



LIMITER LE SURPOIDS
ET L'OBÉSITÉ
CHEZ LES ENFANTS EN EUROPE

Enseignements tirés
et recommandations
de l'Action conjointe sur la nutrition
et l'activité physique "JANPA"



Nom : Action conjointe sur la nutrition et l'activité physique (JANPA)

Durée : Septembre 2015 à novembre 2017 (27 mois)

Site internet officiel : www.janpa.eu

Contact : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), France ; janpa@anses.fr

JANPA - L'action conjointe sur la nutrition et l'activité physique (accord de subvention n ° 677063) a reçu un financement du Programme de santé de l'Union européenne (2014-2020)

Ce document a été préparé par Kevin Balanda, Chiara Cattaneo, Michel Chauillac, Salma Elreedy, Maria Hassapidou, Viktoria Anna Kovacs, Heli Kuusipalo, Camille Pestre, Angela Spinelli, Liliya Stefanova, Karine Vin, avec le support additionnel de Carla Faralli et Paola Luzi. Le design graphique a été créé par Lorenzo Fantozzi.

Novembre 2017

Cette brochure s'inscrit dans le cadre de l'action conjointe européenne JANPA (convention de subvention n°677063) qui a bénéficié d'un financement du Programme de santé de l'UE (2014-2020). Le contenu de cette brochure n'engage que l'auteur et sa seule responsabilité et ne peut être considéré comme reflétant les points de vue de la Commission européenne et/ou de l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation ou tout autre organe de l'UE. La Commission européenne et l'Agence déclinent toute responsabilité vis-à-vis de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y figurent.

SOMMAIRE

<i>Le contexte</i>	<i>1</i>
<i>Qu'est-ce-que JANPA ?</i>	<i>1</i>
<i>Qui est impliqué ?</i>	<i>1</i>
<i>Qui est la cible ?</i>	<i>1</i>
<i>Éléments clefs de JANPA</i>	<i>1</i>
<i>Les modules de travail JANPA</i>	<i>2</i>
<i>Conclusions</i>	<i>11</i>
<i>Partenaires</i>	<i>13</i>
<i>Parties prenantes associées</i>	<i>14</i>

LE CONTEXTE

Depuis 2000, plusieurs conclusions du Conseil européen invitent la Commission européenne et les États membres de l'UE à développer des mesures visant à améliorer la nutrition et l'activité physique, en particulier pour les enfants. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a publié en 2013 la « Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de la santé en 2020 », signée par les ministres européens de la Santé, appelant également à la mobilisation.

Depuis 2006, le Groupe à Haut Niveau sur la nutrition et l'activité physique, composé de représentants des États membres, sous la présidence de la Commission européenne, se réunit pour partager des expériences et proposer des orientations pour des actions communes. En 2014, le Groupe à Haut Niveau a élaboré un plan d'action européen sur l'obésité de l'enfant pour la période 2014 - 2020.

JANPA (Action conjointe sur la nutrition et l'activité physique) contribue à la mise en œuvre de ce plan d'action.

QU'EST-CE QUE JANPA ?

JANPA, action conjointe européenne sur la nutrition et l'activité physique, a été mise en œuvre sur la période 2015 - 2017. L'objectif principal de JANPA est de contribuer à enrayer l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents dans les États membres de l'UE d'ici 2020. JANPA s'est concentrée sur les facteurs spécifiques pris en compte dans les politiques d'alimentation et d'activité physique pour les familles, les crèches, écoles primaires et établissements scolaires en général ; JANPA a estimé les coûts économiques futurs du surpoids et de l'obésité actuels des enfants ; JANPA a étudié la collecte et l'utilisation d'informations nutritionnelles sur les aliments.

QUI EST IMPLIQUÉ ?

26 pays européens ont participé à JANPA en tant que partenaires ou parties prenantes associées, avec le bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le Centre commun de recherche de l'Union européenne (CCR).

QUI EST LA CIBLE ?

JANPA a de multiples cibles, notamment les décideurs, les organismes éducatifs, les écoles, les associations de parents et de citoyens et tous les autres professionnels des domaines de la nutrition, de l'activité physique et de la prévention de l'obésité qui travaillent pour le développement et la mise en œuvre d'actions pour les groupes cibles : enfants, mères et familles.

ÉLÉMENTS CLEFS DE JANPA

POURQUOI ?

En Europe, le nombre d'enfants en surpoids ou obèses augmente dans la plupart des pays : cela affecte en moyenne 1 enfant sur 3 âgés de 6 à 9 ans. L'obésité est associée à des risques de maladies et représente une charge considérable à la fois pour les individus, les communautés et en termes de dépenses sociales et de soins de santé.

COMMENT ?

Une approche fondée sur le cycle de vie est nécessaire. La promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique chez les enfants débute déjà pendant la grossesse et la petite enfance. Les politiques et interventions relèvent d'une approche multisectorielle, incluant une meilleure coordination des actions gouvernementales entre différents secteurs : social, emploi, éducation, santé, agriculture, urbanisme, transports et secteur privé. La nutrition et l'activité physique sont liées aux conditions sociales ; par conséquent, la réduction des inégalités sociales a constitué une préoccupation majeure pour JANPA.

LES MODULES DE TRAVAIL JANPA (WP : WORK PACKAGE)

JANPA était composée de quatre modules de travail techniques, impliquant chacun 7 à 14 pays, traitant de questions spécifiques mais complémentaires. Ils étaient soutenus par trois modules de travail horizontaux pour la coordination générale, la dissémination du travail et des connaissances, et l'évaluation interne et externe.

WP1 COORDINATION

Coordinateur : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail - Anses (France)

Coordinateur technique : Ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de la santé (DGS FR)

Ce module de travail a été conçu pour gérer et organiser le travail de l'Action conjointe. Il permettait l'échange efficace et stimulant d'informations entre tous les partenaires, la gestion managériale, la coordination, la gestion budgétaire, l'orientation, la présidence des réunions et l'interaction, au nom de l'action conjointe, avec la Commission européenne et d'autres organismes externes.

WP2 DISSÉMINATION

Leader : Istituto Superiore di Sanità, ISS (Italie)

La dissémination a été essentielle pour diffuser les documents, résultats et réalisations de l'Action conjointe, et pour impliquer et sensibiliser les parties prenantes et groupes intéressés par les travaux.

La stratégie de dissémination a été élaborée avec pour objectif d'assurer la visibilité de JANPA grâce à une identité visuelle, un site Web, des diaporamas, un dépliant d'information, des bulletins périodiques, la brochure du rapport final et le document de position.

WP3 ÉVALUATION

Leader : Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki - ATEITH (Grèce)

L'objectif de ce module de travail était d'établir et de mener une évaluation régulière et systématique de la performance de l'Action conjointe et de commencer à évaluer son impact.

Le plan d'évaluation de JANPA a été mis en œuvre à intervalles réguliers, évaluant toutes les activités notamment au regard des risques spécifiques, l'impact planifié et la dissémination. Les trois principaux critères d'évaluation s'appuyaient sur la performance du projet, l'impact du projet sur l'obésité de l'enfant et la performance des partenaires.

WP4 COÛTS LIÉS À L'OBÉSITÉ DES ENFANTS : UN FARDEAU QUE NOUS LAISSONS AUX GÉNÉRATIONS FUTURES SI NOUS N'ENRAYONS PAS L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT AUJOURD'HUI

Leader : Institute of Public Health in Ireland - IPH IRL (Irlande)

Le module de travail a analysé les preuves disponibles pour développer des modèles visant à estimer les coûts pour la vie entière (coûts directs de santé et coûts sociaux) attribuables à l'obésité / surpoids actuels chez les enfants (0 -17 ans) dans les pays participants ainsi que les effets engendrés par une réduction de 1% et 5% de l'indice de masse corporelle (IMC) moyen chez les enfants.

Quelle est la preuve ?

Quatre revues de littérature, émanant d'une analyse de la documentation scientifique internationale, fournissent une image actualisée de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Elles mettent en évidence les aspects pertinents des conséquences du surpoids et de l'obésité durant l'enfance et l'âge adulte, ainsi que les principales lacunes dans les données de base disponibles.

Quels sont les résultats ?

Après plusieurs années d'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité chez les enfants, l'augmentation semble ralentir dans certains pays de l'UE. Ces changements ont cependant été observés surtout dans les groupes d'âge plus jeunes et principalement dans les milieux sociaux plus aisés. De plus, tout plafonnement de la prévalence a atteint des niveaux élevés par ailleurs inacceptables.

Les études démontrent que l'obésité et l'excès de poids chez les enfants et les adultes sont associés à diverses maladies infantiles et adultes, dont le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, respiratoires, musculo squelettiques, plusieurs types de cancers et de nombreuses formes d'apnée du sommeil.

Des données entièrement documentées ont été rassemblées dans les pays participants (Croatie, Grèce, Italie, Irlande, Irlande du Nord, Portugal, Roumanie et Slovaquie). Pendant la durée de JANPA, des résultats de modélisation, scientifiquement acceptables, ont été finalisés pour certains de ces pays. À titre d'exemple, les résultats finaux de la modélisation pour la République d'Irlande sont présentés.

Tableau 1 : Impacts sur la durée de vie et coûts attribuables à l'obésité / surpoids des enfants en République d'Irlande (valeurs de 2015)

	Masculin	Feminin	Personnes ¹
Coûts directs liés aux soins de santé (M€)	422,0 M€	527,0 M€	944,7 M€
Perte de revenus sur la durée de vie (M€)	151,7 M€	104,3 M€	256,1 M€
Perte de productivité (mortalité prématurée) (M€)	2 105,3 M€	756,4 M€	2 795,4 M€
Perte de productivité (absentéisme au travail) (M€)	223,5 M€	299,6 M€	521,9 M€
Coût total (M€)	2 902,4 M€	1 687,3 M€	4 518,1 M€
Coût total par personne (€)	21 115 €	11 694 €	16 036 €
Nombre total de décès prématurés	26 202	28 854	55 056

¹Le tableau prend en compte le nombre différents de femmes et d'hommes dans la population

Le modèle JANPA d'évaluation des coûts a quantifié le très lourd fardeau de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

En République d'Irlande, on estime qu'un peu plus de 55 000 enfants d'aujourd'hui mourront prématurément à cause de l'obésité / du surpoids actuels (environ 1 décès sur 10 parmi tous les décès prématurés).

Les coûts totaux à vie (en valeur 2015) sont de 4 518,1 M € (16 036 € par personne), soit 1,6 % du PIB de la République d'Irlande en 2015.

Les coûts directs totaux de santé sur la durée de vie s'y élèvent à 944,7 millions d'euros, soit 4,8 % du total des dépenses publiques de santé de 2015.

En République d'Irlande, les coûts sociaux représentent la majorité des coûts totaux sur la durée de vie (79,1 % du coût total à vie). La perte de productivité sur la durée de vie due à la mortalité prématurée est le poste de coûts le plus important, représentant 61,9 % des coûts totaux.

Vers une solution

En République d'Irlande, les économies totales sur la durée de vie qui pourraient être réalisées si l'IMC moyen des enfants était réduit de 5 % sont estimées à 1 127,1 millions d'euros.

Le coût de soins de santé et les coûts sociaux sur la durée de vie devraient diminuer respectivement de 245,7 millions d'euros et de 881,4 millions d'euros.

Tableau 2 : Dépenses évitées pour une réduction de 5 % de l'IMC moyen de l'enfant (valeurs de 2015)

	Masculin	Féminin	Personnes ²
Coûts directs liés aux soins de santé (M€)	123,7 M€	122,0 M€	245,7 M€
Perte de revenus sur la durée de vie (M€)	38,8 M€	22,7 M€	61,4 M€
Perte de productivité (mortalité prématurée) (M€)	516,7 M€	154,3 M€	671,0 M€
Perte de productivité (absentéisme au travail) (M€)	70,4 M€	78,6 M€	149,0 M€
Réduction du coût total (M€)	749,5 M€	377,6 M€	1 127,1 M€
Réduction du coût total par personne (€)	5 453 €	2 617 €	4 000 €
Réduction du nombre total de décès prématurés	5 948	3 321	9 269

² Le tableau prend en compte le nombre différents de femmes et d'hommes dans la population

MESSAGES CLEFS

- Le modèle JANPA d'évaluation des coûts devrait être affiné en intégrant la recherche sur les impacts psychosociaux de l'obésité infantile et leurs implications pour le capital humain et l'économie.
- Un logiciel dédié autonome, écrit en code source ouvert, devrait être développé pour déployer complètement le modèle afin qu'il puisse être utilisé par toutes les équipes de recherche.
- La coordination des systèmes nationaux d'information sanitaire dans l'UE devrait être améliorée, notamment en ce qui concerne :
 - La surveillance de l'obésité (en particulier durant les premières années, l'enfance, l'adolescence et les années adultes)
 - La surveillance des maladies liées à l'obésité (en particulier leur incidence et la survie)
 - Les coûts de santé (en particulier les coûts des soins primaires et médicaments)

WP5 INFORMATION NUTRITIONNELLE

Leader : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail - Anses (France)

L'objectif principal du module de travail 5 du projet JANPA était de partager, dans les neuf pays volontaires participant au module, les bonnes pratiques sur la manière dont les informations nutritionnelles concernant les aliments sont recueillies et utilisées par les différentes parties prenantes pour la politique nutritionnelle.

Quelle est la preuve ?

La recherche documentaire et les interviews réalisées dans les 9 pays participant au WP5 (Autriche, Belgique, Bulgarie, France, Lituanie, Norvège, Roumanie, Slovaquie, Slovénie) ont démontré que seule la France a déployé un outil pour suivre, au niveau de la marque, la composition nutritionnelle des produits alimentaires disponibles sur le marché.

Trois stratégies principales, mises en œuvre par les différents pays, ont été étudiées :

- **La reformulation des aliments :** elle peut être mise en œuvre à la suite d'initiatives privées ou de politiques publiques. Elle s'est avérée très efficace pour améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et présente l'avantage de bénéficier à l'ensemble de la population. Cependant, son impact est souvent trop limité (pour un seul nutriment ou un seul produit) pour avoir un impact sur la santé publique.
- **Les campagnes d'information :** largement développées dans les pays européens, elles sensibilisent les consommateurs à la nutrition mais ont un faible impact sur le comportement des consommateurs et, isolées, tendent à augmenter les inégalités sociales en matière de nutrition.
- **L'environnement alimentaire :** le travail sur des questions telles que la taille des portions, les publicités... a un impact plus direct et devrait être encouragé.

L'étiquetage alimentaire peut également être un outil précieux pour encourager les familles à se montrer plus autonomes. Cependant, un inventaire réalisé dans les 9 pays participants a également démontré qu'il était nécessaire de simplifier et d'homogénéiser les étiquettes des aliments. L'efficacité d'un tel outil a été prouvée dans une situation d'achat mais l'impact sur le panier alimentaire reste à prouver (en raison de l'influence d'autres facteurs tels que le prix, les habitudes des consommateurs ou les goûts personnels).

Quels sont les résultats ?

Une étude pilote a été réalisée dans 2 pays (Autriche et Roumanie) avec pour objectif de collecter des informations nutritionnelles sur les produits alimentaires vendus dans les magasins et, après traitement, de comparer les pays. Pour ce faire, l'approche française « Oqali » utilisée depuis 2008 (pour surveiller les évolutions de l'offre d'aliments transformés sur le marché français en mesurant au fil du temps la composition nutritionnelle, la qualité nutritionnelle et l'information portée par l'étiquetage) a été testée. Pour les deux pays, des données sur un total de 520 céréales de petit-déjeuner et de 890 boissons non alcoolisées ont été collectées. Les céréales du petit déjeuner et les boissons gazeuses ont été sélectionnées pour l'étude pilote en raison de leur forte consommation par les enfants et adolescents. L'étude a démontré que la méthodologie utilisée dans « Oqali » était adaptable à d'autres pays européens, en intégrant des modifications mineures.

Différentes analyses et comparaisons ont été produites. Les principaux résultats démontrent que la segmentation du marché est différente entre les pays, à la fois en considérant le type de marque (proportion des marques nationales par rapport aux marques détenues par les distributeurs) ou l'offre alimentaire (proportion des différentes familles de produits pour chaque secteur alimentaire - par exemple, les céréales du petit déjeuner à base de chocolat co-existants dans le secteur plus large des céréales de petit déjeuner). Dans chacun des trois pays (France, Autriche, Roumanie), une grande variabilité des

teneurs en macronutriments a été observée pour plusieurs familles de produits parmi les céréales de petit déjeuner ou les boissons sans alcool. Ceci suggère de réelles possibilités de reformulation. Une différence dans le contenu nutritionnel des boissons gazeuses et des céréales pour petit-déjeuner a également été mise en évidence entre les trois pays. Cette différence peut être due à une offre différente sur le marché. En outre, il existe une faible proportion de références communes (même marque, même nom et même saveur) et il existe parfois des différences dans la composition des références communes.

Conclusion

Des stratégies nutritionnelles variées et complémentaires sont nécessaires pour réduire l'obésité. Les gouvernements devront déployer différents types d'actions pour améliorer la qualité de l'offre alimentaire, ce qui constitue une stratégie efficace pour réduire les inégalités de santé.

La mise en place d'un outil de surveillance est nécessaire pour déterminer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire afin de fixer des objectifs à la fois ambitieux et réalistes d'amélioration nutritionnelle et permettre un suivi et une évaluation de l'impact des stratégies visant à l'améliorer. JANPA a prouvé que la mise en œuvre d'un tel outil (basé sur l'exemple de l' « Oqali » français) était possible avec une durée et un budget limités.

Un tel outil de suivi doit être déployé au niveau de la marque dans chaque pays. Les autorités publiques nationales disposeront alors d'un outil pour évaluer objectivement la variabilité nutritionnelle et la capacité d'amélioration, car l'offre alimentaire varie selon les pays et la composition d'un même produit peut aussi varier d'un pays à l'autre.

MESSAGES CLEFS

L'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments dans chaque catégorie et famille (groupe, sous-groupe) de produits est possible et nécessaire pour lutter contre le surpoids et l'obésité chez les enfants et réduire les inégalités sociales en matière de nutrition. JANPA a démontré qu'il y avait des progrès à réaliser, à une échelle beaucoup plus grande que ce qui a été fait jusqu'à présent, en s'appuyant sur les produits « les meilleurs de leur catégorie ».

L'outil de surveillance testé par JANPA pour décrire la composition nutritionnelle des aliments s'est avéré utile et facilement transposable. Il peut et doit être développé par les autorités publiques de chaque pays européen afin de permettre l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments demandée par le Conseil européen. Une approche harmonisée permettra des comparaisons entre pays.

WP6 DES ENVIRONNEMENTS SAINS VIA DES APPROCHES INTÉGRÉES

Leader: National Institute of Pharmacy and Nutrition - OGYEI (Hongrie)

Le WP6 a fourni des orientations pour des options et initiatives politiques à différents niveaux afin de faciliter la mise en place d'actions plus efficaces dans les écoles maternelles et élémentaires. Suivant une approche rigoureuse, le WP6 a collecté et analysé les bonnes pratiques et évalué les capacités en matière de prévention.

Quelle est la preuve ?

L'enfance et l'adolescence sont une période critique pour intervenir. En effet les habitudes alimentaires, le style de vie et les comportements se développent et peuvent persister tout au long de l'âge adulte.

Les écoles maternelles et élémentaires sont en première ligne pour construire le comportement des enfants. Dans ce contexte, un environnement de promotion de la santé doit être créé.

Sur la base d'une sélection de 9 critères rigoureux déterminés collectivement, 39 bonnes pratiques ayant comme objectif la prévention de l'obésité infantile avec des actions en milieu scolaire ont été identifiées. Elles proviennent de 16 pays où des données complémentaires ont également été collectées pour disposer d'information sur les systèmes institutionnels nationaux en matière d'éducation et d'environnement scolaire. Ces bonnes pratiques ont été analysées, sur la base des recommandations formulées par le Plan d'action de l'UE sur l'obésité infantile 2014-2020 pour créer des environnements sains.

Quels sont les résultats ?

L'importance des approches intégrées, en particulier pour réduire les inégalités sociales en nutrition, a été communément acceptée. Une approche intégrée doit remplir plusieurs critères : être multi-composante, inclusive, intersectorielle ou à plusieurs niveaux. Au-delà des actions dans les écoles maternelles et primaires, les familles et la restauration collective semblent des « lieux » d'intervention très pertinents. Il est toutefois admis qu'il est possible d'améliorer l'utilisation des approches intégrées. Malgré une sélection rigoureuse, plusieurs actions se concentrent toujours sur un seul déterminant de l'obésité infantile ou ciblent un seul milieu. De plus, seule une minorité des pratiques et politiques sélectionnées ont été rigoureusement évaluées même si, au cours de la phase de planification, le contexte politique, social et culturel a été pris en compte.

Les actions au sein des environnements scolaires ne peuvent pas être considérées indépendamment du contexte plus global. Ce point de vue amène à considérer que de nombreuses conditions empêchent d'atteindre les résultats : un manque de sensibilisation à la pertinence d'une alimentation et d'une activité physique saines, de mauvaises habitudes nutritionnelles à la maison, des coûts généralement plus élevés pour les aliments sains et un marketing alimentaire important, faisant la promotion d'une nourriture malsaine, via les médias de masse. Concernant les capacités existantes, les principaux obstacles résident dans l'insuffisance de professionnels qualifiés et de ressources financières. Les régulations générales sur la publicité des aliments et la restriction de la commercialisation des aliments dans les écoles viennent en première position en tant que facilitateurs. Pourtant, aucune des bonnes pratiques sélectionnées ne concernait le marketing dans les écoles.

Conclusion

Compte tenu des ressources limitées dans la plupart des pays, il est essentiel de faire la distinction entre les politiques et interventions efficaces et celles qui devraient être remises en question, car leur efficacité est douteuse. De plus, il est essentiel de comprendre les mécanismes et d'identifier les facteurs qui rendent une intervention ou une politique réussie. Sans une évaluation solide, les réponses à ces questions ne peuvent être obtenues.

Le partage d'idées et les leçons tirées de bonnes pratiques rigoureusement sélectionnées pourraient aider les décideurs, les planificateurs de programmes et les professionnels à mettre en œuvre des actions. Un accès facile à ces bonnes pratiques a été organisé grâce à une boîte à outils sur Internet. L'ambition de la boîte à outils, avec le Guide spécialement rédigé sur le « Quoi et Comment » créer des environnements plus sains dans les écoles maternelles et élémentaires, est de maintenir, à long terme, une réflexion européenne sur la question.

MESSAGES CLEFS

Les messages diffusés à l'école, les programmes et l'environnement scolaires et les installations d'activité physique mis en place dans les écoles doivent être mis en cohérence et se renforcer mutuellement pour toucher les enfants et leurs familles. Pour parvenir à un plus grand impact, les actions doivent être entreprises parallèlement dans plusieurs contextes, en intégrant une variété d'approches et en impliquant un large éventail de parties prenantes. Ceci peut être atteint en combinant des actions sur l'environnement et l'éducation, avec la participation des enseignants, des restaurateurs, distributeurs, concepteurs urbains, parents / soignants et enfants.

WP7 INTERVENTIONS PRÉCOCES

Leader : National Institute for Health and Welfare - THL (Finlande)

Ce module de travail sur les « interventions précoces » a identifié des programmes pour la prévention du surpoids et de l'obésité dans les premières étapes de la vie. Sont ainsi ciblées les familles pendant la grossesse, l'allaitement et la petite enfance. Il s'agit d'une période clé propice à des interventions préventives efficaces.

Quelle est la preuve ?

Les années de la petite enfance (jusqu'à l'âge de 3 ans) sont des périodes de sensibilité aux influences environnementales, mais ce sont aussi des moments où les soins et la protection sociale sont à un niveau maximal, offrant de multiples possibilités d'intervention. Douze pays (Autriche, Bulgarie, Croatie, République tchèque, Estonie, Finlande, Allemagne, Italie, Malte, Norvège, Portugal et Roumanie) ont participé au WP7 et 11 ont soumis des programmes / interventions pour un total de 50 initiatives. La majorité de ces initiatives (74 %) étaient toujours en cours et seulement un quart d'entre elles était déjà terminées. Une faible proportion disposait d'un partenariat privé (14 %). Environ la moitié des programmes / interventions ont été conçus pour les groupes vulnérables, et seulement 42 % ont déclaré disposer d'un mécanisme d'évaluation. Des informations plus détaillées ont été collectées et notées par pays et programme / intervention sur divers thèmes tels que « l'équité », « l'exhaustivité », « la transférabilité », « la durabilité » et « l'évaluation ». Une évaluation qualitative supplémentaire a été réalisée parmi les programmes / initiatives les plus prometteurs pour vérifier l'importance des aspects pris en compte. Sur la base de ce travail, 20 pratiques différentes provenant de 9 pays européens ont été identifiées comme présentant certaines caractéristiques de transférabilité et ont été considérées comme de « bonnes pratiques ».

Quels sont les résultats ?

Les 12 pays participant au WP7 disposent de lignes directrices ou de recommandations nutritionnelles pour les nourrissons et les très jeunes enfants et tous sauf un ont des recommandations nutritionnelles à destination des femmes enceintes. Seuls quelques pays ont des guides sur l'activité physique (AP) pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 3 ans. La plupart ont signalé avoir à la place des lignes directrices d'activité physique pour la population générale.

L'analyse globale des bonnes pratiques montre que les lignes directrices, recommandations et réglementations sont des outils majeurs pour la mise en œuvre des politiques. Cependant, le suivi des actions à travers un engagement fort de l'autorité publique au niveau régional et / ou municipal est essentiel pour assurer leur maintien dans le temps. Les décisions et actions des autorités de santé publique doivent être basées sur des informations à jour, sur la recherche, l'expertise, des statistiques régulières et des pratiques fondées sur des preuves. Tous les professionnels qui apportent un soutien aux femmes enceintes et aux familles avec de jeunes enfants doivent disposer d'outils actualisés, validés par des experts exempts de liens d'intérêts économiques. Les ressources appropriées doivent être allouées en conséquence et une planification participative assurée. Un grand nombre d'actions (mais pas toutes) qui ont prouvé leur efficacité n'ont pas besoin de financement supplémentaire mais nécessitent plutôt une implication plus large des parties prenantes (secteurs santé, éducation, urbanisme, production alimentaire mais aussi organisations non gouvernementales) dans la planification et le suivi.

Les campagnes de communication et les mesures ponctuelles ont un impact limité. Les services généraux (conseil pendant la grossesse et l'allaitement, conseil familial, accouchement à l'hôpital, services de santé

pour la famille, services de vaccination, bilans de santé, suivi de la croissance...) et des messages de santé simples et multilingues, proches de la vie quotidienne de familles ayant de jeunes enfants, peuvent être transmis grâce à des conseils personnalisés, du matériel imprimé et / ou via Internet. Il existe de puissants outils numériques pour la promotion de la santé, mais il faut veiller à ce que les groupes vulnérables y aient également accès.

Conclusion

Les pouvoirs publics peuvent promouvoir la santé en agissant sur les structures de la société et par le biais d'interventions communautaires visant à obtenir des résultats plus durables et de plus grande portée afin de réduire les inégalités sociales qui prennent racine dès le début de la vie. Une approche d'universalisme proportionné¹ devrait contribuer à cet objectif. Les populations difficiles à toucher (par exemple, les immigrants ou les personnes qui ne sont pas enregistrées dans les systèmes de santé / services sociaux) ont besoin d'interventions ciblées. Selon la politique nationale des différents pays ou la couverture nationale du secteur public, ces services pourraient être fournis par un secteur complémentaire comme les organisations non gouvernementales.

MESSAGES CLEFS

Une intervention précoce pour prévenir l'obésité de l'enfant est particulièrement importante. L'augmentation des connaissances scientifiques sur le rôle crucial que cette période joue pour la santé tout au long de la vie en fait une priorité. Il s'agit également d'une période spécifique pour les parents, lorsque généralement plus de services de santé, y compris le conseil, sont requis.

Pour faire avancer les réalisations du WP 7, la boîte à outils en ligne destinée aux décideurs et aux planificateurs de programmes créés pour le WP6 (pour les écoles maternelles et élémentaires) devrait être étendue aux interventions précoces, en particulier pour celles traitant de la question des inégalités sociales. Les pays pourraient la rendre disponible dans les langues nationales et la diffuser aux parties prenantes nationales. Cela pourrait contribuer à la mise en place d'un réseau européen et faciliter le transfert international des résultats.

¹ L'universalisme proportionné est la fourniture et la livraison de services universels à une échelle et intensité proportionnelles au degré de besoin. Les services sont donc universellement disponibles, pas seulement pour les plus défavorisés. Ils sont également capables de répondre au niveau du besoin qui se présente.

<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/24296-ProportionateUniversalismBriefing.pdf>

CONCLUSIONS

JANPA est une contribution à la mise en œuvre du plan d'action de l'UE sur la nutrition et l'activité physique pour la période 2014-2020. Le travail réalisé durant les deux années de JANPA, grâce à l'implication de 26 pays et de 39 institutions publiques, avec le soutien de partenaires supplémentaires tels que le Centre Commun de Recherche de la Commission européenne et le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe, fournit une perspective optimiste.

JANPA a obtenu des résultats concrets et positifs sur une période de seulement deux ans. De nouveaux outils ont été créés et partagés entre les sous-groupes des 26 pays. Le développement de ces outils harmonisés est nécessaire. L'Europe est vaste et diverse avec, en son sein, de nombreuses institutions nationales travaillant de différentes manières. Sans le soutien des institutions européennes et en particulier de la Commission européenne, le travail accompli jusqu'à présent ne sera pas fructueux. Pour permettre aux bourgeons de JANPA de s'épanouir, diverses propositions sont faites et des décisions doivent être prises.

Sur l'estimation des coûts futurs de l'obésité infantile

- Partager le modèle JANPA d'évaluation des coûts avec l'OCDE afin que sa gestion et son développement puissent être intégrés dans son projet en cours pour améliorer la capacité de modélisation de l'économie de la prévention.
- Déployer le modèle JANPA d'évaluation des coûts dans tous les pays européens pour lesquels des données de bonne qualité sont disponibles, si possible en s'appuyant sur le projet d'économie de la prévention de l'OCDE. Cela pourrait se faire au cours des deux prochaines années (2018 - 2019) avec potentiellement le soutien d'un budget européen dédié.
- Organiser une conférence européenne de haut niveau en 2020, par exemple au Parlement européen, pour tirer des conclusions globales sur la base de ce travail.

Sur l'information nutritionnelle

- Développer un outil performant pour déterminer les niveaux moyens de macronutriments (sucre, sel, gras, acides gras saturés, énergie) et leur variabilité, par groupes de produits, par sous-groupes (par exemple, les céréales de petit déjeuner à base de chocolat dans le cadre du secteur plus large des céréales de petit-déjeuner), par type de marque (marques nationales par rapport aux marques de distributeurs) et pour un même produit selon la marque. Cela permettra de comparer, dans et entre les pays, la qualité nutritionnelle des aliments par groupes et sous-groupes, et d'assurer un suivi fiable des tendances de ces données.

Assurer la mise en place de cet outil :

- En 2018, sous la direction et avec le soutien de la Commission, organiser une réunion des organismes désignés par les États membres volontaires et constituer le noyau du réseau.
- Continuer à développer, jusqu'en 2020, le réseau de pays, initié par JANPA, mettant en œuvre une méthodologie harmonisée pour la collecte et le traitement de l'information nutritionnelle. L'objectif peut être d'inclure 15 à 20 pays dans ce réseau.
- D'ici la mi-2019, avoir des résultats utiles permettant, pour certains groupes et sous-groupes de produits, de définir des objectifs appropriés et réalistes pour la reformulation nutritionnelle et l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments. Cela conduira à la proposition d'une réglementation européenne fixant des valeurs seuils.

Sur les bonnes pratiques depuis le début de la vie jusqu'à l'adolescence

- La boîte à outils en ligne créée par JANPA est facile d'accès, favorise et facilite les interactions entre les initiateurs des programmes / actions et les professionnels qui souhaitent les utiliser comme source d'inspiration pour leurs propres pratiques. Ceci est essentiel pour une coopération, au niveau européen, entre les équipes nationales qui développent de tels programmes.
- Après la fin de JANPA, la boîte à outils devrait rester opérationnelle et continuer à collecter des programmes de santé publique / prévention soutenus par des autorités publiques nationales (ou régionales), sélectionnées selon des critères stricts et standardisés. Au-delà des programmes de prévention de l'obésité infantile, un objectif pourrait être d'étendre le contenu de la boîte à outils aux principaux déterminants des maladies chroniques (nutrition, activité physique, tabagisme, alcool, etc.) pour les différents groupes d'âge. Seule la Commission européenne (éventuellement par l'intermédiaire du Centre commun de recherche) peut assurer le déploiement d'une telle base de données auprès des États membres.
- Accorder une attention particulière et développer des évaluations systématiques de l'impact des initiatives sur la réduction des inégalités sociales, notamment à travers des indicateurs spécifiques, harmonisés dans la mesure du possible.
- Renforcer l'analyse des conditions de transférabilité inter-pays des « bonnes pratiques ». Un appel à propositions visant des équipes multidisciplinaires de recherche et d'actions, ciblant spécifiquement cette problématique dans le cadre de la prévention de l'obésité de l'enfant permettra d'élargir le corpus théorique destiné à aider les responsables de programmes.

Puisque la santé est un problème pour tous les citoyens européens et que le surpoids et l'obésité de l'enfant sont si fréquents dans tous les pays de l'UE, le Parlement européen est invité à ouvrir des discussions spécifiques sur cette menace pour la santé publique.

PARTENAIRES

JANPA a regroupé un consortium de 39 organisations et institutions publiques (universités, ministères, instituts de santé publique, etc.) de 24 pays européens. En outre, 13 parties prenantes ont été associées à JANPA, notamment des institutions de Chypre et de Suède, ainsi que le bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le Centre commun de recherche de l'Union européenne (CCR).

- Austrian Federal Ministry of Health and Women's Affairs, BMGF, Autriche
- Austrian Agency for Health and Food Safety, AGES, Autriche
- Federal Public Service Health, FPS Health, Belgique
- Scientific Institute of Public Health, WIV-ISP, Belgique
- National Centre of Public Health and Analysis, NCPHA, Bulgarie
- Ministry of Health, MoH BG, Bulgarie
- Faculty of Medicine, Sofia University with University Hospital "Lozenetz", MFSU-UHL, Bulgarie
- Croatian Institute of Public Health, HZJZ, Croatie
- Croatian Health Insurance Fund, HZZO, Croatie
- National Institute of Public Health, SZU, République Tchèque
- National Institute for Health Development, NIHD, Estonie
- National Institute for Health and Welfare, THL, Finlande
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Anses, France
- Ministère des Solidarités et de la Santé, DGS, FR, France
- Institut national de la recherche agronomique, INRA, France
- Friedrich-Alexander-University, Erlangen-Nürnberg, FAU, Allemagne
- German Nutrition Society, DGE, Allemagne
- aid information service / Healthy Start - Young Family Network, aid/GiL, Allemagne
- Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, ATEITH, Grèce
- AHEPA University Hospital of Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA, Grèce
- National Institute of Pharmacy and Nutrition, OGYEI, Hongrie
- Ministry of Human Capacities, MHC, replacing National Institute for Health Development, NEFI, Hongrie
- Institute of Public Health in Ireland, IPH IRL, Irlande
- HRB Centre for Health and Diet Research, UCC-CHDR, Irlande
- Ministry of Health, MoH I, Italie
- Istituto Superiore di Sanità, ISS-CNESPS, Italie
- Health Education and Diseases Prevention Centre, SMLPC, Lituanie
- Health Education and Diseases Prevention Centre, SMLPC, Lituanie
- Ministry of Health, Government of Luxembourg, MISA, Luxembourg
- Ligue médico-sociale (Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales), La Ligue, Luxembourg
- Ministry for Energy and Health, MEH, Malte
- Norwegian Directorate of Health, HDIR, Norvège
- Medical University of Silesia, SUM, Pologne
- Directorate General of Health, MS, Portugal
- National Institute for Mother and Child Health, INSMC, Roumanie
- Babes-Bolyai University, UBB, Roumanie
- Public Health Authority of the Slovak Republic, UVZ SR, Slovaquie
- National Institute of Public Health, NIJZ, Slovénie
- Spanish Agency for Consumer Affairs, Food Safety and Nutrition, AECOSAN, Espagne

PARTIES PRENANTES ASSOCIÉES

- Department of Health, Irlande
- Joint Research Centre, Institute for Health and Consumer Protection (IHCP - DG JRC), Italie
- Federal Ministry of Food and Agriculture (BMEL), Allemagne
- Federal Ministry of Health (BMG), Allemagne
- Ministry of Health (MoH), Chypre
- Ministry of Social Affairs, Estonie
- Ministry of Social Affairs and Health (STM), Finlande
- National Association "Diabetes, Prediabetes and metabolic Syndrome" (NADPMS), Bulgarie
- National Institute of Public Health (NIPH), Roumanie
- Public Health Agency of Sweden (PHA), Suède
- The Food Safety Promotion Board (safefood), Irlande
- The National Board of Health and Welfare (NBHW), Suède
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO Europe), Danemark



info@janpa.eu | www.janpa.eu

 [janpaeu](https://twitter.com/janpaeu) |  [janpa](https://facebook.com/janpa)