

N° 2502

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 décembre 2019.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX OUTRE-MER
sur **le sport et la santé** dans les outre-mer

PAR

MME MAUD PETIT ET M. JEAN-PHILIPPE NILOR

Députés

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : LA SURCHARGE PONDÉRALE EST UN PHENOMENE MONDIAL EN EXPANSION	9
I. UNE PANDEMIE QUI NE TOUCHE PAS TOUS LES PAYS DE LA MEME MANIERE	9
A. UN CONSTAT ACCABLANT ET TROP MECONNU	9
1. Quelques définitions	9
2. Une pandémie mondiale	10
3. Un mouvement d'acceptation du surpoids.....	14
4. La France n'est pas épargnée	15
5. Les populations les plus défavorisées sont les plus atteintes.....	15
B. LE FARDEAU ECONOMIQUE DU SURPOIDS	16
1. Les études internationales sont unanimes	16
2. Le surcoût global de de la surcharge pondérale est colossal	17
3. L'étude de 2016 de la Direction du Trésor	18
II. LES OUTRE-MER PARTICULIEREMENT CONCERNÉS PAR LE SURPOIDS	20
A. LE BARODOM REALISE EN 2014	20
1. Une étude qu'il convient de manier avec précautions	20
2. Une surcharge pondérale plus importante dans les DOM	20
3. Une espérance de vie légèrement inférieure dans les outre-mer.....	21
B. L'ETUDE KANNARI SUR LA GUADELOUPE ET LA MARTINIQUE	22
1. Une forte progression du surpoids et de l'obésité en 10 ans.....	22
2. Les femmes sont plus touchées que les hommes par l'obésité	24
3. Un gain moyen de plus de 2 cm de tour de taille en 10 ans.....	24
4. Beaucoup de personnes en mauvaise santé sont dans le déni.....	25

C. LE CAS SPECIFIQUE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE	26
1. Une situation préoccupante qui continue à se dégrader.....	26
2. Un mode de vie et des habitudes qui favorisent le surpoids	26
3. La vente de produits alimentaires malsains dans les écoles	27
4. La controverse autour de la subvention accordée à certains produits.....	28
5. La fermeture de la « maison des diabétiques » de Papeete.....	28
D. QUELQUES DONNEES SUR D'AUTRES COLLECTIVITES	29
1. La Nouvelle-Calédonie	29
2. Mayotte	29
3. La Réunion.....	30

DEUXIEME PARTIE : DES CAUSES MULTIPLES QUI CONSTITUENT L'UNE DES PREMIERES CAUSE DE MORTALITE

I. LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE DE LA SURCHARGE PONDERALE	33
A. L'HYPERTENSION ARTERIELLE	33
1. Une plus grande prévalence chez les populations défavorisées.....	33
2. La surcharge pondérale, facteur d'hypertension artérielle.....	34
B. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL.....	34
C. LE DIABÈTE	35
1. Des taux de prévalence très élevés dans les outre-mer	35
2. Une possible différenciation ethnique	36
D. LES CANCERS	39
1. Les cancers sont de plus en plus associés à l'obésité.....	39
2. Le foie peut aussi être endommagé.....	40
II. UNE VARIETE DE CAUSES A CES PHENOMENES	41
A. UNE TROP GRANDE SEDENTARITE	41
1. Une évolution sur une seule génération	41
2. La sédentarité, premier facteur de mortalité	42
3. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé.....	45
B. UNE MODIFICATION DES HABITUDES ALIMENTAIRES.....	46
1. La disparition de l'alimentation insulaire traditionnelle.....	46
2. Un nutriscore inexistant et des conditionnements record	47
3. Les avancées de la loi Lurel sur le sucre dans les aliments	48
4. Cette loi est-elle réellement respectée ?.....	49
5. À Mayotte : le casse-tête de la restauration scolaire.....	50

C. LE FACTEUR CULTUREL : « <i>BIEN MANGER, C'EST MANGER BEAUCOUP</i> »	50
1. La pratique des « cures d'engraissement »	50
2. Des interprétations diverses	51
D. UN FACTEUR GÉNÉTIQUE ?	51
1. Des connaissances incomplètes et des théories séduisantes	52
2. La plus grande prudence s'impose.....	52
E. LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES A LA REUNION.....	53
1. Le développement de la restauration rapide	53
2. Une consommation excessive de corps gras.....	54
3. Les féculents beaucoup plus consommés que les fruits et légumes.....	54
TROISIEME PARTIE : DÉVELOPPER LE SPORT POUR ENTREtenir SA SANTÉ	56
I. DE NOMBREUX PLANS VISANT A DEVELOPPER L'ACTIVITE PHYSIQUE ONT ETE MIS EN ŒUVRE EN FRANCE ET A L'ETRANGER	56
A. LES DIFFERENTS PLANS MIS EN ŒUVRE EN FRANCE	56
1. Le Plan national nutrition santé (PNNS) 2011–2015	57
2. Le Plan obésité (PO) 2010-2013.....	57
3. Le Plan cancer 2009-2013	58
4. Le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015)	59
5. La « Stratégie nationale sport santé 2019-2024 »	59
B. QUELQUES EXPERIENCES MENEES A L'ETRANGER	60
1. Un programme orienté vers les séniors aux États-Unis	60
2. Le programme PAPRICA, en Suisse (2012)	60
3. Le programme « <i>Suède en mouvement</i> » (2001).....	60
4. Le programme « <i>Let's Get Moving</i> », en Angleterre	61
5. Le « <i>Green Prescription Program</i> » en Nouvelle Zélande.....	61
II. L'EVOLUTION DE LA LEGISLATION ET L'INFORMATION DU PUBLIC	61
A. L'AVANCEE PERMISE PAR LA LOI DE 2016	61
1. Depuis 2016, la loi permet la prescription du « sport sur ordonnance »	61
2. Les précisions apportées par le décret du 30 décembre 2016.....	62

B. LES CAMPAGNES D'INFORMATION	62
1. Un guide de bonnes pratiques publié Haute autorité de santé (HAS).....	63
2. Les définitions précises de la HAS	63
3. Un acteur essentiel : Santé publique France	64
4. La campagne d'information « Manger-Bouger »	64
III. LES FREINS ET LES INCITATIONS AUX ACTIVITES PHYSIQUES	65
A. LES DIFFICULTES LIEES A LA PRATIQUE SPORTIVE OUTRE-MER	65
1. L'aspect financier de la pratique sportive.....	66
2. Un déficit d'équipements sportifs dans les outre-mer	66
3. Un manque flagrant de piscines dans les outre-mer	67
4. Une offre inégalement répartie à La Réunion.....	68
5. Le plan Kanner de modernisation des équipements outre-mer.....	69
6. Sensibiliser les praticiens ultra-marins	69
B. LA SITUATION EN POLYNESIE FRANÇAISE	70
1. Le programme Maitai (« aller bien »).....	70
2. Le programme « administration active »	70
C. DES EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES	71
1. Le réseau national des « villes sport-santé sur ordonnance »	71
2. Les projets mis en place à la Martinique	72
3. Les « Parcours sportifs de santé sécurité » de la Guadeloupe	73
4. Strasbourg ville pionnière	74
LES PRÉCONISATIONS DE LA MISSION D'INFORMATION	77
1. A l'échelle nationale	77
2. A l'échelle des outre-mer.....	797
3. Et si l'Assemblée nationale donnait l'exemple ?.....	819
EXAMEN PAR LA DÉLÉGATION	81
ANNEXES	83
LISTE DES AUDITIONS	83
HAUT COMMISSARIAT DE LA REPUBLIQUE EN POLYNESIE FRANÇAISE...	897

INTRODUCTION

Terres de champions, les outre-mer ont fourni à la France nombre de médaillés olympiques, qu'il s'agisse de judokas, d'escrimeuses, de footballeurs ou d'athlètes de toutes catégories.

Pour autant, ces champions constituent, aux dires des observateurs, « *quelques arbres qui cachent la forêt* ». Les populations y pratiquent moins d'activités physiques que dans l'hexagone ; les déplacements en voiture individuelle y sont devenus la règle, ce qui aboutit à une sédentarité particulièrement importante. Et la modification des habitudes alimentaires traditionnelles, remplacées par la restauration rapide et l'abus de sucre, de sel et de produits gras sont à mettre en parallèle avec la montée de la surcharge pondérale dans ces mêmes territoires.

Car, en même temps que les habitudes physiques et alimentaires changeaient dans les outre-mer, un autre phénomène faisait son apparition : la forte augmentation du surpoids et de l'obésité. De nos jours, en dépit – ou peut-être à cause – d'un niveau de vie encore inférieur à celui de la France hexagonale, l'obésité est beaucoup plus présente dans les outre-mer que dans le reste du pays.

Et ce phénomène a des conséquences sur l'état de santé des populations ultra-marines : la prévalence du diabète y est plus importante, l'hypertension artérielle aussi. L'espérance de vie reste encore sensiblement inférieure dans les outre-mer à la moyenne nationale, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes.

Dans une étude d'avril 2018, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé s'intéresse à la perception qu'ont les ultramarins de leur santé. Il ressort de cette étude, que 61 % des personnes interrogées entre 15 et 75 ans en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique et à la Réunion considèrent que leur état de santé est bon ou très bon contre 69 % en moyenne nationale. Plus globalement, dans les outre-mer, les intéressés, et particulièrement les femmes, déclarent se sentir en moins bonne santé que dans l'hexagone. Cette perception est largement, déterminée par des facteurs socio-économiques comme la situation financière, le diplôme ou la situation professionnelle sur cette perception.

Face à ce constat, les voix qui s'élèvent pour demander une modification des habitudes de vie et une promotion de l'activité physique ne sont pas si nombreuses. Pourtant, les lignes commencent à bouger : la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 « *de modernisation de notre système de santé* » permet désormais aux praticiens de prescrire l'activité sportive sur ordonnance. L'article L. 1172-1

du code de santé publique, dispose dorénavant que « *dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* ».

Certains s'en sont emparés, aussi bien dans l'hexagone (Strasbourg semble pionnière sur ce plan) que dans les outre-mer. Mais encore trop de médecins négligent cette thérapie non médicamenteuse.

Par ailleurs, le coût de certains sports, le sous-équipement relatif en infrastructures sportives en outre-mer, l'évolution des mentalités et les réticences à exhiber un corps obèse sont autant de freins qui ne favorisent pas la pratique de l'activité physique.

Pour toutes ces raisons, la Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale a décidé de se saisir de ce sujet en créant une mission d'information animée par deux corapporteurs qui ont procédé à 16 auditions à l'Assemblée nationale et ont entendu, en direct ou par audioconférences, plus de 30 personnes. La Polynésie étant probablement l'un des territoires les plus atteints par le phénomène de surpoids, la mission s'y est rendue en juillet 2019 pour mener un grand nombre d'auditions et recueillir des témoignages.

Le rapport qui résulte de ces travaux nous concerne tous, car les problèmes de santé liés à la sédentarité et aux habitudes alimentaires parlent à chacun. Les rapporteurs espèrent qu'il convaincra le maximum de lecteurs de l'utilité de se livrer à une activité physique régulière.

PREMIERE PARTIE : LA SURCHARGE PONDÉRALE EST UN PHÉNOMÈNE MONDIAL EN EXPANSION

La surcharge pondérale est un phénomène qui est apparu essentiellement au cours de la seconde moitié du vingtième siècle. Cette période a connu une mutation sans précédent des modes de vie : tertiarisation de la société, utilisation massive de l'automobile, etc. qui ont favorisé la sédentarisation de la population.

Le développement des grandes surfaces et de l'industrie agro-alimentaire ont achevé de modifier les habitudes alimentaires et de remplacer les plats cuisinés à la maison par des produits achetés déjà préparés. En fonction de leur niveau de développement, la plupart des régions du monde ont suivi ce processus à leur rythme. De nos jours, à l'exception des zones où le niveau de vie est le plus faible, principalement en Afrique, la quasi-totalité des pays sont touchés.

Les outre-mer français n'échappent pas à la règle et ont connu une forte expansion du phénomène de surcharge pondérale au cours des deux premières décennies du vingt-et-unième siècle. Ils ont hélas dépassé l'hexagone depuis quelques années.

I. UNE PANDÉMIE QUI NE TOUCHE PAS TOUS LES PAYS DE LA MÊME MANIÈRE

Tous les pays ne sont pas touchés de la même manière par le phénomène : le niveau de développement ainsi que les habitudes alimentaires et culturelles expliquent certaines différences. En revanche, le surpoids, qui ne concernait il y a quelques décennies que les pays occidentaux riches, couvre maintenant la quasi-totalité de la planète.

A. UN CONSTAT ACCABLANT ET TROP MÉCONNU

1. Quelques définitions

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». Désormais reconnus comme étant un problème majeur de santé publique, ils sont mesurés grâce à des critères internationalement reconnus :

- chez les adultes de 18 ans et plus, le surpoids et l'obésité sont mesurés par le calcul de l'Indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$). Cet indicateur

permet d'estimer la corpulence d'un individu. L'expression « *surcharge pondérale* » regroupe surpoids et obésité.

Lorsque l'indice de masse corporelle est compris entre 25 et 30, l'individu est considéré comme étant en surpoids ; lorsque cet indice est supérieur à 30, on entre alors dans l'obésité.

L'obésité est elle-même classée en 3 sous-catégories : l'obésité modérée lorsque l'IMC est compris entre 30 et 35 ; l'obésité sévère entre 35 et 40 et l'obésité morbide au-delà de 40.

- chez les enfants jusqu'à 17 ans, l'IMC est calculé de la même façon que chez les adultes mais l'âge et le sexe de l'enfant entrent en jeu. Il existe donc plusieurs seuils propres à chaque âge, chez les filles et les garçons, définis par l'*International Obesity Task Force – IOTF* (Cole et al. 2000).

Le caractère international de l'Indice de masse corporelle ne fait pas obstacle à ce que soit évoqué, en Polynésie, l'existence d'un indice IMC spécifique à l'Océanie. La mission d'information qui s'est rendue sur place peut en témoigner.

*

* *

La mesure du périmètre abdominal, plus communément appelé tour de taille, permet d'identifier, indépendamment de l'IMC, la notion d'obésité abdominale, liée au risque de développement de complications métaboliques et/ou vasculaires.

Il existe toutefois deux normes pour classer l'obésité abdominale : la première norme, édictée par l'*International Diabetes Federation*, fixe le seuil de l'obésité abdominale à 94 cm pour un homme et 80 cm pour une femme.

Le National *Cholesterol Education program Adult Treatment*, de son côté, fixe à 102 cm pour les hommes et à 88 cm pour les femmes le seuil de cette même obésité abdominale.

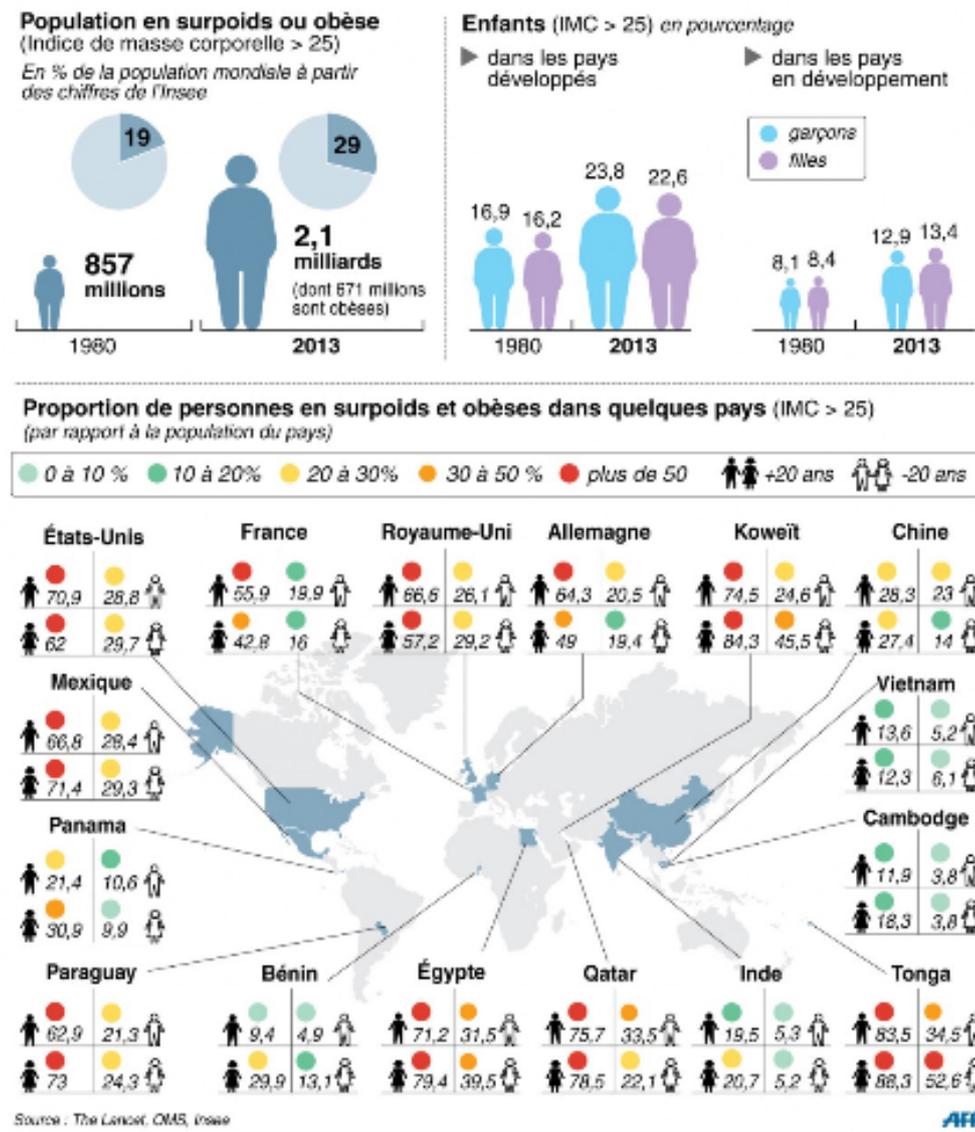
2. Une pandémie mondiale

À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes – personnes de 18 ans et plus – étaient en surpoids, ce qui représente 39 % de la population. Sur ce total, plus de 650 millions étaient obèses, soit 13 % de la population. Parallèlement, les

affections associées au surpoids comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires ne cessent de gagner du terrain.

À l'exception des pays les plus pauvres d'Afrique ou d'Asie, toutes les régions du globe sont concernées par ce phénomène qui touche toutes les tranches d'âge, tous les groupes socio-économiques et les deux sexes. Le surpoids et l'obésité représentent actuellement le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial et fait au minimum 2,8 millions de victimes chaque année.

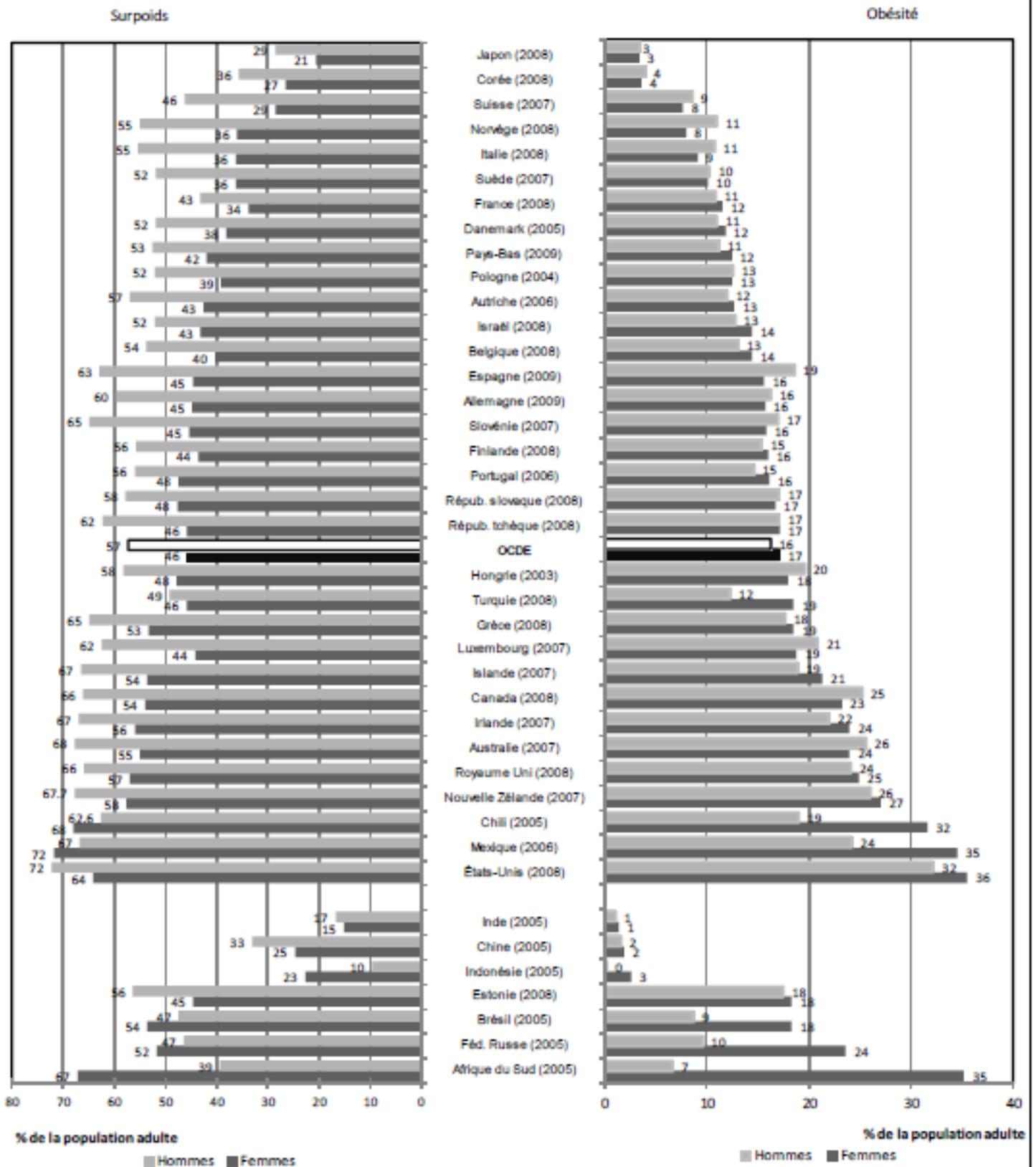
Surpoids et obésité dans le monde



Selon ses estimations, l'OMS prévoit 3,3 milliards de personnes en surpoids d'ici 2030.

La plus grande partie de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité font davantage de morts que l'insuffisance pondérale.

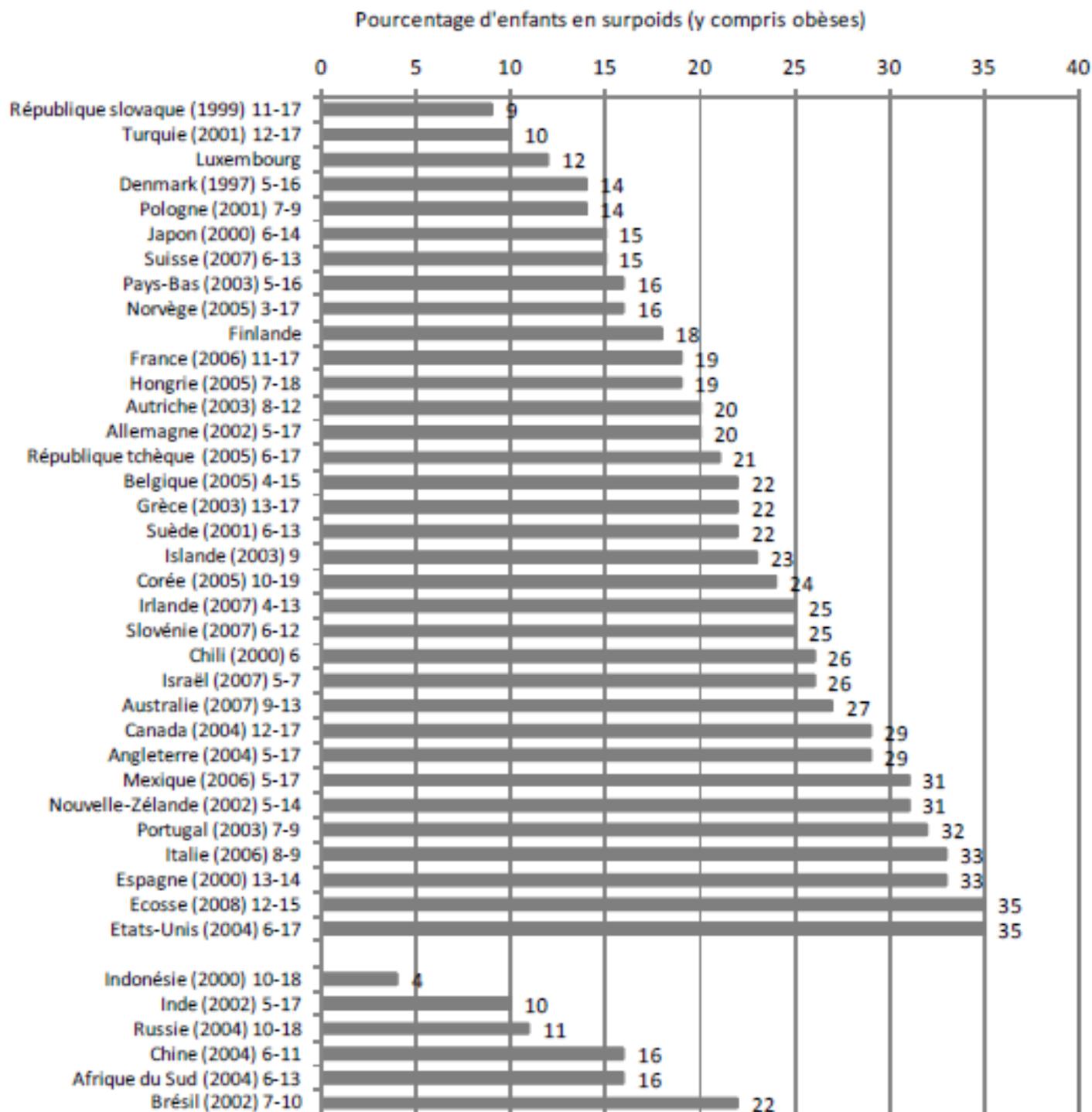
Obésité et surpoids chez les adultes dans l'OCDE et quelques pays hors OCDE



Note: Pour l'Australie, le Canada, la Corée, les États-Unis, l'Irlande, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque, la République tchèque et le Royaume-Uni, les taux reposent sur l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré et non pas déclaré par les personnes interrogées.

Source: Eco-Santé OCDE 2010, et InfoBase de l'OMS pour l'Afrique du Sud, le Brésil, le Chili, la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie.

Prévalence estimée du surpoids chez les enfants dans les pays membres de l'OCDE et les pays associés



Source : Chiffres pour la Finlande et le Luxembourg de l'enquête Health Behaviour in School Children (HBSC), 2005-2006, de l'Organisation mondiale de la Santé (enfants de 11 ans, poids et taille autodéclarés), et des enquêtes nationales disponibles les plus récentes sur les enfants, où le poids et la taille ont été mesurés.

Et l'avenir s'annonce préoccupant : en 2016, 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses et plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses.

Ces chiffres inquiétants résultent des modes de vies, trop sédentaires corrélés à une mauvaise alimentation. La stratégie mondiale est de promouvoir et de protéger la santé grâce à une alimentation saine et l'exercice physique. Les scientifiques et les médecins s'accordent à penser que le sport est un bon outil pour limiter le risque de certaines maladies (surpoids, obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, etc.)

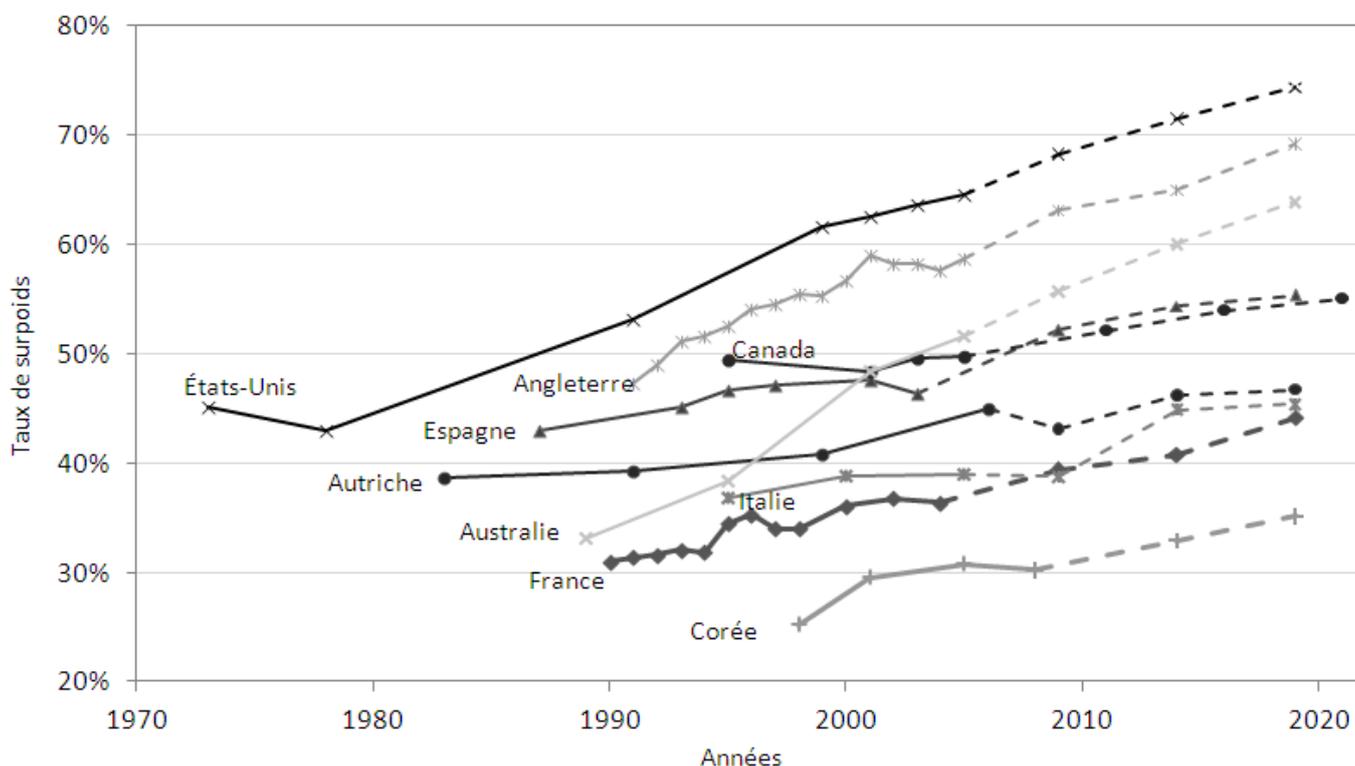
3. Un mouvement d'acceptation du surpoids

Le développement du surpoids ne devrait pas ralentir : longtemps stigmatisées, les personnes en embonpoint font désormais l'objet de toutes les attentions, d'une part parce que, pour des raisons philosophiques, la discrimination dont ils ont pu faire l'objet est justement combattue ; mais aussi, d'autre part, parce que pour des raisons matérielles, ces personnes représentent un marché.

Le développement de magasins spécialisés pour personnes « rondes » ainsi que la « body attitude », qui correspond à l'acceptation de son corps tel qu'il est participent d'un certain mouvement visant à décomplexer les rondeurs.

S'il est certainement sain pour l'équilibre psychique des intéressés, ce mouvement n'en constitue pas moins un frein à la pratique du sport et donc un danger pour la santé.

TAUX DE SURPOIDS PASSÉS ET PROJECTIONS DANS QUELQUES PAYS DE L'OCDE



Source : OCDE

4. La France n'est pas épargnée

Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, les chercheurs considèrent que plus de la moitié des adultes de notre pays sont actuellement en surpoids, un adulte sur six étant obèse.

En France, 6,5 millions de personnes sont considérées comme obèses, ce qui représente 14,5 % de la population adulte. La proportion des personnes obèses est passée de 8,5 % à 14,5 % en à peine douze ans, entre 1997 et 2009.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité est observée dans toutes les tranches d'âge de la population, y compris les seniors. Cependant, celle-ci semble plus importante chez les femmes (15,1%) que chez les hommes (13,9 %).

Les dernières évolutions, fondées sur des données de poids et de taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti.

En 2012-2013, 11,9 % des élèves des classes de grande section de maternelle étaient en surpoids et 3,5 % obèses.

L'inquiétude vient en particulier des enfants : en 2014-2015, 18,1 % des élèves scolarisés en CM2 étaient en surpoids et 3,6 % étaient obèses.

Pour mémoire, en 2008-2009, 17,6 % des élèves de 3^{ème} étaient en surpoids et 3,9 % étaient obèses.

Depuis les années 2000, ces prévalences ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes (5-6 ans). Cette stabilisation s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales.

5. Les populations les plus défavorisées sont les plus atteintes

L'Enquête nationale « surpoids et obésité des enfants de maternelle, CM2 et 3^{ème} », publiée par la DREES en 2017, met en évidence de fortes inégalités sociales selon le groupe socioprofessionnel des parents : la prévalence du surpoids et de l'obésité est toujours plus élevée parmi les enfants « d'ouvriers » que parmi ceux de « cadres ».

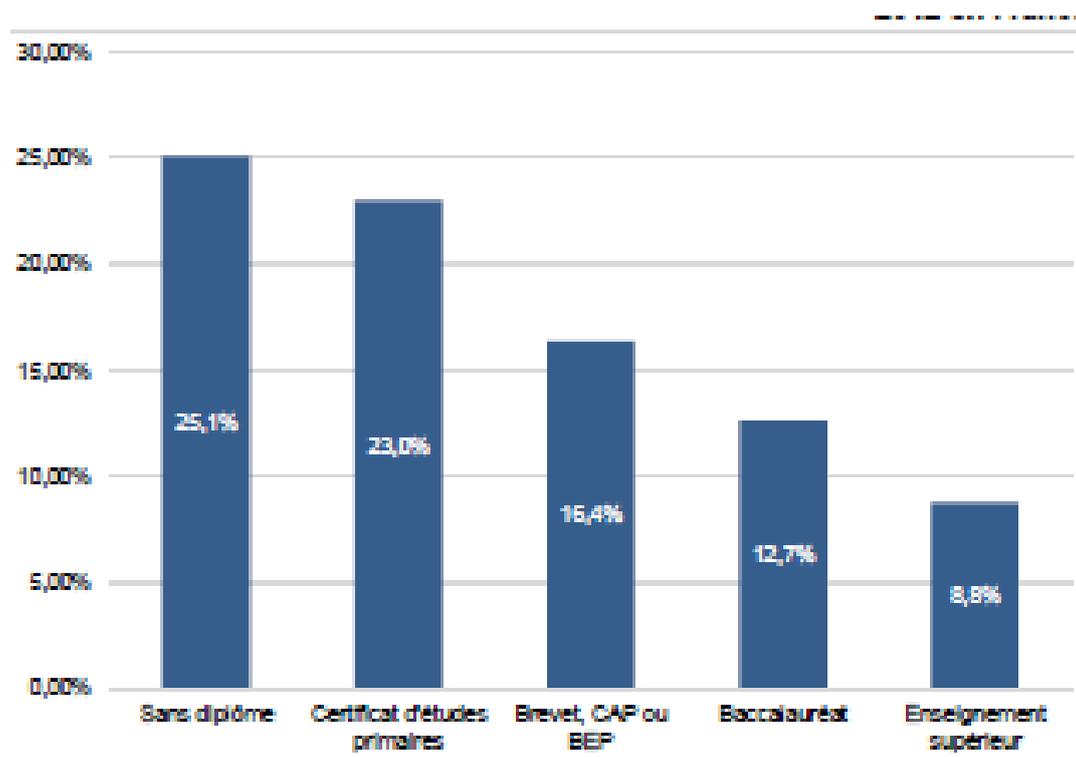
La proportion d'enfants obèses s'élève ainsi respectivement à 5,8 % (pour les ouvriers) contre 1,3 % (pour les cadres) en grande section de maternelle et à 5,5 % contre 1,4 % en CM2.

Le gradient social influe sur la persistance de l'obésité entre 6 ans et 15 ans. Ainsi, parmi les enfants qui étaient obèses à 6 ans, 19 % des enfants de cadres le sont encore à 15 ans, contre 44 % des enfants d'ouvriers et de

professions intermédiaires, 47 % des enfants d'employés, et 50 % des enfants d'agriculteurs.

Or, selon le corps médical, les 2 000 premiers jours de vie (jusqu'à 5/6 ans) sont fondamentaux : Lorsqu'un enfant entre obèse au collège, il a 9 chances sur 10 de le rester toute sa vie.

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ SELON LE NIVEAU D'ÉTUDES EN FRANCE EN 2012



Source: INSERM, Kantar Health, Roche (2012), « Obépi ».

B. LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DU SURPOIDS

Au-delà des conséquences néfastes que le surpoids et l'obésité entraînent sur la santé des individus, de nombreuses études mettent en évidence le coût financier de ce phénomène pour la société.

1. Les études internationales sont unanimes

La grande majorité des chercheurs constatent que le surpoids et l'obésité entraînent des coûts directs et indirects majeurs. « *Le fardeau économique de l'obésité et de l'embonpoint* », publié en 2013 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), présente les résultats d'études, principalement nord-américaines et anglo-saxonnes qui mettent en évidence ce coût. On y apprend, par exemple, que l'obésité a coûté 630,1 millions de dollars au système de santé de l'Alberta en 2005, ce qui équivaut à 2,8 % des coûts de soins de cet État (Moffat et collab. 2010).

Selon les pays, l'obésité générerait des coûts additionnels de soins de santé variant de 1,5 % (au Royaume-Uni) à 7 % (aux États-Unis) des coûts médicaux annuels. Les coûts absolus, eux, ils varient de 135 millions de dollars néo-zélandais en Nouvelle Zélande à 70 milliards de dollars pour les États- Unis.

Nous observons d'importantes variations quant aux résultats des études, étant donné la grande hétérogénéité des devis de recherche. À titre d'exemple, en comparant les coûts de soins de santé annuels pour un individu obèse à ceux d'un individu avec un poids normal, on constate des coûts supplémentaires qui varient entre 14,7 % pour les hommes en Ontario (*Janssen et collab. 2009*) et 54 % pour une femme en Australie (*Reidpath et collab. 2002*).

Certaines études transversales se sont attachées à calculer le surcoût annuel généré par l'obésité par individu. Ce surcoût varie entre 252 dollars aux États-Unis (*Raebel et collab. 2004*) et 3261 dollars en Corée du sud (*Kang et collab. 2011*). D'autres études estiment que les coûts additionnels par personne associés à l'obésité varient entre 506 dollars par an (*Bungum et collab. 2003*) et 6 118 dollars selon les cas (*Daviglus et collab. 2004*).

Les chercheurs qui ont multiplié le coût annuel de l'obésité par l'espérance de vie ont abouti à des résultats qui mettent en évidence des surcoûts totaux variant de 15 000 à 46 000 dollars par individu obèse.

Des différences entre les sexes ont également été mises en évidence. Pour les femmes, l'embonpoint et l'obésité augmentent de façon significative le risque d'absentéisme alors que pour les hommes, cette relation statistique se confirme seulement dans le cas des individus obèses de classe II et III. Une étude portant sur plus de 10 000 travailleurs américains (*Goetzel et al. 2010*) a mesuré une différence significative quant à l'absentéisme chez les obèses, mais pas chez les individus en simple surpoids.

2. Le surcoût global de de la surcharge pondérale est colossal

Le surpoids, et en particulier l'obésité, génèrent des conséquences économiques très négatives en termes d'absentéisme, d'invalidité, de mortalité prématurée et de réduction de la productivité au travail

L'étude Moffat et collab. (2011) a calculé que le coût de l'invalidité lié au surpoids causait à l'État de l'Alberta une perte de productivité annuelle équivalente à plus de 200 millions de dollars tandis que l'impact annuel de la mortalité prématurée était estimé à 370 millions de dollars.

Aux États-Unis, la réduction de productivité au travail qu'entraîne l'obésité génère un manque à gagner de 31 milliards de dollars par an (*Finkelstein et al. 2010*). Au Québec, les coûts combinés de l'absentéisme, de l'invalidité et de la mortalité prématurée qu'entraînent le surpoids et l'obésité atteindraient 800 millions de dollars par an (*Coleman et collab. 2000*).

RÉSULTATS DES ESTIMATIONS DE COÛTS DIRECTS BASÉS SUR DES ÉTUDES DE MODÉLISATION, PAR CONTINENT, PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE DÉCROISSANT

Pays ou territoires	Études	Coûts relatifs	Coûts absolus
Europe			
France	Lévy et collab., 1995	2 % des coûts de soins de santé	1,1 milliard \$
Royaume- Uni	Scarborough et collab., 2011		5,1 milliards £
Suède	Odegaard et collab., 2008	1,9 % des coûts de soins de santé	390 millions €
Royaume - Uni	Allender et collab., 2007	4,6 % des coûts du NHS	3,23 milliards £
Suisse	Schmid et collab., 2005	2,3-3,5 % des coûts de soins de santé	
Allemagne	Konnopka et collab., 2011	2,1 % des coûts de soins de santé	
Royaume-Uni	Commons, 2004	2,3-2,6 % des coûts de soins de santé	990-1,225 million £
Amérique			
Ontario	Katzmarzyk, 2011		1,6 milliard \$
Canada	ASCP, 2011		1,98 milliard \$
Brésil	Bahia et collab., 2012		200 millions \$
Canada	Anis et collab., 2010	4,1 % des coûts de soins de santé	6 milliards \$
Alberta	Moffat et collab., 2011	2,8 % des coûts de soins de santé	630,1 millions \$
Brésil	Sichieri et collab., 2007	5,83 % f/3,02 % h des coûts de soins de santé	
Ontario	Katzmarzyk et collab., 2004	2,2 % des coûts de soins de santé	
Californie	Chenoweth, 2005		6,38 milliards \$
Québec	Coleman et collab., 2000	5,8 % du budget de santé de la province	700 millions \$
Colombie-Britannique	Coleman, 2001	4,5 % du budget de santé de la province	380 millions \$
Canada	Birmingham <i>et al.</i> 1999	2,4 % des coûts de soins de santé	1,8 milliard \$
États-Unis	Colditz, 1999	7 % des coûts de soins de santé	70 milliards \$
États-Unis	Wolf et collab., 1994		45,6 milliards \$
Australie	Segal et collab., 1994	2 % des coûts de soins de santé	
États-Unis	Colditz, 1992	5,5 % des coûts de soins de santé	39 milliards \$
États-Unis	Oster et collab., 2000		345,9 millions \$ par million d'assurés
Asie-Pacifique			
Corée	Kang et collab., 2011		1,1 milliard \$
Chine	Zhao et collab., 2008	3,7 % des coûts de soins de santé	2,74 milliards \$
Hong Kong	Ko, 2008	8,2-9,8 % des coûts de soins de santé	430 millions \$
Taiwan	Fu et collab., 2008	2,9 % des coûts de soins de santé	135 million \$
N-Zélande	Swinburn et collab., 1997	2,5 % des coûts de soins de santé	
Corée	Kang et collab., 2011		1,1 milliard \$
Chine	Zhao et collab., 2008	3,7 % des coûts de soins de santé	2,74 milliards \$
Hong Kong	Ko, 2008	8,2 - 9,8 % du coût des soins de santé	430 millions \$
Taiwan	Fu et collab., 2008	2,9 % des coûts de soins de santé	
N-Zélande	Swinburn et collab., 1997	2,5 % des coûts de soins de santé	135 million \$NZ
Australie	Segal et collab. 1994	2 % des coûts de soins de santé	

Source : *Le fardeau économique de l'obésité et de l'embonpoint. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) août 2013.*

3. L'étude de 2016 de la Direction du Trésor

La lettre n° 179 de la Direction générale du Trésor publiée en septembre 2016 met en évidence une série de coûts pour la collectivité que l'obésité induit. « Si les plus évidents sont ceux liés aux dépenses de santé, l'obésité provoque aussi des pertes de production au niveau national, en excluant certaines personnes du marché du travail, ou en créant de l'absentéisme pour raisons

médicales. Cependant, l'obésité peut aussi induire des moindres dépenses pour les systèmes de retraite puisque les personnes obèses meurent en moyenne plus jeunes, réduisant ainsi le coût des pensions versées par la sécurité sociale ».

En utilisant un modèle mathématique assez complexe, l'économiste Daniel Caby parvient à déterminer que *« le surcoût pour l'assurance maladie est (...) de 296 euros par an pour un individu obèse et 128 euros pour un individu en surpoids ».*

Selon le chercheur, *« le coût social de l'obésité et du surpoids atteindrait 20,4 milliards d'euros en 2012. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) chiffrait ce coût entre 4,2 et 6,2 milliards d'euros pour l'année 2002 (sur le champ des remboursements de soins de l'assurance maladie et des indemnités journalières). La dernière actualisation de ce chiffrage, menée par l'inspection générale des finances (IGF) en 2008 concluait à un coût – minoré du fait de la sous-estimation des dépenses hospitalières – compris entre 8,1 milliards d'euros et 10,3 milliards d'euros en 2006. Sur ce même champ, selon nos estimations, ce coût serait de 13,4 milliards d'euros en 2012 ce qui semble donc cohérent avec les travaux antérieurs ».*

Toutefois, une comparaison des coûts met en lumière le caractère plus onéreux de l'alcoolisme et du tabagisme par rapport à l'obésité ou au surpoids : *« le coût par fumeur est entre 2 et 3 fois supérieur à celui par personne en excès de poids et celui par personne alcoolique près de 5 fois supérieur ».*

II. LES OUTRE-MER PARTICULIÈREMENT CONCERNÉS PAR LE SURPOIDS

Plusieurs études ont été menées par Santé Publique France dans les outre-mer, essentiellement dans les départements, les collectivités comme la Polynésie ou la Nouvelle-Calédonie ayant leurs compétences propres en la matière.

Après les enquêtes Escal (2003) et Podium (2008) aux Antilles, le Barodom (déclarative) réalisé en 2014 dans l'ensemble des départements hors Mayotte et l'enquête Kannari réalisée à nouveau aux Antilles en 2017, une nouvelle étude de type Barodom est attendue pour 2020.

A. LE BARODOM RÉALISÉ EN 2014

1. Une étude qu'il convient de manier avec précautions

Cette étude réalisée en 2014 par téléphone présente l'inconvénient d'être basée sur des données déclarées par les personnes interrogées. Elle présente donc un biais dans la mesure où il est établi que les intéressés ont tendance à sous-évaluer leur poids et à surestimer leur taille. En conséquence, beaucoup de personnes en surpoids sont dans le déni de leur état.

2. Une surcharge pondérale plus importante dans les DOM

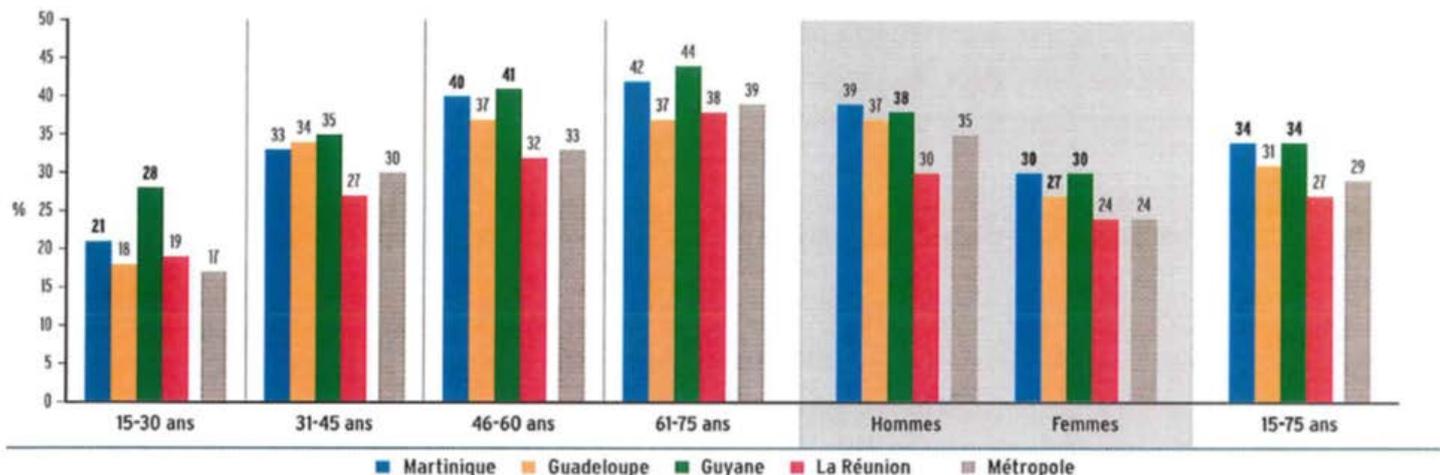
Pour autant, l'étude réalisée sur quatre départements sur cinq (Mayotte sera incluse dans le prochain Barodom dont la réalisation est prévue en 2020) met en évidence un phénomène généralisé de surcharge pondérale. Dans trois départements au moins (Martinique, Guadeloupe et Guyane) le taux de surpoids est supérieur à celui de la moyenne nationale qu'il s'agisse des hommes comme des femmes : 31 à 34 % contre 29 % dans l'Hexagone. Seule La Réunion semble échapper à ce phénomène, avec « seulement » 27 % d'habitants en surpoids.

Le taux d'obésité chez les hommes semble plus proche de celui de la métropole (11 à 12 %), sauf pour la Réunion (8,3 %). En revanche, il est partout plus élevé chez les femmes : 14 % à La Réunion, 21 % à 23 % dans les trois autres départements contre 12 % dans l'hexagone. En conséquence de quoi, le taux d'obésité tous sexes confondus reste largement supérieur dans les départements ultra-marins à celui enregistré en moyenne nationale.

Toujours selon cette étude, en moyenne nationale 71 % des hommes et 68 % des femmes de 15 à 75 ans se considèrent comme étant en bonne santé ; ces chiffres ne s'élèvent plus, respectivement, qu'à 61 % et 52 % à la Martinique et à 66 % et 53 % à la Guadeloupe, laissant apparaître un écart important entre l'hexagone et les outre-mer.

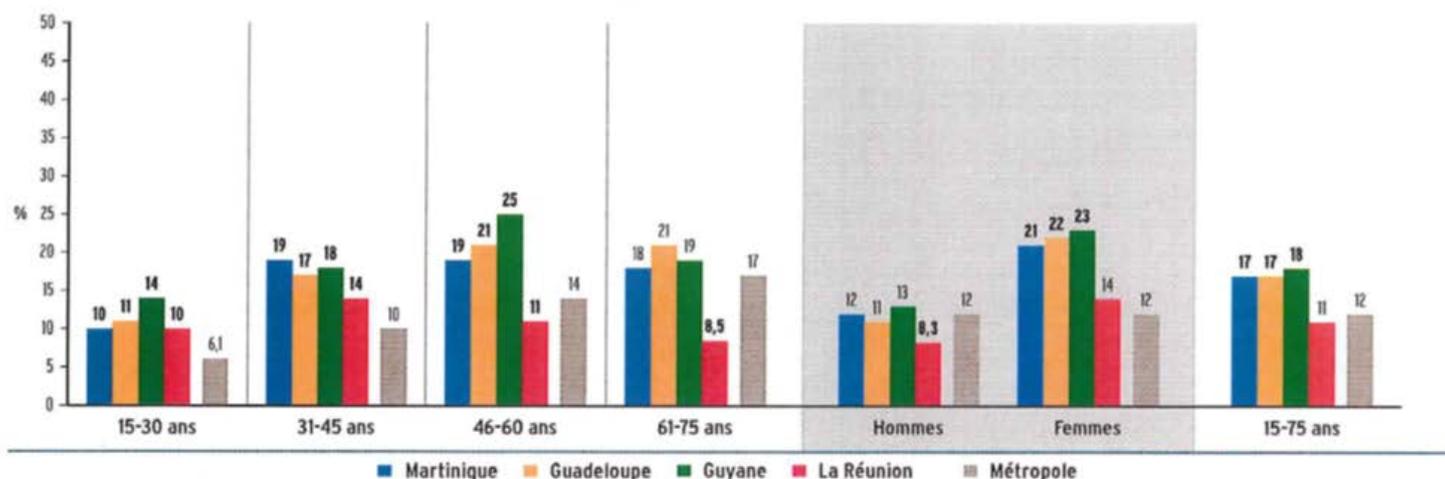
CORPULENCE

Surpoids : indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 kg/m²



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

Obésité : indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

3. Une espérance de vie légèrement inférieure dans les outre-mer

Au total, l'espérance de vie qui s'élève dans l'hexagone à 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes n'est pas aussi élevée dans les outre-mer, sauf à la Martinique. En Guadeloupe, ces chiffres s'élèvent respectivement à 77 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes, à 76 ans et 82 ans en Guyane et à 74 ans et 80 ans dans les collectivités du Pacifique.

B. L'ETUDE KANNARI SUR LA GUADELOUPE ET LA MARTINIQUE

L'un des objectifs de l'enquête Kannari menée en 2016-2017 était de décrire les évolutions de l'état de santé des populations martiniquaises et guadeloupéennes en termes de surpoids, d'obésité et autres pathologies d'intérêt telles que l'hypertension artérielle, le diabète ou l'hypercholestérolémie.

En 2003, l'enquête Escal avait mis en évidence le fait que plus de la moitié de la population adulte martiniquaise était en surpoids ou obèse : 33 % des adultes (16 ans et plus) étaient en surpoids et 20 % étaient obèses, soit un adulte sur cinq. Chez les enfants, les chiffres étaient tout aussi alarmants, avec près d'un quart des enfants de 3 à 15 ans présentant une surcharge pondérale, dont 8 % étaient obèses. Ces données ont été confirmées en 2008 par l'enquête Podium qui trouvait, en Martinique, 34 % de surpoids et 22 % d'obésité chez les personnes âgées de 15 ans et plus.

1. Une forte progression du surpoids et de l'obésité en 10 ans

L'enquête Kannari montre que 58,8 % des individus de 16 ans et plus sont en surcharge pondérale, soit une progression de 6 points depuis 2003 (53,3 %, enquête ESCAL). Le surpoids touche 31,1 % de la population alors que l'obésité concerne 27,8 % des individus (figure 1) contre 20,0 % en 2003.

Chez les enfants, 34,7 % [26,2-44,2] sont en surcharge pondérale (figure 2), soit plus d'un enfant martiniquais de 3 à 15 ans sur trois. Le surpoids concerne un quart d'entre eux et l'obésité presque un enfant sur dix ; soit une augmentation de respectivement 10 points et 2 points depuis 2003 (15,7 % et 7,9 %).

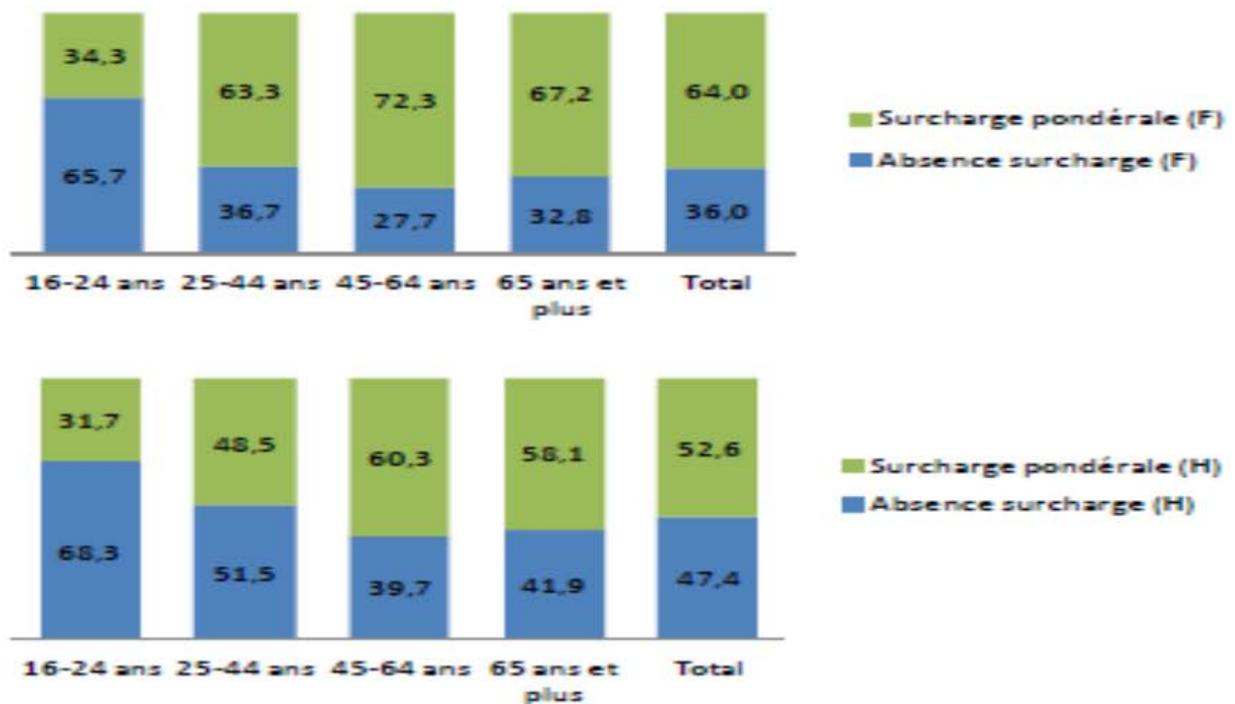
Figure 1. Prévalence de la surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans et plus (%) selon le sexe



Figure 2. Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 3 à 15 ans (%) selon le sexe



Figure 3. Prévalence de la surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans et plus (%) selon l'âge et le sexe



2. Les femmes sont plus touchées que les hommes par l'obésité

L'IMC moyen diffère significativement entre les hommes et les femmes (respectivement 26,3 et 27,8). Cependant, en considérant globalement surpoids et obésité, la prévalence de la surcharge pondérale ne diffère pas selon le sexe. La différence entre les sexes est due à l'obésité qui concerne davantage les femmes que les hommes. En effet, elle touche une femme sur trois contre un homme sur cinq, alors que ce phénomène ne concernait qu'une femme sur quatre et un homme sur sept en 2003. En termes de surcharge pondérale globale il n'existe pas de différence statistiquement significative liée à l'âge, bien que la tendance d'évolution de la surcharge pondérale apparaisse proportionnelle à l'âge jusqu'à 45-64 ans.

Chez les enfants, on note une tendance à l'obésité plus forte chez les garçons (13,6 %) que chez les filles (5,2 %) mais sans différence statistiquement significative, que ce soit selon le sexe ou l'âge.

La prévalence de la surcharge pondérale est plus élevée chez les femmes nées aux Antilles par rapport à celles nées ailleurs, chez celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat par rapport à celles ayant un diplôme équivalent ou supérieur et celles bénéficiant de minima sociaux. Concernant spécifiquement l'obésité, la prévalence est plus élevée chez les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.

Aucun facteur sociodémographique n'est ressorti concernant la surcharge pondérale et l'obésité chez les hommes.

3. Un gain moyen de plus de 2 cm de tour de taille en 10 ans

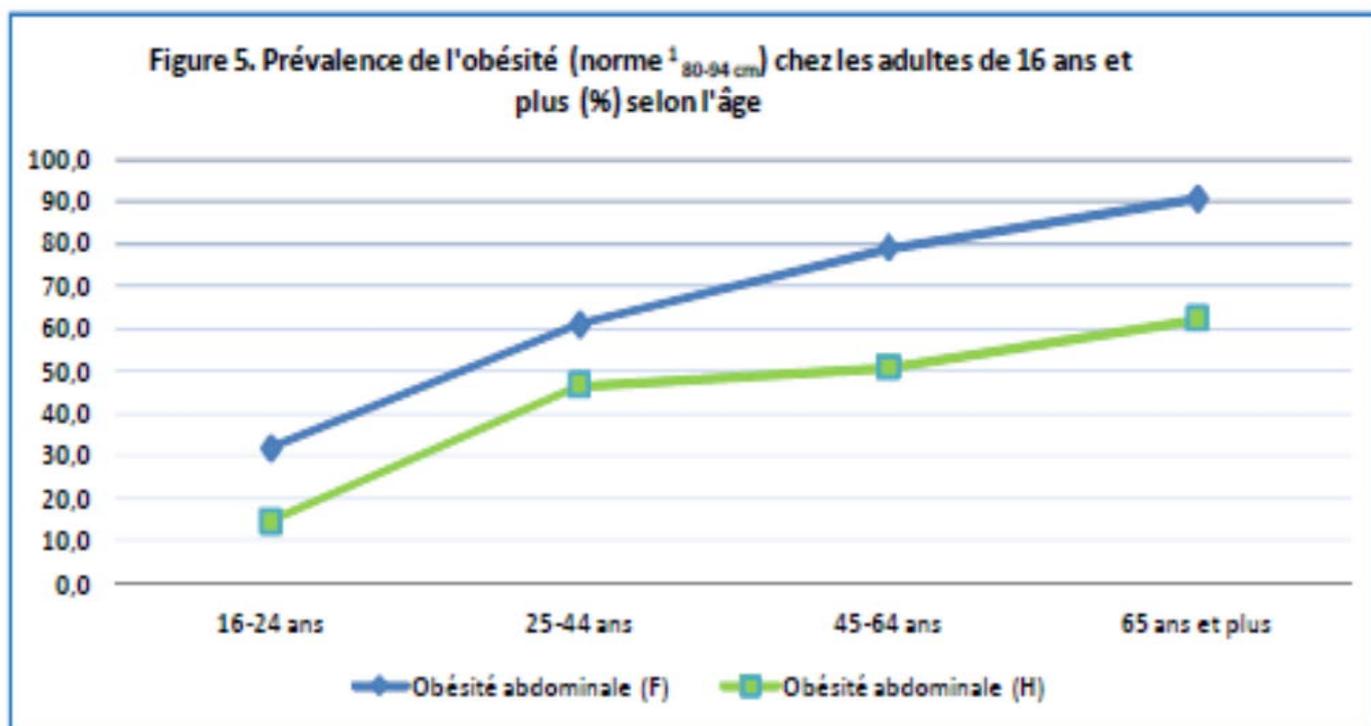
En considérant la norme 1 (80-94 cm)¹, 59,3 % des Martiniquais ont une obésité abdominale, respectivement 46,6 % chez les hommes et 69,8 % chez les femmes. En considérant la norme 2 (88-102 cm) cette prévalence est de 36,4 %, respectivement 21,9 % chez les hommes et 48,3 % chez les femmes.

Le tour de taille moyen des Martiniquais est passé de 88,0 cm en 2003 à 90,6 cm ($\pm 0,8$ cm) en 2013. Il est de 92,8 cm ($\pm 1,4$ cm) chez les hommes [+ 3,0 cm depuis 2003] et de 88,8 cm ($\pm 1,0$ cm) chez les femmes [+ 2 cm depuis 2003]. Il est à noter que 22,4 % des Martiniquais de corpulence normale (IMC<25) ont une obésité abdominale. Chez les personnes obèses, le tour de taille moyen est de 107,0 cm ($\pm 1,4$ cm), 113,3 cm ($\pm 2,1$ cm) chez les hommes [+ 4,0 cm depuis 2003] et 103,5 cm ($\pm 1,5$ cm) chez les femmes [+ 1,0 cm depuis 2003].

De même que pour la surcharge pondérale, les analyses multivariées ont été réalisées séparément selon le sexe. Après ajustement, la prévalence de l'obésité

(1) Voir la définition des normes dans la partie « définitions », dans la première du rapport.

abdominale est proportionnelle à l'âge chez les hommes et chez les femmes. Elle est de plus, comme pour la surcharge pondérale globale, plus élevée chez les femmes nées aux Antilles et celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.



4. Beaucoup de personnes en mauvaise santé sont dans le déni

Il est important de préciser que certaines de ces études, telles le Barodom, sont réalisées par téléphone sur la base des déclarations des personnes interrogées alors que les autres (Escal, Kannari) sont réalisées sur la base d'un examen médical des patients. Et entre les deux modes opératoires, les variations sont étonnantes.

C'est ainsi que, selon le Barodom 2014, 17 % des Martiniquais déclarent être obèses. Or, l'enquête Kannari (2017), basée sur l'examen médical des personnes sondées, met en évidence un taux d'obésité réel des Martiniquais de 27,7 %, soit 10,7 % d'écart ! L'écart de trois années entre les deux études ne peut expliquer une telle différence : les enquêteurs expliquent que les personnes examinées ont une nette tendance à sous-évaluer leur poids et à surévaluer leur taille.

Pour les Guadeloupéens, la différence est un peu plus faible : comme à la Martinique, seuls 17 % des habitants de l'île se reconnaissent obèses alors qu'ils sont en réalité 22,8 % à l'être (écart de 5,8 %)

C. LE CAS SPÉCIFIQUE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

La mission d'information s'est rendue du 17 au 22 juillet 2019 dans l'un des territoires ultramarins les plus concernés par l'obésité et la nécessité de pratiquer une activité physique : la Polynésie française.

1. Une situation préoccupante qui continue à se dégrader

Le constat le plus accablant a été établi par les médecins du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Papeete qui, « *placés en bout de chaîne* », ont un aperçu des ravages causés par la malnutrition, l'absence d'exercice physique et la sédentarité chez des personnes qui viennent finir leur brève existence à l'hôpital.

Pour ces médecins particulièrement méritants que notre mission a rencontrés lors de son déplacement en Polynésie, le phénomène de l'obésité n'en est qu'à ses débuts. Et pourtant, les exemples sont édifiants. C'est ainsi qu'ont été évoqués les cas d'**un enfant de 11 ans pesant 100 kg, diabétique et dialysé** et d'**un autre de 12 ans pesant 120 kg et admis en réanimation**. L'âge du diabète et de l'obésité est, en Polynésie, bien plus précoce qu'en métropole ; celui de l'entrée en dialyse aussi : 55 à 60 ans dans l'hexagone contre 40 ans en Polynésie. Et si l'espérance de vie s'est nettement améliorée au cours de ces dernières décennies, elle reste inférieure à la moyenne nationale et progresse moins vite.

La Polynésie compte aujourd'hui près de 13 000 diabétiques pour 273 000 habitants, et ce nombre augmente régulièrement. Le Conseil économique, social et culturel de Polynésie a d'ailleurs consacré un récent rapport à ce sujet (*cf. infra*). Selon un député du Parlement de Polynésie, la population serait passée en quelques années du triptyque « *chasse-pêche-cueillette* » au triptyque « *voiture-supermarché-boîte de conserve* ». Conclusion : « *Ici, nous mangeons trop salé, trop sucré, trop gras* ».

Selon plusieurs de nos interlocuteurs, le discours officiel selon lequel la situation en matière de surpoids se serait stabilisée ne correspond pas à ce qu'affirme le corps médical qui constate une dégradation de la situation en matière d'obésité et de diabète, notamment chez les adolescents.

Comme l'a indiqué à la mission d'information M. Kelly Asin-Moux, président du Conseil économique social et culturel de Polynésie, « *une génération polynésienne a été sacrifiée : il faut éduquer la suivante.* » Le gouvernement polynésien a créé un fonds de prévention destiné à financer des études liées au surpoids mais ce processus n'en est qu'à ses débuts.

2. Un mode de vie et des habitudes qui favorisent le surpoids

En Polynésie, la parentalité s'exerce plus tôt, parfois avant vingt ans, à un moment où les jeunes adultes ne sont pas toujours préparés à accueillir un

nouveau-né. Dans bien des cas, ce sont les grands-parents qui s'occupent des enfants et les nourrissent.

Dans les années 60, le surpoids était l'exception. C'est l'entrée de plain-pied dans le mode de vie occidental, notamment avec la transformation d'un monde rural en société tertiaire, qui a modifié les comportements. Les centres commerciaux et l'argent apporté par le salariat ont rendu possible une consommation de masse. On constate d'ailleurs que les îles les plus éloignées de Tahiti, les moins peuplées et les plus rurales (les Marquises ou les Tuamotu) – en clair, celles qui sont restées à l'écart du développement et du mode de vie occidental – ont des populations en meilleure santé.

Les femmes deviennent souvent obèses au moment de leur première grossesse qui leur fait prendre en moyenne une vingtaine de kilos, contre plutôt une quinzaine en Europe. Comme les crèches sont la plupart du temps privées et onéreuses, elles préfèrent ne pas travailler pour s'occuper de leur enfant, ce qui les prive de toute activité physique et les empêche de perdre leur surpoids. Quant aux **biberons au Coca ou au sirop** dont la mission a entendu parler, les médecins du CHU ont confirmé l'existence de la pratique. C'est moins cher que le lait et cela plaît aux nourrissons.

Comme l'a fait remarquer un membre du Conseil économique social et culturel, « *donner du soda à un enfant, c'est lui fournir du plaisir immédiat dans un monde où certaines familles n'ont pas beaucoup d'autres sources de plaisir* ». La précarité, c'est connu, ne favorise pas une alimentation saine.

3. La vente de produits alimentaires malsains dans les écoles

De nombreux observateurs ont regretté les facilités accordées aux vendeurs de produits alimentaires gras, sucrés ou salés installés dans des « roulottes » à proximité immédiate des établissements scolaires. La loi oblige en théorie à respecter une distance de 500 mètres entre les roulottes et les établissements scolaires. Dans la réalité, cette disposition est rarement respectée et le cas de **vendeurs installés à l'intérieur même** d'enceintes scolaires a même été rapporté. Des responsables du Haut-commissariat ont confié à la mission que les « *snacks installés à l'intérieur des écoles existaient plus que jamais* ».

La modicité des prix des produits vendus par ces camions bien visibles, un peu partout à Tahiti, a conduit certains parents à préférer donner quelques monnaies à leurs enfants pour qu'ils y prennent leur petit-déjeuner plutôt qu'à les nourrir à la maison. Or, les produits vendus ne sont généralement pas diététiques et favorisent l'obésité des enfants et adolescents.

L'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) de Polynésie a assuré à la mission d'information que ces « roulottes » étaient inspectées et que certaines communes privilégiaient celles vendant des produits

sains, éloignant les autres des écoles. Mais il n'est pas sûr que cette règle soit systématique.

Grâce à la volonté des pouvoirs publics, l'interdiction de vendre des alcools ou des cigarettes à proximité des écoles est respectée ; il doit en être de même pour les produits alimentaires néfastes pour la santé.

4. La controverse autour de la subvention accordée à certains produits

Dans un souci de favoriser l'accès aux produits alimentaires pour les Polynésiens les plus modestes et de lutter contre la vie chère, le gouvernement local subventionne depuis des années des produits alimentaires dits « de base ». La difficulté provient du choix de ces produits, très discutables selon le corps médical et les observateurs avisés.

C'est ainsi que le sucre (dont le prix originel est pourtant dérisoire), le beurre en boîte, le beurre frais avec ou sans sel, les fromages fondus, l'huile de tournesol, les margarines, la viande en boîte, les conserves de fruits sucrés sont subventionnés alors que les fruits et légumes frais ne le sont pas.

Cette liste de produits subventionnés a certes été réduite, mais certains produits sucrés qui devaient en être retirés en 2019 ne l'ont finalement pas été, ce qui selon les nutritionnistes rencontrés, est un « *coup terrible porté à la santé publique sous le poids des lobbies.* » Une taxe sur le sucre, similaire à celle existant en Nouvelle-Calédonie, devait être instaurée en juillet 2019. Mais devant les réactions des industriels, la portée de la mesure a été réduite : le niveau de taxation a été réduit et certains conditionnement, comme la vente en vrac, semblent avoir été sortis du dispositif. Lorsque la mission d'information s'est rendue en Polynésie, en juillet 2019, le dispositif relatif à cette taxe sur certains sucres restait très flou et les informations recueillies auprès d'interlocuteurs institutionnels apparaissaient contradictoires.

La mission d'information comprend le souci du gouvernement de la collectivité de soutenir l'activité économique polynésienne et de subventionner les produits fabriqués localement. Mais cela ne doit pas se faire au détriment de la santé des populations et les autorités doivent inciter les industriels locaux à améliorer la qualité diététique de leur production.

5. La fermeture de la « maison des diabétiques » de Papeete

Les médecins de l'hôpital de Papeete, ainsi que d'autres personnes auditionnées, ont profondément regretté la disparition de la « maison des diabétiques », une association loi de 1901 qui accueillait un nombre certes réduit de malades, environ 8 par semaine, mais qui menait un véritable travail qualitatif auprès de patients fragilisés et de plus en plus jeunes.

La sensibilisation au diabète est d'autant plus importante que cette maladie n'est pas visible pendant les 10 à 15 premières années d'affection, tant que les organes ne sont pas atteints. Cela conforte les patients polynésiens dans leur déni tant est répandue la croyance selon laquelle « *tant qu'on ne voit pas le mal, on n'est pas malade* ».

Des questions financières ont été avancées pour justifier la fermeture de cette structure dans laquelle la plupart des médecins exerçaient pourtant bénévolement. Certains observateurs ont avancé des raisons d'ordre plus politique.

La mission d'information, en accord avec les médecins de l'hôpital de Papeete, préconisent la réouverture de cette structure.

D. QUELQUES DONNÉES SUR D'AUTRES COLLECTIVITÉS

Compte tenu de ses moyens limités et du temps imparti, la mission d'information n'a pas pu enquêter précisément dans chaque département ou territoire ultra-marin, outre la Polynésie, mais a néanmoins obtenu des informations sur quelques-uns d'entre eux.

1. La Nouvelle-Calédonie

Le cas de la Nouvelle-Calédonie, en matière de surcharge pondérale n'échappe pas à l'épidémie mondiale d'obésité.

Selon le « baromètre santé » 2015, la prévalence de l'excès de poids est de 67,3 % dans la population, soit plus de deux Calédoniens sur trois, avec un statut pondéral très préoccupant chez les jeunes Calédoniens : l'obésité infantile est déterminante pour l'avenir, 40 à 60 % des enfants obèses à l'âge de 8 ans le restent à l'âge adulte.

D'après les chiffres de l'enquête santé orale de l'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS NC 2012-2013), 18,6 % des enfants sont en surcharge à l'âge de 6 ans, dont 7,8 % sont obèses ; 29,5 % des enfants de 9 ans sont en surcharge, dont 11,4 % sont obèses. À 12 ans, ce sont 42,7 % des enfants qui sont en surcharge dont 20 % sont obèses.

2. Mayotte

Selon santé publique France, le surpoids concernait il y a peu 72 % des femmes mahoraises et 34 % des hommes. Mais selon une étude plus récente publiée par l'Institut de recherche pour le développement (IRD)¹, ce sont

(1) *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'outre-mer. Institut de recherche pour le développement (IRD) 19 novembre 2019.*

désormais 79 % des femmes mahoraises entre 30 et 69 ans qui sont en surcharge pondérale, 47 % étant obèses.

L'hypertension artérielle atteint 44 % de la population âgée de 30 à 69 ans et le taux de prévalence du diabète s'élevait à 10,5 % en 2008 dans cette même population âgée de 30 à 69 ans.

Le nombre d'accidents vasculaires-cérébraux (AVC) y est en constante augmentation et ces accidents concernent désormais des trentenaires, ce qui était unimaginable il y a encore quelques années. De même, le nombre de cancers du sein ou de l'utérus est en forte augmentation chez les jeunes femmes en surcharge pondérale.

Mme Ramlati Ali, députée de Mayotte et médecin de profession confirme que l'obésité prend dans l'archipel des dimensions culturelles : ne pas grossir, chez une femme mariée serait suspect, voire désobligeant pour la belle-famille.

L'obésité semble s'être développée au cours des années 70 avec l'arrivée massive des sodas sucrés, des viandes grasses avec sauces et frites. L'alimentation traditionnelle issue de la pêche ou de la cueillette a été remplacée par la combinaison des viandes accompagnées de féculents. Dans le même temps, l'activité physique liée à la pêche ou à la cueillette a disparu au profit de l'arrivée des magasins ; l'usage de la voiture a achevé le mouvement de sédentarisation de la population.

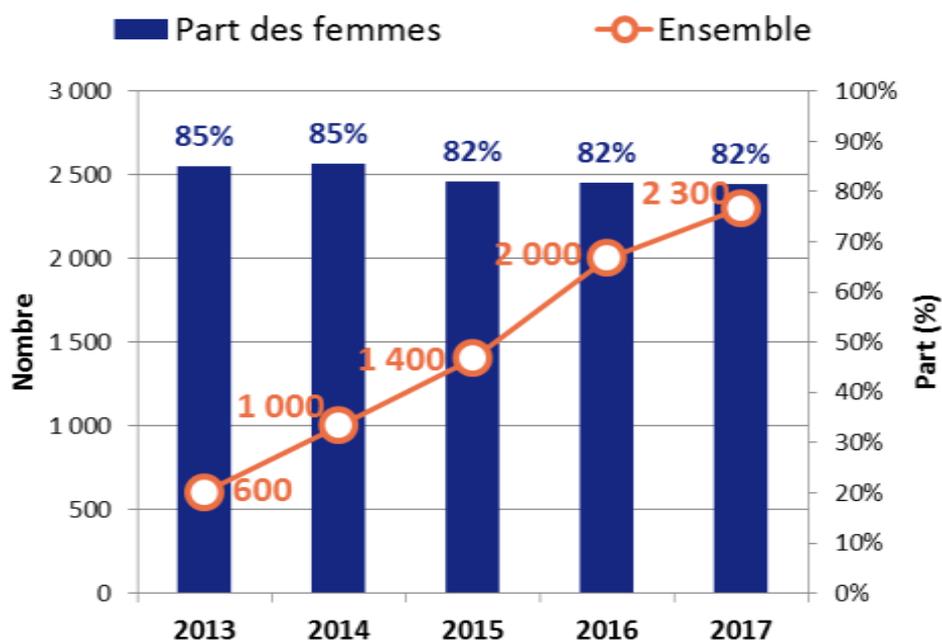
Mais ce phénomène culturel serait en train d'être dépassé par la jeune génération plus encline à pratiquer du sport et à se soucier de son corps. Les jeunes femmes notamment, semblent de plus en plus nombreuses à pratiquer des activités comme des cours de danse locales ; des programmes incitent la population à marcher 30 minutes par jour ou une heure par semaine. L'éducation nationale tente de sensibiliser les parents à travers des messages adressés aux écoliers. L'avenir dira si cette tendance parviendra à vaincre la tendance à la surcharge pondérale.

3. La Réunion

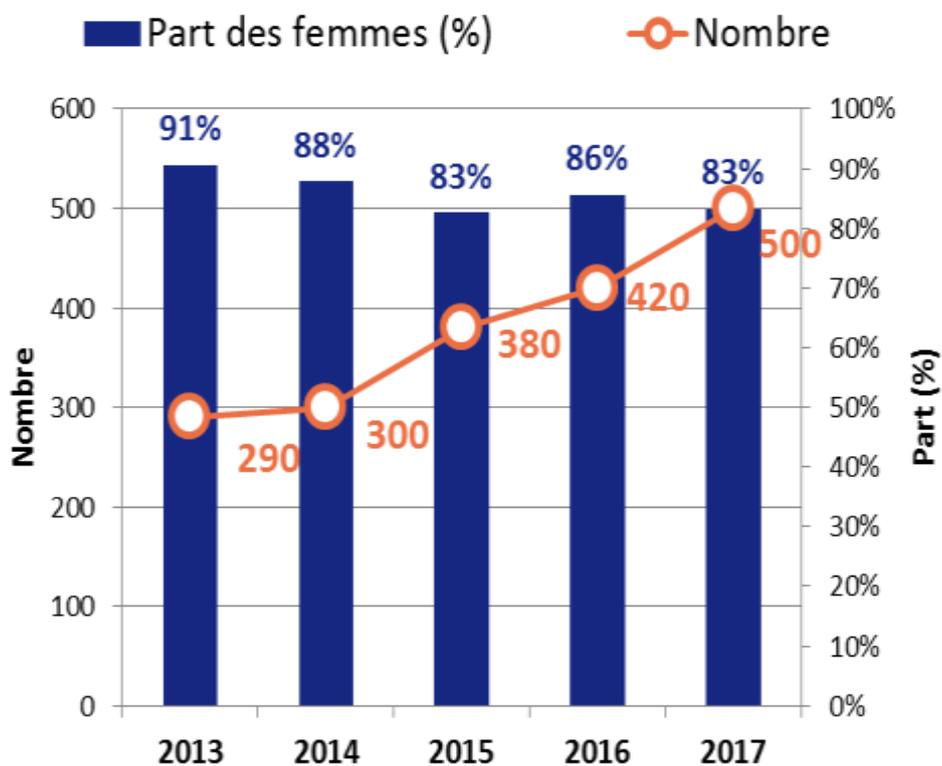
Une étude menée en 2017 par l'Observatoire régional de la santé de l'Océan Indien a mis en évidence la hausse spectaculaire des hospitalisations pour obésité et surpoids dans l'île de la Réunion : de 600 en 2013, ce chiffre a grimpé à 2 300 en 2017, ce qui représente une hausse annuelle de 30 % sur cinq ans ! La part des femmes dans ces hospitalisations est supérieure à 80 %.

L'île a connu, en 2017, 500 actes de chirurgie bariatrique, opération consistant à modifier la façon dont les aliments sont absorbés par le système digestif. Ce chiffre représente une hausse de 74 % par rapport à 2013.

HOSPITALISATIONS POUR SURPOIDS ET OBÉSITÉ À LA RÉUNION (2013-2017)



RECOURS POUR CHIRURGIE BARIATRIQUE (HORS GESTE SUR ANNEAU EN PLACE) À LA RÉUNION (2013 – 2017)



Source : PMSI – Exploitation ARS OI / ORS OI

DEUXIÈME PARTIE : DES CAUSES MULTIPLES QUI CONSTITUENT L'UNE DES PREMIÈRES CAUSE DE MORTALITÉ

La surcharge pondérale a des causes multiples : la sédentarité en est l'une des principales, avec l'arrivée massive de la voiture individuelle qui a réduit les efforts liés aux déplacements ; l'usage généralisé des ascenseurs ; des emplois devenus essentiellement tertiaires où l'on est plus souvent assis qu'en mouvement ; la multiplication des écrans que l'on consulte sans le moindre effort.

Mais les habitudes alimentaires – et surtout leurs modifications – ont aussi leur part de responsabilité. L'abus de sucres, de sels et de gras, dont l'organisme a moins besoin que par le passé, contribue largement à la prise de poids.

Au-delà des conséquences esthétiques, la surcharge pondérale entraîne l'apparition d'affections graves qui réduisent considérablement l'espérance de vie.

I. LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE DE LA SURCHARGE PONDERALE

Outre les conséquences en matière d'essoufflement et de mal-être, la surcharge pondérale constitue l'un des principaux facteurs favorisant la survenue d'affections graves telles que l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux le diabète ou certains cancers.

A. L'HYPERTENSION ARTERIELLE

L'hypertension artérielle (HTA) est la maladie chronique la plus répandue à travers le monde. Sa prévalence varie selon les régions. Selon le rapport de l'Institut de recherche pour le développement (voir supra), elle est élevée dans la plupart des outre-mer : 45 % à La Réunion, 43 % à Mayotte, 42 % à la Martinique, 39 % à la Guadeloupe contre 31 % en moyenne nationale.

1. Une plus grande prévalence chez les populations défavorisées

On trouve dans les outre-mer des niveaux inquiétants de multiples indicateurs de pauvreté : le quart de la population est sans emploi, le tiers sans diplôme et un quart de la population a recours à la couverture médicale universelle (CMU). Aux Antilles, les nombreuses enquêtes épidémiologiques réalisées ont démontré le rôle majeur que jouaient les conditions socio-économiques dans la survenue de l'HTA, à côté de facteurs de risque plus « classiques » tels que la sédentarité, la consommation de sel et l'obésité.

En l'absence de disparité socio-économique, il n'y a pas de disparité significative dans la prévalence de l'HTA. Ceci est illustré par une prévalence similaire de l'HTA au sein de travailleurs aux Antilles et en Métropole.

En revanche, la prévalence de l'HTA est 2 à 3 fois plus élevée lorsqu'on s'intéresse à une population économiquement défavorisée, comme c'est le cas chez les sujets percevant un RSA.

Mais, le concept de disparité socio-économique va bien au-delà du simple niveau de revenu et inclut des paramètres tels que la disparité géographique ou le niveau scolaire. Ainsi, la prévalence de l'HTA est 3 fois plus importante en Guadeloupe chez les personnes ayant stoppé leur scolarité au primaire, que chez celles ayant atteint ou dépassé le niveau du baccalauréat. Or, cette situation représente, par exemple, un tiers de la population générale à La Réunion.

2. La surcharge pondérale, facteur d'hypertension artérielle

Des études ont bien mis en évidence le rôle aggravant des conditions économiques défavorables. Elles ont aussi montré que, pour réduire la prévalence de l'HTA et augmenter l'efficacité du traitement, plusieurs pistes doivent être explorées simultanément : aide financière, aide au logement, accès aux travailleurs sociaux, lutte contre l'obésité et la sédentarité.

La présence d'une obésité multiplie par 2,5 la prévalence de l'hypertension artérielle. Or, cette obésité est présente en outre-mer avec une forte prévalence.

PREVALENCE DE L'HTA EN FONCTION DU STATUT PONDERAL (ÉTUDE PODIUM 2008)

	IMC < 25	25 < IMC < 30	30 < IMC < 35
Guadeloupe	18,6 %	31,1 %	45,9 %
Martinique	15,8 %	30,2 %	38,4 %
Guyane	9,0 %	19,7 %	38,4 %
Polynésie	9,6 %	21,1 %	35,4 %
Saint-Martin	17,0 %	31,0 %	39,0 %

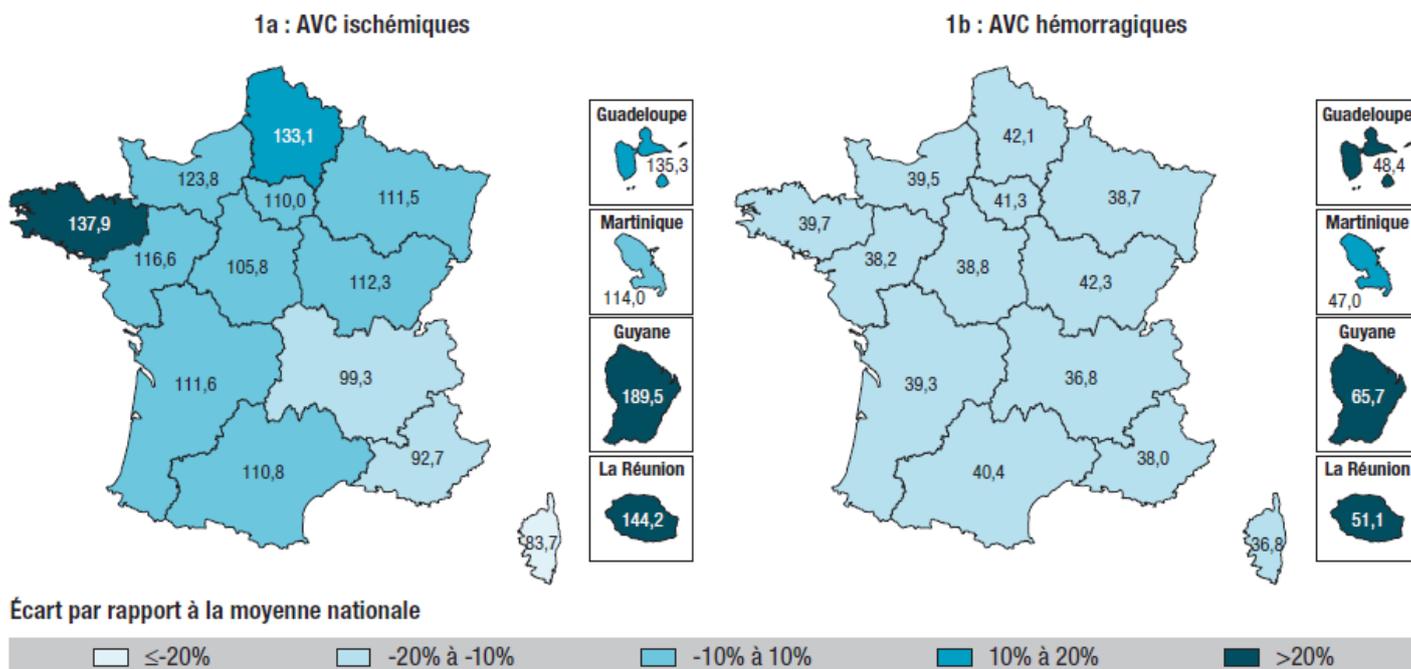
B. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des pathologies fréquentes, graves et handicapantes.

En France, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de mortalité chez les femmes et la troisième chez les hommes. Les taux de patients hospitalisés pour AVC ont augmenté chez les moins de 65 ans entre 2002 et 2008. Après la mise en œuvre du plan d'actions national AVC (2010-2014), cette étude analyse les évolutions des taux de patients hospitalisés et de la prise en charge en unités neuro-vasculaires (UNV) depuis 2008.

En 2014, la Guyane et La Réunion affichaient les taux standardisés les plus élevés, supérieurs de plus de 28 % à la moyenne nationale pour les AVC ischémiques et les AVC hémorragiques.

Taux* régionaux de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) en France en 2014, par type d'AVC



* Taux standardisés pour 100 000 habitants (standardisation sur l'âge de la population française de 2010).

Source : PMSI, base nationale 2014 (Atih). Champ : France entière (hors Mayotte), tous âges.

Les causes de l'augmentation de l'incidence des AVC ischémiques chez les moins de 65 ans, largement décrites, sont probablement multiples. L'augmentation de la prévalence des facteurs de risque vasculaire comme le diabète, l'obésité, le tabagisme, la consommation de cannabis et les alcoolisations ponctuelles importantes chez les jeunes adultes, constitue l'hypothèse la plus probable.

C. LE DIABÈTE

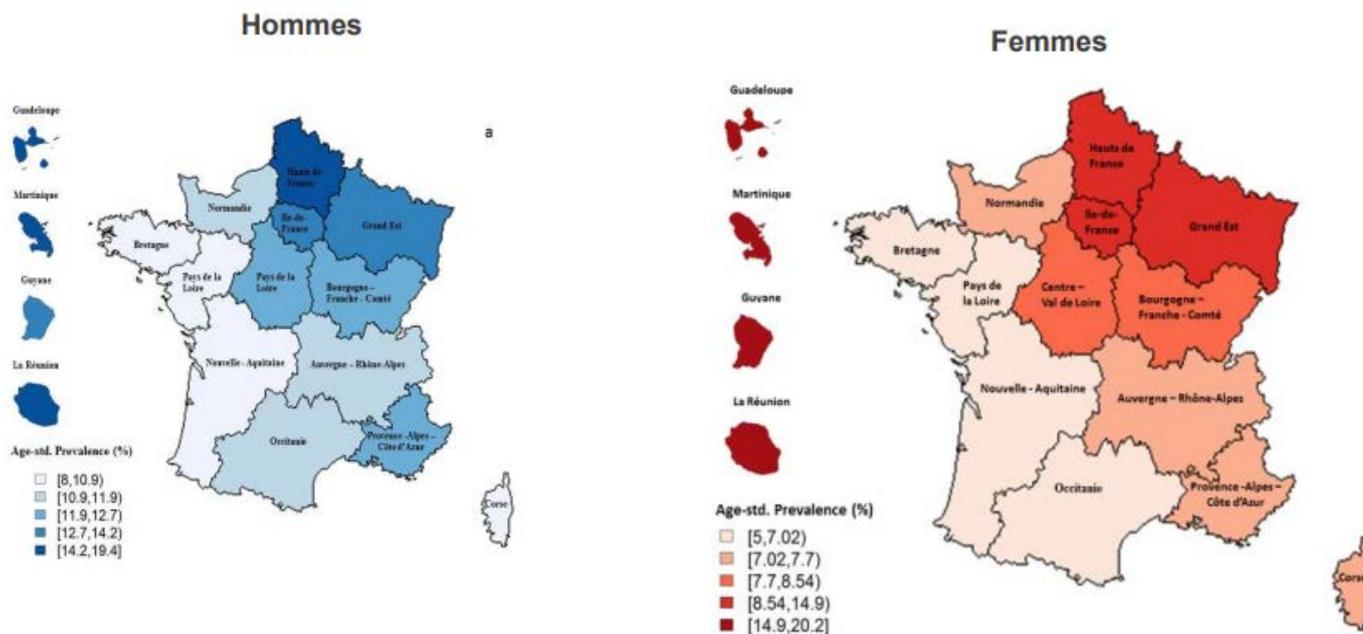
1. Des taux de prévalence très élevés dans les outre-mer

Les territoires ultramarins sont particulièrement exposés aux maladies chroniques- ou affections de longue durée (ALD). Parmi ces ALD, le diabète est certainement celle dont la prévalence est la plus élevée dans ces territoires, constituant ainsi un véritable enjeu de santé publique. En Guadeloupe, 8,9 % de la population serait sous traitement pour le diabète, ils sont 7,7 % en Martinique et en Guyane et jusqu'à 10,2 % à La Réunion, département le plus exposé au diabète avec un taux de prévalence deux fois supérieur à la moyenne nationale (4,7 %).

La véritable épidémie de surpoids et d'obésité à laquelle on assiste, associée ou non à une HTA, favorise l'explosion du diabète. La prévalence de ce

dernier est ainsi d'au moins le double de celle de la Métropole dans la plupart des outre-mer : 13,1 % à La Réunion, 10,5 % à Mayotte, et 9 % aux Antilles.

PREVALENCE DU DIABETE STANDARDISE SUR L'AGE EN 2017 PAR SEXE ET REGION



*Population de référence: European standard population 2013 [7]

2. Une possible différenciation ethnique

Plusieurs observateurs ont fait remarquer que, notamment aux Antilles, le diabète semblait affecter différemment les populations d'origine européenne et celle d'origine afro-américaine. Et les personnes d'origine antillaise domiciliées dans l'hexagone sembleraient également plus touchées que les populations d'origine européenne. Existerait-il un facteur génétique ou s'agirait-il plus simplement d'habitudes alimentaires différentes ? L'interdiction de constituer des statistiques ethniques ne permet pas d'avancer davantage dans la recherche, ce qu'ont semblé regretter certains chercheurs.

De la même manière, des praticiens ont rapporté que le diabète semblait concerner davantage les populations d'origine indienne, notamment aux Antilles et à La Réunion. Là aussi, en l'absence de statistiques ethniques, prohibées par la loi, aucun élément tangible ne peut confirmer ce constat.

LE RAPPORT DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL (CESC) DE POLYNÉSIE : « LE DIABÈTE : UN DÉFI VITAL POUR LA POLYNÉSIE »

Le Conseil économique social et culturel de Polynésie a rendu, le 8 novembre 2019, un rapport sur les conséquences de la prévalence du diabète dans le territoire. Il assortit son sombre constat de préconisations à mettre en œuvre dans les meilleurs délais.

Le diabète « présente un caractère épidémique à l'échelle mondiale et la Polynésie française fait partie des pays les plus touchés au monde. La maladie, devenue ces dernières années, la plus importante des affections de longue durée en Polynésie française, touche aujourd'hui plus de 12 500 patients. Son développement est avant tout la conséquence d'un environnement défavorable à une bonne hygiène de vie. Les bouleversements sociaux, culturels, politiques et économiques que la Polynésie a connus sur plusieurs décennies ont entraîné un changement dans les habitudes alimentaires et le mode de vie des populations. »

En 2018, le régime de protection sociale polynésien comptait 272 468 assurés sociaux représentant 58,2 milliards de francs pacifique [488 millions d'euros] de dépenses maladie. Sur ce total, « *les patients diabétiques quant à eux sont au nombre de 10 045 en longue maladie et de 2 868 en maladie, représentant 4,7% de la population couverte. Ils génèrent 10,689 milliards de FCFP [90 millions d'euros] de dépenses en maladie, soit 18,35 %. Les hospitalisations et la dialyse constituent les premiers postes de dépense de la pathologie, la fréquence ainsi que la gravité des complications ne diminuant pas. Face à un défi aux enjeux majeurs, la politique publique de santé est restée inefficace, la maladie a continué de progresser dans des proportions alarmantes (...)* ».

Pour le CESC, le Pays doit prendre en urgence les mesures préventives et curatives qui s'imposent pour riposter efficacement contre l'aggravation dramatique de cette situation.

En matière de prévention et de promotion de la bonne santé :

- mener des campagnes de communication efficaces et encadrer strictement le marketing alimentaire ;
- redonner aux familles l'envie de cuisiner ;
- lutter contre la sédentarité via la promotion de moyens de transport actifs, des installations et matériels sportifs adéquats et abordables ;
- agir sur les habitudes alimentaires en milieu scolaire tout en favorisant l'activité physique et sportive ;
- mener une réflexion afin qu'il puisse être envisagé d'offrir et de proposer aux élèves un petit déjeuner dès leur arrivée à l'école, maternelle et primaire ;
- améliorer et renforcer la médecine scolaire et le suivi médical des enfants ;
- mettre en place un plan quinquennal de lutte contre le diabète et l'obésité dans les écoles maternelles et primaires à amorcer dès la rentrée 2020 ;
- instaurer un cordon sanitaire aux abords des établissements scolaires par le biais d'un encadrement strict des produits vendus et d'un agrément sanitaire ;
- agir sur la nutrition et favoriser la pratique d'activités physiques dans le monde du travail ;

- développer le suivi médical des salariés par le biais de la médecine du travail qu'il est nécessaire de faire évoluer et renforcer ; En matière d'économie et de fiscalité ;
- prendre des mesures fortes combinant taxes et subventions, afin de rendre financièrement plus attractifs les produits « sains » et moins intéressants les produits « malsains » (trop sucrés, trop gras, trop salés) ;
- agir sur la taxe sur le sucre (l'augmenter d'au moins 22% comme en Nouvelle Calédonie) ;
- élargir la taxation, autant que possible, aux aliments riches en mauvaises graisses et en sel ;
- revoir la liste des PPN en fonction de critères sanitaires souhaités, des écarts de prix entre produits locaux et importés et intégrer des critères de qualité notamment dans la procédure d'appel d'offres de la farine ;
- programmer par voie réglementaire, des objectifs échelonnés dans le temps, de composition nutritionnelle saine par familles d'aliments, pour les importations et les productions, en collaboration avec les importateurs et industriels locaux, afin d'adapter leurs activités.

En termes d'amélioration de la qualité des produits alimentaires locaux :

- adopter un schéma directeur de l'agriculture qui favorise un approvisionnement régulier et un développement de circuits courts ;
- soutenir fortement l'agriculture biologique via la restriction de la vente et de l'utilisation de produits chimiques ;
- encadrer la production alimentaire industrielle locale pour réduire la quantité de sucre, de graisses et de sel ;
- améliorer l'information des consommateurs et la traçabilité des produits (étiquetage nutritionnel).

En matière de prise en charge optimale de la maladie :

- rendre obligatoire le dépistage du diabète à partir de l'âge de 40 ans ;
- adopter urgemment un panier de soins spécifique dont le mode de financement ne doit pas reposer sur les seules cotisations sociales mais également sur une contribution du Pays ;
- mettre en place une éducation thérapeutique et un accompagnement soutenu pluridisciplinaire grâce à une structure dédiée ;
- maîtriser les coûts via le développement de la greffe rénale ;
- financer l'offre de traitement de l'insuffisance rénale via le budget du Pays.

En termes de gouvernance et de pilotage de l'ensemble de ces mesures :

- adopter une véritable politique publique de lutte contre le diabète, augmenter le budget et les moyens dédiés à la prévention par le biais des mesures fiscales et économiques préconisées en amont ;
- créer une délégation à la prévention de l'obésité et du diabète, placée sous l'autorité du Président de la Polynésie française, chargée de coordonner planifier et piloter efficacement les mesures liées à la lutte contre l'obésité et le diabète ;
- faire de l'évaluation une priorité en développant une méthodologie et des indicateurs de suivi (à court, moyen et long terme) pour avoir une bonne connaissance épidémiologique, orienter les financements, optimiser les moyens et apporter les corrections nécessaires.

D. LES CANCERS

1. Les cancers sont de plus en plus associés à l'obésité

L'obésité, notamment quand elle est liée au sucre, est un facteur augmentant le risque de cancers. C'est ce qu'établissent plusieurs enquêtes dont une étude parue le 11 juillet 2019 dans le *British Medical Journal*. Ses auteurs, qui ont étudié pendant dix ans « *un peu plus de 100 000 adultes* » en arrivent à la conclusion que la consommation quotidienne d'un petit verre de boisson sucrée, de soda et de jus de fruit, pourrait augmenter de 18 % les risques de cancer en général et de 22 % le risque de cancer du sein, notamment après la ménopause..

Selon Guy Launoy, épidémiologiste et directeur d'une unité de recherche de l'Inserm spécialisée sur les cancers, « *la nature des cancers évolue (...) et ceux qui apparaissent sont de plus en plus associés à l'obésité* ». (*Le Monde* du 13 juillet 2019, p. 6)

Selon le Centre international de recherche sur le cancer, le surpoids et l'obésité ont été responsables de 3,6 % des nouveaux cas de cancer dans le monde en 2012.

L'étude établit seulement une corrélation, non une causalité, mais les chercheurs de l'Inserm proposent des pistes d'explication : résidus de pesticides dans les jus de fruits, colorants alimentaires donnant aux sodas une coloration... de nombreuses molécules peuvent jouer un rôle, mais « *ce que nos résultats suggèrent, c'est que c'est vraiment le sucre le principal mécanisme.* »

Au-delà de l'obésité, les inflammations entraînées par l'accumulation de graisse dans les viscères et des mécanismes liés à l'insulinorésistance engendrée par la prise de sucre pourrait aussi expliquer les plus hauts taux de cancers chez les consommateurs de breuvages sucrés. L'étude n'épargne pas les jus de fruits, y compris frais. Certes ces jus contiennent des vitamines, quelques fibres et pas d'additifs comparés à certains sodas artificiels, mais en termes de taux de sucre pour 100 millilitres, ils contiennent des doses comparables à ce que l'on trouve dans les sodas.

Selon une étude publiée en 2015, sans compter les cancers, les maladies vasculaires et les diabètes induits par la consommation de boissons sucrées ont causé la mort de 178 000 personnes dans le monde en 2010.

Selon le docteur Jérôme Viguier, directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) de la Martinique, 40 % des cancers seraient évitables si l'on agissait sur les facteurs comme le surpoids, l'alcool, le tabac, la malnutrition, la sédentarité, etc.

En outre, la pratique d'une activité physique réduirait de 20 % le risque de récurrence d'un cancer du sein ou d'un cancer colorectal.

2. Le foie peut aussi être endommagé

Hasard du calendrier, une communication scientifique présentée elle aussi le 11 juillet 2019 lors d'un forum d'hépatologues à Paris a mis en lumière les dégâts des sodas sur le foie. Selon une étude établie à partir d'un échantillon de 200 000 personnes suivies entre 2013 et 2018, 18,2 % de la population adulte française présenterait « *une surcharge en graisse dans le foie* », selon l'hépatologue Lawrence Serfaty, qui a mené l'étude. Parmi ces 8 millions de personnes, 200 000 pourraient développer une inflammation appelée NASH (stéatose hépatite non alcoolique) et une fibrose du foie pouvant évoluer vers un cancer ou une cirrhose.

« *Avec une canette de soda par jour, le risque de maladie augmente de 30 %* » selon le docteur Serfaty. Mais cette analyse ne prend pas en compte les différences de régime alimentaire. « *Si vous allez deux fois par jour au fast-food et buvez du soda, c'est plutôt le fast-food qui doit vous inquiéter* » précise le docteur Serfaty.

II. UNE VARIETE DE CAUSES A CES PHENOMENES

Les causes de l'obésité, maintenant bien connues, sont multiples. Au-delà des aspects nutritionnels, et des facteurs culturels voire génétiques, la trop faible activité physique et la sédentarité concourent, selon les études de l'OMS et de Santé publique France à l'explosion de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

A. UNE TROP GRANDE SEDENTARITE

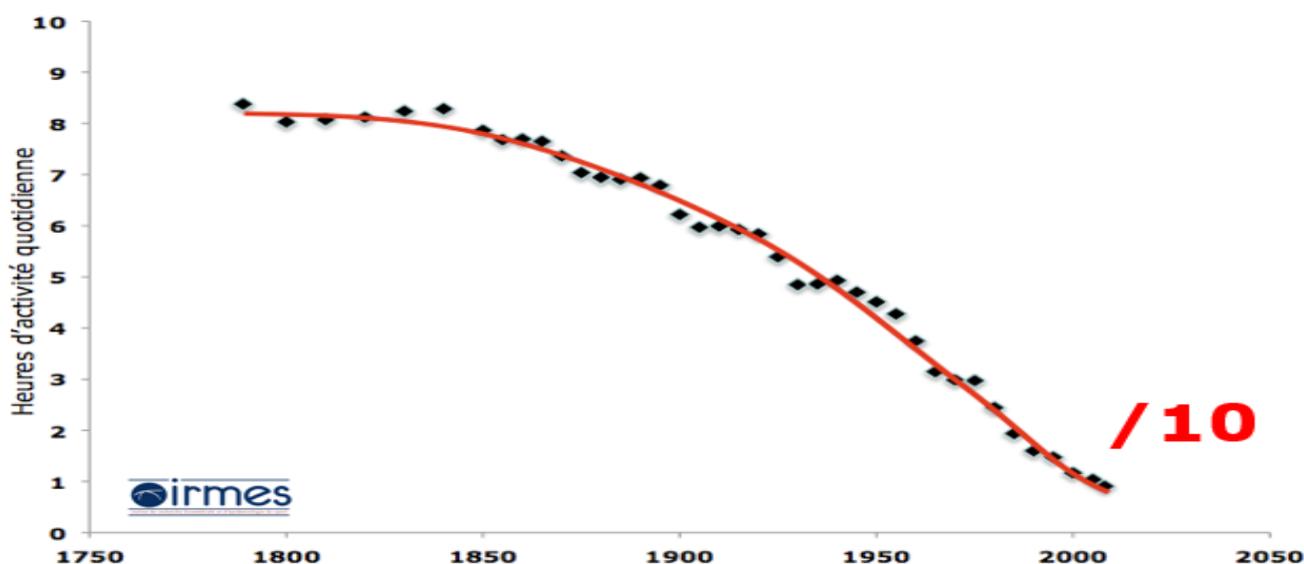
De nos jours, la sédentarité revêt principalement deux aspects : c'est le temps que nous passons assis, soit à regarder des écrans, soit à être véhiculé dans un moyen de transport qui réduit les déplacements à pied ou à vélo.

1. Une évolution sur une seule génération

Pour le docteur Frédéric Depiesse, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, la sédentarité constitue l'une des principales causes de surpoids : « *c'est la faute aux écrans* » déclare-t-il. Et il est vrai que les études confirment la hausse du temps passé à rester assis, voire couché, devant des écrans de télé, de tablette, d'ordinateur ou de téléphone.

80 % des adultes passent 3 heures ou davantage chaque jour devant un écran en dehors de toute activité professionnelle ; 45 % des 6-10 ans, 70 % des 11-14 ans, et, par exemple, 71 % des filles de 15 à 17 ans.

L'ACTIVITE PHYSIQUE DE LA POPULATION FRANÇAISE DEPUIS 1800



Source : IRMES

L'Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport (IRMES) a mis en évidence dans ses travaux la diminution de l'activité physique de la population française au fur et à mesure que le pays s'est transformé d'une société rurale et agricole ou ouvrière en une société urbaine et tertiaire. En deux cents ans, le nombre d'heures d'activité physique a été divisé par dix.

Les observateurs font remarquer que les heures passées devant les écrans ne sont pas les seules responsables : l'absence d'activité physique lors des déplacements réduit également la consommation de calories. Il y a quelques décennies, une grande partie de la population se déplaçait à pied ou à vélo dans les outre-mer. Maintenant, chacun utilise sa voiture pour le moindre déplacement, même lorsqu'il s'agit de se rendre au gymnase ou au stade pour y pratiquer le sport. Et les parents se garent ou déposent leurs enfants le plus près possible de la porte d'entrée !

Et comme le fait remarquer le docteur Depiesse, « *l'évolution s'est faite brutalement : on est passé de la marche à pied à la voiture en une génération* ».

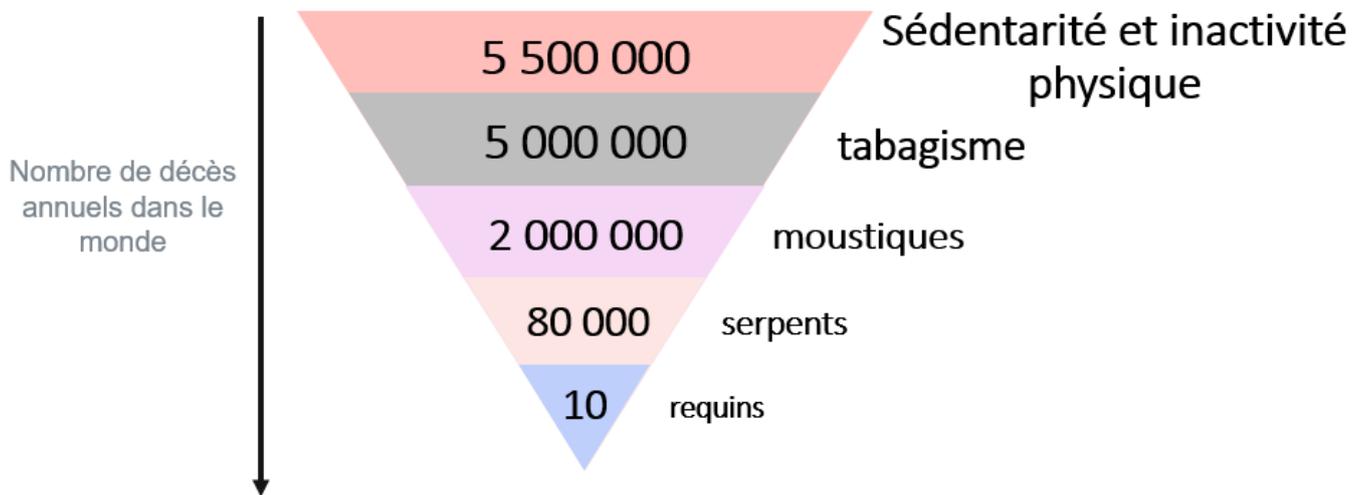
Pourtant, selon l'étude « *Leisure Time Physical Activity and Mortality (2015)* », une heure de marche par semaine peut augmenter l'espérance de vie de 1,5 ans ; une heure de marche par jour peut l'augmenter de 3 à 4 ans ; une activité sportive régulière peut améliorer l'espérance de vie de 7 ans.

Autre paradoxe mis en évidence par les chercheurs : bien que la plupart des territoires ultra-marins soient des îles, les habitants ne vont plus nager dans la mer, réduisant la palette des activités physiques possibles. 20 % des enfants scolarisés en sixième ne savent pas nager, chiffre inquiétant et en augmentation. Et ceux qui continuent à fréquenter le bord de l'eau ne vont plus « *à la mer* », mais vont « *à la plage* », une variation sémantique qui a son importance pour signaler qu'on ne se baigne plus mais qu'on profite de la plage pour s'y promener, et éventuellement y boire et y manger.

2. La sédentarité, premier facteur de mortalité

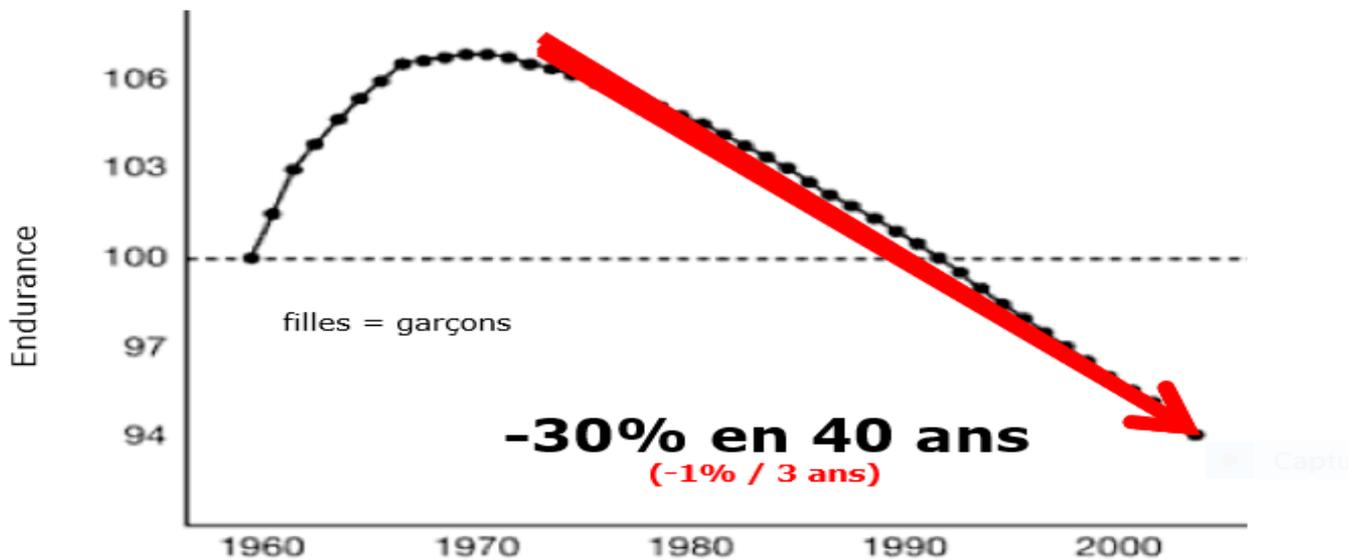
L'IRMES a répertorié dans le schéma ci-après quelques causes de mort qualifiées d'« évitables » (concernant, les moustiques, le doute est permis) mais qui parlent à l'imaginaire. On y constate que la sédentarité et l'inactivité physique, rarement dénoncées par les pouvoirs publics y figurent en première place, devant le tabagisme qui est l'objet, à juste titre, de campagnes de prévention, mais aussi très loin devant les attaques d'animaux comme les serpents ou les requins qui font pourtant l'objet d'une médiatisation beaucoup plus importante.

PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ ÉVITABLE



Diverses études médicales ont mis en évidence une forte baisse des performances cardiovasculaires des enfants et des adolescents depuis une cinquantaine d'années. La corrélation avec la sédentarité apparaît comme très probable.

diminution majeure des performances cardiovasculaires 25,5 M enfants de 9 à 17 ans, 28 pays



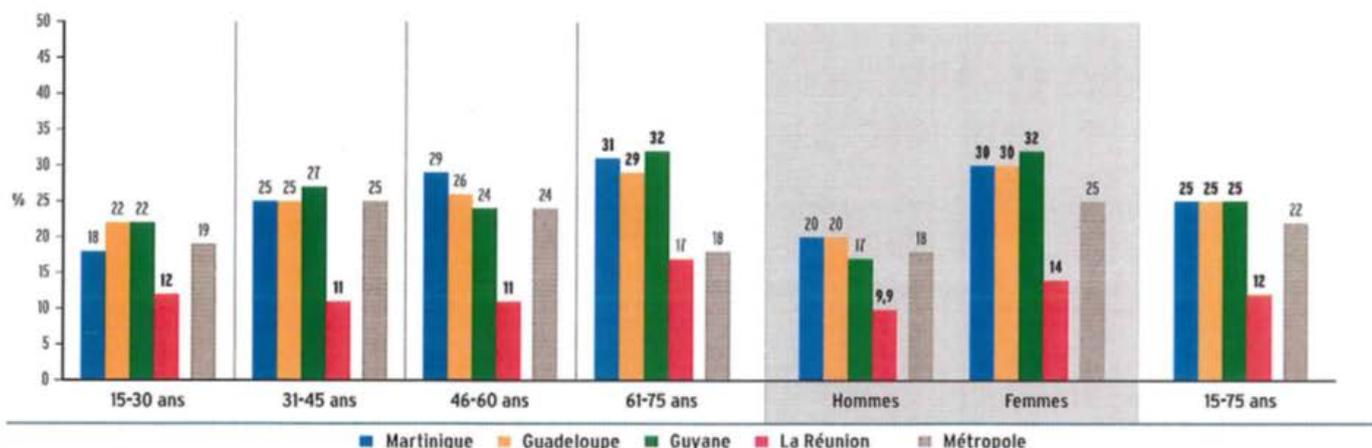
Tomkinson GR, 2003
Sports Med 33, 285

Tomkinson GR, 2007
Scand J Med Sci Sport 17, 497

Catley, Tomkinson 2013
Br J Sports Med 47, 98

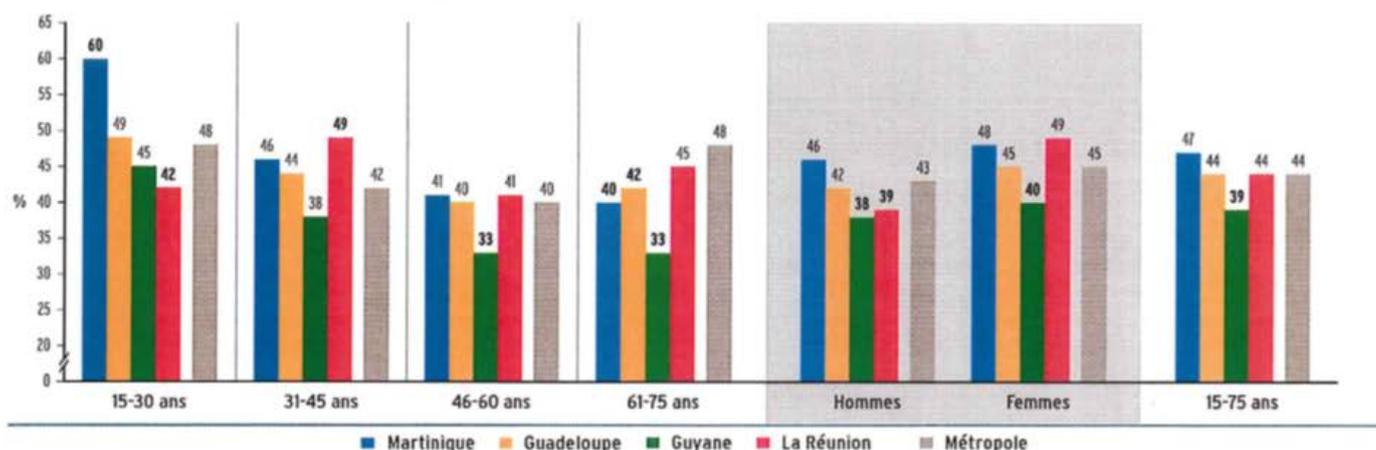
ACTIVITÉ PHYSIQUE

Pratique d'une activité physique moins d'une fois par semaine



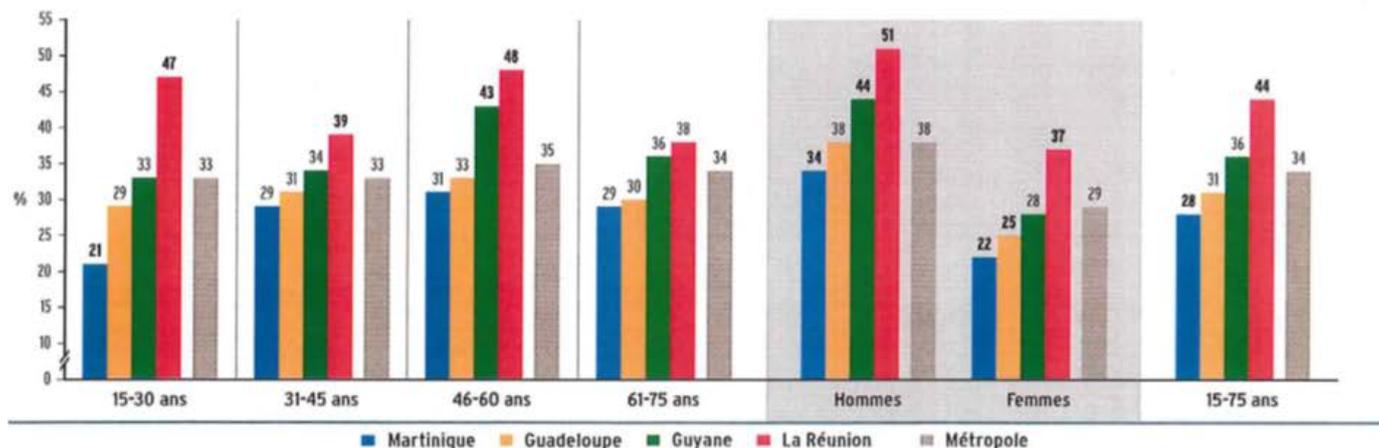
Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

Pratique d'une activité physique assez régulière (une à quatre fois par semaine)



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

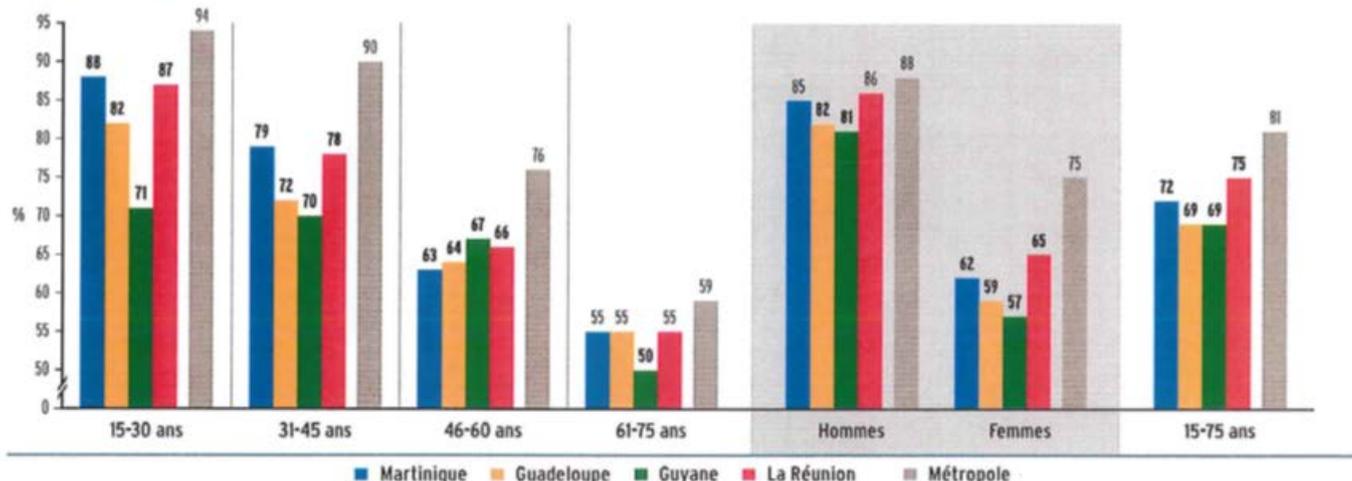
Pratique d'une activité physique régulière (au moins cinq fois par semaine)



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

APTITUDE À NAGER

Aptitude à nager



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.
Sources : Baromètre santé 2010, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

3. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé

L'enquête « Esteban »⁽¹⁾, a démontré que seulement 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'activité physique, à savoir que les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine :

- 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou
- au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou
- une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue, l'activité d'endurance devant être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Au lieu de cela, de plus en plus d'adultes et d'enfants se livrent à des activités sédentaires :

- 90 % des adultes déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour (contre 53 % en 2006) ;
- 41 % plus de 7 heures d'activité sédentaire quotidienne ;
- 20 % ont un niveau de sédentarité élevé et une activité physique basse.

Attention toutefois : une activité physique suffisante ne protège pas des effets délétères de la sédentarité sur la santé. En effet, il a été démontré que même

⁽¹⁾ Enquête réalisée en 2015-2016 en France métropolitaine par l'Agence nationale de santé publique – Santé publique France, auprès de 1 182 enfants de 6 à 18 ans et de 2 678 adultes de 18 à 74 ans.

avec une activité physique suffisante, plus on passe de temps assis, plus le risque de mortalité augmente.

B. UNE MODIFICATION DES HABITUDES ALIMENTAIRES

Les contraintes liées aux circuits économiques, l'évolution des goûts des consommateurs, les techniques du marketing et le respect parfois approximatif de la législation ont contribué à modifier les habitudes alimentaires des outre-mer.

1. La disparition de l'alimentation insulaire traditionnelle

En Polynésie, il a été demandé à des enfants, à titre expérimental, de composer leur goûter type. Le paquet gagnant a été le suivant : un soda, des bonbons et une barre chocolatée, l'ensemble représentant 1 200 calories ! Une barre chocolatée apporte 530 calories et ne fait pas grandir contrairement à deux tranches d'ananas qui apportent, elles, 53 calories, des fibres, et des vitamines qui contribuent à la croissance des enfants.

Selon le mot même du représentant d'une grande marque de supermarchés, le marché polynésien des fruits et légumes est un marché très « pénurique ». Ces produits sont pour la plupart importés d'Amérique du nord, d'Australie, de Nouvelle-Zélande ou du Chili car la production locale est très pauvre. Lorsque la mission d'information s'est rendue en Polynésie, il n'y avait pas de tomates sur le marché. Lorsqu'elles apparaissent, même en mauvais état, elles peuvent coûter jusqu'à 9 euros le kilo !

Les fruits, même tropicaux comme les ananas, les bananes ou les avocats ne sont pas toujours présents dans les rayons des superettes. Selon les industriels, la raison en revient à une mauvaise organisation des producteurs locaux qui ne sont pas organisés en coopératives. Quant au bio, il est quasiment inexistant : la certification AB n'est pas présente à Tahiti, ce qui est regrettable compte tenu du fort taux de pesticides utilisé en Polynésie, souvent utilisés non dilués, selon les professionnels.

Le rapport de l'IRD (*cf. supra*) précise que, dans les cinq départements d'outre-mer, « *on note un déficit calcique, étant donné la très faible consommation de fruits, légumes et produits laitiers* ».

LES FRUITS ET LEGUMES APPORTENT FIBRES, VITAMINES ET MINERAUX INDISPENSABLES.

Leur insuffisance est préjudiciable au fonctionnement du tube digestif et peut favoriser les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Une forte consommation de riz blanc augmente le risque de diabète. L'index glycémique (IG) du riz (définitions) est très variable : il dépend surtout de la richesse en amylose de la variété de riz. La façon de le conditionner, de le préparer (lavage, cuisson, durée de cuisson, etc.) et de le consommer

(association à d'autres aliments dans le repas) ont également un impact sur la charge glycémique du repas.

Il est recommandé de consommer des variétés de riz à IG moins élevé (riz basmati par exemple), de l'accompagner de grains et d'adapter la quantité à l'activité physique.

Les poissons sont présents dans les alimentations, mais les prix sont très élevés et les Polynésiens ne peuvent en manger autant qu'ils le souhaiteraient. Comme l'a fait remarquer un intervenant de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), « *il est plus facile d'acheter dans une supérette du poisson surgelé importé de Thaïlande à 2 euros le kg que d'aller sur le marché acheter du poisson local à 15 euros le kg* ». A la Martinique, 100 % du poisson consommé dans la restauration scolaire est importé.

En Polynésie, dans beaucoup de foyers modestes, le repas du soir est constitué par du « café-pain-beurre », ingrédients peu onéreux car subventionnés (tous les trois sont considérés comme étant de première nécessité) mais terriblement malsains sur le plan diététique et très éloignés de la nourriture traditionnelle polynésienne.

Enfin, les boissons sucrées font des ravages : un Polynésien boit en moyenne 90 litres de soda par an. Des médecins du CHU de Papeete ont révélé à la mission d'information que certains de leurs patients faisaient des « *orgies de sodas* » décomplexées avant d'entrer en dialyse puisque, de toute façon, « *on va nous nettoyer les reins* ». À Tahiti, une hémodialyse coûte 1 million de francs pacifiques (8 400 euros) ; l'île comptant 160 patients dialysés, l'addition s'élève à 160 millions de francs Pacifique (1,3 millions d'euros) pour l'assurance maladie locale.

2. Un nutriscore inexistant et des conditionnements record

Le nutriscore n'est pas encore entré en vigueur en Polynésie. La raison en serait matérielle. Cette réglementation serait contraignante pour les entreprises locales, souvent de petite taille, qui n'ont pas les moyens financiers des grands groupes européens ou américains. En outre, il n'existe pas à Tahiti de laboratoires compétents pour évaluer les qualités nutritionnelles des produits ou effectuer des contrôles.

Enfin, les emballages sont commandés par les industriels en très grandes quantités, afin de réduire les coûts, et les entreprises polynésiennes disposeraient de deux ans de stocks. En théorie, le nutriscore arrivera dans les magasins tahitiens d'ici deux ans. La mission d'information y croira quand elle le verra...

LES DANGERS DE L'EXCES DE GRAISSES

Un excès de lipides et un déséquilibre de leurs constituants peuvent conduire au surpoids et exposer aux risques cardiovasculaires. Concernant l'origine des corps gras, il est recommandé de privilégier les apports en oméga-3 (huile de colza, noix, poissons gras), de

restreindre la consommation d'aliments riches en graisses animales (charcuteries, pâtisseries salées, etc.) et de réduire la consommation de certains aliments d'origine industrielle (viennoiseries, pâtisseries, produits de panification industrielle, barres chocolatées et biscuits).

La Polynésie est le seul territoire, peut-être même le seul pays où les particuliers peuvent acheter de l'huile en bidons de 5 litres et de la mayonnaise ou du ketchup en pots de 4 kilos.

Ces conditionnements sont habituellement réservés aux professionnels de la restauration sauf dans l'archipel où les particuliers peuvent mettre ces quantités sur leur table à manger...

3. Les avancées de la loi Lurel sur le sucre dans les aliments

La loi n°2012-1270 relative à la régulation économique outre-mer, dite loi Lurel sur le sucre, a été publiée au Journal officiel le 4 juin 2013. Elle dispose notamment que les aliments vendus dans les outre-mer, ne doivent pas contenir une teneur en sucres ajoutés supérieure au maximum observé en France hexagonale.

Cette loi a confié des pouvoirs spécifiques d'intervention, à l'Autorité de la concurrence afin de lui donner des moyens d'action en rapport avec la situation économique spécifique des collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution et des collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Wallis-et-Futuna.

Néanmoins, certains produits locaux, qui n'ont pas d'équivalents exacts dans l'hexagone, ont effectivement des teneurs en sucres très élevées. Les produits laitiers en sont un exemple : les yaourts produits sur place contiennent de la poudre de lait et non du lait liquide, ce qui induit une teneur en sucres plus importante car ils sont plus riches en lactose. Certaines boissons sucrées produites localement contiennent plus de sucres naturels que leurs équivalents hexagonaux. C'est pourquoi la loi Lurel a tenu compte de ces contraintes et ne porte que sur les teneurs en sucres ajoutés.

SE MEFIER DES EXCES DE SUCRE

Le sucre est un produit addictif. La surconsommation de produits sucrés contribue au développement du surpoids et de l'obésité, notamment chez les enfants et adolescents. Elle s'accompagne souvent d'une baisse de la consommation des fruits et légumes. Il est recommandé de limiter la consommation des produits sucrés : une canette de soda de 33 cl apporte environ 35 g de sucre soit 7 cuillères à café de sucre ajouté. Seule l'eau peut et doit être consommée à volonté.

4. Cette loi est-elle réellement respectée ?

Selon les industriels que la mission d'information a rencontrés en Polynésie, la loi Lurel serait globalement respectée et le taux de sucre serait désormais identique dans les produits vendus dans l'hexagone et dans ceux que l'on peut acheter outre-mer. D'où vient donc cette impression de goûts différents que la plupart des voyageurs ont pu constater ?

Cette impression, selon les fabricants, viendrait de l'eau, qui entre en grande quantité dans la composition des sodas et autres boissons sucrées et dont le goût peut varier d'un territoire à l'autre ; la différence gustative peut également provenir du sucre qui, selon qu'il est issu de la betterave ou de la canne peut également avoir une saveur variable.

Toutefois, il semblerait que certaines marques ne jouent pas le jeu et continuent à proposer des produits aux teneurs en sucre différenciées. Un rapport publié récemment par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) a mis en évidence une **teneur en sucre moyenne de 7 g/100ml dans l'hexagone contre 8,9 g/100ml en Martinique et en Guadeloupe**. Ce même rapport met en évidence une consommation moyenne de 69 g/jour de boissons sucrées à la Guadeloupe ou de 54,8 g/jour à Mayotte contre seulement 39 g/jour en France hexagonale.

En outre, la loi Lurel ne s'intéresse qu'aux produits que l'on trouve à la fois dans l'hexagone et outre-mer. Les yaourts ou jus de fruits fabriqués localement peuvent incorporer autant de sucre que les industriels le souhaitent, car la loi est muette sur ce point.

Enfin, la Loi Lurel ne s'applique pas en Polynésie car la consommation est de compétence locale. Pour autant, les fabricants ne sont pas à court d'imagination pour faire consommer toujours plus de sucre : c'est ainsi qu'à Papeete, les canettes d'une célèbre boisson gazeuse contiennent **35,5 centilitres de liquide contre 33** dans l'hexagone.

Le respect de la loi Lurel dans les territoires où elle est censée s'appliquer constitue un sujet d'investigation à lui seul et la mission d'information propose de donner, le moment venu, une suite à cet aspect du rapport.

LES IMPORTATIONS DE BOISSONS SUCREES AUGMENTENT A MAYOTTE

En 2016, 110 580 tonnes de produits alimentaires, d'animaux vivants et de nourriture pour animaux ont été importées à Mayotte, soit une augmentation de 28,4 % par rapport à 2013. Entre 2014 et 2016, l'importation des boissons rafraichissantes (jus de fruits et soda) a augmenté de 90%, passant de 774 000 à 1 471 000 litres. Les dépenses en boissons gazeuses ou aromatisées à Mayotte ont augmenté de 45 % sur la même période et sont estimées autour de 100 euros par an et par unité de consommation.

5. À Mayotte : le casse-tête de la restauration scolaire

La restauration scolaire est particulièrement déficiente à Mayotte. Pourtant, elle pourrait constituer un moyen pour lutter contre la malnutrition voire la dénutrition des enfants et lutter contre le développement du diabète, de l'obésité et... des agressions à proximité des établissements scolaire.

Pour les écoles du premier degré, la programmation pluriannuelle 2016 – 2019 des constructions scolaires prévoit la construction de 38 réfectoires sur l'ensemble des communes de l'île. Il en faudrait toutefois 150 pour satisfaire la demande. En février 2017, 46 écoles (18 dans le premier degré et 29 dans le second) sur les 146 que compte Mayotte proposaient au moins un service de restauration, soit 31,5 % des écoles. Mais seulement 8 d'entre elles proposaient des repas chauds, soit 5,5 % des écoles.

Les collations sucrées et salées sont présentes quant à elles dans 7 % et 21 % des écoles de Mayotte. Il s'agit là du service de restauration le plus fréquent dans les écoles mahoraises, mais elles ne constituent évidemment pas une réponse pour lutter contre la malnutrition.

C. LE FACTEUR CULTUREL : « **BIEN MANGER, C'EST MANGER BEAUCOUP** »

L'étude du chercheur Christophe Serra-Mallol sur les cures d'engraissement en Polynésie (publiée dans la revue Sciences sociales et santé en 2008) s'avère particulièrement instructive.

1. La pratique des « cures d'engraissement »

Selon le chercheur, l'importance de l'aspect physique et de la présence corporelle a été mise en évidence chez tous les insulaires du Pacifique (Becker, 1995), mais était particulièrement marquée à Tahiti. Dans les mythes anciens, les espèces animales et végétales étaient issues des corps des Dieux et le corps humain était particulièrement sacralisé.

Les corpulences fortes constituaient un trait physique très apprécié des anciens Polynésiens et des Tahitiens en particulier comme le signale Henry : « *Aux yeux des Tahitiens, l'embonpoint était signe d'élégance caractéristique des personnes de sang royal* » (Henry, 2000). En effet, il semble que le surpoids caractérisé, l'obésité permanente, ait été un trait physique attribué aux chefs dans toutes les sociétés polynésiennes (Pollock, 1992). La corpulence était le signe de leur place dans la structure sociale, le symbole même du bien-être de la communauté toute entière. Quand les premiers observateurs européens citent des exemples de Tahitiens obèses, il s'agit dans la grande majorité des cas de chefs ou de leurs familles.

2. Des interprétations diverses

La pratique tahitienne du *ha'apori* (engraissement) a été relevée dans une bonne partie du Pacifique. Les personnes soumises à cette pratique étaient enfermées dans des maisons et nourries abondamment d'une préparation à base de fruits (essentiellement des bananes) et de *'uru*, le fruit de l'arbre à pain. Tout exercice était proscrit à part le bain quotidien. Il s'agissait d'une pratique plutôt réservée aux jeunes et aux femmes ce qui peut laisser à penser que les rituels d'engraissement polynésiens auraient été associés à la beauté physique et à la fertilité.

Les interprétations données à cette coutume sont nombreuses. Peut-être s'agissait-il d'imiter les caractéristiques physiques des classes supérieures de la société polynésienne qui, du fait de leur statut, mangeaient la meilleure nourriture en volume plus important. Mais il pourrait aussi s'agir d'une survivance des pratiques encouragées à l'occasion de longs voyages océaniques pendant lesquels la nourriture emportée était nécessairement limitée et où la survie dépendait des réserves corporelles en graisse.

Même si la pratique des cures d'engraissement a disparu de nos jours, les membres de certaines sociétés qui ont connu – il n'y a pas si longtemps – des pénuries ou des disettes peuvent avoir conservé le réflexe d'une suralimentation « de précaution ». Il nous a été rapporté que, pour certains Polynésiens, « *bien manger, c'est manger beaucoup.* » Et si, en Europe, les personnes obèses sont parfois stigmatisées, voire moquées, en Polynésie, elles bénéficient d'une certaine bienveillance.

À titre d'exemple, on nous a cité le cas d'enfants polynésiens qui voulaient devenir « *aussi forts* » que leur oncle A... quand ils seraient grands. L'oncle A... est un tatoueur traditionnel tahitien de 34 ans qui pèse 235 kilos et dont l'espérance de vie est estimée à 6 ans.

C'est Anthony Pheu, le directeur de la Jeunesse et des sports de Polynésie, qui a appris à la mission d'information l'existence d'un indice « **IMC Pacifique** » : il est communément admis en Polynésie que le surpoids commence lorsque l'IMC atteint le nombre de 27, et non pas 25 comme cela est la norme au niveau mondial. Les Polynésiens se considèrent obèses à partir de l'indice 32 et non à partir de 30, comme le reste de la population mondiale.

D. UN FACTEUR GÉNÉTIQUE ?

Et si l'obésité était un phénomène naturel, inscrit dans nos gènes et contre lequel il ne sert à rien de lutter ? L'imparfaite connaissance de la génétique peut conduire à de séduisantes théories. Mais, en la matière, la prudence s'impose.

1. Des connaissances incomplètes et des théories séduisantes

Selon certains chercheurs, les connaissances actuelles permettent de conclure que les facteurs génétiques peuvent être impliqués dans l'étiologie de l'obésité, et qu'à l'exception de très rares cas d'obésité sévère, les gènes en cause sont sans doute des gènes qui interagissent avec les facteurs de l'environnement reliés à la consommation et à la dépense d'énergie pour accroître le risque d'obésité. L'identification de ces gènes, dans un futur à déterminer, permettra probablement de mieux cerner l'étiologie de l'obésité et de ses complications métaboliques, de repérer les individus ou les groupes à risque, en fonction de leur profil génétique et de développer des stratégies de prévention et de traitement individualisées.

À l'appui de ce possible facteur génétique, beaucoup font remarquer que l'obésité est communément répandue dans l'ensemble des îles du Pacifique. L'île de Nauru, le pays du monde qui connaît le surpoids le plus important, l'IMC moyen atteint aujourd'hui le niveau record de 35,03 chez les femmes et 33,85 chez les hommes, quand le seuil de l'obésité est fixé à 30.

Lors de son déplacement en Polynésie, la mission d'information a entendu à plusieurs reprises l'antienne selon laquelle, dans les temps anciens, les Polynésiens avaient dû voyager d'îles en îles pendant de longues périodes sur des embarcations offrant peu de place pour y embarquer de la nourriture en quantité suffisante. Seuls les individus ayant la capacité de stocker suffisamment de calories dans leur corps auraient alors survécu. Une sélection naturelle aurait donc privilégié les fortes corpulences, plus aptes à la survie.

2. La plus grande prudence s'impose

Cette réflexion doit être regardée avec la plus grande prudence. Car alors, comme nous l'a fait remarquer l'un de nos interlocuteurs, comment expliquer que l'obésité soit présente dans tous les outre-mer, y compris aux Antilles où les habitants, descendant d'Africains, n'ont que rarement navigué et n'ont guère de gènes communs avec les Polynésiens ?

La prudence doit nous inciter à considérer la génétique avec les plus grandes précautions. Outre que cette science n'en est probablement qu'à ses prémices, attribuer ne serait-ce qu'une partie de l'obésité et des maladies connexes (diabète, hypertension, etc.) à un facteur génétique peut contribuer à déresponsabiliser les intéressés.

Si ce sont des prédispositions génétiques qui sont responsables de leur surpoids et non leurs habitudes alimentaires ou leur sédentarité, alors pourquoi changer son mode de vie pour lutter contre l'obésité ? Un prétendu déterminisme génétique peut commodément remettre en cause les efforts que certains tentent de fournir pour lutter contre l'embonpoint et faire basculer de nombreuses personnes

dans un regrettable fatalisme : « à quoi bon modifier mes habitudes si mon obésité est inscrite dans mes gènes ? Je n’y puis rien changer... »

E. LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES A LA REUNION

Les enquêtes Budget de famille (BDF), réalisées par L’INSEE tous les cinq ans environ, fournissent une estimation de la consommation moyenne des différents biens et services. Elles visent principalement à mesurer des disparités de consommation et à actualiser les pondérations de l’indice des prix à la consommation. À La Réunion, un échantillon de 1 169 ménages a répondu à l’enquête qui s’est déroulée de novembre 2010 à octobre 2011 et qui a été reprise dans le bulletin Analyse n° 12 (décembre 2015) consacrés aux comportements alimentaires des Réunionnais.

1. Le développement de la restauration rapide

Dans son analyse de l’évolution des comportements alimentaires des Réunionnais, l’INSEE pointe en premier lieu le développement de la restauration rapide.

« Sur la période 2006-2011, la restauration classique et la consommation dans les cafés, bars ou assimilés, y compris la restauration rapide et les snacks se développent rapidement (+ 20 % et + 26 %). L’allongement de la distance domicile/travail et le fort développement de la restauration rapide et des snacks sur l’île (20 établissements pour 10000 habitants en 2011 contre 11 en métropole) peuvent expliquer cette progression. Elle induit un risque d’augmentation de la consommation de produits gras et sucrés. »

« Le carry reste très consommé par les ménages les plus modestes. À La Réunion, la consommation alimentaire varie fortement en fonction des niveaux de vie et certains aliments constituent des marqueurs sociaux.

« Les ménages réunionnais les plus modestes ont une alimentation plutôt traditionnelle (carry) caractérisée par une consommation élevée d’huile et de riz et une sous-consommation de fruits et légumes. Ceux aux revenus moyens, dont beaucoup de ménages avec enfants, ont également une alimentation plutôt traditionnelle, mais avec une consommation élevée de produits et boissons sucrés.

« Quant aux plus aisés, leur comportement alimentaire est de type méditerranéen (légumes, huile d’olive, fruits). Mais ils consomment aussi beaucoup de boissons sucrées. Ce comportement est différent de celui des ménages les plus aisés de métropole. »

2. Une consommation excessive de corps gras

Sans surprise, la consommation des corps gras est stigmatisée par l'institut. *« Les Réunionnais achètent plus de matières grasses (huile, beurre, margarine, etc.) : 31 % de plus que les ménages métropolitains. En particulier, la consommation d'huile est deux fois plus élevée, surtout dans les ménages les plus modestes qui consomment 20 litres d'huile par an contre 8 litres chez les ménages métropolitains les plus modestes. Autre spécificité, la consommation de corps gras varie selon le niveau de revenu à La Réunion alors qu'elle est stable en métropole. »*

« La consommation de produits sucrés est sensiblement la même à La Réunion qu'en métropole. Mais la nature des produits consommés est différente. Ainsi, les ménages réunionnais achètent en moyenne plus de sucre que les ménages métropolitains (+ 15 %) et plus de boissons sucrées (+ 5 %). En revanche, ils achètent moins de produits sucrés élaborés (- 2 %). »

OBESITE ET DIABETE A LA REUNION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Quatre Réunionnais sur dix sont en surcharge pondérale et plus d'un sur dix est obèse. Ces niveaux sont proches de la France métropolitaine. Les Réunionnaises sont plus touchées que les hommes par l'obésité (14 % contre 8 %), particulièrement après 30 ans.

La Réunion est la région de France où la prévalence du diabète traité est la plus élevée (9,8 % contre 4,6 % au niveau national). L'alimentation, au même titre que le manque d'activité physique ou le stress, contribue à la progression de l'obésité et du diabète. Les conditions économiques et sociales y participent également. Ainsi en France, les adultes obèses sont plus nombreux dans les ménages ayant un faible revenu. Avec un taux de pauvreté trois fois plus élevé qu'en France métropolitaine, La Réunion est particulièrement exposée à ces risques.

3. Les féculents beaucoup plus consommés que les fruits et légumes

Phénomène plus surprenant, la faible consommation de fruits et de légumes pour un territoire qui apparaît, du moins aux yeux des Européens, pour un paradis en matière de fruits exotiques.

« Le riz et les légumes secs sont des bases de la cuisine sur l'île : les Réunionnais achètent 65 % de plus de céréales, féculents et légumes secs que les ménages de métropole et notamment dix fois plus de riz. C'est encore plus marqué chez les ménages les plus modestes de l'île qui achètent surtout du riz (12 fois plus que la moyenne de métropole) et des légumes secs, tandis que les ménages modestes de métropole achètent principalement du pain et des pâtes. La Réunion importe chaque année 50 kg de riz par habitant pour compléter la production locale. Les importations de produits surgelés sont, par ailleurs, en augmentation constante. »

« Les ménages réunionnais achètent moitié moins de fruits que les ménages métropolitains (- 52 %) et un peu moins de légumes (- 6 %). Ce n'est pas vrai pour les plus aisés qui en achètent plus que les plus aisés de métropole. »

Selon l'observatoire régional de la santé (ORS) de la Réunion, seulement 8 % des Réunionnais consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour tandis que 20 % d'entre eux consomment des boissons sucrées tous les jours (30 % chez les 15-25 ans).

TROISIEME PARTIE : DÉVELOPPER LE SPORT POUR ENTRETENIR SA SANTÉ

Après ce tour d’horizon des causes et des conséquences de la surcharge pondérale, une idée s’impose : il convient de développer l’activité physique pour éliminer les calories que les organismes accumulent, parfois de manière excessive.

Plusieurs pays, dont la France, ont mis en œuvre des plans visant à développer l’activité physique. La prise de conscience du danger que représente pour la santé publique la surcharge pondérale ainsi que l’évolution de la législation ont permis des avancées en matière, notamment de prescription de « sport sur ordonnance ».

Pour autant, confrontés à des difficultés de sous-équipement sportif ou de dissémination de population sur d’importantes superficies (Guyane, Polynésie), les outre-mer restent confrontés à un certain nombre de handicaps pour développer la pratique sportive.

I. DE NOMBREUX PLANS VISANT A DEVELOPPER L’ACTIVITE PHYSIQUE ONT ETE MIS EN ŒUVRE EN FRANCE ET A L’ETRANGER

L’activité physique a des effets bénéfiques sur la santé, la condition physique et le maintien de l’autonomie à tous les âges de la vie. Une activité régulière permet de prévenir de nombreuses maladies chroniques (maladies cardio et cérébrovasculaires, diabète de type 2, obésité, dépression, cancers, etc.) mais également d’agir sur la santé mentale. Elle est aussi, dans ces maladies, une thérapeutique à part entière seule ou en association avec un traitement médicamenteux. Enfin, l’activité physique retarde la perte d’autonomie des personnes âgées.

En France métropolitaine, chez des adultes de 18 à 74 ans, seul 53 % des femmes et 70 % des hommes déclarent atteindre les recommandations de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d’activité physique. Selon l’étude Esteban (*cf. supra*), près de 90 % des adultes déclaraient 3 heures ou plus par jour de temps passé à des comportements sédentaires et 41 % plus de 7 heures. Un adulte sur 5 cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d’activité physique bas, inférieur aux recommandations pour la santé.

A. LES DIFFERENTS PLANS MIS EN ŒUVRE EN FRANCE

Notre pays a mis en œuvre, au cours de ces dernières années, plusieurs plans relatifs à l’amélioration de la nutrition, à la lutte contre l’obésité ou le cancer

ou à la prévention de l'obésité. Tous ont en commun de promouvoir la pratique sportive.

1. Le Plan national nutrition santé (PNNS) 2011–2015

Ce plan, mis en place au début de la décennie, prévoyait de développer l'activité physique et sportive et de limiter la sédentarité dans le but d'atteindre des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés en avril 2010 par le Haut conseil de santé publique (HCSP) :

- Augmenter chez les adultes, en cinq ans, la proportion de personnes situées dans la classe d'activité physique élevée de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ; et dans la classe d'activité physique moyenne de 20 % au moins, selon le questionnaire IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) ;

- Atteindre, en cinq ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée, trois fois par semaine, pendant au moins une heure. Diminuer de 10 % au moins, en cinq ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

2. Le Plan obésité (PO) 2010-2013

À peu près contemporain du plan national nutrition santé, le plan obésité s'est appuyé sur le PNNS pour son volet prévention. Il était décliné en quatre axes dont un, le deuxième axe, ciblait plus particulièrement la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité :

« AXE 2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

« Mesure 2.2. Actions préventives conduites dans le cadre du PNNS :

« - développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité ;

« - promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidien pour tous ;

« - promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations défavorisées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques, ou âgées.

« Mesure 2.4. Actions préventives spécifiques :

« - action 18 : Renforcement de l'information sur la notion de sédentarité, notamment « le temps passé devant un écran » ;

« - action 22 : Favoriser un environnement propice à la mobilité douce ou active en lien avec le Plan national santé environnement (PNSE 2). »

3. Le Plan cancer 2009-2013

Il a pleinement intégré l'activité physique en prévention primaire, secondaire et tertiaire des cancers dans différentes actions :

« Action 8.6. Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés :

« - identifier et rendre accessible l'offre d'activités physiques ou sportive adaptée aux personnes atteintes de cancer, notamment en dehors des établissements de santé ;

« - sensibiliser les professionnels de santé et les patients au danger des comportements sédentaires et à l'intérêt de renforcer ou de maintenir une activité physique après un diagnostic de cancer.

« Action 11.6. Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique :

« - développer l'éducation sur ces sujets dès la maternelle et le primaire, notamment pendant le temps périscolaire dans le cadre de la réforme sur les rythmes scolaires ;

« - poursuivre des actions de communication nationales grand public et ciblées ;

« - sensibiliser et former les professionnels de la santé, de l'éducation ou du champ social dont l'activité influence l'alimentation et l'activité physique de la population.

« Action 11.7. Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien :

« - développer l'offre de transports actifs, l'accessibilité des escaliers dans le bâti, les plans de mobilité d'entreprise ;

« - inscrire dans la réglementation de l'urbanisme la prise en compte des mobilités ;

« - s'assurer que les offres d'activité physique sont accessibles à tous, particulièrement pour les publics les plus éloignés de la pratique ;

« - faciliter l'accès aux équipements sportifs publics (par exemple, par l'augmentation de l'amplitude des horaires). »

4. Le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015)

Ce plan répond en termes de propositions pratiques au rapport « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* ». Il est composé de 29 mesures et de fiches pratiques à destination des seniors : Plusieurs de ces mesures traitent de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité :

« - mesure 2 : développer la pratique d'activités physiques et sportives ;

« - mesure 16 : lutter contre la sédentarité, conforter le maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes ;

« - mesure 25 : former les soignants à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'AP des seniors adaptée à leur état de santé ;

« - mesure 27 : développer les programmes de recherche sur l'activité physique et la personne avançant en âge. »

5. La « Stratégie nationale sport santé 2019-2024 »

Il y a quelques mois, le gouvernement a annoncé la mise en œuvre de la « Stratégie nationale sport santé 2019-2024 » portée par la ministre des sports, Roxana Maracineanu et la ministre de la santé, Agnès Buzyn.

Les objectifs de ce programme consistent à « *(Re)mettre les Français en mouvement, déployer des pratiques adaptées et accessibles, reconnaître le rôle majeur de l'activité physique pour la santé physique et mentale de tous, notamment à visée thérapeutique* ». Et cela, de l'école à la fin de vie. Il importe ainsi « *d'éviter les moments de rupture, notamment l'adolescence et le passage à l'université* », souligne le ministère des sports. La volonté est d'accroître de 3 millions le nombre de pratiquants, soit une hausse de 10 %. Tripler la part des déplacements effectués chaque jour à vélo, de 3 % aujourd'hui, en s'appuyant sur l'esprit olympique de Jeux de Paris de 2024

Il s'agit de favoriser les mobilités actives, ce qui rejoint les préoccupations environnementales. Enfin, il est prévu de développer les maisons « sport et santé » : 100 d'ici à la fin de l'année 2020, 500 d'ici à 2022. Et un observatoire de l'accidentologie des sports devrait voir le jour en 2020.

Autre axes : développer l'activité physique adaptée à des fins thérapeutiques, le « *sport santé sur ordonnance* » pour les 10 millions de personnes atteintes de maladies chroniques. L'objectif a été inscrit dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Reste que la plupart des observateurs regrettent que les financements correspondants n'aient pas été prévus.

B. QUELQUES EXPERIENCES MENEES A L'ETRANGER

La France n'est pas le seul pays à vouloir promouvoir l'activité sportive pour améliorer l'état de santé de sa population. Il s'agit également d'une préoccupation partagée dans d'autres pays développés.

1. Un programme orienté vers les seniors aux États-Unis

Aux États-Unis, le programme *the National Blueprint : Increasing Physical Activity Among Adults Age 50 and Older* (2009) a pour but d'augmenter l'activité physique des seniors de 50 ans et plus. Il vise à guider et à donner un support méthodologique aux équipes impliquées dans la prévention par l'activité physique. Ce plan relève les obstacles au développement de l'activité physique chez les seniors et précise les moyens de les dépasser.

2. Le programme PAPRICA, en Suisse (2012)

PAPRICA (*Physical Activity Promotion in PRImary CAre*) est un programme national de promotion de l'activité physique développé en collaboration avec le Collège de Médecine de Premier Recours suisse (CMPR). Il utilise le potentiel du cabinet médical de ville à atteindre les personnes insuffisamment actives et la confiance accordée par les patients aux médecins traitants, pour amener les patients à adopter un mode de vie physiquement plus actif.

Le programme PAPRICA est intégré dans un projet plus large de promotion de la santé et de la prévention des maladies en Suisse, le « *Coaching Santé* ». Cette approche multidimensionnelle portée par le Collège de Médecine de Premier Recours a pour objectif de soutenir les patients et les médecins dans la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, le manque de mouvement, le surpoids, l'alimentation et le stress des patients.

3. Le programme « Suède en mouvement » (2001)

Dans la cadre du projet « *Suède en mouvement* », les associations professionnelles suédoises pour développer l'activité physique ont été nommées pour constituer un groupe d'experts scientifiques. Ces experts ont proposé de promouvoir « *l'activité physique sur prescription* » par les professionnels de premier recours. Dans ce cadre, les médecins, les kinésithérapeutes et les infirmières peuvent prescrire des activités physiques sur ordonnance.

Les praticiens professionnels se réfèrent à un manuel, le FYSS, qui contient des recommandations pour la prescription des activités en fonction des maladies chroniques ou de l'état de santé des patients.

Ce modèle de programme de promotion de l'activité sportive sur prescription a été reproduit dans plusieurs pays du Nord de l'Europe.

4. Le programme « *Let's Get Moving* », en Angleterre

Ce programme invite les professionnels de santé des soins primaires à évaluer systématiquement le niveau d'activité physique de leurs patients à l'aide d'un questionnaire. Ceux qui n'atteignent pas le niveau recommandé se voient remettre une brochure explicative et bénéficient d'une séance d'entretien motivationnel avec un éducateur spécialisé.

Ils définissent avec lui des objectifs à atteindre. Puis, selon leur préférence, ils sont orientés, soit vers un programme supervisé d'AP, soit vers une structure ou association sportive. Un suivi régulier, au moins trimestriel, est proposé.

5. Le « *Green Prescription Program* » en Nouvelle Zélande

Ce programme est basé sur la prescription d'activités physiques par un médecin généraliste ou par une infirmière de soins primaires.

Il cible les patients sédentaires en surpoids, les patients atteints de pathologie chronique stable ou les personnes en bonne santé ne répondant pas aux recommandations d'activité physique pour la santé.

La prescription d'activité physique est valable trois mois, durant lesquels le patient bénéficie du soutien d'un éducateur sportif spécialisé soit par téléphone soit de visu. Ce professionnel l'aide à définir un programme d'activité physique personnalisé, assure le suivi et effectue un retour d'information au prescripteur.

II. L'EVOLUTION DE LA LEGISLATION ET L'INFORMATION DU PUBLIC

A. L'AVANCEE PERMISE PAR LA LOI DE 2016

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 « *de modernisation de notre système de santé* » a permis une avancée majeure et novatrice en matière d'utilisation de l'activité physique à des fins thérapeutiques, en prévoyant, dans certains cas, la possibilité de prescrire, selon l'expression consacrée, « *du sport sur ordonnance* ». Cette disposition législative a été complétée par un décret.

1. Depuis 2016, la loi permet la prescription du « sport sur ordonnance »

L'article L. 1172-1 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de la loi précitée, dispose que « *Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité*

physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

De l'avis des observateurs, cette disposition constitue une avancée importante en matière de promotion du sport pour lutter contre un certain nombre d'affections. Le sport est désormais considéré comme « *une thérapie non médicamenteuse* ». Certains regrettent toutefois que cette possibilité ne concerne, de manière assez limitative, que les affections de longue durée.

Les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées sont précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant.

2. Les précisions apportées par le décret du 30 décembre 2016

Le décret définit l'objet du sport prescrit sur ordonnance : « *La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences* ».

Le décret précise que lorsque les patients présentent des limitations fonctionnelles sévères, seuls certains professionnels de santé sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

Il détermine en outre que « *La prise en charge des patients est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice* ».

Le décret prévoit enfin un suivi et dispose que, « *avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu* ».

B. LES CAMPAGNES D'INFORMATION

Créée en 2004, la Haute autorité de santé (HAS) remplit trois fonctions principales : l'évaluation, la recommandation et la certification dans le domaine de la santé. En matière d'activité physique, elle a publié un guide qui s'adresse aux médecins pour les accompagner dans leur démarche de prescription d'activité physique qui ne s'enseigne pas forcément dans les universités de médecine.

1. Un guide de bonnes pratiques publié par la Haute autorité de santé (HAS)

En octobre 2018, la HAS a publié un guide pratique pour la « promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique (AP) et sportive pour la santé chez les adultes », accompagné de référentiels d'aide à la prescription par pathologie. L'objectif est de permettre aux médecins de prescrire de l'activité physique aux personnes atteintes de maladies chroniques ou présentant un état de santé (avancée en âge, grossesse, etc.) pour lesquels les bénéfices de l'activité physique sont reconnus.

Ce document permet à des médecins, généralistes ou spécialistes, de conduire une consultation centrée sur l'activité physique et les guide dans leur prescription d'activité physique dans un but de prévention et/ou de traitement. Il aide les médecins à promouvoir l'activité physique auprès de leur patient et à les accompagner vers un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire, en sécurité, et dans la mesure du possible en toute autonomie.

Ce guide devrait faciliter la mise en place dans les territoires de parcours de santé pluri-professionnels centrés sur la prescription d'AP et sportives en soins primaires. Les professionnels y trouvent des connaissances de base sur l'activité physique et ses effets sur la santé, des outils d'évaluation du niveau de risque cardiovasculaire, de la condition physique, de la motivation du patient et des recommandations sur l'étendue de l'évaluation médicale à réaliser avant de prescrire une activité physique.

Les recommandations de ce guide relèvent avant tout d'un accord d'experts et viennent en soutien du jugement clinique du médecin, avec la volonté de lui proposer une démarche à la fois sécuritaire, réaliste et réalisable.

2. Les définitions précises de la HAS

L'activité physique comprend les activités physiques de la vie quotidienne avec les déplacements actifs (marche, escaliers, vélo), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage) et les activités professionnels ou scolaires ; les exercices physiques (AP structurées, répétitives dont l'objectif est le maintien de la condition physique), et les activités sportives de loisirs ou en compétition (forme particulière d'AP où les participants répondent à un ensemble de règles et d'objectifs bien définis).

La sédentarité est définie comme une situation d'éveil caractérisé par une faible dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 METs¹. Les activités

(1) L'équivalent métabolique (*Metabolic Equivalent of Task, MET*) est une méthode permettant de mesurer l'intensité d'une activité physique et la dépense énergétique. On définit le MET comme le rapport de l'activité sur la demande du métabolisme de base. L'échelle d'équivalence métabolique va de 0,9 MET (sommeil) à 18 MET (course à 17,5 km/h). Plus l'intensité de l'activité est élevée, plus le nombre de MET est élevé.

sédentaires comprennent toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée (regarder la télévision, lire, écrire, travailler sur un ordinateur, se déplacer en véhicule automobile) et la position debout statique.

Elle diffère de l'**inactivité physique** qui se caractérise par un niveau insuffisant d'activité ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé pour la santé, soit l'équivalent d'au moins 150 minutes par semaine d'activité d'intensité modérée.

3. Un acteur essentiel : Santé publique France

La campagne « Manger-bouger » est menée par Santé publique France, une agence publique résultant de la fusion de l'Institut de Veille Sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (ERPUS).

L'une des missions de Santé publique France consiste à surveiller l'évolution des comportements et à fournir des informations sur la situation nutritionnelle en France. L'organisme a aussi pour objet de promouvoir les comportements en matière d'alimentation, d'activité physique et de sédentarité favorables à la santé.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) poursuit trois grandes ambitions : informer les consommateurs sur les aliments qu'ils consomment, surveiller l'évolution de la situation nutritionnelle de la population et engager les mesures de santé publique nécessaires.

Il s'agit plus précisément d'inciter à consommer plus de fruits et légumes, de calcium et de glucides (en réduisant l'apport de sucres simples), et d'un autre côté à restreindre la consommation de lipides et d'alcool.

Le PNNS vise aussi à stimuler l'activité physique pour rééquilibrer les apports et les dépenses d'énergie. Car l'effet combiné de la « malbouffe » et de la sédentarité s'avère très néfaste et se mesure notamment par une augmentation des maladies cardio-vasculaires.

Le lien entre cancer et alimentation est également avéré, et l'effet protecteur des fruits et légumes est reconnu par tous les experts. Sans oublier l'augmentation inquiétante des cas d'obésité, notamment parmi les jeunes.

4. La campagne d'information « Manger-Bouger »

Depuis plusieurs années, Santé publique France a lancé la campagne « Manger Bouger » qui vise à encourager les comportements favorables à la santé et notamment la modification progressive des habitudes alimentaires.

La campagne met l'accent sur deux catégories d'aliments particulièrement intéressants pour leurs qualités nutritionnelles et leur accessibilité économique : les légumes secs et les féculents complets (pain complet ou aux céréales, pâte et semoule complètes, etc.).

Malgré leurs atouts, ils ne sont pas assez présents dans les assiettes des Français : 60% des adultes ne mangent pas de produits céréaliers complets, et 85 % ne satisfont pas la recommandation concernant les légumes secs, à savoir en consommer deux fois par semaine.

LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES SIMPLIFIEES POUR LES ADULTES SONT REPARTIES EN TROIS CATEGORIES :

- augmenter sa consommation de fruits et légumes, de légumes secs et de fruits à coque non salés, son activité physique et le « fait maison ».

- aller vers les aliments bio, de saison, ou produits localement, une consommation en alternance de poissons gras et maigre, une consommation suffisante mais limitée de produits laitiers, des féculents complets, de l'huile de colza et de noix riche en oméga 3 et de l'huile d'olive.

- réduire la viande, la charcuterie, l'alcool, les produits et les boissons sucrés, les produits salés, les produits avec un Nutri-Score D et E, le temps passé assis.

La mission ne peut que regretter l'absence de communication sur les chaînes locales de télévision des outre-mer, ainsi que l'absence de recettes locales susceptibles de motiver les populations concernées.

III. LES FREINS ET LES INCITATIONS AUX ACTIVITES PHYSIQUES

Les outre-mer restent globalement confrontés à des contraintes restreignant la pratique d'activités sportives : difficultés financières, sous-équipements sportifs, dissémination de la population, sans compter les conditions climatiques qui peuvent parfois dissuader de se déplacer à pied ou à vélo.

Néanmoins, les réussites enregistrées en Polynésie, en Guadeloupe ou en Martinique prouvent qu'une prise de conscience d'une partie de la population est réelle et que les obstacles peuvent être surmontés.

A. LES DIFFICULTES LIEES A LA PRATIQUE SPORTIVE OUTRE-MER

Même si le coût d'une activité sportive n'est pas très élevé, son absence de remboursement peut constituer un frein pour les plus démunis. Mais le relatif faible nombre d'équipements sportifs et leur répartition inadéquate dans les outre-mer constitue une autre difficulté à laquelle se heurtent les politiques visant à promouvoir les pratiques physiques ou sportives. Enfin, la formation de praticiens en outre-mer mériterait certainement d'être interrogée.

1. L'aspect financier de la pratique sportive

La pratique d'une activité physique ou sportive est considérée comme un moyen de prévention. Pour cette raison, elle n'est pas remboursée par l'assurance maladie. Et même si beaucoup d'activités (gymnastique, course à pied, vélo, etc.) ne représentent pas des dépenses considérables, leur coût peut quand même constituer un frein pour les populations les plus démunies, les plus atteintes par les problèmes de surpoids. Le problème est d'autant plus aigu dans les outre-mer où le niveau de vie est inférieur à la moyenne nationale.

Le docteur Albert Scemama, représentant la Haute autorité de santé, regrette l'absence de remboursement. Il fait remarquer que l'article R 4127-8 du code de santé publique, repris dans l'article 8 du code de déontologie médicale, dispose que « *dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* », seul l'intérêt du patient devant être pris en compte. Si l'activité physique était considérée comme une thérapie non médicamenteuse, donc curative, alors elle mériterait d'être remboursée.

Les responsables politiques craignent une forte hausse des prescriptions d'activités sportives si cette activité était remboursée par la sécurité sociale. Mais le docteur Scemama fait remarquer que les pays étrangers qui ont admis un tel remboursement n'ont pas enregistré une forte augmentation de leurs dépenses de santé. Selon l'OMS, le manque d'activité physique représenterait 2 à 3 % des dépenses de l'assurance-maladie. Il convient donc de faire la soustraction entre ce que coûterait le remboursement de l'activité physique ou sportive et le bénéfice que cela apporterait par de moindres dépenses.

2. Un déficit d'équipements sportifs dans les outre-mer

Au-delà des freins liés au coût, les outre-mer sont pénalisés en raison de sous-dotations en équipements sportifs par rapport à l'hexagone. L'inspection générale de la jeunesse et des sports et l'inspection générale de l'administration ont publié en 2016 un rapport conjoint sur « *les besoins en matière d'équipements sportifs dans les outre-mer* », rédigé par Daniel Zielinski, inspecteur général de la jeunesse et des sports, Rémi Duchêne, inspecteur général de l'administration et Grégory Valot, inspecteur de l'administration. Cette mission a mis en lumière un niveau global d'équipement ultra-marin « *inférieur d'un bon tiers* » en comparaison de la moyenne nationale, notamment si l'on se réfère au nombre d'équipements pour 10 000 habitants.

Les chiffres fournis par le ministère des sports permettent d'établir le tableau comparatif suivant, qui montre le différentiel criant entre les outre-mer et la moyenne nationale.

ÉQUIPEMENTS SPORTIFS PAR TERRITOIRE

Territoire	Nombre d'équipements	Ratio pour 10 000 habitants
Saint-Pierre-et-Miquelon	38	62,7
Saint-Martin	27	7,6
Saint-Barthélemy	16	17,2
Guadeloupe	1 270	31,6
Martinique	1 252	32,5
Guyane	796	32,6
Mayotte	330	15,5
La Réunion	3 057	36,6
Nouvelle-Calédonie	1 123	41,8
Îles Wallis et Futuna	68	55,8
Polynésie française	1 025	38,2
Moyenne nationale		53,7

Source : Direction des sports, base RES, octobre 2018

La quasi-totalité des territoires se situe très en-deçà de la moyenne nationale, souvent autour de 30 équipements pour 10 000 habitants. Saint-Pierre-et-Miquelon fait exception, en raison de son petit nombre d'habitants. Des situations extrêmes sont recensées sur les îles de Saint-Martin ou de Mayotte, particulièrement sous-équipées. Parmi les dix territoires les moins dotés en équipements à l'échelle, neuf sont ultramarins.

Au-delà des équipements sportifs « classiques », les outre-mer manquent aussi structurellement de pistes cyclables et tout simplement de trottoirs pour que les piétons puissent marcher en toute sécurité. Dans ces conditions, le recours à la voiture individuelle se comprend aussi pour des raisons de sécurité.

Enfin, dans certains territoires, lorsque les équipements sportifs existent, ils peuvent être en mauvais état ou très rudimentaires. Ainsi l'absence de vestiaire freine clairement la pratique sportive des filles.

3. Un manque flagrant de piscines dans les outre-mer

L'analyse quantitative ne doit également pas occulter un élément qualitatif : la diversité des disciplines praticables avec les équipements disponibles. À titre d'exemple, il existe des carences manifestes en piscines, à Mayotte ou en Guadeloupe, provoquant des retards alarmants dans la maîtrise de la nage dans des territoires pourtant insulaires.

Le Baromètre santé dans les DOM nous apprend que si 81 % des habitants de l'hexagone savent nager, ils ne sont que 69 % à la Guadeloupe et 72 % à la Martinique à être dans ce cas, ce qui est paradoxal pour des territoires insulaires, préoccupant sur le plan de la sécurité et du risque de mort par noyade et révélateur du manque d'infrastructures.

Les ratios globaux d'équipements au niveau des territoires peuvent cependant masquer d'importantes disparités infra-territoriales. Ainsi, en Guyane, on constate des écarts considérables entre les communes : la direction de la jeunesse et des sports dénombre 137 habitants pour un équipement à Sinnamary quand ce ratio s'élève à un pour 1 530 pour Apatou et même à un pour 3 168 pour Papaïchton. À titre de comparaison, la moyenne nationale est d'un équipement pour 186 habitants.

Ces disparités infra-territoriales ne sont pas négligeables alors que, comme évoqué plus tôt, l'accessibilité de certaines zones des territoires est difficile.

En Polynésie, le grand nombre d'îles sur lesquelles vit la population polynésienne ne favorise pas la pratique d'activités sportives : beaucoup d'entre elles, trop petites, ne présentent pas d'équipements sportifs. Et dans la principale ville de l'archipel, Papeete, la municipalité nous a confirmé qu'il n'existait aucune piste cyclable pour favoriser la pratique du vélo ; tous les déplacements se font en voiture.

4. Une offre inégalement répartie à La Réunion

A La Réunion, face aux constats partagés sur le surpoids et l'obésité, les comportements et l'offre alimentaires, les pratiques d'activité physique et la prise en charge des maladies nutritionnelles et de leurs facteurs de risques, l'amélioration de la santé nutritionnelle est l'un des 8 enjeux définis dans le cadre d'orientation stratégique du projet de santé 2018-2028. Les acteurs locaux se mobilisent face à cette problématique au travers notamment du PRS (Plan Régional de Santé) et de la conférence de consensus du diabète (2016-2017).

Une convention a été signée entre l'ARS OI (Agence régionale de la santé Océan Indien) et l'ORS OI (Observatoire régional de la santé Océan Indien) pour mettre en place des outils statistiques relatifs à cette problématique.

Ainsi, selon l'Observatoire régional de la santé, l'île de la Réunion compte 2 400 équipements sportifs, hors sport de nature et 1 700 clubs affiliés à une fédération sportive y sont répertoriés. Quatre Réunionnais sur dix déclarent pratiquer une activité sportive régulière tandis que 20 % étaient licenciés dans un club de sport en 2017.

Le taux d'équipements sportifs pour 10 000 habitants s'élève à 36,6 à la Réunion contre 53,7 dans l'Hexagone tandis que le nombre de clubs sportifs pour 10 000 habitants s'élève à 20 contre 25 en métropole. En conséquence, l'île ne compte que 19 licenciés pour 100 habitants contre 25 au niveau national.

L'offre régionale est donc diversifiée mais elle est inégalement répartie sur le territoire et elle reste en outre inférieure à l'offre nationale : La Réunion apparaît donc sous-dotée en équipements et clubs sportifs.

5. Le plan Kanner de modernisation des équipements outre-mer

En 2016, dans le but de moderniser les équipements sportifs outre-mer, le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports de l'époque, M. Patrick Kanner, avait annoncé un « plan de rattrapage » pour les équipements sportifs outre-mer. Ce plan d'investissement prévoyait un effort de 80 millions d'euros par an sur quatre ans (2017 à 2020 inclus), financés à parité entre le ministère des sports - par le Centre national pour le développement du sport (CNDS) - et le ministère des outre-mer - par le fonds exceptionnel d'investissement. L'effort devait ainsi être de 10 millions d'euros par ministère et par an sur les quatre ans.

La circulaire interministérielle du 10 novembre 2016 relative à la mise en place du plan de développement des équipements sportifs en outre-mer précise que sont éligibles « *les équipements sportifs de toute nature, en construction d'équipements neuf ou en rénovation, et incluant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap* ». Aucun critère géographique n'est fixé.

Toutefois, selon un rapport du Sénat¹, la mise en œuvre du plan de soutien au développement des équipements sportifs outre-mer a fait craindre que l'engagement pris ne soit pas complètement respecté. Si 19,5 millions d'euros ont été mobilisés en 2017 par les deux ministères, ce ne sont plus que 12 millions d'euros qui ont été financés en 2018, le ministère des sports réduisant sa participation à 7 millions sur les 10 prévus et le ministère des outre-mer à 5,1 millions d'euros.

En 2019, le ministère des sports a, de nouveau, prévu de consacrer 10 millions d'euros à la rénovation des équipements ultra-marins.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PLAN SPÉCIAL DES DEUX MINISTÈRES

<i>en euros</i>	2017	2018 (estimation)
Ministère des sports	10 944 600	7 millions annoncés
Ministère des outre-mer	8 516 203	5 126 000
Total plan spécial	19 460 803	environ 12 millions

Source : Rapport d'information n° 140 (2018-2019) du Sénat (cf. supra)

6. Sensibiliser les praticiens ultra-marins

Les outre-mer concentrent une population précarisée et dont la santé est moins bonne qu'en métropole. Par ailleurs, les maladies y sont parfois très différentes (dengue, chikungunya, zika, etc.). Les médecins généralistes n'accordent donc pas forcément beaucoup d'importance à la pratique sportive, estimant avoir des affections plus graves à traiter. Il y a peu, on en entendait

(1) Rapport d'information n° 140 (2018-2019) de Mmes Catherine Conconne, Gisèle Jourda, Viviane Malet et Lana Tetuanui, fait au nom de la Délégation sénatoriale aux outre-mer, déposé le 20 novembre 2018

certaines déclarer que le sport n'était pas bon pour les personnes ayant des problèmes de santé. On l'entend encore paraît-il.

Dans certains territoires comme Mayotte, les problèmes de santé sont multiples et lourds à gérer : l'activité physique arrive en dernier. Or, on est en train de se rendre compte que, bien au contraire, elle est à la base d'une santé équilibrée. Comme nous l'ont fait remarquer nos interlocuteurs du ministère des sports, le réflexe pour un médecin consiste trop souvent à dire : « *Vous êtes fatigué ? Reposez-vous.* » C'est le discours inverse qu'il devrait tenir.

B. LA SITUATION EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

Madame Nicole Sanquer députée de Polynésie et ancienne ministre locale des sports fait remonter à 2015 la prise de conscience relative au problème de surcharge pondérale de la jeunesse polynésienne. Elle se souvient du retard constaté alors sur les infrastructures sportives et de la mise en œuvre d'un schéma directeur pour rendre le sport accessible au plus grand nombre.

1. Le programme Maitai (« aller bien »)

Un dispositif destiné à développer les activités physiques parmi les personnes en surpoids a été mis en œuvre depuis peu en Polynésie. Il s'agit d'« activités physiques adaptées à la santé » (APAS) qui ont été regroupées dans le programme « Maita'i Sport Santé ».

La première expérimentation du « Sport sur ordonnance » a été menée entre novembre 2017 et avril 2018 avec des activités physiques adaptées à un public en surpoids. Si une centaine de personnes ont participé à cette expérimentation, il faut regretter que la moitié des participants ne soient pas allés jusqu'au bout des dix séances prévues qui, étalées sur six mois, ne représentaient pourtant pas une contrainte insurmontable.

Depuis 2018, ces expérimentations ont été adaptées et leur durée réduite à cinq mois. Le nombre de candidats semble avoir considérablement augmenté tandis que le taux d'attrition des participants diminue. Lorsque la mission d'information s'est rendue sur place, en juillet 2019, une session venait de se terminer et les candidatures pour la session suivante étaient très nombreuses.

Le projet est toujours en phase de développement et s'inscrit dans le cadre d'un schéma directeur qui porte sur la période 2019-2023.

2. Le programme « administration active »

Le Haut-commissariat de la République en Polynésie française a constaté que 65 % de son personnel était en surpoids ou obèse. Considérant que l'employeur avait une responsabilité, l'administration a donc décidé de lancer un

programme « Administration active » à l’instar des « Entreprises actives » qui existent dans le secteur privé. Comme les salariés ou fonctionnaires passent un tiers de leur vie active au travail, le milieu professionnel est un bon levier pour agir.

Des activités physiques (vaa, taïchi, yoga, marche, etc.) ont été mises en place pendant la pause méridienne. Parallèlement, des vélos à assistance électrique ont été mis à disposition du personnel. Toutes ces activités étaient gratuites la première année, en 2017. En 2018, l’opération a coûté 16 375 euros (rémunérations d’entraîneurs, installation de 5 douches, aménagement divers, etc.). Sur les 275 agents de du Haut-commissariat, 130 ont participé à ces activités qui ont permis une véritable prise de conscience chez certaines personnes de la nécessité de perdre du poids.

Parallèlement au sport, un atelier nourriture a été mis en place pour ajouter aux activités physiques une bonne pratique alimentaire. Des affiches destinées à promouvoir l’usage des escaliers ont été apposées sur les ascenseurs et certains agents qui allaient en voiture au Mc Drive distant de 300 mètres y vont désormais à pied. « *L’idéal serait qu’ils varient davantage leur alimentation...* »

C. DES EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES

L’augmentation de la proportion de personnes en surpoids et la dégradation de leur santé ne doivent pas faire perdre de vue les actions menées, parfois avec succès pour lutter contre l’avorissement des corps. Plusieurs collectivités ont mis en œuvre des programmes remarquables qui donnent des résultats encourageants. La mission d’information en présente quelques-uns.

1. Le réseau national des « villes sport-santé sur ordonnance »

Le réseau national des villes sport-santé sur ordonnance a vu le jour lors des premières assises européennes qui ont eu lieu à Strasbourg en octobre 2015. Sous l’égide du réseau français des « villes santé » de l’organisation mondiale de la santé (OMS), il a semblé opportun à certains édiles de lancer une dynamique autour du sport-santé à une époque où la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé était en cours de mise en œuvre.

Le réseau national, composé de l’ensemble des villes souhaitant activement participer à la réflexion sur le développement du sport-santé sur ordonnance, peut se saisir de différentes thématiques et sujets dans le but, par exemple :

- d’accompagner la structuration politique, technique et budgétaire des initiatives locales de sport-santé ;

- de formuler des recommandations dans le cadre du débat national ;

- de discuter des différentes modalités de fonctionnement, etc.

La ville de Strasbourg, pionnière en la matière, est coordinatrice de ce réseau national. Elle a organisé en mars 2016 la première réunion du groupe de travail national, dans les locaux de l'INPES à St Denis : les 30 personnes présentes (pour 20 villes représentées) ont été les initiateurs du projet.

Les villes du réseau sont les suivantes : Amiens, Angers, Besançon, Biarritz, Blagnac, Boulogne-sur-Mer, Bourgoin Jallieu, Cabries-Calas, Carcassonne, Cavalaire-sur-mer, Chalon-sur-Saône, Charenton-le-Pont, Château-Thierry, Coudekerque-Branche, Courcouronnes, Douai, Evry, Fort de France, Gif-sur-Yvette, Grand Nancy, Illkirch-Graffenstaden, La Croix-Valmer, La Rochelle, Le Cres, Le Grand Chalon, Lille, Marseille, Metz, Mont de Marsan, Montreuil, Mulhouse, Nantes, Narbonne, Nice, Orléans, Paris, Perpignan, Reims, Rennes, Romans-sur-Isère, Saint-Paul de la Réunion, Saint-Pierre de la Réunion, Sète, Strasbourg, Toulouse, Val de Reuil, Valence, Villeurbanne.

Le réseau français des villes-santé a publié sa stratégie pour la période 2020-2030 et s'appuie sur la stratégie des Villes-Santé en Europe et son Consensus de Copenhague. L'objectif vise à réduire les inégalités sociales de santé et à intégrer la santé dans toutes les politiques locales comme l'habitat, les transports, la cohésion sociale, la petite enfance ou l'urbanisme.

Si cette stratégie s'inscrit dans un cadre européen, elle est aussi le reflet du contexte national français où les inégalités sociales de santé et le nombre de décès prématurés (avant 65 ans) restent préoccupants.

2. Les projets mis en place à la Martinique

Le dispositif Saphyr a été mis en place à la Martinique en 2016 à destination des personnes sédentaires dans le but de leur offrir la chance de s'initier à l'activité physique, puis de la pratiquer de façon régulière et durable, pour préserver leur santé. Saphyr a été développé par l'association Ermancia et porté par son président Didier Smadja, dans le but d'amener les personnes accueillies à pratiquer une activité physique régulière et suffisante et de mettre en place un accompagnement adapté à leurs besoins

L'entrée dans ce dispositif est proposée après avis médical. Elle est soumise à quelques critères : il faut être âgé de plus de 40 ans, être sédentaire et être atteint d'une pathologie stabilisée.

Une fois les besoins individuels identifiés, les intéressés font l'objet d'un accompagnement pour l'acquisition de comportements d'une pratique de l'activité physique régulière et suffisante. Les dix séances « *An ti swé* » proposées sont animées par un intervenant spécialisé en activité physique, sur une durée d'un à deux mois, et selon un programme spécifique portant sur les principales disciplines sportives (marche, course, natation...).

Ce programme a été financé à hauteur de 60 000 euros par l'ARS de la Martinique. L'État a contribué pour 22 000 euros et les collectivités territoriales pour 20 000 euros.

En outre, **le 3 avril 2019, une Déclaration d'engagement a été signée** à la Martinique par tous les acteurs majeurs de l'île, dans le but de promouvoir une pratique sportive qui permette de rester plus longtemps en bonne santé. Le projet est porté par l'institut Martiniquais du Sport (IMS), établissement public industriel et commercial dépendant de la collectivité territoriale de la Martinique (CTM).

L'objectif consiste à « *promouvoir et faciliter l'accès pour tous à l'activité physique et au sport pour une amélioration perceptible et durable de l'état de santé générale de la population martiniquaise* ».

Il s'agit de mettre en place une stratégie de collaboration interdisciplinaire entre le monde sportif et le monde sanitaire afin de prévenir les maladies et, le cas échéant, de réduire leurs effets aussi bien sanitaires, sociaux et que psychologiques. Autrement dit, faire de la pratique du sport à la Martinique un moyen efficace de prévention, de soin, d'accompagnement et de thérapie, d'insertion, de bien-être et de préservation fonctionnelle du lien social trop souvent rompu par les multiples fragilités socio-économiques spécifiques à ce territoire.

3. Les « Parcours sportifs de santé sécurité » de la Guadeloupe

La Guadeloupe est souvent présentée comme une « terre de champions » qui a vu naître de nombreux sportifs de haut niveau. Toutefois, ces athlètes ne sont pas le reflet fidèle de la pratique sportive de l'ensemble de la population. L'étude AphyGuad réalisée en 2011 en Guadeloupe a montré que seuls 60 % des adultes de plus de 15 ans atteignait le niveau d'activité physique favorable à la santé, à savoir l'équivalent de 30 minutes de marche par jour.

Suite à ce constat, des Parcours sportifs de santé sécurité (P3S) ont été installés par le Conseil régional dans les 32 communes de la Guadeloupe grâce à un partenariat avec les mairies. Ce dispositif vise à lutter contre les problèmes de santé publique et la sédentarité grandissante au sein de la population locale.

Les lieux d'implantation ont été choisis par les communes en lien avec le conseil régional. Les agrès ont été sélectionnés par les professionnels de santé et du sport pour garantir la sécurité de l'activité favorisant l'endurance (rameur, vélo à bras, barreur, marcheur, etc.).

Le financement de ces P3S est assuré est assuré par le conseil régional qui rembourse les communes à hauteur de 60 000 euros par installation. Un encadrement par des éducateurs sportifs et des professeurs d'activité physique adaptée (APA) est proposé deux fois par semaine sur chaque parcours. C'est l'Agence régionale de santé (ARS) de la Guadeloupe qui alloue un budget pour le financement de ces éducateurs, la prestation étant facturée 30 euros de l'heure.

Une évaluation du dispositif a été réalisée auprès des utilisateurs et des éducateurs, confirmant l'utilité des installations. Cette évaluation a donné lieu à un mémoire d'un étudiant en master. Au total, 31,8 % des personnes fréquentant les P3S ne pratiquent aucun autre sport et 49,6 % sont soit en surpoids, soit obèses. 73 % sont des femmes.

Au bilan, les P3S sont maintenant bien connus de la population guadeloupéenne qui a bien intégré ce dispositif. L'encadrement par des éducateurs est une source de motivation et fait de ces installations un lieu où l'on pratique l'activité physique en groupe, gratuitement et dans la convivialité. Une journée de lutte contre la sédentarité réunissant plus de 4 000 personnes a été réalisée.

4. Strasbourg ville pionnière

C'est le docteur Alexandre Feltz, élu municipal, qui a convaincu Roland Ries, maire de Strasbourg, de promouvoir dans sa ville la prescription d'activités physiques sur ordonnance. L'annonce a été faite en 2012 par le maire que les médecins généralistes pouvaient prescrire du « sport santé sur ordonnance », en l'occurrence du vélo, à des personnes touchées par des maladies chroniques.

Sept ans plus tard et grâce à la complicité des médias qui ont largement diffusé la nouvelle, 380 médecins généralistes prescrivent des activités physiques. Plus de 2 500 personnes ont, à ce jour, été vues en entretien et 800 patients sont suivis de manière hebdomadaire. Le sport santé se pratique de préférence en groupe, ce qui présente trois avantages :

- le groupe crée une dynamique et renforce la motivation ;
- cela réduit les coûts ;
- les personnes en surpoids étant regroupées, elles n'ont plus à subir le regard des autres.

Principale critique à la promotion du sport sur ordonnance : il n'est pas financé par l'assurance-maladie. « *Or, pour que le système fonctionne, il faut que ce soit organisé et financé* » insiste le docteur Feltz, qui a rappelé à la mission d'information qu'il ne souhaitait « *qu'une participation forfaitaire, pas un remboursement intégral* ». « *Cela pourrait ne pas être beaucoup, d'autant que le gain financier serait immédiat pour la sécurité sociale* ».

Ainsi, à Strasbourg, la municipalité prend totalement en charge la première année. Ensuite, les personnes participent selon leurs revenus à hauteur de 20 à 100 euros par an. Les inégalités sociales de santé sont criantes : 70 % des personnes qui pratiquent le sport santé ne savent ni faire du vélo ni nager. Et beaucoup vivent sous le seuil de pauvreté.

Au bilan, le docteur Feltz a noté, dans sa ville de Strasbourg, une diminution du diabète en quelques semaines et une diminution de l'hypertension en quelques mois. La principale limite du dispositif, à ce jour, semble être le manque d'éducateurs spécialisés, pas assez nombreux. Il peut y avoir jusqu'à deux ou trois mois d'attente pour intégrer une filière sport santé dans l'attente que soient nommés ces praticiens qui ont suivi un enseignement en activité physique adaptée à la santé (EAPAS). Paradoxalement, certains de ces éducateurs se retrouvent au chômage malgré leur diplôme, en l'absence de financement de leur poste : « *la santé ne veut pas payer du sport* » résume le docteur Feltz.

LES PRÉCONISATIONS DE LA MISSION D'INFORMATION

La santé publique couvre un vaste domaine et il existe non pas un mais de multiples leviers pour lutter contre ces fléaux modernes que sont l'obésité, le diabète, etc. Tous doivent être activés en même temps. Ainsi, il ne suffit pas de promouvoir le sport si les populations ne sont pas éduquées et si les habitudes alimentaires ne sont pas modifiées. La stratégie doit être globale et fédérer l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs et particuliers.

Un certain nombre d'actions pourraient toutefois être utilement menées à l'échelle nationale ou à celle des outre-mer, l'Assemblée nationale donnant l'exemple.

1. A l'échelle nationale

1. Inciter les professionnels de santé à **renforcer le dépistage** du surpoids et de l'obésité, à évoquer ce phénomène avec leurs patients et à leur faire prendre conscience de leur état et des dangers du surpoids, beaucoup étant dans le déni.

2. Demander aux ministères de la Santé, de l'Éducation nationale et du Sport de **développer la perception de la représentation corporelle** par les personnes en surpoids, l'acceptation de son image étant essentielle à la pratique d'une activité physique

3. La lutte contre l'obésité ne sera efficace que si **une approche globale** est adoptée : l'éducation nationale, les familles, les fabricants et importateurs de produits alimentaires, les médias doivent être associés à des campagnes de sensibilisation contre le fléau de la surcharge pondérale. Le sujet nécessite une coordination interministérielle forte et reconnue.

4. **Réduire la place de la voiture** en ville au profit des piétons et des cyclistes.

5. **Favoriser l'activité physique**, dès le plus jeune âge en s'inspirant d'expérimentations mises en œuvre au Canada où un parent prend en charge un groupe d'enfants (pédi-bus ou vélo-bus) pour aller à l'école.

6. En matière d'architecture, **remettre l'escalier au cœur de la construction** des nouveaux bâtiments plutôt que les ascenseurs.

7. **Diffuser plus largement l'information** sur les bonnes pratiques alimentaires, sur les dangers du surpoids et sur les bienfaits de l'activité physique, même modérée.

8. Créer une commission d'enquête pour **contrôler** le niveau et la réalité de l'application de la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013, dite **loi Lurel sur les sucres outre-mer et la faire appliquer** avec plus d'efficacité le cas échéant.

9. La loi Lurel ne s'intéresse pas aux boissons et aliments produits localement et destinés aux seuls marchés ultra-marins. En accord avec les spécialistes auditionnés, les rapporteurs préconisent donc que le ministère de la santé détermine **un taux fixe de sucre à ne pas dépasser**, notamment pour les sodas et yaourts : un taux de 11 à 12 grammes pour 100 ml semble être une cible idéale et réaliste.

10. Demander à la **Cour des comptes de réaliser un rapport** sur le coût direct des maladies chroniques et de leurs conséquences ainsi que des économies potentielles qui pourraient être réalisées par la mise en place d'une politique de prévention qui s'appuierait notamment sur la promotion de l'activité physique.

11. Alourdir **la fiscalité** sur les produits alimentaires qui favorisent le développement de toutes ces pathologies chroniques (sucre, huile, sel, alcool) et baisser celle des produits sains, voire des salles de sport et des équipements sportifs.

12. Demander au gouvernement d'étudier la possibilité d'obliger les industriels à faire apparaître sur **les emballages des produits alimentaires transformés** des mentions relatives aux dangers d'une consommation excessive, à l'instar de ce qui est fait sur les paquets de cigarettes.

13. S'inspirer de la législation relative aux boissons alcoolisées, pour interdire **ou limiter la publicité de boissons et aliments dépassant un certain seuil de sucres** ou de sucres ajoutés, notamment à proximité des établissements scolaires.

14. Créer **une mission interministérielle de lutte contre l'obésité** sur le modèle de la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) car le combat contre la surcharge pondérale devra associer tous les acteurs étatiques concernés (Santé, sport, éducation nationale, etc.). Cette mission serait notamment chargée de réaliser un état des lieux de toutes les expérimentations pratiquées sur le territoire (hexagonal et ultra-marins), d'en observer le résultat, et de donner des recommandations quant aux expérimentations à étendre sur le territoire.

15. **Sensibiliser les médecins** pour qu'ils prescrivent davantage de sport sur ordonnance. Jusqu'à présent, il semble que les praticiens soient plus dans le curatif (prescription de médicaments) que dans le préventif (prescription de sport).

16. **Multiplier les enquêtes statistiques** aussi bien nationales que locales sur les phénomènes liés au surpoids, aux maladies qui en découlent et à la pratique sportive. Dans certaines collectivités d'outre-mer, les statistiques les plus récentes

remontent à 2008 voire 1998 (Mayotte), ce qui ne permet pas de mesurer l'évolution du phénomène.

17. **Négocier avec le patronat** les moyens de promouvoir le sport dans les entreprises puisqu'il est établi qu'un salarié bien portant est moins souvent absent et plus productif en prévoyant, par exemple, un emploi du temps flexible pour permettre la pratique du sport pendant la journée.

2. A l'échelle des outre-mer

1 **Mettre en œuvre un véritable plan d'envergure de création et de développement d'équipements sportifs** là où ils sont encore trop peu nombreux : pas un seul parquet en Polynésie (pour pratiquer le basket, le hand-ball, le volley, etc.), pas un seul mètre de piste cyclable...

2. Créer, pour les populations ultra-marines les plus démunies qui souhaiteraient adhérer à un club sportif, **une « licence sportive sociale »** qui serait moins chère (voire à 1 euro symbolique) qu'une licence sportive classique.

3. Aménager de manière systématique **des vestiaires** dans tous les lieux sportifs, car leur absence est un frein à l'activité sportive des femmes.

4. Les autorités publiques locales qui déterminent, sur certains territoires, les listes de « produits de première nécessité » à subventionner doivent **cesser de favoriser les produits nocifs pour la santé** (huiles, beurre, sucre, viandes en conserve, etc.) au profit de produits plus sains comme les fruits ou les légumes secs ou frais.

5. Dans le cadre de la croissance bleue, **développer une véritable politique sportive tournée vers la mer** en favorisant des activités physiques telles que la natation, la plongée ou l'aviron.

6. **Rouvrir la « maison des diabétiques » de Papeete** et favoriser la prévention relative à la surconsommation de produits sucrés.

7. Suggérer aux autorités polynésiennes une **meilleure coordination entre le ministère de la santé et celui de l'éducation** car si la lutte contre l'obésité relève de la compétence du premier, la sensibilisation des jeunes générations passera par l'action du second.

8. Mettre en place **des maisons « Sport santé » itinérantes** (dans des bus) pour promouvoir les pratiques sportives même dans les régions les plus périphériques des outre-mer.

9. Inciter les maires à organiser des **rencontres intergénérationnelles** sur la thématique du sport et de la santé.

10. Faire respecter les **interdictions de vente** de produits alimentaires gras, salés ou sucrés à l'intérieur **des établissements scolaires** ou à leur proximité immédiate.

11. Favoriser l'installation **des cantines dans toutes les écoles et collèges**, de manière à permettre aux enfants de faire au moins un repas équilibré par jour, dans le cadre de la promotion des circuits d'approvisionnement courts.

12. Inciter le Parlement de Polynésie à adopter **une loi équivalente à la loi Lurel** relative à la limitation du sucre dans les aliments. En effet, cette compétence est locale et la loi française ne s'applique donc pas. Cette préconisation émane d'un député du Parlement de Polynésie.

13. Inciter l'organisme Santé Publique France à communiquer sur son programme « **Manger Bouger** » **auprès des chaînes locales de télévision des outre-mer**, et à promouvoir des recettes locales susceptibles de motiver les populations ultra-marines.

14. Mettre en place **des diplômes de validation des acquis** en matière de sport à usage thérapeutique y compris dans le cadre de la validation des acquis. La délivrance d'un diplôme ou d'un certificat en fin de parcours est de nature à inciter les personnes qui se sont lancées dans des activités physique, de les mener à leur terme et d'éviter d'abandonner en cours de route.

15. A l'échelle de chaque territoire, **généraliser les expérimentations** (Sapyr, P3S, Maitai, etc.) ayant, après évaluation, donné des résultats positifs.

16. Demander à la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de **prendre en charge les frais nécessités par l'exercice d'une activité sportive** prescrite par un médecin pour les patients atteints par des pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, les affections cardiovasculaires, les cancers, etc.

17. Intégrer les **produits locaux à faible indice glycémique** et pauvres en lipides et glucides dans le « Bouclier qualité prix » afin de garantir aux plus démunis l'accès à des aliments de qualité.

18. Recommander à tous les acteurs de la politique sportive de recourir aux **interventions des athlètes et sportifs de haut niveau** dans la promotion des actions en faveur du sport santé.

19. Favoriser l'émergence **d'une filière de formation consacrée au sport santé**, notamment à destination des séniors, des enfants et des publics atteints de pathologies chroniques.

20. Demander aux agences régionales de santé (ARS) ultra-marines d'inclure systématiquement dans leurs plans régionaux de santé **un volet relatif à l'activité physique et sportive**.

21. Demander aux agences régionales de santé (ARS), en accord avec les collectivités territoriales, de promouvoir l'usage **des jardins familiaux** qui présentent le double avantage de fournir des aliments locaux et sains et de favoriser l'activité physique.

3. Et si le Parlement donnait l'exemple ?

A l'instar de ce qu'a fait le Haut-commissariat de la République à Papeete, l'Assemblée nationale et le Sénat ont un devoir d'exemplarité et se doivent de prendre des mesures pour lutter contre le surpoids et favoriser l'activité physique de ses personnels. Elle pourrait prendre quelques mesures relativement simples.

1. Placarder auprès de chaque ascenseur des affiches faisant la promotion des **calories perdues grâce à l'usage des escaliers**.

2. **Faciliter l'accès aux escaliers** qui sont parfois difficiles à trouver, voire inaccessibles.

3. Promouvoir **l'exercice physique sur le temps de travail**, un employé en bonne santé étant plus épanoui et plus productif. Il en va de même pour les députés.

4. Augmenter l'amplitude horaire d'ouverture de **la salle de sport** de l'Assemblée nationale et en améliorer les équipements ;

5. Remplacer les **distributeurs de boissons sucrées** par des fontaines à eau et favoriser la vente de fruits en lieu et place de produits élaborés.

EXAMEN PAR LA DÉLÉGATION

Lors de sa réunion du 12 décembre 2019, la Délégation aux Outre-mer a procédé à la présentation du rapport d'information sur le sport et la santé dans les outre-mer :

La vidéo de cette réunion est consultable à l'adresse suivante :

<http://assnat.fr/A2d0ou>

Puis la Délégation adopte le rapport d'information et ses propositions. Elle en autorise sa publication.

ANNEXES

LISTE DES AUDITIONS

Mardi 11 juin 2019

Caisse nationale d'assurance maladie – CNAM :

- M. François-Xavier Brouck, directeur des assurés ;
- M. Jean-Yves Casano, directeur de la mission coordination des caisses d'outre-mer.

Mardi 12 juin 2019

Haute autorité de santé – HAS

- M. Albert Scemama, docteur ;

Mercredi 13 juin 2019

Association nationale des industries alimentaires – Ania

- M. Antoine Quentin, directeur affaires publiques ;
- M. Philippe Duvocelle, président de l'association régionale de l'industrie alimentaire de Nouvelle-Calédonie.

Mercredi 19 juin 2019

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé – FNORS :

- M. Bernard Ledéserf président ;
- Mme Marie-Josiane Castor, docteur, directrice de l'ORS Guyane ;
- Mme Vanessa Cornély, directrice de l'ORS Guadeloupe ;
- Mme Sylvie Merle, docteur, directrice de l'ORS Martinique ;
- Mme Irène Stojcic, docteur, présidente de l'ORS Océan Indien.

Mardi 25 juin 2019

Centre hospitalier universitaire de la Martinique – CHU :

- M. Frédéric Depiesse, docteur, spécialiste en médecine physique et de réadaptation.

Lundi 1er juillet 2019

Fédération française de l'assurance – FFA :

- Mme Viviana Mitrache-Rimbault, sous-directrice des affaires parlementaires.

Ministère des sports

- M. Laurent Villebrun,
- Mme Christèle Gautier
- Mme Maïté Kessler,
- M. Laurent Scassellati, secrétaire national.

Mardi 2 juillet 2019

- Mme Landy Razanamahefa, ex conseillère santé experte auprès du ministère de la santé, dirigeante de B'SaN.
- M. Alexandre Feltz, docteur, adjoint au maire de Strasbourg chargé de la santé.

Mercredi 3 juillet 2019

Nutricréole

- Mme Marie-Antoinette Sejean, présidente ;
 - Adèle Belmont, marraine ;
 - Mme Isabelle Gace, sophrologue, sexologue clinicienne ;
 - M. Grégory Alcan, champion du monde gymnastique Aérobic.
-
- Mme Nicole Sanquer, députée de Polynésie française, ancienne ministre de l'éducation et des sports de Polynésie française

Jeudi 4 juillet 2019

Ministère des outre-mer

- M. Charles Giusti, adjoint au directeur général des outre-mer,
- Mme Michaela Rusnac, chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement et de la culture, sous-direction chargée des politiques publiques

Ministère des solidarités et de la santé

- Mmes Laurence Cate,
- Simona Tausan
- Carole Rousse

Mercredi 9 juillet 2019

— Mme Ramlati Ali, députée de Mayotte.

Lundi 28 octobre 2019

Agence régionale de santé de la Martinique - ARS

— M. Jérôme Viguier, directeur.

Mardi 29 octobre 2019

Santé publique France

— M. Laurent Filleul, docteur.



HAUT COMMISSARIAT DE LA REPUBLIQUE EN POLYNESIE FRANÇAISE

CABINET

V-6

PROGRAMME

Mission « Sport et Santé dans les Outre-mer » du 16 au 22 juillet 2019

Hébergement : Hôtel Manava Suite resort Tahiti
VL de location pour la durée du séjour

Mardi 16 juillet 2019

21h45 Arrivée à l'aéroport de Tahiti-Faa'a (vol TN007)
Accueil au salon d'honneur par Mme Titaina TRILLON, adjointe au directeur de cabinet
Récupération des bagages par le haut-commissariat
VL de location

Mercredi 17 juillet 2019

08h00 Séquence Dépôt de gerbe de la ministre de la Justice – *monument aux morts de Papeete*

08h15 *temps réservé salle de réunion motu*

09h00 Entretien avec la Mission d'aide et d'assistance technique (MAAT) (*salle de réunion Motu du haut-commissariat*).

10h30 Entretien avec M. Gaston Tong Sang, président de l'assemblée de la Polynésie française. (*locaux de l'APF*).

10h45-11h30 Entretien le président et les présidents de groupes de l'APF en présence de Mme Sylvana Puhetini, vice-présidente de la commission de la santé de la solidarité du travail et de l'emploi et Mme Minarii Galenon, présidente de la commission de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la jeunesse et des sports à l'assemblée de la Polynésie française – (*locaux de l'APF*).

13h00 Déjeuner républicain *résidence du Haut-commissaire*.

- 14h30 Entretien avec Édouard Fritch, Président de la Polynésie française (*Présidence*)
- 15h00 Entretien avec M. Jacques Raynal, ministre de la Santé et de la Prévention en présence de la Direction de la Santé (*ministère de la Santé*).
- 16h00 Entretien avec M. Nicolas Prud'homme, directeur de l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF). (*locaux de l'ISPF*).

Jeudi 18 juillet 2019

- 08h00 Entretien avec M. Kelly Asin, président du CESC – (*locaux du CESC*).
- 09h00 Entretien avec M. Bruno Cojan, responsable du département des programmes de prévention de la Direction de la Santé, et M. Clément Boinot, son adjoint, en présence de Mme Théron Directrice de la Santé. (*haut-commissariat*).
- 10h00 Entretien avec M. James Cowan, directeur par intérim du Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF).
Visite du CHPF
- 12h00 Déjeuner
- 14h00 Entretien avec Mme Christelle Lehartel, ministre de l'éducation, de la jeunesse et des sports et M. Anthony Pheu, directeur de la jeunesse et des sports au sein du ministère de l'éducation, en présence de la MAAT. (*ministère de l'éducation*).
- 15h00 Entretien avec la Directrice du service de la prévention de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS). (*locaux de la CPS*).
- 16h00 Entretien avec M. William Vanizette, directeur générale des affaires économiques, en présence de M. Hervé Duquesnay, Directeur adjoint de la DGAE, Mme Herenui Chant-LeVerdier, du bureau "droit de la consommation" et M. Laurent Terzian, chargé des affaires de concurrence. (*locaux de la DGAE*).
- 17h00 Entretien avec Mme Camille Savigny, directrice adjointe de la direction des moyens et de la modernisation de l'État, référente "Administration active" des services de l'État (*haut-commissariat*).

vendredi 19 juillet 2019

- 08h00 Entretien avec Pierre Frebault, directeur de l'ARASS (*locaux de l'ARASS*).
- 09h00 Entretien avec M. Jean-Baptiste Raynal, responsable des opérations « EaWays/ Ea'ttitude » à la mairie de Papeete (*haut-commissariat*).
- 10h00 Entretien avec les représentants de la grande distribution (Brasserie de Tahiti en attente de confirmation, Groupe WANE distribution : M. Thierry Lagarde, directeur commercial et M. Maguelone Calvas, responsable RSE (*haut-commissariat*))
- 11h00 Entretien avec M. Matthieu Forge, président de la fédération d'aviron et M. Kevin Scott, éducateur sportif (*haut-commissariat*).
- 12h00 Déjeuner

- 14h00 Entretien avec M. Enoch Laughlin, président de la Fédération des sports et jeux traditionnels (*haut-commissariat*).
- 15h00 Entretien avec M. Tepuanui Snow, président de la fédération des associations de parents d'élèves. (*haut-commissariat*).

samedi 20 juillet 2019

Déplacement de la délégation à Moorea en fin de journée (*horaire à confirmer*)

dimanche 21 juillet 2019

Moorea

Lundi 22 juillet 2019

Retour de Moorea

- 09h00 Entretien avec les référents "Administration active" des services administratifs de la collectivité de la Polynésie française (*salle de réunion motu du haut-commissariat*)
- 10h00 Entretien avec Mme Henriette Kamia, présidente de la fédération de sport adapté et handisport et M. Alain Barrière, directeur technique fédéral. (*salle de réunion motu du haut-commissariat*).
- 11h00 Entretien avec l'association des diabétiques de Polynésie française (*salle de réunion motu du haut-commissariat*).
- 12h00 Déjeuner
- 15h00 Entretien de fin de mission avec M. Eric Requet, Secrétaire Général chargé de l'administration de l'État en Polynésie française (*bureau du Haut-commissaire*)
- 18h30 Plateaux TV TNTV
- 19h00 Plateaux TV Polynésie la 1ère
- 23h45 Départ de l'aéroport de Tahiti-Faa'a (vol TN 008)
