

COUR DES COMPTES

RAPPORT N°178

JANVIER 2023

ÉVALUATION

PRÉVENTION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

**PROMOTION DE L'ALIMENTATION SAINNE
ET DU MOUVEMENT**

Rapport sans les analyses



Cour des comptes
République et canton de Genève

LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales. Elle a également pour tâche l'évaluation des politiques publiques et assure la révision des comptes de l'État.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités visées par ses missions. La **Cour des comptes** peut également évaluer la **pertinence**, l'**efficacité** et l'**efficience** de l'action de l'État. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux des entités concernées.

Le **champ d'application** des missions de la Cour des comptes s'étend aux entités suivantes :

- l'administration cantonale comprenant les départements, la chancellerie d'État et leurs services ainsi que les organismes qui leur sont rattachés ou placés sous leur surveillance ;
- les institutions cantonales de droit public ;
- les entités subventionnées ;
- les entités de droit public ou privé dans lesquelles l'État possède une participation majoritaire, à l'exception des entités cotées en bourse ;
- le secrétariat général du Grand Conseil ;
- l'administration du pouvoir judiciaire ;
- les autorités communales, les services et les institutions qui en dépendent, ainsi que les entités intercommunales.

Les **rapports** de la Cour des comptes sont rendus **publics** : ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus au cours de ses missions.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effet ni suite sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes. Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

Prenez contact avec la Cour par téléphone, courrier postal ou électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève

tél. 022 388 77 90

<http://www.cdc-ge.ch/>

SYNTHÈSE

CONTEXTE GÉNÉRAL

Le surpoids et l'obésité constituent une problématique qui touche une proportion croissante de la population mondiale. La Suisse et Genève ne sont pas épargnés par ce phénomène dont les causes principales sont une alimentation trop riche, ainsi que le manque d'activité physique. La pandémie de COVID-19 a encore aggravé la situation en renforçant la sédentarité. Actuellement, plus de 10% de la population suisse est considérée comme obèse et près d'un tiers en surpoids. Le surpoids et l'obésité ont des répercussions graves sur la santé des personnes concernées, qui entraînent des coûts importants. Les coûts directs pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité sont estimés à 77 millions de francs suisses par année, et les coûts indirects pour le traitement des maladies chroniques associées se montent à 8 milliards par année.

Les analyses de la Cour ont porté spécifiquement sur la prévention du surpoids et de l'obésité dont le champ d'action s'intègre dans la politique plus générale de promotion de la santé et de prévention. Cette politique, éminemment transversale, est définie et délimitée par le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 (volet stratégique) et par le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023 (volet opérationnel). Les objectifs, conformes à ceux de l'Organisation mondiale de la santé, portent d'une part sur l'environnement et le cadre de vie (rendre le contexte plus favorable à une alimentation saine et équilibrée et promouvoir l'activité physique) et, d'autre part, sur l'aspect individuel (développer et renforcer les connaissances et les motivations de la population pour faciliter les comportements favorables à la santé).

Le développement et le renforcement des connaissances et des attitudes en matière d'alimentation saine et équilibrée et de mouvement passent notamment par le déploiement de différents programmes subventionnés par le canton et par la fondation *Promotion Santé Suisse* à hauteur d'un peu plus d'un million de francs par année. Mis en regard, d'une part, des charges annuelles d'exploitation de la politique publique en matière de santé (2,7 milliards de F dans les comptes consolidés 2021 de l'État de Genève) et, d'autre part, des coûts alloués à la prise en charge des personnes en surpoids ou obèses en Suisse, ce montant apparaît très modeste.

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

La mission d'évaluation part du constat de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité et de ses répercussions négatives du point de vue sanitaire, social et économique. Elle vise à répondre à trois questions principales :

- Les interventions répondent-elles au problème ?
- Atteignent-elles les publics les plus à risque ?
- Sont-elles mises en œuvre efficacement ?

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

Les données les plus récentes montrent que la problématique s'est aggravée à la suite de la crise sanitaire. Pour y faire face, il faudrait agir davantage sur les facteurs environnementaux qui influencent les comportements alimentaires (composition des aliments, publicité pour des aliments nuisibles à la santé, étiquetage des produits selon leur impact sur la santé) et inciter la population à adopter des modes de vie moins sédentaires. La politique publique de promotion de la santé doit à la fois atteindre

l'ensemble de la population et prêter une attention soutenue aux personnes les plus vulnérables au risque de surpoids et d'obésité que sont les personnes en situation économique défavorisée.

PRINCIPAUX CONSTATS ET AXES D'AMÉLIORATION POSSIBLES

Priorité modérée pour la prévention du surpoids et de l'obésité eu égard à l'ampleur de la problématique

Le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention guide l'action du canton jusqu'en 2030. Il prévoit d'impliquer une large variété d'acteurs étatiques de manière à inclure les préoccupations liées à la santé dans toutes les politiques publiques. Il met également l'accent sur les enfants et les personnes en situation socio-économique défavorisée afin de lutter contre les inégalités sociales en matière de santé. Prévu pour une période de quatre ans, le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention concrétise les objectifs du concept cantonal. Le plan 2019-2023 a été établi avant la crise sanitaire et donne peu de priorité à la prévention du surpoids et de l'obésité. Les actions de promotion de la santé (alimentation et mouvement) sont insuffisantes face à l'aggravation du problème de surpoids et d'obésité.

Absence d'action à l'échelle environnementale dans le domaine de l'alimentation

L'action sur l'offre alimentaire se heurte à différents obstacles, en particulier la résistance de l'industrie agroalimentaire et des détaillants qui préfèrent agir de manière volontaire. Des actions louables sont certes mises en œuvre par ces derniers, mais leur rythme est insuffisant pour faire face à la pandémie d'obésité.

Programmes destinés aux enfants : utiles, mais pas assez exploités

Les structures d'accueil de la petite enfance et les écoles primaires constituent des lieux privilégiés pour la promotion de la santé, et plus spécifiquement pour la prévention du surpoids et de l'obésité. Par le biais de ces structures, il est en effet possible d'atteindre facilement des enfants de toutes les couches sociales. Des interventions efficaces, telles que la labellisation des établissements de restauration collective ou la régulation des goûters amenés par les enfants, sont pour l'instant facultatives, alors qu'elles produisent des résultats suffisants pour justifier leur généralisation. Dans le même temps, l'éducation nutritionnelle, qui fait partie du programme scolaire, devrait être renforcée.

Programmes pour adultes vulnérables : utiles, mais touchent un nombre restreint de personnes

Les programmes spécifiques pour publics défavorisés sont utiles pour diffuser des pratiques favorables à la santé en matière d'alimentation et de mouvement. Il est cependant difficile d'atteindre les personnes les plus à risque. Pour mieux y parvenir, il est nécessaire d'agir à plusieurs échelles en (1) favorisant l'accès aux programmes de promotion de la santé, (2) rendant plus accessible une offre alimentaire de qualité et (3) facilitant la pratique sportive.

Recommandations

Les recommandations de la Cour visent à pallier les problèmes soulevés par les constats ci-dessus en fonction de trois axes :

– Renforcer le pilotage des actions menées

Cette recommandation implique par exemple de réévaluer, dans le plan 2024-2028, les priorités relatives à la prévention du surpoids et de l'obésité, et d'orienter les actions des partenaires en fonction de ces objectifs prioritaires. Il s'agit également de revoir les indicateurs du plan d'action de manière à obtenir des données annuelles comparables, d'encourager et d'encadrer plus activement les synergies entre les partenaires, notamment en matière de formation des pairs multiplicateurs.

– **Développer l'action à l'échelle environnementale**

Pour ce faire, il faudrait compléter l'action des programmes qui agissent sur les compétences des individus et des groupes en rendant le contexte plus favorable à une alimentation saine et équilibrée (régulation de l'environnement obésogène) et à la promotion de l'activité physique. La réalisation de cet objectif serait facilitée par la taxation ou la réglementation des boissons ou produits sucrés, ce que le Parlement fédéral a jusqu'ici refusé de faire. Il faudrait également favoriser l'activité physique au quotidien de l'ensemble de la population de manière à atteindre les classes d'âge qui ne sont pas visées par des programmes (adultes ne correspondant pas aux critères d'accès aux programmes spécifiques), par exemple par la mise en place d'outils ludiques encourageant le mouvement à domicile, durant les activités professionnelles, de loisirs et dans les bâtiments et lieux publics.

– **Faciliter la réalisation des programmes de manière à atteindre de manière renforcée les publics les plus vulnérables**

Concernant les adultes vulnérables (personnes de catégorie socio-professionnelle modeste), cet objectif devrait être poursuivi à plusieurs échelles. Il faudrait premièrement faciliter la participation de ce public aux programmes qui leur sont destinés, par exemple en proposant des activités au plus près de leurs lieux de vie, notamment en recourant davantage à la formation par les pairs (multiplication). Il importe, deuxièmement, de faciliter l'accès à des personnes économiquement défavorisées à des aliments sains. La Cour recommande également d'abaisser les barrières économiques à la pratique sportive (modulation des tarifs) et de mieux faire connaître les installations sportives aux nouveaux habitants.

Concernant les enfants, la réalisation de cet objectif exige de renforcer l'éducation nutritionnelle et la régulation des goûters à l'école primaire, avec un accent prioritaire dans les écoles situées dans les secteurs les plus vulnérables au risque de surpoids et d'obésité.

Ces recommandations, bien qu'adressées à trois départements distincts, s'intègrent dans la perspective commune d'une promotion de la santé destinée à l'ensemble de la population avec un accent renforcé sur les publics les plus à risque.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

| Recommandations | 8 | Niveau de priorité ¹ | |
|------------------|---|---------------------------------|---|
| Acceptées | 7 | Très élevée | - |
| | | Élevée | 3 |
| Refusées | 1 | Moyenne | 5 |
| | | Faible | - |

Sur les huit recommandations adressées au DSPS, au DCS et au DIP, sept ont été acceptées et une refusée. Concernant cette dernière (recommandation 1), le DSPS considère que tant la priorité donnée à la problématique que le suivi des actions menées sont déjà adéquats. La Cour regrette cette absence de remise en question et de volonté d'amélioration du département chargé du pilotage et de la coordination des programmes de promotion de la santé et de prévention, alors que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est assurément inquiétante.

| No | Recommandation / Action | Priorité | Responsible | Délai |
|----|---|----------|------------------------|------------|
| 1 | Renforcer le pilotage de la politique publique et le suivi des programmes | Moyenne | Recommandation refusée | |
| 2 | Renforcer les instruments environnementaux par le biais de propositions d'actions | Élevée | DGS | 31.12.2028 |
| 3 | Renforcer et cibler davantage l'incitation de la population à l'activité physique | Moyenne | DGS | 31.12.2028 |
| 4 | Faciliter la participation aux programmes de promotion de la santé | Moyenne | OAIS | 31.12.2024 |
| 5 | Abaissier les barrières économiques à une alimentation saine | Moyenne | OAIS | 31.12.2024 |
| 6 | Abaissier les barrières économiques à la pratique sportive | Moyenne | OCCS | 31.12.2024 |
| 7 | Renforcer l'éducation nutritionnelle à l'école primaire | Élevée | SG DIP avec SSEJ et EO | 31.09.2024 |
| 8 | Mieux réguler l'alimentation dans les écoles et SAPE | Élevée | SG DIP avec SSEJ et EO | 31.09.2024 |

Dans le cadre de ses missions légales, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises aux entités évaluées, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effet. À cette fin, elle a invité le département de la sécurité, de la population et de la santé, le département de la cohésion sociale, ainsi que le département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse à remplir le tableau ci-dessus qui synthétise les améliorations à apporter, en indiquant le responsable de leur mise en place et leur délai de réalisation. Le niveau de priorité a été défini par la Cour.

¹ Les recommandations ont été priorisées en fonction de leur capacité à répondre au problème sociétal/objectif de la politique publique (hausse de la prévalence du surpoids et de l'obésité et inégalités sociales de santé) et à améliorer directement les prestations délivrées. Ont été considérées moins prioritaires les recommandations qui concernent l'activité physique dont l'influence sur le surpoids est moins importante que celle de l'alimentation, ainsi que celles qui n'ont pas un impact immédiat sur la réalisation de l'objectif de la politique publique ou qui nécessitent des ressources non budgétées.

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Introduction | 9 |
| 1.1 | Définition du surpoids et de l'obésité | 9 |
| 1.2 | Prévalence du surpoids et de l'obésité | 9 |
| 1.3 | Causes | 11 |
| 1.4 | Conséquences | 12 |
| 1.5 | Processus d'évaluation..... | 13 |
| 2. | Questions d'évaluation et méthodologie..... | 14 |
| 2.1 | Objectifs de la mission..... | 14 |
| 2.2 | Questions d'évaluation | 15 |
| 2.3 | Méthodologie | 17 |
| 2.4 | Limites de l'évaluation..... | 18 |
| 3. | Constats et recommandations | 19 |
| 3.1 | Constats en réponse aux questions d'évaluation | 19 |
| 3.2 | Recommandations | 26 |
| 4. | Remerciements..... | 36 |
| 5. | Bibliographie..... | 37 |
| 6. | Personnes rencontrées..... | 38 |
| 6.1 | Entretiens avec comptes-rendus validés..... | 38 |
| 6.2 | Entretiens avec note de synthèse interne..... | 40 |
| 6.3 | Groupe d'accompagnement | 40 |

Liste des principales abréviations utilisées

| | |
|------|--|
| CHUV | Centre hospitalier universitaire vaudois |
| DCS | Département de la cohésion sociale |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DIP | Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse |
| DSPS | Département de la sécurité, de la population et de la santé |
| EPFL | École polytechnique fédérale de Lausanne |
| HES | Haute école spécialisée |
| HUG | Hôpitaux Universitaires de Genève |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PER | Plan d'études romand |
| PPS | Prévention et promotion de la santé (secteur) |
| PSCH | Promotion Santé Suisse |
| SAPE | Structure d'accueil de la petite enfance |
| SSEJ | Service de la santé de l'enfance et de la jeunesse |

Le générique masculin est utilisé dans ce rapport uniquement dans le but d'en alléger la forme et d'en faciliter la lecture.

1. INTRODUCTION

Le surpoids et l'obésité constituent une problématique qui touche une proportion croissante de la population mondiale. L'OMS qualifie même l'obésité d'« *épidémie mondiale* » (OMS, 2003). La Suisse et Genève ne sont bien évidemment pas épargnés par ce phénomène. La Cour des comptes a choisi de s'autosaisir du sujet pour examiner comment le canton de Genève l'appréhendait dans une optique préventive, c'est-à-dire sans prendre en compte la prise en charge médicale des personnes en surpoids ou obèses. Ce chapitre introductif vise à donner quelques éléments de définition et de contexte. Les chapitres suivants présentent le cadre de l'évaluation (chapitre 2), puis les constats et les recommandations (chapitre 3). Les résultats des différentes analyses ne sont pas inclus dans la présente version du rapport, mais disponible dans la version complète.

1.1 Définition du surpoids et de l'obésité

L'Organisation mondiale de la santé définit le surpoids et l'obésité comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé* » (OMS, 2020). Pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations adultes, l'OMS utilise l'*indice de masse corporelle* (IMC). Cet indice utilise deux variables : le poids et la taille de l'individu et s'applique indifféremment aux deux sexes et à toutes les tranches d'âge adulte². Il se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètre (kg/m^2). L'OMS définit le surpoids par un IMC se situant entre $25\text{kg}/\text{m}^2$ et $30\text{kg}/\text{m}^2$ et l'obésité par un IMC supérieur à $30\text{kg}/\text{m}^2$ (OMS, 2003). Elle précise toutefois que cet instrument est assez simpliste, car il ne mesure pas le pourcentage de masse grasseuse et de masse maigre chez les individus.

1.2 Prévalence du surpoids et de l'obésité

D'après les estimations de l'OMS (2020), environ 39% de la population adulte mondiale (39% d'hommes et 40% de femmes) est en surpoids et 13% de la population adulte mondiale (11% d'hommes et 15% de femmes) est obèse. Selon l'enquête suisse sur la santé 2017, la prévalence en Suisse est légèrement en deçà de la moyenne mondiale : 31% de la population de 15 ans et plus vivant en Suisse est en surpoids (39% des hommes et 23% des femmes) et 11% (12% des hommes et 10% des femmes) est obèse (OFS, 2020). Dans le canton de Genève, le taux de personnes en surpoids et obèses est similaire à ce qui s'observe en moyenne suisse (Zufferey, 2020).

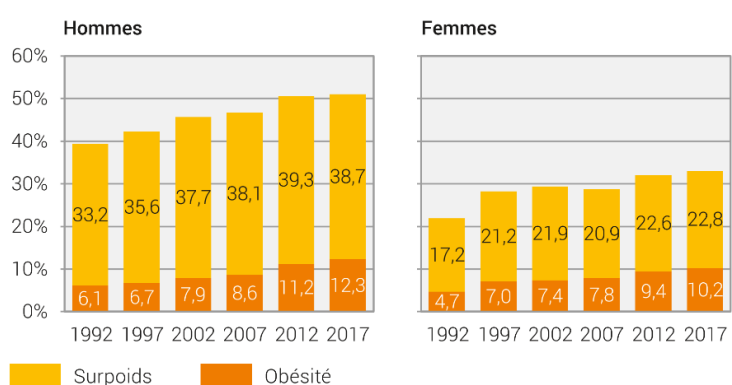
D'une manière générale, la prévalence du phénomène de l'obésité et du surpoids s'est accentuée ces 25 dernières années dans les pays industrialisés de l'OCDE, comme le montre la Figure 1 ci-après.

² Pour les enfants, l'OMS définit des courbes de croissance et de poids pour les filles et les garçons.

Figure 1 : Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse depuis 1992 selon le sexe

Surpoids et obésité

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2018

Source : OFS, 2020

En Suisse, comme à l'étranger, certains facteurs viennent influencer la probabilité de développer du surpoids et/ou de l'obésité. Tous les groupes de population ne sont donc pas affectés de la même manière. Parmi ces facteurs, on retrouve communément : le sexe, l'âge, la nationalité, le lieu d'habitation, la catégorie socio-économique et le niveau de formation (OFS, 2020).

- En Suisse, ainsi que dans les pays à haut revenu, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à présenter du surpoids que les femmes. Le taux de personnes en surpoids ou obèses augmente aussi avec l'âge (la plus forte proportion d'obèses et de personnes en surpoids se trouve dans la tranche d'âge de 65-74 ans).
- La différence selon la nationalité s'avère également significative : « *les personnes étrangères présentent 1,3 fois plus souvent un excès pondéral que les personnes de nationalité suisse* » (OFS, 2020 p.2). Certaines nationalités sont toutefois plus touchées par le surpoids et l'obésité que d'autres : ceci est le cas particulièrement des ressortissants d'Europe du Sud-Ouest ainsi que d'Europe de l'Est et du Sud-Est.
- L'enquête suisse sur la santé met aussi en avant le rôle du lieu d'habitation dans la prévalence du surpoids. En effet, « *en tenant compte de l'âge, du sexe, du niveau de formation et de la nationalité, les habitants des zones rurales sont plus souvent en surpoids ou obèses que les personnes se trouvant dans des régions intermédiaires ou urbaines* » (OFS, 2020, p. 2).
- Enfin, le niveau de formation ainsi que le niveau socio-économique constituent deux autres facteurs d'influence importants. En effet, « *les groupes de population avec un faible niveau de formation³ et un niveau socio-économique plus précarisé sont plus souvent affectés par le surpoids et l'obésité* » (OFS, 2020, p. 3). Ce gradient social est toutefois plus marqué chez les femmes.

En outre, certaines recherches empiriques ont fait le lien entre les deux derniers facteurs d'influence cités : la situation socio-économique et la localisation géographique. Une étude genevoise montre en effet que la répartition de l'Indice de masse corporelle (IMC) n'est pas uniforme sur le territoire du canton (Guessous et coll., 2014). Les communes les plus touchées par le surpoids et l'obésité sont des communes dites populaires, soit Meyrin, Vernier, Onex et Lancy. A contrario, les communes de niveau socio-économique plus favorisé (par exemple Cologny, Vandœuvres ou Collonge-Bellerive) affichent des taux de prévalence plus faibles. Toujours sur cette thématique, l'étude menée par l'Université de

³ Pour le canton de Genève, la variable « niveau de formation » n'impacte que l'obésité (pas le surpoids).

Genève, les HUG, le CHUV et l'EPFL établit un lien entre le quartier d'habitation, la consommation de boissons sucrées et l'obésité (Joost et coll., 2019).

À un niveau encore plus micro, une étude effectuée pour la Cour par les HUG à partir de données épidémiologiques genevoises a mesuré la prévalence moyenne dans les quartiers de la ville de Genève (Dubos, 2022). Les estimations montrent pour les adultes une prévalence moyenne⁴ d'obèses de 9.5% (1 adulte sur 10) et une prévalence moyenne de surpoids de 26.8%. Pour les enfants, cette étude révèle une prévalence moyenne d'enfants en surpoids de 16.9% et une prévalence moyenne d'enfants obèses de 3.7%. Ces données émanent du Bus santé qui fait partie de l'unité d'épidémiologie populationnelle des HUG. Il réalise des études sur la base d'un échantillon (annuel) représentatif de 1000 résidents genevois âgés de 20 à 74 ans. Il faut toutefois préciser que l'échantillon sur lequel repose l'étude complémentaire sur les enfants n'est vraisemblablement pas représentatif de la population générale dans la mesure où 72.9 % des parents référents ont une éducation tertiaire, alors que ce niveau d'éducation rassemble seulement 6 % des participants adultes du bus santé.

1.2.1 Conséquences du COVID sur la prévalence de l'obésité

La pandémie de COVID-19 et les mesures restrictives (fermeture des écoles, confinement) qui l'ont accompagnée ont eu un impact négatif sur la prévalence du surpoids et de l'obésité. Selon une étude du Research Center for Retail Management de l'Université de Saint-Gall publiée en août 2021, les Suisses ont pris en moyenne 3,3 kilos entre le début de la pandémie et le moment de l'enquête (Lutz et coll., 2021). Le poids moyen du groupe d'âge des 45 à 64 ans a même augmenté de 6,7 kg par rapport à 2019. Une autre étude de l'observatoire suisse du sport, réalisée en 2022, indique un recul général de l'activité sportive, particulièrement en Suisse romande (alors que cette dernière était en augmentation constante depuis les premières mesures en 1978). Ce recul est particulièrement marqué chez les jeunes hommes ainsi que chez les femmes de 45 à 59 ans (Lamprecht, Bürgi, 2022). Cet impact a toutefois frappé plus lourdement les personnes issues d'un niveau socio-économique défavorisé (Lutz et coll., 2021). En revanche, les individus appartenant aux catégories les plus aisées de la population ont adopté un style de vie plus favorable à leur santé. La crise sanitaire a donc contribué à renforcer les inégalités sociales de santé.

1.3 Causes

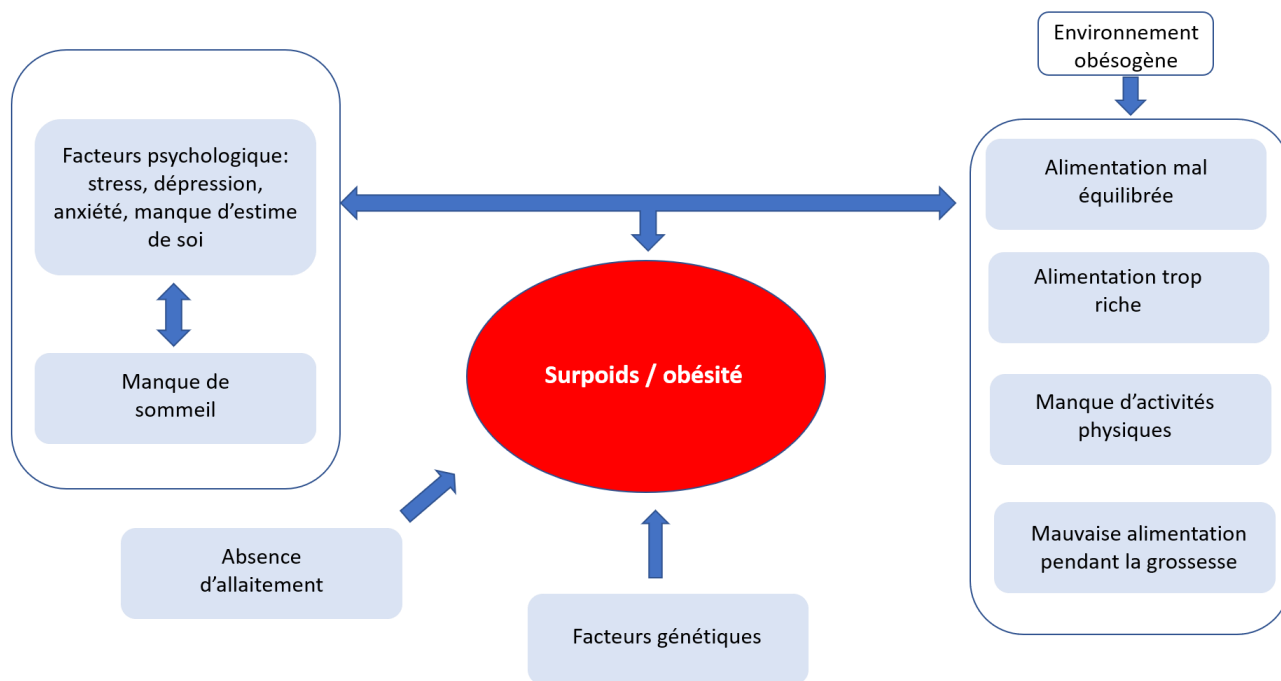
Selon l'OMS, « *la cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées : si l'on absorbe plus d'énergie que l'on en consomme au travers de son alimentation, ces excédents sont stockés sous forme de graisses* » (OMS, 2020). La qualité et la quantité de l'alimentation ainsi que la fréquence et l'intensité de l'activité physique sont donc les fondements de la balance énergétique. L'OMS reconnaît également que l'excédent de la balance énergétique est fortement influencé par un environnement dit « obésogène », c'est-à-dire un environnement qui pousse à la fois à la consommation de produits gras et sucrés (par exemple en facilitant l'accès à ce type de produits par une offre démultipliée et des prix très attractifs) et qui incite à la sédentarité (par exemple en favorisant l'exposition aux écrans).

Il existe de plus en plus de données scientifiques prouvant les liens entre la nutrition infantile dans les 1000 premiers jours de vie, c'est-à-dire de la conception au 3^e anniversaire, et la survenue du surpoids ou de l'obésité. Les 1000 premiers jours sont considérés comme une période extrêmement importante. L'alimentation de la femme enceinte, celle du nourrisson puis de l'enfant en bas âge exercent une influence sur la physiologie, la croissance et la santé des enfants. Les répercussions se font sentir chez

⁴ Ajustée par âge, sexe, revenu et niveau d'éducation.

les adultes jusqu'à un âge avancé (Commission fédérale de l'alimentation, 2015). D'autres facteurs entrent également en ligne de compte. Selon l'OMS et la littérature scientifique, les autres facteurs pouvant exercer une influence sur le surpoids et l'obésité sont les suivants : les facteurs psychologiques (ex. stress), le manque de sommeil, les facteurs génétiques⁵. Certains de ces facteurs peuvent exercer une influence directe (ex. facteurs génétiques) ou indirecte (ex. le stress qui peut pousser à consommer davantage). La Figure 2 ci-dessous schématise le rôle de chacun de ces facteurs.

Figure 2 : Facteurs d'influence sur la prévalence de surpoids et d'obésité



Source : Cour des comptes, 2023

1.4 Conséquences

1.4.1 Conséquences sanitaires

Le surpoids et l'obésité ont des répercussions graves sur la santé. Diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, problèmes musculosquelettiques et dépressions sont des conséquences directes avérées du surpoids et de l'obésité. L'apparition de certaines maladies chroniques est aussi influencée par l'excès de poids, comme l'arthrose ou la bronchite chronique. Enfin, l'enquête suisse sur la santé montre qu'il existe des liens entre l'obésité et la santé mentale.

1.4.2 Conséquences sociales

Outre les conséquences sanitaires, les personnes en surpoids et obèses font généralement face à une incompréhension de la part du reste de la population, dès lors que leurs mensurations ne correspondent pas à la norme sociétale. Cet état leur est souvent directement reproché comme un manque de volonté (« il suffit de bouger plus et de manger moins »), alors que les causes sont bien souvent multifactorielles. Cette incompréhension peut entraîner une stigmatisation. Les enfants en surpoids sont

⁵ La génétique joue un rôle sur la manière dont le métabolisme des individus absorbe l'énergie (on parle par exemple de petit ou de gros mangeur). Toutefois, une méta-analyse est parvenue à la conclusion que les variantes génétiques trouvées n'expliquent qu'environ 5% de la variance de l'IMC (Yengo et coll., 2018). Par conséquent, le surpoids et l'obésité ne sont bien souvent pas une fatalité et peuvent être prévenus.

ainsi plus souvent victimes de harcèlement et restent stigmatisés à l'âge adulte, par exemple dans leur recherche d'emploi (Gortmaker et coll., 2013).

1.4.3 Conséquences financières

En 2014, le Mc Kinsey Global Institute estimait le coût annuel des maladies dues à l'obésité et au surpoids (ex. diabète) à 2'000 milliards de dollars à l'échelle mondiale, soit à 2,8% du PIB mondial (Dobbs, 2014). Cette estimation recouvre les coûts indirects⁶, qui représentent près de 70% du coût total. Ce chiffre classe le surpoids et l'obésité parmi les trois principaux « fardeaux sociaux mondiaux »⁷ avec le tabagisme et les conflits armés (qui représentent tous les deux 2'100 milliards \$).

En Suisse, une étude a estimé les coûts directs du traitement de l'obésité et du surpoids à 77 millions F par an (Schneider & Venetz, 2014). Ce chiffre comprend les médicaments (24 millions), les frais en conseils nutritionnels (3 millions) et les frais liés aux interventions chirurgicales (environ 50 millions).

En outre, l'obésité et le surpoids sont responsables de maladies chroniques telles que les maladies coronariennes, le diabète ou la dépression. L'étude précitée a estimé les coûts de ces maladies directement imputables au surpoids et à l'obésité (comorbidités) à 8 milliards F par an. Cette somme comprend les coûts directs (environ 4,6 milliards) et indirects (environ 3,4 milliards). Ces coûts ont triplé en l'espace d'une dizaine d'années. De plus, les coûts directs du traitement de l'obésité ne représentent que 1 à 2 % des coûts totaux causés par le surpoids et l'obésité⁸. La majorité des coûts est due aux comorbidités.

1.5 Processus d'évaluation

La mission d'évaluation a été ouverte en septembre 2021 auprès des départements de la sécurité, de la population et de la santé, de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse et des Hôpitaux universitaires genevois. Les travaux d'évaluation, réalisés entre septembre 2021 et novembre 2022, ont bénéficié de l'expertise d'un groupe d'accompagnement composé de personnes-ressources du domaine de la promotion de la santé⁹. Ce groupe s'est réuni à quatre reprises et a été consulté sur la méthodologie, les résultats, ainsi que sur une version initiale des constats et des recommandations. Ces derniers ont ensuite été présentés aux départements de la sécurité, de la population et de la santé, de la cohésion sociale et de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse. Il convient de préciser que la mission n'avait pas été formellement ouverte auprès du département de la cohésion sociale, car ce dernier n'était initialement pas inclus dans le périmètre de l'évaluation. Il n'a donc été consulté qu'à l'issue des travaux. Le rapport d'évaluation a bénéficié des commentaires formulés par les différentes parties prenantes (groupe d'accompagnement et séances de présentation).

⁶ Les coûts directs sont ceux couverts par les traitements médicaux (consultations, opérations, etc.) et les médicaments. Les coûts indirects sont représentés par la baisse de la productivité.

⁷ « *global social burdens* »

⁸ 1% de l'ensemble des coûts et 1,7 % des coûts directs.

⁹ La liste des membres du groupe figure au chapitre 10.

2. QUESTIONS D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectifs de la mission

2.1.1 La politique publique concernée par l'évaluation

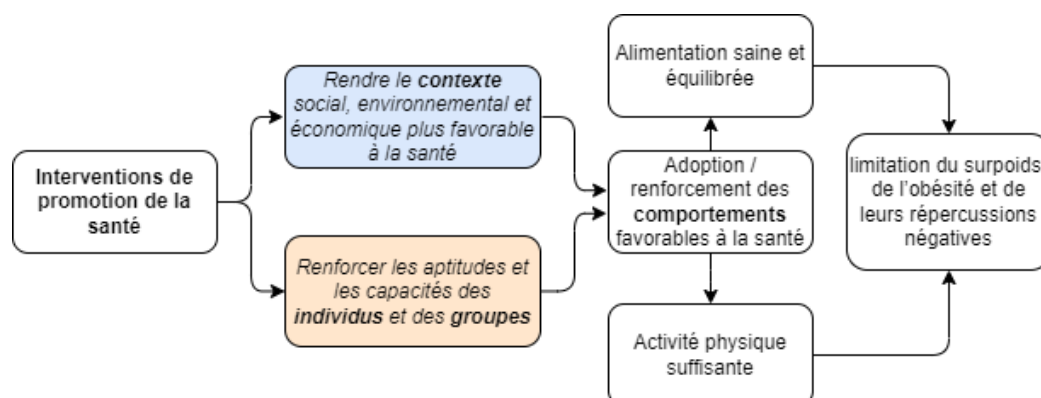
La mission d'évaluation part du constat de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité et de ses répercussions négatives du point de vue sanitaire, social et économique. À Genève, les actions visant à éviter ces répercussions négatives s'inscrivent dans la politique publique de promotion de la santé et de prévention.

Il existe différents moyens et niveaux d'action pour prévenir le surpoids et l'obésité. Le niveau individuel peut être illustré par des consultations de sensibilisation à une alimentation équilibrée ou à une activité physique régulière. Il est aussi possible d'agir sur un contexte particulier touchant un certain nombre d'individus (par exemple dans les écoles, en interdisant les distributeurs de boissons sucrées). À un niveau plus macro, des leviers d'action peuvent toucher l'ensemble de la population, par exemple en construisant des infrastructures qui favorisent le mouvement (ex. pistes cyclables) ou en érigeant des leviers réglementaires (ex. interdiction de la publicité visant des produits nuisibles à la santé) et des barrières fiscales (ex. taxe sur le sucre).

À cet égard, *Promotion Santé Suisse*¹⁰ (PSCH) cite notamment les mesures suivantes comme particulièrement efficaces pour la santé publique : la mise en place de distributeurs de pommes dans les écoles offrant une bonne alternative aux sucreries, l'intégration de cours d'éducation nutritionnelle pour favoriser l'acquisition de connaissances de base en alimentation, l'aménagement d'itinéraires cyclables et de moyens de stationnement pour vélos pour encourager la mobilité douce tout en réduisant le trafic et la pollution, les labels de l'alimentation équilibrée, la mise à disposition d'installations sportives ou davantage d'espaces verts en milieu urbain pour promouvoir l'activité physique (PSCH, 2021).

En résumé, les interventions visent d'une part à rendre le contexte plus favorable à une alimentation saine et équilibrée, ainsi qu'à l'activité physique et, d'autre part, à développer et renforcer les connaissances et les attitudes (motivations) de la population. Ces deux types d'interventions visent l'adoption ou le renforcement de comportements alimentaires et d'un niveau d'activité physique favorables à la santé, qui doivent permettre de limiter le surpoids, l'obésité et leurs répercussions négatives. La Figure 3 ci-dessous schématise la logique de la politique publique évaluée.

Figure 3 : Modèle logique de la politique publique évaluée



Source : Cour des comptes, 2023

¹⁰ *Promotion Santé Suisse* est une fondation de droit privé soutenue par les cantons et les assureurs en vertu de l'art. 19 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le rôle de cette fondation est explicité aux chapitres 4 et 5.

2.1.2 Périmètre de l'évaluation

La mise en œuvre de ces interventions implique un très grand nombre d'acteurs, étant donné le caractère transversal des actions visant à rendre le contexte plus favorable (inclusion des préoccupations liées à la santé dans toutes les politiques publiques) et la diversité des publics cibles (enfants de différents âges, parents, catégories socio-économiques défavorisées), des modes d'intervention (régulation, mise en réseau d'acteurs, information, formation, etc.) et des objectifs poursuivis (les interventions ne se limitent pas à la prévention du surpoids et de l'obésité, mais adoptent la perspective plus large de la promotion de la santé). Face à cette grande diversité, la Cour a décidé de focaliser son évaluation sur les programmes collectifs comprenant une promotion de l'alimentation saine et équilibrée ou du mouvement et financés, au moins en partie, par le canton de Genève.

2.1.3 Objectifs de l'évaluation

Cette mission vise à étudier les actions financées par l'État (canton et Confédération) pour prévenir le surpoids et l'obésité, phénomènes dont les conséquences sanitaires, sociales et financières sont très importantes, et à en analyser la conception, la mise en œuvre et les effets directs. Cette analyse se fera au regard de la pertinence (conception de la politique publique au regard des lignes directrices en matière de promotion de la santé), de la couverture (atteinte des différents publics cibles) et de l'efficacité (facteurs facilitant ou freinant les changements de comportement des groupes cibles).

2.2 Questions d'évaluation

Pour répondre à ces objectifs, trois questions d'évaluation, précisées par des sous-questions, ont été formulées. Ce sont ces questions qui ont guidé les travaux d'évaluation.

Question 1

Le surpoids et l'obésité produisent des impacts négatifs importants sur la santé (ex. développement des MNT), en termes financiers (coûts de la santé) et au niveau social. La première question s'intéresse à la conception et au pilotage de la politique publique évaluée (choix des interventions mises en place et des publics cibles visés, modalités de suivi). Elle vise à évaluer la pertinence et la cohérence des interventions, ainsi que les modalités de gouvernance d'une politique impliquant de nombreux acteurs.

1. La conception et le pilotage du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention sont-ils adéquats pour répondre à la prévalence du surpoids et de l'obésité ?

Sous-questions :

- a. *Dans sa conception, la politique publique permet-elle de répondre aux problèmes sociétaux entraînés par l'accroissement de la prévalence du surpoids et de l'obésité ? Comment s'inscrit-elle dans les lignes directrices internationales et nationales en matière de promotion de la santé ?*
- b. *Quelles sont les difficultés à mettre en œuvre d'autres instruments reconnus comme efficaces dans la littérature scientifique (réglementation de l'offre, telle que taxe sur le sucre) ?*
- c. *Le choix de concentrer les programmes de prévention sur les enfants et les populations vulnérables est-il pertinent au regard des ressources disponibles ?*
- d. *La gouvernance du dispositif permet-elle d'orienter, de suivre et de soutenir de manière satisfaisante les actions des différents partenaires impliqués ?*

Question 2

La littérature scientifique a démontré que, d'une manière générale, la problématique du surpoids et de l'obésité ne touchait pas les catégories sociales et les territoires de manière homogène et que différents types d'interventions étaient nécessaires pour atteindre les différents publics cibles. La deuxième question vise à apprécier la répartition quantitative, géographique et financière des activités de promotion de la santé liées au surpoids et à l'obésité selon le type d'interventions et les publics visés. L'objectif est d'analyser dans quelle mesure les activités de prévention parviennent à influencer les groupes de personnes les plus concernées par le surpoids et l'obésité.

2. Les programmes de promotion/prévention atteignent-ils les populations les plus vulnérables au risque d'obésité et de surpoids ?

Sous-questions :

- Quels sont les types de populations les plus atteints par les programmes de promotion/prévention et quelles populations en sont éventuellement exclues ?
- La répartition des financements entre les acteurs et les différents types de mesures permet-elle d'atteindre les populations les plus touchées par l'obésité et le surpoids ?
- Les programmes mis en œuvre dans les contextes scolaires et préscolaires atteignent-ils les populations les plus vulnérables au risque d'obésité et de surpoids ?

Question 3

La troisième question s'intéresse aux effets de la politique, en explorant les liens entre les interventions menées, les connaissances, les attitudes et les comportements des publics cibles en matière d'alimentation et de mouvement, sans pour autant chercher à établir des liens de causalité entre ces éléments. Elle s'intéresse, d'une part, au rôle de multiplicateur des professionnels de l'éducation des jeunes enfants et aux familles des enfants et, d'autre part, aux programmes de promotion de la santé destinés aux publics vulnérables qui, dans certains cas, recourent au principe de multiplication par les pairs en confiant à des membres du public cible des rôles d'animation d'ateliers pratiques.

3. Dans quelle mesure les programmes de promotion/prévention produisent-ils les effets escomptés ?

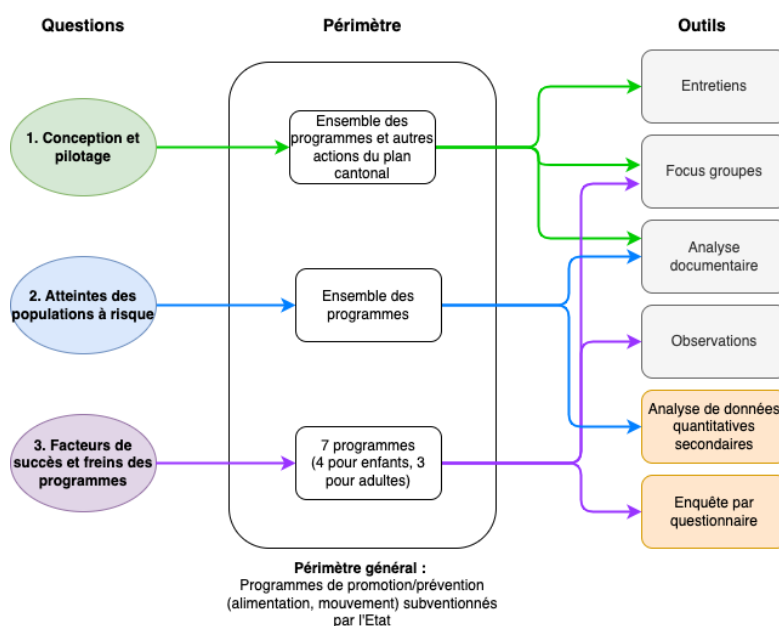
Sous-questions :

- Dans quelle mesure les programmes de promotion/prévention contribuent-ils aux objectifs visés et quelles sont les configurations (méthodes utilisées et contexte de réalisation) qui facilitent l'atteinte des publics cibles et les modifications de leurs connaissances, attitudes et comportements en matière d'alimentation et de mouvement (facteurs de succès et freins) ? Ces programmes échappent-ils au risque de stigmatisation des personnes en surpoids ou obèses ?
- Dans quelle mesure les connaissances, attitudes et comportements en matière d'alimentation et de mouvement des professionnels des structures d'accueil de la petite enfance et des écoles primaires sont-ils liés à la présence ou à l'absence de programmes de promotion de la santé dans leur structure ?
- Quels sont les différents facteurs influençant les connaissances, attitudes et comportements des familles en matière d'alimentation et de mouvement ? Ces derniers se différencient-ils selon le contexte socio-économique et la présence ou l'absence de programmes de promotion de la santé dans le contexte scolaire ?

2.3 Méthodologie

La Figure 4 résume les questions, les périmètres et les outils de l'évaluation.

Figure 4 : Cadre méthodologique de l'évaluation



Source : CdC, 2023

Des périmètres adaptés aux questions

La réponse aux trois questions d'évaluation se fonde sur des périmètres différents :

- l'analyse de la première question englobe toutes les actions du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention liées à la prévention du surpoids et de l'obésité. Elle recourt à une méthodologie de type qualitatif (analyse documentaire, entretiens) ;
- l'analyse de la deuxième question concerne l'ensemble des programmes comprenant une part de promotion d'une alimentation saine et équilibrée ou de l'activité physique¹¹. Elle recourt à une méthodologie essentiellement quantitative (analyse de données secondaires) ;
- l'analyse de la troisième question se centre sur sept programmes de promotion d'une alimentation saine et équilibrée ou de l'activité physique (deux en contexte scolaire, deux en contexte préscolaire, trois destinés à des adultes). Elle combine des méthodologies qualitatives et quantitatives (entretiens, observation et questionnaire).

Une variété d'instruments de collecte et d'analyse des données

Pour répondre aux questions d'évaluation, la Cour a recouru à :

- l'analyse documentaire (littérature scientifique, lignes directrices internationales, nationales et cantonales, documentation des programmes, etc.) ;
- des entretiens avec des acteurs de terrain, des experts scientifiques et des participants à des programmes pour adultes vulnérables (en l'occurrence, des personnes de statut socio-économique défavorisé) ;
- des focus groupes avec : (1) des membres d'associations de personnes vivant avec l'obésité, (2) des animateurs de programmes de promotion d'une alimentation saine et équilibrée, (3) des animateurs de programmes de promotion d'une activité physique adaptée, (4) des acteurs non enseignants en cadre scolaire (direction, coordination pédagogique, santé scolaire) ;

¹¹ Une partie des analyses (couverture cartographique) concerne uniquement, pour des raisons de faisabilité, les programmes réalisés en cadre scolaire ou préscolaire, ainsi que les pistes cyclables et les équipements sportifs.

- l'observation participante d'ateliers de promotion de la santé destinés à des publics adultes vulnérables ;
- des analyses quantitatives de données secondaires (tableaux de bord des programmes, données comptables, statistiques scolaires et préscolaires) ;
- l'analyse cartographique des programmes réalisés en cadre scolaire ou préscolaire, ainsi que des pistes cyclables et des équipements sportifs en lien avec les indicateurs de vulnérabilité ;
- des enquêtes par questionnaire auprès des parents et des professionnels (corps enseignant et équipes éducatives) de six écoles et six crèches situées dans des zones géographiques plus ou moins favorisées et mettant ou non en œuvre différents programmes de promotion/prévention.

2.4 Limites de l'évaluation

La présente évaluation part d'une problématique sociétale, à savoir la hausse de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Il n'existe pas de politique publique uniquement consacrée à ce problème sociétal. Les interventions faisant l'objet de la présente évaluation relèvent de la santé publique et excluent donc les prises en charge individuelles des personnes en surpoids ; elles sont réalisées dans le cadre d'un objectif plus large de promotion de la santé. En outre, la mission n'ayant pas été ouverte auprès du département de la cohésion sociale, un certain nombre d'actions menées par ce dernier ou sur délégation de ce dernier n'ont pas été évaluées.

La conception de l'enquête par questionnaires visait avant tout à comparer les structures (écoles et crèches) avec ou sans programme dans des contextes sociaux plus ou moins favorisés. Les écoles et crèches ont donc été sélectionnées en fonction de la présence ou de l'absence de programmes et de la proportion d'enfants de familles modestes plutôt qu'aléatoirement. Il n'est ainsi pas possible d'affirmer qu'elles sont statistiquement représentatives de l'ensemble des crèches et écoles du canton. Par ailleurs, le choix de soumettre les questionnaires à l'entrée et à la sortie des établissements a permis d'atteindre l'objectif de représenter les personnes des milieux moins favorisés qui répondent rarement aux enquêtes adressées par voie postale. Ce faisant, ce choix a exclu de l'échantillon les parents qui n'accompagnent pas eux-mêmes leurs enfants. Il n'est donc pas possible d'affirmer que les réponses recueillies sont statistiquement représentatives de l'ensemble des parents.

La conception de la présente évaluation ne prévoit pas d'établir fermement la causalité entre les activités réalisées par les programmes, les comportements des participants (en matière d'alimentation et d'activité physique) et l'état de santé de ces derniers. Un tel objectif nécessiterait un dispositif d'étude de type clinique qui devrait être démultiplié pour chaque programme étudié, ce qui nécessiterait des ressources excédant celles de la Cour des comptes.

L'équipe d'évaluation a choisi d'analyser les programmes mis en œuvre durant l'année 2021, parce qu'il s'agit d'une année suffisamment proche pour représenter les activités actuellement mises en œuvre¹². Durant cette période, la gestion de la crise COVID a toutefois monopolisé une partie des ressources humaines habituellement attribuées à la promotion de la santé, tandis que les normes sanitaires limitaient la réalisation de certaines activités (en particulier les réunions publiques, tantôt interdites, limitées à 5 personnes ou encore soumises à l'obligation de présenter un certificat COVID). L'année 2021 n'est donc pas entièrement représentative des activités ordinaires des services étatiques chargés de la coordination et des prestataires chargés de la mise en œuvre des programmes.

¹² Ce choix permet de prendre en compte les activités réalisées dans le plan d'action cantonal 2021-2024.

3. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Ce chapitre a comme objectif de présenter une réponse aux trois questions posées et explicitées au chapitre 2 et d'exposer les principaux constats et les recommandations qui en découlent. Ces constats reposent sur les éléments présentés dans les chapitres d'analyse de la version complète du rapport.

3.1 Constats en réponse aux questions d'évaluation

3.1.1 La conception et le pilotage du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention sont-ils adéquats pour répondre à la prévalence du surpoids et de l'obésité ? (Question 1)

Premier message clé

Un dispositif globalement pertinent, mais dont le pilotage doit être amélioré pour répondre à l'augmentation de la prévalence.

Ce message clé repose sur les constats suivants :

C1 : Cohérence de la politique de promotion de la santé et de prévention (concept et plan) avec les lignes directrices fédérales et internationales

La politique de prévention du surpoids et de l'obésité n'existe pas en soi dans le canton de Genève ni au niveau fédéral. En effet, elle s'intègre dans une politique plus large de promotion de la santé et de prévention. La promotion de la santé cherche à agir sur les « *déterminants de la santé* »¹³ en veillant à influencer les différents facteurs à l'origine des inégalités sociales en matière de santé. La promotion de la santé, thématisée dans la Charte d'Ottawa adoptée par l'OMS en 1986, se déploie sur deux axes :

1. renforcer le pouvoir d'agir des individus et des groupes sur leur environnement en développant leurs connaissances et leurs attitudes de manière à leur permettre de faire des choix favorables à leur santé ;
2. agir sur l'environnement de manière à réduire ses effets négatifs sur la santé et faciliter l'adoption de styles de vie favorables à la santé. Cet axe repose sur des approches dites multisectorielles visant la prise en compte de la promotion de la santé dans les autres politiques publiques.

Au niveau fédéral, le cadre fixé par la Confédération (cf. la section 4.1 de la version complète du rapport) suit la logique de la promotion de la santé et reconnaît la nécessité de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé afin de pallier les inégalités de chances en matière de santé.

À Genève, la politique de promotion de la santé et de prévention s'articule autour du concept cantonal 2030 de promotion de la santé et de prévention et du plan cantonal 2019-2023. Le concept est l'outil stratégique du gouvernement en matière de promotion de la santé. Son élaboration a impliqué les autres départements de l'administration cantonale¹⁴ dans une dynamique positive. Il fixe les lignes directrices de cette politique jusqu'en 2030. Le plan cantonal constitue quant à lui le volet opérationnel de la politique cantonale. Il décrit les actions permettant d'atteindre les priorités définies dans le concept 2030. Le concept et le plan de promotion de la santé et de prévention reprennent les objectifs de la Charte d'Ottawa de l'OMS, notamment sur la réduction des inégalités sociales de santé, la

¹³ Les déterminants de la santé sont définis par l'OMS comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* » (CSDH, 2008).

¹⁴ Les autres départements figurent également dans le comité de pilotage du plan cantonal.

promotion d'une approche positive de la santé et l'approche transversale et complémentaire de la santé avec les autres politiques publiques.

C2 : Priorité modérée des actions de promotion de la santé liées à la prévention du surpoids et de l'obésité

Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023 prévoit 21 actions prioritaires¹⁵ et 39 actions complémentaires. Parmi ces 60 actions, douze ont un lien explicite avec la promotion d'une alimentation saine, du mouvement en lien avec la prévention du surpoids et de l'obésité, dont quatre sont considérées comme prioritaires¹⁶, en dépit de l'accroissement de la prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse et dans le canton depuis 1992. En outre, le plan ne prévoit pas le financement de ces actions qui doit être pris sur le budget ordinaire des acteurs concernés (politique transversale). Ces différents éléments sont présentés dans la section 4.2 de la version complète du rapport.

En ce qui concerne plus spécifiquement les programmes de promotion de la santé en matière d'alimentation et de mouvement en lien avec la prévention du surpoids et de l'obésité, le financement par le canton et *Promotion Santé Suisse* représente un peu plus d'un million de F par année (cf. la section 5.3 de la version complète). Mis en regard des charges annuelles d'exploitation de la politique publique en matière de santé (2,7 milliards de F dans les comptes consolidés 2021 de l'État de Genève), ce montant, qui ne tient pas compte des budgets et actions ordinaires des différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre du plan cantonal (cf. constat C3), apparaît très modeste.

C3 : Nombreuses actions transversales et infrastructures favorisant l'activité physique

Bien que la prévention du surpoids soit une thématique portée en priorité par le département en charge de la santé, le concept et le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention sont conçus de manière transversale, c'est-à-dire en confiant la responsabilité de certaines actions à d'autres départements (cf. le point 4.1.4 de la version complète). Ainsi, le concept prévoit par exemple un axe sur les aménagements urbains propices à l'activité physique et à la mobilité douce (aménagements cyclables sécurisés, zones piétonnes, infrastructures sportives ou de loisirs actifs). Selon le bilan intermédiaire du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention, l'action prioritaire rattachée à cet axe a été réalisée (cf. le point 4.2.2 de la version complète).

C4 : Absence d'instruments environnementaux touchant l'ensemble de la population dans le domaine de l'alimentation

Les actions de type environnemental peuvent se déployer à plusieurs échelles. Le premier niveau concerne des actions qui touchent tous les individus, mais dans un contexte défini. C'est par exemple le cas de programmes pour les enfants qui se déploient dans une école (contexte défini) et atteignent tous les enfants fréquentant cette école ou encore de labels comme Fourchette Verte qui atteignent toutes les personnes prenant leur repas dans un établissement de restauration labellisé. De la même manière, l'interdiction de vente d'aliments malsains dans un lieu (ex. bâtiment public) est une mesure environnementale limitée à un contexte. À un niveau plus large, les interventions de type universel touchent tous les individus d'une commune, d'un canton, d'un pays.

¹⁵ Selon le glossaire du plan cantonal, la priorité des actions ne relève pas seulement de la priorité de l'enjeu en lien avec la santé publique, mais témoigne aussi du potentiel de déploiement de l'action et de la transversalité de l'action.

¹⁶ Ces deux actions visent des objectifs plus larges que la promotion de l'alimentation saine et équilibrée et de l'activité physique. La première concerne la prise en compte des questions de santé dans la mise en œuvre du plan directeur cantonal 2030 (aménagement). La seconde concerne le renforcement des compétences en santé des groupes cibles les plus exposés aux inégalités de santé.

À Genève, ce dernier type d'intervention concerne davantage l'activité physique, par exemple avec la construction de pistes cyclables, la création de zones piétonnes au centre-ville et la réalisation d'équipements sportifs dans les nouveaux quartiers. La Cour observe, en revanche, que le pendant des mesures environnementales (agissant sur le contexte) dans le domaine de l'alimentation, telles que les réglementations ou les taxes, n'est pas encore mis en œuvre à l'échelle cantonale, notamment en raison des compétences cantonales limitées en matière de mesures fiscales. Les seules mesures de ce type concernent les enfants en milieu préscolaire et scolaire (cf. le constat 8) et uniquement dans les structures ayant adopté de telles mesures. À l'heure actuelle, la réglementation de l'offre alimentaire n'est pas soutenue au niveau politique fédéral et se heurte à des intérêts et priorités divergents (cf. la section 4.3 de la version complète). Par conséquent, les moyens d'action dont le rapport coût-bénéfice serait le plus important ne sont pas mis en œuvre.

C5 : Orientation pertinente des programmes sur les enfants et les adultes de catégorie socio-professionnelle modeste

Les programmes de promotion de la santé constituent un instrument fondamental en matière de prévention du surpoids et de l'obésité. Ces programmes mettent l'accent sur la périnatalité, les enfants et les personnes de catégorie socio-professionnelle modeste, désignées comme adultes vulnérables dans le présent rapport. Comme expliqué au chapitre 4, cette orientation est justifiée et nécessaire au vu de l'enjeu que constituent ces périodes de vie (périnatalité, petite enfance, enfance et adolescence) dans l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires et de mouvement et en vertu des risques plus accrus en matière de santé portés par les catégories les plus modestes ainsi que de l'objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé (cf. le point 4.1.4 de la version complète).

Par ailleurs, bien que le surpoids et l'obésité présentent une prévalence importante auprès des personnes âgées de 45-50 ans, il n'existe pas d'interventions à leur destination. Les seules interventions adressées à cette tranche d'âge concernent l'alimentation et le mouvement des personnes âgées (70 ans et plus) et visent la prévention de la dénutrition et des chutes. Des interventions de type structurel permettraient d'atteindre ce public (les personnes de 45 ans et plus) sans remettre en cause le ciblage des programmes sur les jeunes et les adultes vulnérables.

C6 : Pilotage du plan cantonal et de l'action des organismes prestataires à renforcer

Dépendant du service du médecin cantonal, lui-même rattaché à la direction générale de la santé (DGS), le secteur prévention et promotion de la santé (PPS) a la responsabilité de piloter le développement et de suivre la mise en œuvre des activités de promotion de la santé et de prévention. Il doit également concevoir et piloter les programmes d'action cantonaux de promotion de la santé co-financés par la fondation nationale *Promotion Santé Suisse*, dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé mentale. Concrètement, le secteur PPS subventionne et coordonne les activités de promotion de la santé et de prévention qui sont ensuite mises en œuvre par d'autres acteurs.

Deux types d'indicateurs existent pour le suivi (1) des effets des axes du plan cantonal et (2) de la réalisation des activités des partenaires subventionnés.

- Concernant le suivi du plan cantonal, la Cour relève que la DGS ne dispose pas de moyens propres pour réaliser des études populationnelles régulières. Pour pallier cet inconvénient, la DGS a commencé, en 2021, à utiliser des données de la plateforme Specchio de l'unité d'épidémiologie populationnelle des HUG. Actuellement, la DGS doit se baser sur des enquêtes statistiques qui ne sont pas conduites chaque année et dont les questions peuvent être abandonnées d'une édition à l'autre. De ce fait, la plupart des indicateurs choisis en lien avec l'alimentation et le mouvement ne sont pas disponibles à une fréquence annuelle, voire pas disponibles du tout (cf. le point 4.2.2 de la version complète).

- En parallèle au suivi de ce plan, l'État demande aux organismes partenaires de fournir des indicateurs attestant de la réalisation des objectifs convenus. Ces indicateurs sont spécifiques à chaque partenaire et de ce fait non consolidables dans un bilan global de l'action des partenaires (publics atteints, variété des activités réalisées, possibilités de mutualisation d'activités similaires) (cf. le point 4.2.3 de la version complète).

Par ailleurs, les actions des prestataires de programmes de promotion de la santé sont mises en regard des huit axes stratégiques du concept cantonal et de l'action transversale concernant la santé mentale. Elles ne sont, en revanche, pas directement orientées en fonction des objectifs prioritaires du plan. De plus, les actions mises en œuvre ne sont pas forcément celles qui sont réputées comme les plus efficaces par la littérature scientifique, mais souvent celles que les partenaires poursuivent de longue date. L'analyse de l'ensemble des tableaux de bord pour les années 2019 à 2021 des organismes œuvrant dans la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique régulière montre, en outre que la DGS ne suscite pas activement de synergies organisationnelles entre partenaires proposant des activités similaires.

3.1.2 Les programmes de promotion/prévention atteignent-ils les populations les plus touchées par le surpoids et l'obésité ? (Question 2)

Deuxième message clé

Des résultats en demi-teinte en matière d'atteinte des publics vulnérables et de réduction des inégalités sociales de santé.

Ce message clé repose sur les constats suivants :

C7 : Atteinte en continu d'un grand nombre d'enfants en milieu scolaire grâce à des programmes agissant sur l'environnement (Collations saines, Fourchette verte)

Les analyses de la couverture décrites au chapitre 5 de la version complète portent spécifiquement, d'une part sur la capacité des interventions à toucher un nombre élevé de personnes (section 5.2) et, d'autre part, sur leur capacité à toucher les publics vulnérables (sections 5.3 et 5.4). La Cour a comptabilisé le nombre de personnes atteintes par les différents programmes collectifs de promotion de la santé concernant l'alimentation ou le mouvement. Il ressort de ces analyses que les programmes atteignent en priorité les enfants et plus marginalement les populations adultes vulnérables (de statut socio-économique modeste).

Les enfants fréquentant l'école primaire constituent le groupe le plus touché, surtout grâce à l'existence des deux programmes qui agissent sur l'environnement : le label *Fourchette verte* qui concerne 86% des restaurants scolaires et la réglementation des goûters par le programme *Collations saines* qui est mis en œuvre dans une école sur trois.

Ce type de programme concerne tous les enfants des structures (écoles ou restaurants scolaires) participant à ces programmes. Ainsi, les enfants des familles moins favorisées font aussi partie de ces programmes, alors qu'ils participent moins aux autres activités nécessitant de modifier l'organisation familiale. De plus, ces deux programmes agissent en continu, tout le long de l'année scolaire, contrairement à des interventions ponctuelles (telles qu'un atelier de sensibilisation ayant lieu une seule fois).

C8 : Atteinte limitée des populations adultes les plus à risque

Alors que près d'une personne sur cinq à Genève est considérée comme à risque de pauvreté (OCSTAT, 2019), moins de 2'000 adultes en situation de précarité (c'est-à-dire un peu plus de 3% des personnes à risque de pauvreté) ont participé à un programme ciblé sur le public vulnérable et dont l'un des objectifs touchait à la promotion du mouvement ou de l'alimentation saine¹⁷. Les adultes de condition socio-économique modeste ont bien souvent des préoccupations plus prioritaires que l'alimentation saine et équilibrée et l'activité physique régulière. En outre, l'organisation de leur vie de famille, notamment le manque de soutien pour garder les enfants ou les horaires des ateliers, ne favorise pas leur participation à ces programmes (cf. les sections 7.4 et 7.5 de la version complète).

Selon les analyses quantitatives de la Cour (section 5.2 de la version complète), les programmes collectifs de formation et de mise en pratique atteignent un nombre plus restreint de personnes que les mesures environnementales. De plus, la participation à ce type de programme se fait aussi sur base volontaire et comporte ainsi le risque de limiter la participation des personnes les plus à risque (cf. constat précédent).

C9 : Participation des écoles et crèches aux programmes pour enfants dépendante de la bonne volonté des acteurs de terrain en l'absence de décision politique pour atteindre les secteurs les plus à risque

L'analyse cartographique a consisté à examiner la répartition des interventions (programmes de promotion/prévention, aménagements cyclables et installations sportives) sur l'ensemble du territoire genevois en fonction de la vulnérabilité au risque de surpoids et d'obésité de la population. Il ressort de cette analyse (cf. section 5.4 de la version complète), qu'à défaut de compenser pleinement les inégalités en matière de risque de surpoids et d'obésité, la répartition des programmes ne renforce pas ces dernières.

Deux résultats de cette analyse fondent ce constat. Premièrement, le nombre de programmes mis en œuvre est plus important dans les écoles situées dans les zones les plus vulnérables au risque de surpoids et d'obésité que dans celles situées dans des zones plus favorisées¹⁸. Toutefois, ce résultat découle principalement d'une volonté des directions des écoles situées dans une zone défavorisée et pourrait donc changer si les directions concernées étaient amenées à adopter d'autres priorités. Deuxièmement, la répartition sur le territoire cantonal des infrastructures favorisant l'activité physique (équipements sportifs et aménagements cyclables) ne désavantage pas les secteurs les plus à risque. Il faut également souligner que la décision de localisation de ces équipements est plus complexe que pour l'organisation de programmes de sensibilisation. Elle dépend surtout de facteurs non pris en compte dans la présente étude (densité de la population, espace disponible, proximité d'autres installations).

¹⁷ L'analyse ne prend pas en compte les activités telles que les supports de communication (prospectus, vidéos, pages web) et les stands dans des lieux publics qui touchent un plus grand nombre de personnes, ni l'action des multiplicateurs qui est par nature informelle.

¹⁸ Ce résultat est clair pour *Collations Saines* (mis en œuvre dans 43% des écoles situées dans des contextes socialement moins favorisés et dans 27% des écoles situées dans des contextes socialement plus favorisés). Il n'y a en revanche aucune différence pour *Senso 5*.

3.1.3 Dans quelle mesure les programmes de promotion/prévention produisent-ils les effets escomptés ? (Question 3)

Troisième message clé

Des programmes utiles, mais soumis à de nombreux défis.

Ce message clé repose sur les constats suivants :

Constats concernant les programmes dans le milieu scolaire et préscolaire

C10 : Premier niveau de multiplication atteint dans les crèches et les écoles

Un certain nombre de programmes ou d'interventions existent à l'échelle de l'école primaire et des structures d'accueil de la petite enfance (SAPE). Le service de la santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) soutient la mise en œuvre de deux programmes dans les écoles (Collations saines et Senso5) et deux programmes dans les SAPE¹⁹. Une dizaine d'autres programmes s'adressant au jeune public sont mis en œuvre par des associations. La plupart de ces programmes reposent sur le concept de « multiplication » par des professionnels. C'est-à-dire que ce sont les professionnels (ex. enseignants ou éducateurs) qui vont être formés pour réaliser des activités de promotion de l'alimentation saine et équilibrée ou de mouvement avec les enfants. Dans les SAPE, la mise en œuvre des programmes se base en outre sur le principe de multiplication entre pairs, dans la mesure où seuls deux éducateurs sont formés et sont appelés à transmettre leurs connaissances à leurs collègues.

Comme mentionné précédemment, la participation aux programmes se fait sur base volontaire, ce qui confère une grande autonomie à l'école et à la SAPE. D'autre part, les enseignants et les professionnels ont une grande autonomie sur la mise en œuvre des concepts de ces programmes, ce qui pourrait présenter des risques quant à la réalisation concrète des activités auprès des enfants. Les analyses de la Cour (cf. le point 6.5) attestent toutefois de la mise en œuvre effective des quatre programmes dans les institutions concernées, ce qui confirme que le premier niveau de multiplication est atteint. Elles ne peuvent, en revanche, pas déterminer les éventuels impacts de ces programmes en matière d'alimentation et de mouvement des enfants, notamment dans le cadre familial.

C11 : Importance du contexte comme facteur de succès des programmes dans les SAPE

D'une manière générale, les professionnels (SAPE et écoles) ont de très bonnes connaissances en matière d'alimentation saine et de mouvement. Les pratiques professionnelles autour de la promotion d'une alimentation saine et du mouvement (c'est-à-dire les activités professionnelles proposées aux enfants sans forcément s'inscrire dans un programme donné) varient entre le personnel éducatif des SAPE et des écoles²⁰.

La promotion de l'alimentation saine et équilibrée et la promotion du mouvement font partie du cœur de métier du personnel socio-éducatif des SAPE. Il s'avère (cf. sections 6.3 et 6.5 de la version complète) que l'importance et la fréquence de ces activités dépendent principalement du contexte institutionnel (règles en matière d'alimentation ou de mouvement promues plus ou moins activement par les directions), de l'architecture et de l'aménagement intérieur et extérieur des bâtiments des SAPE (présence d'une cuisine, salles dédiées à la motricité régulièrement accessibles). Finalement, l'environnement géographique de la SAPE (proximité d'un parc ou d'une forêt) peut multiplier les possibilités de mobilité des enfants.

¹⁹ Il s'agit actuellement d'un seul programme en deux volets adressés à des catégories d'âge différentes.

²⁰ Le constat 11 concerne le contexte des SAPE, tandis que le constat 12 s'applique au contexte scolaire.

C12 : Éducation nutritionnelle peu réalisée à l'école et programmes peu connus des parents

Pour les enseignants du primaire, les activités englobent davantage la promotion de l'activité physique que celle de l'alimentation saine et équilibrée. Les analyses de la Cour (cf. les sections 6.3 et 6.4 de la version complète), montrent en effet que dans les six écoles primaires étudiées, les enseignants du cycle élémentaire ne réalisent que peu d'activités en classe autour de l'alimentation, même en les intégrant dans d'autres matières scolaires, et cela quand bien même l'éducation nutritionnelle fait partie intégrante du PER. Les enseignants ayant participé au sondage de la Cour estiment ainsi cette matière moins importante que l'éducation physique ou que la sensibilisation aux questions environnementales.

Les connaissances, les attitudes et les pratiques des parents en matière d'alimentation et de mouvement ne varient pas significativement en fonction de la présence ou de l'absence d'un programme de promotion dans l'institution (école/SAPE) fréquentée par leur enfant (cf. la section 6.6 de la version complète). Les connaissances et les attitudes des enfants qui constituent l'un des principaux effets attendus n'ont pas été évaluées par la Cour.

En outre, il faut mentionner que les parents ayant participé au sondage de la Cour connaissent peu les programmes de promotion de l'alimentation saine et du mouvement réalisés dans les institutions, en dépit des activités de communication prévues à leur destination. Ainsi, il n'est pas étonnant que la présence ou l'absence de programmes destinés aux enfants n'influence pas significativement les connaissances, les attitudes et les comportements des parents.

C13 : Comportements en matière d'alimentation et de mouvement influencés par des facteurs socio-économiques

Le niveau de formation des parents et le contexte socio-économique ont une forte incidence sur les pratiques des parents et des enfants en matière d'alimentation et de mouvement, mettant ainsi en évidence une des sources des inégalités en matière de santé (cf. la section 6.4 de la version complète). En comparaison avec les répondants au bénéfice d'une formation tertiaire (université, HES, formation professionnelle supérieure), les répondants dont le niveau de formation est primaire ou secondaire font moins de sport, recourent moins à la mobilité douce dans leurs déplacements quotidiens, consomment moins de fruits et légumes et davantage de plats préculinés. Les mêmes différences se retrouvent entre les parents des écoles en SAPE en fonction du contexte socio-économique (plus ou moins favorisé).

Constats concernant les programmes destinés aux adultes vulnérables

C14 : Fragilité et flou de la multiplication par les pairs

Certains programmes destinés aux adultes reposent sur le principe de « multiplication ». C'est-à-dire qu'ils ont comme premier objectif de former des personnes faisant partie du public visé par le programme (par exemple des femmes migrantes) qui vont ensuite partager les messages auprès d'autres personnes issues du même milieu, que ce soit lors d'ateliers liés à des programmes, ou plus informellement auprès de leur entourage. Selon les analyses menées, cette manière de procéder, dont la pertinence n'est pas remise en cause, n'est pas sans faille (cf. le chapitre 7 de la version complète).

D'une part, des messages trop compliqués risquent d'être déformés par des personnes qui ne les ont pas totalement compris²¹. En effet, ces personnes étant le plus souvent choisies parmi d'anciens participants motivés, leurs domaines professionnels d'origine sont parfois très éloignés du monde de la

²¹ De plus, la diversité linguistique des participants à un même atelier tend à complexifier la compréhension des messages.

santé. Il n'est donc pas réaliste de vouloir en faire des diététiciens ou des maîtres d'activité physique. Les messages transmis par les pairs multiplicateurs doivent donc être essentiellement pratiques.

D'autre part, les associations ne sont pas en mesure de fidéliser ces multiplicateurs qui cessent leur activité lorsqu'ils trouvent une opportunité plus favorable financièrement. Les activités réalisées par les multiplicateurs dans leur entourage ne font pas systématiquement l'objet d'un encadrement spécifique, contrairement à celles qui ont lieu dans les ateliers organisés par les programmes. L'élaboration d'un programme de formation et d'un cahier des charges réalistes pour les pairs multiplicateurs est pour l'instant laissée à la charge de chaque prestataire qui ne dispose pas de ressources permettant un encadrement accru ni une meilleure valorisation du travail accompli.

C15 : Manque de soutien aux changements de comportement des participants à l'issue des programmes

Comme mentionné précédemment, les programmes collectifs de formation et de mise en pratique atteignent un nombre plus restreint de personnes que les mesures environnementales. Ces programmes sont cependant nécessaires, car ils agissent sur d'autres ressorts (mise en pratique, échanges entre pairs) et visent une acquisition progressive de connaissances et d'attitudes favorables à la santé qui sont essentielles à une modification des comportements (cf. chapitre 7 de la version complète).

En outre, les connaissances et attitudes développées par les participants aux ateliers de promotion de la santé n'induisent des changements de comportement durables que si le contexte de vie des personnes concernées est favorable à ces changements. Dans le cas contraire, les inégalités en matière de santé ne seront pas réduites. En l'occurrence, il n'existe pas, à la connaissance de la Cour, d'interventions explicites pour accompagner les changements de comportement d'anciens participants.

3.2 Recommandations

Pour pallier les problèmes soulevés par ces constats, la Cour formule huit recommandations adressées à trois départements de l'État de Genève : le département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS) pour tout ce qui touche à la coordination des mesures de promotion de la santé découlant du plan cantonal, le département de la cohésion sociale (DCS) pour tout ce qui touche à l'atteinte des publics vulnérables et le département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP) pour tout ce qui touche la promotion de la santé des enfants fréquentant les structures d'accueil de la petite enfance et les écoles primaires et secondaires.

Les recommandations sont composées d'une invite d'ordre stratégique, accompagnée de modalités de mise en œuvre qui constituent des exemples d'actions précises dont la réalisation favoriserait l'amélioration des problèmes relevés par les constats critiques. Elles visent à renforcer le pilotage des actions menées (R1), développer l'action à l'échelle environnementale (R2 et R3), faciliter la réalisation des programmes en atteignant de manière renforcée les publics les plus vulnérables (R4 à R8). Ces recommandations, bien qu'adressées à trois départements distincts, se fondent dans une perspective commune, celle de l'universalisme proportionné (cf. le point 4.1.1 de la version complète) qui vise à une promotion de la santé s'adressant à l'ensemble de la population avec un accent renforcé sur les publics les plus à risque.

3.2.1 Recommandations adressées au Département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS)

En tant que responsable de la politique publique, le DSPS est le destinataire de trois recommandations. La première concerne le volet organisationnel de cette politique, tandis que les deux suivantes concernent des actions impliquant un grand nombre d'acteurs, devant bénéficier à l'ensemble de la population genevoise et dont le département devrait coordonner la mise en œuvre.

Recommandation n°1 : Renforcer le pilotage de la politique publique et le suivi des programmes

Priorité :

Moyenne

Cette recommandation vise à répondre aux constats critiques suivants :

C2 : Priorité modérée des actions de promotion de la santé liées à la prévention du surpoids et de l'obésité

C6 : Pilotage du plan cantonal et de l'action des organismes prestataires à renforcer

Elle vise, en premier lieu, au vu de l'augmentation de la prévalence, à renforcer l'ancrage de la prévention du surpoids et de l'obésité dans le prochain plan cantonal de promotion de la santé et de prévention et à garantir un suivi annuel de l'atteinte des objectifs de ce plan de manière à objectiver leur atteinte et à identifier les domaines dans lesquels l'action doit être renforcée. Elle vise, en second lieu, à faciliter, dans les relations avec les partenaires (organismes subventionnés et autres entités étatiques), la mise en œuvre des priorités définies dans le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. En tant qu'entité spécialisée, le secteur promotion de la santé et prévention doit davantage encadrer l'action des partenaires, d'une part avant leur réalisation, en promouvant des interventions réputées comme efficaces et en s'assurant de la complémentarité des actions menées, puis pendant leur réalisation, en prévoyant un appui à la mise en œuvre, et, enfin, après la mise en œuvre, en synthétisant les résultats des actions menées et des enseignements tirés par les partenaires.

Modalités possibles :

- Dans le plan 2024-2028, considérer les priorités relatives à la prévention du surpoids et de l'obésité, orienter activement les actions des partenaires en fonction des objectifs prioritaires et leur apporter un soutien scientifique accru dans la mise en œuvre
- Revoir les indicateurs de suivi du plan cantonal de manière à obtenir des données comparables annuellement
- Identifier, encourager et encadrer plus activement les synergies entre les partenaires, par exemple en matière de formation des pairs multiplicateurs dont le statut devrait, par ailleurs, être clarifié

Recommandation 1: acceptée refusée

Position du DSPS

Le DSPS conteste le constat C2 et considère qu'une priorité adéquate est accordée par la DGS à la promotion d'une alimentation saine et équilibrée et la promotion d'une activité physique régulière. Le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention adopte une approche basée sur les « déterminants de la santé » et de ce fait le plan opérationnel œuvre de manière transversale pour la promotion d'une alimentation saine et équilibrée et la promotion d'une activité physique régulière.

Dès lors le nombre des actions œuvrant à « la prévention du surpoids et de l'obésité » est inexact. Le plan opérationnel contient 26 sur les 60 actions (10/21 actions prioritaires) qui ont un lien avec cette thématique, dont 15 (5 prioritaires) ont un lien direct et 11 (5 prioritaires) ont un lien indirect. Ci-dessous la liste des actions omises dans ce rapport :

Action 2.1 Créer un dispositif de lutte contre les inégalités de santé affectant les personnes migrantes

Action 2.2 Mettre en œuvre un plan de mesures de prévention des atteintes à la santé affectant les personnes actives dans les secteurs professionnels à forte pénibilité et/ou faible niveau de qualification

Action 4.1 Renforcer le dispositif d'entretien périnatal et en améliorer l'accès pour toutes les femmes enceintes dès le troisième mois de grossesse

Action 5.1 Créer une consultation spécialisée interdisciplinaire sur la santé au travail

Action 7.3 Définir et déployer un dispositif de surveillance épidémiologique pour les maladies non-transmissibles grâce à de nouvelles approches d'études populationnelles

Action 7.6 Favoriser la création et le soutien aux maisons de santé

Action 7.7 Mieux coordonner la prévention dans le domaine des soins

Action 7.8 Favoriser la diffusion de recommandations de prévention chez les professionnels de la santé

Action 7.9 Promouvoir localement les recommandations issues du mouvement Smarter Medicine

Action 7.10 Développer l'information sanitaire géo-spatiale

Action 7.11 Identifier de nouveaux indicateurs susceptibles d'améliorer le suivi et l'évaluation de la politique de promotion de la santé et de prévention

Action 8.3 Etablir un processus permettant au département chargé de la santé d'être co-rapporteur lors de l'élaboration ou la mise à jour de nouvelles lois en lien avec la santé

Action 8.7 Réviser les bases légales cantonales en matière de promotion de la santé et de prévention

Action 8.11 Instaurer et déployer le label "Commune en santé" afin de renforcer la santé de proximité

Le calendrier du plan cantonal prévoyait principalement la mise en œuvre des 21 actions prioritaires entre 2019 et 2023. Malgré la pandémie, le bilan intermédiaire révèle, en ce qui concerne les actions ayant un lien direct ou indirect avec les thématiques citées ci-dessous, la réalisation de 18/26 actions (dont 9/10 prioritaires), avec 7/26 actions en cours de réalisation et une dernière (non-prioritaire) à initier en 2023.

Par ailleurs, le bilan de l'année 2021 publié à l'interne début 2022 n'a pas été pris en considération dans ce rapport.

Les indicateurs du plan opérationnel PSP 2019-2023 sont des indicateurs globaux attachés aux priorités de chaque axe. Ils mesurent les tendances et plusieurs n'ont pas besoin d'être suivis annuellement, notamment ceux concernant l'environnement qui requièrent plusieurs années avant de constater un effet. En 2021, la DGS a révisé les indicateurs du plan cantonal PSP 2019-2023 et ces révisions ont été validés par le COPIL interdépartemental.

De plus, le dispositif SPECCHIO, mandaté par la DGS et déjà en cours depuis 2018, produit dès fin 2022 des données populationnelles ainsi que des recommandations en matière de santé publique. Ces données ont pour objectif d'orienter les actions ainsi que les décisions de développements nécessaires basées sur des évidences scientifiques pour garantir au quotidien la qualité de vie et la santé de la population genevoise. Le département conteste le besoin de prévoir des mesures supplémentaires.

La DGS suscite activement les échanges entre partenaires proposant des activités similaires. Les synergies entre les associations sont relevées à chaque rencontre et les liens sont encouragés. Certains tableaux de bord incluent la mise en réseau comme indicateur de suivi. Dès la sortie de la crise, un forum ouvert intitulé

Position du DSPS (suite)

« agir ensemble pour la promotion de la santé à Genève » et traitant spécifiquement de la thématique des synergies a été organisé avec la participation du Conseiller d'État en charge de la santé.

Alors que les résultats du chapitre 7 de ce rapport mettent en lumière la qualité du contenu des formations des multiplicateurs et les nombreux facteurs facilitateurs pour favoriser la participation des multiplicateurs, le constat final se concentre sur les difficultés de l'approche de la multiplication par les pairs des publics vulnérables. Les difficultés mentionnées sont des difficultés génériques issues d'une analyse superficielle et non-spécifique au travail des associations examinées. Cette conclusion n'a donc pas le potentiel d'offrir une perspective ou un conseil aux associations pour améliorer leurs approches. Par ailleurs, l'effet multiplicateur, comme défini par les études en travail social, n'est pas réservé aux personnes identifiées et formées en tant que tel. Chaque participant-e à une activité de promotion de la santé dispose de la possibilité de transmettre les informations et les compétences acquises dans d'autres contextes et avec son entourage. Ce potentiel « multiplicateur » n'est pas considéré dans ce rapport.

L'appel pour définir un statut des multiplicateurs au-delà de ce qui est déjà proposé est à double tranchant et ne relève pas que de la compétence du DSPS. Comme c'est le cas pour les proches-aidants, les forces et la plus-value de ces intervenant-e-s provient en partie de leur statut partiellement défini et du caractère informel de leur démarche. Un tel débat va au-delà du périmètre de cette évaluation et est activement en cours au sein de la DGS.

Au vu des éléments exposés ci-dessus, les constats de la Cour des comptes ne sont pas recevables en l'état et la recommandation n'apporte pas de réelle amélioration.

Contre-observation de la Cour

La Cour ne peut que saluer les initiatives en cours de mise en œuvre ou de réflexion de la DGS. Elle espère que ces dernières, qui n'ont pas encore fait l'objet d'annonces publiques, porteront leurs fruits et permettront d'apporter une réponse efficace à l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Elle regrette toutefois que cela n'ait pas conduit le département à accepter la recommandation de la Cour. Il est en effet surprenant et regrettable que le département chargé de piloter et de coordonner les programmes de promotion de la santé et de prévention refuse toute remise en question et piste d'amélioration proposée, alors que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est non seulement inquiétante au regard de ses conséquences sur la santé et des coûts globaux qui lui sont liés, mais qu'elle traduit également une nécessité d'action.

Recommandation n°2 : Renforcer les instruments environnementaux par le biais de propositions d'actions sur l'offre alimentaire

Priorité :

Élevée

Cette recommandation vise à répondre au constat critique suivant :

C4 : Absence d'instruments environnementaux touchant l'ensemble de la population dans le domaine de l'alimentation

Elle vise à compléter l'action des programmes qui agissent sur les compétences des individus et des groupes en rendant le contexte plus favorable à une alimentation saine et équilibrée (régulation de l'environnement obésogène) afin de renforcer la prévention du surpoids et de l'obésité. Un groupe de travail sur la taxation du sucre a été constitué pour répondre simultanément à la mise en œuvre de l'action 8.5 du plan cantonal 2019-2023 et aux invites d'une motion du Grand Conseil et diverses initiatives font actuellement l'objet de discussions au sein du département. Il est nécessaire de débattre

plus largement de ces questions et d'agir de manière concertée et non politisée avec les autres cantons en faveur d'une meilleure information des consommateurs et d'un encadrement accru des publicités ciblées sur les enfants.

Modalités possibles :

- Transmettre au Grand Conseil un rapport résumant les travaux du groupe de travail dont la création avait été annoncée en septembre 2020 par le Conseil d'État en réponse à la motion 2505 pour examiner la faisabilité (pratique et légale) d'une taxation ou d'une réglementation des boissons ou des produits sucrés à l'échelle cantonale.
- Prendre contact avec les autres départements cantonaux de la santé et leur proposer de mettre en place une coordination intercantonale dans l'objectif de proposer aux Chambres fédérales de légiférer pour :
 - réglementer la publicité alimentaire ciblée sur les enfants
 - généraliser le Nutriscore

Recommandation 2 : acceptée refusée

Position du DSPS

Le DSPS et la DGS contestent l'affirmation du constat C4 qui indique « l'absence d'instruments environnementaux touchant l'ensemble de la population dans le domaine de l'alimentation ». En effet, les label « Fourchette verte » et « Commune en santé » sont deux exemples d'instruments environnementaux soutenus par le DSPS.

Une analyse juridique et économique de l'instauration d'une taxe à la consommation sur les boissons sucrées à Genève est déjà en cours. La coordination intercantonale est déjà en place sur les niveaux opérationnel et stratégique.

Recommandation n°3 : Renforcer et cibler davantage l'incitation de la population à l'activité physique

Priorité : Moyenne

Cette recommandation prend appui sur les constats positifs suivants :

- C3 : Nombreuses actions transversales et infrastructures favorisant l'activité physique
- C5 : Orientation pertinente des programmes sur les enfants et les adultes vulnérables

Elle vise également à répondre au constat critique suivant :

- C13 : Comportements en matière d'alimentation et de mouvement influencés par des facteurs socio-économiques

Elle vise à favoriser l'activité physique au quotidien de l'ensemble de la population de manière à atteindre les classes d'âge qui ne sont pas visées par des programmes (adultes ne correspondant pas aux critères d'accès aux programmes spécifiques). L'activité physique ne se limite en effet pas aux activités sportives et à la mobilité douce. Elle peut être renforcée à domicile, durant les activités professionnelles, de loisirs et dans les bâtiments et lieux publics.

Modalités possibles :

- Réaliser des actions intersectorielles promouvant l'activité physique, p. ex. valoriser l'utilisation des escaliers dans les lieux et bâtiments publics.
- Promouvoir la mobilité active au quotidien par le biais de la marche ou du vélo à travers divers outils adaptés aux différents publics cibles.
- Favoriser la participation citoyenne dans l'élaboration d'actions et d'outils permettant la promotion d'une activité physique régulière.

Recommandation 3: acceptée refusée

Position du DSPS

La DGS est activement engagée dans la promotion d'une activité physique régulière depuis au moins deux décennies.

La DGS collabore avec tous les acteurs susceptibles d'apporter un soutien à l'activité physique, par exemple l'office cantonal du sport pour l'offre en matière de sport et les installations sportives et le SSEJ pour promouvoir le mouvement dès le plus jeune âge.

La DGS soutient de nombreuses associations qui offrent des prestations relatives à l'activité physique. Les prestations sont multiples et variées. Elles touchent des publics cibles différents (jeunes, adultes et personnes âgées), venant de milieux socio-économiques divers et ayant un niveau d'activité physique variable. Ces projets couvrent les différents niveaux de prévention, de la prévention primaire à la tertiaire.

La DGS se réserve le choix de décider des modalités d'actions sectorielles qu'elle souhaite mettre en œuvre en accord avec la littérature scientifique et en collaboration avec ses partenaires, ce qui n'est pas le cas de la modalité proposée « valoriser l'utilisation des escaliers dans les lieux et bâtiments publics ».

3.2.2 Recommandations adressées au Département de la cohésion sociale (DCS)

Les recommandations adressées au DCS visent à mieux atteindre les adultes vulnérables qui correspondent souvent aux bénéficiaires des prestations sociales dont ce département a la charge. Le DCS peut ainsi contribuer à une meilleure atteinte des personnes les plus à risque par les programmes de promotion de la santé, à un contexte alimentaire plus favorable, ainsi qu'à un meilleur accès aux infrastructures favorisant l'activité physique pour les publics vulnérables. Le DCS est sollicité par la Cour du fait de sa proximité avec les entités directement en contact avec le public des adultes vulnérables. Il est principalement appelé à jouer un rôle de facilitateur auprès desdites entités (Hospice général, associations, communes).

Recommandation n°4 : Faciliter la participation aux programmes de promotion de la santé

| | |
|------------|---------|
| Priorité : | Moyenne |
|------------|---------|

Cette recommandation vise à répondre aux constats critiques suivants :

- C8 : Atteinte limitée des populations adultes les plus à risque
- C14 : Fragilité et flou de la multiplication par les pairs
- C15 : Manque de soutien aux changements de comportement des participants

Elle vise à faciliter la participation aux programmes existants des personnes les plus à risque en encourageant la réalisation des activités au plus près de leurs lieux de vie, ainsi qu'à faciliter l'action des pairs multiplicateurs, notamment pour soutenir sur la durée les changements de comportements en matière d'alimentation et de mouvement des personnes en situation économique défavorable.

Modalités possibles :

- Informer les entités subventionnées de l'existence et de l'utilité des programmes de promotion de la santé existants à destination des personnes vulnérables et les sensibiliser à la nécessité de mettre à disposition des locaux dans les lieux de vie (en particulier les hébergements collectifs et centres d'accueil de jour) à disposition des prestataires de ces programmes.
- Informer les entités subventionnées de l'existence et de l'utilité des pairs multiplicateurs formés par les programmes de promotion de la santé existants et les encourager à collaborer avec ces derniers de manière à inclure des actions de sensibilisation adaptées aux différents publics des entités subventionnées.

Recommandation 4: acceptée refusée

Position du DCS

Le département de la cohésion sociale (DCS) accepte la recommandation consistant à faciliter la participation aux programmes de promotion de la santé, quand bien même il n'a pas été auditionné dans le cadre des travaux d'évaluation de la Cour. Les modalités de mise en œuvre seront variables en fonction des populations visées, mais surtout des entités concernées. En effet, un grand nombre de structures associatives œuvrant auprès de populations vulnérables sont subventionnées par la Ville de Genève ou d'autres communes et non pas directement par le canton. Les vecteurs d'informations qui ne le sont pas encore, pourront être adaptés en conséquence. Les contenus d'information feront l'objet d'un travail de concertation avec la direction générale de la santé, dans le cadre de la mise en œuvre du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

Recommandation n°5 : Faciliter l'accès des populations économiquement défavorisées à une alimentation saine

Priorité :

Moyenne

Cette recommandation vise à répondre aux constats critiques suivants :

C8 : Atteinte limitée des populations adultes les plus à risque

C4 : Absence d'instruments environnementaux touchant l'ensemble de la population dans le domaine de l'alimentation

C13 : Comportements en matière d'alimentation et de mouvement influencés par des facteurs socio-économiques

Elle vise à faciliter le choix des personnes vulnérables pour une alimentation favorable à la santé en rendant l'accès plus aisé à des aliments sains. Diverses initiatives sont déjà mises en œuvre par plusieurs acteurs, notamment les épiceries sociales qui offrent des produits sains (notamment des fruits et légumes) à des prix très compétitifs. Il importe également de faire en sorte que la garantie de la sécurité alimentaire inclue une préoccupation pour la qualité des aliments, de manière à promouvoir la santé des personnes aidées. Le rôle du département serait avant tout de coordonner les initiatives prises et d'en accroître la portée. Au final, la mise en œuvre de cette recommandation doit permettre de réduire les aspects contextuels des inégalités sociales en matière d'alimentation.

Modalités possibles :

- Informer activement les bénéficiaires de prestations sociales (qu'il s'agisse d'aides cantonales, communales ou privées) des possibilités existantes d'accès à des fruits, légumes et céréales à bas prix, par exemple dans les différents types d'épiceries sociales existant à Genève.
- Proposer des modalités concrètes de mise en œuvre, dans le contexte cantonal, du droit international à l'alimentation en prenant systématiquement en compte la qualité des aliments.

Recommandation 5: acceptée refusée

Position du DCS

Le département de la cohésion sociale (DCS) accepte la recommandation consistant à faciliter l'accès des populations économiquement défavorisées à une alimentation saine, quand bien même il n'a pas été auditionné dans le cadre des travaux d'évaluation de la Cour. Tout comme pour la recommandation n°4, le DCS examinera les modalités d'actions les plus appropriées à envisager et avec quelles parties prenantes il faudra intervenir. Pour ce faire, une coordination sera établie avec la direction générale de la santé, dans le cadre de la mise en œuvre du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

Recommandation n°6 : Abaisser les barrières économiques à la pratique sportive

Priorité :

Moyenne

Cette recommandation vise à répondre au constat critique suivant

C13 : Comportements en matière d'alimentation et de mouvement influencés par des facteurs socio-économiques

Elle vise à faciliter le choix des personnes en situation vulnérable pour une activité physique accrue en rendant moins coûteuse la pratique d'une activité sportive. En tant que responsable de l'encouragement au sport, des relations avec les communes et de l'intégration des étrangers, le DCS peut avoir un rôle incitatif pour des actions favorisant la connaissance des infrastructures sportives et limitant le coût de leur utilisation.

Modalités possibles :

- Moduler les tarifs de participation au programme cantonal GE-Découvre (découverte de sports pour les jeunes de 4 à 16 ans) en fonction des moyens financiers des parents (attestation RDU).
- Répertorier les pratiques communales en matière d'accès au sport des personnes à revenus modestes aux clubs subventionnés (par exemple prix préférentiels pour les cotisations ou l'équipement en location), puis informer l'ensemble des communes des pratiques les plus favorables.
- Inciter les communes à inclure la découverte des installations sportives dans les programmes d'accueil de leurs nouveaux habitants.
- Inclure la découverte des installations sportives dans les programmes d'intégration soutenus par le programme d'intégration cantonal (PIC).

Recommandation 6 : acceptée refusée

Position du DCS

Le département accepte la recommandation consistant à abaisser les barrières économiques à la pratique sportive, dans le cadre des compétences qui sont les siennes. Il regrette de ne pas avoir été auditionné dans le cadre des travaux d'évaluation de la Cour, car il mène d'ores et déjà différentes mesures à cette fin. S'agissant par exemple de la prestation GE-Découvre, qui a pour objectif de proposer des activités sportives aux jeunes du canton de Genève de 4 à 16 ans à un tarif de 120 francs par semestre, la faisabilité d'une modulation est actuellement à l'étude.

Il examinera également d'autres modalités d'actions et avec quelles parties prenantes il faudra intervenir, en particulier les communes. En effet, la Loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton en matière de sport (3ème train), du 31 août 2017 (LRT-3) stipule que les tâches liées aux infrastructures sportives (à l'exception du Stade de Genève et de Genève Plage) ainsi que le soutien aux organisations sportives reviennent aux communes.

3.2.3 Recommandations adressées au Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP)

Le DIP est responsable de la mise en œuvre des actions de promotion de la santé et de prévention auprès du public scolaire et préscolaire. La Cour invite le DIP à s'engager résolument en faveur d'une alimentation saine et équilibrée des enfants fréquentant les SAPE et les écoles primaires. Elle salue les interventions de type environnemental effectuées par le DIP pour toucher un maximum d'enfants en limitant les risques de stigmatisation et encourage leur généralisation. Elle recommande néanmoins, au vu des ressources limitées du service chargé de la promotion de la santé des élèves, de tenir compte prioritairement des besoins des populations les plus à risque en priorisant, dans un premier temps, les secteurs les plus défavorisés.

Recommandation n°7 : Renforcer l'éducation nutritionnelle à l'école primaire

| | |
|------------|--------|
| Priorité : | Élevée |
|------------|--------|

Cette recommandation vise à répondre aux constats critiques suivants :

- C9 : Participation des écoles et crèches aux programmes pour enfants dépendante de la bonne volonté des acteurs de terrain en l'absence de décision politique pour atteindre les secteurs les plus à risque
- C12 : Éducation nutritionnelle peu réalisée à l'école et programmes peu connus des parents

Elle prend également appui sur le constat positif suivant :

- C7 : Atteinte en continu d'un grand nombre d'enfants en milieu scolaire grâce à des programmes agissant sur l'environnement (*Collations saines, Fourchette verte*)

Elle vise à favoriser des mesures s'adressant à l'ensemble des élèves du cycle élémentaire (à l'échelle d'écoles entières plutôt que sur inscription) en préparant mieux les enseignants à mettre en œuvre les objectifs du plan d'études romand concernant l'éducation nutritionnelle, en optant pour un programme reconnu, en suivant régulièrement les enseignants ayant été formés à ce programme et en facilitant l'accès aux écoles de spécialistes en alimentation pour des activités ludiques touchant l'ensemble des élèves.

Modalités possibles :

- Inclure l'éducation nutritionnelle dans la formation de base des enseignants
- Rendre progressivement obligatoire le programme Senso5 en ciblant dans un premier temps les écoles des secteurs les plus vulnérables
- S'assurer de la pérennisation des programmes mis en place (suivi des programmes)
- Favoriser l'accès au milieu scolaire des prestataires de programmes proposant des animations, telles que, par exemple, des semaines thématiques, en étroite collaboration avec le SSEJ.

Recommandation 7 : acceptée refusée

Position du DIP

Le DIP accepte la recommandation de la Cour.

En concertation avec l'Enseignement Obligatoire et le Service de Santé Enfance et Jeunesse, et sous réserve des moyens supplémentaires qui seront alloués, et en tenant aussi compte des compétences et des prérogatives de l'école versus de la famille, les actions recommandées seront déployées de manière plus étendue par rapport à l'existant.

Tout en gardant une approche universelle, ces actions seront mises en œuvre de façon ciblée, selon les conclusions du rapport BMI notamment.

Recommandation n°8 : Mieux réguler l'alimentation dans les écoles et SAPE

Priorité :

Élevée

Cette recommandation vise à répondre aux constats critiques suivants :

- C9 : Participation des écoles et crèches aux programmes pour enfants dépendante de la bonne volonté des acteurs de terrain en l'absence de décision politique pour atteindre les secteurs les plus à risque
- C13 : Comportements en matière d'alimentation et de mouvement influencés par des facteurs socio-économiques

Elle prend également appui sur le constat positif suivant :

- C7 : Atteinte en continu d'un grand nombre d'enfants en milieu scolaire grâce à des programmes agissant sur l'environnement (*Collations saines, Fourchette verte*)

Elle vise à faciliter l'accès des jeunes fréquentant les structures préscolaires et scolaires à une alimentation favorable à la santé en réglementant la qualité des aliments consommés, à travers un label de qualité diététique pour les établissements de restauration, les règlements d'école pour les goûters apportés par les enfants et les listes de prix imposés aux prestataires de restauration du degré secondaire.

Modalités possibles :

- Généraliser progressivement, en sensibilisant particulièrement les parents, les règles du programme *Collations Saines* dans les règlements des établissements primaires (d'abord dans les secteurs les plus vulnérables)
- Poursuivre le développement des programmes du SSEJ au parascolaire et dans les autres structures d'accueil de la petite enfance
- Inclure une labellisation de la qualité diététique des repas servis dans les critères d'autorisation d'exploiter des SAPE à prestations élargies

Recommandation 8 : acceptée refusée

Position du DIP

Le DIP accepte la recommandation de la Cour.

En concertation avec l'Enseignement Obligatoire et le Service de Santé Enfance et Jeunesse, et sous réserve des moyens supplémentaires qui seront alloués, et en tenant aussi compte des compétences et des prérogatives de l'école versus de la famille, les actions recommandées seront déployées de manière plus étendue par rapport à l'existant.

Tout en gardant une approche universelle, ces actions seront mises en œuvre de façon ciblée, selon les conclusions du rapport BMI. Le DIP étudiera la pertinence d'inclure la labellisation de la qualité diététique des repas servis, dans les critères d'autorisation des SAPE, à prestations élargies, compte tenu des risques inhérents au renforcement des critères d'autorisation. Nous rappelons également que le DIP n'a pas force de décision sur le parascolaire et sur les structures d'accueil de la petite enfance, mais soutient les actions proposées par la Cour et met déjà à disposition les compétences du SSEJ dans ce domaine.

4. REMERCIEMENTS

La Cour remercie l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs des départements de la sécurité, de la population et de la santé et de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse et des associations subventionnées qui lui ont consacré du temps, ainsi que toutes les autres personnes rencontrées durant les travaux d'évaluation (cf. la liste figurant au chapitre 10). Elle remercie particulièrement les membres du groupe d'accompagnement pour leurs précieux conseils.

Les données analysées dans ce rapport ont pu l'être grâce à la collaboration des entités suivantes :

- Secteur prévention et promotion de la santé du service du médecin cantonal
- Direction administrative et financière de la direction générale de la santé
- Service de l'enfance, de la santé et de la jeunesse
- Service de la recherche en éducation
- Centre de compétence du SITG
- Office cantonal de la statistique
- Bus santé, unité d'épidémie populationnelle, HUG

Les travaux d'évaluation ont été terminés le 13 décembre 2022. Le rapport complet a été transmis à la conseillère d'État en charge du département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse, ainsi qu'aux conseillers d'État en charge des départements de la sécurité, de la population et de la santé et de la cohésion sociale dont les observations, remises entre le 13 et le 24 janvier, ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations des entités destinataires des recommandations.

Genève, le 31 janvier 2023

Isabelle TERRIER
Magistrate titulaire

Sophie FORSTER CARBONNIER
Présidente

Myriam NICOLAZZI
Magistrat suppléant

5. BIBLIOGRAPHIE

- Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel JR, Child P, McKenna S, Spatharou A (2014) Overcoming obesity: an initial economic analysis. McKinsey global institute.
- Dubos R (2022) Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et les enfants dans la ville de Genève, Genève, Unité d'Épidémiologie Populationnelle, HUG.
- Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH (1993) Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine*, 329(14), 1008-1012.
- Guessous I, Joost S, Jeannot E, Theler JM, Mahler P, Gaspoz JM (2014) A comparison of the spatial dependence of body mass index among adults and children in a Swiss general population. *Nutrition & diabetes*, 4(3), e111-e111.
- Joost S, De Ridder D, Marques-Vidal P, Bacchilega B, Theler JM, Gaspoz JM, Guessous I (2019) Overlapping spatial clusters of sugar-sweetened beverage intake and body mass index in Geneva state, Switzerland. *Nutrition & diabetes*, 9(1), 1-10.
- Lamprecht M, Bürgi R (2022) Habitudes de la population en matière d'activité physique et sportive, Berne, Office fédéral du sport.
- Lutz A, Gendre A, Duperrex O, Zürcher K (2022) Projet de recherche CoviDelphi « Promotion de la santé et prévention en période de pandémie et de confinement », Lausanne, Unisanté.
- OFS (2020) Enquête suisse sur la santé 2017. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OMS (2003) Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale: rapport d'une consultation de l'OMS (Vol. 894). World Health Organization.
- OMS (2020) Obésité et surpoids. Principaux repères. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Schneider H, Venetz W (2014) Cost of Obesity in Switzerland in 2012. Project final report for the Swiss Federal Office of Public Health, Rheinfelden
- Yengo L, Sidorenko J, Kemper KE, Zheng Z, Wood AR, Weedon MN, Frayling TM, Hirschhorn J, Yang J, Visscher PM, GIANT Consortium (2018) Meta-analysis of genome-wide association studies for height and body mass index in ~ 700000 individuals of European ancestry. *Human molecular genetics*, 27(20), 3641-3649.

6. PERSONNES RENCONTRÉES

Ce chapitre indique les personnes²² rencontrées durant l'ensemble de l'évaluation. Celles dont le nom est suivi d'un astérisque ont été rencontrées durant les phases préliminaires (exploration thématique et étude de faisabilité).

La présentation distingue les entretiens ayant fait l'objet de comptes-rendus validés de ceux ayant fait l'objet d'une note de synthèse interne. Les membres du groupe d'accompagnement sont signalés dans une section séparée.

6.1 Entretiens avec comptes-rendus validés

Les rencontres (entretiens et focus groupes) avec les acteurs suivants ont fait l'objet de comptes-rendus validés par les personnes concernées.

Département de la sécurité, de la population et de la santé

Direction générale de la santé, service du médecin cantonal, secteur prévention et promotion de la santé

- Conseiller scientifique*

Direction générale de la santé, direction administrative et financière

- Directeur*
- Administrateur*

Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse

Office de l'enfance et de la jeunesse, pôle promotion de la santé et prévention

- Directeur du pôle*

Office de l'enfance et de la jeunesse, service de la santé de l'enfance et de la jeunesse

- Médecin chef de service*
- Médecin répondant de l'unité alimentation
- Responsable des pratiques métier en prévention et promotion de la santé
- Diététicien (x2)
- Psychomotricien (x2)
- Infirmier en santé publique

Direction générale de l'enseignement obligatoire

- Coordinateur pédagogique (x2) [plusieurs établissements]
- Maître adjoint, Établissement Coligny
- Directeur, Établissement Bosson / Bosson UCE
- Maître adjoint, Établissement Bosson / Bosson UCE
- Directeur, Établissement Chêne-Bourg
- Éducateur, Établissement Chêne-Bourg
- Directeur, Établissement Peschier / Crêts de Champel
- Maître spécialiste, Établissement Sécheron / De Chandieu
- Directeur, Établissement Vernier-Village
- Maître adjoint (x4), Établissement Vernier-Village

Direction générale de l'enseignement obligatoire, École de culture générale Jean Piaget

- Enseignant d'éducation physique

Fondation Promotion Santé Suisse

- Responsable programmes d'action cantonaux alimentation et mouvement

²² Comme dans le reste du rapport, la forme masculine générique est employée pour désigner les fonctions.

Haute école de santé de Genève

- Professeur HES, filière nutrition et diététique (x2)*

HUG

Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent service des spécialités pédiatriques

- Médecin adjoint*
- Diététicien

Département de médecine de premier recours, unité d'épidémiologie populationnelle

- Professeur, responsable d'unité*
- Épidémiologiste, Chef de projet*

Ville de Vernier, service de l'enfance

EVE du Lignon

- Codirecteur

Ville de Genève, Département de la cohésion sociale et de la solidarité, Service de la petite enfance

EVE Pré Picot

- Adjoint de direction

EVE Le Poisson Rouge

- Adjoint de direction (x2)

Structures associatives d'accueil de la petite enfance

EVE du Plateau (Lancy)

- Codirecteur
- Éducateur de l'enfance (2x)

EVE l'Omnibulle (Satigny)

- Codirecteur (x2)

Crèche Rondin Picotin (Onex)

- Directeur
- Éducateur de l'enfance

Fédération Romande des Consommateurs

- Responsable alimentation FRC et membre de la Commission fédérale de la nutrition*
- Président FRC Genève*
- Coordinateur du projet « Bien manger à petit prix » à Genève

Association Agents de santé

- Chargé de projet, diététicien en santé communautaire
- Maître d'activités physiques adaptées

Diabète Genève

- Vice-président
- Diététicien

Caritas Genève

- Directeur*
- Travailleur social et chargé de mission*
- Diététicien*

Association Eurobesitas

- Président*

- Membre (x2)

Association Perceptio Cibus

- Membre (x2)

Sant«e»scalade

- Membre du comité et professeur honoraire à l'Université de Lausanne

Swiss Food Academy

- Président*
- Directeur*

Groupe santé Genève

- Diététicien
- Maître de sport en activité physique adaptée

6.2 Entretiens avec note de synthèse interne

Les rencontres avec les acteurs suivants ont fait l'objet de notes de synthèse. Les fonctions déjà citées dans la section précédente ne sont pas répétées.

Département de la sécurité, de la population et de la santé

Direction générale de la santé, service du médecin cantonal, secteur de prévention et de promotion de la santé

- Chef de secteur
- Conseiller scientifique (x5)

Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse

Office de l'enfance et de la jeunesse, pôle promotion de la santé et prévention

- Directeur*

Association Agents de santé

- Pairs multiplicateurs (x6)
- Participants à un atelier (x6)

Association Perceptio Cibus

- Président*

Groupe santé Genève

- Directeur*
- Médecin spécialiste en médecine interne générale*

6.3 Groupe d'accompagnement

Les travaux d'évaluation ont été accompagnés par un groupe d'experts composé des acteurs suivants :

- Hélène Baysson, épidémiologiste, HUG, Unité d'épidémiologie populationnelle
- Nathalie Bonvin, référente des pratiques en prévention et promotion de la santé et santé publique, SSEJ
- Sidonie Fabbi, maître d'enseignement HES, Haute École de Santé, Genève
- France Gurba, diététicienne, Agents de santé
- Afamia Kaddour, conseillère scientifique, Secteur prévention et promotion de la santé, DGS
- Lisa Lefevre, professeure associée, Haute école pédagogique du canton de Vaud
- Pedro Marques-Vidal, professeur ordinaire, UNIL, CHUV, Service de médecine Interne
- Barbara Pralong Seck, travailleuse sociale SENIOR, Groupe Santé Genève

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

La Cour des comptes garantit l'anonymat des personnes qui lui transmettent des informations.

Vous pouvez prendre contact avec la Cour des comptes par téléphone, courrier postal ou électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève

tél. 022 388 77 90

www.cdc-ge.ch

info@cdc-ge.ch

