

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE L'OBESITE EN FRANCE



Professeur Martine Laville

*Avec le concours de Maryse Fourcade, membre de l'Inspection générale
des affaires sociales*

SYNTHESE

L'obésité est un déterminant majeur de la santé, favorisant l'apparition de nombreuses autres pathologies. Cinquième cause de mortalité dans le monde, elle s'accompagne de complications mécaniques et métaboliques entraînant l'apparition de diabète, de maladies cardio-vasculaires, et de cancers. Elle est également responsable d'une altération de la qualité de vie, source de troubles psychiques aggravés par une fréquente stigmatisation.

Les coûts directs et indirects liés à l'obésité sont très élevés. Une analyse de la Direction générale du Trésor de 2016 évaluait le coût social de la surcharge pondérale à 20,4 Mds€, dont 9,5 Mds€ pour la seule dépense de santé (coût direct)¹. Une récente étude de l'OCDE chiffre quant à elle le coût direct du surpoids et de l'obésité à 8,1 mds €². Le surpoids et l'obésité sont également responsables de 70 % de toutes les dépenses liées au diabète mais aussi de 23 % des dépenses cardio-vasculaires, et de 9 % de celles liées au cancer³.

De 1997 à aujourd'hui, la prévalence de l'obésité a doublé, passant de 8,5 % à 17 % de la population française. Au total, **8,5 millions de personnes sont en situation d'obésité aujourd'hui** en France métropolitaine. Les projections faites en 2016 par l'OMS pour la France sont particulièrement inquiétantes puisqu'en 2030 les chiffres devraient atteindre 25 à 29 %.

L'obésité est un marqueur majeur des inégalités sociales de santé, en raison de son lien avec le niveau socio-économique et(ou) d'éducation. Cette situation s'aggrave en période de crise (pandémie du Covid 19, inflation...). L'obésité touche les enfants, majoritairement les plus défavorisés, ce qui impacte les générations futures. A l'autre bout de l'échelle d'âge, l'obésité réduit le nombre de personnes âgées en bonne santé. Les territoires ultramarins sont particulièrement touchés.

Le Plan nutrition santé et la Feuille de route obésité prenant fin en 2023, il y a urgence à agir !

Compte tenu des différents ministères impliqués, la stratégie de prévention et de prise en charge de l'obésité devrait être portée par **un comité interministériel pour la santé**, placé sous la responsabilité de la Première Ministre, relayé au plan opérationnel par une équipe projet transversale. En effet, la dimension prévention notamment appelle une appréhension globale de toutes les facettes de l'obésité, allant au-delà du périmètre d'action d'un seul ministère. Dans ce cadre, **quatre objectifs peuvent être assignés à la stratégie de lutte contre l'obésité :**

Objectif 1 : PREVENIR : diminuer l'incidence de l'obésité en agissant prioritairement sur les plus défavorisés. Il faut pour cela :

- **agir en prévention primaire notamment sur l'environnement alimentaire des enfants, par :**
 - **un accès à la cantine renforcé** pour les enfants de classes sociales défavorisées ;
 - l'interdiction de la publicité pour les aliments de mauvaise qualité nutritionnelle aux heures de grande écoute des enfants et adolescents ;

¹ Trésor-éco- n° 179 – Septembre 2016, Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?

² OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

³ Int J Obes Relat Metab Disord. 2000 Feb;24(2):151-5.

- la mesure de l'impact de la taxe sur les boissons sucrées sur le comportement des consommateurs et les reformulations des produits, préalable à une évolution de cette taxe ;
- mettre en place **un programme expérimental d'actions de prévention** de l'obésité infantile « à 360° » multi partenaires, multi sectorielles. Ces actions, ciblant plus particulièrement les catégories sociales défavorisées, les enfants et leurs parents, réuniront sur un micro-territoire donné (Quartier Prioritaire de la Ville, dont un territoire des DROM) tous les acteurs et interventions susceptibles de concourir à la prévention et à la prise en charge de l'obésité. Ces actions seront co construites et s'appuieront sur les initiatives locales. Le programme expérimental sera évalué par Santé Publique France, avant une généralisation à l'ensemble des Quartiers prioritaires de la politique de la Ville ;
- se donner les moyens de connaître l'incidence de l'obésité en ajoutant aux données de cohortes (ELFE-EDEN, CONSTANCES, OBEPI, EPIPAGE, ESTEBAN, E3N-E4N) le recueil systématique et numérisé des données (au moins poids et taille) collectées lors des examens systématiques de santé, des examens de prévention dans l'enfance (Protection maternelle et infantile, médecine scolaire), des examens de prévention adulte, et au cours du Service national universel (SNU) ;

Objectif 2 : MIEUX SOIGNER : augmenter le nombre de personnes en surpoids ou en situation d'obésité accédant à des soins adaptés à leur situation

Si l'on dispose de recommandations très récentes de la Haute autorité de santé (HAS) (2022-2023) sur la prise en charge de l'obésité tant de l'adulte que de l'enfant, intégrant une description précise du parcours de soins des patients, leur application va nécessiter une modification profonde de l'offre de soins pour la rendre accessible, lisible et graduée en fonction de la complexité de la situation du patient.

Cela passe par :

Des mesures au potentiel d'application immédiate :

- reconnaître l'obésité comme une maladie chronique et instaurer une prise en charge en ALD pour l'obésité de niveau 2 (IMC > 35) pour rendre accessibles les traitements, notamment les nouveaux médicaments ;
- favoriser le dépistage et la prise en charge en soins primaires par le médecin et les équipes pluriprofessionnelles :
 - étendre à l'adulte la consultation médicale longue valorisée « obésité », déjà créée pour l'enfant ;
 - promouvoir la mise en place du forfait « Mission Retrouve Ton Cap pour l'enfant » (MRTC), et étendre à l'adulte la mission de santé publique « obésité » déjà créée pour l'enfant dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).
- rendre les soins accessibles grâce aux innovations issues des expérimentations articles 51⁴ :

Dix projets « article 51 » sont en cours et, si leur évaluation est favorable, leur passage rapide dans le droit commun va transformer l'offre de soins. Ils concernent :

⁴ Afin de promouvoir l'innovation en santé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Il repose sur des modes de financement inédits, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

- L'obésité de l'enfant avec 4 programmes (PRALIMAP, TOPASE, PROXOB, OBEPEDIA) qui, associés à MRTC, permettent une offre graduée en fonction de la complexité de la situation, allant du dépistage au 3ème recours et favorisant la prise en charge de proximité et familiale ;
- L'obésité de l'adulte avec deux programmes médico éducatifs, l'un destiné au 1er recours (GPSO), l'autre destiné au 2ème recours (EMNO), avec 3 parcours gradués et un outil pédagogique en ligne ;
- La préparation et le suivi de la chirurgie bariatrique (BARIA UP, OBEPAR, PACO).
- renforcer les Centres spécialisés en obésité (CSO) pour leur permettre d'assurer efficacement :
 - leur rôle de soins de 3ème recours pour la prise en charge des obésités complexes (y compris les obésités génétiques), que ce soit de l'enfant, de l'adulte ou pour la chirurgie bariatrique ;
 - leur rôle de mise en place de la filière obésité sur leur territoire dans ses trois composantes pédiatrique, adulte, bariatrique en association avec les autres structures qui ont des objectifs voisins ou complémentaires, telles que les RÉPPOP, (Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique) ou autre dispositif concerné.

Des mesures urgentes de formation

- L'augmentation du nombre de médecins spécialistes formés est une urgence absolue. Le nombre de postes ouverts pour le diplôme d'études spécialisées (DES) Endocrinologie-Diabète-Nutrition (EDN) doit passer dès le concours 2023 de 90 à 130 postes avec une progression de 5 % par an pendant 5 ans ;
- Les médecins doivent être mieux formés à la prévention et au traitement de l'obésité par un module dédié dans le 2ème cycle des études médicales et dans le DES de médecine générale ;
- L'ensemble des professionnels impliqués dans la prévention et le traitement de l'obésité (infirmiers, notamment Infirmiers de Pratique avancée (IPA) et Asalée (Actions de Santé Libérale en Equipe), diététiciens, enseignants en Activité Physique adaptée (APA), psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes ...) doivent recevoir une formation initiale et continue sur l'obésité. La création d'une plateforme nationale de formation-information et d'un référentiel de formation continue pour ces professionnels favorisera la mise à jour des connaissances.

Objectif 3 : Investir dans la recherche et l'innovation

Malgré de brillantes individualités, la recherche française en obésité souffre d'un déficit majeur d'investissement qui entraîne un décrochage dans la compétition internationale, alors que de nombreux pays (Allemagne, pays scandinaves, Etats-Unis...) ont choisi d'investir fortement dans ce domaine qui, selon OCDE, offre un excellent retour sur investissement. L'obésité est en effet l'un des déterminants majeurs de la plupart des pathologies chroniques. Il y a donc urgence à se doter pour la recherche d'une stratégie nationale d'accélération pour la prévention qui permettra :

- de structurer un réseau national de recherche sur l'obésité transdisciplinaire avec un PEPR (programme et équipement prioritaire de recherche) dédié ;
- de soutenir les cohortes existantes et de favoriser la convergence cohortes enfant et adulte et l'accès ouvert à leurs données ;

- de soutenir et développer la recherche clinique, incluant la recherche en soins primaires, par la priorisation de l'obésité dans les appels d'offres, et la pérennisation de la coordination du réseau F-CRIN FORCE (French obesity research centre of excellence).

Objectif 4 : Investir prioritairement dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM)

Ils cumulent tous les obstacles à une bonne santé décrits pour la métropole. Ceci conduit à une situation sanitaire globalement très dégradée, avec une forte prévalence d'obésité entraînant d'importantes complications comme le diabète, le syndrome métabolique, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale chronique, les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'ensemble des mesures décrites dans le plan doivent être mises en place dans les Outre-mer avec un soutien particulier et une adaptation aux conditions locales. En particulier, le programme expérimental proposé devra intégrer au moins un territoire d'Outre-mer.

RECOMMANDATIONS

Objectif 1 : Diminuer l'incidence de l'obésité en agissant prioritairement sur les plus défavorisés	
1	Dans le cadre du prochain Pacte des solidarités, contractualiser avec les collectivités territoriales pour les inciter, y compris financièrement, à développer une offre de restauration scolaire attractive pour les élèves, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en garantissant : l'accessibilité économique (repas inférieurs à 1 €), l'adaptation des menus aux pratiques culturelles, un cadre de repas soigné.
2	Interdire les publicités télévisées pour les produits de mauvaise qualité nutritionnelle durant les plages horaires visionnées par un grand nombre d'enfants et d'adolescents ; développer une politique active en faveur du « bien-manger » sur internet et les réseaux sociaux.
3	Mesurer l'impact de la taxe sur les boissons sucrées sur la consommation des ménages, et sur les reformulations, et l'adapter en conséquence.
4	Généraliser le programme ICAPS dans tous les collèges.
5	Renforcer les moyens des PMI et recentrer leurs activités sur les actions de prévention, notamment l'obésité. Numériser les données issues des examens de santé, à des fins épidémiologiques.
6	Renforcer la médecine scolaire en recrutant médecins, infirmières et secrétaires ; numériser les données issues des examens de santé, à des fins épidémiologiques.
7	Réunir une « task force » nationale pour initier, pour une durée de cinq ans, un programme expérimental de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile, fédérant tous les acteurs d'un même micro-territoire (QPV, dont un dans les DROM, ou zone rurale), dans le cadre d'actions multisectorielles et multipartenaires visant les enfants, de la crèche au lycée, ainsi que leurs parents.
8	En matière de prévention de l'obésité, ne financer que : <ul style="list-style-type: none"> - des actions issues de programmes labellisés, si possible au niveau interministériel. - ou des actions innovantes, assorties de moyens et de compétences permettant leur évaluation scientifique.
9	Recueillir systématiquement le poids et la taille lors des examens périodiques de santé de l'enfant, du Service national universel (SNU), et des visites de prévention, et les analyser de façon anonymisée à des fins épidémiologiques.
Objectif 2 : Augmenter le nombre de personnes en surpoids et en situation d'obésité accédant à des soins adaptés à leur situation	
10	Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique et instaurer une prise en charge ALD pour l'obésité des adultes de grade 2, 3a et 3b et pour l'obésité des enfants avec un IMC au-dessus de la courbe IOTF30 (courbe figurant dans le carnet de santé de l'enfant).

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE L'OBESITE EN FRANCE

11	Étendre à l'enfant de plus de 12 ans et à l'adulte la possibilité de coter une « consultation de suivi obésité-CSO » en tant que consultation longue valorisée et étendre cette possibilité à tout médecin même s'il n'est pas le médecin traitant, et augmenter sa fréquence à 4 fois par an.
12	Intégrer dans la nouvelle consultation de prévention à 25, 45 et 65 ans le repérage du surpoids et de l'obésité, et la valoriser comme une consultation longue.
13	Étendre à l'adulte la mission de santé publique « obésité », déjà créée pour l'enfant, dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).
14	Intégrer dans chaque CPTS un médecin généraliste et un pédiatre référent, chargé notamment de faire le lien avec les PMI, en matière de prévention et de prise en charge de l'obésité.
15	En lien avec les collectivités territoriales, doter tous les Quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) de centres de santé communautaires intégrant un médiateur de santé, coordonnés avec les CTPS.
16	Prendre en charge financièrement les dosages biologiques et les suppléments vitaminiques dans le cadre d'un forfait post chirurgie bariatrique, et faire passer dans le droit commun le suivi pré et post opératoire de la chirurgie bariatrique expérimenté dans le cadre des expérimentations articles 51.
17	Soutenir financièrement le registre des patients opérés de chirurgie bariatrique, qui pourrait être confié à Santé Publique France (SPF).
18	Après évaluation des expérimentations article 51, généraliser les forfaits pluridisciplinaires de prise en charge de l'obésité pour l'enfant et pour l'adulte, en particulier la prise en charge financière, lors d'un parcours coordonné, des consultations diététiques, psychologiques, infirmières et EAPA, de la coordination du parcours et du programme d'éducation thérapeutique.
19	Développer des solutions digitales d'éducation thérapeutique du patient.
20	Mettre en place dans chaque région une offre publique de SMR obésité adulte et de SMR enfant sans reste à charge.
21	Assurer une généralisation et une coordination des dispositifs de prise en charge de l'obésité de l'enfant, en lien avec les CSO.
22	Identifier les CSO en charge du diagnostic des obésités génétiques.
23	Moduler la tarification des actes (hospitalisations, consultations) en fonction du niveau de sévérité de l'état des patients enfants et adultes, pour la médecine et la chirurgie (grade 3a et 3b de la HAS).
24	Créer un forfait pour les obésités complexes sur le modèle des maladies rénales chroniques, permettant de financer les équipes pluriprofessionnelles.
25	Renforcer dans chaque CSO l'équipe chargée du développement et de l'animation des trois filières (pédiatrique, adulte, bariatrique) sur l'ensemble de son territoire.

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE L'OBESITE EN FRANCE

26	Mettre en place la filière obésité dans chaque région en s'appuyant : - sur l'expérience des CSO et leur nouveau cahier des charges ; - sur les dispositifs existants pour les niveaux 1 et 2.
27	Elaborer un référentiel de formation continue pour les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité, et créer une plateforme nationale de formation / information pour les professionnels.
28	Inscrire la prévention et la prise en charge de l'obésité dans les orientations prioritaires de DPC (développement professionnel continu) des professionnels de santé.
29	Élaborer des programmes de formation en ligne sur l'obésité à destination de tous les professionnels et des patients experts.
30	Passer à 130 postes pour le DES EDN dès le concours d'internat 2023, puis mettre en œuvre une progression de 5 %/an pendant 5 ans.
31	Développer un module d'enseignement spécifique sur l'obésité dans le 2ème cycle des études médicales, dans le DES de médecine générale, et dans le DES de pédiatrie
Objectif 3 : Investir dans la recherche et l'innovation	
32	Prioriser la recherche sur l'obésité dans les appels d'offre de recherche clinique, et soutenir la coordination par FORCE.
33	Soutenir les cohortes existantes et assurer la convergence entre les cohortes enfant et adultes ; assurer l'accès ouvert aux données.
34	Structurer un réseau national de recherche sur l'obésité transdisciplinaire doté d'un PEPR (programme et équipement prioritaire de recherche) dédié.
35	Créer des Domaines d'intérêt majeurs régionaux en obésité.
Objectif 4 : Investir prioritairement dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM)	
36	Dans le programme expérimental objet de la recommandation n°7, retenir un territoire d'Outre-mer parmi les quartiers sélectionnés.
37	Dès l'évaluation des expérimentations article 51 dédiées à la préparation et au suivi de la chirurgie bariatrique, étendre le ou les dispositifs validés aux DROM avec une adaptation du montant du forfait.
38	Avoir un SMR Nutrition adulte et enfant de proximité dans les DROM.
39	Soutenir particulièrement le développement des CSO en lien avec l'ARS dans les DROM ; instaurer un partenariat avec des CSO de métropole avec des missions de suivi.
Renforcer la dimension interministérielle du pilotage de la stratégie de prévention et de prise en charge de l'obésité	
40	Réunir un Comité interministériel pour la santé, spécifiquement consacré à la prévention et la prise en charge de l'obésité, avec une finalité claire de santé publique, placée sous la responsabilité du premier ministre ; désigner au sein du ministère de la santé, une équipe projet transversale chargée de coordonner et de piloter la politique de prévention et de lutte contre l'obésité.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS	7
RAPPORT	13
INTRODUCTION	13
1 OBJECTIF 1 : DIMINUER L'INCIDENCE DE L'OBESITE EN AGISSANT PRIORITAIREMENT SUR LES PLUS DEFAVORISES	17
1.1 CE QUE L'ON SAIT : LES IDEES FORCES DES POLITIQUES DE PREVENTION DE L'OBESITE	17
1.2 CE QU'IL MANQUE : UN CIBLAGE SUR LES CATEGORIES SOCIALES DEFAVORISEES ; DAVANTAGE DE VOLONTARISME POLITIQUE ; FEDERER ET PORTER LES INITIATIVES LOCALES AU NIVEAU REGIONAL ET NATIONAL	17
1.3 CE QU'IL FAUT FAIRE	19
1.3.1 <i>En prévention primaire : agir sur l'environnement alimentaire des enfants et adolescents et lutter contre la sédentarité</i>	19
1.3.2 <i>En prévention secondaire : mieux repérer et dépister l'obésité</i>	25
1.3.3 <i>Pas de prévention efficace sans coordination, évaluation et diffusion des actions locales engagées : initier un programme expérimental fédérant tous les acteurs sur un territoire donné</i>	26
1.3.4 <i>Pas de prévention efficace sans une mesure fine de l'évolution de l'obésité</i>	35
2 OBJECTIF 2 : AUGMENTER LE NOMBRE DE PATIENTS EN SURPOIDS OU EN SITUATION D'OBESITE ACCEDANT A DES SOINS ADAPTES A LEUR SITUATION	37
2.1 CE QUE L'ON SAIT : LES OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES EN SURPOIDS ET EN SITUATION D'OBESITE SONT MULTIPLES.....	37
2.1.1 <i>Au niveau des patients : un système inadapté pour répondre à leurs besoins</i>	37
2.1.2 <i>Au niveau des soignants : des difficultés à gérer les multiples aspects de la prise en charge dans un système contraint</i>	37
2.1.3 <i>Au niveau du parcours de soins : une fluidité à améliorer et des carences et dysfonctionnements à lever</i>	39
2.2 MAIS DE NOMBREUX MANQUES :	42
2.2.1 <i>Le manque de professionnels formés, tant au niveau médical que paramédical</i> :	42
2.2.2 <i>Une lisibilité insuffisante de l'offre de soins</i>	43
2.3 CE QU'IL FAUT FAIRE : DES MESURES AU POTENTIEL D'APPLICATION IMMEDIATE SUR L'OFFRE DE SOINS	43
2.3.1 <i>Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique</i>	43
2.3.2 <i>La place des services médicaux et de réadaptation (SMR) dans la prise en charge de l'obésité</i>	48
2.3.3 <i>L'obésité de l'enfant</i>	49
2.3.4 <i>Le troisième recours et l'organisation de la filière sur le territoire</i>	49
2.4 DES MESURES DE FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS IMPLIQUES A DEPLOYER DANS LES TROIS ANS	53
2.4.1 <i>Les besoins en formation continue des professionnels de santé</i>	53
2.4.2 <i>D'autres intervenants doivent recevoir une formation à l'obésité</i>	55
2.5 DES MESURES DE FORMATION INITIALE POUR ACCROITRE LE NOMBRE DES PROFESSIONNELS IMPLIQUES.....	56
2.5.1 <i>L'augmentation du nombre de médecins spécialistes formés est une urgence absolue</i>	56
2.5.2 <i>Mieux former les médecins à la prise en charge de l'obésité lors de leur formation initiale</i>	57
3 OBJECTIF 3 : INVESTIR DANS LA RECHERCHE ET L'INNOVATION	57
3.1 CE QUE L'ON SAIT : LA RECHERCHE EN OBESITE DOIT ETRE PLURIDISCIPLINAIRE ET TRANSDISCIPLINAIRE	57
3.2 CE QUI MANQUE : DE L'INVESTISSEMENT SUR LE LONG TERME ET DE LA STRUCTURATION	58
3.3 CE QU'IL FAUT FAIRE	59
3.3.1 <i>Pour la recherche clinique : pérenniser FORCE et prioriser la recherche en obésité dans les appels d'offre</i>	59
3.3.2 <i>Appuyer la recherche en obésité sur les cohortes existantes en les pérennisant et les ouvrant à une utilisation plus large</i>	60
3.3.3 <i>Dédier un programme et équipement prioritaire de recherche (PEPR) à l'obésité</i>	60
3.3.4 <i>Des actions spécifiques en région</i>	61

4	OBJECTIF 4 : INVESTIR PRIORITAIREMENT DANS LES DEPARTEMENTS ET REGIONS D'OUTRE-MER (DROM)	62
4.1	UN ETAT NUTRITIONNEL DEGRADE DANS LES DEPARTEMENTS ET REGIONS D'OUTRE-MER	62
4.1.1	<i>Des inégalités sociales plus accentuées qu'en métropole.....</i>	62
4.1.2	<i>Les éléments qui favorisent le développement de l'obésité : multiplication des encas de faible qualité nutritionnelle, consommation de boissons sucrées trois fois plus élevée sur certains territoires, une activité physique globalement insuffisante.....</i>	64
4.1.3	<i>De fortes disparités en matière de restauration scolaire entre les DROM.....</i>	64
4.2	UN DEFICIT D'OFFRE DE SOINS LIES A LA NUTRITION.....	64
4.2.1	<i>De fréquentes ruptures dans le parcours de soin, liées notamment au déficit de professionnels</i>	64
4.2.2	<i>Une situation plus favorable de l'offre de soins à La Réunion, grâce au CSO</i>	65
4.3	RECOMMANDATIONS.....	67
4.3.1	<i>En prévention primaire et secondaire.....</i>	67
4.3.2	<i>Favoriser l'accès au soin</i>	67
	CONCLUSION : UN COMITE INTERMINISTERIEL POUR LA SANTE EN CHARGE DU PILOTAGE NATIONAL DU PROCHAIN PLAN DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE.	68
	LISTE DES ANNEXES	71
	ANNEXE 1 : LE RESEAU FORCE	73
	ANNEXE 2 : EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51 : DES AVANCEES INTERESSANTES DANS LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE	75
	LETTRE DE MISSION	81
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	83
	SIGLES UTILISES	89

RAPPORT

INTRODUCTION

Parce qu'elle est porteuse d'enjeux essentiels de santé, la lutte contre l'obésité doit devenir une grande cause nationale.

L'obésité est un déterminant majeur de la santé, favorisant l'apparition ou aggravant l'évolution de nombreuses autres maladies chroniques.

Elle représente, selon l'OMS, la cinquième cause de mortalité dans le monde. L'obésité s'accompagne de complications mécaniques (arthrose, insuffisance respiratoire et apnée du sommeil, atteintes cutanées..) et métaboliques (inflammation chronique, troubles de la régulation glycémique, lipidique, infiltration adipeuse du foie, du cœur, du pancréas, troubles hormonaux) entraînant l'apparition de diabète -80 % des diabétiques de type 2 sont en surpoids ou obèses-, de stéato-hépatite (NASH), de maladies cardio-vasculaires, de cancers (le surpoids ou l'obésité constituent la seconde cause de cancers évitables en France⁵). Elle est également responsable d'une altération de la qualité de vie, source de troubles psychiques aggravés par une fréquente stigmatisation, générant des risques psycho-sociaux et professionnels.

Les coûts directs et indirects liés à l'obésité sont très élevés. Une analyse de la Direction générale du Trésor de 2016 évaluait le coût social de la surcharge pondérale à 20,4 Mds €, dont 9,5 Mds€ pour la seule dépense de santé (coût direct)⁶. Une récente étude de l'OCDE chiffre quant à elle le coût direct du surpoids et de l'obésité à 8,1 mds €⁷. Le surpoids et l'obésité sont également responsables de 70 % de toutes les dépenses liées au diabète mais aussi de 23 % des dépenses cardio-vasculaires, et de 9 % de celles liés au cancer⁸. Ainsi, si on prend en compte l'impact social de l'ensemble de ces maladies liées à l'obésité (perte de productivité liée au chômage, à l'absentéisme, à une retraite prématurée...), le coût indirect estimé par l'OCDE atteindrait 43 Mds €.

La prévalence de l'obésité augmente en France, comme en témoignent plusieurs études concordantes⁹. De 1997 à aujourd'hui, la proportion d'adultes en situation d'obésité a doublé, passant de 8,5 % à 17 %¹⁰, dont 5,2 % ont une obésité sévère (IMC supérieur à 35). Au total, 8,5 millions d'adultes sont en situation d'obésité aujourd'hui en France Métropolitaine. Les projections réalisées en 2016 par l'OMS pour la France sont particulièrement inquiétantes puisqu'en 2030, la proportion de Français en situation d'obésité devrait atteindre 25 à 29 %. Par extrapolation, les coûts de santé liés à l'obésité devraient alors atteindre un montant situé entre 32,3 mds et 37,5 mds d'euros !

⁵ Who European regional obesity report 2022

⁶ Trésor-éco- n° 179 – Septembre 2016, Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?

⁷ OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

⁸ Int J Obes Relat Metab Disord. 2000 Feb;24(2):151-5.

⁹ Enquêtes Obépi-Roche, Eesteban, Cohorte Constances

¹⁰ Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité" J. Clin. Med. 2023, 12(3), 925

L'obésité est un marqueur majeur des inégalités sociales de santé. De nombreuses études tant nationales qu'internationales concordent à montrer le lien entre obésité et niveau socio-économique et(ou) niveau d'éducation. Cela explique en partie la répartition hétérogène de l'obésité en France : une prévalence de 22 % dans les Hauts-de-France contre 14,4 % en Pays-de-la-Loire, et une situation particulièrement préoccupante dans certains territoires d'Outre-Mer : 31 % aux Antilles, 47 % à Mayotte. Cette hétérogénéité peut se retrouver au sein d'une même ville entre les Quartiers prioritaires de la ville et des quartiers plus favorisés. Alors qu'on constate une stabilisation globale de l'incidence de l'obésité de l'enfant, une analyse plus fine révèle qu'elle est liée à la diminution de l'obésité dans les familles de cadres (1 % d'enfants obèses en grande section de maternelle), tandis qu'elle s'accroît chez celles d'ouvriers (6 %)¹¹.

L'obésité s'aggrave en période de crise. Une augmentation de l'obésité des enfants a été constatée après la pandémie de Covid-19¹². Des liens entre incidence de l'obésité et insécurité alimentaire sont établis, notamment dans l'étude INCA3 de l'Anses¹³, avec une prévalence d'obésité de 30 % pour les personnes en insuffisance alimentaire, contre 15,9 % pour les personnes sans insuffisance alimentaire. Or, l'insuffisance alimentaire s'aggrave dans notre pays. Selon cette étude, 12 % de l'échantillon des enfants et 11 % de l'échantillon des adultes, correspondant, par extrapolation, à environ 8 millions de personnes en France, étaient en situation d'insécurité alimentaire au moment de l'enquête. La pandémie a également aggravé la sédentarité, dont on sait qu'elle est un déterminant majeur de la prise de poids.

L'obésité touche les enfants et donc les générations futures. Par ailleurs, la proportion d'enfants obèses qui restent obèses à l'âge adulte est très importante (20 à 50 % avant la puberté, mais elle peut atteindre 50 à 70 % lorsqu'elle persiste après la puberté). L'impact sur les générations futures doit tenir compte à la fois du caractère en partie génétique de l'obésité, mais également de l'influence de l'épigénétique. En effet de récents travaux de recherche ont montré que l'état nutritionnel de la mère influence le devenir de l'enfant. Ainsi, selon une méta-analyse¹⁴, la probabilité d'avoir un enfant obèse est 2,5 fois plus élevée quand sa mère était en situation d'obésité avant la grossesse. Le rôle de l'état nutritionnel du père et son influence sur les maladies métaboliques chez l'enfant à naître vient également d'être démontré.

A l'autre bout de l'échelle d'âge, l'obésité réduit le nombre de personnes âgées en bonne santé, en lien avec ses complications (maladies chroniques, cancer, handicap). Vingt pour cent des plus de 65 ans sont en situation d'obésité. Une évolution similaire à celle observée aux Etats-Unis est à craindre, avec la constatation d'un ralentissement de la progression de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité en lien avec l'obésité.

¹¹ Health care use by adults with obesity: A French cohort study

Anne-Laure Feral-Pierssens 1 2 3, Joane Matta 1, Claire Rives-Lange 4 5 6, Marcel Goldberg 1 5, Marie Zins 1 5, Claire Carette 4 5 7, Sébastien Czernichow 4 5 7

Affiliations expand

- PMID: 35142072

- DOI: 10.1002/oby.23366

¹² Une étude de santé publique France chez les enfants de maternelle dans le Val de Loire montre un doublement de l'obésité, qui passe de 2,8 % à 4,6 %, et de 8,9 % à 11,2 % pour le surpoids.

¹³ La prévalence de l'insécurité alimentaire en France a été estimée dans l'étude nationale sur les consommations alimentaires individuelles INCA3, réalisée en France métropolitaine en 2014-2015 par l'ANSES à l'aide d'un questionnaire international validé de mesure de l'insécurité alimentaire (en 6 questions).

¹⁴ The association between maternal body mass index and child obesity: A systematic review and meta-analysis.

Heslehurst N, Vieira R, Akhter Z, Bailey H, Slack E, Ngongalah L, Pemu A, Rankin J. PLoS Med. 2019 Jun 11;16(6):e1002817. doi: 10.1371/journal.pmed.1002817. eCollection 2019 Jun. PMID: 31185012

La France dispose cependant d'atouts pour lutter contre ce fléau. Depuis une vingtaine d'années, des programmes de santé publique ont été mis en place, visant tant la prévention que le soin : Plans nationaux Nutrition-Santé (PNNS) 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015, 2019-2023 ; Programme national pour l'alimentation (PNA) ; Plan sport santé bien-être ; Plan obésité 2010-2013, feuille de route obésité 2019-2022. Grâce à ces programmes nationaux, des actions ont pu être mises en œuvre et de nombreux acteurs ont été sensibilisés. Sous l'égide du PNNS, diverses structures, notamment associatives, ont multiplié les actions locales de prévention primaire et secondaire, manifestant un réel engagement.

Une organisation pour le soin et la recherche a été instaurée à la suite du premier Plan Obésité et du Programme d'investissement d'avenir (PIA1). Trente-sept Centres spécialisés en obésité (CSO) ont été reconnus par les ARS depuis 2013 pour la prise en charge des obésités les plus sévères (troisième recours), et l'identification des structures de deuxième recours a été réalisée. En matière de recherche clinique, le réseau FORCE (French Obesity Research Centre of Excellence), labellisé par l'infrastructure de recherche F-CRIN, permet une collaboration de recherche clinique efficace entre les centres français. De nouvelles opportunités pour le soin se développent, grâce à l'organisation des soins de ville en Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), et centres de santé, qui vont favoriser la prise en charge pluriprofessionnelle indispensable dans le cadre du traitement de l'obésité. De nombreuses expérimentations article 51¹⁵ sont en cours et visent à transformer radicalement l'offre de soins et son mode de financement. L'arrivée de médicaments à l'efficacité prouvée pour traiter l'obésité, et avec un profil de sécurité satisfaisant, associée à une régulation de la chirurgie bariatrique, ouvrent le champ à des stratégies thérapeutiques nouvelles.

Il reste cependant beaucoup à faire, malgré les multiples rapports nationaux et internationaux qui ont identifié les leviers d'action. Ceux-ci ont été repris dans un récent rapport parlementaire¹⁶ détaillant l'ensemble des facteurs concourant au développement de l'obésité, notamment l'offre alimentaire et la sédentarité. Ce rapport formule dix-neuf recommandations et rappelle les dix mesures phares du PNNS4 (2019-2023¹⁷), ainsi que celles du Haut Conseil de Santé publique en matière de publicité destinée aux enfants¹⁸. Ces recommandations sont d'une grande pertinence et devraient être reprises à la fois dans le PNNS4 et dans les missions en cours sur l'éducation à l'alimentation ainsi que sur le sport santé¹⁹.

Il est donc nécessaire de lever les obstacles rappelés dans ces différents rapports :

- **Le déficit de pilotage politique et la multiplicité des plans gouvernementaux,** parfois sources de confusion plutôt que de synergies ;
- **L'absence de données fiables sur la prévalence de l'obésité en France ;**
- **Le manque de moyens par rapport aux ambitions.** Les objectifs du PNNS 4 étaient de diminuer de 15 % la prévalence de l'obésité chez les adultes, de 20 % celle du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents, et de 10 % chez les enfants et les adolescents issus

¹⁵ Afin de promouvoir l'innovation en santé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Il repose sur des modes de financement inédits, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

¹⁶ RAPPORT D'INFORMATION sur la lutte contre l'obésité, Par Mmes Chantal DESEYNE, Brigitte DEVÉSA et Michelle MEUNIER, Sénatrices, juin 2022.

¹⁷ P73

¹⁸ P97

¹⁹ Mission interministérielle sur l'éducation à l'alimentation en cours ; Mission sur la pratique de l'activité physique et sportive, confiée au Dr Dominique Delandre, en cours également.

de familles défavorisées. Force est de constater que ces objectifs ont peu de chance d'être atteints, même si on peut noter une stabilisation de l'obésité chez les enfants de classes sociales moyennes et aisées.

Le rapport de la présente mission, élaboré dans un délai contraint, s'appuie sur l'ensemble des rapports existants et sur l'audition d'une centaine de personnalités qualifiées pour identifier, conformément à la lettre de mission, des axes prioritaires d'action conduisant à des propositions concrètes pour le lancement d'un nouveau Plan de prévention et de prise en charge de l'obésité **ambitieux, et à la hauteur des enjeux.**

Les DROM, cumulant tous les facteurs favorisant le développement de l'obésité, devront être systématiquement inclus dans toutes les actions du plan. Ils font l'objet d'une partie spécifique.

La mission propose d'assigner à ce Plan quatre objectifs majeurs :

Objectif 1 : diminuer l'incidence de l'obésité en agissant prioritairement sur les plus défavorisés

Objectif 2 : augmenter le nombre de personnes en surpoids et en situation d'obésité accédant à des soins adaptés à leur situation

Objectif 3 : investir dans la recherche et l'innovation

Objectif 4 : investir prioritairement dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)

Un rapport interministériel sur l'éducation à l'alimentation en cours de rédaction²⁰ intégrera un bilan de l'ensemble des actions de prévention de l'obésité, ainsi que des recommandations sur ce sujet. En conséquence, la prévention primaire sera principalement abordée dans le présent rapport sous cinq aspects : la restauration scolaire, le nutri-score, le marketing alimentaire, la taxe sur les boissons sucrées et la mise en œuvre d'un programme expérimental global et ciblé.

Par ailleurs, un autre rapport en cours²¹ sera exclusivement consacré au développement de l'activité physique et à la lutte contre la sédentarité. Malgré son caractère essentiel dans la prévention de l'obésité, le présent rapport ne traitera donc pas cette thématique dans le détail.

²⁰ Mission interministérielle sur l'éducation à l'alimentation en cours.

²¹ Mission sur la pratique de l'activité physique et sportive, confiée au Dr Dominique Delandre.

1 Objectif 1 : Diminuer l'incidence de l'obésité en agissant prioritairement sur les plus défavorisés

1.1 Ce que l'on sait : les idées forces des politiques de prévention de l'obésité

Selon la définition de l'OMS, la prévention primaire désigne l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence d'une maladie, l'obésité dans le cas présent.

En matière de prévention primaire, les rapports les plus récents désignent les modes de vie comme déterminants majeurs du développement de l'obésité. Ces publications développent une idée force, selon laquelle l'éducation à l'alimentation ne peut être efficace sans changement de l'environnement. La notion « d'environnement obésogène » est largement décrite dans ces publications²².

En effet, si les pratiques en matière d'alimentation et d'activité physique relèvent d'un choix personnel, ce choix est influencé par divers facteurs extérieurs à l'individu, tels que : l'environnement social immédiat (familles, amis, parents) ; l'environnement physique proche (disponibilité et choix alimentaires dans les écoles, lieux de travail et supermarchés, dispositifs publicitaires, infrastructures de transports, etc.) ; et enfin, des facteurs structureaux plus larges (normes sociales, revenus, organisation des filières de production, structures des marchés, systèmes de distribution, réglementation, etc.). La maîtrise de cet environnement doit comprendre des mesures pour disposer d'une alimentation saine accessible à tous (Accessible, Abordable, Disponible) et d'un environnement physique permettant un mode de vie non sédentaire.

Une seconde idée force, que l'on trouve notamment dans les recommandations de l'OMS, est que les politiques de prévention, pour être efficaces, doivent concerner en priorité les enfants et les jeunes parents pour avoir un impact sur les générations futures. Elles devraient ainsi être ciblées sur la grossesse, l'enfance, la parentalité, et être initiées dans les territoires défavorisés, où le risque de développer une obésité est élevé. Elles doivent être « massives », concertées, multi sectorielles, multipartenaires et toucher à la fois l'alimentation, la sédentarité, et l'éducation, en englobant et coordonnant les actions locales préexistantes.

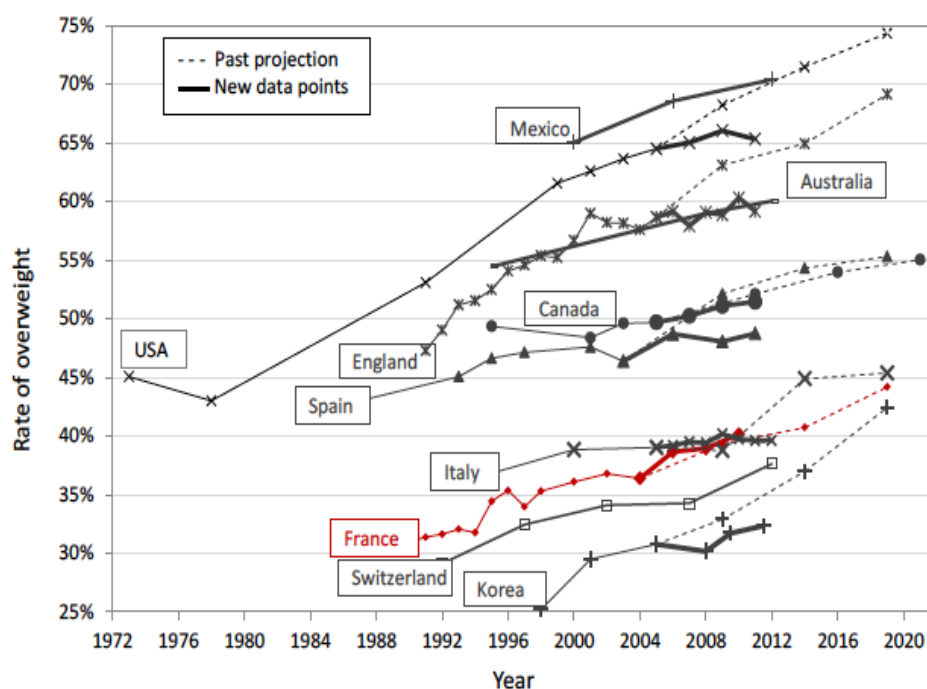
Enfin il ne saurait y avoir de prévention de l'obésité sans capacité à mesurer et suivre dans le temps le poids et la taille de la population. Le rapport consacre donc une partie aux voies d'amélioration de la mesure de l'obésité.

1.2 Ce qu'il manque : un ciblage sur les catégories sociales défavorisées ; davantage de volontarisme politique ; fédérer et porter les initiatives locales au niveau régional et national

La prévention primaire destinée à la population générale peut apparaître globalement efficace, car la France constitue le seul pays européen à disposer d'une politique nutritionnelle globale, mise en œuvre depuis une quinzaine d'années (PNNS, PNA...). Ceci lui permet de se classer parmi les pays ayant la prévalence de l'obésité et du surpoids la plus faible de l'OCDE, malgré la persistance d'une progression.

²² Rapport OMS 2022

Tableau 1 : Evolution des prévalences de surpoids (y compris obésité) chez les adultes, projections et estimations récentes, quelques pays de l'OCDE (2017)

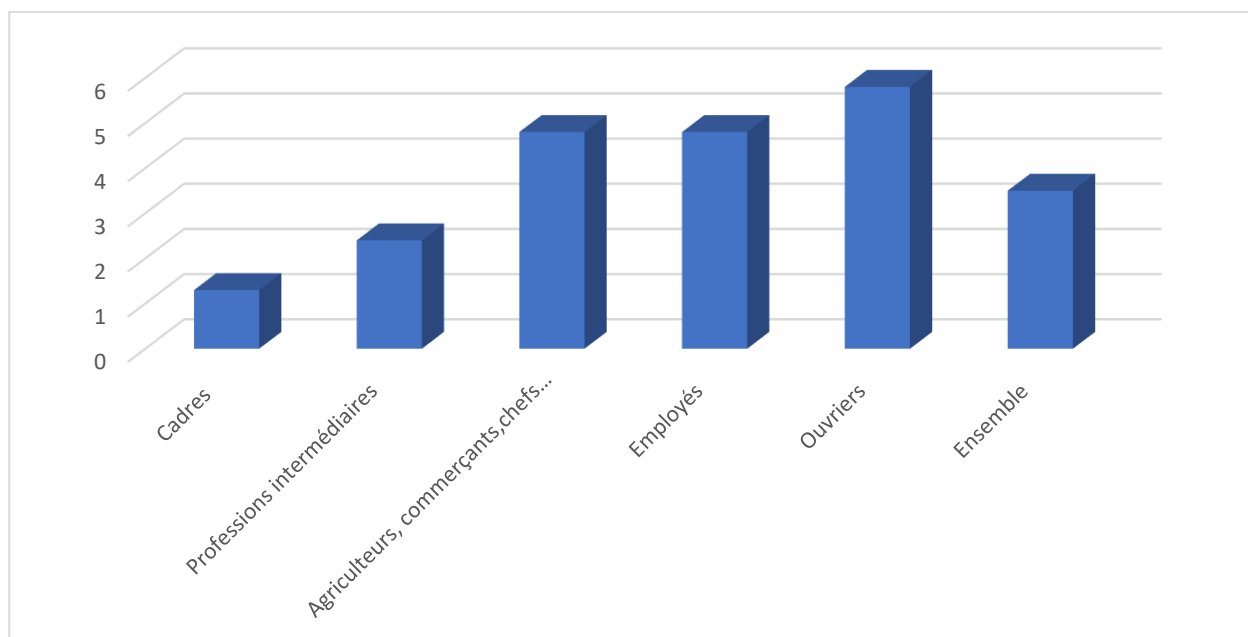


Source: Estimations de l'OCDE basées sur des enquêtes nationales de santé.

Cette politique s'est en effet traduite par une moindre progression de l'obésité des adultes et des jeunes des classes moyennes et classes moyennes aisées, s'accompagnant cependant d'une aggravation des inégalités, particulièrement marquées pour l'obésité infantile. Ainsi, dans une étude de 2015, la DREES²³ constatait de fortes disparités chez les enfants dès 6 ans. Sept pour cent des enfants de cadres étaient en surpoids contre 16 % des enfants d'ouvriers, et 1 % des enfants de cadres étaient en situation d'obésité, contre 6 % des enfants d'ouvriers. L'obésité infantile est ainsi fortement corrélée aux situations de précarité financière et alimentaire des familles. Les causes sont complexes : éloignement de l'information sur la prévention de l'obésité, fragilité économique empêchant d'adopter une alimentation saine et équilibrée et des habitudes d'activité physique régulière, mais aussi facteurs culturels, sociaux, éducatifs, liés à l'environnement de vie.

²³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé. Etudes et Résultats DREES, juin 2015. N° 0920

Graphique 1 : Prévalence de l'obésité des enfants selon le groupe socioprofessionnel des parents (2013, en %)



Source : *Etudes et Résultats DREES, juin 2015. N° 0920*

Il est donc proposé que les actions de prévention de l'obésité pédiatrique s'adressent en priorité aux populations les plus en difficulté sur le plan socio-économique, en focalisant notamment les actions de prévention et de dépistage sur les territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés sociales, tels que les Quartiers prioritaires de la Ville (QPV).

1.3 Ce qu'il faut faire

Le surpoids et l'obésité, ainsi que les maladies chroniques associées, peuvent être en grande partie évités par des modes de vie plus sains, notamment en matière de nutrition et d'activité physique. L'adoption de ces modes de vie ne peut pas reposer exclusivement sur l'initiative individuelle mais doit être aidée par un environnement favorable.

1.3.1 En prévention primaire : agir sur l'environnement alimentaire des enfants et adolescents et lutter contre la sédentarité

1.3.1.1 La restauration scolaire : un lieu essentiel de prévention de l'obésité à revaloriser

Particularité française au sein de l'Union européenne, la cantine constitue un levier essentiel de prévention de l'obésité infantile. Six millions d'enfants déjeunent en effet chaque jour à la cantine. Avec au moins 140 repas consommés en restaurant scolaire chaque année par un élève demi-pensionnaire, le restaurant scolaire contribue sensiblement à l'équilibre nutritionnel de la journée et de la semaine.

La récente épidémie de Covid 19 en a montré le caractère positif. Alors que l'obésité à l'âge de 4 ans a augmenté sensiblement, le fait de manger à la cantine et d'aller à la garderie ont constitué pour les enfants des facteurs protecteurs²⁴.

La raison première de la mise en place de la restauration scolaire est de répondre aux besoins physiologiques et nutritionnels des enfants et des jeunes, leur permettant ainsi de pouvoir suivre les enseignements de l'après-midi. Pour cela, il est nécessaire de leur donner des aliments sûrs, sains, en quantité suffisante et à leur goût.

Accroître l'accès à la cantine des enfants de classes sociales défavorisées

Pourtant aujourd'hui, selon les constats de la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, moins d'un enfant de milieu modeste sur deux mange à la cantine. La diminution de fréquentation de la restauration à l'école et au collège a pris de l'ampleur à la fin des années 1990. Les élèves sont trois fois moins nombreux à déjeuner à la cantine dans les collèges dits sensibles que dans l'ensemble des collèges français. Aujourd'hui le nombre de demi-pensionnaires est très faible dans les quartiers les plus pauvres et la désaffectation des cantines dans les écoles élémentaires est marquée. La fréquentation des cantines scolaires est liée au niveau d'éducation des parents et au type de quartier. Les enfants des familles défavorisées, qui sont pour une grande part au taux le plus bas pour le calcul du coût du repas, souvent calculé en fonction du quotient familial, ne bénéficient donc plus du service de restauration scolaire. Cet enjeu de santé publique est largement méconnu.

Par ailleurs, l'exclusion des enfants de la cantine est plus développée dans les petites communes rurales. Dans ces territoires notamment, les trois quarts des communes de moins de 10 000 habitants ne pratiquent pas de tarification sociale.

Pour réduire cette inégalité devant l'alimentation et lutter contre la précarité alimentaire, la tarification sociale des cantines est un outil efficace, sous la responsabilité des collectivités territoriales. Le gouvernement a décidé d'intégrer cet enjeu à la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, en accompagnant financièrement les communes et intercommunalités rurales qui souhaitent mettre en œuvre ce dispositif.

L'objectif poursuivi est de permettre à tous les enfants issus de familles modestes des écoles du 1^{er} degré d'avoir accès à un repas pour 1 € maximum. Le montant de la subvention par repas servi est de 3 €. Les communes entrant dans le périmètre de l'octroi de la subvention sont celles éligibles à la dotation de solidarité rurale « péréquation ».

En outre, pour répondre à la non fréquentation liée aux pratiques culturelles et religieuses, également souvent rencontrée dans les quartiers défavorisés, certaines communes, à l'instar de la ville de Mouans-Sartou dans les Alpes Maritimes, ont instauré, dès l'école primaire, un dispositif de self-service dans lequel la viande est facultative. Les élèves peuvent choisir le type et la quantité de nourriture qu'ils souhaitent et se resservir, ce qui s'est traduit d'une part par la fin de l'exclusion des certains publics de la cantine, d'autre part par une forte réduction du gaspillage alimentaire. D'autres collectivités, telles que la Ville de Montpellier, ont opté pour l'offre quotidienne d'une alternative sans viande (poisson, œufs ...), contribuant à faire remonter le taux de fréquentation de la cantine scolaire dans les quartiers défavorisés.

²⁴Impact de la crise sanitaire due au sars-cov-2 sur le statut staturo-pondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021. BEH, 26 avril 2022.

Enfin, un niveau sonore trop élevé, une rotation trop rapide des services ou un cadre peu attirant peuvent également dissuader les élèves de se rendre régulièrement au restaurant scolaire.

Que le frein rencontré soit d'ordre culturel (refus de manger de la viande), culturel, ou économique, la mission estime indispensable que le plus grand nombre possible d'élèves puissent bénéficier d'un repas régulier à la cantine.

La fourniture des repas en restauration scolaire relève cependant de la compétence des collectivités territoriales. C'est pourquoi des dispositifs d'incitation représentent sans doute le meilleur moyen pour l'Etat de contribuer à une meilleure fréquentation de la restauration scolaire par les élèves les plus modestes.

Recommandation n°1 Dans le cadre du prochain Pacte des solidarités, contractualiser avec les collectivités territoriales pour les inciter, y compris financièrement, à développer une offre de restauration scolaire attractive pour les élèves, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en garantissant : l'accessibilité économique (repas inférieurs à 1 €), l'adaptation des menus aux pratiques culturelles, un cadre de repas soigné.

1.3.1.2 Le Nutri score : un outil d'éducation alimentaire bien perçu par les adolescents

Dans le cadre d'une démarche initiée par le ministère des Solidarités et de la Santé, Santé publique France a créé un système d'étiquetage nutritionnel sur les emballages, se basant sur les travaux de l'équipe du Pr. Serge Hercberg²⁵. Le Nutri-Score, instauré en France en 2017, peut être apposé par les producteurs sur leurs produits sur la base du volontariat. Il vise à faciliter la compréhension des informations nutritionnelles par les consommateurs, et ainsi les aider à faire des choix éclairés.

Depuis son lancement en France, plusieurs pays ont décidé de recommander son utilisation : la Belgique, la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas et le Luxembourg.

Ce logo, apposé en face avant des emballages, informe sur la qualité nutritionnelle des produits sous une forme simplifiée. Basé sur une échelle de 5 couleurs, il est associé à des lettres allant de A à E pour optimiser son accessibilité et sa compréhension par le consommateur.

Le logo est attribué sur la base d'un score prenant en compte pour 100 gr ou 100 ml de produit, la teneur en nutriments et aliments à favoriser (fibres, protéines, fruits, légumes, légumineuses, fruits à coques, huile de colza, de noix et d'olive), et en nutriments à limiter (énergie, acides gras saturés, sucres, sel). Après calcul, le score obtenu par un produit permet de lui attribuer une lettre et une couleur.

Selon l'Oqali, l'Observatoire de la qualité de l'alimentation, 702 entreprises étaient engagées en juin 2021 (1101 en décembre 2022) (contre 76 déclarées en juillet 2018) dans la démarche en France, représentant désormais 57 % des volumes de ventes (contre 23 % en 2018). Parmi elles, la quasi-totalité des marques de distributeurs affichent aujourd'hui le logo nutritionnel sur leurs emballages.

Une première étude réalisée par SPF auprès de 1201 jeunes âgés de 11 à 17 ans révèle 97 % de notoriété en octobre 2021. Les adolescents ont quasiment tous déjà vu ou entendu parler du Nutri-Score. L'étude confirme que les adolescents agissent à la fois en tant que prescripteurs et acheteurs de produits alimentaires, ce qui en fait un public à privilégier pour les actions de prévention nutritionnelle. Leur perception, connaissance et utilisation du logo est également très bonne, ce qui

²⁵ Serge Hercberg, président du programme national nutrition santé (PNNS) et directeur de l'unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle

est encourageant pour le déploiement du logo en restauration collective et commerciale, tel que prévu dans le Programme National Nutrition Santé 4 (2019-2023). Parmi les principaux résultats, on observe que deux tiers des adolescents ont indiqué spontanément que le Nutri-Score apportait des informations sur la composition et la qualité nutritionnelle du produit ; 96 % des adolescents ont déclaré que le logo était facile à repérer sur les emballages et 91 % l'ont considéré comme facile à comprendre.

Le logo a également favorisé de nombreuses reformulations de produits alimentaires par des industriels soucieux d'afficher un score favorable à la santé sur leurs produits. Ainsi par exemple plusieurs enseignes de la grande distribution ont annoncé la reformulation de centaines de recettes pour optimiser significativement la qualité nutritionnelle et la composition des produits concernés, et répondre ainsi aux attentes des consommateurs.

La mission salue l'avancée majeure que représente le Nutri-Score en matière d'éducation alimentaire et de prévention de l'obésité, et souscrit à son extension à la restauration collective et à la restauration commerciale, prévue dans le cadre du PNNS4.

1.3.1.3 Mieux réguler le marketing et la publicité alimentaire visant les enfants et adolescents

Parmi les facteurs influant sur le comportement alimentaire, le marketing et la publicité sont reconnus comme ayant un impact sensible, notamment auprès des enfants. La mise en évidence de l'existence d'un lien entre le marketing et les préférences alimentaires des enfants qui y sont exposés a suscité certaines actions pour réduire l'impact du marketing alimentaire sur les enfants.

En France, elles ont pris la forme, depuis 2009, d'une incitation à l'autorégulation des industriels de l'agroalimentaire, sous forme d'une charte visant à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé dans les programmes audiovisuels et les publicités. Par ailleurs, la loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique instaure la suppression des publicités sur France Télévisions quinze minutes avant et après les programmes destinés prioritairement aux enfants de moins de douze ans, et durant la diffusion de ces derniers. Enfin, des bandeaux à caractère sanitaire ont été apposés au bas des publicités promouvant des aliments de faible qualité nutritionnelle.

Une expertise scientifique collective réalisée par l'Inserm en 2017²⁶ a analysé l'impact du marketing sur les comportements alimentaires, et a évalué les campagnes nutritionnelles et les mécanismes psycho-cognitifs en jeu dans la réception et le traitement des messages nutritionnels par les individus. Le groupe d'experts a formulé des recommandations afin d'améliorer l'efficacité des messages sanitaires apposés dans les publicités, et de restreindre les actions de marketing destinées aux enfants.

Les limites de l'autorégulation : la nécessité de mieux réguler la publicité destinée aux enfants et adolescents

Concernant les mesures d'autorégulation, les travaux qui ont analysé l'impact des engagements des industriels convergent, selon l'expertise de l'Inserm, pour montrer un impact faible sur l'exposition des enfants aux publicités alimentaires pour des produits de mauvaise qualité nutritionnelle.

En effet :

²⁶ INSERM : Agir sur les comportements nutritionnels, 2017

- Ces engagements ne concernent qu'un nombre limité d'entreprises ;
- Ils s'appuient généralement sur une définition restrictive du marketing à destination des enfants ;
- Les critères nutritionnels utilisés pour distinguer les produits de mauvaise qualité nutritionnelle de ceux qui peuvent continuer à être promus auprès des enfants seraient souvent complaisants ;
- La bonne application des engagements volontaires des entreprises serait insuffisamment contrôlée ;
- Leur non-respect n'est pas assorti de sanctions dissuasives.

Quant à l'interdiction issue de la loi de 2016, elle apparaît également insuffisante car elle ne concerne que les programmes jeunesse de la télévision publique. Or deux tiers des programmes jeunesse sont diffusés sur des chaînes du secteur privé, telles que par exemple la chaîne Gulli. Par ailleurs, les programmes jeunesse ne constituent qu'une part des programmes regardés par les enfants et les adolescents. Les émissions de télé-réalité, programmes tous publics qui ne leur sont pas exclusivement destinées, sont par exemple très prisées des jeunes.

Ainsi, n'interdire la publicité que dans le cadre des programmes destinés prioritairement aux enfants et aux adolescents et uniquement sur les chaînes du service public ne suffit pas à protéger ce public particulièrement vulnérable des messages commerciaux persuasifs accompagnant des produits alimentaires de faible qualité nutritionnelle.

En effet, si l'exposition des enfants aux publicités alimentaires apparaît désormais faible autour des tranches destinées à la jeunesse, le dernier rapport au Parlement sur l'application de la charte alimentaire (ARCOM, novembre 2021) indique qu'« en moyenne chaque enfant de 4 à 14 ans a visionné 1263 publicités pour des produits alimentaires en 2020²⁷ », principalement pendant les programmes tous publics. Pendant ces programmes, les Nutri-Scores des produits exposés relèvent majoritairement des catégories D ou E. Les publicités faisant la promotion d'enseignes de restauration rapide qui proposent en grande majorité des produits aux faibles qualités nutritionnelles (boissons sucrées, friture, hamburgers) sont également nombreuses pendant, et autour de ces programmes d'écoute conjointe.

Certains États, tels que le Royaume-Uni ou la Corée du Sud, ont adopté des mesures contraignantes visant à restreindre spécifiquement le marketing alimentaire à destination des enfants. Le cas de la Corée du Sud suggère que des mesures d'interdiction portant sur l'ensemble des programmes télévisés aux heures de grande écoute, tant pour les adultes que pour les enfants, sont susceptibles d'avoir un impact plus important sur l'exposition des enfants aux publicités alimentaires que celles portant uniquement sur les programmes pour enfants.

Le présent rapport souscrit aux conclusions du groupe d'experts de l'Inserm, et recommande que la France adopte, conformément aux recommandations de l'OMS, des mesures législatives ou réglementaires plus contraignantes en vue de réduire l'exposition des enfants au marketing pour des produits de mauvaise qualité nutritionnelle.

²⁷ Rapport sur l'application de la charte alimentaire Exercice 2020, p28

Influer sur d'autres media que la seule télévision

L'expertise collective de l'Inserm fait état d'indices suggérant fortement la mise en place de stratégies de déplacement par les entreprises, c'est-à-dire de stratégies consistant, pour une entreprise donnée, à réallouer ses investissements marketing sur des médias ou des contenus moins régulés.

Pour certaines firmes en effet, la diminution des investissements publicitaires à la télévision ou dans les autres médias « traditionnels » (radio, presse écrite) peut être largement compensée par le développement du marketing sur Internet : diffusion de publicités sur les sites Internet pour enfants, sites de marques alimentaires, publicités sur téléphones mobiles, emploi des réseaux sociaux, etc.

Le recours simultané à plusieurs canaux de communication suggère ainsi que les mesures visant à limiter l'exposition des enfants au marketing alimentaire pour un petit nombre de médias, voire exclusivement pour la télévision, sont largement insuffisantes, et offrent aux entreprises de multiples possibilités de contournements ou de déplacements sur d'autres médias. Il apparaît donc nécessaire pour les pouvoirs publics de contrer l'action néfaste de la promotion d'aliments de faible qualité nutritionnelle sur internet et les réseaux sociaux, au travers par exemple d'actions auprès de certains influenceurs, et de la promotion de sites internet favorisant le « bien-manger », tels que « mangerbouger.fr ».

Recommandation n°2 Interdire les publicités télévisées pour les produits de mauvaise qualité nutritionnelle durant les plages horaires visionnées par un grand nombre d'enfants et d'adolescents ; développer une politique active en faveur du « bien-manger » sur internet et les réseaux sociaux.

1.3.1.4 Mesurer l'impact de la taxe sur les boissons sucrées et l'adapter en conséquence

En France, une taxe nutritionnelle appelée « taxe sodas » a été mise en place en 2012 sur les boissons contenant du sucre ajouté quelle que soit la quantité, ainsi que pour les boissons contenant des édulcorants de synthèse.

En 2018, cette taxe a été modifiée dans le cadre de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2018, afin de la moduler selon la teneur en sucre dans la boisson. Cependant, le nombre élevé de seuils pour l'application du niveau de taxe, rendrait celle-ci peu efficace et n'aurait pas entraîné d'importantes reformulations.

Le lien entre consommation de boissons sucrées, obésité et maladies cardio-vasculaires a été montré dans de très nombreuses études et confirmé par la récente revue de littérature des chercheurs V. Malik et F. Hu²⁸, qui réclament plus d'efforts pour lutter contre ces consommations.

Une évaluation de l'impact de cette mesure sur la diversification de l'offre en boissons sucrées et édulcorées (reformulations) d'une part, et sur la demande et les niveaux de consommation des ménages d'autre part, doit être engagée pour tirer les enseignements de ce type de stratégie. Elle constitue d'ailleurs une des actions du Programme national nutrition santé 2019-2023 (PNNS 4) et devrait être finalisée courant 2023.

S'il s'avérait que cette taxe est effectivement peu efficace, il conviendrait de la faire évoluer en optant par exemple, comme en Grande Bretagne, pour 2 seuils de taxe (pour plus de 40 g de sucre/l et plus de 80 g/l), et en instaurant une surveillance des reformulations.

²⁸ Nature Review Endocrinology, 222 avril 18 (4) : 205

L'élargissement de cette taxe aux produits sucrés pourrait également constituer un levier d'action pertinent.

Recommandation n°3 Mesurer l'impact de la taxe sur les boissons sucrées sur la consommation des ménages, et sur les reformulations, et l'adapter en conséquence.

1.3.1.5 Lutte contre la sédentarité

L'activité physique et la lutte contre la sédentarité doivent être promues à tous les âges de la vie. En classe primaire, la généralisation en septembre 2022 des 30 minutes d'activité physique quotidienne a été un important progrès dont il faut surveiller l'application. Au collège, l'efficacité sur la prévention du surpoids d'un programme d'intervention sur l'activité physique (programme ICAPS²⁹) a été démontrée et a été intégrée au Registre des interventions probantes de Santé publique France. La généralisation au plan national de ce programme est à promouvoir.

Recommandation n°4 Généraliser le programme ICAPS dans tous les collèges.

1.3.2 En prévention secondaire : mieux repérer et dépister l'obésité

Selon la définition de l'OMS, la prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Concrètement, et pour l'obésité, elle consiste à mener des actions de repérage, de dépistage et de diagnostic précoces. L'obésité étant actuellement considérée comme un facteur de risque et non pas comme une vraie maladie, le diagnostic et la prise en charge sont souvent très retardés, notamment chez l'enfant, par méconnaissance de l'entourage des liens entre poids et santé.

1.3.2.1 Promouvoir le dépistage de l'obésité dans tous les lieux de soins

Dans les services de prévention : PMI et médecine scolaire

Les services de protection maternelle et infantile (PMI)

Les professionnels de la protection maternelle et infantile (médecins, sages-femmes, puéricultrices) sont des acteurs majeurs de la prévention de l'obésité infantile. Rattachés aux Conseils départementaux, les services de PMI soutiennent les familles fragiles dès la sortie de la maternité. Les sages-femmes et puéricultrices effectuent les premières visites au domicile des parents pour les accompagner et les soutenir. Dès les premiers jours de l'enfant, elles peuvent créer un lien avec la famille et maintenir cet accompagnement de proximité jusqu'aux six ans de l'enfant. Cette relation constitue donc un vecteur privilégié pour sensibiliser les parents sur le bon développement de l'enfant, prodiguer des conseils et des bonnes pratiques.

Les PMI sont malheureusement confrontées à d'importantes difficultés de fonctionnement, bien identifiées dans un récent rapport³⁰, qui préconise le recentrage de leur activité sur leurs missions de prévention, et le renforcement de leurs moyens.

²⁹ C Simon, IJO, 2008, 32,1489

³⁰ Rapport de Mme Michèle Peyron : « pour sauver la PMI, agissons Maintenant », mars 2019.

Les PMI sont par ailleurs souvent en charge des premiers certificats de santé de l'enfant. La numérisation de ces données, notamment le poids et la taille, et leur agrégation au niveau national seront un vecteur majeur pour la surveillance de l'incidence de l'obésité infantile.

Recommandation n°5 Renforcer les moyens des PMI et recentrer leurs activités sur les actions de prévention, notamment l'obésité. Numériser les données issues des examens de santé, à des fins épidémiologiques.

Renforcer la médecine scolaire

Le service de santé scolaire représente également un acteur essentiel dans l'accompagnement et le dépistage de l'obésité. Les missions assurées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale intègrent en effet le suivi de la corpulence de l'enfant/de l'adolescent(e) ; le dépistage précoce du surpoids et de l'obésité ; le repérage de signes de souffrance psychique ; les actions de promotion de la santé des élèves ; l'accompagnement des jeunes en situation de surpoids ou d'obésité tout au long de leur traitement si celui-ci a un impact sur la scolarité. Ces missions sont malheureusement limitées par la carence actuelle de médecins scolaires et autres personnels, en lien avec le manque d'attractivité de la profession.

Un récent rapport de la Cour des comptes³¹ dénonçait une pénurie de médecins scolaires, de fortes inégalités territoriales pour le taux de réalisation des dépistages obligatoires, des failles d'organisation et un défaut de pilotage.

La médecine scolaire est également en charge des examens de santé aux âges de 6 et 12 ans. Il est indispensable que les données de poids et de taille puissent être numérisées et transmises au niveau national de façon systématique. Une aide de secrétariat pourrait être apportée aux médecins et infirmières scolaires pour cette tâche. Ces données, une fois anonymisées pourront être accessibles à des fins épidémiologiques, conformément à la loi³².

Recommandation n°6 Renforcer la médecine scolaire en recrutant médecins, infirmières et secrétaires ; Numériser les données issues des examens de santé à des fins épidémiologiques.

1.3.3 Pas de prévention efficace sans coordination, évaluation et diffusion des actions locales engagées : initier un programme expérimental fédérant tous les acteurs sur un territoire donné

1.3.3.1 Des acteurs multiples, de divers horizons, devant être coordonnés pour gagner en efficience

La prévention de l'obésité infantile concerne de nombreux acteurs, institutionnels ou associatifs, médicaux ou sociaux, qui ont tous un rôle à jouer en matière de prévention, de sensibilisation, de détection ou de prise en charge. Des dispositifs, unissant plusieurs acteurs, sont déjà mis en œuvre dans de nombreux territoires, avec pour objectif la prévention, le repérage ou la prise en charge de l'obésité infantile. Malgré les bonnes volontés, leurs actions manquent cependant souvent de coordination et de mobilisation autour d'un objectif commun, soutenu par un financement pérenne. Pour capitaliser sur ce qui fonctionne le mieux et gagner en efficience, il est indispensable de

³¹ Cour des comptes, les médecins et les personnels de santé scolaire, 27/05/2020

³² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

rassembler ces initiatives, en mobilisant les acteurs concernés dans un parcours coordonné autour de trois temps forts : la sensibilisation, la détection et la prise en charge.

La mission propose de définir le cadre d'un programme expérimental de parcours coordonné de prévention de l'obésité infantile réunissant l'ensemble des acteurs sur un territoire donné, quartier prioritaire de la Ville (dont l'un nécessairement dans un DROM), ou zone rurale défavorisée, dans une démarche « d'aller-vers ».

Ce programme expérimental de prévention et de lutte contre l'obésité infantile, d'une durée de cinq ans, devrait fédérer l'ensemble des acteurs locaux, à l'échelle d'un ou de plusieurs quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Pour être efficace, cette démarche doit prendre en compte l'ensemble des déterminants de l'obésité infantile et intégrer toutes les étapes de la vie de l'enfant, de la crèche au lycée, et tenir compte des actions préexistantes. L'expérimentation serait ensuite évaluée par Santé publique France (SPF) avant d'être répliquée à l'échelle nationale, si l'évaluation est concluante.

Le programme expérimental AmStramGram de la Ville de Nice

Le programme AmStramGram de prévention et de lutte contre l'obésité infantile va être prochainement déployé dans deux quartiers prioritaires de la Ville de Nice (Quartier Trachel Notre-Dame ; Quartier Bon Voyage). Dans ces quartiers, le taux de prévalence de l'obésité des enfants de maternelle est quatre fois et demi plus élevé que dans le reste de la Ville.

Ce programme consiste à initier une démarche collective et intersectorielle (multi-secteurs, multi-niveaux) à 360° autour du parcours de l'enfant. Il a pour objectif de stabiliser, voire de diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants vivant dans la ville de Nice :

- en fédérant les acteurs locaux autour de la lutte contre l'obésité infantile ;
- en s'appuyant sur les actions probantes existantes dans une approche à 360 ;
- en renforçant les partenariats pour consolider la dynamique locale et entrer dans une démarche transversale.

Ce programme intègre ainsi 16 actions visant les modifications de comportement (alimentation, activité physique, temps passé devant les écrans), l'accès à une alimentation saine, l'accès à des infrastructures sportives, la réalisation d'aménagements urbains favorables à l'activité physique, le suivi médical des enfants. Ce programme d'actions complet se structure ainsi :

Actions sur l'environnement physique dans les deux quartiers retenus :

- Promotion des zones piétonnes existantes et création de parcours de marche ;
- Promotion des zones cyclables existantes et création de pistes et bandes cyclables ;
- Aménagement des aires d'activité pour les enfants et les familles, accessibles et sûres ;
- Aménagements de jardins partagés.

Actions sur la santé

Mise en place du modèle RéPPOP/ObépPACA dans les MSP ou les CPTS des quartiers Trachel-Notre-Dame et Bon-Voyage. Déploiement du dispositif Mission Retrouve ton Cap.

Actions pour favoriser une alimentation équilibrée

- Déploiement du programme Opticourses dans les deux quartiers ;

- Soutien et/ou création d'épicerie solidaires dans les quartiers deux quartiers ;
- Organisation des actions de promotion de l'alimentation équilibrée dans les centres de loisirs de ces quartiers.

Actions de lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique

- Déploiement du programme de soutien à la parentalité SFP pour promouvoir un ensemble de bonnes pratiques luttant contre la sédentarité et limiter l'usage des écrans par les enfants ;
- Déploiement du dispositif PEDIBUS pour inciter les enfants à marcher jusqu'à leur école.

Actions concernant les 1000 premiers jours de l'enfant

- Développement d'une maison des 1000 premiers jours ;
- Développement d'une action d'éducation thérapeutique chez les femmes enceintes suivies au CHU de Nice et présentant un diabète gestationnel, pour aider les parents à gérer l'alimentation des tout-petits ;
- Information sur le programme Malin.

Actions sur la santé à l'école, dont l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité...

- Poursuivre et renforcer une offre de restauration scolaire favorable à la santé des enfants et proposer de nouvelles actions (semaine du Goût...);
- Développer le programme « Ratatouille & Cabrioles » dans les écoles des deux quartiers ;
- Développer le programme « Je bouge + à l'école » dans les écoles des deux quartiers.

La première étape du projet a consisté à faire un état des lieux des actions de lutte contre l'obésité infantile déjà déployées sur la ville de Nice. L'un des enjeux majeurs sera de coordonner ensuite les acteurs identifiés en lien avec les acteurs institutionnels pour que l'ensemble des actions probantes sélectionnées puisse être développées ensemble dans les deux quartiers pilotes, puis étendues à d'autres quartiers si les résultats de l'évaluation sont concluants.

Principaux acteurs mobilisés : Ville de Nice, Conseil départemental 06, CHU de Nice, Education Nationale, CODES Alpes Maritimes, Azur sport santé, Métropole Nice Côte d'Azur, Préfecture des Alpes-Maritimes, CCAS ville de Nice, Caisse d'Allocations Familiales 06, DRAJES PACA, Santé publique France.

L'agence Santé publique France et sa cellule d'évaluation accompagnera cette expérimentation, en apportant son soutien à l'évaluation du programme (aide à la construction des indicateurs et à la construction des données de terrain, financement).

Une recherche-action pilotée par le binôme CPAM et CAF dans deux quartiers politique de la Ville en Seine et Marne, et centrée sur la prévention de l'obésité infantile, a également été initiée en novembre 2022. Elle regroupe une dizaine de partenaires dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle, innovante et transversale³³.

Un programme expérimental piloté

A l'instar du programme en cours de lancement dans deux quartiers prioritaires de la Ville de Nice, la réussite du programme repose sur la capacité à créer un Espace Partagé de Santé Publique réunissant l'ensemble des acteurs impliqués dans le programme, associés au sein d'un Comité de pilotage, chargé de sa gouvernance. La mise en place de cet espace partagé doit permettre l'instauration d'un climat de confiance entre les acteurs permettant à chacun de contribuer au projet commun.

³³ Recherche-action : Prévention de l'obésité infantile. Quelles actions innovantes et transversales ? EN3S, 2022

La faisabilité est liée à la petite échelle locale (expérience micro) permettant la participation des habitants et des associations existantes sur place qui seront impliquées dans la co-construction du projet. Des groupes de travail, intégrant systématiquement des représentants des parents et des enfants, seront chargés du suivi et de l'évaluation régulière des actions conduites.

Des compétences en ingénierie de projet devront être allouées à la gestion du programme expérimental.

Les acteurs directement impliqués dans cette expérimentation seraient :

L'implication des collectivités territoriales

Dans le parcours proposé, les communes, départements et régions auront en charge :

- L'organisation de la restauration scolaire dans les écoles, lycées et collèges : elles veillent à offrir aux élèves des repas variés, de bonne qualité nutritionnelle, adaptés aux pratiques culturelles et culturelles des élèves, et à un prix compatible avec le niveau de revenu des foyers résidant dans ces quartiers. Elles assurent également l'animation et l'accompagnement des élèves pendant la pause méridienne, à travers des actions d'éducation à l'alimentation visant, par exemple, à leur faire découvrir de nouvelles saveurs³⁴. Elles organisent également la distribution d'une collation équilibrée à l'heure du goûter³⁵.
- L'accompagnement des familles avec enfants de moins de six ans dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI), dont les médecins, sage-femmes et puéricultrices seront formés à la sensibilisation et au dépistage de l'obésité. Ces actions seront labellisées « **programme des 1000 premiers jours** »³⁶, avec, pour objectifs :
 - de proposer aux femmes (et leurs conjoints) en excès de poids ou ayant présenté un diabète gestationnel des programmes d'éducation thérapeutique pour aider les parents à gérer l'alimentation des tout-petits (ateliers clés en main avec des outils tels que vidéos, quizz, livrets etc.) ;
 - d'informer les parents sur le programme Malin : dans ce programme les familles sont accompagnées sur les questions de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, sur l'allaitement en lui-même, sur l'utilisation du biberon, sur la diversification alimentaire, sur l'alimentation familiale faite maison. Pour les familles avec des difficultés financières, le Programme Malin donne la possibilité d'acheter des produits adaptés et de qualité à prix réduit grâce à des bons de réduction. Une attention particulière est apportée à la prise en compte de la diversité culturelle des familles.
- La planification commerciale aux abords des établissements scolaires : il s'agit d'interdire toute nouvelle implantation de commerce offrant des aliments de faible qualité nutritionnelle

³⁴ Pour assurer un taux de fréquentation élevé de la cantine, y compris aux publics les plus défavorisés, la Ville de Montpellier offre par exemple à chaque élève des écoles maternelles et primaires la possibilité de choisir entre un plat traditionnel, un plat sans viande (mais qui peut contenir du poisson, des œufs...), et un repas végétarien. Elle a également instauré une tarification sociale offrant aux ménages les plus modestes des repas au prix de 50 centimes d'euros

³⁵ Le goûter a été identifié par les études comme étant le moment où les jeunes ingèrent le plus de produits gras et sucrés.

³⁶ Cette thématique concerne les 1 000 premiers jours, de la conception aux deux ans de l'enfant. Elle se focalise donc sur les parents, leur santé physique et mentale et la prévention apportée par le système de santé et les associations sur leur propre prise de poids et sur l'accueil de l'enfant. Les principaux facteurs déterminants de l'obésité infantile pendant cette période sont : Pendant la période pré conceptionnelle : la précarité des familles ; l'obésité des parents (facteurs génétiques) Pendant la grossesse (rôle de l'épigénétique) : le tabac, la prise de poids excessive, le diabète mal équilibré.

Cette thématique concerne principalement la nutrition du tout-petit, en lien avec son rythme de vie (alimentation / activité physique / sommeil) et en particulier les aspects éducatifs liés à l'alimentation.

(fast-foods, kebabs, food trucks...) aux abords des lycées et des collèges, et de favoriser l'installation de commerces, y compris de restauration rapide, offrant des repas de qualité, ainsi que l'aménagement de fontaines à eau attractives au sein des établissements scolaires, de manière à réduire la consommation de boissons sucrées ;

- Le soutien et(ou) la création d'épiceries solidaires. Les épiceries sociales et solidaires participent à la lutte contre la précarité alimentaire en proposant des denrées alimentaires, contre participation financière. Les collectivités peuvent à ce titre structurer et optimiser les initiatives comme les « Paniers solidaires » et plus largement des volets d'aide alimentaire pour garantir l'accessibilité de l'alimentation équilibrée (Ex : délivrance de coupons de fruits et légumes...);
- L'animation du temps périscolaire, s'adressant aux enfants et à leurs parents, à travers l'organisation d'actions d'éducation à l'alimentation et de prévention de l'obésité infantile dans les centres de loisirs, et la mise en place d'ateliers de cuisine dans les centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
- La réalisation d'aménagements urbains favorables à la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique : aménagement de zones piétonnes ou cyclables dans l'espace urbain (pistes cyclables, rues piétonnes et élargissement des trottoirs, végétation et ombre) ; aménagement d'équipements sportifs de plein air en accès libre, accès à des jardins partagés pour les habitants des quartiers défavorisés ; aménagement d'aires de jeu de proximité, privilégiant la végétalisation, pour inciter les enfants à pratiquer une activité physique basée sur le jeu, avec leur entourage.

En charge, avec les représentants de l'Etat, de la compétence « politique de la ville », les **intercommunalités** ont aussi un rôle à jouer dans le cadre du programme expérimental proposé. Les contrats de ville visent en effet, dans leur volet « cohésion sociale » notamment, la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé et l'amélioration de l'hygiène de vie, qui intègre les questions de nutrition.

L'implication de l'Education nationale

Après la famille, l'établissement scolaire constitue le cadre le plus propice de mise en œuvre des différents axes de prévention de l'obésité : l'alimentation, via l'offre alimentaire en restauration scolaire et les actions pouvant y être associées (formation des enseignants, éducation au goût...), l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, via les cours d'éducation physique et diverses initiatives (programme « Je bouge + à l'école »), la santé, via la santé scolaire et les actions de promotion pour la santé.

Dans le cadre du programme expérimental proposé, les enseignants et les personnels de restauration peuvent se coordonner pour organiser un atelier de cuisine hebdomadaire au sein des écoles maternelles et élémentaires, puis au collège et au lycée. Les travaux de recherche soulignent en effet l'importance d'associer le « faire » au « dire » pour faire évoluer les comportements alimentaires, ainsi que la nécessité d'agir dans la durée. Accompagnés par les adultes, les enfants y cuisineront des recettes telles que soupes, légumineuses et pâtisseries, qu'ils pourront ensuite déguster sur place ou rapporter dans leur famille. Ces ateliers de cuisine s'accompagneront à l'école maternelle et primaire, de la culture d'un potager qui sera installé dans chaque cour de récréation.

Formés à la prévention de l'obésité en milieu scolaire, les enseignants leur délivrent à cette occasion des messages d'éducation à l'alimentation, dans une perspective de développement des compétences psycho-sociales de l'enfant. Les ateliers de cuisine associés à la culture d'un potager permettent

d'associer un apprentissage pratique à la transmission de repères et de connaissances sur la qualité nutritionnelle des aliments, permettant aux enfants de se réappropriier l'univers culinaire.

La Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA), rattachée au Ministère de l'Education nationale, sera quant à elle chargée d'assurer la continuité éducative des enfants et des jeunes sur les temps (mercredi, vacances) et dans les espaces non-scolaires (centres de vacances et de loisirs), en y associant les parents.

Enfin, le service de médecine scolaire, acteur essentiel dans l'accompagnement et le dépistage de l'obésité, sera étroitement associé au programme de prévention de l'obésité infantile.

L'établissement scolaire constitue enfin un environnement privilégié pour développer des actions de promotion de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité puisqu'elle touche l'ensemble des enfants et permet ainsi d'agir sur la réduction des inégalités sociales.

L'implication des services territoriaux de l'Etat et du système de santé

- **En matière de prévention et de soins de l'obésité infantile :**

Dans le cadre du programme expérimental préconisé, cette prise en charge fédère plusieurs acteurs, comme l'ARS, les hôpitaux, l'Education nationale, la PMI et le soin de premier recours.

Le programme expérimental s'appuie pour cela sur deux dispositifs particulièrement probants, déjà mis en œuvre sur certains territoires, s'attachant tous deux à la coordination des acteurs du système de santé (exercice coordonné et pluridisciplinarité en particulier), grâce à des structures de soins telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé :

- Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité Pédiatrique (RéPPOP) offrent une approche pluridisciplinaire, coordonnée et de proximité de la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, en offrant aux enfants en surpoids ou en situation d'obésité l'accès à un suivi pluridisciplinaire pris en charge financièrement, assuré par des professionnels libéraux formés et adhérant au réseau ;
- Le programme « Mission Retrouve Ton Cap » est en cours de généralisation. Il vise à améliorer la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants à travers le déploiement d'une nouvelle prise en charge de prévention, pluridisciplinaire, gratuite, précoce et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. Cette prise en charge s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans, en surpoids ou obèses sans signes de complexité ainsi qu'à leur famille, sur prescription par le médecin qui suit habituellement l'enfant dans des structures de type maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou centres de santé préalablement sélectionnés pour être formés à l'obésité de l'enfant et ayant accepté de participer ;

Les **médiateurs en santé**, qui existent depuis 2016, seront également mobilisés pour faire de la prévention et détecter les enfants en surpoids dans les familles du territoire retenu. Professionnels de terrain, soit dans des permanences installées dans les centres sociaux situés en QPV, soit à domicile, ils ont pour missions d'offrir aux familles un accompagnement individuel pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et pour organiser le parcours de soin des personnes. Ils proposent

également un accompagnement collectif intégrant des temps de promotion de la santé, d'éducation et de prévention.

- **En matière de soutien financier et d'accompagnement des associations de quartier**

Comme pour le programme de la Ville de Nice, l'Agence régionale de santé (ARS) offrira un soutien financier à la prise en charge des actions promotrices de la santé. La Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) pourrait quant à elle soutenir financièrement les actions privilégiant une alimentation saine et durable.

Enfin, les services régionaux de la cohésion sociale (DREETS³⁷) animent et apporteraient un soutien financier aux associations de quartiers, souvent bien implantées sur ces territoires, et capables de créer des relations de proximité avec les familles. Ces associations représentent donc des partenaires privilégiés pour mener des actions de sensibilisation au plus près du terrain et favoriser une prise en charge globale et durable des familles accompagnées : ateliers de cuisine, dégustations et repas collectifs, cafés des parents, activités sportives, jardins partagés, conférences, sorties avec les familles...

L'implication des organismes de sécurité sociale : Caisses d'allocations familiales (CAF) et Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

Les CPAM exercent un rôle dans le déploiement du dispositif « Mission : retrouve ton cap » (MRTC).

Les CAF sont les interlocuteurs privilégiés des acteurs du soutien à la parentalité et des structures d'accueil collectif du jeune enfant (crèches).

Il appartiendra donc à la CAF du territoire retenu pour le programme expérimental de soutenir et financer le « programme **des 1000 premiers jours** » (cf Supra).

La CAF aura également pour mission de s'assurer de la prise en compte de l'éducation au goût et de la bonne application des recommandations du PNNS en matière d'offre alimentaire dans les structures d'accueil des tout-petits (crèches).

Le déploiement d'un outil spécifique de prévention de l'obésité

« Opticourses » est un programme de prévention validé dans le cadre d'une recherche interventionnelle et identifié comme « action probante » par Santé Publique France. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé, multi partenarial et participatif, élaboré pour et avec des personnes soumises à de fortes contraintes budgétaires, pour qu'elles puissent mieux conjuguer équilibre alimentaire et petit budget quand elles font leurs courses. Cet outil pourra être déployé auprès des familles habitant sur le territoire retenu, et des ateliers de formation à l'outil seront proposés dans divers lieux d'accueil de ces familles.

L'évaluation du programme expérimental

Les indicateurs suivants seront collectés :

- Suivi des données d'activité et de processus : type et nombre d'actions, population touchées, écarts au protocole d'action initialement prévu, raisons de ces écarts et mesures prises vis-à-vis de ces écarts ;

³⁷ Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

- Suivi du Zscore IMC des enfants en lien avec la PMI et la médecine scolaire pour la maternelle (3-4 ans) dans les écoles du quartier retenu avant le début de l'action, puis tous les ans ;
- Evaluation qualitative auprès des familles : évolution des habitudes de vie ;
- Suivi et évaluation des ressources mises à disposition : budget, documentation produite, ressources humaines... ;
- Evaluation de la coordination et des partenariats entre les acteurs.

L'impact de la politique de prévention et de prise en charge de l'obésité dans le ou les quartiers (dont un situé dans un DROM) ou zone rurale défavorisée désignés sera mesuré à l'aune des indicateurs enregistrés dans d'autres quartiers comparables en termes de profil de population, mais n'ayant pas bénéficié du programme expérimental (groupe contrôle).

L'évaluation finale sera confiée à Santé publique France, à l'issue des cinq ans du programme, en vue d'une généralisation à l'ensemble du territoire national.

Une task force nationale pour sélectionner le ou les quartiers ou zone rurale pertinents et initier le programme expérimental

Afin de sélectionner le ou les territoires à même de mettre en œuvre le programme expérimental, la mission recommande la création d'une task force nationale associant des représentants des organismes suivants :

- Santé publique France
- La Direction générale de la santé, la Direction générale de l'offre de soins
- La Direction générale de l'alimentation
- L'Assemblée des départements de France
- Les Régions de France
- L'Association des Maires de France
- L'Education nationale
- Le représentant de la Politique de la Ville
- Le groupement national des CSO et l'Association des réseaux Obésité de l'enfant (Apop)

Après avoir réalisé l'inventaire des actions probantes existantes, cette task force aurait pour mission de sélectionner le territoire et les partenaires les plus pertinents pour mettre en œuvre le programme expérimental.

Recommandation n°7 Réunir une « task force » nationale pour initier, pour une durée de cinq ans, un programme expérimental de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile, fédérant tous les acteurs d'un même micro-territoire (QPV, dont un dans les DROM, ou zone rurale), dans le cadre d'actions multisectorielles et multipartenaires visant les enfants, de la crèche au lycée, ainsi que leurs parents.

1.3.3.2 Diffuser les innovations menées sur le terrain au niveau local et régional. Repérer les nombreux programmes prometteurs et assurer leur transférabilité.

Si de nombreuses initiatives locales sont mises en œuvre pour prévenir l'obésité, ces actions ou ces programmes ne s'accompagnent pas toujours d'une évaluation d'impact rigoureusement conduite.

- SPF a répertorié depuis 2018 les actions ayant fait leurs preuves sous la forme d'un « Registre des actions probantes », disponible sur son site internet. En matière de prévention de l'obésité, 16 actions ont été retenues, parmi lesquelles le programme Opticourses, développé par l'INRAE (Cf supra), mais aussi le programme FLAM fruits et Légumes ou d'autres dispositifs promouvant l'activité physique comme iCAPS, D-marche, Bouge, une priorité pour ta santé... **Ce sont ces actions probantes qui doivent être prioritaires lorsque de nouveaux programmes de prévention sont initiés.**
- **Le label PNNS délivré par le ministère de la santé : les modalités d'utilisation de la marque "Programme national Nutrition Santé" (PNNS) concernent les collectivités territoriales, mais aussi les associations, les organismes publics ou privés et les entreprises. L'attribution de ce logo vise à garantir la cohérence des actions conduites avec les recommandations du PNNS.**
- Le label Edusanté du Ministère de l'éducation nationale

Attribué pour une période de trois ans, ce label permet de reconnaître l'action d'une école ou d'un établissement en matière de promotion de la santé. Il est proposé aux établissements dans le cadre de la généralisation de la démarche École promotrice de santé. Il a pour objectifs de mettre en valeur les actions et projets existants en les adossant au projet d'école ou d'établissement ; de certifier un certain niveau d'expertise de ces établissements et de favoriser les échanges inter-établissements.

La multiplicité des labels n'est cependant pas favorable à la transférabilité des programmes au-delà du périmètre d'un seul ministère. Un label interministériel, désignant les actions et programmes promoteurs de la santé ayant vocation à être déployés à un niveau interministériel, faciliterait la réplication des programmes de prévention de l'obésité les plus efficaces.

En outre, tout nouveau programme innovant doit faire la preuve de son efficacité par une mesure rigoureuse de son impact sur la population bénéficiaire. Cette mesure d'impact requiert des moyens financiers dédiés, que l'on peut chiffrer à 300 000 € en moyenne pour un programme complet, ainsi que des compétences scientifiques distinctes de celles du porteur de projet. Ces deux facteurs expliquent sans doute pourquoi peu d'actions bénéficient d'une mesure d'impact conduite selon des critères scientifiques. Pourtant, en l'absence d'évaluation, il est difficile de procéder à l'extension d'un programme au-delà du territoire initial, dans la mesure où on ne peut démontrer son efficacité.

La mission recommande donc que toute action ou programme de prévention de l'obésité soit la réplication d'une action labellisée comme probante, ou bien, pour les nouveaux projets, soit assorti d'une évaluation rigoureuse, s'accompagnant d'un budget et de compétences spécifiques.

Recommandation n°8 En matière de prévention de l'obésité, ne financer que des actions issues de programmes labellisés, si possible au niveau interministériel, ou des actions innovantes, assorties de moyens et de compétences permettant leur évaluation scientifique.

1.3.4 Pas de prévention efficace sans une mesure fine de l'évolution de l'obésité

La mesure du surpoids et de l'obésité est incomplète, trop espacée dans le temps, et n'offre pas d'analyse fine sur le plan territorial et socio-économique.

En matière d'obésité en population générale, l'étude de référence est l'étude Esteban, menée par Santé publique France dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS). Il s'agit d'une étude transversale portant sur un échantillon aléatoire national d'adultes et d'enfants dont l'IMC est mesuré. Sa périodicité d'une dizaine d'années est insuffisante pour suivre avec précision l'évolution de l'obésité.

D'autres enquêtes avec mesures de l'IMC ont été conduites en France par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et Santé publique France (SPF), notamment les enquêtes « individuelles nationales des consommations alimentaires » (INCA), dont la dernière édition a eu lieu en 2014-2015 (INCA3).

Le rapprochement des enquêtes Esteban et INCA est prévu dans le cadre du PNNS 4, conduisant à la réalisation d'une seule enquête en 2024, et intégrant la mise en œuvre d'analyses régionales qui font aujourd'hui défaut, ces deux études ne produisant que des données nationales. Santé publique France précise qu'elle travaille actuellement, en collaboration avec l'Anses, à modifier les recueils de données afin d'avoir des chiffres actualisés tous les quatre ans, de manière plus détaillée géographiquement, et en affinant les prévalences en fonction de l'âge.

Par ailleurs, l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, dite Obépi-Roche, a été menée tous les trois ans depuis 1997. Elle est réalisée auprès d'un échantillon d'environ 12 000 Français interrogés par Internet et présente une extrapolation des résultats en nombre de Français. Les données sont déclarées et non mesurées.

Au niveau infra national, des données sont disponibles pour certains départements à la suite de l'étude faite dans le cadre du suivi de la cohorte Constances, étude épidémiologique généraliste réunissant 200 000 volontaires de 18 à 69 ans. Ces données de cohorte sont très intéressantes, mais se heurtent à l'obstacle de la non représentativité, notamment des plus précaires.

Pour l'obésité infantile, les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire, pilotées par la DREES, fournissent également des statistiques concernant le développement staturo-pondéral des enfants et des adolescents. Elles sont réalisées alternativement auprès des élèves de grande section, de maternelle, de CM2 et de troisième. De ce fait, chaque classe d'âge ne fait l'objet de mesures que tous les six ans.

Il n'existe pas de système de collecte régulière et de traitement des données concernant les enfants, en dehors du certificat obligatoire du 24^{ème} mois. Les remontées d'information découlant de ce certificat sont en outre incomplètes, seuls 25 % des certificats parvenant aux services de PMI, pour être ensuite exploités annuellement par la DREES. On ne dispose pas davantage de données agrégées provenant des services de protection maternelle et infantile (PMI), qui ne couvrent au demeurant qu'une petite partie des enfants de 0 à 6 ans.

Enfin, on ne dispose en France d'aucune donnée en médecine de ville. A ce titre, la récente « feuille de route obésité 2019-2022 » prévoit de rendre obligatoire, dans l'Espace numérique santé, la saisie régulière du poids et de la taille par tout médecin ou autre professionnel de santé dès l'enfance. La collecte, le suivi et l'analyse de ces informations sont particulièrement importants pour la définition et la mise en œuvre de politiques de prévention.

Ainsi, les enquêtes et études nationales se révèlent lacunaires et inaptes à offrir une vision claire de l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Un récent rapport parlementaire³⁸, de même que les travaux de la Cour des Comptes en 2019³⁹, convergent sur ce constat d'insuffisance⁴⁰.

Il est donc nécessaire de disposer d'un suivi régulier et le plus exhaustif possible des données anthropométriques de la population française. Dans le contexte de « Ma santé Numérique » et de « Mon espace santé », la communication des données de santé entre le patient et les différents acteurs de sa santé va être possible. L'utilisation secondaire de ces données à des fins épidémiologiques est limitée par la loi, mais elle est possible pour les données issues des examens obligatoires des enfants⁴¹. Ces éléments intégrés dans le Dossier Numérique de Santé (DNS) devraient être intégralement numérisés et transmis à la DREES, ce qui lui permettrait de disposer enfin de données exhaustives sur l'incidence de l'obésité de l'enfant.

De même, les visites de prévention aux trois âges de la vie (20-25 ans ; 40-45 ans ; 60-65 ans) pourraient faire l'objet d'une remontée systématique des données à des fins épidémiologiques.

En outre, lors du Service national universel (SNU), un recueil de ces données anthropométriques permettrait de surveiller l'obésité des adolescents de la population française.

Ainsi la transmission anonymisée (sous réserve de non opposition des personnes concernées) des données anthropométriques lors des examens obligatoires de l'enfant, lors du Service National Universel, et aux trois âges de la vie permettrait de connaître en continu l'incidence de l'obésité dans la population française, et de suivre l'efficacité du plan de lutte contre l'obésité.

Recommandation n°9 Recueillir systématiquement le poids et la taille lors des examens périodiques de santé de l'enfant, du Service national universel (SNU), et des visites de prévention, et les analyser de façon anonymisée à des fins épidémiologiques.

³⁸ Sénat : Rapport d'information sur la lutte contre l'obésité,

Par Mmes Chantal DESEYNE, Brigitte DEVÉSA et Michelle MEUNIER, Sénatrices, juin 2022

³⁹ Cour des comptes : La prévention et la prise en charge de l'obésité - novembre 2019

⁴⁰ « Les outils de surveillance des taux de prévalence de l'obésité sont incomplets : ces enquêtes nationales, trop espacées dans le temps, ne permettent pas de réaliser des analyses fines, ni sur le plan territorial, ni sur l'impact de l'environnement socio-économique. Le dispositif de surveillance reste insuffisant pour une analyse exhaustive et continue. De plus, la coexistence d'enquêtes déclaratives et de travaux reposant sur des mesures anthropométriques (taille et poids) est source de confusion. [...] On ne dispose en France d'aucune donnée de médecine de ville. [...] Il n'existe pas non plus de système de collecte régulière et de traitement des données concernant les enfants. »

⁴¹ Arrêté du 28 juin 2013 pris en application de l'article L. 2132-3 du code de la santé publique et relatif à la transmission par les services publics départementaux de protection maternelle et infantile d'informations issues des certificats de santé établis en application de l'article R. 2132-2 du même code au ministre chargé de la santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

2 Objectif 2 : Augmenter le nombre de patients en surpoids ou en situation d'obésité accédant à des soins adaptés à leur situation

2.1 Ce que l'on sait : les obstacles à la prise en charge de personnes en surpoids et en situation d'obésité sont multiples

2.1.1 Au niveau des patients : un système inadapté pour répondre à leurs besoins

Les parents ou les personnes en situation d'obésité n'identifient pas toujours l'excès de poids comme une maladie, par manque de connaissances sur les liens entre poids et santé, ou en raison de la priorité qu'ils donnent aux difficultés socio-économiques de la famille. Cette non identification est accentuée par la non reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique par le système de santé, par une absence de lisibilité de l'offre de soin, par un reste à charge trop important, et par la crainte de la stigmatisation.

2.1.2 Au niveau des soignants : des difficultés à gérer les multiples aspects de la prise en charge dans un système contraint

2.1.2.1 La définition de la stratégie thérapeutique nécessite une consultation longue

La prise en charge d'une personne en surpoids ou en situation d'obésité nécessite une évaluation complète des déterminants de l'obésité, des complications éventuelles, et des possibilités d'action, avant de définir la stratégie thérapeutique et le parcours personnalisé de soin, qui dépendra du grade de la maladie. Les éléments permettant de caractériser le grade de la maladie et la prise en charge correspondante viennent d'être réactualisés par la Haute autorité de santé (HAS) pour l'adulte⁴², comme ils l'ont été pour l'enfant⁴³. La prise en charge ne se résume pas à une réduction pondérale, mais doit intégrer le dépistage et le traitement des comorbidités, l'amélioration de la qualité de vie et de la mobilité, en visant le mieux-être physique et psycho-social.

2.1.2.2 La prise en charge doit être pluridisciplinaire

La base de la prise en charge repose sur les modifications thérapeutiques du mode de vie avec, de façon adaptée au patient, des conseils nutritionnels, des conseils d'activité physique et sur le sommeil. Suivant les cas, des approches comportementales et/ou psychologiques peuvent être nécessaires. Il en résulte que le plus souvent cette prise en charge du patient nécessite une intervention multi-professionnelle, intégrant médecin, infirmier, diététicien, enseignant en Éducation Physique adaptée (EAPA), psychologue et ou psychiatre, assistante sociale, ergothérapeutes, éducateurs....

Cette prise en charge pluridisciplinaire se heurte tout à la fois à l'absence de prise en charge financière des nombreux professionnels impliqués (diététicien, Enseignant en Éducation Physique adaptée, psychologues), et au manque de culture, de valorisation et d'outils pour le fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle. Elle nécessite par ailleurs une formation spécifique de ces professionnels à la prise en charge des patients en situation d'obésité.

⁴² Obésité de l'adulte, prise en charge niveau 2 et 3-juillet 2022

⁴³ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent- fev 2022

2.1.2.3 Les médicaments contre l'obésité ont longtemps été des traitements tabous

Les traitements médicamenteux de l'obésité ont longtemps été un tabou (particulièrement en France) du fait de la succession de médicaments ayant dû être retirés du marché en raison de graves effets secondaires⁴⁴ et de mésusage, tels que le Médiator du laboratoire Servier. Ce lourd historique a pu avoir un effet dissuasif sur les firmes pharmaceutiques et les autorités vis-à-vis de cette pathologie.

Cette situation est en voie d'évolution depuis l'introduction récente dans la pharmacopée d'analogues d'hormones digestives ayant la propriété de favoriser le rassasiement. Ainsi, l'évaluation de l'effet des analogues du GLP1 sur la perte pondérale dans de nombreux essais⁴⁵ dédiés au traitement de l'obésité, conduit aujourd'hui à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du liraglutide 3 mg (SAXENDA®, non remboursé, à la charge du patient) et à la mise en place d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU/AP2) pour le semaglutide 2,4 mg (Wegovy®) qui a obtenu, en décembre 2022, un avis favorable au remboursement, après passage devant la commission de transparence, dans le cadre d'une prescription par les spécialistes sur médicament d'exception pour les obésités de grade 2 (IMC>35). A noter que l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a mis le Wegovy® sur la liste 1 des conditions de prescription et de délivrance ouvrant à la prescription par les médecins généralistes dans les conditions de l'AMM européenne (IMC >27 avec comorbidités ou IMC >30), ce qui peut apporter de la confusion. Ces médicaments efficaces et assez bien tolérés (effets secondaires digestifs) ouvrent ainsi une ère nouvelle dans le traitement de l'obésité en 2^{ème} intention après une prise en charge multidisciplinaire. D'autres médicaments, dont certains sont à un stade avancé de développement, sont attendus dans le futur, comme le Tirzepatide (combiné d'agonistes du GLP1 et du GIP), mais aussi d'autres combinaisons d'agonistes d'hormones digestives. Si l'expérience du mésusage de médicaments de l'obésité doit engager à une prudence et à une surveillance de l'utilisation de ces médicaments, il est cependant très important pour les patients de pouvoir en disposer rapidement, compte tenu de leur efficacité.

2.1.2.4 Le traitement chirurgical de l'obésité est en pleine redéfinition

Du fait de l'absence de traitement médicamenteux pendant de nombreuses années, le traitement chirurgical de l'obésité (chirurgie bariatrique) a pris une part conséquente dans la stratégie thérapeutique, d'autant qu'il s'agit d'un acte pris en charge par l'Assurance maladie. De nombreuses études ont montré l'efficacité de ce traitement tant sur le plan pondéral que sur les comorbidités, et même sur la mortalité précoce, chez les sujets présentant une obésité sévère. Les indications de ces chirurgies ont été définies au niveau national et international⁴⁶. Différents types d'interventions sont proposées (anneau, sleeve, bypass en Y, dérivation bilio-pancréatique). Elles sont validées au sein de réunions de concertation multidisciplinaires (RCP) et font l'objet d'une demande d'accord préalable. La recommandation de la HAS sur la chirurgie métabolique d'octobre 2022⁴⁷ permet un élargissement des indications. La réforme des autorisations d'activité pour la chirurgie bariatrique de décembre 2022, instaurant à la fois un nombre minimal d'actes par an et des conditions de formation et d'équipement garantissant la sécurité des patients, va probablement modifier le nombre de centres pratiquant ces interventions. Ce renforcement des conditions d'autorisation va entraîner une évolution significative de l'activité. Si la chirurgie est un traitement efficace, elle n'est cependant

⁴⁴ Isoméride de Servier, Sibutramine d'Abott, Acomplia de Sanofi

⁴⁵ Programme SCALE et STEP de Novo

⁴⁶ HAS : ?

⁴⁷ Elle conclut que « la chirurgie bariatrique peut être proposée aux patients atteints de diabète de type 2 et d'une obésité de grade I (IMC entre 30 et 35 kg/m²) lorsque les objectifs glycémiques individualisés ne sont pas atteints, malgré une prise en charge optimum et accord avec le diabétologue »

pas exempte d'échecs et de complications, notamment nutritionnelles, et nécessite un suivi à vie des patients opérés, dont la mise en place pratique est actuellement totalement insuffisante.

2.1.2.5 La prise en charge de l'obésité de l'enfant est un enjeu majeur

La prise en charge de l'obésité chez l'enfant diffère de celle de l'adulte, et a fait récemment l'objet d'une recommandation spécifique de la HAS⁴⁸. Le dépistage doit être précoce et fait appel à de multiples acteurs (médecin traitant, pédiatre, PMI, médecine scolaire...). La prise en charge doit concerner l'enfant et sa famille et, comme pour l'adulte, revêt un aspect pluriprofessionnel et multidimensionnel. Il est ainsi nécessaire de bien rechercher une obésité de cause rare (génétique, tumeur), d'évaluer les facteurs favorisants ou aggravants (alimentation et recherche de troubles du comportement alimentaire, activité physique, sédentarité, sommeil et rythme de vie, développement moteur et intellectuel, scolarité, environnement familial), et de rechercher des complications (pas seulement physiques). La prise en charge porte essentiellement sur les modifications des habitudes de vie et nécessite un accompagnement dans la durée de l'enfant et de sa famille, car la prise en charge de l'obésité de l'enfant est avant tout une prise en charge familiale. Les traitements médicamenteux de l'obésité de l'enfant sont réservés soit aux obésités très complexes (le Saxenda® a l'AMM à partir de 12 ans), soit aux traitements spécifiques des obésités génétiques, ces indications faisant l'objet de RCP.

Le dépistage des obésités génétiques est un enjeu majeur car les connaissances dans le domaine ont fortement évolué et conduisent dès à présent à des traitements spécifiques comme la Setmelanotide (IMCIVREE® en Accès Précoce). Les prises en charge de ces obésités génétiques nécessitent des centres spécialisés (PRADORT⁴⁹) et des généticiens et biologistes moléculaires compétents pour réaliser le diagnostic. Des recommandations de prise en charge de ces obésités rares ont été émises par le réseau des maladies rares (PNDS Générique Obésités de causes rares, juillet 2021). D'autres molécules seront probablement testées très prochainement. L'obésité génétique peut également être dépistée à l'âge adulte et l'anamnèse du début de l'obésité est alors essentielle au diagnostic.

La chirurgie de l'enfant et de l'adolescent doit rester exceptionnelle et être réservée aux centres de 3^{ème} recours, en accord avec les recommandations HAS.

2.1.3 Au niveau du parcours de soins : une fluidité à améliorer et des carences et dysfonctionnements à lever

2.1.3.1 Un référentiel théorique de qualité

Les modalités de la prise en charge idéale de l'obésité sont bien décrites dans les récentes recommandations de la HAS, tant pour l'adulte (juin 2022, février 2023) que pour l'enfant (février 2022), et très prochainement pour la chirurgie bariatrique.

Pour l'adulte, la prise en charge recommandée par la HAS nécessite l'évaluation de sept dimensions (IMC, retentissement médical, retentissement fonctionnel et qualité de vie, troubles psychologique, cognitif ou du comportement, étiologie de l'obésité, comportement alimentaire, trajectoire

⁴⁸ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent- fév 2022

⁴⁹ Le Centre de référence des maladies rares PRADORT (Syndrome de Prader-Willi et Obésités Rares avec Troubles du comportement alimentaire) est dédié à l'expertise et la prise en charge des obésités d'origine génétique ou lésionnelle hypothalamique.

pondérale) permettant de classer la sévérité de la maladie et de déterminer le niveau de soins correspondant.

Cette gradation permet d'orienter le patient :

- soit vers le niveau 1 de recours : soins primaires (grade 1 a et 1b),
- soit vers le niveau 2 : soins de spécialité (grade 2),
- soit vers le niveau 3 des Centres spécialisés de l'obésité (CSO) (grade 3 a et 3b).

Chaque niveau de soins correspond à une prise en charge par des équipes multiprofessionnelles compétentes, ce qui nécessite donc que toute personne en situation d'obésité puisse trouver dans le système de soins une prise en charge adaptée à son cas.

2.1.3.2 Une bonne organisation née du plan Obésité et de la Feuille de Route

Grâce aux acquis du Plan Obésité et de la Feuille de Route, 37 Centres spécialisés en obésité (CSO) destinés à la prise en charge de l'obésité sévère (Niveau 3, grades 3a et 3b), qu'il s'agisse de prise en charge médicale, chirurgicale ou de l'obésité de l'enfant, ont été créés, dans les CHU pour la plupart. En lien avec l'ARS, ces centres ont également été chargés d'une mission d'animation territoriale des filières de soin obésité pédiatrique, adulte et bariatrique (identification, formation, coordination des acteurs du soin (CH, cliniques, SSR, libéraux) de 2^{ème} recours et d'information, de sensibilisation et de communication auprès des professionnels de 1^{er} recours). Une évaluation réalisée par l'IGAS⁵⁰ a souligné le rôle positif de ces CSO dans l'organisation des soins.

Concernant l'obésité de l'enfant, des RéPPOP (réseaux de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique) ont été créés sur seulement environ la moitié du territoire national, en lien avec l'ARS. Ils intègrent une équipe de coordination chargée de l'organisation de la formation initiale et continue des partenaires médicaux et paramédicaux du réseau, veillent à la cohérence des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge, et offrent une aide à l'orientation des patients au sein du réseau. Ces structures peuvent également bénéficier dans certaines régions d'un financement de l'ARS de prestations dérogatoires pour la prise en charge des obésités moyennement complexes de l'enfant par les professionnels libéraux formés du réseau : réalisation d'un bilan initial et, selon les besoins de prise en charge, consultations de diététique, d'un psychologue ou d'EAPA en lien avec le médecin traitant. Ce financement nécessaire du suivi multidisciplinaire n'est donc accessible que pour une partie minoritaire du territoire.

⁵⁰ Rapport IGAS : Situation de la chirurgie de l'obésité, janvier 2018

Les RePPOP

Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique se sont mis en place à partir de 2003 devant le constat de l'évolution inquiétante de la prévalence de l'obésité de l'enfant. Cette réflexion nationale a été menée par la communauté pédiatrique (sous l'impulsion du Pr M. Tauber) dans la continuité de la mise en place du premier PNNS et la création de l'APOP (Association Pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie) en 2001.

Actuellement, environ la moitié du territoire national est couvert par des RéPPOP ou des organisations équivalentes, chacun ayant des spécificités régionales, définies par les ARS. Une coordination nationale existe depuis 2006⁵¹.

La prise en charge développée par les RePPOP s'appuie sur les connaissances scientifiques et les retours d'expérience et a nourri les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Chaque RePPOP possède une équipe pluridisciplinaire de ressources et d'expertise, en lien étroit avec les centres hospitaliers de référence (les CSO depuis 2012) et les professionnels de terrain et a pour mission de promouvoir une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité accessibles aux familles des enfants en surpoids/obésité et adaptée aux besoins de l'enfant/adolescent et de sa famille.

Pour promouvoir cette prise en charge, l'équipe RePPOP s'appuie sur :

- La formation pluridisciplinaire des professionnels : cette formation validant le Développement Professionnel Continu (DPC) est travaillée au niveau national, portée par l'APOP en tant qu'organisme DPC.
- Le soutien à l'organisation des parcours avec tous les acteurs, de la prévention à la prise en charge de 3ème recours : PMI, Education nationale, URPS, MSP, CPTS, CH et CSO, SSR/SMR, collectivités territoriales, Maisons Sport Santé et monde sportif...
- Le suivi et le financement des parcours au travers de dérogations tarifaires pour les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les deux premières missions sont communes à toutes les équipes, la dernière mission n'est pas financée actuellement dans toutes les régions (Ex ObEP PACA en région PACA).

Les résultats de suivi des parcours, dans les régions où ceux-ci ont été financés, ont été publiés en 2019 : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30990572/>. Sur 7000 enfants suivis pendant 2 ans, 73 % ont amélioré leur Zscore d'IMC avec une amélioration moyenne de -0,3 semblant se poursuivre dans les années suivantes.

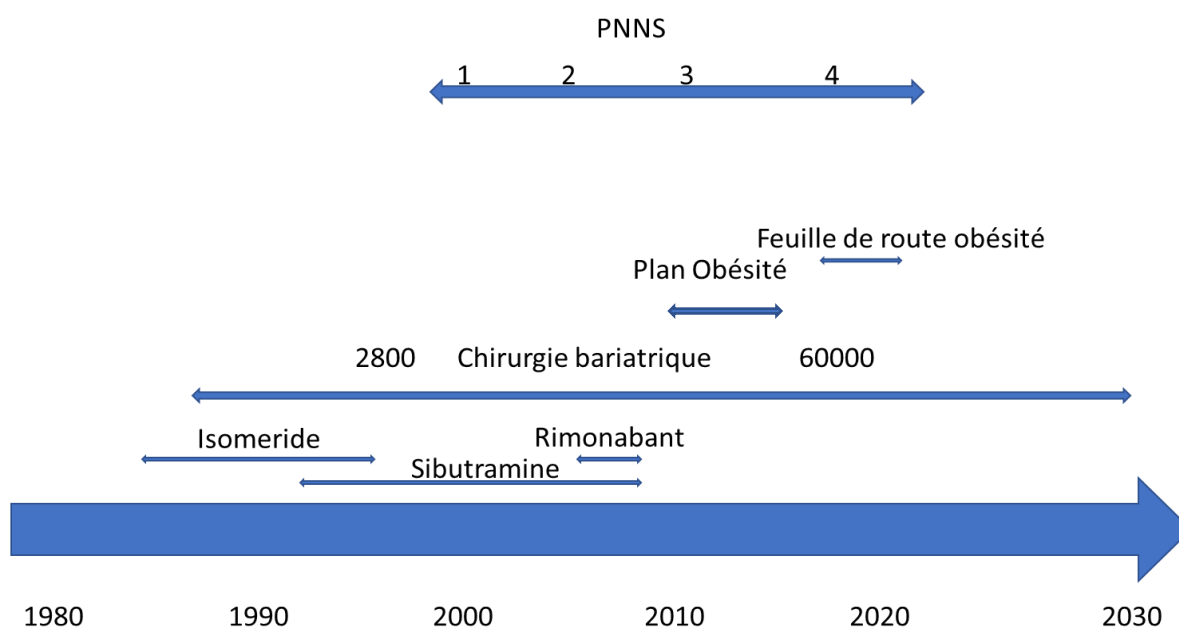
Depuis leur création, les équipes RéPPOP se sont adaptées à l'évolution du paysage sanitaire, particulièrement sur deux aspects :

La création des CSO en 2012 a permis de conforter ou renforcer leurs liens avec les CHU et ils remplissent actuellement le rôle de la 2ème mission des CSO sur le volet pédiatrique : organisation et animation de la filière régionale.

Leur modèle de parcours de soins pluridisciplinaire de proximité a inspiré les expérimentations article 51 en cours autour de l'obésité pédiatrique : MRTC en cours de généralisation pour le premier recours dans les MSP et CDS ; PROXOB, prise en charge familiale à domicile ; OBEPEDIA, 3ème recours pour les obésités complexes CSO/proximité ; PRALIMAP pour les adolescents à partir du milieu scolaire ; TOPASE à l'échelle d'une CPTS.

⁵¹ <http://www.cnreppop.com/>

Graphique 2 : Cadre du traitement de l'obésité en France



Source : Mission

2.2 Mais de nombreux manques :

Malheureusement, malgré de réels efforts réalisés notamment dans le cadre de la feuille de route 2019-2022, la mise en place des recommandations de la HAS se heurte aux réalités de terrain :

2.2.1 Le manque de professionnels formés, tant au niveau médical que paramédical :

- La prise en charge de niveau 1 est un enjeu majeur pour le dépistage et le traitement initial de l'obésité. Elle revient en premier lieu aux médecins généralistes, mais ceux-ci n'ont pas toujours la formation nécessaire et se sentent souvent dépourvus face aux besoins des patients en situation d'obésité. Pour l'obésité de l'enfant, les PMI et la médecine scolaire jouent un rôle important dans le dépistage mais disposent de moyens largement insuffisants pour répondre aux enjeux.
- Le développement d'un 2ème recours s'est heurté au manque de spécialistes médicaux disponibles et à l'absence de remboursement pour les personnels paramédicaux compétents impliqués dans les modifications thérapeutiques des modes de vie. Il existe certes les remboursements de consultations de psychologues dans le cadre du dispositif « mon psy », mais elles sont hors parcours de soins, alors que la prise en charge pluridisciplinaire est primordiale dans cette pathologie.
- Pour l'adulte, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autorisés par les ARS sont disponibles dans certains centres de soins médicaux et de réadaptation (SMR), centres hospitaliers (CH) ou anciens réseaux de soins, mais ceux-ci **sont peu nombreux et sont loin de couvrir les besoins de la population**. Globalement, l'accès à un programme d'ETP reste problématique pour les soins de proximité. Paradoxalement, l'acte chirurgical apparaît aujourd'hui comme le niveau de prise en charge le plus accessible.

- Pour l'enfant, les services de pédiatrie des centres hospitaliers (CH) ont très peu de moyens pour s'occuper de l'obésité de l'enfant. Quelques SMR ont développé des hôpitaux de jour dédiés à l'obésité et sont répertoriés par les RéPPOP, mais ces derniers ne sont pas implantés sur l'ensemble du territoire. En outre, tous ne bénéficient pas du financement des prestations dérogatoires autorisant une prise en charge par des personnels paramédicaux libéraux.

2.2.2 Une lisibilité insuffisante de l'offre de soins

Outre le manque de professionnels formés, on observe une **mauvaise lisibilité de l'offre de soins et un défaut de communication entre les acteurs, du fait notamment d'une utilisation encore parcellaire des outils de partage de dossiers. Le décroisement entre les niveaux de soins et les différents professionnels est un enjeu majeur**. Ceci est particulièrement important dans le cas des obésités complexes, où une coordination du parcours de soins est indispensable.

2.3 Ce qu'il faut faire : des mesures au potentiel d'application immédiate sur l'offre de soins

2.3.1 Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique

La reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique est indispensable et le statut d'Affection longue durée (ALD) est justifié pour les formes sévères. L'obésité est la seule maladie dont les parcours de soins bien décrits par l'HAS sont non financés.

La non reconnaissance actuelle limite l'accès aux soins des patients, notamment pour les plus défavorisés, du fait de l'absence de prise en charge de la télé-expertise, du télé-suivi, de l'accès aux infirmières de pratiques avancées (IPA), réservé aux maladies reconnues comme maladies chroniques, aux bons de transport et du risque de reste à charge pour les nouveaux médicaments de l'obésité. Les patients ayant une obésité sévère (grade 2, 3a et 3b de la HAS) sont les plus sujets à développer des complications. Il s'agit à ce stade d'une maladie de longue durée nécessitant des soins prolongés, et donc justifiant une ALD.

Recommandation n°10 Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique et instaurer une prise en charge ALD pour l'obésité des adultes de grade 2, 3a et 3b et pour l'obésité des enfants avec un IMC au-dessus de la courbe IOTF30 (courbe figurant dans le carnet de santé de l'enfant).

2.3.1.1 Pour les soins primaires et la prise en charge du surpoids et de l'obésité non complexe

Les récentes recommandations de la HAS ont clairement défini le rôle du 1^{er} recours dans la prise en charge de l'obésité, à travers notamment la définition de la gradation de la complexité. Le médecin généraliste est le premier maillon permettant le dépistage et le début de la prise en charge. Il est le mieux placé pour amorcer une prise en charge familiale, souvent nécessaire. Compte tenu de la pénurie actuelle de médecins -6 millions de français sont aujourd'hui sans médecin traitant-, et de la complexité de la consultation initiale d'obésité, il est à craindre que certains médecins généralistes sous diagnostiquent cette pathologie. Face à ce défi, il est indispensable de :

- Donner les moyens au médecin généraliste de faire une évaluation multidimensionnelle du patient en surpoids ou en situation d'obésité par une consultation longue valorisée. Cette consultation doit comprendre la recherche des déterminants de la prise de poids, des complications potentiellement associées et la définition d'une stratégie thérapeutique et d'un

parcours personnalisé de soins basés en premier lieu sur les modifications thérapeutiques des habitudes de vie. Cette consultation devra être identifiée dans le Système national des données de santé (SNDS) par un code spécifique, ce qui permettra de mieux connaître, au niveau national, le nombre de personnes en surpoids ou en situation d'obésité prises en charge ;

- Faire de la consultation de prévention nouvellement instaurée, l'occasion d'initier une prise en charge du surpoids ou de l'obésité. Les notions d'habitude de vie ainsi que l'évolution pondérale doivent être présentes dans ces consultations qui doivent correspondre à une consultation longue valorisée ;
- Donner les moyens au médecin généraliste de travailler en exercice coordonné pluriprofessionnel avec un dossier médical partagé grâce à un système d'information interopérable. La consultation pour obésité pourrait faire l'objet d'une « observation-bilan » codifiée, comme cela a été créé pour l'obésité de l'enfant par certains RéPPOP. Après la consultation initiale, le médecin doit pouvoir s'appuyer sur les compétences de personnels paramédicaux de proximité pour instaurer une prise en charge pluriprofessionnelle accompagnant les patients dans leur suivi et dans les modifications nécessaires de leurs habitudes de vie. Pour cela, il est indispensable de favoriser le recours :
 - Aux infirmier(e)s Asalée⁵² ou infirmières déléguées à la santé publique formées au dépistage et à la prise en charge de l'obésité, dans le cadre d'une prise en charge individuelle au cabinet du médecin ; le codage du recours à l'infirmière Asalée doit être effectué dans le dossier de consultation initiale du médecin ;
 - Aux infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) formées aux maladies chroniques pour le suivi des obésités complexes, notamment post chirurgie bariatrique, à condition que l'obésité entre dans le cadre des pathologies pouvant être prises en charge par ces professionnel(le)s⁵³ (réservées aux maladies ayant le statut de maladie chronique) ;
 - A d'autres personnels paramédicaux : diététicien(e)s, psychologues, EAPA dont les soins pourraient être pris en charge dans le cadre :
 - Des missions de santé publique des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Actuellement l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)⁵⁴ est réservé à l'obésité de l'enfant. Le libellé devrait être modifié pour concerner toute obésité de l'adulte ou de l'enfant et permettre également des prises en charges familiales. Ou :

⁵² Action de santé libérale en équipe. Les infirmières Asalée exercent au sein de cabinets médicaux de ville ou d'un centre de santé, en étroite collaboration avec les généralistes. Elles prennent en charge des patients atteints de pathologies chroniques et proposent notamment des séances d'éducation thérapeutique.

⁵³ L'obésité ne figure pas parmi les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée (article R4301-2 du CSP).

⁵⁴ L'ACI des MSP définit les critères et le montant du financement des MSP par l'Assurance maladie

- Des forfaits de soins issus des articles 51. Le premier mis en place, « MRTC⁵⁵ », s'adresse aux enfants en surpoids et obésité. D'autres sont en cours d'expérimentation et pourraient faire bénéficier les patients d'une prise en charge éducative individuelle et collective dès les soins primaires, tels que par exemple dans le projet GPSO⁵⁶ pour l'adulte. La mise en place de ces parcours et ces forfaits va nécessiter une bonne coordination et un important effort de formation des professionnels du territoire. Les CSO dans leur rôle de coordination de filière doivent répertorier les Infirmiers Asalée, les IPA « maladies chroniques », les structures capables de délivrer les forfaits MRTC et les forfaits futurs issus des expérimentations article 51, les MSP et centres de santé ayant un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) obésité ainsi que les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'obésité.

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourraient avoir des médecins généralistes et des pédiatres référents, formés à la prévention et à la prise en charge de l'obésité, qui feraient le lien avec les PMI et tous les professionnels impliqués.

Recommandation n°11 Étendre à l'enfant de plus de 12 ans et à l'adulte la possibilité de coter une « consultation de suivi obésité-CSO » en tant que consultation longue valorisée, étendre cette possibilité à tout médecin même s'il n'est pas le médecin traitant, et augmenter sa fréquence à 4 fois par an.

Recommandation n°12 Intégrer dans la nouvelle consultation de prévention à 25, 45 et 65 ans le repérage du surpoids et de l'obésité, et la valoriser comme une consultation longue.

Recommandation n°13 Étendre à l'adulte la mission de santé publique « obésité » déjà créée pour l'enfant, dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Recommandation n°14 Intégrer dans chaque CPTS un médecin généraliste et un pédiatre référent, chargé notamment de faire le lien avec les PMI, en matière de prévention et de prise en charge de l'obésité.

2.3.1.2 Favoriser l'accès au soin des personnes en difficultés socio-économiques

L'accès au soin et le maintien dans le soin sont particulièrement difficiles pour les personnes en précarité socio-économique et une attention spécifique doit leur être portée.

L'offre de soin étant souvent peu lisible pour ces populations, il faut faciliter le lien entre les acteurs locaux du repérage/ dépistage du surpoids et de l'obésité (pour les enfants, la PMI et la médecine scolaire, pour les adultes la médecine du travail mais aussi les travailleurs sociaux) et les soins primaires.

Le problème de financement étant souvent un frein à la prise en charge, des centres de soins de proximité sans reste à charge doivent être développés dans les Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ces centres doivent être formés à l'accueil non stigmatisant des patients en situation d'obésité. Les centres de santé communautaires entrant dans l'expérimentation article 51 SECPA

⁵⁵ MRTC consiste à proposer aux enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids ou d'obésité, ou présentant des facteurs de risque d'obésité, une prise en charge précoce et pluridisciplinaire (bilans et suivi diététique, psychologique et d'activité physique) sur prescription du médecin de l'enfant, avec un financement à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais pour les familles. Le projet « Mission : retrouve ton cap » a été généralisé à l'ensemble du territoire par la LFSS pour 2022 après deux ans d'expérimentation dans quatre départements.

⁵⁶ GPSO : Gestion du parcours de santé dans l'obésité. Projet article 51.

(structure d'exercice coordonné participatives, cf annexe 2), pourraient être intéressants si leur évaluation est favorable.

L'ensemble des intervenants, dont les coordonnateurs des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁵⁷, doivent connaître les dispositifs médicaux et socio-éducatifs locaux existants destinés aux personnes en situation d'obésité. Cela permettra de faire bénéficier les patients des aides disponibles lors de la prise en charge en soins primaires.

Le maintien dans le soin doit être favorisé grâce à l'intervention de médiateurs de santé⁵⁸. La prise en charge de l'obésité doit se faire au long cours, le maintien dans le soin est indispensable mais peut s'avérer difficile notamment pour les personnes les plus fragiles. Le recours à un médiateur de santé, tel que défini dans les recommandations de la HAS⁵⁹, est alors nécessaire.

Recommandation n°15 En lien avec les collectivités territoriales, doter tous les Quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) de centres de santé communautaires intégrant un médiateur de santé, coordonnés avec les CPTS.

2.3.1.3 Pour les obésités complexes de l'adulte : les médecins spécialistes de 2^{ème} recours garants de la pertinence des soins

Les récentes recommandations de la HAS définissent clairement le rôle du 2^{ème} recours dans la prise en charge de l'obésité, grâce notamment à la définition de typologies de situations. Ce niveau de prise en charge concerne les patients ayant un IMC entre 35 et 50 kg/m², avec complications médicales (cardio métaboliques, mécaniques ou liées à une pathologie préexistante), et(ou) une altération de leur qualité de vie, et(ou) un retentissement psychologique, des troubles du comportement alimentaire, et(ou) un facteur déclenchant identifié et(ou) une résistance à l'amaigrissement avec échec de la prise en charge de niveau 1. Cette prise en charge doit comporter un bilan complet, multi-dimensionnel et la définition d'une stratégie thérapeutique personnalisée intégrant les modifications thérapeutiques du mode de vie, le traitement des complications éventuelles et, le cas échéant, la mise en place d'un traitement médicamenteux ou la discussion d'une chirurgie bariatrique. Comme pour le niveau 1, la prise en charge doit le plus souvent être pluriprofessionnelle. **L'arrivée des médicaments de l'obésité va modifier les stratégies thérapeutiques.** Le spécialiste initiera ce type de traitement et sera le garant de son bon usage, l'avis de la commission de transparence en faisant un médicament d'exception à l'initiation réservée aux spécialistes. A l'avenir, plusieurs molécules devraient être disponibles, complétant l'arsenal thérapeutique à la disposition des spécialistes. Une attention particulière devra être portée au suivi des patients traités par ces médicaments, notamment dans la gestion de leurs effets secondaires.

Les indications du recours à la chirurgie bariatrique ont été clairement définies et vont donner lieu à une actualisation des recommandations de la HAS en 2023, ce qui permet de bien situer cette thérapeutique dans la gradation des soins. Les nouvelles indications de la chirurgie métabolique autorisant l'extension de l'indication de chirurgie bariatrique aux diabétiques de type 2 avec un déséquilibre glycémique persistant et un IMC entre 30-35 devront être particulièrement monitorées pour identifier le nombre de ces chirurgies, et permettre une évaluation en vie réelle de l'efficacité de ce traitement sur le diabète.

⁵⁷ Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

⁵⁸ Une mission portant notamment sur le développement de la médiation en santé en tant que dispositif d'aide à l'accès aux soins des personnes éloignées du système de santé a été confiée en janvier 2023 à trois personnalités qualifiées par les Ministres de santé et des solidarités.

⁵⁹ HAS : Médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, octobre 2017

Le suivi à long terme des patients opérés de chirurgie bariatrique est un enjeu majeur. Il doit comporter l'évaluation de l'évolution pondérale mais également le suivi de l'ensemble des complications, de l'état nutritionnel et de l'état psychique. Les suppléments vitaminiques post chirurgie bariatrique et certains dosages biologiques qui ne le sont pas actuellement devraient être pris en charge par l'Assurance maladie, afin d'éviter les carences et les complications graves qui en découlent. Trois expérimentations article 51, différant dans leurs modalités et leur coût, ont été **proposés pour le suivi de la chirurgie bariatrique** (Cf Annexe 2). Le passage dans le droit commun du (ou des) plus pertinent(s) permettra une amélioration de ce suivi. **Le suivi des grossesses de femmes opérées de chirurgie bariatrique** a été codifié par des recommandations professionnelles, celles-ci doivent être mieux connues des professionnels de 1^{er} et 2^{ème} recours, de ceux des maternités ainsi que des réseaux de néonatalogie. Un registre de ces grossesses et du développement des enfants serait nécessaire. Le registre de la SOFCO.MM, initié par les chirurgiens bariatriques et hébergé par la Fédération des Spécialités médicales doit permettre un suivi de la cohorte des patients opérés, y compris du devenir des grossesses. Ce registre doit être soutenu et rendu accessible aux chercheurs.

Recommandation n°16 Prendre en charge financièrement les dosages biologiques et les suppléments vitaminiques dans le cadre d'un forfait post chirurgie bariatrique, et faire passer dans le droit commun le suivi pré et post opératoire de la chirurgie bariatrique expérimenté dans le cadre des expérimentations article 51.

Recommandation n°17 Soutenir financièrement le registre des patients opérés de chirurgie bariatrique, qui pourrait être confié à Santé Publique France.

2.3.1.4 Intégrer la prise en charge de l'obésité dans les nouveaux modes de fonctionnement pluriprofessionnel

La prise en charge de l'obésité nécessite un fonctionnement en mode pluriprofessionnel, longtemps entravé par l'absence de prise en charge financière des soins apportés par les personnels tels que les diététiciens, psychologues, et enseignants en activité physique adaptée (EAPA), pourtant essentiels.

Cette prise en charge est possible, mais une **valorisation très insuffisante en tarification à l'activité (T2A)** de la prise en charge de l'obésité (à l'exception de la chirurgie) a beaucoup limité ces approches dans les établissements publics et privés. C'est pourquoi il serait nécessaire à l'avenir :

- Pour les établissements, de valoriser la prise en charge en fonction de la complexité de l'état des patients telle que décrite par la HAS (grade 2, 3a, 3b). Cela permettrait aux établissements publics et privés de développer des bilans d'évaluation en hôpital de jour, associés à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autorisés par l'ARS ;
- Pour la médecine libérale, de travailler en mode multi professionnel avec des forfaits de soins dépendant de la complexité de l'état des patients. Ces forfaits devraient comprendre une évaluation médicale de la complexité, des parcours éducatifs multi professionnels personnalisés et évolutifs, éventuellement associés à de l'eETP. L'article 51 Espace Médical Nutrition -Obésité (EMNO), en cours d'évaluation, propose une structuration intéressante de la coopération pluriprofessionnelle associant des consultations individuelles et de l'ETP numérique. Ce mode de fonctionnement permettrait d'associer une activité salariée sur les forfaits à une activité libérale plus classique.
- La prise en charge des multiples déterminants de l'obésité est indispensable et une attention spécifique doit être portée aux **troubles du comportement alimentaire** qui nécessitent,

outre la prise en charge du problème pondéral, un dépistage et une prise en charge par un psychologue et (ou) un psychiatre.

- L'utilisation du digital en complément de l'accompagnement présentiel doit être développée, en associant l'instauration d'un télésuivi, notamment paramédical, des programmes d'éducation thérapeutique en digital ou des plateformes d'accompagnement, avec des ateliers en ligne comme « Fabrik ta santé⁶⁰ ». Ceci est particulièrement important pour les territoires à faible densité médicale. Les programmes d'eETP devraient être regroupés en une plateforme nationale financée avec un conseil scientifique permettant de vérifier la validité du contenu.
- Le lien avec le 3ème recours est essentiel pour les obésités les plus complexes. Il doit être facilité par la coordination de filières développée par les CSO.

Recommandation n°18 Après évaluation des expérimentations article 51, généraliser les forfaits pluridisciplinaires de prise en charge de l'obésité pour l'enfant et pour l'adulte, en particulier la prise en charge financière, lors d'un parcours coordonné, des consultations diététiques, psychologiques, infirmières et EAPA, de la coordination du parcours et du programme d'éducation thérapeutique.

Recommandation n°19 Développer des solutions digitales d'Éducation Thérapeutique du patient.

2.3.2 La place des services médicaux et de réadaptation (SMR) dans la prise en charge de l'obésité

Les SMR ont bénéficié d'une nouvelle instruction en septembre 2022⁶¹, qui précise leur rôle en matière d'éducation thérapeutique et dans la filière de soins. L'obésité rentre dans le cadre de la mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ». Leur place dans le parcours de soins a également été définie dans les recommandations de la HAS pour l'obésité de l'adulte. Il leur est notamment assigné un rôle dans la dimension somatique ou socio-environnementale des obésités complexes ou nécessitant un équipement adapté. Ils entrent aussi dans la **préparation ou les suites de la chirurgie bariatrique** (inclus notamment dans l'expérimentation article 51 Baria UP, cf Annexe 2). Les SMR jouent en outre un rôle majeur pour les patients en situation d'obésité **et en perte d'autonomie**. Une rééducation intensive est nécessaire en hospitalisation longue ou itérative, avec comme objectif un retour à domicile qui doit être préparé. Le reste à charge des SMR privés étant souvent assez important, il est nécessaire de pouvoir offrir des SMR sans reste à charge aux patients les plus précaires.

Dans le cas de l'enfant et de l'adolescent, la pertinence des séjours longs ou répétitifs doit être évaluée en concertation pluriprofessionnelle. Ils peuvent toutefois s'avérer nécessaires, notamment lorsqu'une rupture avec le milieu familial s'impose. C'est pourquoi il faut disposer de SMR compétents dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant, répartis sur le territoire et notamment dans les territoires d'Outre-mer, pour éviter le transfert des enfants en métropole, l'éloignement avec la famille pouvant s'avérer néfaste.

Recommandation n°20 Mettre en place dans chaque région une offre publique de SMR obésité adulte et de SMR enfant sans reste à charge.

⁶⁰ <https://fabrikasante.fr>

⁶¹ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation.

2.3.3 L'obésité de l'enfant

La prise en charge doit se faire le plus précocement possible en proximité, et doit le plus souvent s'accompagner d'une prise en charge de la fratrie et des parents. Le forfait de soins « Mission retrouve Ton Cap » concerne principalement le premier recours et permet une prise en charge du surpoids et de l'obésité simple sous réserve qu'il y ait une MSP ou un centre de santé sur le territoire et que cette structure souhaite développer ce parcours. Pour des obésités de l'enfant plus complexes, la généralisation des financements de la coordination et des épisodes de soin issus des expérimentations article 51 concernant l'enfant Proxob, Obepedia, Topase (cf annexe 2) de même que le modèle RéPPOP pourront, en fonction de la sévérité des cas, permettre d'offrir une prise en charge adaptée à chaque situation. Il sera majeur qu'il y ait une bonne coordination de ces dispositifs. Cette coordination devrait être assurée par le CSO en lien avec le RéPPOP ou dispositif équivalent à créer. De même la transition du suivi pédiatrique au suivi adulte doit être toujours envisagée dans le parcours de soins.

Recommandation n°21 Assurer une généralisation et une coordination des dispositifs de prise en charge de l'obésité de l'enfant en lien avec les CSO.

2.3.4 Le troisième recours et l'organisation de la filière sur le territoire

Les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ont été créés par le Plan Obésité 2010-2013. Trente-sept CSO ont ainsi été labellisés par les ARS en métropole et dans les Départements et régions d'Outre mer en 2012. Dans le cadre de la feuille de route obésité 2018-2023, leur cahier des charges a été précisé.

Ils doivent :

- assurer la prise en charge de recours des cas les plus complexes dans les trois domaines de la pédiatrie, de la médecine d'adulte et de la chirurgie bariatrique (Mission 1). Ils doivent garantir la qualité et la sécurité de l'accueil des patients, la prévention de la stigmatisation, l'information éclairée du patient et de son entourage ;
- être responsable de la construction et du développement de la filière Obésité avec leurs partenaires, sous l'égide de l'ARS (Mission 2 du cahier des charges) ;
- jouer un rôle majeur dans la **recherche clinique, l'évaluation et l'implémentation des innovations** thérapeutiques en lien avec le réseau F-CRIN FORCE⁶².(cf 3. Recherche) ;
- **Former les internes** à la prise en charge de l'obésité. (cf . Formation).

2.3.4.1 La prise en charge médicale

Elle assure la prise en charge des obésités de grade 3a et 3b (HAS 2023) ou associées à d'autres pathologies ; obésités de cause rare : obésité monogénique, syndromique ou hypothalamique (lésionnelle) ; situations d'échecs répétés, résistance à la perte de poids ; situations de vulnérabilité sociale, précarité économique ; autres situations relevant de prises en charge pluriprofessionnelles et nécessitant des explorations spécialisées, et des équipements spécifiques adaptés.

⁶² F-CRIN : French Clinical Research Infrastructure Network
FORCE : French Obesity Research Centre of Excellence

Cela rend nécessaire, outre la prise en charge ambulatoire, le **maintien d'une capacité d'hospitalisation** complète pour ce type de patients qui présentent des complications majeures et un handicap lourd. Des **équipements adaptés** aux obésités extrêmes doivent être disponibles dans les CSO (lits spécifiques, rails au plafond, équipements d'imagerie comme des IRM à large diamètre...). Un **renforcement en personnel**, notamment en infirmières et aide soignants, est nécessaire pour l'accueil des patients en situation d'obésité extrême avec perte d'autonomie (5-6 personnes souvent nécessaires pour un change). Les capacités de transport bariatrique non urgent doivent être améliorées.

La prise en charge des pathologies concomitantes ou associées des patients avec obésité sévère nécessite des compétences spécifiques. A ce titre, le CSO doit mettre en place des coopérations avec les différents spécialistes concernés. Il s'agit notamment de spécialistes en cancérologie, gynécologie-obstétrique, anesthésie, orthopédie, réanimation, rééducation, pneumologie, rhumatologie, cardiologie, gériatrie, psychiatrie...

Le CSO assure la transition des obésités sévères de l'adolescent de la pédiatrie vers la médecine d'adulte, notamment mais pas seulement, dans ses formes génétiques. Il dispose des ressources pour effectuer une recherche chez l'adulte de la possibilité d'une origine génétique.

Le CSO est le lieu privilégié pour le développement de la recherche clinique et les innovations thérapeutiques, notamment médicamenteuses.

Après l'évaluation initiale et la mise en place de la stratégie thérapeutique, l'équipe du CSO **facilite la poursuite du parcours de soins de proximité**. Elle contribue en particulier à **orienter les patients vers des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) de proximité** ou vers des associations de patients, **en relation avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**. Elle facilite aussi les liens entre le CSO et les équipes et structures de proximité de niveau 1 et 2.

2.3.4.2 La prise en charge chirurgicale

Elle est destinée aux patients les plus complexes. Le service de chirurgie bariatrique du CSO sert de référence aux services de niveau 2 du territoire, avec lesquels une convention a été passée en organisant de **la formation** et des **RCP de recours**. Il diffuse les bonnes pratiques.

Le CSO dispose d'une structure permettant de répondre **aux urgences de chirurgie bariatrique**, notamment lors des complications post opératoires des patients du CSO, mais aussi du territoire. Il effectue la chirurgie de recours en cas de complications des interventions initiales nécessitant des réinterventions.

Il est le seul habilité à réaliser des interventions de **chirurgie bariatrique dans des cas complexes** : chirurgie de l'adolescent, chirurgie de patients polyopathologiques, notamment en préparation de greffe de rein, de cœur, de poumon... Dans ces cas, les décisions chirurgicales et la préparation des patients sont réalisées avec l'équipe médicale qui suit le patient pour sa pathologie primaire.

Les caractéristiques des patients opérés en 3^{ème} recours sont majoritairement très différentes de celles des patients opérés en 2^{ème} recours, ce qui justifie une valorisation adaptée des actes réalisés.

2.3.4.3 La prise en charge pédiatrique

Elle concerne les formes les plus sévères d'obésité, nécessitant un bilan complet étiologique et des complications. Les enfants sont adressés soit par le pédiatre référent, soit par le médecin traitant, soit par un RéPPOP ou équivalent. L'orientation de la prise en charge s'effectue en coordination avec l'équipe de proximité.

L'expérimentation article 51 OBEPEDIA est un bon exemple de coordination ville-hôpital pour ces cas d'obésité complexe. Ce programme expérimental intègre la mise en place d'une coordination entre l'équipe du CSO et celle de proximité avec un coordonnateur de parcours. Si l'évaluation est positive, le passage dans le droit commun de ce dispositif expérimental devrait permettre une prise en charge efficace de ces enfants.

Le service de pédiatrie du CSO, en lien avec le service de médecine adulte, joue un rôle majeur dans le dépistage des obésités génétiques. Les obésités de causes rares décrites dans le PNDS *Générique Obésités de causes rares*⁶³ regroupent un ensemble de situations complexes, voire ultra-complexes avec obésité souvent sévère, précoce dès l'enfance, associée à des troubles du comportement alimentaire spécifiques (TCA), des comorbidités multiples et souvent un trouble neuro-développemental (TND) (déficience intellectuelle/trouble du spectre autistique/troubles de l'adaptation et de la communication).

Dans le parcours de soin de ces obésités complexes, **le diagnostic génétique précoce** est un enjeu majeur de médecine personnalisée, pour avoir accès aux prises en charge et thérapeutiques adaptées et aux molécules innovantes développées ces dernières années. L'accès au « juste soin » pour ces patients nécessite une **évaluation spécifique clinique et génétique** et un **effort de soins supplémentaire**, en lien avec les professionnels du handicap.

Des équipes hospitalières ont été labellisées en qualité de **centres de référence maladies rares (CRMR)**⁶⁴ ou en tant que **centres de compétence (CCMR)**⁶⁵. Si le diagnostic phénotypique est souvent fait en pédiatrie, le bilan de la consultation initiale ou encore les échecs des stratégies thérapeutiques classiques doivent amener à suspecter une obésité génétique qui nécessite alors un diagnostic et une prise en charge adaptée et experte en lien avec un CRMR ou un CCMR.

L'équipe CSO participe à l'organisation transdisciplinaire des soins pour les patients présentant une obésité de cause rare⁶⁶.

Un nombre restreint de CSO ayant accès au diagnostic génétique, **participe à l'organisation régionale et nationale des soins** pour les patients présentant une obésité de cause rare, en lien avec les autres CSO, et anime des RCP interrégionales ou nationales. Ils doivent bénéficier d'un conseiller génétique. Ces CSO développent **la coordination nationale avec les Centres de référence maladies rares (CRMR)**.

Recommandation n°22 Identifier les CSO en charge du diagnostic des obésités génétiques.

Recommandation n°23 Moduler la tarification des actes (hospitalisations, consultations) en fonction du niveau de sévérité de l'état des patients enfants et adultes, pour la médecine et la chirurgie (grade 3a et 3b de la HAS).

Recommandation n°24 Créer un forfait pour les obésités complexes sur le modèle des maladies rénales chroniques, permettant de financer les équipes pluriprofessionnelles.

La mission souhaite par ailleurs souligner un point de vigilance. Les difficultés que connaissent actuellement les structures hospitalières conduisent de façon récurrente à déprogrammer des activités dites « non urgentes ». Les patients souffrant d'obésité en sont les premières victimes, alors même que la récente épidémie de COVID a montré qu'elles étaient les plus fragiles. Il est

⁶³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

⁶⁴ Les centres de référence (CRMR) ont été labellisés afin de remplir les missions de d'expertise, de recours, de formation et de recherche

⁶⁵ 20 centres de compétence (CCMR)

⁶⁶ PNDS, Protocoles Nationaux de Diagnostic et de Soins (PNDS) produits par les CRMR (Centres de Références Maladies Rares) :

Syndrome de Prader-Willi, Mçj sept 2021 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/1_texte_pnds_spw.pdf ; Générique obésités de causes rares, juillet 2021 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/texte_pnds_oberar19072021.pdf

indispensable que le soin aux patients en situation d'obésité soit considéré comme une mission des hôpitaux, en particulier pour ceux qui ont été reconnus par les ARS comme CSO. Les patients porteurs d'une obésité complexe (3a, 3b) doivent pouvoir être soignés dans des délais raisonnables, faute de quoi l'aggravation de leur situation les amènera aux urgences. Des moyens doivent donc être préservés pour les 3 domaines de la filière obésité adulte, chirurgie et pédiatrie. Ceci est particulièrement critique en pédiatrie où, faute de moyens, la prise en charge des obésités pédiatriques complexes (ne serait-ce que pour un bilan en hôpital de jour) est souvent impossible.

2.3.4.4 L'organisation de la filière sur le territoire

En lien avec l'ARS, chaque CSO exerce une fonction de construction et de développement des composantes pédiatrique, adulte, bariatrique, de la filière obésité sur son territoire au travers d'une équipe de coordination pluriprofessionnelle⁶⁷. Cette fonction filière est partagée entre le CSO et les autres structures qui ont des objectifs voisins ou complémentaires, telles que les RéPPOP, les réseaux régionaux Obésité Adulte ou autre dispositif concerné.

Dans ce cadre, ils :

- Construisent et structurent la filière en :
 - identifiant les ressources de premier et deuxième recours ayant les compétences requises pour la prise en charge des patients, avec l'aide des RéPPOP ou autre structure compétente dans le domaine de l'obésité ;
 - formant et aidant à la mise à jour des compétences des équipes pluriprofessionnelles de premier et deuxième recours dédiées à l'obésité ;
 - étant experts de la filière obésité pour les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ;
 - rendant lisible l'offre de soin aux professionnels et au grand public.
- Participent à l'animation de la filière en :
 - organisant des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de recours pour la définition des stratégies thérapeutiques pour les obésités complexes de l'enfant et de l'adulte du territoire permettant d'avoir accès à un niveau de recours expert ;
 - mettant en relation les acteurs et en assurant leur coordination.
- Assurent la coordination des parcours très complexes en :
 - coordonnant les soins et facilitant l'accompagnement des patients enfants ou adultes en situation d'obésité très complexe suivis en proximité et hors de l'établissement porteur du CSO.

Ces dispositifs de formation et d'animation de la filière ont particulièrement bien été développés dans le domaine de l'obésité de l'enfant par les RéPPOP. Ces dispositifs peuvent servir de modèle pour cette mission des CSO qui devrait être généralisée sur toute la France (y compris dans les Départements et régions d'Outre-mer) avec des compétences pour l'obésité de l'enfant et de l'adulte.

Recommandation n°25 Renforcer dans chaque CSO l'équipe chargée du développement et de l'animation des trois filières (pédiatrique, adulte, bariatrique) sur l'ensemble de son territoire.

⁶⁷ Mission M2 du cahier des charges des CSO).

Recommandation n°26 Mettre en place la filière obésité dans chaque région en s'appuyant sur l'expérience des CSO et leur nouveau cahier des charges ; sur les dispositifs existants pour les niveaux 1 et 2.

2.4 Des mesures de formation continue des professionnels impliqués à déployer dans les trois ans

2.4.1 Les besoins en formation continue des professionnels de santé

Les transformations du système de soins telles que dessinées ci-dessus reposent sur une organisation en mode pluriprofessionnel particulièrement bien adaptée à la prise en charge des personnes en situation d'obésité. Elles vont néanmoins nécessiter de la part des professionnels une formation tant théorique dans le domaine de l'obésité, que fonctionnelle pour le travail en mode pluriprofessionnel. Par ailleurs, pour que les personnes en situation d'obésité accèdent et adhèrent au soin, il est nécessaire que les professionnels qu'elles rencontrent aient une approche bienveillante et aient bénéficié d'une formation spécifique au « savoir être ». Trop de patients témoignent de leur ressenti de stigmatisation.

Les guides HAS du parcours de soins « surpoids et obésité de l'enfant et de l'adulte » ont clairement défini le rôle des différents professionnels de santé devant intervenir de façon coordonnée dans la prise en charge. Ces recommandations devront être intégrées dans les différentes formations initiales et continues des métiers concernés. Outre les médecins, il s'agit des professions d'infirmier, de diététicien, d'enseignant en activité physique adaptée, de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de psychologue, de psychomotricien, de sage-femme mais également de travailleurs sociaux. Des programmes de formation continue doivent donc être lancés par chaque profession pour intégrer la prise en charge de l'obésité dans leur référentiel métier et en faire une priorité de leur Développement professionnel continu. Une réunion des représentants de ces professions autour des recommandations HAS permettrait l'élaboration d'un guide commun pluriprofessionnel. Ce guide commun de formation, qui permettrait à tous ces professionnels de bénéficier d'un socle de connaissances fiables et étayées scientifiquement, serait utilisé dans le cadre des formations initiales et continues des professionnels cités. Ce guide de formation devra être réalisé en lien avec les pouvoirs publics.

Parmi ces professionnels, certains sont particulièrement impliqués dans les équipes pluriprofessionnelles de prise en charge.

Les médecins :

Le Développement professionnel continu des médecins doit comporter une actualisation des connaissances sur l'obésité, avec des formations en ligne et en présentiel.

Il est à noter que les Formations spéciales transversales (FST) sont maintenant accessibles en formation continue, avec une durée minimale de 50 % de la durée normale, soit 6 mois pour la FST nutrition appliquée.

La mission recommande de favoriser la FST nutrition appliquée pour les médecins généralistes et les pédiatres en insistant particulièrement sur l'obésité dans la maquette de formation.

Les infirmiers

Les infirmiers Asalée (Actions de Santé Libérale en Equipe) ont un rôle d'éducation thérapeutique et de suivi sur la base d'un protocole de coopération avec le médecin généraliste, qui pourra être formalisé pour l'obésité.

Les Infirmiers en pratiques avancées (IPA) doivent pouvoir prendre en charge les patients en situation d'obésité si l'obésité est reconnue comme une pathologie chronique. Des transferts de tâches et des protocoles de coopération doivent être établis avec les médecins généralistes et spécialistes pour établir leur rôle dans le suivi des obésités, notamment en post-chirurgie bariatrique.

Les diététiciens

Ils jouent un rôle essentiel dans la prévention et la prise en charge de l'obésité. Cependant les recommandations HAS concernant leur métier datent de 2006 et devraient être revues pour être en phase avec l'évolution du métier.

Les Enseignants en activité physique adaptée (EAPA)

Ils ont un rôle majeur pour la lutte contre la sédentarité et la remise à l'exercice des personnes en surpoids ou en situation d'obésité. Leur intervention a été formalisée par les recommandations HAS sur la prescription de l'activité physique adaptée. Ils doivent maintenant instaurer une formation continue qui permettrait notamment une standardisation des tests d'aptitude physique. Il serait également intéressant de modifier leur formation initiale pour qu'ils puissent être reconnus comme professionnels de santé.

Les kinésithérapeutes

Ils ont un rôle dans la prise en charge des pathologies traumatiques liées au surpoids et à l'obésité, ils réalisent des bilans de lésions et permettent la remise progressive à l'exercice.

Les psychologues

Ils sont inclus dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent comme de l'adulte et se retrouvent dans tous les forfaits de soins proposés, qu'il s'agisse de MRTC ou d'expérimentations article 51. Ils peuvent être pris en charge dans le cadre des consultations « Mon psy ». Ils sont un recours indispensable, notamment lorsque des troubles du comportement alimentaire ont été identifiés. Le nombre de psychologues cliniciens est actuellement insuffisant pour couvrir l'ensemble des besoins. La prise en charge de l'obésité nécessite donc à la fois de la formation continue mais également une augmentation du nombre de psychologues cliniciens en formation initiale. Pour eux comme pour d'autres professionnels il faudra veiller à ce que la rémunération des consultations prévue dans les forfaits soit suffisante pour qu'ils y adhèrent.

Les pharmaciens d'officine

Ces professionnels pourraient également être mobilisés pour le conseil, la prévention et l'accompagnement des personnes en situation d'obésité.

Créer une plateforme nationale unique accessible à tous les professionnels impliqués

Comportant les ressources de formation et d'outils mutualisés des CSO (e-formation, outils, vidéo...) ainsi que les coordonnées des CSO et de leurs dispositifs et structures partenaires de 2^{ème} recours pour l'obésité infantile, adulte et bariatrique, cette plateforme permettra d'informer et de former les

professionnels et de rendre lisible l'offre de soin structurée à l'exemple de Banco⁶⁸, boîte à outil réservée à l'obésité de l'enfant qu'il faudrait généraliser à l'adulte et pérenniser.

Inscrire la prévention et la prise en charge de l'obésité dans les orientations prioritaires du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé

Le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC. Des orientations prioritaires sont arrêtées sur une période de trois ans par le Ministre chargé de la santé.

Recommandation n°27 Elaborer un référentiel de formation continue pour les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'obésité et créer une plateforme nationale de formation / information pour les professionnels.

Recommandation n°28 Inscrire la prévention et la prise en charge de l'obésité dans les orientations prioritaires de DPC (développement professionnel continu) des professionnels de santé.

2.4.2 D'autres intervenants doivent recevoir une formation à l'obésité

Cette formation doit porter sur les déterminants de l'obésité, le savoir être vis-à-vis des patients, les modalités de prise en charge ainsi que les contacts des professionnels de proximité impliqués. Des modules de formation en ligne devront être construits pour ces intervenants :

Les professionnels de santé hors nutrition

En dehors d'un parcours spécifique dédié à la prise en charge du surpoids ou de l'obésité, tous les professionnels de santé doivent être formés. Cela concerne particulièrement les acteurs en contact avec les populations à risque, en privilégiant les points de passage « obligés : sages-femmes, obstétriciens, puéricultrice, dentistes ...

Les travailleurs sociaux et intervenants des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les services sociaux ont un rôle essentiel dans le repérage et l'évaluation de difficultés sociales, éducatives, économiques, financières, et plus largement de toute forme de vulnérabilité chez l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents. Le rôle du travailleur social est de réaliser une évaluation de la vulnérabilité de l'enfant et de sa famille en termes de difficultés sociales, économiques, financières et de carence éducative. À la suite de cette évaluation, le professionnel met en place un projet d'accompagnement qui tient compte de la situation individuelle et familiale. Selon la situation, un accompagnement socio-éducatif de l'enfant/l'adolescent(e), le soutien des pratiques parentales, de la dynamique familiale, la restauration des rythmes de vie peuvent être mis en place sur leurs lieux de vie y compris à domicile, si le besoin est identifié et en lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e).

⁶⁸<https://banco.podia.com>

Les professionnels de la petite enfance

Une attention particulière doit être portée aux professionnels de la petite enfance (sages-femmes, personnels des crèches, assistantes maternelles, CAF), vecteurs d'informations pour les parents, notamment sur la période des 1000 premiers jours.

Les patients experts

L'intervention des patients est de plus en plus fréquente et très appréciée, dans la conception des programmes destinés aux patients, dans les projets de recherche et dans l'intervention directe au cours des séances d'éducation thérapeutique, mais aussi comme médiateurs de santé. Les patients volontaires seront encouragés à suivre les formations diplômantes, délivrées notamment par les Universités.

Recommandation n°29 Élaborer des programmes de formation en ligne sur l'obésité à destination de tous les professionnels et des patients experts.

2.5 Des mesures de formation initiale pour accroître le nombre des professionnels impliqués

2.5.1 L'augmentation du nombre de médecins spécialistes formés est une urgence absolue

Le nombre de personnes concernées par cette prise en charge est élevé. Les données les plus récentes montrent que 17 % des Français, soit 8,5 millions de personnes, ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m². Une partie d'entre eux requiert des soins de niveau 2, en raison du retentissement de l'obésité sur leur état général. Par ailleurs, 5,9 % des femmes et 4,3 % des hommes, soit environ 2,5 millions de personnes, ont un IMC supérieur à 35 kg/m². Face à l'ampleur de cette pathologie, on ne compte sur l'ensemble du territoire que 2 296 médecins titulaires de DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires⁶⁹) de Nutrition, de DES Endocrinologie Diabète Nutrition, ou de DES Endocrinologie Diabète Maladies Métaboliques, dont 500 ont plus de 60 ans⁷⁰. Ces médecins doivent aussi traiter les patients atteints de diabète et de pathologies endocriniennes, notamment thyroïdiennes.

Jusqu'à la réforme de 2017, la formation des médecins à la prise en charge de l'obésité s'effectuait grâce au DESC de Nutrition, qui complétait un DES d'Endocrinologie-Diabétologie-Maladies Métaboliques (EDMM) ou un DES de médecine générale, plus rarement un DES de Pédiatrie ou d'Hépatogastro-Entérologie. Ceci permettait la formation de 120 médecins par an. Depuis la disparition du DESC, la formation ne se fait plus que par le DES Endocrino-Diabétologie-Nutrition, sans augmentation du nombre d'internes, ce qui ne représente plus qu'entre 84 et 90 internes par an au lieu des 120 antérieurement. Le nombre de personnes en formation a donc diminué de 25 % depuis la disparition du DESC, ce qui permet à peine le remplacement des médecins partant à la retraite, alors que les besoins sont croissants, en particulier pour la prise en charge des obésités sévères. Dans le contexte de l'arrivée de nouveaux médicaments dans le traitement de l'obésité, à l'initiation réservée (à juste titre) aux spécialistes, la carence en spécialistes va être responsable d'une limitation de l'accès à ces modalités de soin.

⁶⁹ Le DESC permettait à l'interne d'acquérir une formation dans un domaine particulier.

⁷⁰ Source : DREES, démographie des professionnels de santé, 2021

L'augmentation du nombre d'internes formés par le DES Endocrinologie-Diabète-Nutrition est donc une priorité. Les effectifs formés doivent dès le concours d'internat de 2023 non seulement retrouver leur niveau d'avant la réforme des DES, soit 120 médecins spécialisés en EDN formés par an au lieu de 94 actuellement, mais être augmentés et suivre ensuite une progression accélérée de 5 % par an pendant 5 ans, parallèlement à l'augmentation du nombre d'étudiants arrivant au concours. Les ARS ont fait remonter un besoin totalisé de 130 internes à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

Recommandation n°30 Passer à 130 postes pour le DES EDN dès le concours d'internat 2023, puis mettre en œuvre une progression de 5 %/an pendant 5 ans.

2.5.2 Mieux former les médecins à la prise en charge de l'obésité lors de leur formation initiale

Dans le 1^{er} et 2^{ème} cycle des études médicales

La sensibilisation à la prévention et à la santé publique est réalisée en fin du 1^{er} cycle des études médicales avec le service sanitaire. La thématique sur les modes de vie devra s'y retrouver systématiquement. Elle s'accompagne d'actions concrètes de prévention réalisées en inter-professionnalité (avec étudiants de médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masso-kinésithérapie). Elle ne constitue cependant pas une formation à l'obésité.

L'enseignement de la nutrition dans le 2^{ème} cycle des études médicales doit être augmenté avec un module spécifique consacré à l'obésité permettant au futur médecin de comprendre la complexité de cette maladie à la fois dans ses déterminants, dans sa présentation clinique, et dans ses complications, afin d'être mieux à même de déterminer une stratégie thérapeutique. Ces éléments ne peuvent pas être abordés actuellement dans un enseignement comportant au mieux 4 heures par an.

Dans le DES de médecine générale et le DES de pédiatrie

Il est nécessaire d'augmenter leur formation au dépistage et à la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte, afin de redonner au médecin confiance en son rôle par de la formation initiale et continue. La prise en charge précoce d'un surpoids ou d'une obésité simple a toutes les chances d'être efficace. Il persiste de fausses croyances et des méconnaissances sur les déterminants et les modalités de prise en charge de l'obésité.

Recommandation n°31 Développer un module d'enseignement spécifique sur l'obésité dans le 2^{ème} cycle des études médicales, dans le DES de médecine générale, et dans le DES de pédiatrie.

3 Objectif 3 : Investir dans la recherche et l'innovation

3.1 Ce que l'on sait : la recherche en obésité doit être pluridisciplinaire et transdisciplinaire

La recherche en obésité, comme toutes les recherches en biologie et santé, doit se développer dans les quatre dimensions de la recherche fondamentale, de la recherche translationnelle, de la recherche clinique et de la recherche en santé publique. Elle doit s'attacher aux déterminants causaux qui conduisent au développement de l'obésité, aux modifications biologiques induites par la prise de poids, à la genèse des complications liées à l'obésité. Sa finalité doit être de trouver les moyens de prévenir l'obésité et de la traiter de façon adaptée à chaque patient.

L'obésité implique en effet de nombreux déterminants environnementaux et de nombreux systèmes biologiques (tous les organes ainsi que leurs dialogues sont altérés dans l'obésité). Des avancées majeures ont été réalisées ces dernières années dans la compréhension des mécanismes aussi bien génétiques que dans l'identification de nouveaux acteurs tels que le microbiote, en lien avec le système digestif ou la biologie du tissu adipeux. Les chercheurs français ont été parmi les premiers à réaliser des découvertes dans ces domaines. L'obésité étant une maladie complexe résultant de la combinaison entre des facteurs individuels de susceptibilité génétique, de modifications épigénétiques et d'un environnement obésogène, les solutions nécessitent une personnalisation des approches, tant pour la prévention que pour le traitement. Cela sous-entend la capacité d'intégrer de très nombreux facteurs tels que l'exposition à l'environnement (productions et circuits alimentaires, polluants/pesticides, urbanisations...), le mode de vie de l'individu (alimentation, sédentarité, sommeil/rythme, stress, consommations médicamenteuses ...) et de la réponse biologique de son organisme (niveau tissulaire, cellulaire, microbiote intestinal et métabolismes notamment évalués par les approches « omiques »). Cela nécessite la capacité à recueillir, traiter et intégrer des données toujours plus nombreuses et les techniques d'intelligence artificielle, appliquées au contexte de l'obésité, rendent aujourd'hui cette intégration possible. Là encore les équipes françaises sont excellentes dans ce domaine. En outre, si l'expérimentation in vitro et animale reste nécessaire, l'étude des dialogues inter-organes et inter-cellulaires par des méthodes ex vivo de type « organ on chip » et organoïdes est en plein développement, et particulièrement adaptée à ce type de sujet.

Parallèlement, l'étude chez l'homme reste incontournable, que ce soit dans le cadre de la recherche clinique expérimentale ou dans le cadre des études de cohortes. Ces recherches, au cadre législatif rigoureux, permettant le respect de la personne humaine, nécessitent une organisation conséquente. Des appels d'offre ont abouti à la constitution de cohortes qui permettent de mettre en lien l'obésité, ses déterminants et le devenir des sujets (ELFE-EDEN, CONSTANCES, EPIPAGE, ESTEBAN, E3N-E4N) mais ces dernières doivent être pérennisées. La recherche clinique s'est organisée notamment dans les CHU. Grâce au Programme d'investissements d'avenir (PIA1) et à la labellisation par F-CRIN, l'obésité bénéficie d'un réseau dédié FORCE (French obesity research centre of excellence) qui permet une coordination de cette recherche à un moment important de l'évolution de la prise en charge de l'obésité. L'introduction de molécules puissantes conduit en effet à évaluer leur positionnement dans la stratégie thérapeutique. Enfin, les approches de prévention doivent impliquer les Sciences humaines et sociales avec une recherche sur les déterminismes des comportements. Les enjeux liés à l'économie de la santé, en lien avec le développement des nouveaux médicaments, sont aussi au cœur des sujets de recherche.

Un enjeu scientifique futur est donc l'identification des cibles physiopathologiques, biomarqueurs et prédicteurs moléculaires des situations environnementales, cliniques et biologiques associées aux obésités dans le but de mieux stratifier cette maladie complexe, et d'identifier des traitements plus adaptés.

3.2 Ce qui manque : de l'investissement sur le long terme et de la structuration.

La recherche en obésité, qui ne bénéficie d'aucun investissement spécifique, est frappée de plein fouet par ce qui a été bien décrit par le Professeur Alain Fischer⁷¹ comme un décrochage par rapport à la recherche internationale. Malgré de brillantes individualités, le manque d'investissement dans ce domaine est responsable d'un recul qui se traduit par un manque d'attractivité criant, notamment pour des post doctorants, le faible nombre de contrats ERC (Conseil européen de la recherche) ou de

⁷¹ La recherche médicale en France, bilan et propositions – Terra nova, janvier 2023

projets européens portés par des Français, ou l'accueil de chercheurs étrangers de haut niveau, quasi inexistant dans ce domaine.

En parallèle, des investissements très importants ont été réalisés par d'autres pays : en Allemagne, un soutien spécifique et à long terme (plus de 15 ans) a été apporté à la recherche sur l'obésité et le diabète, permettant à des centres comme le Helmholtz Institute ou le Max Planck Institut d'attirer des chercheurs étrangers et surtout de garder, ou de faire revenir, leurs jeunes chercheurs dans le domaine. La stratégie de recherche allemande intègre également un investissement financier de 30 millions d'euros par an à la création d'un réseau de recherche national performant, avec plusieurs équipes travaillant ensemble sur de véritables programmes scientifiques. Dans des pays de démographie plus faible, les modèles scandinaves (Danemark, Suède par exemple) sont aussi à signaler avec des investissements majeurs dans le domaine de l'obésité, y compris par le secteur privé (par exemple Novo au Danemark, ou AstraZeneca en Suède).

Aux États-Unis, le programme NORC (6 réseaux de recherche en obésité) permet de définir les mécanismes sous-jacents de l'obésité et de contribuer de manière significative à la prévention et au traitement de l'obésité et de ses complications. Les axes forts de ce programme ambitieux sont :

- le maintien, l'amélioration et la promotion des interactions et des **collaborations des chercheurs dans ce domaine** ;
- le soutien à l'évolution des centres de recherche de pointe pour répondre aux besoins de la recherche sur l'obésité, la nutrition et le métabolisme ;
- le développement de nouvelles orientations de recherche et l'entrée **de nouveaux chercheurs** dans le domaine par le biais de projets pilotes et de faisabilité (projets de 50 000 dollars environ) ;
- l'organisation de forums éducatifs et d'autres événements qui soutiennent le développement et le maintien des interactions de recherche) ;
- l'intégration d'**un soutien administratif** pour garantir que l'infrastructure répond aux besoins de la communauté de recherche sur l'obésité.

L'ensemble se décline à l'échelle de chaque Etat et université de pointe. Par exemple, l'objectif de l'UCSF-NORC (NORC San Francisco) est de promouvoir et de développer la recherche sur l'obésité, la nutrition et le métabolisme à l'UCSF (University of California San Francisco) et dans toute la Californie du Nord (dotation 750 000 dollars par an).

On voit donc clairement que l'investissement sur le long terme et le financement de réseaux de recherche autour d'une thématique comme l'obésité sont nécessaires au développement d'une recherche compétitive. Ces réseaux permettent aux différentes disciplines de recherche de travailler ensemble pour plus d'efficacité. Cela est mis en marche chez nos voisins ! la France doit réagir, au risque de ne plus être dans la compétition.

3.3 Ce qu'il faut faire

3.3.1 Pour la recherche clinique : pérenniser FORCE et prioriser la recherche en obésité dans les appels d'offre

La recherche clinique sur l'obésité s'est organisée autour du réseau FORCE, qui doit être pérennisé. FORCE s'est appuyé sur la dynamique créée par la constitution des Centres spécialisés en obésité

(CSO) dédiés au soin, en lien avec des organisations de recherche clinique tels que les Centres d'investigation clinique (CIC) et les Centres de recherche en nutrition humaine (CRNH). De nouvelles modalités d'essais cliniques se développent avec les essais de plateforme qui permettent de comparer dans le même essai différentes stratégies thérapeutiques. Ceci serait particulièrement important dans la recherche sur l'obésité car l'arrivée de différentes classes médicamenteuses doit conduire à des modifications des stratégies thérapeutiques, dont il faut évaluer la pertinence. Les essais de plateforme nécessitent cependant à la fois une méthodologie spécifique et une durée longue d'investigation. Au sein de F-CRIN, la plateforme EUCLID a acquis cette méthodologie et pourrait développer ces essais, en lien avec FORCE. L'organisation de FORCE qui fédère l'ensemble des 37 CSO qui ont l'habitude des essais collaboratifs assure la faisabilité du recrutement. Ceci est en phase avec la lettre de cadrage de F-CRIN demandant la création d'études pérennes de dimension nationale. La France a donc le potentiel pour jouer un rôle de leader dans ce type d'essais dans le domaine de l'obésité. Il est cependant nécessaire de disposer d'un appel d'offre dédié aux essais de plateforme qui tiendra compte de la spécificité de ces essais, les appels d'offre du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) n'étant pas actuellement adaptés. Il sera aussi nécessaire d'assurer la continuité de FORCE et de son rôle de coordinateur, en maintenant des moyens pour l'animation, le montage de projets et la communication.

Recommandation n°32 Prioriser la recherche sur l'obésité dans les appels d'offre de recherche clinique, et soutenir la coordination par le réseau FORCE.

3.3.2 Appuyer la recherche en obésité sur les cohortes existantes en les pérennisant et les ouvrant à une utilisation plus large

Les cohortes nationales sont d'importants outils de recherche permettant de comprendre la genèse des pathologies et de leur évolution dans la durée. Un certain nombre de cohortes d'enfants et d'adultes réalisées en population générale comprennent des paramètres d'intérêt pour la recherche en obésité, en incluant des paramètres anthropométriques, des données de mode de vie et d'environnement, ainsi que des notions de pathologies et leurs évolutions dans le temps. Pour pouvoir connaître le rôle de l'environnement et du mode de vie sur le développement de l'obésité et de ses complications, il est nécessaire de disposer de cohortes pérennes avec des enquêtes régulières (idéalement annuelles). Un effort important et ciblé doit donc être mené sur l'harmonisation des collectes de données entre les cohortes et, si possible, sur la convergence des cohortes « enfants » vers celles d'adultes. Les cohortes doivent être considérées comme **un instrument de recherche national et ouvertes le plus possible à la communauté**, leurs données pouvant être utiles à toutes les disciplines de la recherche. Une utilisation optimisée nécessite aussi d'être associée à une capacité massive d'analyse de données, utilisant en particulier l'intelligence artificielle (algorithme pour stratifier ou prédire). Un réel décloisonnement de ces disciplines est donc indispensable.

Recommandation n°33 Soutenir les cohortes existantes et assurer la convergence entre les cohortes enfant et adultes ; assurer l'accès ouvert aux données.

3.3.3 Dédier un programme et équipement prioritaire de recherche (PEPR) à l'obésité

Comme les exemples étrangers le montrent, la dynamique de recherche doit être consolidée par des appels d'offre permettant de créer des réseaux de recherche de haut niveau fédérant les acteurs autour de projets communs sur une thématique. A sein du volet « dirigé » de France 2030, dit « Financement des investissements stratégiques », une action est dédiée au financement de la recherche la plus fondamentale (TRL 1 à 4) : **les programmes et équipements prioritaires de recherche (PEPR)**.

Ces PEPR visent à construire ou consolider un leadership français dans des domaines scientifiques liés ou susceptibles d'être liés à une transformation technologique, économique, sociétale, sanitaire ou environnementale, et qui sont considérés comme prioritaires au niveau national ou européen.

Deux types de PEPR sont lancés :

- Les **PEPR** adossés aux **stratégies nationales d'accélération** ;
- Les **PEPR exploratoires**, afin d'accompagner une transformation qui commence à émerger.

A ce jour, l'obésité ne fait pas partie des domaines de la stratégie nationale d'accélération alors qu'elle est bien un domaine susceptible d'être liés à une transformation économique, sociétale, sanitaire ou environnementale. Les enjeux économiques, sociaux-économiques et de santé publique associés à l'obésité sont considérables.

Afin d'inscrire la recherche en obésité comme une de ces priorités stratégiques, il est nécessaire de financer une task force visant à identifier toutes les forces de recherche pouvant être incluses dans un programme, et de préparer une réponse à l'appel d'offre pour un PEPR dédié, en lien avec les organismes de recherche nationaux (INSERM, INRAE, CNRS, INRIA...), les CHU et les principales universités. Ce PEPR devrait comprendre le soutien aux Cohortes, des chaires juniors (de type post-doc amélioré ATIP/AVENIR) et des projets de recherche multi partenariaux comme les ANR PRCE (gestion par l'Agence nationale de la recherche (ANR))

Recommandation n°34 Structurer un réseau national de recherche sur l'obésité transdisciplinaire doté d'un PEPR (Programme et équipement prioritaire de recherche) dédié.

3.3.4 Des actions spécifiques en région

La prévalence de l'obésité connaît les disparités régionales marquées, dans la cadre notamment d'un gradient nord sud. Il pourrait être proposé, comme dans le modèle des NORC américains, la création de domaines d'intérêt majeur (ou DIM) dédiés à l'obésité, comme ceux développés en Ile de France il y a quelques années dans le domaine du cardiométabolisme. Ces DIM « obésité » pourraient être étendus à plusieurs régions qui travailleraient aussi en réseau. Les DIM sont des réseaux scientifiques pluridisciplinaires, créés à l'initiative d'une région. Ils ont pour objectif de fédérer des équipes de recherche d'une région donnée autour de thématiques partagées, ici l'obésité. Une fois le réseau constitué et labellisé par le Conseil régional, il établit chaque année un programme de recherche pluriannuel, pour lequel il bénéficie de financements qui comprennent des allocations de recherche, des manifestations scientifiques, des équipements de laboratoire. Des chaires dédiées « obésité » pourrait être créées pour le retour de jeunes chercheurs prometteurs en France, voire même des chercheurs plus séniors. Une articulation entre ces DIM régionaux et un programme PEPR national devra bien entendu être mise en œuvre pour éviter la duplication d'actions, et au contraire renforcer les synergies et l'efficacité du système global de soutien à la recherche sur l'obésité.

Recommandation n°35 Créer des Domaines d'intérêt majeurs régionaux en obésité.

4 Objectif 4 : Investir prioritairement dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM)

Les DROM cumulent tous les obstacles à une bonne santé décrits pour la métropole. Ceci conduit à une situation sanitaire globalement très dégradée, avec une forte prévalence d'obésité conduisant à d'importantes complications comme le diabète, le syndrome métabolique, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale chronique, les maladies coronariennes et les AVC. Les spécificités de ces territoires sont décrites ci-dessous.

4.1 Un état nutritionnel dégradé dans les départements et régions d'Outre-mer

L'expertise collective sur la nutrition en Outre-mer confiée à l'Institut de recherche pour le développement⁷² (IRD) en 2020 dresse un constat complet des connaissances sur l'état nutritionnel des habitants des cinq départements et régions d'Outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte), et des leviers pour cibler efficacement les actions de prévention et de prise en charge. La présentation suivante en constitue une synthèse.

4.1.1 Des inégalités sociales plus accentuées qu'en métropole

4.1.1.1 Des profils socioéconomiques de la population plus défavorables dans les DROM, associés à une alimentation déficitaire en aliments favorables à la santé

Les DROM présentent des profils socioéconomiques spécifiques. Le niveau d'éducation (entre 39 et 68 % des personnes de 15 ans et plus non ou peu diplômées) y est bien inférieur à celui de l'Hexagone (30 %). Le chômage constitue un handicap supplémentaire avec des taux deux à trois fois supérieurs à ceux de la France continentale, spécialement à Mayotte et à La Réunion. De fait, le taux de pauvreté atteint plus du double de celui de l'Hexagone. L'inégalité de genre constitue un facteur aggravant et les femmes sont ainsi surreprésentées dans la population la plus défavorisée, en lien avec leur part importante dans les familles monoparentales.

Les différences de profils sociodémographiques expliquent en partie les problèmes alimentaires et nutritionnels qui en découlent. D'un côté se trouvent la Guadeloupe et la Martinique, avec une population vieillissante, de l'autre la Guyane et Mayotte au contraire en transition démographique tardive (respectivement 40 et 50 % de moins de 20 ans) qui sont, avec La Réunion, les départements et régions les plus jeunes, et qui devraient le rester jusqu'en 2040.

Globalement, Mayotte connaît la situation la plus défavorable (84 % de la population sous le seuil de pauvreté, précarité de la situation sociale des étrangers, taux d'illettrisme estimé à 35 %), de même que La Réunion (taux de pauvreté à 42 % et taux d'illettrisme à 21 %) et la Guyane (taux de pauvreté à 44 %), tandis que les populations des Antilles françaises vivent dans un meilleur contexte (taux de pauvreté dans les deux îles autour de 20 %), plus défavorable toutefois que celui de l'Hexagone (17 % en 2017, d'après l'Insee).

⁷² MÉJEAN C. et al. (dir.), 2020 – Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer / Food and nutrition in the overseas regions. Marseille, IRD Éditions, coll. Expertise collective, bilingue français-anglais, 208 p. + clé USB.

Dans les régions ultramarines, l'alimentation des adultes de position socioéconomique défavorisée est caractérisée par de plus faibles apports en aliments favorables à la santé – tels que les fruits et légumes, les produits céréaliers complets, le poisson, et les produits laitiers faibles en lipides – et une plus faible qualité globale du régime, confirmant les résultats de la littérature internationale et de l'Hexagone. De plus, les aliments défavorables à la santé comme les boissons et produits sucrés, et les matières grasses ajoutées, sont plus fréquemment consommés par les populations plus défavorisées.

Lorsque plusieurs indicateurs socioéconomiques sont utilisés dans les enquêtes, le niveau d'éducation semble être le plus systématiquement associé aux risques de surcharge pondérale, d'obésité, de diabète, d'hypertension et de syndrome métabolique, alors que les associations avec le statut d'emploi et la catégorie socioprofessionnelle sont globalement non significatives, résultats similaires à ceux de la France hexagonale.

4.1.1.2 Une prévalence de l'obésité supérieure dans les DROM que dans l'Hexagone

En Martinique et en Guadeloupe, un tiers des enfants sont en surcharge pondérale, 10 % sont obèses

En Martinique, en 2008, plus de la moitié de la population adulte était en surcharge pondérale (surpoids et obésité), dont 33 % en surpoids et 20 % en situation d'obésité avec, pour l'obésité, près de deux fois plus de femmes concernées (26 % de femmes contre 14 % d'hommes). Entre 2008 et 2013, la prévalence de l'obésité a augmenté fortement. Ainsi, en 2013 chez les adultes de 16 ans et plus, la surcharge pondérale (surpoids et obésité) touche 52 % des hommes et 64 % de femmes. Chez les enfants (3-15 ans), la surcharge pondérale était de 25 %, et celle de l'obésité de 10 %⁷³.

En Guadeloupe, les résultats étaient très proches de ceux de la Martinique.

A la Réunion et en Guyane, une obésité également plus marquée chez les femmes

En Guyane, il existe très peu d'études sur le statut pondéral de la population et les données disponibles sont anciennes. Tout comme dans les autres DROM, l'obésité touchait en 2008 plus fortement les femmes que les hommes (23 % contre 13 %). Aucune étude chez les enfants n'a été réalisée.

Si on compare les quatre territoires ultramarins où a été mené le Baromètre santé dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion), c'est à La Réunion que l'on retrouve le moins de surpoids (28 %) et d'obésité (16 %) en 2019, mais avec une importante différence de genre, les femmes souffrant deux fois plus d'obésité que les hommes. L'obésité concerne 24 % des mères avant leur grossesse, d'où une prévalence très importante de diabète gestationnel⁷⁴.

Mayotte connaît la prévalence de l'obésité la plus élevée des cinq DROM

L'étude Nutrimay fait état d'une prévalence de la surcharge pondérale à 45,7 % et une prévalence de l'obésité à 20,4 %. A Mayotte également, on observe une plus grande part d'obésité féminine, avec près d'une femme atteinte sur deux (47 %), contre moins d'un homme sur cinq (17 %).

⁷³ Etude Kannari 2013

⁷⁴ Observatoire régional de la Santé de Réunion, 2022p22 enquête santé DOM, échantillon de 1763 pers à la réunion.

4.1.2 Les éléments qui favorisent le développement de l'obésité : multiplication des encas de faible qualité nutritionnelle, consommation de boissons sucrées trois fois plus élevée sur certains territoires, une activité physique globalement insuffisante

Dans les pratiques de consommation, on repère des transformations dans tous les DROM, mais aussi des situations de cohabitation entre modèles traditionnels et nouveaux modèles. Ces évolutions modifient le nombre, la structure et la composition des prises alimentaires avec une fréquence accrue du grignotage entre les repas.

On retrouve dans les cinq DROM des consommations faibles de produits laitiers et de fruits et légumes, conduisant à une inadéquation pour les apports en calcium et fibres. En revanche, on observe dans les DROM des consommations très élevées en boissons sucrées, y compris les jus. Les consommations journalières moyennes de boissons sucrées en Guadeloupe et Martinique sont presque trois fois plus élevées que celles de la France hexagonale. La Guyane est presque au double. Les consommations à Mayotte et à La Réunion sont légèrement supérieures à celles de la France hexagonale.

Dans tous les DROM également, les enfants, les adolescents et les moins de 30 ans sont majoritairement en dessous des seuils préconisés par le PNNS pour les fruits et légumes, et au-dessus pour les boissons et produits sucrés. D'une manière générale, les adolescents, en particulier les garçons, sont de plus grands consommateurs de boissons sucrées et de produits de type biscuits, aliments gras sucrés et salés, snacks.

La pratique d'une activité physique régulière (au moins cinq fois par semaine) chez les adultes concerne environ un tiers des populations des DROM, soit un niveau assez proche de celui de l'Hexagone. Le niveau d'activité physique global varie selon la position socioéconomique chez l'adulte et chez l'enfant, une position plus faible étant associée à une pratique moins importante. Concernant la sédentarité, l'âge intervient sur le temps passé devant un écran, puisque les jeunes adultes (15-24 ans) sont plus nombreux à regarder la télévision plus de deux heures par jour que les adultes et seniors.

4.1.3 De fortes disparités en matière de restauration scolaire entre les DROM

Si les cantines sont bien développées à La Réunion et aux Antilles (mais peu de données pour la Martinique), la couverture de restauration scolaire pour les élèves de primaire en Guyane s'avère très inégale et globalement déficitaire, (seul un peu plus du tiers des enfants de 7 à 10 ans avaient une place à la cantine et 50 % à Cayenne). De son côté, Mayotte ne dispose de service de restauration collective que dans deux lycées récents (sur onze), tandis que les autres établissements servent des collations froides. La mise en place d'une prestation d'aide à la restauration scolaire depuis 2005 permet une participation minimale des parents.

4.2 Un déficit d'offre de soins liés à la nutrition

4.2.1 De fréquentes ruptures dans le parcours de soin, liées notamment au déficit de professionnels

Les parcours de soins occupent une place importante dans la mesure où les pathologies chroniques liées à l'alimentation nécessitent des mesures préventives, thérapeutiques et de suivi sur le long terme.

Différentes études réalisées sur le parcours de soin dans les DROM font ressortir l'insuffisance des consultations et des examens de suivi et les ruptures de parcours, notamment chez les plus défavorisés : abandon du suivi et du traitement après la première phase de diagnostic et de prise en charge par le médecin traitant, survenue précoce de complications avec « redécouverte » du diabète, rôle important du médecin généraliste dans la pertinence du parcours, et de l'hôpital en tant qu'expert de référence.

Le nombre de spécialistes des pathologies nutritionnelles dans les DROM est légèrement inférieur à celui observé dans l'Hexagone, avec une densité un peu plus faible pour 100 000 habitants. Cependant, rapporté aux besoins réels – avec deux fois plus de personnes diabétiques qu'en France hexagonale, exposées à davantage de complications –, le nombre de spécialistes s'avère en fait très déficitaire, spécialement en Guyane et à Mayotte.

La vulnérabilité socioéconomique accrue dans les DROM constitue un facteur aggravant. La densité et la répartition des spécialistes aux Antilles et à La Réunion impliquent une prise en charge globale davantage assurée en soins primaires, alors que la moindre densité en médecins généralistes est accentuée dans certaines zones par les disparités intra territoriales. Le nombre plus important d'infirmiers contribue pour partie à rééquilibrer la situation, tout en nécessitant des ajustements. Sur l'ensemble des DROM, la Guyane connaît la plus forte disparité en suivi des examens recommandés pour les personnes diabétiques, tandis que les chiffres de suivi apparaissent plus élevés à La Réunion qu'ailleurs en France.

Pour l'obésité, la prise en charge est assurée majoritairement par les médecins généralistes. Aux Antilles et à La Réunion, la création de trois centres spécialisés pour l'obésité en 2012 a amélioré la coordination du recours aux soins, de même que les centres dédiés à la chirurgie bariatrique. Toutefois, pour ces derniers, l'activité s'avère inférieure à celle de l'Hexagone. À Mayotte et en Guyane, l'obésité est très faiblement prise en charge, avec un nombre peu élevé de spécialistes, l'absence de centre dédié et la nécessité de se rendre dans un autre DROM ou en France hexagonale pour se faire soigner. Pendant la grossesse, toutefois, la prise en charge de l'obésité à Mayotte et à La Réunion est deux fois plus importante qu'en France hexagonale. Les endocrinologues de La Réunion assurent à tour de rôle une permanence à Mayotte une semaine par mois.

L'offre et le recours aux soins se caractérisent donc par un déficit du recours à la médecine générale et spécialisée, avec un plus grand recours aux infirmiers à domicile et une offre centralisée qui est parfois très éloignée géographiquement des patients. Ainsi, les importantes disparités territoriales et intra territoriales accentuent l'effet des vulnérabilités socioéconomiques. Les écarts les plus conséquents se trouvent en Guyane et à Mayotte. Malgré tout, la persistance de dispositifs de proximité (centres de prévention et de soins, dispensaires de santé) constitue un atout dans ces territoires. L'accès et le recours aux spécialistes des pathologies de la nutrition sont déficitaires par rapport aux besoins des DROM, et critiques en Guyane et à Mayotte. Le recours aux soins primaires s'avère d'autant plus important, mais il trouve ses limites dans l'inadéquation des services aux besoins des populations et des malades chroniques.

4.2.2 Une situation plus favorable de l'offre de soins à La Réunion, grâce au CSO

Le CHU de la Réunion est l'établissement support du Centre spécialisé de l'obésité (CSO) Réunion-Mayotte, créé en 2012, en même temps que les 36 autres CSO.

Le CSO Réunion-Mayotte s'est structuré au départ avec la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire hospitalière pour la prise en charge de l'obésité sévère (médecin nutritionniste,

diététicienne, enseignante APA et psychologue) autour de la préparation et du suivi des patients opérés d'une chirurgie de l'obésité (mission 1).

Dès sa création, l'ARS a également pris en compte la mission 2 d'organisation régionale de la filière obésité, et a insisté sur le rôle fédérateur de l'établissement support auprès des autres structures de santé et des associations de patients de l'île.

La construction d'un programme d'ETP destiné aux patients candidats à une chirurgie de l'obésité, validé par l'ARS, a participé à la cohésion de la nouvelle équipe.

L'équipe de coordination non médicale s'est mise en place dans le même temps. Elle est constituée de professionnels de santé (IDE, diététicienne, EAPA) qui ont souhaité partager leur temps entre activité clinique et activité de coordination.

L'équipe CSO ainsi constituée (coordinatrices et référentes médicales) s'est attachée à :

- Faire signer une convention à chaque partenaire CSO : établissements publics de santé (CHOR, GHER), établissements privés pratiquant la chirurgie bariatrique (clinique des Orchidées, clinique Ste Clotilde), SSR spécialisé (clinique Omega), associations de patients, réseau pédiatrique RP 974, association REUNIR (prise en charge de l'obésité infantile) et depuis peu, certaines MSP.
- Mettre en place et animer des sous-groupes de travail regroupant des professionnels des établissements de santé et des structures partenaires : sous-commissions « diet », « APA », « psy », sous-commission des usagers, commission « interdisciplinaire » afin d'élaborer des protocoles communs de prise en charge, de diffuser les règles de bonnes pratiques et d'échanger sur les expériences de parcours des personnes en situation d'obésité.

L'équipe CSO anime un Copil qui regroupe l'ensemble des partenaires CSO (établissements de santé, réseaux, associations de patients, MSP...), l'ARS, l'Assurance maladie, la direction du CHU, le département STAPS de l'Université, les OSTL des villes proches du CHU, les représentants de l'URML et des CPTS... Elle anime également, avec l'appui de l'IREPS, un site internet⁷⁵ et organise, une année sur deux, des journées régionales de l'obésité.

Le CSO est désormais identifié par les institutions et les médias comme l'interlocuteur privilégié sur les questions touchant à l'obésité.

Grâce à l'expérimentation OBEPEDIA, le CSO s'est enrichi de la partie pédiatrique. L'équipe de coordination participe aux réunions nationales OBEPEDIA et gère la partie « comptable » de cette expérimentation article 51 (le CHU étant structure concentratrice).

L'équipe de coordination gère le lien avec la ville :

- Information des nouveaux partenaires autour de l'activité du CSO : Maisons de santé pluridisciplinaires ; Maisons sports santé ; CPTS...
- Animation d'un groupe de travail avec l'URML pour le suivi post chirurgie bariatrique par les médecins généralistes ;

⁷⁵ www.obesite.re

- Travail en lien avec le réseau périnatal REPERE pour l'organisation du parcours pendant la grossesse des femmes en situation d'obésité.

Enfin, l'équipe de coordination gère le lien avec les professionnels de Mayotte (CH de Mayotte et MSP) avec notamment la structuration des parcours avant et après chirurgie pour les patients qui se font opérer au CHU.

4.3 Recommandations

Au vu du caractère alarmant de l'obésité, en particulier chez les personnes moins favorisées socio-économiquement, notamment les femmes, et de la progression des prévalences des pathologies nutritionnelles, il y a urgence à considérer ces territoires comme prioritaires pour l'application des recommandations de prévention et de soins précédemment formulées.

4.3.1 En prévention primaire et secondaire

L'ensemble des recommandations en prévention primaire s'appliquent à fortiori pour les DROM avec une attention particulière sur l'accessibilité des cantines qui devrait être suivie par des enquêtes régulières.

- En prévention secondaire des actions de dépistage sont à mener de façon systématique avec une attention particulière à la médecine scolaire. L'expérimentation article 51 PARALIMAP-INES déployée en Guadeloupe et dans les Iles du Nord permet le dépistage chez tous les enfants scolarisés en classe de quatrième, suivi d'un accompagnement collectif multidisciplinaire ou renforcé en cas d'obésité sévère ou de contexte social défavorisé. Si son évaluation est favorable, il sera important que cette action puisse être étendue à tous les DROM comme dans les territoires défavorisés de la métropole.
- Pour les actions de prévention de l'obésité de l'enfant, la « task force » établie dans le cadre du programme expérimental préconisé (recommandation n°7) devra rechercher un ou des territoires pertinents dans les DROM pour lancer une expérimentation qui permettra de bien mettre en évidence les adaptations nécessaires aux spécificités locales en coordination avec les contrats locaux de santé (CLS). Ces expérimentations pourront tirer parti d'actions de prévention déjà existantes comme par exemple le projet Carambole sur l'activité physique en maternelle en Martinique.

Recommandation n°36 Dans le programme expérimental objet de la recommandation n°7, retenir un territoire d'Outre-mer parmi les quartiers sélectionnés.

4.3.2 Favoriser l'accès au soin

Comme en métropole, l'organisation des soins de 1^{er} recours est en train de s'organiser avec la création de MSP, de CPTS et de centres de santé. Le dispositif SOPHIA Diabète très utilisé aux Antilles et à La Réunion contribue à la sensibilisation des patients et au maintien dans le soin. Le dispositif Mission Retrouve Ton cap (MRTC) testé à la Réunion est en voie de généralisation.

L'accès au 2^{ème} et 3^{ème} recours se heurte au manque de spécialistes.

- L'accès à la chirurgie bariatrique est limité et le plus souvent réalisé soit dans des cliniques privées, soit en métropole, posant le problème du suivi à moyen et long terme. Il sera important de suivre l'évolution de ces actes chirurgicaux après la mise en place des nouvelles autorisations, conformément à la réglementation de décembre 2022. Le déploiement des expérimentations article 51 sur la préparation et le suivi de la chirurgie bariatrique sera particulièrement important dans les DROM. Une **adaptation des forfaits au coût local** sera nécessaire.
- **Les SMR de Nutrition** sont parfois nécessaires pour des séjours itératifs ou longs dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte et parfois de l'enfant. Il est indispensable d'avoir un **SMR de proximité dans tous les DROM** permettant ces prises en charge sans avoir recours à un transfert en métropole, ce qui n'est pas le cas actuellement pour la Guadeloupe.

Recommandation n°37 Dès l'évaluation des expérimentations article 51 dédiées à la préparation et au suivi de la chirurgie bariatrique, étendre le ou les dispositifs validés aux DROM avec une adaptation du montant du forfait.

Recommandation n°38 Doter la Guadeloupe d'un SMR Nutrition enfant.

Les CSO ont un rôle majeur dans l'organisation de la filière de soins en lien avec l'ARS. Ils permettent une fluidité entre les niveaux de soin et servent de référence pour les obésités les plus complexes (3a,3b). Ils ont également un rôle dans le dépistage des obésités génétiques particulièrement fréquentes dans les DROM. Une coordination étroite entre le CSO, l'ARS et la CNAM permet d'entreprendre des actions de prévention et de soin efficaces, comme c'est le cas à la Réunion. Les CSO ont besoin d'être renforcés dans l'équipe de coordination pour être mieux à même de contribuer à l'organisation de la filière. Sur les territoires dépourvus de CSO ou ayant un CSO en difficulté - notamment par manque de moyen au niveau du CHU comme aux Antilles-, un suivi spécifique doit être entrepris avec un parrainage par un CSO de métropole avec des missions de suivi. **Un fléchage direct par l'ARS des moyens affectés aux CSO est indispensable.**

Recommandation n°39 Soutenir tout particulièrement le développement des CSO en lien avec l'ARS dans les DROM ; Instaurer un partenariat avec des CSO de métropole avec des missions de suivi.

En conclusion, un suivi spécifique de l'évolution de la prévalence de l'obésité et de l'offre de soins dans les DROM est indispensable compte tenu de l'importance des difficultés. Un fort investissement dans la lutte contre l'obésité avec fléchage des moyens est urgent.

Conclusion : Un comité interministériel pour la santé en charge du pilotage national du prochain plan de prévention et de prise en charge de l'obésité.

Pour être efficace, la prévention de l'obésité doit réunir de multiples acteurs, dont le champ d'action excède le périmètre du seul ministère de la prévention et de la santé. A ce titre, le ministère de l'Education nationale et de la Jeunesse, le ministère chargé de l'environnement, le ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, le ministère de l'agriculture et

de la souveraineté alimentaire, le ministère de l'Outre-mer, le ministère des sports et des jeux olympiques et paralympiques, le ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées doivent y être associés pleinement, de même que les collectivités territoriales et les acteurs associatifs.

Actuellement, aucune entité n'est investie du pouvoir de piloter véritablement la stratégie de prévention et de prise en charge de l'obésité, conduisant les multiples acteurs à agir de manière dispersée, et les pouvoirs publics à ne pas pouvoir arbitrer parmi leurs différentes priorités, ce qui se traduit souvent par l'inaction.

Cette absence de pilotage national constitue sans doute l'une des causes du bilan mitigé de la mise en œuvre des actions et programmes s'inscrivant dans le PNNS et la Feuille de route obésité.

C'est pourquoi la mission considère que, pour poursuivre efficacement l'action – le PNNS et la feuille de route prennent fin en 2023-, il est indispensable que la politique interministérielle pour l'éducation à l'alimentation, la prévention et la prise en charge de l'obésité, soit portée par un Comité interministériel pour la santé, réuni spécifiquement à cet effet par la Première Ministre⁷⁶. Celle-ci réaffirmera que la prévention de l'obésité constitue une priorité majeure de santé publique, devant faire l'objet d'un portage régulier devant le Comité interministériel. A cette fin, elle pourra charger le ministre de la Santé de mettre en place une équipe projet transversale, qui assurera le pilotage, la coordination, la visibilité et les arbitrages nécessaires pour garantir l'efficacité de cette politique partout sur le territoire.

Cette équipe projet serait garante de la réalisation du Plan de prévention et de prise en charge de l'obésité. Elle aurait notamment pour missions :

- d'assurer une vision globale du Plan de prévention et de prise en charge de l'obésité ;
- de porter un niveau d'investissement en lien avec les enjeux : compte tenu d'un montant de dépenses de santé lié à l'obésité de 20 mds d'euros par an, un investissement de 0,5 % de ces dépenses sur 5 ans, soit 20 M€ par an⁷⁷, pourrait être alloué à l'équipe projet pour garantir la réalisation du Plan ;
- d'assurer une bonne coordination avec les autres missions en cours notamment sur l'éducation à l'alimentation et le sport santé, ou toute autre mission en relation avec la prévention ou la prise en charge de l'obésité ;
- d'arbitrer les blocages qui pourraient survenir entre les différents ministères, et d'offrir une coordination efficace avec les différents travaux en cours sur l'éducation à l'alimentation, le sport santé ou les médiateurs de santé ;
- d'assurer le pilotage des actions, et d'évaluer leur efficacité, à la fois sur l'incidence de l'obésité et sur le soin ;

⁷⁶ Aux termes de l'article D1411-30 et D1411-31 du code de la santé publique, le comité interministériel pour la santé est présidé par le Premier ministre ou, par délégation de celui-ci, par le ministre chargé de la santé. Il est composé de l'ensemble des ministres et du secrétaire d'Etat chargé du budget.

Le comité se réunit au moins une fois par an. Son secrétariat est assuré par le secrétariat général du gouvernement. Il est chargé est chargé :

1° De veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé ;

2° De favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques ;

3° De veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional.

⁷⁷ (20 milliards X 0,5 %) / 5

- de superviser la collecte exhaustive des données de poids et taille au cours des examens de santé scolaire et du Service national universel ;
- de superviser la traçabilité de la consommation médicale des patients en situation d'obésité dans le SNDS ;
- de préciser et chiffrer le retour sur investissement d'une politique de prévention et de soin efficace en matière d'obésité, par rapport à la dépense actuelle de santé.

Au sein de l'équipe projet, un comité de suivi assurerait la coordination ministérielle et interministérielle de l'ensemble des objectifs du plan, en mobilisant et impliquant les différentes parties prenantes, particulièrement les professionnels de santé, les associations d'usagers et la société civile. Ce comité de suivi assurerait la gestion du Plan Obésité en mode projet et rendrait compte régulièrement de son avancement, à l'aide d'indicateurs et d'un suivi budgétaire rigoureux.

Le comité de suivi s'appuierait sur un comité de pilotage chargé de la supervision du suivi des actions du plan et de leurs adaptations. Ce comité de pilotage piloterait sa mise en œuvre et proposerait des adaptations du plan en fonction de l'évolution du contexte.

Recommandation n°40 Réunir un Comité interministériel pour la santé, spécifiquement consacré à la prévention et la prise en charge de l'obésité, avec une finalité claire de santé publique, placée sous la responsabilité du premier ministre ; désigner au sein du ministère de santé, une équipe projet transversale chargée de coordonner et de piloter la politique de prévention et de lutte contre l'obésité.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : LE RESEAU FORCE

ANNEXE 2 : ARTICLES 51 - DES AVANCEES INTERESSANTES DANS LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

ANNEXE 1 : LE RESEAU FORCE

Le réseau **FORCE -French obesity research centre of excellence**⁷⁸ est le réseau national de recherche clinique spécialisé dans l'étude des obésités et des maladies métaboliques associées. Il regroupe chercheurs, cliniciens spécialistes experts du domaine, créant ainsi une communauté d'experts unique dans le domaine des obésités et des maladies associées à l'échelle française.

Il a été labellisé en 2014 réseau d'excellence par l'infrastructure **F-CRIN (French Clinical Research Infrastructure Network)**. Son objectif est de développer la recherche clinique afin d'améliorer les stratégies préventives et thérapeutiques dans le domaine de l'obésité et des maladies associées.

Les principaux axes de recherche de FORCE sont :

- La définition d'une meilleure classification des patients obèses en fonction de leurs phénotypes spécifiques ;
- Une meilleure compréhension des maladies liées à l'obésité ;
- La réalisation d'essais cliniques à grande échelle chez des patients soigneusement ciblés.

FORCE offre aux promoteurs et investigateurs un environnement de travail national unique, à l'interface entre des unités de recherche pré-clinique et les services cliniques, favorisant ainsi le développement de projets de recherche (translationnelle et clinique) et la production de nouvelles connaissances scientifiques et médicales dans le domaine de l'obésité et des maladies métaboliques associées.

FORCE est également partenaire du **Hub nutrition ECRIN**, véritable porte d'entrée en Europe pour les investigateurs et promoteurs qui souhaiteraient mener des essais internationaux, et de la plateforme **EUCLID** (EUropean CLInical trials & Development), plateforme académique de services pour les essais cliniques et les interventions en santé.

Grâce à ses expertises et à celles de ses partenaires, FORCE offre de nombreux atouts au développement et à la conduite des essais cliniques nationaux et internationaux, notamment :

- un maillage territorial dense garantissant des capacités de recrutement élevées ;
- des pratiques cliniques harmonisées entre les différents centres à l'échelle nationale et européenne ;
- une collecte harmonisée des données pour faciliter leur partage et leur ré-utilisation ;
- des conseils d'experts coordonnant des programmes d'excellence, nationaux et internationaux dans le domaine.

⁷⁸ <https://www.force-obesity.org/fr>

ANNEXE 2 : EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51 : DES AVANCEES INTERESSANTES DANS LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

Les expérimentations du dispositif "Article 51" sur la prise en charge de l'obésité

Le dispositif "Article 51" prend son nom de l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 qui l'a créé. Il a pour objectif d'accompagner la construction et le déploiement d'expérimentations qui testent en conditions réelles des organisations innovantes de parcours de santé. Cela permet d'expérimenter, sur un terrain défini (une ou plusieurs régions), de nouveaux modes de financement et de prise en charge, afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins et de la prévention en santé.

Les projets sont majoritairement proposés par des acteurs de terrain et sont sélectionnés en fonction de leur faisabilité, de leur caractère innovant et efficace et de leur reproductibilité. Après autorisation par arrêté, ils sont financés soit par le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) seul, en cas de projet interrégional ou national, soit par le FISS et le Fonds d'intervention régional (FIR) en cas de projet régional.

L'expérimentation fait l'objet d'une évaluation indépendante sur laquelle les instances de pilotage du dispositif "Article 51"⁷⁹ s'appuieront pour leur avis sur le devenir de l'expérimentation à sa fin. Si les résultats sont probants pour le système de soins, le projet pourra faire l'objet d'une transformation du droit commun pour l'ensemble du territoire national.

Cent-trente-deux projets sont actuellement en cours d'expérimentation sur le territoire.

Le développement des expérimentations "Article 51" dans le domaine de l'obésité faisait l'objet de la 7^e « action phare » de la Feuille de route obésité 2019-2022. Dix expérimentations portent actuellement sur la prise en charge de l'obésité, tandis qu'une autre - Mission retrouve ton cap - est en cours de généralisation.

⁷⁹ Les instances de pilotage national de l'article 51 sont le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS).

Mission retrouve ton cap

En expérimentation de janvier 2018 à décembre 2020 dans le Nord-Pas-de-Calais, La Seine-Saint-Denis et La Réunion, « Mission retrouve ton cap » proposait une prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant grâce à une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

Ce dispositif est en cours de généralisation depuis 2022 sur l'ensemble du territoire.

En pratique, après dépistage et prescription par un médecin, l'enfant effectue un bilan diététique, psychologique et/ou d'activité physique. Puis il suivra une séquence de 1 à 6 séances de suivi réparties entre un accompagnement nutritionnel et psychologique, selon les besoins identifiés. Les professionnels (en diététique, psychologie et activité physique) doivent exercer en centre ou maison de santé et la sécurité sociale prend en charge 100 % de la séquence de bilan puis de la séquence de suivi.

Certaines modalités de l'expérimentation ont évolué pour la généralisation, selon les recommandations des instances de pilotage du dispositif "Article 51", comme l'élargissement du public concerné aux enfants de 3 à 12 ans (contre 3 à 8 ans dans l'expérimentation).

Lors de l'expérimentation, plus de 2000 enfants ont été inclus, dont 70 % au stade d'obésité, dans près de 50 structures. D'après le rapport d'évaluation finale, des évolutions positives ont été objectivées comme des modifications d'habitude de vie chez 82 % des patients. L'expérimentation a satisfait son rôle de dépistage puisque 9 patients sur 10 n'avaient jamais consulté pour leur poids auparavant.

Dix régions métropolitaines prennent part aux expérimentations mais l'**Outre-mer** est aussi représentée à travers PRALIMAP qui se déroule en Guadeloupe ou encore l'expérimentation OBEPEDIA qui est notamment déclinée à la Réunion.

Chaque projet propose des parcours structurés et coordonnés, adaptés aux besoins du patient, et apporte des éléments de réponse aux différents enjeux de la prise en charge.

Ainsi, certaines expérimentations s'attèlent à développer l'**offre de premier recours** grâce à la création d'un maillage pluriprofessionnel de proximité. C'est le cas de l'expérimentation TOPASE qui a pour objectif de créer des équipes territorialisées de proximité en Centre Val de Loire pour les enfants ou l'expérimentation GPSO pour les adultes en régions Hauts de France, Ile de France et Centre Val de Loire.

Les expérimentations s'appuient également sur le **rôle des CSO**, au-delà du troisième niveau de recours, d'animateur du réseau de soins et diffuseur de bonnes pratiques et de formation. C'est le cas de l'expérimentation PACO qui organise la prise en charge des patients éligibles à la chirurgie bariatrique en région PACA, où les CSO proposent des formations aux professionnels relais en ville.

En termes d'**accès aux soins**, le droit commun ne permet pas à ce jour le remboursement des prestations de diététique ou d'activité physique adaptée. Pour les consultations de psychologie, le nouveau dispositif Mon psy créé par la LFSS 2022 rend possible le remboursement de 8 consultations, ce qui peut s'avérer insuffisant dans le cadre de l'obésité. Par ailleurs, ces consultations peuvent ne pas être intégrées dans un parcours cohérent comprenant l'ensemble des prestations nécessaires et coordonnées. Alors que les patients suivis dans les établissements publics peuvent bénéficier sans frais supplémentaires de ces prestations, les patients suivis en ville ou en établissement privé doivent engager des frais, ce qui les amène parfois à renoncer aux soins. Pourtant, la prise en charge doit être pluridisciplinaire pour réussir. Les expérimentations permettent donc une harmonisation des prises en charge en incluant les interventions de diététique, de psychologie et d'activité physique adaptées aux besoins des patients, dispensées de manière coordonnée et financées au forfait. C'est un levier pour réduire la perte de chance des patients.

Ces interventions, dispensées sous la forme d'ateliers individuels ou collectifs, constituent l'**éducation thérapeutique** du patient, qui doit être au cœur de la prise en charge de l'obésité. Le nombre d'interventions et leur rythme est pré défini selon les besoins du patient. Par exemple, dans l'expérimentation EMNO, qui propose une prise en charge en cabinet spécialisé en Bourgogne Franche Comté, il existe plusieurs parcours selon les résultats de l'évaluation initiale du patient, avec un nombre d'interventions différents. Grâce à la rémunération au forfait, le parcours comprenant les interventions adaptées au patient est pris en charge.

Trois des dix expérimentations s'attèlent à la **prise en charge chirurgicale** en offrant une prise en charge pré et post opératoire. En pré opératoire, un parcours médico-éducatif permet d'optimiser l'apprentissage du patient et de vérifier l'indication chirurgicale, avec pour objectif principal d'améliorer la pertinence du recours à la chirurgie et de préparer le patient à l'après. En post opératoire, le patient poursuit son parcours médico-éducatif pour consolider son apprentissage et limiter le nombre de perdus de vue, qui ont un risque accru de complications et de reprise de poids. Ce sont par exemple les objectifs du projet OBEPAR regroupant les 4 CSO d'Ile-de-France (un projet qui n'a pas encore démarré à ce jour).

Certains projets proposent des **modalités de prise en charge innovantes**. Par exemple, PROXOB propose l'intervention d'équipes mobiles chez le patient. Ces interventions incluent non seulement le patient mais aussi son entourage et son environnement. De même l'expérimentation OBEPEDIA inclut des visites à domicile pour les enfants. Une autre expérimentation, EMNO, propose un outil digital pédagogique dédié tandis que l'expérimentation TIMEO teste un algorithme pour déterminer les besoins en interventions éducatives du patient.

Certaines expérimentations s'attèlent à la **prévention et au dépistage** comme PRALIMAP qui propose un dépistage du surpoids et de l'obésité chez tous les enfants de 4è en Guadeloupe.

Lorsqu'un projet arrive à échéance, il est évalué afin de déterminer comment il peut contribuer à construire de nouvelles modalités de prise en charge de l'obésité et de financement généralisables dans le droit commun. Les retours d'expérience des porteurs de projet permettent déjà d'identifier plusieurs axes importants à prendre en compte, notamment l'importance de la coordination. En effet, plusieurs expérimentations ont recours à un coordinateur (souvent un infirmier) pour organiser le parcours patient. Son rôle est important pour réduire le nombre de perdus de vue grâce à un suivi rapproché et personnalisé. Les projets pédiatriques montrent aussi l'importance de la prise en charge familiale pour s'assurer que les modifications du mode de vie à faire pour l'enfant soient effectivement prises en compte et appliquées. Ceci permet aussi d'élargir l'action en prenant en charge d'éventuels membres de la famille également en situation d'obésité.

Les 10 expérimentations article 51

Parcours de chirurgie bariatrique

BARIA UP :

- Régions Auvergne Rhône Alpes, Hauts de France, Occitanie
- Public et effectif cibles : 1065 patients éligibles à la chirurgie bariatrique
- Partenariat entre CSO et SSR pour la préparation à la chirurgie bariatrique puis le suivi post opératoire, renforcé pendant 2 ans puis poursuivi sur 3 à 5 ans.
- Date de fin : février 2027

OBEPAR :

- Région Ile de France
- Public et effectif cibles : 2000 patients éligibles à la chirurgie bariatrique sans comorbidités sévères
- Prise en charge personnalisée en partenariat ville et CSO de la phase préopératoire puis suivi post opératoire à court et long terme.
- Date de fin : mars 2028

PACO (Parcours de chirurgie bariatrique en PACA) :

- Région Provence Alpes Côte d'Azur
- Public et effectif cibles : 2100 patients éligibles à la chirurgie bariatrique
- Parcours médico-éducatif pré et post chirurgie avec ateliers multidisciplinaires individuels ou collectifs
- Promotion d'un parcours labellisé avec une charte proposée à tous les établissements de la région.
- Date de fin : septembre 2024

Parcours médical de l'adulte

EMNO (Espace médical nutrition-obésité) :

- Région Bourgogne Franche Comté
- Public et effectif cibles : 770 adultes en situation d'obésité
- Trois parcours médico-éducatifs gradués, personnalisés et évolutifs
- Outil pédagogique dédié pour le patient et l'entourage et forum de patients avec patient expert
- Date de fin : janvier 2024

GPSO (Gestion du parcours de santé dans l'obésité) :

- Région Centre Val de Loire, Hauts de France, Ile de France
- Public et effectif cibles : 3050 adultes en situation de surpoids ou d'obésité
- Parcours médico éducatif personnalisé avec des professionnels de premiers recours, et suivi de long terme
- Date de fin : janvier 2027

TIMEO (Traitement innovant multi évaluations de l'obésité) :

- Région Centre Val de Loire
- Public et effectif cibles : 1050 adultes en surpoids ou obésité
- Prise en charge multidisciplinaire dans un hôpital privé dont les modalités reposent sur un algorithme de personnalisation des soins.
- Date de fin : juillet 2027

Parcours médical de l'enfant

OBEPEDIA :

- Régions Auvergne Rhône Alpes, Grand Est, Hauts de France, Ile-de-France, La Réunion, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Pays de La Loire, Provence Alpes Côte d'Azur.
- Public et effectif cibles : 900 enfants et adolescents de 3 à 18 ans en situation d'obésité sévère
- Bilan suivi d'un coaching téléphonique et de visites à domicile puis une intervention intensive multimodale (ETP en individuel ou en groupe, visites à domicile, coaching téléphonique) sur 4 mois et enfin un accompagnement long.
- Date de fin : septembre 2025

PRALIMAP - INES

- Guadeloupe et Iles du Nord
- Public et effectif cibles : 5950 enfants scolarisés en classe de quatrième
- Dépistage chez tous les enfants scolarisés en classe de quatrième suivi d'un accompagnement collectif multidisciplinaire.
- Accompagnement renforcé en cas d'obésité sévère ou de contexte social défavorisé.
- Date de fin : septembre 2025

PROXOB (Accompagnement familial à domicile et de proximité de l'obésité infanto-juvénile) :

- Région Auvergne Rhône Alpes
- Public et effectif cibles : 300 familles soit 1050 personnes, dont 750 en excès de poids
- Interventions au domicile du patient en incluant toute la cellule familiale pour engager des modifications thérapeutiques du mode de vie de la famille.
- Equipes mobiles, programme motivationnel, accompagnement téléphonique
- Date de fin : septembre 2026

TOPASE (Territoire obésité parcours autonomie ensemble)

- Région Centre Val de Loire
- Public et effectif cibles : 1800 enfants et adolescents de 3 à 17 ans en surpoids ou obésité
- Parcours de proximité avec accompagnement multidisciplinaire individuel et/ou collectif et suivi long terme
- Accompagnement de la parentalité
- Date de fin : décembre 2026

LETTRE DE MISSION



Paris, le **11 OCT. 2022**

Le Ministre de la Santé et de la Prévention,
Le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie
et des Personnes Handicapées

à

Madame Martine LAVILLE
Professeure de Nutrition
Université Claude Bernard Lyon 1
43 boulevard du 11 Novembre 1918
69100 VILLEURBANNE

Objet : Lettre de mission

Madame la Professeure,

L'obésité est une maladie chronique évolutive ayant un impact crucial en termes de santé publique : en plus d'être une pathologie en soi, l'obésité est un facteur de risque majeur pour les pathologies chroniques les plus fréquentes en France (maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, divers types de cancers etc.). Elle a aussi des conséquences psychologiques et sociales plus cachées, notamment la mésestime de soi, la dépression ainsi que la stigmatisation.

En France, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est estimée à 17% selon la dernière vague de l'enquête Obépi de 2020, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Derrière ce chiffre peuvent être dégagées trois caractéristiques :

- l'obésité est une maladie au carrefour des inégalités sociales et des inégalités de santé : l'obésité est près de deux fois plus répandue au sein des catégories les plus modestes. Avec pour conséquence des difficultés d'accès aux soins de façon générale pour les personnes obèses au-delà même du traitement de l'obésité,
- une hausse de la prévalence plus marquée chez les jeunes, renforcée chez les enfants suite à la crise Covid,
- un fort dynamisme de la prévalence de l'obésité sévère, qui semble avoir significativement augmenté entre 2012 et 2020, passant de 1,2% à 2%².

La feuille de route pour la prise en charge de l'obésité, décidée par la Ministre Agnès Buzyn pour la période 2019-2022, a posé un cadre d'action global assorti d'un panel d'actions ambitieuses afin de mieux informer et orienter les personnes en situation d'obésité, de davantage coordonner les interventions des professionnels de santé autour du patient et de garantir la pertinence du traitement de cette affection multifactorielle et notamment ses formes sévères, avec pour objectif une prise en charge globale du patient sur tout le territoire, en développant les missions confiées aux centres spécialisés d'obésité (CSO).

---/---

Dans la continuité des priorités et mesures figurant dans cette feuille de route, et dans un contexte marqué par une forte prévalence de l'obésité, notamment parmi les enfants et les populations précaires, nous souhaitons vous confier une mission afin d'identifier les axes d'action opérationnels à mettre en œuvre afin de mieux prévenir et prendre en charge cette pathologie. En particulier, nous souhaitons que vous puissiez nous adresser, sur la base des dernières données disponibles sur la prévalence de l'obésité (en termes d'âge de sexe ou de milieu social par exemple) des propositions objectivées concrètes sur les axes prioritaires suivants :

- la prévention et la lutte contre l'obésité infantile (repérage, pratique du sport et de l'activité physique, prise en charge précoce dans le cadre de parcours de soin coordonnés),
- la prévention et la prise en charge de l'obésité pour les adultes, notamment les patients précaires (accès aux traitements existants, efficacité des traitements, inscription dans des parcours de soin pour cette pathologie et les autres susceptibles de survenir),
- l'amélioration de la prise en charge de l'obésité dans le cadre des CSO, et de la mise en place de filières régionales de l'obésité définissant une offre de soins graduée et structurée au service des soins de proximité,
- les axes prioritaires de recherche contre l'obésité, les besoins identifiés dans ce champ et les conditions à réunir pour y répondre,
- la formation des professionnels afin de répondre à la hausse des besoins au sein de la population ;
- la prévention et la prise en charge de l'obésité dans les outre-mer.

Pour conduire votre mission, vous pourrez vous appuyer sur les experts (scientifiques et praticiens) travaillant sur l'obésité et dont vous jugerez la contribution importante pour vos conclusions, ainsi que sur les services de l'Etat dont la contribution vous sera utile.

Vos propositions sont attendues pour la fin de l'année 2022.



François BRAUN



Jean-Christophe COMBE

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

- **MINISTERE DES SOLIDARITES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

Constance	Bensussan	Directrice de cabinet	Cabinet du Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées
-----------	-----------	-----------------------	--

- **MINISTERE DE LA SANTE**

Pauline	Martinot	Conseillère du ministre de la santé, en prévention, santé publique, santé mentale et jeunesse	Cabinet du Ministre de la prévention et de la santé
Guillaume	du Chaffaut	Directeur adjoint du cabinet du Ministre	Cabinet du Ministre de la prévention et de la santé
Antoine	Magnan	Conseiller médical enseignement supérieur et recherche	Cabinet Ministre de la prévention et de la santé
Daniel	Nizri	Président du conseil de suivi du PNNS4	
Anne	Hégoburu	Sous directrice	DGOS/Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Pauline	Bouillet	Adjointe au Chef du bureau prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale	DGOS/Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Marie-Laure	Sarafinof	Chargée de mission	DGOS/Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Thomas	Coone	Chef du bureau prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale	DGOS/Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Joëlle	Carmes	Sous-directrice	DGS /Sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation
Isabelle	De Guido	Chef du bureau Alimentation nutrition	DGS /Sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation
Clelia	Delpech	Sous-directrice du financement du système de soins	DSS/Direction de la sécurité sociale
Timothée	Mantz	Adjoint à la sous-directrice du financement du système de soins	DSS/Direction de la sécurité sociale
Jérémie	Casabielhe	Chef mission coordination et gestion du risque maladie	
Marion	Mathieu	Adjoint mission coordination et gestion du risque maladie	DSS/Direction de la sécurité sociale
Anne Charlotte	Salavert	Chargée de mission prévention	DSS/Direction de la sécurité sociale
Marianne	Billard	Directrice de projets, délégation ministérielle au numérique en santé	DNS – Délégation ministérielle au Numérique en santé
Hela	Ghariani		DNS – Délégation ministérielle au Numérique en santé

• **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**

Franck	Chauvin	Président (2017-2022)	
--------	---------	-----------------------	--

• **HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)**

Pierre	Gabach	Adjoint à la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins Chef du Service des Bonnes Pratiques	
Anne-Françoise	Pauchet Traversat	Cheffe de projet service des recommandations professionnelles	
Muriel	Dhenain	Cheffe de projet	
Pierre	Cochat	Président de la Commission de Transparence	

• **SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES SOCIAUX**

Hélène	Breeden-guillot	Interne en Médecine Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition	
--------	-----------------	--	--

• **PERSONNALITES QUALIFIEES**

Olivier	Ziegler	PUPH Nutrition Co-pilote feuille de route obésité 2017-2023	CHU Nancy/université Nancy
Jean-Michel	Oppert	PUPH Nutrition	APHP/ Sorbonne Université
Sébastien	Czernichow	PUPH Nutrition	APHP
Yves	Boirie	PUPH Nutrition Responsable CSO Auvergne	CHU Clermont-Ferrand / Univ
Chantal	Julia	PUPH Nutrition-Santé Publique	APHP/ Paris13
Magalie	Miolane	PH Nutrition Co- Responsable CSO Auvergne	CHU Clermont-ferrand
Anne	Bachelot	Présidente collège d'endocrinologie PUPH endocrinologie	APHP/ sorbonne université
Karine	Clément	PUPH Nutrition	APHP/ Sorbonne Univ
Raymond	Le Moign	Directeur	HCL Lyon
Francois	Alla	PUPH Santé Publique	CHU Bordeaux/ Univrsité
Jacques	Delarue	PUPH Nutrition Président de la Société Française de Nutrition	CHU Brest/ Université
Francois	Pattou	PUPH de chirurgie viscérale et endocrinienne	CHU Lille/Université Lille
Anne	Dutour	PUPH Nutrition Porteur art 51 PACO	CHU Marseille/ Université Marseille
Sébastien	Le Garf	EAPA, chargé de la coordination des projets de recherche au CSO de Nice	CHU Nice
Christian	Pradier	PUPH Santé publique	CHU Nice/ Université Nice
Nathalie	Lemoullec	Endocrinologue coordonnateur CSO Réunion	CHU réunion
Dominique	Langin	PUPH Nutrition Directeur unité INSERM	CHU Toulouse/ université Toulouse/INSERM

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE L'OBSÈTE EN FRANCE

Estelle	Nobecourt	PUPH Nutrition	CHU/ Université -La réunion
Judith	Aron	PUPH NUTRITION	Paris
Séverine	Ledoux	PUPH NUTRITION Responsable CSO	Paris
Agnes	Laville	Médecin généraliste	CPTS de l'Ozon
Véronique	Nègre	Pédiatre-responsable CSO	CSO PACA
Marie-Claude	Brindisi	PUPH NUTRITION Responsable CSO	Dijon
Chantal	Simon	PUPH Nutrition	Lyon1 université
Stéphane	Schneider	PUPH Nutrition Président CNU 4404	Nice
Cyrille	Collin	PUPH Santé publique	HCL/ Lyon 1
Damien	Sanlaville	PUPH de Génétique	HCL/ Lyon 1 Université
Camille	Canaple	Responsable REPPPOP LYRRA	Lyon

• **OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE (ONDPS)**

Emmanuel	Touzé	Président
Agnes	Bocognano	Secrétaire générale

• **AGENCES REGIONALES DE SANTE (ARS)**

Doriane	Argaud	médecin	ARS AURA
---------	--------	---------	----------

• **ASSURANCE MALADIE**

Catherine	Grenier	Directrice des assurés	CNAM
Ayden	Tajahmady		CNAM
Dominique	Martin	Médecin Conseil National	CNAM
Gregoire	De Lagasnerie	Responsable du département des produits de santé	CNAM
Pierre	Hamdouche	Eleve EN3S	EN3S
Naima	Sikora	Eleve EN3S	EN3S

• **AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM)**

Carole	Le saulnier	Directrice réglementation et déontologie	
Isabelle	Yoldan	Directrice Direction Médicale Médicaments 1 (DMM1)	
Medhi	Benkebil	Direction de la surveillance	

• **SANTE PUBLIQUE FRANCE**

Pierre	Arwidson	Direction de la prévention et de la promotion de la santé	
Laetia	Gouffe Benadiba	Direction de la prévention et de la promotion de la santé	

• **EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51**

Cyril	Gauthier	Médecin nutritionniste Porteur art 51 EMNO	Dijon
Monique	Romon	Médecin nutritionniste Porteur art 51 GPSO	Lille
Emmanuel	Disse	PUPH endocrinologie Porteur art 51 Bariaup	Lyon
Sun	Robin	Equipe nationale d'appui - expérimentations d'innovation en sante (art. 51 LFSS 2018)	Ministère des Solidarités et de la Santé
Natacha	Lemaire	Rapporteuse Générale du conseil Stratégique de l'innovation en santé Art 51	SGMCAS (ministère de la santé)
Maité	Tauber	PUPH Pédiatrie Porteur art 51 OBEPEDIA	Toulouse
Jocelyne	Raison	Médecin nutritionniste Porteur art 51 GPSO	Paris

• **ORGANISMES DE RECHERCHE ET D'ETUDES**

Olivier	Allais	Chercheur en économie	INRAE
Caroline	Mejean	Directrice de recherche	INRAE
Nicole	Darmon	Directrice de recherche	INRAE/ Aix-Marseille université
Aline	Charles	Epidémiologiste-DR	INSERM
Hubert	Vidal	Directeur unité de recherche CARMEN	INSERM
Mathilde	Touvier	Chercheur Directrice de L'Equipe de Recherche en Epidemiologie Nutritionnelle (EREN)	Inserm / Inrae / Cnam / Université Sorbonne Paris Nord
Sandrine	Lioret	Chargée de recherche	INSERM-villejuif
Muriel	Coupaye	PH Nutrition Présidente AFERO Membre coalition obésité	AFERO
Bruno	Dutournay	Directeur	CEMKA

• **PARLEMENTAIRES**

Cyrille	Isaac-Sibille	Organisateur matinée parlementaire « prévention en santé »	Député du Rhône
---------	---------------	--	-----------------

• **COLLECTIVITES TERRITORIALES**

Myriam	Buffet	Cheffe de service Mission santé Direction Santé	Mairie de LYON
Carène	Labryg	Coordinatrice santé	Mairie de Lyon
Dorothee	Gilbert	Médecin généraliste	Centre de santé
Camille	Delest	Médecin coordinateur	Centre de santé communautaire Vaulx en Velin
Marie-Sophie	Barthet	médecin	PMI

• **ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES**

Jacques	Batistonni	Ex président	MG France
Ghislain	Grodars-Humbert	Président	Association Française des diététiciens nutritionnistes
Sophie	Di Gorgio	Trésorière Générale	Conseil National de l'Ordre des Masseur-Kinésithérapeutes
Pascale	Vincent	Présidente	Conseil National de l'Ordre des Masseur-Kinésithérapeutes
Agathe	Raynaud	PUPH de gériatrie Vice-Présidente FFN	Fédération Française de nutrition
Vanessa	Cottet	MCU PH Nutrition Présidente FFN	Fédération Française de nutrition
Laurent	Salsac	Secr2taire adjoint UNIPA	UNIPA(Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancé)
Emmanuel	Hardy	IPA Pathologies Chroniques Stabilisées Prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires Président de l'UNIPA Membre du Haut Conseil des Professions Paramédicales	UNIPA

• **ASSOCIATIONS**

Jean-Philippe	Ursulet	Secrétaire général Ligue Contre l'obésité Membre de la coalition obésité	Ligue contre l'obésité
Anne-Sophie	Joly	Présidente Membre coalition obésité	Collectif National des associations d'obèses
Vincent	Frering	Chirurgien- Président de la SOFFCO-MM Membre coalition obésité	Lyon
Patrick	Emiel	Membre coalition obésité	Novo Nordisk
Théo	Klargaard	Membre coalition obésité	Novo Nordisk
Romane	Duvernay	Membre coalition obésité	Novo Nordisk
Maurine	Masrouby	Responsable des activités et du développement Antennes 58 et 89	IREPS BFC

• **EDUCATION NATIONALE**

Christine	Lequette	Médecin conseillère technique de la rectrice de l'académie de Grenoble	Service médical et social du rectorat de l'académie de Grenoble
-----------	----------	--	---

• **OUTRE MER**

Anaïs	Bréaud	Directrice de projet Outre-mer	Secrétariat général des ministères sociaux
Lydie	Landre		ARS Guadeloupe (DERBP)
Eloise	Tafna-Danavin		ARS Guadeloupe (DERBP/SFPASM)
Jean-François	Cayet	Directeur Direction Evaluation et Réponse aux Besoins des Populations	ARS Guadeloupe (DERBP)

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE L'OBSÈTE EN FRANCE

Lionel	Boulon		ARS Guadeloupe (DERBP/SFPASM)
Mohamed Hamid	Elarouti	Directeur Direction de l'animation territoriale et des parcours de santé	ARS réunion
Stelly	Chopinet Dijpux	Chargée de mission Nutrition (dt sport santé)-Parcours Ob�sitt�/Diabète Direction animation territoriale et parcours de santé (DATPS)	ARS Réunion
Anne	Minatchy Celma		Assurance maladie CGSS Guadeloupe
Laurence	Philippot- Krosta	Médecin Conseil	Assurance maladie Direction Régionale du Service Médical Martinique
Marianne	Loche-Ranguin	Cheffe de projets – R�f�rent DCGDR Art 51 Direction de la coordination de la Gestion du Risque et de la Lutte contre la Fraude – DCGDR	Assurance maladie Guadeloupe-DRSM Guadeloupe
Jean-François	Razat	Médecin Conseil Régional Directeur Régional Directeur Coordonnateur GDR	Direction régionale du Service médical de Guadeloupe
Christine	Jasmin Briatte	Médecin Conseil	Direction régionale du Service médical de Guadeloupe

SIGLES UTILISÉS

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ARCOM	Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
Asalée	Action de santé libérale en équipe
CIC	Centres d'investigation clinique
CRNH	Centres de recherche en nutrition humaine
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSO	Centres spécialisés d'obésité
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DAP	Demande d'accord préalable
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère de la santé)
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EAPA	Enseignant en activité physique adaptée
ETP	Education thérapeutique du patient
F-CRIN	French Clinical Research Infrastructure Network
FORCE	French Obesity Research Centre of Excellence
GPSO	Gestion du parcours de santé dans l'obésité
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Infirmier en pratique avancée
MRTC	Mission retrouve ton cap
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelles
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PIA	Programme d'investissements d'avenir
PRADORT	Syndrome de Prader-Willi et Obésités Rares avec Troubles du comportement alimentaire
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE L'OBESITE EN FRANCE

QPV	Quartiers prioritaires de la politique de la Ville
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RéPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
SEPA	Structures d'exercice coordonné participatives
SMR	Centre de soins médicaux et de réadaptation
SNDS	Système national des données de santé
SNU	Service national universel
SPF	Santé publique France
T2A	Tarifcation à l'activité
UCSF	University of California San Francisco