfants en âge de scolarité en Suisse ont tendance à se passer de petit-déjeuner (10 à 25% ne déjeunant pas) et à remplacer les repas à la table familiale par une collation tardive riche en calories (Baerlocher et al., 2000).

Activité physique

Le manque de mouvement est très répandu parmi la population suisse. 64% des adultes ne pratiquent pas une demi-heure de mouvement par jour et n'exercent pas suffisamment leur endurance. 19% des gens sont même complètement inactifs. Seuls 27% des adultes vivant en Suisse peuvent être considérés comme entraînés (OFS, 2003). La comparaison entre 1992 et 2002 montre néanmoins une évolution positive. Alors que le pourcentage d'inactifs avait encore tendance à augmenter de 1992 à 1997, une stagnation est apparue en 2002 (OFS, 2006). Cette évolution semble due à l'augmentation de l'activité sportive pendant les loisirs. En revanche le recul continu de l'activité physique dans la vie quotidienne, en Suisse aussi, pose problème (OFSPPO et al., 2006). Les différences spécifiques aux sexes jouent également un rôle sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique. Ainsi, les femmes (76%) se soucient davantage de leur alimentation que les hommes (61%) et sont plus nombreuses à passer au moins 30 minutes par jour à pied ou à vélo (48% contre 36%). Par contre, plus d'hommes (68%) que de femmes (59%) pratiquent pendant leurs loisirs des sports les faisant transpirer (OFS, 2003).

Activité physique des enfants et des jeunes

On ne dispose pas encore de données représentatives au niveau suisse sur le comportement en matière d'activité physique chez les enfants et les jeunes. D'où l'impossibilité de dégager des tendances. Les données sur le comportement de la population suisse en matière de transports indiquent toutefois une utilisation toujours moindre de la force musculaire sur le chemin de l'école. De 1994 à 2000, si la part des trajets effectués à pied est restée constante, celle des trajets réalisés à vélo a reculé de 21% à 16% (ODT et OFS, 2001).

L'obésité en Suisse

Le nombre de personnes en surpoids, tous âges confondus, a augmenté dans des proportions alarmantes au cours des dernières années. Un « clivage » se manifeste par ailleurs. Alors que les excès de consommation et donc le surpoids caractérisent une part importante de la population, on trouve toujours plus de groupes dans la population présentant les signes d'une alimentation carencée, qualitativement ou quantitativement. En 2002, 37% de la population adulte souffrait d'excédent de poids ou d'obésité, contre 30% en 1992/93 (OFS, 2003 ; OFSP, 1998). En chiffres absolus, cela signifie qu'en Suisse, 2,2 millions de personnes de 15 ans et plus présentaient un excédent de poids en 2002. Les hommes (45%) sont davantage touchés que les femmes (29%). Chez les deux sexes, l'excédent de poids et l'obésité augmentent avec l'âge, mais un peu moins vite chez les hommes à partir de 50 ans. En outre, les couches sociales inférieures présentent plus souvent un excédent de poids (OFSP, 2005a).

Un enfant sur cinq est en surpoids

En Suisse, les enfants déjà (de 6 à 12 ans) souffrent de surpoids dans 20% des cas et 5% sont obèses. Par rapport à 1980, leur nombre a été multiplié par cinq, celui des enfants souffrant d'obésité a même progressé encore plus rapidement (Zimmermann et al., 2004). Cette tendance est d'autant plus alarmante que la plupart des enfants atteints de surpoids le resteront à l'âge adulte.

Troubles alimentaires

L'obésité et les troubles alimentaires sont étroitement liés : près de 30 % des personnes obèses souffrent de troubles alimentaires nécessitant un traitement, et l'obésité résulte bien souvent d'un comportement alimentaire pathologique perdurant (Giusti, 2002). La peur d'être considéré comme « gros » fausse la perception que l'on peut avoir de son corps. Il s'avère que 70 % des jeunes filles vivant dans notre pays souhaitent perdre du poids (Narring, 2004). En Suisse comme dans les autres pays industrialisés, 5 % des jeunes âgés de 15 à 35 ans souffrent de troubles alimentaires typiques tels que l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie compulsive (frénésie alimentaire ou *binge-eating disorder*) ou de pathologies atypiques réunissant plusieurs de ces troubles (de Zwaan, 2001 ; Devaud, 1998). Ces chiffres ne représentent probablement que la pointe de l'iceberg étant donné que les personnes concernées ne sont recensées qu'à partir du moment où elles demandent conseil ou de l'aide auprès d'un organe spécialisé.

1.2.2 Coûts macroéconomiques

Coût de l'obésité

En 2001, les coûts liés à l'excédent de poids et à l'obésité, ainsi qu'aux maladies qu'ils provoquent, étaient évalués sur le plan suisse à 2,7 milliards de francs par an (+/- 20%) ou 5% des coûts totaux de la santé. 98% des coûts sont imputables aux maladies associées au surpoids, comme p. ex. le diabète de type 2, les maladies coronariennes, l'hypertension et la dépression (OFSP, 2004a).

Coût de l'inactivité

Selon le document de base « Activité physique et santé », la sédentarité est elle aussi lourde de conséquences. L'inactivité physique est responsable au niveau suisse d'environ 2900 décès prématurés, de 2,1 millions de maladies et des coûts de traitement de 2,4 milliards de francs (OFSP, 2001 ; OFSP et al., 2006).

2 Interactions et possibilités d'intervention

Principes et possibilités Les interactions variées autorisent de nombreuses possibilités d'intervention. Les principes et les possibilités sont brièvement exposés dans ce chapitre afin d'assurer une base de compréhension commune.

2.1 Santé

Terminologie La santé s'entend comme une composante essentielle de la vie quotidienne. Elle n'est pas uniquement le fruit des conditions-cadres du système de santé, des conditions biologiques et génétiques et du mode de vie personnel. Les conditions de vie telles que la paix, le statut social, le niveau d'éducation, l'alimentation, la profession, le revenu, le logement, l'environnement, la justice sociale, l'égalité des chances ainsi que l'accès à des soins médicaux suffisants sont également déterminantes pour la santé et le bien-être des gens (Ottawa Charta, 1986).

2.2 Alimentation et santé

Facteurs d'influence Une alimentation équilibrée revêt une grande importance pour la santé. A contrario, une alimentation carencée ou la suralimentation peuvent influencer l'apparition et l'évolution de maladies ou les facteurs de risque correspondants.

Maladies induites par l'alimentation Les six principales maladies liées à l'alimentation sont l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, l'ostéoporose et les maladies dentaires. Ainsi, une distinction s'impose entre les facteurs de protection dans l'alimentation, qui contribuent à réduire le risque de maladie, et les facteurs qui accroissent un tel risque. Nous connaissons plus de 50 facteurs, de la composante isolée jusqu'aux catégories d'aliments, susceptibles d'influencer l'apparition de maladies. Il est vrai que l'évidence varie beaucoup, et qu'elle n'est pas suffisamment documentée d'un point de vue scientifique dans tous les cas. Par exemple, il est démontré que la consommation de légumes, de fruits et de poisson (cette dernière étant liée à l'absorption d'acides gras n-3 à longue chaîne) protège des maladies cardio-vasculaires, tout comme on a pu prouver que les acides gras trans et les graisses saturées, ainsi qu'une consommation élevée de sel accroissent les risques. L'obésité, due en premier lieu à la suralimentation et à la sédentarité, est considérée comme une maladie à part entière qui, de surcroît, accroît le risque d'autres maladies comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires ou plusieurs formes de cancers (OMS, 2003).

Facteurs d'influence dont il a été démontré qu'ils constituent des facteurs de risque pour des maladies induites par l'alimentation (OMS, 2003) :

Facteurs d'influence	Maladies
Fréquente consommation d'aliments énergisants et pauvres en substance nutritive	Adiposité
Mode de vie sédentaire Manque d'activité physique	Adiposité, diabète de type 2
Surpoids et adiposité	Diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, cancers
Graisses saturées	Maladies cardiovasculaires
Acides gras trans	Maladies cardiovasculaires
Sodium	Maladies cardiovasculaires
Forte consommation d'alcool	Maladies cardiovasculaires, cancers, ostéoporose
Sucre	Caries

Tab. 1 : Lien entre facteurs d'influence et maladies non-transmissibles (MCV : maladies cardiovasculaires, OMS 2003)

Recommandations alimentaires

La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (OMS, 2004) énonce les cinq recommandations suivantes :

- équilibre de l'apport énergétique pour conserver un poids normal ;
- limitation de l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses et diminution de la consommation de graisses saturées au profit de graisses non saturées et réduction de la consommation d'acides gras trans ;
- consommation accrue de fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes et noix ;
- limitation de la consommation de sucres libres ;
- limitation de la consommation de sel, qui devra être iodé.

Ces recommandations servent aussi de base au deuxième Plan d'action européen sur la politique alimentaire et nutritionnelle et aux recommandations nutritionnelles suisses (OFSP, 2006).

Pyramide alimentaire

La pyramide alimentaire adaptée aux particularités de la Suisse communique sous forme graphique les critères essentiels d'une alimentation équilibrée. Les recommandations sont destinées aux adultes en bonne santé. Les autres groupes d'âge ou les groupes spéciaux de la population (enfants, femmes enceintes, sportifs d'élite, végétariens, etc.) ont des besoins spécifiques (OFSP, 2005b).

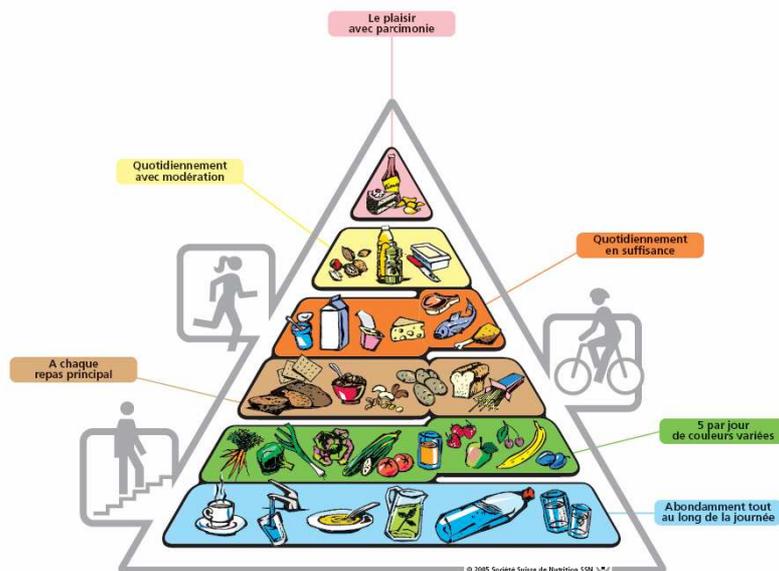


Fig. 2 : Pyramide alimentaire (Société suisse de nutrition, SSN 2005a)

2.3 Activité physique et santé

L'activité physique en guise de médecine

Les effets qu'une activité physique régulière a sur la santé des adultes sont aujourd'hui documentés, quantifiés et largement reconnus (USDHHS, 1996 ; Oja et al., 2004 ; Bouchard et al., 2007 ; OMS Europe, 2006a). Ainsi l'activité physique protège de maladies répandues, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'obésité, l'ostéoporose, certaines formes de cancers (cancer du sein, du côlon), et prévient les maux de dos. En outre, l'activité physique et le sport ont une influence positive sur le mental, par leur effet épanouissant et antidépresseur. Les personnes physiquement actives vivent non seulement plus longtemps mais, l'âge venant, ont moins longtemps besoin de soins que les autres. De nouvelles découvertes indiquent par ailleurs qu'une activité physique pratiquée régulièrement peut avoir un effet positif sur les performances intellectuelles.

Effets de l'activité physique sur la santé des enfants et des jeunes

Les effets bénéfiques de l'activité physique et du sport sur la santé des enfants et des adolescents ne sont pas encore aussi bien attestés, sur le plan quantitatif, que dans le cas des adultes, car ce n'est que depuis peu que des méthodes de mesure fiables et exactes ont été mises au point. Les effets suivants de l'activité physique sur la santé des enfants et des adolescents sont cependant établis dès aujourd'hui : le risque de surcharge pondérale baisse et un éventuel surpoids aura tendance à diminuer. La masse osseuse augmente. Le risque de souffrir de diabète de type 2 ou de maladies cardio-vasculaires diminue par ailleurs en cas de pratique régulière d'une activité physique. Des indices positifs montrent encore une amélioration de la santé psychique, des performances scolaires et de l'intégration sociale. Enfin, il est probable que le sport ait un effet protecteur par rapport aux dépendances, du moins en ce qui concerne le tabagisme et la consommation de cannabis (Martin et al., 2006).

Recommandations pour les adultes

Dans l'intérêt de leur santé, les adultes devraient avoir une activité physique dont l'intensité correspond à la marche rapide pendant une demi-heure au moins, et cela quasiment tous les jours. La pratique d'activités plus intensives, tel l'entraînement d'endurance, ainsi que des exercices de musculation réguliers procureront un bénéfice supplémentaire (OFSPPO et al., 1999).



Fig. 3 : La pyramide de l'activité physique : recommandations pour les adultes (OFSPPO, OFSP, Réseau santé et activité physique Suisse, 2006)

Recommandations pour les enfants

On considère aujourd'hui que les adolescents en fin de scolarité devraient avoir au minimum une heure d'activité physique par jour – et les plus jeunes davantage encore. Pour un développement optimal, il est nécessaire de mettre l'accent sur la diversité. Ainsi, dans le cadre de l'« heure minimum » d'activité physique quotidienne, ou en supplément, ces personnes devraient pratiquer plusieurs fois par semaine, pendant une bonne dizaine de minutes, des activités propres à consolider les os, à stimuler le cœur et la circulation, à renforcer les muscles, à conserver la souplesse et à améliorer l'habileté (Martin et al., 2006). Ces recommandations avancent d'ailleurs des chiffres prudents et devront être révisées dès que les recherches en cours sur le plan tant national qu'international auront livré de nouvelles conclusions dans ce domaine.



Fig. 4 : Le disque de l'activité physique : recommandations pour les enfants et les adolescents (OFSP, OFSP, Réseau santé et activité physique Suisse, 2006)

Activité physique
bénéfique à la santé

Pour être bénéfique à la santé, l'activité physique doit satisfaire à des exigences minimales en termes de fréquence, de durée et d'intensité (cf. les recommandations ci-dessus) – qu'il s'agisse de sport ou d'activités de la vie quotidienne – tout en évitant autant que possible les effets secondaires indésirables. Par conséquent, lorsqu'il est question d'*activité physique* dans ce document, il faut entendre une *activité physique ayant des effets positifs sur la santé*.

2.4 Poids corporel et santé

Bilan énergétique

L'épidémie d'obésité résulte de l'évolution de nos conditions de vie au cours des dernières décennies. Celles-ci sont liées à une baisse de l'activité physique et de nouveaux modèles d'alimentation. L'absorption et la consommation d'énergie (= bilan énergétique) sont soumises à toutes sortes d'influences, provenant de l'environnement familial, du milieu scolaire, de la politique des transports et de la planification urbaine, de la publicité ou encore de la politique alimentaire et de la politique agricole.

Nombreux facteurs
d'influence

Le cadre de vie, y compris les transports, le logement, le travail, l'école et de nombreuses activités de loisirs, sollicite toujours moins l'activité physique. Le monde actuel n'exige plus aucune nécessité de bouger, et ainsi la tendance générale est à un mode de vie toujours plus sédentaire. Par ailleurs, des facteurs liés à l'alimentation amènent les individus à trop manger malgré eux :

- a) une alimentation riche en énergie, qui contient beaucoup de calories par unité de poids – par suite de l'addition de graisses et de sucre superflus, ou bien d'une trop faible consommation de fruits et légumes ;
- b) l'absorption de boissons riches en énergie (sucrées) entre les repas (OMS, 2006b).

Comme ces deux facteurs s'avèrent échapper à la régulation normale, à court terme, de l'appétit et de la prise alimentaire par l'organisme, les enfants et les adultes négligent de restreindre leur consommation restante lorsque ce type d'aliments ou de boissons sont régulièrement à portée de main. Le problème est encore plus aigu dans les sociétés caractérisées par un déficit d'activité physique. A contrario, une alimentation peu énergétique et pauvre en graisses, tout en contenant davantage d'hydrates de carbone complexes et de substances de ballast, prévient de la prise de poids. Il n'est donc guère étonnant qu'une consommation élevée de fruits et légumes entraîne une moindre augmentation de poids (OMS, 2006b).

Il importe encore que les mesures visant à améliorer les habitudes alimentaires et à encourager l'activité physique débutent dans les milieux sociaux où les conditions sont réunies pour l'ancrage de saines habitudes, et donc où il y a une prédisposition à un mode de vie sain. Car les êtres humains prennent plus volontiers et plus souvent des décisions bénéfiques pour leur santé quand l'environnement y est propice (Christakis et al., 2007).

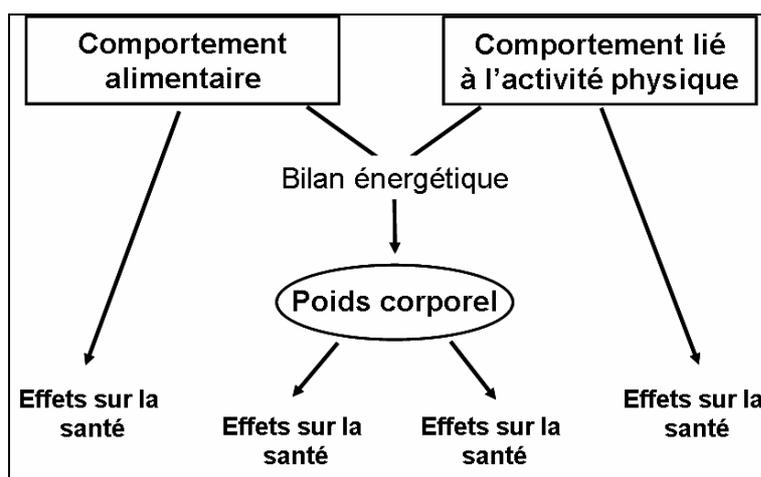


Fig. 5 : Effets sur la santé du comportement alimentaire et de l'activité physique (OMS, 2004a)

2.5 Bases d'intervention

Interventions

Des interventions sont possibles à différents niveaux, sur de nombreux facteurs d'influence et avec différents ajustements. Les possibilités qui s'offrent dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique sont en partie identiques à d'autres domaines de la prévention, mais peuvent également être spécifiques.

2.5.1 Concept-cadre

Modèle «Ensemble de règles»

Les interventions en matière de santé publique (Public Health) consistent souvent en un ensemble de règles basées, dans l'idéal, sur le savoir et l'expérience acquis. La promotion de la santé et la prévention s'inscrivent toutefois aussi dans un contexte social en interaction avec ces règles (fig. 6).

Utilisation optimale des ressources

Un emploi optimal des moyens disponibles requiert d'exploiter systématiquement les acquis de l'expérience, les évidences et les synergies. Les interventions visant à améliorer le comportement (alimentation, activité physique) sont particulièrement complexes d'où la rareté des évidences scientifiques existantes. Aussi s'agit-il d'agir selon le principe de la « best available evidence ». Le concept des bonnes pratiques (*best practices*), fondé sur des procédures ayant fait leurs preuves ou peu coûteuses, est important pour la mise au point de telles interventions.

Rôle essentiel du contrôle et de l'évaluation

Le contrôle et les évaluations jouent un rôle central dans la constitution d'une base de savoir, de façon à ce que la promotion de la santé et la prévention puissent être planifiées sur la base d'évidences scientifiques (voir aussi le chap. 8, objectif 1). En outre, il est important de vulgariser les découvertes réalisées.

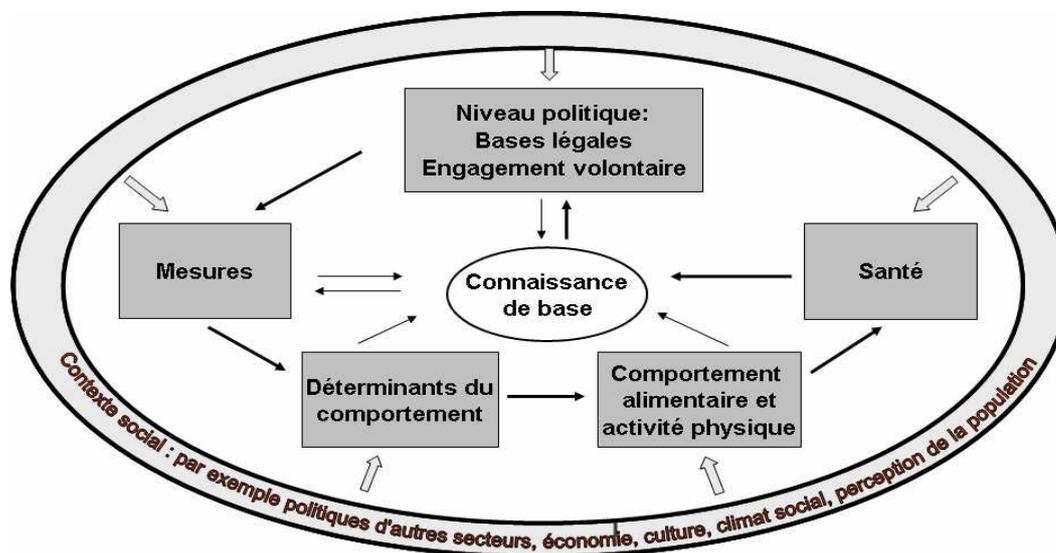


Fig. 6 : Concept-cadre pour la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière. Développement du concept-cadre de HEPA Europe

Facteurs d'influence

Les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique sont influencés par différents facteurs d'influence. Si l'on parvient à les influencer positivement, il y a une chance que les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique s'améliorent à leur tour.

Facteurs modifiables

Facteurs individuels : savoir, motivation, culture sanitaire, attitude par rapport à une alimentation équilibrée et à une activité physique régulière, ainsi que compétences et savoir-faire spécifiques (p. ex. déplacements à vélo de manière sûre ; notions de cuisine).

Contexte social : contexte familial, contexte social en général, comme les groupes de pairs ou le cadre de travail.

Mesures structurelles : faciliter l'accès aux produits sains par l'adaptation de l'offre et des prix (p. ex. comparaison fruits-légumes-sucreries), publicité pour les aliments ou les offres de mobilité existantes.

Cadre environnant : environnement construit, comme les structures d'habitation et les infrastructures de transport ou l'accès à des équipements sportifs, ainsi que l'accès à des contrées de repos et de détente et à l'environnement naturel, comme les forêts et les cours d'eau ; dans le domaine de l'alimentation : disponibilité et accessibilité des aliments.

Facteurs non modifiables Il existe par ailleurs des facteurs d'influence *non modifiables* du comportement en matière d'alimentation ou d'activité physique, comme les conditions génétiques, l'âge, le sexe ou le contexte culturel. Il peut donc être judicieux – voire nécessaire – d'ajuster les mesures envisagées auprès de groupes-cibles aux contraintes liées à l'âge, au contexte culturel ou au contexte socio-économique.

Prévention comportementale et prévention contextuelle Les interventions relevant de la promotion de la santé et de la prévention doivent viser à influencer les facteurs modifiables du comportement. Deux méthodes de préventions complémentaires doivent être distinguées :

- la **prévention comportementale** qui vise la promotion de la culture sanitaire individuelle et des changements de comportement ainsi que le déclenchement de processus d'apprentissage collectifs et
- la **prévention contextuelle** (également appelée prévention structurelle) qui instaure des conditions propices à une alimentation équilibrée et à une activité physique suffisante grâce à l'organisation des conditions extérieures de vie, de travail, du marché et de l'environnement.

Pour être durables, la promotion de la santé et la prévention par le biais de l'activité physique régulière et d'une alimentation équilibrée doivent être axées aussi bien sur les individus (prévention comportementale) que sur le contexte (prévention contextuelle). Les interventions à ces deux niveaux seront idéalement ajustées les unes aux autres.

Mesures librement consenties ou législatives On peut se demander dans quelle mesure les actions librement consenties dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique suffisent à améliorer la situation et à partir de quel moment des interventions réglementaires sont incontournables. Avant de prendre des mesures législatives, il convient généralement d'épuiser tout le potentiel de mesures volontaires des acteurs privés (p. ex. industrie alimentaire, commerce de détail), ainsi que des organisations à but non-lucratif et de volontaires. La promotion de la diversité de l'offre alimentaire et du soutien des activités de loisirs offre toujours de nombreuses possibilités d'engagements volontaires.

2.5.2 Promotion de la santé et niveaux de prévention

Promotion de la santé On entend par promotion de la santé, le processus permettant aux individus et à la communauté d'accroître leur contrôle sur les facteurs déterminants pour la santé et donc d'améliorer leur santé.

Par ailleurs, le concept de la promotion de la santé inclut aussi bien le soutien ciblé à des modes de vie que l'amélioration des conditions de vie ayant un impact sur la santé (OFSP, 2004b).

Prévention La prévention est le terme générique regroupant toutes les mesures contribuant à faire reculer l'apparition, la propagation et les effets négatifs des maladies ou des troubles de la santé. On distingue les formes de prévention suivantes (OFSP, 2004b) :

Prévention primaire : mesures ciblées en vue de la réduction de la résurgence d'une maladie ou d'un problème de santé. Les mesures visent à réduire ou à affaiblir les facteurs de risque et à renforcer les facteurs de protection.

Prévention secondaire : mesures ciblées d'identification et d'intervention précoces concernant des personnes et des groupes qui présentent des facteurs de risque connus pour certaines maladies ou affections ou qui présentent déjà des symptômes identifiables.

Prévention tertiaire : mesures ciblées pour empêcher les atteintes supplémentaires résultant de la présence d'une certaine maladie.

2.5.3 Phases de l'existence

Interventions selon les phases de l'existence

Tout individu traverse dans son existence des phases successives. L'accent doit être mis à chaque fois sur des cadres de vie (*settings, univers*) différents ou sur d'autres instances de socialisation. En effet, l'état d'esprit, les motivations et les besoins évoluent. Les objectifs des interventions éventuelles sont dès lors eux aussi différents. Les mesures de promotion de la santé gagnent en durabilité lorsqu'elles s'orientent sur les phases de l'existence (Trojan et Legewie, 2001).

2.5.4 Cadres de vie et groupes-cibles spécifiques

Modèle des cadres de vie

Le modèle des cadres de vie a fait ses preuves dans la prévention et la promotion de la santé. Les individus y sont considérés dans leur quotidien. L'accent sur des espaces préalablement définis permet de prévoir des canaux d'accès adéquats et de mieux utiliser les ressources à disposition (Altgeld und Kolip, 2004). Un même individu peut se rattacher simultanément à plusieurs cadres de vie différents, qui l'influencent. Les cadres pertinents pour la prise de mesures dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique sont les suivants (voir aussi chapitre 9) :

Famille

Les habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique s'acquièrent dans le *cadre familial*. D'où l'importance d'intégrer les familles dans les mesures destinées aux groupes-cibles des enfants et des adolescents.

Ecole et lieu de travail

L'avantage de l'école est que ce canal permet d'atteindre tous les enfants faisant partie de la population (et leurs parents).

La population active est atteignable sur son *lieu de travail*.

Commune et associations

Les *communes* peuvent influencer aussi bien le contexte (p. ex. aménagement du territoire, possibilités de repas ou collations proposées dans les écoles) que les individus (par le biais notamment des associations de parents, des consultations destinées aux mères ou aux pères). En outre, le niveau communal offre un maillage optimal entre les acteurs concernés. Dans le domaine de l'activité physique, les *sociétés* jouent un rôle significatif au sein des communes.

Cadre médical

Il est souvent difficile d'atteindre les personnes qui manquent d'activité physique ou qui ont une alimentation déséquilibrée. Le *cadre médical*, où le conseil aux patients est primordial, constitue un canal d'accès possible à ce public-cible.

2.5.5 Culture sanitaire

Compréhension globale

La culture sanitaire doit s'entendre comme un concept global aidant l'individu à se comporter de manière responsable en matière de santé avec le concours de son environnement social ; cette culture permet aussi à la population d'influencer les sphères sociale et politique de telle manière qu'elles promeuvent des comportements salutogènes (Abel et Bruhin, 2003 et Kickbusch et al., 2005).

Objectif à long terme

Le concept de la culture sanitaire revêt une importance particulière en relation avec la thématique de l'alimentation et de l'activité physique et doit être considéré dans le contexte des mutations sociales, économiques, culturelles et environnementales. Le but, à long terme, consiste à faire en sorte qu'un mode de vie sain, fondé sur une alimentation équilibrée et l'activité physique devienne la norme. Les objectifs de la politique sanitaire et les objectifs culturels et socio-économiques doivent être ajustés les uns aux autres. Il convient en outre de faciliter aux individus les choix favorables à leur santé (OMS, 2006b).

2.6 Coordination nationale

Collaboration intersectorielle

La collaboration multisectorielle (à savoir l'harmonisation entre les différents domaines politiques) et la coordination nationale constituent des bases pour la prévention des maladies non-transmissibles. L'OMS (2004) a également relevé que dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, la coordination tant nationale qu'internationale et l'harmonisation des mesures adoptées sont les deux approches les plus prometteuses. Etant donné la diversité des approches, la collaboration s'impose entre des partenaires actifs dans plusieurs domaines (experts de la santé, de l'aménagement du territoire, du sport, de la nutrition, de l'économie, de l'éducation, du travail social, de la politique et de la recherche, etc.) et ayant des perspectives, des objectifs et des intérêts spécifiques. D'où la nécessité d'une approche commune, en vue du transfert de savoir nécessaire et de la mise à profit des ressources disponibles.

3 Etat des lieux de promotion de la santé et de la prévention concernant l'alimentation, l'activité physique et un poids corporel sain en Suisse

3.1 Activités internationales

Collaboration avec l'OMS

La Suisse a participé activement à la mise au point des stratégies de l'OMS, sur le plan international comme dans la région Europe. On peut citer en particulier la « Stratégie européenne contre les maladies non-transmissibles : prévention et lutte » (OMS, 2006c), la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » (OMS, 2004) et la « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité » (OMS, 2006b), point fort de la Conférence ministérielle européenne de novembre 2006 à Istanbul. La Suisse a également transposé le premier plan d'action européen sur la politique alimentaire et nutritionnelle (2001) dans une politique nationale en matière de nutrition et collabore à l'élaboration et à la mise en œuvre du deuxième plan d'action européen (OMS, 2007, en cours d'élaboration). En outre, elle participe régulièrement aux séances du Codex Alimentarius, dans le but de faire inscrire dans la législation les points-clés de l'information nutritionnelle.

HEPA Europe

La Suisse soutient activement le Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé (www.euro.who.int/who). Celui-ci entend contribuer à l'adoption de mesures politiques ou stratégiques en faveur de plus d'activité physique bénéfique pour la santé.

3.2 Activités en cours

Programmes nationaux de prévention

Dans le cadre des programmes nationaux de prévention de l'Office fédéral de la santé publique, les deux programmes nationaux Alcool et Tabac ont été développés. Une coordination est garantie avec ces programmes étant donné que l'alcool et le tabac présentent également des facteurs de risque pour les maladies chroniques.

Politique nutritionnelle 2001-2005

Différentes conférences internationales organisées sous l'égide de l'OMS ont servi à élaborer les bases nécessaires au développement d'une politique nationale en matière de nutrition. Un groupe de travail de la Commission fédérale de l'alimentation a défini, sur la base des résultats des troisième (1991) et quatrième (1998) rapports sur la nutrition en Suisse, une politique en matière de nutrition pour les années 2001 à 2005 (plan d'action Alimentation et Santé de 2001), dans le but de promouvoir un poids corporel sain (OFSP, 2001). A partir de là, de premiers processus visant à réduire le surpoids et à prévenir les maladies qui y sont liées ont été introduits en Suisse, avec le concours d'organisations partenaires. Sur cette base, l'industrie alimentaire a commencé à planifier des activités et à les mettre en œuvre, entre autres en ce qui concerne l'étiquetage des produits, ainsi que la restriction volontaire de la publicité.

<i>Commission fédérale de l'alimentation</i>	La Commission fédérale de l'alimentation (CFA) est en mesure de jouer un rôle-clé dans la formulation de politiques publiques, ainsi que dans l'élaboration de recommandations. Outre les rapports sur la nutrition, elle a élaboré des documents sur des thèmes variés : « Sel et hypertension », « Avantages et désavantages pour la santé d'une alimentation végétarienne », « La dénutrition à l'hôpital » et « Alimentation pendant la grossesse ». En 2003, la CFA lançait, conjointement avec l'OFSP, la Plate-forme alimentation, favorisant ainsi l'échange entre experts et, en 2004, la Table ronde sur le thème du surpoids voyait le jour. Ainsi, des acteurs importants, avec la participation de l'industrie alimentaire, se réunissent pour examiner les actions volontaires que l'industrie et le commerce pourraient mettre en œuvre.
<i>Fruits et légumes 5 fois par jour</i>	Ainsi est née en 2001, à l'initiative de la Ligue suisse contre le cancer, de Promotion Santé Suisse et de l'OFSP, la Campagne nationale « 5 par jour » (www.5parjour.ch) visant à accroître la consommation de fruits et légumes, notamment au sein des groupes de population dont le comportement alimentaire laisse à désirer.
<i>Bilan énergétique équilibré avec « Suisse Balance »</i>	En 2002, l'OFSP et Promotion Santé Suisse ont lancé conjointement, dans une perspective à long terme, « Suisse Balance, l'alimentation en mouvement ». Ce programme axé sur la promotion d'un poids corporel sain prône un bilan énergétique et nutritionnel équilibré, à travers une alimentation adaptée et une activité physique suffisante (www.suissebalance.ch).
<i>Prévention du diabète</i>	Le surpoids est le facteur de risque majeur du diabète de type 2. D'où le lancement par cinq grands assureurs-maladie et par Promotion Santé Suisse, dans une optique proche de Suisse Balance, du projet national « action d – prévenir activement le diabète ». Outre des mesures de détection précoce du diabète proposées dans les pharmacies, les activités d'« action d » visent à sensibiliser l'opinion publique aux facteurs de risque et sont menées avec le concours d'entreprises et de cabinets de médecins de famille (www.actiond.ch).
<i>Promotion de l'allaitement maternel</i>	La promotion de l'allaitement maternel est un objectif important de la politique suisse en matière de nutrition et fait partie intégrante de la prévention précoce du surpoids. La création en 2000 de la Fondation suisse pour la promotion de l'allaitement maternel a permis d'ériger des structures nationales et d'encourager la mise en œuvre de la BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) de l'UNESCO, qui vise au bien-être des nouveaux-nés et de leur mère (www.allaiter.ch).
<i>Stratégie « Poids corporel sain »</i>	Promotion Santé Suisse s'engage depuis plusieurs années sur le thème « Poids corporel sain », qui constitue aujourd'hui l'un des trois domaines prioritaires de sa stratégie à long terme (Promotion Santé Suisse, 2006). Cette fondation mène notamment des campagnes de sensibilisation afin de mobiliser la population et finance des programmes d'actions cantonaux visant en premier lieu les enfants et les adolescents

<i>Enrichissement du sel</i>	Une autre forme de prévention alimentaire consiste à améliorer l'apport en substances nutritives, en enrichissant des aliments ou en proposant des suppléments. A cet effet, il convient de citer en premier lieu l'iodisation du sel de cuisine, pratiquée depuis les années 1980, sans laquelle il n'aurait pas été possible d'atteindre un apport suffisant en iode (OFSP, 2005a).
<i>Promotion de l'activité physique et du sport</i>	La Confédération encourage depuis les années 1970, à travers Jeunesse+Sport (J+S), le développement des jeunes ainsi que de la santé de la population, en soutenant les associations ou fédérations qui mettent le sport à la portée de tous. En outre, l'enseignement du sport est obligatoire dans les écoles (professionnelles). Le « Concept du Conseil fédéral pour une politique du sport en Suisse », adopté en 2000, vise à promouvoir une culture généralisée du mouvement et à insuffler un « esprit du sport » en Suisse. Par le financement partiel d'offres de fitness et d'activité sportives les assureurs maladie incitent également à la promotion de l'activité physique.
<i>Politique du sport</i>	Il s'agit, d'une part, d'accroître continuellement la part de la population pratiquant une activité physique et, d'autre part, d'exploiter de façon plus ciblée les possibilités de formation au sport (OFSP, 2000). Diverses mesures ont vu le jour sur la base du concept pour une politique du sport : création de réseaux locaux pour la mobilité et le sport, promotion de projets de mobilité à force humaine (Human Powered Mobility, HPM).
<i>Activités cantonales</i>	Par ailleurs, plusieurs cantons ont mis en chantier une nouvelle politique sanitaire tenant compte des aspects de l'alimentation saine et de l'activité physique. Leurs programmes plus ou moins développés contiennent déjà un vaste choix d'activités. Ils sont principalement destinés aux enfants en âge préscolaire ou scolaire.
<i>Alliance des Organisations non-gouvernementales (ONG)</i>	Le réseau CardioVascSuisse a mis en place un vaste programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires (CardioVascSuisse, 2005). L'alliance sous forme de partenariat conclue avec d'autres organisations spécialisées vise à assurer la cohérence d'une politique non gouvernementale se voulant interdisciplinaire, afin d'améliorer les conditions-cadres dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique.
<i>Réseaux</i>	D'autres alliances d'organisations ou groupements divers visent encore à lutter contre la problématique du surpoids en Suisse. On peut citer à cet égard « Nutrition et santé » (www.nutrinet.ch) et « Réseau suisse Santé et activité physique » (hepa.ch). Ces deux réseaux nationaux créés en 1999 visent à coordonner et encourager les échanges entre organisations dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique.

3.3 Evolution politique

<i>Interventions parlementaires</i>	Vingt-huit interventions parlementaires portant sur la prévention du surpoids et la promotion d'une alimentation équilibrée ainsi que d'une activité physique suffisante ont été déposées ces dernières années (voir Annexe III). Leur nombre croissant montre qu'en Suisse, ces thèmes deviennent de plus en plus des préoccupations politiques. La discussion des différentes mesures a été favorisée par ces interventions.
-------------------------------------	--

4 Problématique et enjeux

Le Programme national alimentation et activité physique est confronté à de nouveaux enjeux, et cela à plus d'un titre. Ce chapitre examine de plus près certains enjeux majeurs du PNAAP.

4.1 Collaboration et coordination

Partenaires avec expériences différentes

Les partenaires avec lesquels la collaboration est recherchée proviennent d'horizons multiples (professionnels du sport et de l'alimentation, urbanistes, architectes, politiciens, enseignants, médecins, etc.), et ont des perspectives, des objectifs et des intérêts différents.

Il importe de concentrer les forces des acteurs, dans l'optique de planifier et réaliser dans toute la Suisse des mesures efficaces de prévention contextuelle.

4.2 Complexité

Problématique complexe

Le surpoids, les troubles alimentaires et le manque de mouvement constituent une problématique complexe, avec des aspects somatiques, psychiques ou encore liés au contexte. D'où inévitablement une grande variété de solutions envisageables. Il faut en outre tenir compte de la variabilité dite intraindividuelle qui montre que chaque individu réagit différemment aux influences de l'alimentation et de l'activité physique. La différenciation sociale croissante se répercute notamment sur le travail de prévention et de thérapie. La garantie d'un accès aux offres de conseils et d'assistance par-delà les spécificités et barrières sociales, culturelles et linguistiques et la différenciation de l'offre en fonction des groupes-cibles constituent aujourd'hui un enjeu majeur.

Interaction entre alimentation et activité physique

Un enjeu essentiel tient au fait que les mesures relèvent de deux domaines aux multiples interactions, l'alimentation et l'activité physique. Parallèlement, il est possible d'appuyer les approches qui mettent l'accent sur le plaisir et les bienfaits de l'activité physique et de l'alimentation, en plus des restrictions ou des interdictions. La multidisciplinarité des spécialistes impliqués dans le développement des mesures est également indispensable.

4.3 Discrimination

Aucune discrimination supplémentaire des parties prenantes

Lors de la mise en œuvre des mesures et notamment dans la communication, il faut se garder de discriminer les individus atteints de surpoids ou d'obésité.

5 Programme national alimentation et activité physique 2008–2012

5.1 Mandat et contenu du programme

<i>Mandat</i>	<p>L'OMS a réagi à l'augmentation mondiale des maladies chroniques liées à l'alimentation et à l'activité physique et l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté en mai 2004 sa « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». Le Conseil fédéral a adopté cette résolution et confié la mise en oeuvre de la stratégie en Suisse au Département fédéral de l'intérieur (DFI). C'est ainsi qu'un Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012) a été élaboré sous la coordination de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en étroite collaboration avec les principaux partenaires, l'Office fédéral du sport (OFSPPO) et Promotion Santé Suisse, ainsi que de multiples autres acteurs.</p>
<i>Processus participatif</i>	<p>Le PNAAP a été, dès le début, développé dans un processus participatif. Des offices fédéraux, des cantons, des organisations semi-gouvernementales, des organisations non-gouvernementales (ONG), des universités, l'Association des médecins, des experts de la formation, l'industrie, les médias, l'économie, la protection des consommateurs, l'OMS et des représentant(e)s du secteur de l'activité physique ont été consulté (voir Annexe II).</p>
<i>Teneur du programme</i>	<p>Le programme définit la vision, la mission, les objectifs et les champs d'action de la future politique dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Il définit en outre les directives pour une collaboration coordonnée des acteurs et le développement de nouvelles activités en Suisse. Les mesures d'application pour les cinq prochaines années seront définies sur cette base. Le chapitre « Planification de la mise en œuvre » esquisse la phase de réalisation du présent programme-cadre.</p>
<i>Bases internationales</i>	<p>Le PNAAP se fonde sur les documents de base élaborés à l'échelle internationale, tels que la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » de l'OMS, la « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité » de l'OMS Europe et le Livre blanc « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » de l'UE.</p> <p>Ces documents recensent des recommandations concernant des mesures de mise en œuvre et des procédures appropriées pour promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique suffisante et un poids corporel sain au niveau national et international.</p>

Utilisation du potentiel existant

Le PNAAP peut profiter des activités existantes dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique en Suisse pour sa mise en œuvre. La politique nutritionnelle de la Commission fédérale de l'alimentation et le « Concept du Conseil fédéral pour une politique du sport en Suisse » de l'OFSP ont servi de base aux évolutions engagées à ce jour. Par ailleurs, plusieurs cantons ont mis en chantier une nouvelle politique sanitaire intégrant les deux aspects de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique suffisante. Différents autres acteurs (ONG et institutions privées) se sont engagés en plus de Promotion Santé Suisse qui s'intéresse à la question du « Poids corporel sain » dans le cadre d'une stratégie à long terme. Le PNAAP s'appuie sur les nombreuses expertises, profite des expériences positives au sens de « best practices », mais identifie également les lacunes et les points faibles et définit des mesures appropriées.

6 Vision, mission

Le présent chapitre présente la vision, la mission et les objectifs du Programme national alimentation et activité physique. Ces éléments ont été longuement débattus lors des auditions des futurs acteurs du PNAAP et au sein des comités qui joueront un rôle opérationnel ou décisionnel dans le programme.

6.1 Vision

Vision du PNAAP

La Suisse offre des conditions-cadres dans lesquelles les individus, les familles et toute la collectivité adoptent une alimentation équilibrée et une activité physique régulière favorisant ainsi une bonne santé.

6.2 Mission

Mission du PNAAP

1. La Suisse s'engage, à travers tous les acteurs concernés, pour la création et le maintien de conditions de vie qui favorisent une alimentation équilibrée et une activité physique régulière.
2. Les maladies liées à une alimentation déséquilibrée et au manque de mouvement enregistrent une diminution. Le pourcentage de personnes atteintes de surpoids ou d'obésité est stabilisé à moyen terme, et même reflé à long terme.
3. Les offres dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et de la thérapie sont définies en fonction des exigences propres aux groupes-cibles ainsi qu'aux cadres de vie spécifiés. Elles englobent toutes les phases de la vie – de la phase prénatale à la vieillesse. Le groupe-cible des enfants et des jeunes fait l'objet d'une attention particulière.
4. La discrimination des personnes atteintes de surpoids, d'obésité ou de troubles alimentaires est combattue et un soin particulier est entrepris pour favoriser et faire respecter l'égalité des chances.

7 Objectifs

Aperçu des objectifs et des champs-cibles du PNAAP

7.1 Objectifs nationaux

Le PNAAP formule les cinq objectifs suivants pour trois champs-cibles :

Champ-cible Coordination nationale

Objectif 1 : Assurer la coordination nationale

Champ-cible Promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée

Objectif 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée

Objectif 3 : Promouvoir l'activité physique et le sport

Objectif 4 : Réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain

Champ-cible Thérapie du surpoids et des troubles alimentaires

Objectif 5 : Optimiser les offres de conseils et de thérapies

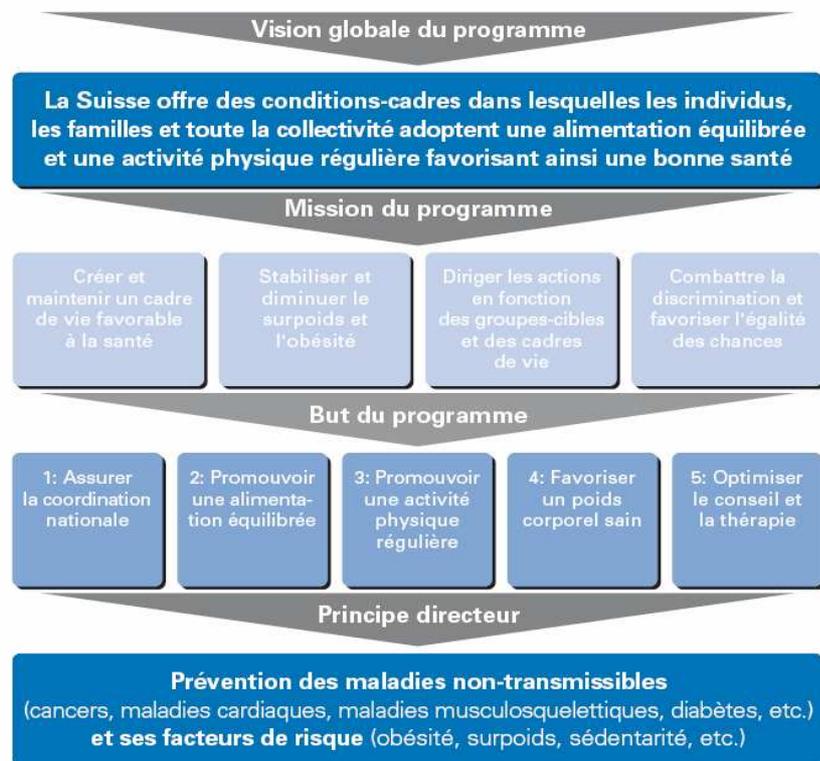


Fig. 7 : Illustration du PNAAP (illustration originale OFSP)

7.2 Objectif 1 : Assurer la coordination nationale

Objet

Une coordination nationale garantit la collaboration des acteurs et une exploitation optimale des ressources et des synergies, afin de réaliser de façon efficiente les objectifs nationaux en place. Les activités de recherche, de surveillance et d'évaluation livrent les bases scientifiques nécessaires au développement et à l'évaluation de nouvelles mesures dans le cadre du programme national. En outre, des offres ciblées de formation et de perfectionnement permettent d'accroître les compétences des spécialistes.

Enjeu

La promotion d'une alimentation équilibrée et d'une plus grande activité physique, et donc à moyen terme un retournement de la tendance à l'augmentation du surpoids et de l'obésité en Suisse, supposent une collaboration multisectorielle et une coordination nationale des acteurs. C'est l'unique façon d'ajuster les activités des divers acteurs sur les objectifs nationaux, d'assurer le transfert de savoir, d'obtenir les ressources nécessaires et d'en garantir l'utilisation efficace.

Le programme national vise en premier lieu à mettre en œuvre des mesures dont l'efficacité aura été testée et démontrée sur le plan national ou international. Il faudra ainsi perfectionner les mesures existantes qui sont les plus prometteuses, soutenir les approches novatrices et mettre au point de nouvelles mesures destinées à de nouveaux groupes-cibles. D'où la nécessité d'élaborer, dans le cadre du programme national, les bases nécessaires, à travers les activités de recherche, de surveillance et d'évaluation, pour accroître l'efficacité des interventions concernant l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel sain. La participation de la Suisse aux activités européennes, en particulier aux projets de recherche, s'avère ici centrale.

Champs d'action

La collaboration dans différents secteurs doit être garantie dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique et optimisée dans la perspective d'une coordination nationale.

1. Coordination nationale et multisectorielle

Une coordination nationale et multisectorielle doit être mise en place pour garantir la collaboration des acteurs concernés, assurer le transfert du savoir et obtenir les ressources nécessaires. L'une des mesures prévues est la création d'une Plate-forme nationale alimentation et activité physique. Cette Plate-forme a un caractère politico-stratégique. Elle permettra aux participants de débattre des bases et des différentes options présentées dans le PNAAP et servira à donner un fondement pour les mesures élaborées en commun. L'alimentation et l'activité physique ne font pas exception ; comme dans d'autres domaines de la santé publique, se pose continuellement la question de savoir dans quelle mesure des actions volontaires suffisent à améliorer la situation sanitaire et à quel moment des interventions régulatrices sont indispensables. Ainsi, avant de prendre des mesures légales il faut, en règle générale, exploiter au maximum la capacité des acteurs privés (p. ex. industrie alimentaire, commerce de détail) ainsi que des organisations à but non lucratif et bénévoles pour la prise de mesures volontaires, autorégulatrices. L'objectif de la collaboration des représentants issus du milieu politique, de l'industrie et d'autres secteurs au sein de la plate-forme est de tirer pleinement profit de cette capacité.

La Plate-forme nationale ne doit pas concurrencer les activités des réseaux existants mais, au contraire, les soutenir.

2. Monitoring et évaluation

Les activités de contrôle (monitorage) et d'évaluation serviront à créer des bases de décision pour la mise au point et l'adaptation de mesures, ainsi qu'à identifier les progrès réalisés. Les rapports périodiques sur la nutrition en Suisse et les enquêtes suisses sur la santé sont importants à cet égard.

La coordination des systèmes de monitoring existants doit être améliorée et, le cas échéant, être complétée par des systèmes à élaborer, axés sur des paramètres importants en rapport avec des maladies liées à l'alimentation et à l'activité physique.

Dans le domaine de l'alimentation, l'OFSP vise à réaliser, avec le concours d'expert(e)s, une étude nationale sur la nutrition (National Nutrition Survey Switzerland, NANUSS).

Grâce aux données ainsi recueillies sur la consommation de la population suisse, il sera possible d'identifier les groupes à risque, de formuler des recommandations en matière d'alimentation, de planifier, puis d'évaluer des programmes de prévention, ainsi que de formuler des recommandations.

Dans ce contexte le monitoring de l'activité physique et du sport joue également un rôle essentiel, au niveau de la population en général et des enfants en particulier.

3. Recherche et développement

Un concept de recherche est mis en place pour améliorer l'état des connaissances sur l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel de la population vivant en Suisse. La recherche appliquée revêt une importance particulière à cet effet. L'accent sera mis sur la collaboration avec les projets de recherche européens. Des interventions basées sur des évidences sont conçues en fonction des besoins dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de la détection précoce et de la thérapie.

4. Formation, postgrade ou continue

Le renforcement des compétences des spécialistes et des multiplicateurs des domaines concernés à travers la formation universitaire, postgrade ou continue, et l'inscription de cette thématique dans les structures en place sont essentiels. L'alimentation et l'activité physique ne font pas encore l'objet d'une attention suffisante, dans la formation médicale comme dans la recherche et la pratique, et se heurtent souvent à l'incompréhension et aux préjugés. D'où l'importance de sensibiliser tous les spécialistes de la prévention, de la détection précoce et de la thérapie des maladies liées à l'alimentation et à l'activité physique, comme par exemple les troubles alimentaires, en leur proposant une offre de formation et de perfectionnement. Il est tout particulièrement indiqué d'améliorer la reconnaissance des offres de conseils et des thérapies basées sur l'activité physique, et de développer l'assurance-qualité dans ce secteur.

7.3 Objectif 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée

Objet

Une alimentation équilibrée fait partie intégrante de la vie de tous les jours. Cela vaut à la table familiale comme à l'école, au travail, dans les loisirs et dans le cadre communal. La politique d'encouragement d'une alimentation équilibrée tient compte des besoins des divers groupes-cibles. Les recommandations nationales en matière de nutrition servent ici de base.

Enjeu

Un « clivage » est toujours plus marqué en Suisse dans le domaine de l'alimentation. A côté d'une tendance croissante à la suralimentation et donc au surpoids, on trouve une alimentation carencée, qualitativement ou quantitativement, parmi différents groupes de la population. Comme l'ont montré de récentes enquêtes, la population a beau être mieux renseignée sur l'alimentation saine, elle ne met pas ce savoir en pratique. Il faut dire que les conditions de vie ont changé durant les dernières décennies. Dans le monde professionnel d'aujourd'hui, la restauration (rapide) à l'extérieur est en pleine expansion, tandis que les collations proposées un peu partout ne sont pas optimales.

Les comparaisons longitudinales indiquent des habitudes alimentaires problématiques et montrent l'absence d'amélioration au cours des dix dernières années (OFSP, 2005). Le comportement alimentaire des groupes socio-économiques défavorisés a même tendance à se détériorer. Chez les enfants et les jeunes, des formes particulières de carences quantitatives ou qualitatives ont fait leur apparition. L'alimentation des personnes âgées et dans les hôpitaux peut également être améliorée. D'où la nécessité de prévoir, au-delà des mesures contextuelles à caractère général, des interventions axées sur des groupes-cibles. Or il n'existe toujours pas, à l'échelle suisse, de monitoring de l'alimentation conforme aux critères internationaux qui permettrait d'identifier les groupes à risque.

L'enjeu est donc tout à la fois de développer les mesures existantes ayant prouvé leur efficacité pour inciter à une alimentation saine et de trouver de nouveaux modèles novateurs pour améliorer le comportement alimentaire, notamment chez les enfants et les jeunes.

Champs d'action

L'énumération ci-dessous des champs d'action possibles pour la stratégie en matière d'alimentation vise à recenser les possibilités existantes d'encourager une alimentation équilibrée.

1. Bases légales et engagement volontaire

Au niveau du droit fédéral, la loi du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires prévoit la possibilité d'activités d'information au public en matière de prévention alimentaire (art. 1 et 12). En vertu de cette loi, « la Confédération peut informer le public des connaissances scientifiques d'intérêt général en matière de nutrition, utiles notamment à la prévention des maladies et à la protection de la santé ». Elle a servi de base juridique aux mesures ou actions menées à ce jour avec la participation de la Confédération pour améliorer le comportement alimentaire, comme « 5 par jour » ou « Suisse Balance ». Il faudra encore examiner quelles dispositions légales contribueraient à améliorer le comportement alimentaire ou si des mesures volontaires sont possibles. Car le secteur privé, les organisations bénévoles, les ONG et l'agriculture apportent déjà leur contribution à la promotion d'une alimentation équilibrée.

Les mesures, dont dispose le secteur privé, ont notamment trait à la conception de l'offre, à la reformulation des produits, à la diffusion d'information, à la disponibilité des produits, à la fixation des prix, à la publicité et au sponsoring. Divers groupes-cibles devraient faire l'objet d'une attention spéciale, à commencer par les groupes à risque que sont les enfants, les jeunes et les personnes au statut social et au revenu comparativement bas. Les accords contraignants (autorégulation) issus d'un dialogue avec les institutions étatiques ont fait leurs preuves. Un bon exemple vient du « Code de conduite des fabricants concernant la commercialisation des préparations pour nourrissons » visant à protéger et encourager l'allaitement maternel en Suisse. Le cas échéant, toute la chaîne de production sera prise en compte, des champs de culture jusqu'au commerce de détail et au secteur de la gastronomie. Il appartient aux organisations de volontaires et aux ONG d'identifier les évolutions indésirables, à travers leurs activités ciblées de surveillance et d'évaluation, et d'intervenir de bonne heure.

2. Mesures ciblées visant à encourager une alimentation saine

Outre le savoir scientifique et la manière d'expliquer ce que doit inclure une alimentation saine, les facteurs d'influence du comportement alimentaire sont le contexte culturel et social, les pratiques de consommation, le prix des aliments et l'offre, ainsi que le marketing. La promotion de l'allaitement maternel et la consommation accrue de fruits et légumes sont deux axes d'intervention prioritaires.

Ces mesures se répartissent entre la prévention comportementale et la création d'un contexte propice à une alimentation saine.

- **Niveau comportemental** : une communication cohérente sur l'alimentation est à encourager, afin de renforcer la compétence des individus vivant en Suisse à mettre en pratique au quotidien le savoir reçu. Les informations relatives à l'alimentation devraient donc être accessibles à tous les consommateurs sous une forme adéquate et aisée à comprendre. Outre la déclaration actuelle sur la valeur nutritive des aliments, il pourrait être utile d'introduire un système simplifié de labels, avec des instructions pratiques destinées aux consommateurs intéressés. Il importe également de maintenir et d'améliorer, à tous les niveaux scolaires, la formation sur les aliments.
- **Niveau contextuel** : il faudra adapter les conditions-cadres et ériger en norme sociale une alimentation équilibrée. Dans le cas des produits transformés, une mesure judicieuse pour favoriser un comportement alimentaire sain consisterait, par exemple, à améliorer le profil des substances alimentaires en réduisant le sucre, le sel, les graisses saturées ainsi que les acides gras trans.

3. Priorités aux différentes phases de l'existence

Les rapports spécifiques de la Commission fédérale de l'alimentation (CFA) servent à définir les priorités. La CFA a pris position, conjointement avec l'OFSP et des organisations spécialisées, sur les besoins d'une alimentation saine à diverses phases de l'existence, soit ponctuellement dans des publications spécialisées, soit plus en détail dans le cinquième rapport sur la nutrition en Suisse.

Ses travaux vont d'un rapport publié sur l'alimentation pendant la grossesse ou de recommandations sur l'alimentation des nourrissons jusqu'à des recommandations destinées aux personnes âgées.

4. Rôle de cadres de vie et de groupes-cibles spécifiques (cf. 2.5.4)

Il faudrait que chacun ait accès à une offre variée et saine, à l'école ou au travail, lors des manifestations publiques ou en déplacement. Les structures d'accueil de la petite enfance (garderies, jardins d'enfants) et l'école obligatoire ont un rôle d'autant plus important à jouer que les enfants ont tendance à se référer, pour leur comportement alimentaire, à leurs parents, aux enseignants et au personnel d'encadrement. Il faudrait ainsi réexaminer, adapter et coordonner l'éducation alimentaire en fonction de l'âge du public-cible.

Il serait souhaitable que :

- les employeurs aient pour politique de permettre à leurs employés d'avoir une alimentation équilibrée au travail (cantines, cafétérias, stands de restauration).
- les communes s'engagent afin de sensibiliser davantage la population (p. ex. associations de parents, consultations destinées aux mères et aux pères, centres de jeunes) et fassent usage de leurs possibilités de structuration telles que l'aménagement du territoire, la politique éducative, etc. Dans le Plan d'action environnement et santé (PAES) qui s'est achevé en 2007, une grande partie des projets menés à l'échelon régional avaient pour thème une alimentation équilibrée, à base de produits de saison et régionaux. Les expériences réalisées et les résultats obtenus dans ce cadre gagneraient à être exploités.
- les médecins s'engagent afin que leurs patients aient une alimentation saine. Ils ont un rôle à jouer, en cabinet privé comme dans les hôpitaux.

5. Réseaux

Le cinquième rapport sur la nutrition en Suisse donne une présentation complète des organisations et réseaux actifs dans le domaine de la santé publique et de l'alimentation. Le réseau nutrition et santé Nutrinet, fort de 40 membres, est le plus grand réseau actif en Suisse dans le secteur de la nutrition. En outre la Plate-forme sur l'alimentation, créée en 2003 et codirigée par l'OFSP et la Commission fédérale de l'alimentation (CFA), offre des possibilités de coordination supplémentaires et facilite notamment les échanges d'expériences entre experts impliqués dans des projets de prévention.

7.4 Objectif 3 : Promouvoir l'activité physique et le sport

Objet Tous les groupes de la population doivent avoir l'occasion et l'envie de bouger au quotidien ou de faire du sport. Un environnement propice à l'activité physique incitera chacune et chacun à se dépenser physiquement – chez soi, à l'école ou au travail, lors des trajets effectués dans les loisirs. Les recommandations nationales en matière d'activité physique servent de base dans ce domaine.

Enjeu La Suisse affiche en comparaison internationale, sur le plan des infrastructures sportives et de mobilité douce, d'excellentes conditions dans différents domaines (terrains de sport, chemins pédestres), elle possède avec Jeunesse+Sport un instrument de promotion exemplaire, une partie importante de la population s'adonne à des activités de sport pour tous et le trajet de l'école est encore effectué le plus souvent à l'aide de la simple force musculaire. Malgré tout, comme l'évolution technologique a pratiquement aboli toute nécessité de bouger et imposé des activités sédentaires dans de nombreux domaines de l'existence, le manque de mouvement est toujours plus fréquent. Deux tiers de la population adulte ne respectent pas la recommandation minimale de pratiquer une demi-heure d'exercice physique quotidien provoquant au moins un léger essoufflement et n'ont pas non plus d'activité sportive d'endurance au moins trois fois par semaine.

Même s'il manque encore des données représentatives de l'ensemble de la Suisse sur l'activité physique des enfants, suffisamment d'indices préoccupants révèlent toutefois que les jeunes groupes de la population sont eux aussi trop sédentaires.

Le recul de l'activité physique semble certes avoir été stoppé depuis l'année 2000, et l'on observe même que le sport regagne du terrain durant les loisirs. En revanche, on continue à bouger toujours moins dans la vie quotidienne. Ce constat montre qu'au-delà des acteurs classiques du sport, de l'éducation et de la santé, des acteurs issus d'autres secteurs, comme l'aménagement du territoire, les transports publics et l'environnement, ont un rôle important à jouer.

L'enjeu est de renforcer de manière ciblée nos habitudes de mouvement et nos pratiques sportives. En parallèle, il s'agit d'identifier les groupes de population que les offres existantes n'atteignent pas. Il faudra soutenir ici des modèles novateurs et, le cas échéant, trouver de nouveaux moyens d'action.

Champs d'action Pour déployer ses effets auprès de l'ensemble de la population, la promotion de l'activité physique et du sport doit miser sur le long terme et agir à différents niveaux.

1. Bases légales et engagement volontaire

Le droit fédéral prévoit les bases nécessaires à la promotion du sport, notamment pour Jeunesse+Sport et le sport scolaire obligatoire. En outre, les dispositions légales sur l'accessibilité au public des forêts et des prairies, ainsi que la loi fédérale sur les chemins pour piétons et les chemins de randonnée pédestre ont une influence sur l'activité physique de la population.

Il reste à examiner si d'autres réglementations légales portant par exemple sur l'aménagement du territoire ou l'urbanisme permettraient d'améliorer la situation.

La révision en cours de la loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports revêt une importance décisive pour les autres mesures à prendre dans ce domaine.

Dans le domaine du sport, l'engagement volontaire et généralement bénévole est très développé et a acquis une importance considérable au niveau des associations ou fédérations sportives. Il en va de même pour beaucoup d'organisations privilégiant l'activité physique comme le mouvement des éclaireurs, les ami(e)s de la nature ou PRO VELO. Par ailleurs des groupements locaux, tels des groupes de parents ou des associations de quartier, ont un rôle central à jouer pour rendre l'environnement propice au mouvement.

Les nombreux effets positifs de l'activité physique et du sport vont au-delà de la santé. Ceci explique que des écoles, des entreprises, des prestataires commerciaux du créneau sports et loisirs, ou encore des organisations touristiques (p. ex. Suisse Tourisme à travers la Suisse à vélo) se lancent, dans le cadre d'initiatives privées, dans la promotion de l'activité physique et du sport.

Les offres d'activité physique et les mesures visant à rendre l'environnement propice au mouvement sont souvent une réalisation commune d'institutions publiques – tant locales que centrales – et d'acteurs privés. Il faut donc aménager ici les conditions pour optimiser cette collaboration et encourager au maximum l'engagement privé.

2. Mesures ciblées de promotion de l'activité physique et du sport

L'activité physique est influencée par des facteurs individuels comme le savoir acquis, l'état d'esprit et les savoir-faire, ainsi que par le contexte social et l'habitat (souvent qualifiés de contexte). Des mesures ciblées permettent d'agir sur un ou plusieurs de ces facteurs d'influence. Elles comportent quatre groupes.

Le conseil et l'encadrement opèrent sur les facteurs individuels comme le savoir ou l'état d'esprit et peuvent contribuer à une exploitation optimale du contexte social ou de l'habitat. On peut citer ici les recommandations sportives données par les cabinets médicaux ou des offres en ligne comme active-online.ch.

Les offres structurées jouent un rôle essentiel dans le sport. Elles permettent de transmettre des connaissances et un savoir-faire ou d'influencer l'attitude des destinataires. Elles relèvent du contexte social et donc des conditions de vie. Dans le domaine sportif, on peut citer p. ex. les offres d'associations, le sport scolaire ou les offres commerciales de fitness. On trouve également des offres structurées en dehors du sport, comme les cours sur la sécurité à vélo ou ceux sur la mobilité dans le trafic destinés aux seniors.

Les améliorations de l'environnement construit influencent beaucoup l'habitat et donc les conditions de vie.

De telles mesures exigent en règle générale une collaboration multisectorielle et auront un impact optimal sur l'activité physique si elles sont couplées à des mesures portant sur les facteurs individuels et le contexte social. On peut citer ici la construction d'équipements sportifs, les mesures d'urbanisme et la Suisse à vélo.

Les campagnes et les manifestations (events) axées sur l'activité physique semblent avoir des effets positifs sur le savoir et les attitudes ainsi que sur le contexte social. Or il faut généralement les associer à d'autres mesures concrètes à long terme pour modifier durablement les comportements. Il est nécessaire de définir lors des campagnes des objectifs spécifiques pour des groupes-cibles précis. Les slowUps méritent d'être cités dans ce contexte.

L'aspect de la prévention des accidents doit être intégré dans toutes les mesures de promotion de l'activité physique et du sport. Cela permet non seulement de réduire les risques, mais encore d'améliorer l'efficacité des mesures proprement dites, le risque encouru étant un facteur d'influence de l'activité physique.

3. Priorités aux différentes phases de l'existence

L'OFSPPO prépare un document analysant en détail les différentes phases de l'existence et le rôle qu'y jouent telle ou telle mesure spécifique. Les priorités du point de vue de l'activité physique et du sport peuvent y être résumées comme suit :

Enfants en bas âge (0 à 5 ans)	Le personnel d'encadrement offrira autant que possible de larges possibilités d'activité physique et de jeu.
Enfants (5 à 12 ans):	Le sport et l'activité physique font partie intégrante du quotidien des enfants, comme le brossage de dents. Une offre très diversifiée s'adresse à tous les enfants.
Adolescents (12 à 18 ans)	Les établissements de formation soutiennent activement le sport et l'activité physique. Les déplacements par la force musculaire (loisirs, trajets scolaires) sont en augmentation.
Jeunes adultes (18 à 30 Jahre)	Des possibilités variées de sport et d'exercice physique inciteront à améliorer ou maintenir ses performances afin d'atteindre des objectifs personnels.
Adultes pendant leur vie active	Les offres et les possibilités sont orientées vers les comportements lifetime et axées sur la santé et l'équilibre. La durabilité figure au premier plan.
Adultes ne travaillant plus	La pratique régulière d'une activité physique et d'un sport préserve la capacité d'action au quotidien, le bien-être et l'autonomie, en créant des occasions de contacts sociaux.

Tab. 2: Promotion de l'activité physique et du sport dans différentes phases de l'existence (Martin et al., 2007)

4. Rôle des cadres de vie et des groupes-cibles spécifiques (cf. 2.5.4)

Le cadre de vie aura un rôle différent sur l'activité physique, en fonction du groupe d'âge et des caractéristiques socioculturelles.

La *famille* est un cadre central tant pour les enfants que pour les adultes ne travaillant pas à l'extérieur. Il est toutefois malaisé d'y accéder, a fortiori dans les groupes-cibles défavorisés par la formation.

L'école est le second cadre important pour les enfants en âge de scolarité. Elle a le gros avantage de permettre d'atteindre tous les groupes socioculturels, et même, indirectement, les familles. Il faut néanmoins se rappeler que l'école est très sollicitée à ce titre et ne peut satisfaire à toutes les demandes.

Le monde professionnel présente des avantages analogues pour les personnes travaillant hors de leur domicile. Il faudra toutefois veiller à adapter les recommandations à la pénibilité de leur travail, en mettant l'accent sur une activité complémentaire d'endurance équilibrée pour les personnes ayant déjà une activité physiquement astreignante.

Le cadre communal offre un grand potentiel, en permettant non seulement d'atteindre un nombre élevé de personnes, mais aussi d'exploiter les processus politiques locaux pour améliorer les conditions de vie. Or, il faut se rappeler que tous les groupes socioculturels ne sont pas aussi bien intégrés dans la commune et donc que des mesures spécifiques pourraient s'imposer le cas échéant.

Au sein des communes, les associations forment un cadre spécifique, livrant accès à des groupes bien définis. Les sociétés sportives et les associations privilégiant l'activité physique permettront de susciter l'initiative privée ou de la soutenir avec un minimum d'efforts. Pour atteindre des groupes-cibles plus sédentaires, il peut être justifié d'investir dans d'autres canaux, par exemple les groupes culturels ou les associations de migrant(e)s.

Il est souvent difficile de faire connaître aux personnes inactives les bienfaits de l'activité physique. Le cadre médical, par exemple le médecin de famille, qui a un accès privilégié aux patients et pour lesquels le conseil est primordial, joue un rôle particulier ici.

En Suisse, le grand public bénéficie d'une offre de prévention abondante et de structures très développées en comparaison internationale. On peut donc prévoir que les nouvelles mesures s'adresseront toujours plus à des groupes-cibles spécifiques, que les activités en place n'auraient pas permis de toucher suffisamment.

5. Réseaux

Le réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch) peut être cité en exemple pour son bon fonctionnement. Il réunit désormais plus de 100 organisations. La collaboration s'améliore grâce à la mise en relation des acteurs impliqués – échanges d'informations, organisation d'ateliers, aides ponctuelles au titre de la promotion de l'activité physique et du sport.

7.5 Objectif 4 : Réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain

Objet

La tendance à l'augmentation du nombre de personnes en surpoids doit être freinée dans la population. Des modèles intégrés (activité physique, alimentation, aspects sociaux et psychiques) aideront les groupes de la population à garder un poids corporel sain. Le contexte aura une fonction de soutien – dans les foyers, à l'école, au travail et durant les loisirs – en étant rendu propice à l'activité physique et à une alimentation équilibrée.

Les recommandations nationales en matière d'alimentation et d'activité physique servent ici de base.

Enjeux

Une comparaison longitudinale basée sur les trois dernières enquêtes suisses sur la santé (1992, 1997 et 2002) a mis en lumière l'augmentation sur dix ans de la surcharge pondérale et de l'obésité au sein de la population adulte de la Suisse (Eichholzer et al., 2005a). Quant aux enfants, ils étaient presque 20 % à souffrir de surpoids en 1999, et là encore la tendance a fortement augmenté au cours des 20 dernières années.

Par ailleurs, les contraintes extérieures croissantes (idéaux de beauté, culte de la performance, etc.) aboutissent à des troubles alimentaires tels que l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique chez des groupes spécifiques de la population.

La prise de poids chez les individus, liée à des changements au niveau de l'activité physique et de l'alimentation, doit toujours être resituée dans le contexte des mutations politiques, sociales et économiques telles que, par exemple, l'absence de relations et le désengagement toujours croissant au sein de notre société moderne.

Ainsi, il faudrait intervenir à différents niveaux pour promouvoir un poids corporel sain dans la population. Le but est de renforcer les compétences en matière de santé de la population afin qu'une alimentation équilibrée et une activité physique régulière fassent partie du quotidien et influencent favorablement le bilan énergétique. Cela suppose non seulement des citoyen(ne)s actifs/actives et compétent(e)s en matière de santé, mais aussi une économie responsable, un Etat qui s'engage ainsi qu'un système de santé axé sur la prévention et la promotion de la santé. D'où la nécessité de promouvoir l'activité physique et une alimentation équilibrée.

Les modèles de promotion d'un poids corporel sain se référeront aux stratégies portant sur l'alimentation et l'activité physique, pour les intégrer dans une stratégie d'intervention complète. Ils agiront soit directement, ou indirectement, sur le bilan énergétique et donc aussi sur le poids des individus. On peut considérer comme prometteuses – dans l'optique d'un poids corporel sain – les interventions tenant compte tout à la fois des aspects de l'alimentation et de l'activité physique, et d'aspects sociaux ou psychiques au niveau du comportement et du contexte.

La promotion d'un poids corporel sain dans la population doit être planifiée à long terme et agir à différents niveaux. Sur le plan conceptuel, les mesures devraient se concentrer sur les modèles intégrés au niveau contextuel et comportemental (activité physique, alimentation, aspects psychiques et sociaux).

1. Base légale

Les mesures de promotion de la santé et de prévention se fondent sur l'art. 19 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Concrètement, la stratégie de Promotion Santé Suisse (2007 - 2018) a pour objectif à long terme d'accroître la part de la population ayant un poids corporel sain.

2. Mesures ciblées de promotion d'un poids corporel sain

Les mesures de promotion d'un poids corporel sain intègrent les aspects de l'activité physique et de l'alimentation et influencent surtout sur les comportements individuels. A ce niveau, les mesures tiendront spécialement compte des groupes à risque.

- sensibilisation de la population à l'aide de campagnes consacrées au problème du surpoids et, à titre de complément ciblé, communication intégrée pour l'informer des liens que l'alimentation, l'activité physique et le poids ont avec la santé ;
- sensibilisation des décideurs/décideuses politiques à la problématique du surpoids, par des campagnes et un travail d'information ciblé ;
- incitation de groupes de population, par des programmes globaux et efficaces, à mettre en place des modèles de solutions favorables à un poids corporel sain ;
- amélioration, par des mesures ciblées au niveau tant local que suprarégional, des conditions de vie propices à un poids corporel sain.

3. Priorités aux différentes phases de l'existence

Un poids corporel sain est un déterminant important de la santé tout au long de l'existence.

La tendance au surpoids chez les enfants est d'autant plus alarmante que, recherches à l'appui, la plupart de ceux qui sont atteints de surcharge pondérale le resteront à l'âge adulte. Il est donc indispensable de prévenir le surpoids durant l'enfance ou de le traiter au plus vite.

Les enfants grandissant dans un contexte propice à la santé, avec un mode de vie sain et un « poids corporel sain », ont de plus grandes chances de garder un poids sain à l'âge adulte.

4. Rôle des cadres de vie et des groupes-cibles spécifiques

Les enfants et les adolescents ont besoin que des groupes de personnes de leur entourage créent pour eux les conditions propices à leur bon développement. Les cadres de vie que sont la famille, la santé publique, la formation et le secteur des loisirs ont une influence prépondérante sur les enfants et les adolescents.

L'accent doit être mis sur les stratégies cantonales pour influencer ces cadres de vie prioritaires et les conditions de vie qui en résultent. Les structures cantonales permettent d'atteindre les communes et de mettre en œuvre des programmes globaux visant à un poids corporel sain.

De tels programmes locaux exigent la collaboration des cantons et leur efficacité doit faire l'objet de contrôles. Quatre piliers sont nécessaires (interventions par modules au profit des enfants et des jeunes, politiques publiques, mise en réseau et relations publiques) pour créer les conditions-cadres requises afin d'encourager, par des mesures efficaces, un poids corporel sain parmi les enfants et les jeunes.

ProNAAP	Modules	Groupes-cibles	Personnes et groupes de personnes ayant une influence			
			Famille	Santé publique	Education et formation	Groupes Peer
0-5	I	Jusqu'à 1 an Avant la naissance, pendant la grossesse, nouveaux-nés	Parents et personnes chargées de l'éducation	Gynécologues Médecins de famille Sages femmes Conseillères en allaitement Pédiatres	Préparation à la naissance Conseil parental Crèches	Associations
	II	2-3 ans Petits enfants		Pédiatres Médecins de famille Dentistes	Conseil parental Crèches Groupes de jeux Jardin d'enfants	
5-12	III	4-6 ans Enfants en âge préscolaire (jardin d'enfants)		Médecins scolaire Pédiatres Médecins de famille Dentistes	Enseignants	
	IV	6/7 – 10/11 ans Enfants en âge de scolarité (niveau primaire)			Enseignants secondaires	
12-18	V	11/12 – 15/16 ans Enfants et adolescents du niveau secondaire I		Maitres d'apprentissage		
	VI	16-20 ans Adolescents du niveau secondaire II (gymnases, écoles de degré diplôme) ou en apprentissage				

Tab. 3 : Modèle d'intervention dans les différentes phases de la vie (Promotion Santé Suisse, 2006)

5. Réseaux

Un autre champ d'action indispensable réside dans les réseaux d'échanges spécialisés et de coopération. On trouve ainsi Nutrinet (alimentation), hepa.ch (activité physique) et le Forum Obésité Suisse (surpoids). Outre les échanges spécialisés, ces réseaux garantissent la coordination interdisciplinaire, afin de permettre une compréhension commune de l'importance et de l'urgence des modèles intégrés (alimentation et activité physique, au niveau tant comportemental que contextuel) pour promouvoir un poids corporel sain.

7.6 Objectif 5 : Optimiser les offres de conseils et de thérapies

Objet

En Suisse, les personnes ayant pour facteurs d'influence des maladies chroniques tels le surpoids, l'obésité, les troubles alimentaires, l'inactivité et une alimentation déséquilibrée ont accès aux offres de conseils et de thérapies adaptées à leurs besoins et basées sur des évidences. L'accent sera mis sur l'identification précoce des patient(e)s à risque.

Enjeux

Toutes les personnes vivant en Suisse souffrant de surpoids, d'obésité ou de troubles alimentaires (anorexie nerveuse, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique) ainsi que d'autres affections liées à l'alimentation ou à l'activité physique ont un accès équitable et adéquat aux prestations de santé publique. Ce qui présuppose un développement de l'offre et la garantie de financement, principalement par le biais de l'assurance-maladie et accidents obligatoire. Les offres ne relevant pas de la santé publique au sens strict mais de l'aide à soi-même jouent également un rôle important. Or, leur promotion et leur financement incombent bien moins à l'Etat qu'aux organisations privées, et seront ainsi laissés à l'initiative personnelle et à la responsabilité de chacun.

L'offre correspondra aux normes professionnelles et aux directives en vigueur dans le domaine du conseil et de la thérapie. D'où la nécessité de prévoir, pour les spécialistes du secteur médical ou psychosocial, une formation universitaire, postgrade ou continue, p. ex. sur les bases scientifiques de l'alimentation et de l'activité physique, et de prévoir des mesures adéquates d'assurance-qualité.

Les spécialistes de la santé jouent un rôle central dans les mesures de prévention, de détection précoce et de thérapie portant sur le surpoids, l'obésité et les maladies en découlant.

Champs d'action

Les champs d'action suivants offrent des possibilités d'optimisation du conseil et de la thérapie.

1. Mesures librement consenties et législatives

Les prescriptions légales dans le domaine de la protection des consommateurs et de la santé (aliments et médicaments) sont suffisamment nombreuses. Des labels de qualité librement consentis dans le domaine des offres de conseils et de thérapies en dehors de la santé publique au sens strict sont souhaitables.

Des ajustements de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins et de ses annexes en relation avec la prise en charge financière des thérapies par l'assurance-maladie et accidents obligatoire sont possibles dans le cadre des processus de contrôle de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité établis.

2. Mesures ciblées visant à optimiser les offres de conseils et de thérapies

Plusieurs approches sont possibles pour optimiser les conseils et les thérapies. Des mesures ciblées sont réalisables au niveau de l'information et de la sensibilisation et/ou de la thérapie.

- **Information, sensibilisation** : la population doit savoir où se procurer les informations nécessaires lorsqu'elle a besoin d'une aide concernant son alimentation, son activité physique et son poids. Ces informations comprendront des offres tant médicales que non médicales et doivent présenter de façon équilibrée les avantages et les risques liés aux thérapies, médicaments ou régimes envisageables. En effet, tous les groupes de population ne sont pas égaux sur le plan de la santé publique, en ce qui concerne l'accès à l'information, aux services généraux et aux prestations. L'ignorance, des conceptions différentes de la santé et de la maladie, ainsi qu'une autre perception du corps auront un impact sur la demande. Ces différences devront être prises en considération. Des possibilités doivent être recherchées afin de les atténuer.
- **Thérapie** : selon l'état actuel des connaissances, les personnes atteintes de surpoids profitent le plus des interventions multidisciplinaires combinant dans une même offre activité physique, alimentation et accompagnement psychologique. Les professionnels de la santé assisteront de leurs conseils les personnes en surpoids ou obèses, ainsi que celles souffrant de troubles alimentaires, d'inactivité ou d'une alimentation déséquilibrée. La thérapie sera adaptée aux besoins individuels, compte tenu de l'âge, du sexe, des compétences linguistiques, de l'origine culturelle et du statut socio-économique. Il faudra prévoir des offres spécifiques, vu qu'à ce jour le modèle « conventionnel » de thérapie dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique comporte d'importants risques de rechute. Les interventions basées sur les modes de vie aboutissent à de bien meilleurs résultats, comme l'a montré une méta-analyse effectuée sur mandat de l'OFSP. Les caisses-maladie rembourseront divers traitements (comportementaux, médicamenteux ou chirurgicaux), seuls ou en combinaison, dès lors qu'ils remplissent les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité. Dans le cadre des activités de recherche et de développement il faudra adapter au contexte suisse, voire compléter, les modèles thérapeutiques ayant fait leurs preuves ailleurs. Les lignes directrices existantes seront réexaminées et actualisées, tandis que la qualité et les résultats des thérapies feront l'objet d'évaluations constantes.

3. Priorités durant les différentes phases de l'existence

L'offre de conseils et les thérapies doivent être personnalisées et adaptées à l'âge des patients. Elles jouent ainsi un rôle important à chaque stade de la vie. Le cas échéant, d'autres spécialistes interviendront, selon des approches différentes. Les possibilités d'action débutent au stade de la grossesse et lors de consultations pour parents et vont jusqu'aux activités de conseils et aux thérapies pour personnes âgées.

4. Rôle des cadres de vie et des groupes-cibles spécifiques

Les cabinets médicaux, les médecins scolaires ainsi que les consultations sociales et psychologiques jouent un rôle important dans l'identification précoce des patients à risque. Tous les spécialistes de la santé exploiteront les possibilités existantes pour identifier précocement les patients à risque, chez les enfants et les jeunes notamment.

Cette offre de conseils (incluant l'examen du contexte familial) et de thérapie intervenant à un stade précoce a des effets positifs à long terme sur le comportement futur en matière de santé. Les personnes socialement défavorisées constituent un important groupe-cible.

5. Réseau

En cas de problème de surpoids, d'obésité ou de troubles alimentaires, les exigences de détection précoce, de conseils et de thérapie sont les mêmes dans les établissements spécialisés que dans les institutions en soins généraux. D'où la nécessité d'une collaboration et d'un travail en réseau entre ces organismes et les spécialistes de la santé. Il existe actuellement le Forum Obesity Schweiz (FOS).

8 Planification de la mise en œuvre

8.1 Philosophie de la mise en œuvre

Principes directeurs

Le PNAAP élaboré dans le cadre d'un processus participatif est un programme-cadre qui définit la procédure nationale dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique pour les cinq prochaines années (2008 – 2012). Les objectifs et champs d'action définis dans le programme doivent servir de directives communes aux acteurs en Suisse pour la suite des activités. Les principes suivants s'appliquent pour la mise en œuvre du PNAAP :

- La collaboration entre acteurs et la participation encouragées par l'élaboration du PNAAP doivent se poursuivre durant la phase de mise en œuvre, p. ex. au travers d'une direction stratégique commune du programme comprenant les principaux partenaires, à savoir l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Office fédéral du sport (OFSP) et Promotion Santé Suisse ainsi que d'une Plate-forme nationale alimentation et activité physique pour les acteurs. L'accent devra être mis sur la collaboration multisectorielle et l'association des trois éléments Politique, Science et Pratique.
- Les rôles et les responsabilités des nombreux acteurs dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique en Suisse doivent être clarifiés et assumés dans la perspective d'une meilleure utilisation des synergies et d'une optimisation des ressources.
- L'OFSP est chargé de la coordination relative à la mise en œuvre du PNAAP. En étroite collaboration avec l'OFSP et Promotion Santé Suisse, l'OFSP instaure des conditions-cadres favorables à la poursuite du traitement et à la mise en œuvre de mesures dans le cadre du PNAAP. De plus, la coordination est assurée avec d'autres stratégies et programmes nationaux, tels que par exemple la Stratégie pour le développement durable (ARE 2007).
- Les mesures d'application doivent être définies dans une perspective à long terme. Le PNAAP, qui vise une modification du mode de vie des personnes, requiert une application de 15 à 20 ans.
- Les données disponibles dans le domaine du comportement en matière d'alimentation et d'activité physique de la population suisse et plus particulièrement des enfants doivent être améliorées pour pouvoir prendre et accompagner des mesures ciblées.

8.2 Organisation de la mise en œuvre

Organes directeurs pour la mise en œuvre du programme

Le PNAAP prévoit les deux organes de direction suivants pour sa mise en œuvre :

Direction stratégique du PNAAP

La Direction stratégique du PNAAP représente l'organe de pilotage du processus de mise en œuvre du PNAAP et préside à la direction du programme. Sont représentés dans la Direction stratégique

- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- l'Office fédéral du sport (OFSPPO)
- Promotion Santé Suisse
- Représentants des cantons.

La Direction stratégique du PNAAP est présidée par l'OFSP.

Direction du PNAAP

La Direction du PNAAP exécute les mandats de la Direction stratégique du PNAAP, coordonne la mise en œuvre des mesures en étroite collaboration avec les instances/institutions dirigeantes et fait office d'interlocuteur central pour toutes les parties prenantes internes et externes au programme. La Direction du programme est assurée par la Section Nutrition et activité physique de l'OFSP.

Partenaires

La répartition des rôles entre les trois principaux partenaires que sont l'OFSP, l'OFSPPO et Promotion Santé Suisse au sein du PNAAP est la suivante :

- L'OFSP assume la gestion concernant la mise en œuvre de la coordination nationale (objectif 1), la promotion d'une alimentation équilibrée (objectif 2), l'optimisation des offres de conseils et de thérapies (objectif 5), de même que la promotion d'activité physique quotidienne (élément de l'objectif 3)
- L'OFSPPO est responsable de la promotion de l'activité physique et du sport (objectif 3).
- Promotion Santé Suisse est responsable des approches intégrées pour la promotion d'un poids corporel sain (objectif 4).

Les cantons sont également des partenaires importants de la planification et de la réalisation du programme.

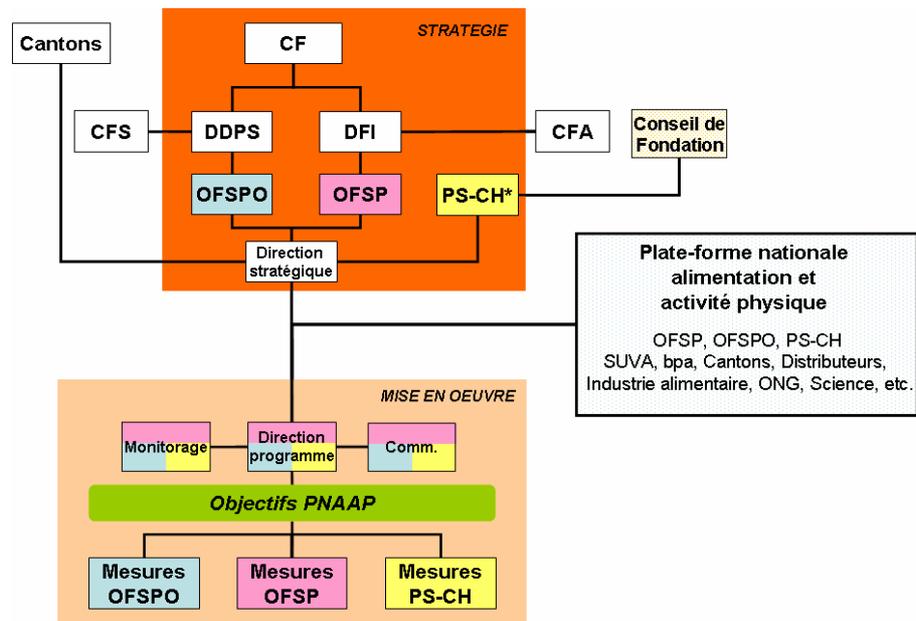


Fig. 8 : Organigramme de la mise en œuvre (Plan PNAAP)

(CF : Conseil fédéral, CFS : Commission fédérale du sport, CFA : Commission fédérale de l'alimentation, DDPS : Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports, DFI : Département fédéral de l'intérieur, PS-CH : Promotion Santé Suisse)

*PS-CH est représentée par son directeur, les décisions stratégiques sont prises par son Conseil de fondation

Accompagnement de la mise en œuvre

Les instances suivantes accompagnent la mise en œuvre du programme PNAAP :

- Commission fédérale de l'alimentation (CFA)
- Commission fédérale du sport (CFS).

Ces deux commissions doivent servir de groupe de résonance à la Direction stratégique du PNAAP pour les questions politiques et de stratégie en relation avec la mise en œuvre du PNAAP et le développement de la politique suisse en matière d'alimentation et d'activité physique et aider à faire le lien avec les décideurs politiques.

Une codécision suffisante et l'ancrage du processus de mise en œuvre du PNAAP sont assurés avec les comités d'accompagnement et une Plate-forme nationale alimentation et activité physique en guise de mesure centrale du PNAAP (objectif 1).

8.3 Modalités de la mise en œuvre

Mesures en vue de la mise en œuvre

La création d'une plate-forme de coordination alimentation et activité physique et un système de surveillance homogène sont les principales mesures prévues pour la mise en œuvre du PNAAP.

Plate-forme nationale

Cette Plate-forme nationale a un caractère politico-stratégique. Elle permettra aux participants de débattre des bases et des différentes options présentées dans le PNAAP et servira à donner un fondement pour les mesures élaborées en commun.

Comme dans d'autres domaines de la santé publique – surtout l'alimentation et les conditions-cadres pour le sport et l'activité physique – se pose continuellement la question de savoir dans quelle mesure des actions volontaires suffisent à améliorer la situation sanitaire et à quel moment des interventions régulatrices sont indispensables. Ainsi, avant de prendre des mesures légales il faut, en règle générale, exploiter au maximum la capacité des acteurs privés (p. ex. industrie alimentaire, commerce de détail) ainsi que des organisations à but non lucratif et bénévoles pour la prise de mesures volontaires, autorégulatrices. L'objectif de la collaboration des représentants issus du milieu politique, de l'industrie alimentaire et d'autres secteurs au sein de la Plate-forme est de tirer pleinement profit de cette capacité. Dans le domaine du sport et de l'activité physique un objectif important est de soutenir de manière optimale, l'énorme engagement des acteurs privés, par les activités des pouvoirs publics et des bases juridiques adaptées

La Plate-forme ne doit pas concurrencer les activités des réseaux existants mais, au contraire, les soutenir.

Monitoring

Un système de monitoring uniformisé va être développé en utilisant des structures et les instruments déjà existants comme, par exemple, l'Enquête suisse sur la santé ou l'Observatoire Sport et activité physique Suisse et en créant d'autres systèmes comme le National Nutrition Survey Switzerland (NANUSS) ou un monitoring sur l'activité physique des enfants. Ces systèmes vont alimenter une base de données commune qui permettra d'identifier les lacunes et les besoins dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique.

Modalités de la mise en œuvre

Le traitement et la mise en œuvre du PNAAP seront réalisés en deux étapes :

I. Planification détaillée et projets pilotes (2008 et partie de 2009)

Mise en place de la coordination nationale et multisectorielle au moyen de la Plate-forme nationale alimentation et activité physique et du système de monitoring.

II. Développement, extension du PNAAP, planification du programme suivant (du printemps 2009 à 2012)

Définition et mise en œuvre des mesures (bonnes pratiques) discutées dans le cadre de la Plate-forme nationale. Optimisation du programme et des mesures sur la base des résultats du monitoring et de l'évaluation.

8.4 Financement du programme

Optimisation des ressources

L'un des principaux objectifs du PNAAP consiste à utiliser dorénavant les ressources existantes et les flux de capitaux de manière plus ciblée dans l'optique du PNAAP, de mieux fédérer les activités des acteurs et ainsi d'employer encore plus efficacement les fonds publics et privés pour les domaines de l'alimentation et de l'activité physique.

Amélioration de l'efficacité

La mise en œuvre des mesures proposées dans le PNAAP ainsi que leur coordination requièrent des ressources personnelles et financières correspondantes. Les moyens financiers des pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) destinés à la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante sont limités et il ne faut pas s'attendre à une croissance exceptionnelle du travail de prévention pour les années 2008 – 2012. Une partie des frais nécessaires à la réalisation du PNAAP sera apportée par les acteurs impliqués dans le cadre de leur activité et de leurs budgets ordinaires. La concentration des efforts de prévention sur les mesures proposées dans le PNAAP devrait libérer certaines ressources dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique et les rendre exploitables pour la mise en œuvre du PNAAP. Le PNAAP peut donc tabler sur une certaine amélioration de l'efficacité.

8.5 Communication

Etroite collaboration entre les partenaires

Des efforts sont requis dans le domaine de la communication parallèle pour une mise en œuvre réussie du PNAAP. La coordination de la communication du PNAAP incombe à l'OFSP, celle de la communication spécifique aux mesures est assurée par les instances responsables de la mise en œuvre. Les responsables de la communication des trois partenaires OFSP, OFSPO et Promotion Santé Suisse travailleront en étroite collaboration.

8.6 Rapport, évaluation

Optimisation du PNAAP

La Direction du PNAAP garantit un rapport annuel coordonné, qui servira de base à une auto-évaluation et visant une optimisation continue de la mise en œuvre des mesures.

La mise en œuvre du PNAAP sera par ailleurs évaluée à l'aide d'un système de monitoring complet. Les recommandations d'actions seront utiles à la planification de nouvelles mesures et à un éventuel suivi du programme.

Liste des abréviations

ODT	Office fédéral du développement territorial
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSPPO	Office fédéral du sport
OFST	Office fédéral de la statistique
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta GA
CFA	Commission fédérale de l'alimentation
CFS	Commission fédérale du sport
UE	Union européenne
FAO	Food and Agriculture Organisation
PS-CH	Promotion Santé Suisse
HEPA	Health enhancing physical activity
IOTF	International Obesity Task Force
SSN	Société suisse de nutrition
UNICEF	United Nations Children's Fund
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
AMS	Assemblée mondiale de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé

Bibliographie

- Abel T., Bruhin E.: Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (eds.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (128-131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo, 2003.
- Altgeld Th., Kolip P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, Th. Klotz & J. Haisch (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 41-54, Bern, 2004
- Baerlocher K., Sutter-Leuzinger A.D., Straub, S.: Die Ernährungssituation von Schulkindern und das Thema Ernährung im Schulunterricht. Eidgenössische Ernährungskommission. Bern, 2000.
- Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.: Physical activity and health. Human Kinetics Inc, 2007.
- Bundesamt für Raumentwicklung (ARE), Bundesamt für Statistik: Mobilität in der Schweiz, Ergebnisse des Mikrozensus 2000 zum Verkehrsverhalten. Bundesamt für Raumentwicklung und Bundesamt für Statistik. Neuenburg, 2001.
- Bundesamt für Gesundheit: Aktionsplan Ernährung und Gesundheit: Eine Ernährungspolicy für die Schweiz. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2001.
- Bundesamt für Gesundheit: Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2004 a.
- Bundesamt für Gesundheit: Kollektive Expertise Sekundärprävention. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2004 b.
- Bundesamt für Gesundheit: Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung. Bundesamt für Gesundheit, Faktenblatt, 2006. Available at: URL: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung/00211/0313/index.html?lang=de.
- Bundesamt für Sport: Konzept des Bundesrates für eine Sportpolitik in der Schweiz. Bundesamt für Sport. Magglingen, 2000.
- Bundesamt für Sport, Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu), Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Abteilung für medizinische Ökologie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals Zürich, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz: Gemeinsame wissenschaftliche Stellungnahme: Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzungen für die Schweiz. Schweiz Z Sportmed Sporttraumatol, 49: 84-86, 2001.
- Bundesamt für Sport, Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz: Grundlegendokument: Gesundheitswirksame Bewegung. Bundesamt für Sport. Magglingen, 2006.
- Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Bundesamt für Statistik. Neuchatel, 2003.
- Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Sport: Bewegung, Sport und Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. Bundesamt für Statistik, StatSanté, 1, 2006.
- CardioVascSuisse: Ein schweizerisches Herz-Kreislauf-Programm. Bern, 2005.
- Christakis N.A., Fowler J.H.: The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med, 357:370-379, 2007.
- Devaud C., Jeannin A., Narring F., Ferron C., Michaud PA.: Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. Int J Eat Disord. 24:207-216, 1998
- de Zwaan M.: Binge Eating Disorder and Obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 25 Suppl 1:S51-S55, 2001
- Eichholzer M., Camenzind-Frey E., Matzke A., Amadò R., Ballmer P.E., Beer M., Darioli R., Hasler, K. Lüthy J., Moser U., Sieber R., Trabichet C. (eds): Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2005.
- Europäische Kommission (EU): Grünbuch „Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronische Krankheiten“. Europäische Kommission, KOM, 637, 2005.
- Europäische Kommission (EU): Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa. Europäische Kommission, KOM, 279, 2007.
- Food and Agriculture Organization (FAO): The State of Food Insecurity in the World. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome, 2004
- Gesundheitsförderung Schweiz (GF-CH): Gesundes Körpergewicht: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Gesundheitsförderung Schweiz. Bern, Lausanne, 2005.

- Gesundheitsförderung Schweiz (GF-CH): Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern, Lausanne, 2006.
- Giusti V.: Obesity, overweight, and diet. *Rev Med Suisse Romande*. 122:227-229, 2002
- International Obesity Task Force (IOTF): Obesity in children and young people: A crisis in public health. International Obesity Task Force, report to WHOJournal. *Obesity Reviews*, May, 2004.
- Keller U., Lüthy J., Amadò R., Battaglia-Richi E., Battaglia R., Casabianca A., Eichholzer M., Rickenbach M., Sieber R. (eds): *Vierter Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 1998.
- Kickbusch I., Maag D., Saan H.: *Enabling healthy choices in modern societies*. European Health Forum, Badgastein, 2005.
- Marti B, Martin BW.: Sportliches Training oder Bewegung im Alltag zur Optimierung von Gesundheit und Lebensqualität. *Therapeutische Umschau*, 58, 189-195, 2001.
- Martin B., Wyss T., Mengisen W., Roost H.-P., Spieldenner J., Schlegel F., Rudin D., Somaini B., Kriemler S., Mahler P., Cassis I., Farpour-Lambert N., Marti B.: Gesundheitswirksame Bewegung – auf dem Weg zu Empfehlungen für Kinder und Jugendliche. Kommentar zu den Empfehlungen des Bundesamts für Sport, des Bundesamts für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz und des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz aus dem Jahr 2006. Bundesamts für Gesundheit, Bulletin, 18: 328-331, 2006.
- Martin BW., Martin E., Mengisen W.: Evidence-based Physical Activity Promotion – from Intervention to the development and implementation of strategies. In: *Expertise nationale activité physique et santé de l'institut nationale de la santé et de la recherche médicale INSERM*. Paris, 2007, im Druck
- Narring F., Tschumper A., Inderwildi Bonivento L., Jeanin A., Addor V., Bütikofer A., Suris J-C., Diserens C., Al-saker F., Michaud P-A.: *Gesundheit und Lebensstil 16-20-Jähriger in der Schweiz, SMASH 2002*. raisons de santé, 95 b, Lausanne, 2004.
- Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch): *Gesundheitswirksame Bewegung bei Kindern und Jugendlichen*. Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, 2006.
- Oja P., Borms J. (eds): *Health Enhancing Physical Activity. Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science; Vol 6*. Oxford, Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd, 2004.
- Stähelin H.B., Lüthy J., Casabianca A., Monnier N., Müller HR., Schutz Y., Sieber R. (eds): *Dritter Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 1991.
- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE): *Lebensmittelpyramide*. Bern, 2005a. Available at: URL: www.sge-ssn.ch.
- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE): *Empfehlungen zum gesunden und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene*. Bundesamt für Gesundheit, Bulletin, 15, 245-249, 2005b.
- Schutz Y., Golay A., Giusti V., Héraïef E., Keller U., Laurent-Jaccard A., Laederach-Hofmann K., Peterli R., Spinass GA., Suter PM., Triaca HJ., Vermes JP.: *Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz I/II, ASEMOSAMO*. Lausanne 1999/2006.
- Sjöström M., Oja P., Hagströmer M., Smith BJ., Bauman A.: Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14:1–10, 2006.
- Trojan A., Legewie H.: *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt, 2001.
- UNICEF: *Progress for children, a report card on gender parity and primary education*. New York, April 2005.
- United States Department of Health and Human Services (U.S. DHHS): *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta, 1996.
- WHO: *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion Ottawa. World Health Organization, HPR, HEP, 95.1, 1986.
- WHO: *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. World Health Organisation, Technical Report Series, 894, 2000.
- WHO Europe: *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.
- WHO: *World Health Report*. World Health Organization. Geneva, 2002.
- WHO: *Report of the joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. World Health Organization, Technical Report Series, 916, 2003.
- WHO: *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. World Health Organisation. Geneva, 2004.
- WHO: *Young people's health and health-related behaviour*. In: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002*.

- WHO Europe: Physical activity and health. Evidence for action. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 a.
- WHO Europe: European Charter on Counteracting Obesity. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 b.
- WHO Europe: Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 c.
- WHO Europe: Second WHO European action plan for food and nutrition policy (in preparation)
- Zimmermann M.B., Gübelib C., Püntenerb C., Molinaric L.: Overweight and obesity in 6-12 year old children in Switzerland. Swiss Med Wkly, 134:523-528, 2004.

Annexe I : Principes de la politique de prévention de l'OFSP

<i>Priorité à la prévention</i>	En 2007, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a revu sa stratégie en plaçant les programmes nationaux de prévention – auxquels appartient le présent Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 – dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. « <i>Priorité à la prévention</i> » devient ainsi un principe directeur.
<i>Renforcement de la prévention</i>	La Suisse doit combattre l'accroissement des maladies chroniques dont la prévalence augmente notamment chez les enfants et les adolescents. Ce thème a déjà été repris et analysé en détail par plusieurs organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé, la Commission européenne et l'OCDE. Le rapport 2006 sur le système de santé suisse, élaboré par l'OCDE est particulièrement digne d'intérêt. Il recommande clairement au système de santé suisse, dont la qualité est par ailleurs jugée remarquable, d'accorder plus d'importance aux mesures de prévention.
<i>Soutien international</i>	Divers accords internationaux promeuvent le renforcement de la prévention. Le 25 juin 2004, la Suisse a signé la « Convention-cadre pour la lutte anti-tabac » de l'OMS. Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a également publié d'importantes recommandations reprises dans plusieurs documents stratégiques tels que la « Stratégie européenne contre les maladies non-transmissibles : prévention et lutte », la « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité » ou le « Cadre de la politique en matière d'alcool dans la région européenne de l'OMS ». Une importance croissante est également accordée aux travaux de la Commission européenne en matière de prévention et de promotion de la santé. L'élaboration des programmes de l'OFSP tient ainsi compte de rapports tels que le « Livre blanc sur l'alimentation » ou la « Stratégie européenne visant à réduire les dommages liés à l'alcool ».
<i>Davantage de poids accordé à la prévention</i>	Il ressort au niveau européen que la prévention structurelle est de plus en plus indissociable de la prévention comportementale. Une prévention plus efficace exige une plus étroite collaboration entre différentes sphères politiques ainsi que de nouvelles formes de coopération avec le secteur privé. De nouvelles mesures organisationnelles, telles que la Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé », lancée par l'UE avec participation de la Suisse, misent notamment sur des mesures volontaires conjuguées à des initiatives d'autorégulation.
<i>Priorités stratégiques de l'OFSP</i>	Contraint à des choix stratégiques par la multiplicité des tâches et des actions possibles en matière de prévention et de promotion de la santé, l'OFSP se concentre d'avantage sur la prévention structurelle. Des effets durables sur la santé peuvent être obtenus en engageant des actions ciblées axées sur quatre points principaux : la régulation, la multisectorialité, le partenariat ainsi que l'information et la communication.

<i>Régulation</i>	<p>Ce secteur comprend l'ensemble des restrictions légales et des mesures de protection de la santé relevant spécifiquement de la compétence de l'OFSP. La « Priorité à la prévention » concerne ici tout particulièrement la protection des enfants et des adolescents, la diminution des dommages individuels et sociaux et des dangers pour les tiers. L'application de la législation en vigueur, diverses tâches relevant du secteur public, le remaniement de mesures ayant trait à la santé publique mais dépendant d'autres autorités fédérales ainsi que des activités liées à des lacunes juridiques et d'autres thématiques innovantes figurent au premier plan.</p>
<i>Multisectorialité</i>	<p>Il s'agit ici d'obtenir la participation de divers acteurs politiques, et notamment d'autres départements et offices fédéraux, afin de soutenir la prévention structurelle et de promouvoir la santé. La « Priorité à la prévention » consiste à inscrire ce concept directeur à tous les niveaux de la politique fédérale concernant notamment le travail, les loisirs, la consommation, l'école et la formation. Cela peut nécessiter des mesures fiscales et légales de même que des initiatives de prévention communes, de larges partenariats et un travail d'information sur les principaux facteurs influant sur la santé.</p>
<i>Partenariat</i>	<p>Ce secteur comprend les multiples activités menées avec différents acteurs et liées à des thèmes santé prioritaires ainsi que des mesures et des programmes nationaux. La « Priorité à la prévention » consiste ici à faire du comportement préventif un modèle tant au sein de la société que de ses composantes, ainsi qu'à obtenir une large efficacité en travaillant avec des partenaires externes et internes, dont les principaux sont les centres locaux et cantonaux, des organisations de prévention, des associations, des organisations non-gouvernementales de même que des acteurs privés.</p>
<i>Information et communication</i>	<p>Ce secteur concerne le travail d'information envers le public, le monde politique, les médias et les autorités (Confédération, cantons, instances internationales) et d'autres partenaires. Les communications portent sur des tendances épidémiologiques, des informations factuelles sur les nouveaux défis de la prévention et de la promotion de la santé, des analyses économiques, ainsi que des recherches traditionnelles ou innovatrices. La « Priorité à la prévention » consiste à favoriser la reconnaissance de la prévention et de la promotion de la santé aux niveaux politique, social, économique et dans la population, ainsi qu'à faire prendre conscience de son importance pour le développement social et économique de la Suisse.</p>
<i>Multiplicité des facteurs d'influence sociologiques</i>	<p>Le comportement en matière de santé et ses facteurs déterminants sont étroitement corrélés aux évolutions sociologiques. Les mesures de prévention doivent, par conséquent, être remises continuellement en question et les stratégies redéfinies. Les recherches démontrent que de nombreux facteurs influencent l'incidence des processus pathologiques et que l'association de paramètres diversifiés et spécifiques revêt une grande importance.</p>

Annexe II : Organisation du projet : Parties prenantes

TeilnehmerInnenliste Workshop Strategieentwicklung „Nationales Massnahmenpaket Ernährung und Bewegung“ (Stand 13.09.06)

Liste des participant(e)s à l'atelier pour le développement d'une stratégie concernant le „Programme national consacré à la nutrition et à l'activité physique“ (état 13.09.06)

- Frau Isabelle Aeberli, Institut für Lebensmittelwissenschaften, ETH Zürich
- Herr Dr. med. Gaudenz Bachmann, Stv. Kantonsarzt, Gesundheitsdepartement Kanton St. Gallen
- Frau Brigitte Baschung, Mitglied der Geschäftsleitung, Krebsliga Schweiz, Bern
- Frau Petra Baumberger, Geschäftsleitung, Schweiz. Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände, Bern
- Frau Regula Behringer, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
- Frau Caroline Bernet, Unilever Schweiz GmbH, Thayngen
- Herr Andreas Biedermann, Cardio Vasc Suisse, Bern
- Frau Rita Bieri, Geschäftsleiterin, Schweiz. Verband d. Mütterberaterinnen, Zürich
- Herr David Blum, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Frau Prof. Dr. Charlotte Braun-Fahrländer, Institutsleiterin, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
- Herr Stefan Brupbacher, economiesuisse, Zürich
- Herr Othmar Brügger, Schweiz. Beratungsstelle für Unfallverhütung, Bern
- Frau Irène Candido, Präsidentin, Schweiz. Verband d. Mütterberaterinnen, Zürich
- Herr Dr. Paolo Colombani, Swiss Forum Sport Nutrition, ETH Zürich
- Frau Judith Conrad, Swiss Olympic Association, Bern
- Frau Christina Daeniker Roth, MGB Ernährungsberatung, Migros-Genossenschafts-Bund, Zürich
- Madame Elisabeth Debenay, Direction générale de la santé, Genève
- Monsieur le Professeur Jacques Diezi, Président, Commission fédérale de l'alimentation, Lausanne
- Herr Eugen Dornbierer, SUVA, Luzern
- Madame la Docteure Dominique Durrer, Collège de médecine de premier recours, groupe prévention, Berne
- Herr Prof. Thomas Fischer, Progress Management AG, Zug
- Madame Alexia Fournier, Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé, Bern
- Herr Rainer Frei, Geschäftsleitung, RADIX Gesundheitsförderung, Zürich
- Herr Dr. med. Daniel Frey, Direktor Gesundheit und Prävention, Schul- und Sportdepartement Zürich
- Herr Pascal Froidevaux, Gesundheitsförderung Schweiz, Bern
- Monsieur Yves Haldemann, Nestlé Suisse S.A., Vevey
- Frau Anne Irigoyen, Selecta, Murten
- Frau Sara Iten-Hug, Abteilungsleiterin, Schweiz. Apothekerverband, Bern

- Frau Michèle Kaspar, Coop, Fachstelle Ernährung, Basel
- Madame Fabienne Kern, Service de la santé publique, Lausanne
- Herr Kees de Keyzer, Bundesamt für Sport, Magglingen
- Herr PD Dr. Richard Klaghofer, Abteilung Psychosoziale Medizin, Universitäts-Spital Zürich
- Frau Elena Konstantinidis, Geschäftsleitung, Dachverband offene Jugendarbeit, Bern
- Herr Dr. med. Chung-Yol Lee, Kantonsarzt Kanton Fribourg
- Herr Dr. med. Josef Laimbacher, Leitender Arzt, Ostschweiz. Kinderspital, St. Gallen
- Herr Dr. Markus Lamprecht, Dozent Institut für Bewegungs- und Sportwissenschaften, Zürich
- Frau Katharina Liewald, Abteilung für Gesundheitsforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
- Herr Alberto Marcacci, Stv. Projektleiter Jugend, Ernährung und Bewegung, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Herr Dr. Brian Martin, Leiter Bewegung und Gesundheit, Bundesamt für Sport, Magglingen
- Madame Elisabeth Marty-Tschumi, Déléguée à la promotion de la santé et à la prévention, Sion
- Frau Dr. Annette Matzke, Leiterin Fachgruppe Ernährung, Public Health Schweiz, Bern
- Monsieur le Docteur Pierre-André Michaud, Médecin-chef, associé Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, Centre Hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne
- Frau Pascale Mühlemann, Geschäftsführerin, Schweiz. Gesellschaft für Ernährung, Bern
- Frau Elisabeth Müller, Geschäftsführerin, UNICEF, Zürich
- Frau Scarlett Niklaus, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Herr Christoph Nützi, Leiter Sportförderung, Bundesamt für Sport, Magglingen
- Frau Awilo Ochieng, Internationales, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Frau Dr. Anne Katrin Oehling, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Basel
- Frau Dr. Silke Oggier Schmitt, Schulärztin und Medienbeauftragte, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich
- Herr Hans Peyer, Stv. Direktor, GastroSuisse, Zürich
- Herr Dr. Hans-Peter Roost, Sektionsleiter Jugend, Ernährung und Bewegung, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Monsieur Christophe Roy, Technical officer, WHO Global Strategy on diet, physical activity and health, Genève
- Frau Denise Rudin, Leiterin Abt. Gesundes Körpergewicht, Gesundheitsförderung Schweiz, Bern
- Frau Anna Sax, Vizepräsidentin Eidg. Kommission Kinder- und Jugendfragen, Zürich
- Herr Piero Schäfer, Leiter Kommunikation, Schweizer Werbung, Zürich
- Herr Dr. Franz U. Schmid, Geschäftsführer, FIAL, Bern
- Herr Hansruedi Schönenberg, Leiter Betriebswirtschaft und Tarife, H+ Dachverband Spitäler, Bern
- Herr Dr. Robert Sempach, Migros-Kulturprozent und Präsident Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Zürich
- Frau Dima Serafina, Kantonsärztlicher Dienst, Aarau
- Herr Dr. Jörg Spieldenner, Abteilungsleiter Nationale Präventionsprogramme, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Frau Barbara Spörri-Kälin, Leiterin, Life time health GmbH, Zürich
- Herr Dr. med. Thomas Steffen, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen FMH, MPH Leiter, Basel
- Frau Nadine Stoffel-Kurt, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Frau Dr. med. Susanne Stronski Huwiler, Leiterin, Schulärztlicher Dienst Zürich

- Herr Oliver Studer, Leiter Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch), Bundesamt für Sport, Magglingen
- Herr Prof. Dr. Paolo Suter, Leiter Departement Innere Medizin, Universitäts-Spital Zürich
- Frau Anna Sutter-Leuzinger, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Frau Chiara Testera, Gesundheitsförderung Schweiz, Bern
- Herr Dr. Philipp Trefny, Co-Präsident, Forum für Praxispädiatrie, Bellach
- Frau Ursula Ulrich, Abteilungsleiterin Multisektorale Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Madame Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel
- Herr Lorenz Ursprung, Leiter Sportpolitische Geschäfte, Bundesamt für Sport, Magglingen
- Frau Ursula Vogt, Leiterin Generalsekretariat santésuisse, Solothurn
- Madame Magali Volery, Direction générale de la santé, Genève
- Herr Heinrich von Grünigen, Präsident Stiftungsrat, Schweiz. Adipositas-Stiftung, Zürich
- Frau Barbara Weil, Leiterin Abteilung Prävention, Generalsekretariat FMH, Bern
- Herr Dr. Lukas Zahner, Projektleiter Aktive Kindheit, Institut für Sport- und Sportwissenschaften Basel
- Frau Dr. Monica Zehnder, Sektion Lebensmittelsicherheit, Bundesamt für Gesundheit, Zürich
- Frau Barbara Zumstein, RADIX Gesundheitsförderung, Zürich
- Frau Brigit Zuppinger, Sektion Chancengleichheit + Gesundheit, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Annexe III : Avancées politiques

- 96.3093 Postulat Vollmer : Information, formation et éducation en matière de nutrition
- 97.3501 Postulat Wiederkehr : Vitamine B9. Prophylaxie
- 99.5157 Question Ruf Markus : Enseignement du sport et de la gymnastique dans le canton de Berne
- 02.1068 Question ordinaire Heim : Cours de gymnastique proposés aux apprentis. Aspects financiers
- 02.3135 Motion Gutzwiller : Alimentation. Encouragement de l'information, de l'éducation et de la formation
- 03.3528 Interpellation Vaudroz : Les activités sportives diminuent les coûts de la santé et du social
- 04.3005 Interpellation Studer : Mesures contre l'obésité
- 04.3348 Interpellation Bruderer : Concept pour une politique du sport
- 04.3705 Interpellation Gysin : Importance de la prévention dans la politique de la santé
- 04.3776 Interpellation Darbellay : Jeunesse et sport. Démantèlement à feu doux?
- 04.3779 Motion Zisyadis : Obésité de l'enfant. Remboursement des consultations diététiques
- 04.3797 Postulat Humbel Näf : Promouvoir une alimentation saine
- 04.3815 Motion Vaudroz : Jeunesse et sport. Soutien annuel pour les années 2006 à 2008
- 05.1032 Question Goll : Soins prodigués aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période d'allaitement
- 05.3140 Interpellation Vollmer : Le sport dans les écoles de formation professionnelle
- 05.3164 Interpellation Keller : Projet de loi visant à protéger la santé. Danger de sur-réglementation
- 05.3177 Postulat Kuprecht : La gymnastique dans les écoles professionnelles est-elle encore d'actualité ?
- 05.3162 Postulat Hochreutener : Intervention de la Confédération en faveur des écoles de sport
- 05.3436 Motion Heim : Troisième âge. Renforcer la prévention pour une meilleure autonomie
- 05.3642 Motion Humbel Näf : Maintenir et renforcer la place du sport à l'école
- 05.3656 Interpellation Vaudroz : Diminution des trois périodes obligatoires de sport hebdomadaire
- 05.3844 Interpellation Darbellay : Etat de santé des enfants et des jeunes
- 06.3159 Motion Kiener Nellen : Sport, exercice physique et alimentation des enfants âgés de cinq à dix ans
- 06.3422 Motion Zisyadis : Interdiction de la pédophilie publicitaire
- 06.3443 Motion Bruderer : Cours de sport dans les écoles professionnelles
- 06.1163 Question Studer : Produits particulièrement riches en graisse, en sel ou en sucre. Restrictions publicitaires
- 06.3841 Interpellation Humbel Näf : Ne pas soumettre le sport associatif à des restrictions
- 07.3246 Interpellation Bruderer : Projets destinés à promouvoir l'activité physique, l'intégration et la socialisation des jeunes

Annexe IV : Glossaire

<i>Obésité</i>	Embonpoint. L'obésité est définie comme une augmentation relative de la masse grasseuse due à un excès des tissus adipeux, disproportionné par rapport à la composition usuelle du corps. Elle est généralement provoquée par un déséquilibre du bilan énergétique (voir bilan énergétique), soit un apport calorique trop élevé et une dépense énergétique trop faible. L'OMS la définit comme un indice de masse corporelle (voir IMC) supérieur à 30 kg/m ² .
<i>Anorexie</i>	Anorexia Nervosa, inappétence. L'anorexie est un dérèglement du comportement alimentaire accompagné d'un amaigrissement parfois excessif. Elle est caractérisée par une perte de poids provoquée par la personne elle-même (réduction de l'apport énergétique et/ou activité sportive extrême) s'élevant à 15 % au moins du poids normal (IMC inférieur à 17,5).
<i>Hyperphagie compulsive (binge eating disorder)</i>	Frénésie alimentaire, crises de boulimie. Elle se caractérise par l'absorption d'une grande quantité inhabituelle d'aliments sur un court laps de temps avec une perte du contrôle sur la nourriture ingurgitée pendant la crise. Le tableau clinique s'apparente à celui de la <i>bulimia nervosa</i> , mais ce trouble ne s'accompagne pas de vomissements provoqués ou d'autres méthodes telles que la prise de laxatifs pour réduire les effets de la quantité de nourriture absorbée. Les personnes concernées sont souvent en surpoids.
<i>Maladies liées à l'hypertension</i>	Les maladies liées à une augmentation durable de la tension artérielle supérieure à 140 mmHg (systolique) et à 90 mmHg (diastolique). Tension artérielle normale : < 120 mmHg (systolique) et < 80 mmHg (diastolique)
<i>Indice de masse corporelle (IMC)</i>	L'indice de masse corporelle est le rapport du poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m ² en vue de déterminer le poids normal de l'adulte (IMC 18,5 à 24,9 kg/m ²). L'IMC ne distingue pas la masse grasseuse de la masse musculaire, mais il reste néanmoins un bon indicateur pour la masse grasseuse dont l'augmentation provoque, en règle générale, une augmentation de poids chez les adultes (exceptions : sportifs de haut niveau, champions de <i>body building</i>). Pour déterminer le poids normal chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans, on utilise les courbes IMC selon Cole.
<i>Boulimie</i>	Bulimia Nervosa, boulimie nerveuse, frénésie alimentaire. Trouble du comportement alimentaire, caractérisé par l'absorption incontrôlée de grandes quantités de nourriture, suivie de vomissements provoqués ou d'autres méthodes visant la réduction énergétique. Obsession chronique de la nourriture qui s'accompagne d'envies irrépressibles de manger et de crises d'ingurgitation de nourriture. La plupart du temps, le patient parvient à maintenir son poids dans les normes. Souffrances graves.
<i>Diabète</i>	« Maladie du sucre ». Mauvaise utilisation chronique du glucose dans le métabolisme provoquée par un manque d'insuline (diabète de type I) ou une difficulté à utiliser l'insuline (diabète de type II). Ce dernier est notamment favorisé par le surpoids.

<i>Bilan énergétique</i>	Différence entre l'apport d'énergie découlant de la prise de nourriture (apport de calories) et la dépense d'énergie liée au métabolisme et au mouvement.
<i>Denrées alimentaires hautement énergétiques, pauvres en micronutriments</i>	Denrées alimentaires ayant une teneur élevée en graisse et/ou en sucre mais contenant peu de micronutriments, tels que les vitamines et les oligoéléments.
<i>Troubles alimentaires</i>	On entend par troubles alimentaires un trouble du comportement lié la plupart du temps à des atteintes à la santé graves et de longue durée. Ils sont centralisés sur une <i>obsession psychique et émotionnelle de la nourriture</i> . Ils concernent la prise de nourriture ou son refus et sont liés à des troubles psychosociaux et à la représentation de son propre corps (psychosomatique). Lorsque le trouble est contraignant, on parle de dépendance.
<i>Acides gras</i>	Ce sont les composants des graisses. Nommés acides organiques selon leur présence dans les graisses. On distingue (selon la structure chimique) les acides gras saturés (avec une chaîne carbonée) et les acides gras insaturés (avec une double liaison ou plusieurs liaisons, normalement en configuration <i>cis</i>). Les acides gras se distinguent aussi par le nombre d'atomes de carbone (longueur de la chaîne carbonée).
<i>Poids corporel sain</i>	Poids normal. Indice de masse corporelle entre 18,5 et 25 chez les adultes.
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	Terme générique regroupant les maladies cardiaques et celles du système circulatoire. Les maladies cardiovasculaires sont d'un grand intérêt médical et politico-sanitaire en raison de leur fréquence. Elle représentent la cause la plus fréquente d'invalidité précoce et la première cause de mortalité. Parmi les facteurs de risques, on distingue ceux qui peuvent être influencés et ceux qui ne le peuvent pas (âge, génétique). Les facteurs de risques influençables les plus importants sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité, le manque de mouvement, la fumée, l'alcool et le diabète.
<i>Hypercholestérolémie</i>	Dérèglement du métabolisme des lipides. Augmentation de la teneur en cholestérol (plus de 6,5 mmol/l) dans le sang. En Suisse, env. 34 % des hommes et 30 % des femmes présentent une hypercholestérolémie selon l'enquête suisse sur la santé.
<i>Variabilité intraindividuelle</i>	Variabilité chez un même individu. Par exemple, la différence entre deux mesures effectuées à des moments différents sur la même personne.
<i>Cardiopathie ischémique</i>	Maladie cardiaque causée par une diminution du flux sanguin des vaisseaux entraînant le rétrécissement des artères coronaires.
<i>Glucides complexes</i>	Polysaccharides (plusieurs sucres), par opposition aux monosaccharides et aux disaccharides (comme la saccharose ou le sucre ménager). Le polysaccharide utilisable le plus important est l'amidon des céréales, des pommes de terre et du riz. Les glucides complexes de moindre importance ou seulement utilisables en partie, mais significatifs dans la physiologie de l'alimentation, sont les différentes fibres alimentaires, telles que la pectine des fruits ou l'hémicellulose des céréales.

<i>Morbidité</i>	Ce terme recouvre l'écart entre l'état de santé du moment et une situation idéale dans laquelle tout un chacun vit jusqu'à un âge avancé, sans maladie ni infirmité. Cet écart est causé par le décès prématuré, l'invalidité et certains facteurs de risques contribuant à détériorer l'état de santé.
<i>Interventions sur le style de vie</i>	<p>Etudes d'intervention pour lesquelles différents paramètres du style de vie sont modifiés, autrement dit, les participants changent leur style de vie. On évalue alors les effets de ces changements sur la santé.</p> <p>L'intervention (lat. <i>intervenire</i> = <i>s'immiscer, se connecter</i>) consiste à faire participer des personnes non impliquées jusque-là.</p>
<i>Méta-analyse</i>	Analyse d'analyses. Une synthèse de recherches primaires qui travaille avec des outils statistiques quantitatifs, dans le but de déterminer si un effet s'est produit et éventuellement d'en évaluer la portée.
<i>Monitoring</i>	<p>Examen permanent de routine d'un état de fait ou d'un processus dans le but de reconnaître à temps les changements.</p> <p>La fonction du monitoring consiste à intervenir pour piloter un processus observé, dans la mesure où celui-ci n'adopte pas la direction souhaitée, n'atteint pas ou dépasse certains seuils.</p>
<i>Groupes de pairs</i>	Groupes de jeunes du même âge.
<i>Psychomotricité</i>	Ensemble des mouvements déclenchés par des procédés psychiques.
<i>Acides gras trans</i>	Acides gras insaturés qui présentent au moins une double liaison en configuration <i>trans</i> . Les acides gras <i>trans</i> peuvent être obtenus par hydrogénation (procédé de durcissement) d'huiles végétales ou des procédés de chauffage ou de désodorisation d'huiles (p. ex. lors de la fabrication de margarines, de pâtisseries industrielles, etc.). Mais ils sont aussi présents dans l'estomac des ruminants (vaches) suite à la transformation bactérienne de plusieurs acides gras insaturés (« bio-hydrogénation »).
<i>Surpoids</i>	Selon la classification de l'OMS, un indice de masse corporelle oscillant entre 25 et 29,9 kg/m ² (pour des adultes).