

**#LES IDÉES
DES ACTEURS**

Obésité : une Grande Cause nationale !

CRAPS

**OBÉSITÉ : UNE GRANDE
CAUSE NATIONALE !**

OBÉSITÉ :
UNE GRANDE
CAUSE NATIONALE !
#LES IDÉES DES ACTEURS

*CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE
SUR LA PROTECTION SOCIALE*

PRÉFACE

L'obésité progresse dans le monde et la France n'est pas épargnée. Stopper cette progression est une urgence, comme l'est également la prise en charge des personnes atteintes de cette maladie. Que l'on soit simple citoyen, patient, soignant, industriel, journaliste ou politique, nous sommes tous concernés par les défis posés par l'augmentation de l'incidence de l'obésité.

Cette maladie nous oblige, tous, à réfléchir, à redéfinir, à repenser et à changer le regard.

Réfléchir à pourquoi, la France, pays du bien manger, de l'égalité et de la fraternité, est, comme les autres, touchée par l'obésité avec une prédominance chez les plus démunis.

Redéfinir cette maladie est indispensable. Stigmatisée parce que trop visible et assimilée à la corpulence, elle est cependant invisible dans les statistiques de l'assurance maladie.

Repenser la prévention, la grande délaissée de notre système de santé et aussi l'organisation même de ce sys-

tème trop morcelé pour prendre en charge une maladie aussi complexe.

Changer le regard sur l'obésité, c'est entrer dans un cercle vertueux qui préfigure ce que doit être la médecine de demain.

La prévention en est un pilier majeur pour éviter le débordement des coûts liés aux maladies chroniques. La stratégie préventive doit être globale, coordonnée à l'échelle des territoires et guidée par les données épidémiologiques. Il ne peut y avoir de programme de santé publique sans disposer de données de qualité sur la santé de la population et c'est particulièrement vrai en ce qui concerne l'obésité. Ces données doivent concerner aussi les déterminants environnementaux de l'obésité et des maladies chroniques : sédentarité, mauvaise alimentation, troubles du sommeil, pollution.

La médecine de demain est basée sur la connaissance, et celle-ci a beaucoup progressé ces dernières années passant de la conception de l'obésité comme le simple résultat d'un déséquilibre de la balance énergétique (trop de calories pour le niveau de dépense) à une maladie due à la rencontre d'une susceptibilité génétique (principalement neuro-hormonale touchant les centres de régulation de la faim) et d'un environnement délétère obésogène.

La compréhension de l'origine de l'obésité doit être garante d'un comportement empathique, non stigmatisant envers les personnes souffrant d'obésité. C'est indispensable pour l'ensemble des soignants qui doivent être formés à cette maladie, mais aussi vrai pour la société tout entière qui doit être informée de ce qu'est cette maladie. Former et informer sont donc des clés pour un changement de regard.

L'obésité est une maladie chronique, la prise en charge des patients, quelles qu'en soient les modalités, doit s'envisager sur du très long terme. Elle nécessite un accompagnement multiprofessionnel dans la durée. Notre système de santé doit donc adapter ces modalités. Les innovations issues des articles 51, qui s'appêtent à passer dans le soin courant, ont le potentiel de transformer radicalement la prise en charge de cette maladie, en faisant un modèle pour la médecine des maladies chroniques. Assurer la réussite de ces nouvelles modalités de soin nécessitera d'importantes modifications dans les organisations avec un partage de la connaissance non seulement entre tous les soignants concernés mais aussi avec le patient, qui est au cœur du soin.

Il est donc urgent d'agir aujourd'hui pour ne pas impacter le futur.

Cet ouvrage du Think tank Craps réunit des contributions qui, à des titres variés, donnent un éclairage sur les initiatives et réflexions en cours permettant d'espérer le meilleur pour l'avenir, pour les patients mais aussi pour la société tout entière.

PR. MARTINE LAVILLE
PROFESSEUR ÉMÉRITE DE NUTRITION,
UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD, LYON 1

AVANT-PROPOS

Longtemps considérée comme une problématique nord-américaine, l'obésité connaît, partout dans le monde, une progression alarmante et affecte aujourd'hui 17 % des adultes dans notre pays, soit près de 8,5 millions de nos concitoyens. Si l'obésité concerne une proportion croissante d'adultes, elle n'épargne pas non plus les jeunes. Preuve en est, en 2020, le taux d'obésité parmi les 18-24 ans a atteint 9,2 %, contre 2,1 % en 1997. Une tendance qui se manifeste également chez les plus petits avec 17 % des enfants de 2 à 4 ans et 19 % de ceux de 5 à 7 ans souffrant déjà d'obésité.

Des chiffres d'autant plus inquiétants que l'obésité infantile constitue un déterminant majeur de l'obésité une fois adulte : plus de 20 % à 50 % des enfants en situation d'obésité avant la puberté le resteront à l'âge adulte¹. Plus préoccupant encore, si rien n'est fait pour inverser la tendance, 25 à 29 % des Français pourraient être atteints d'obésité en 2030. Une perspective qui soulève donc des enjeux sanitaires, humains, socio-économiques et financiers colossaux et appelle des réponses fortes (et urgentes) des pouvoirs publics.

Un enjeu sanitaire puisque l'obésité est une maladie chronique, multifactorielle et évolutive, dont la prise en charge reste éminemment complexe en raison de la résistance du tissu adipeux à l'amaigrissement et des nombreuses pathologies qu'elle engendre à l'instar du diabète de type 2, de l'hypertension artérielle ou encore de cancers. L'obésité étant en effet reconnue comme le troisième facteur de risque de cancer, après le tabac et l'alcool.

On constate ainsi que chaque année, en France, la surcharge pondérale est à l'origine de 18 000 nouveaux cas de cancers. Plus de la moitié des patients, tous types de cancers confondus, se trouvent en situation de surpoids (36,5 %) ou d'obésité (15,5 %) au moment de leur diagnostic. En outre, 40 % des patients subissent une augmentation de leur indice de masse corporelle (IMC) durant ou après les traitements. Elle représente également un facteur de mauvais pronostic ainsi qu'un risque accru de développer un second cancer, car l'inflammation liée aux tissus adipeux favorise une plus grande agressivité des tumeurs.

Un enjeu humain aussi, puisqu'au-delà des maux physiques, l'obésité engendre une altération de la qualité de vie, source de souffrance psychologique exacerbée par un rejet social prégnant. De l'école à

1. Pr Martine Laville, Rapport « Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France », ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2 mai 2023.

L'entretien d'embauche, en passant par la consultation chez son médecin, la personne en situation d'obésité est pénalisée et moins bien considérée. Si l'obésité ne définit pas plus l'identité d'une personne qu'une maladie invisible, « vivre avec », revient trop souvent à subir un jugement acerbe. Un jugement qui disqualifie. Vivre avec, c'est souvent subir les conséquences de pratiques médicales peu attentives aux nécessités d'un suivi personnalisé dans la durée.

Un enjeu socio-économique puisque l'obésité touche les milieux sociaux de façon inégale. Reflet des inégalités profondes qui traversent la société, elle affecte les moins favorisés d'entre nous. Les régions les plus touchées par l'obésité étant les plus pauvres, les plus touchées par la précarité ou les instabilités économiques. Les cadres étant moins touchés que les ouvriers ou les employés. Un enjeu financier enfin, puisque le coût de l'obésité est estimé à 10,6 milliards d'euros et que celle-ci occasionne des coûts directs (chirurgie, médicaments...) et indirects (absentéisme, mortalité prématurée...) abyssaux. Dans un contexte où les dépenses tendent à augmenter au regard des prévisions épidémiologiques, enrayer l'épidémie silencieuse que représente l'obésité n'est plus une option. Et plus encore à l'heure où la pérennité du financement de notre système de santé n'est pas garantie.

Malgré une mobilisation des pouvoirs publics et une prise de conscience du rôle fondamental de la nutrition et la sédentarité dans l'émergence des maladies non transmissibles (donc évitables par une politique de prévention) avec la mise en œuvre notamment des Programmes nationaux nutrition santé (PNNS), force est de constater que l'obésité ne fait que s'accroître, année après année. Des efforts en matière de prévention, de diagnostic et d'accompagnement des patients sont donc indispensables. 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 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. Cela ne sera pas possible sans un universalisme davantage proportionné pour viser les plus pauvres, davantage exposés au risque. Elles doivent être concertées, multisectorielles, multipartenaires et toucher à la fois l'alimentation, la sédentarité, et l'éducation, en englobant et coordonnant les actions locales préexistantes.

Comprendre et prévenir l'obésité reste toutefois difficile face à la multiplicité et l'interconnexion de ses déterminants, génétiques, sociétaux et environnementaux. Une prise en charge optimale d'une personne atteinte d'obésité requiert par conséquent

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 soins, qui dépendra du grade de la maladie. Les personnes qui en souffrent doivent être accompagnées de façon holistique. Cela ne sera pas possible si l'obésité ne bénéficie pas de la reconnaissance du statut de maladie chronique pour lui conférer la légitimité et les moyens nécessaires à une prise en charge globale et structurée.

Mieux prendre en charge les patients atteints d'obésité suppose enfin d'organiser la filière comme pour toute maladie chronique et coordonner les différents outils et traitements qui existent au sein d'une pluridisciplinarité nécessaire (médecins spécialistes d'organes, chirurgiens, paramédicaux, accompagnateurs sociaux...). Cela suppose *in fine* de repenser la prise en charge de l'obésité autour d'un parcours de soins adapté à la demande des personnes concernées et demandeuses de soins en évaluant et adaptant leurs besoins de santé.

Parce qu'elle est porteuse d'enjeux essentiels de santé, des valeurs républicaines, du soin et de l'accompagnement, la lutte contre l'obésité implique un engagement fort des pouvoirs publics au plus haut niveau. Convaincue que l'obésité doit devenir une grande cause nationale à laquelle doit être associée une stratégie décennale

interministérielle, la coalition obésité appelle une mobilisation collective impliquant tous les secteurs de la société (santé, éducation, politiques économiques et sociales...). Pour que la santé de nos enfants et plus globalement de notre société devienne notre boussole commune. Pour que nous revenions au sens éthique de nos obligations sociales et de nos solidarités humaines à leur égard.

C'est dans cette optique et pour enrichir le débat qu'une vingtaine d'acteurs issus d'horizons variés nous livrent à travers cet ouvrage leurs réflexions sur le sujet. Qu'ils en soient sincèrement remerciés tout comme les membres du comité d'experts qui, par l'analyse des idées des acteurs ainsi que par leurs propositions, ont contribué à la qualité et à la pertinence de l'ouvrage.

CONTRIBUTIONS

“
**MALGRÉ LES CONSTATS
ALARMANTS [...] L'OBÉSITÉ N'EST
TOUJOURS PAS
RECONNUE COMME
UNE MALADIE
EN FRANCE**
”

PAR

ANNE-SOPHIE JOLY

PRÉSIDENTE FONDATRICE DU COLLECTIF NATIONAL
DES ASSOCIATIONS D'OBÈSES (CNAO)

Introduction : un regard sur une pandémie silencieuse

L'urgence est réelle, l'obésité est désormais la quatrième cause de mortalité dans le monde, représente un facteur de risque avec ses 19 pathologies associées (cancers, maladies cardio-vasculaires...) et ne cesse de progresser. Au cours de la crise de la COVID-19, cette réalité (non transmissible et peu bruyante) s'est imposée de manière tragique : 40 % des décès liés au virus concernaient des personnes en situation de surpoids ou d'obésité, et 47 % des personnes admises en réanimation étaient dans cette situation, dans le monde entier.

Il est nécessaire de prendre en compte le fait qu'aujourd'hui, aussi bien les citoyens, que les professionnels de santé, mais aussi les scientifiques, à travers leurs études, montrent que l'obésité est une réalité plus que préoccupante en France et dans le monde. Il ne s'agit pas seulement d'une question de simple choix ou de « manque de volonté » ; c'est un fléau qui touche des millions de citoyens, dans une société où la prise en charge n'est pas adaptée. Et pourtant, il est fréquent d'entendre des remarques telles que « mais si les gens sont gros, c'est qu'ils le veulent bien, ce n'est quand même pas difficile de perdre du poids », « il faut être bête et feignant(e) pour en arriver à ce stade » ou encore « ce n'est quand même pas compliqué

de maîtriser son corps, quel manque de volonté, ça me dégoûte »...

Constats et enjeux : qu'avons-nous retenu ?

Face à cette situation, il est légitime de se poser la question suivante : quelles mesures avons-nous prises ou devons-nous prendre pour éviter de futures crises similaires ? Y a-t-il une prise de conscience de ces enseignements pour une action efficace ?

Malgré les constats alarmants de ces chiffres en constante progression, l'obésité n'est toujours pas reconnue comme une maladie en France, ce qui induit pour une certaine tranche de la population, même infime, le développement de la grossophobie. Cela inclut les médecins et suscite un non-intérêt pour certaines personnes à rentrer dans le système de soins afin de préserver leur santé au-delà du pur aspect physique.

Les professionnels de santé manquent de connaissances spécifiques sur le surpoids et l'obésité constituant un frein majeur dans la prise en charge des patients. Ce manque de formation, couplé à des préjugés, entraîne de la grossophobie dont les conséquences sur la santé sont directes. Il y a donc des inégalités de soins, des pertes de chances immédiates, voire définitives, pour le patient ainsi que des pertes d'années de vie.

Un grand nombre de patients se voient réduits à une simple condition physique, négligeant ainsi d'autres facteurs de la pathologie. L'obésité est ainsi traitée de façon minimaliste. Cela entraîne un manque de prévention et une sous-estimation des comorbidités associées pouvant aggraver d'autres pathologies coexistantes.

Concernant la grossophobie, elle est présente dans de nombreux secteurs médicaux à travers des jugements, de la culpabilisation, des remarques, de la stigmatisation... Cela entraîne une dégradation de la relation soignant/soigné et favorise l'évitement momentané ou définitif des soins.

Il existe une forme de double peine via les discriminations du quotidien dans le parcours de soins notamment, mais aussi à travers le manque, voire l'absence, de solutions thérapeutiques adaptées aux besoins spécifiques de ces personnes.

Pour une reconnaissance de l'obésité comme maladie en France

Le premier pas nécessaire pour sauver notre population et celle de nos enfants, c'est être actif, productif, efficace, engagé, pertinent... et de reconnaître officiellement l'obésité comme une pathologie afin d'ouvrir la voie

à une meilleure prise en charge, aussi bien par les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) que par les structures de soins.

La complexité de l'obésité demande une approche holistique sur du très long terme : elle ne peut être réduite à une simple question de contrôle du poids ou de volonté. Elle implique de nombreux facteurs notamment biologiques, psychologiques, sociaux, nutritionnels (alimentation, activité physique, sédentarité, dépense énergétique...) et environnementaux, et sa prise en charge doit en tenir compte.

Peu de mesures concrètes sont mises en place pour former les professionnels de santé ou sensibiliser le public. Il est donc essentiel de dispenser à ces professionnels une formation adéquate sur la complexité de la pathologie, ses spécificités, ses apparitions, ses complications... afin de pouvoir accompagner les patients avec bienveillance et compétence. Il est nécessaire de dispenser une formation générale autour de l'obésité, mais également une formation spécifique par spécialité médicale (cardiologie, cancérologie, diabétologie, gynécologie...). Mais également de leur donner les outils nécessaires pour agir efficacement en respectant la dignité des patients, c'est leur permettre de travailler en pleine conscience de leur rôle.

L'un des leviers importants et primordiaux pour sensibiliser le grand public à l'obésité et à sa prévention, mais qui doit être complété par bien d'autres actions, est la prochaine charte alimentaire 2025 de l'Arcom qui pousse des engagements encore plus forts avec les différents signataires de celle-ci.

Aux mesures précédemment citées s'ajoute la nécessité d'avoir un courage politique au plus haut niveau afin d'avoir un plan obésité interministériel, décennal, tel le plan Cancer, et en faire une Grande Cause nationale.

Sensibiliser la société pour éviter les préjugés et encourager les initiatives

Au-delà du champ médical, il est primordial de mettre en place des politiques de prévention efficaces, d'informer l'ensemble de la société sur les enjeux médicaux et sociétaux de cette maladie et cela dès le plus jeune âge ainsi que sur les différentes possibilités d'actions. Nous vivons de plus en plus dans des milieux anxiogènes où les populations perdent au fur et à mesure les bons repères pour leur santé ainsi que leur transmission d'éducation intergénérationnelle.

Tous ensemble nous avons un ou des rôles à jouer pour faire cesser cette pandémie tueuse et silencieuse, stigmatisante, qui est plus qu'éloignée

**TOUS ENSEMBLE
NOUS AVONS UN OU
DES RÔLES À JOUER
POUR FAIRE CESSER
CETTE PANDÉMIE
TUEUSE ET
SILENCIEUSE**

des préoccupations des uns et des autres par manque de connaissances de la pathologie.

Au travers de celle-ci, multiple dans ses complexités, elle est celle que personne

ne veut, que personne n'estime, mais que tout le monde déteste à commencer par ceux qui en souffrent. Les jugements sur les personnes souffrant de surpoids et d'obésité ne nous guériront malheureusement pas, nous avons besoin de bienveillance en plus d'une prise en charge médicale et sociétale optimale avec des professionnels de santé, des encadrants de la petite enfance... formés à notre complexité en plus de leur bienveillance plus que souhaitée, parce que notre combat, non désiré, en tant que malade chronique, sera porté toute notre vie.

Pour une action efficace, il faut prendre les problématiques à la base, à bras-le-corps, à tous les niveaux et de tous, par la reconnaissance et l'identification de ce qu'il nous faut en passant par la connaissance, la formation et l'information de tous.

Appel à une politique de santé autour de l'obésité

Pour espérer des résultats concrets, il faut aborder le problème en équipe (l'Agence de l'innovation en santé, la Cnam, les sociétés savantes, l'Académie de Médecine et de Chirurgie, les agriculteurs/éleveurs, la production et la transformation alimentaire, les associations de patients...), de façon transversale avec humanité, humilité et détermination en mutualisant les travaux existants tels que :

- le Plan national nutrition santé (PNNS) ;
- l'écriture de la feuille de route obésité DGS et DGOS ;
- le Conseil national de l'alimentation (CNA) ;
- la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) ;
- le Plan national pour l'alimentation (PNA) ;
- le Plan national santé environnement (PNSE) ;
- le Programme national de l'alimentation et de la nutrition (PNAN) ;

Obésité : une Grande Cause nationale !

- la Charte alimentaire de l'Arcom ;

- ...

Notre rêve est de voir la France s'unir autour de ce défi pour construire une société plus saine et plus inclusive. Nous devons travailler ensemble, dans un cadre éthique et porteur de valeurs, pour garantir un avenir en meilleure santé à la population.

Ce message s'adresse à vous, responsables et décideurs. Vous qui avez peut-être quelqu'un dans votre famille qui est touché par le surpoids ou l'obésité. Prenez le temps de nous écouter et de comprendre les enjeux de santé publique mondiaux qui touchent directement la vie de la totalité de la population française. Ensemble, nous pouvons co-construire et créer un cadre de vie plus respectueux et sain pour tous, en honorant un objectif commun, à la fois sociétal : la santé de notre société et celle de nos enfants, et politique : celle de la préservation de notre système de santé.



LA COMPRÉHENSION DES FACTEURS GÉNÉTIQUES PRÉDICTIFS DE L'OBÉSITÉ INFANTILE EST PRIMORDIALE POUR IDENTIFIER LES ENFANTS LES PLUS À RISQUE



PAR

DR. JEAN-LOUIS FRAYSSE

CO-FONDATEUR DE BOTDESIGN

PR. STÉPHANIE ALLASSONNIÈRE

PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ PARIS CITÉ,
ASSOCIÉ FONDATEUR DE SONIO

L'obésité infantile ; quelques éléments de contexte complémentaires

L'obésité infantile représente aujourd'hui un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale.

Ce phénomène résulte d'une interaction complexe entre des facteurs environnementaux, comportementaux et génétiques. Parmi ces éléments, la composante génétique est importante, car elle prédispose certains enfants à un risque accru d'obésité. La compréhension des facteurs génétiques prédictifs de l'obésité infantile est primordiale pour identifier les enfants les plus à risque et pour développer des interventions ciblées et efficaces afin de prévenir cette situation dès les premières années de vie.

Des recherches approfondies sur les familles et les jumeaux montrent que l'hérédité peut expliquer entre 40 % et 70 % de la variabilité de l'indice de masse corporelle (IMC) chez les enfants. Parmi les gènes les plus étudiés, le gène FTO (Fat mass and obesity-associated) se distingue par sa forte corrélation avec un risque accru d'obésité, influençant notamment l'appétit et la dépense énergétique. Le gène MC4R (Melanocortin 4 receptor) est également crucial, car ses mutations seraient l'une des causes génétiques les plus courantes de l'obésité monogénique, une forme

rare d'obésité due à une mutation sur un seul gène. À l'inverse, l'obésité polygénique, plus commune, résulte d'une interaction complexe entre plusieurs gènes et l'environnement.

L'épigénétique, qui étudie l'influence de l'environnement sur l'expression des gènes sans altérer la séquence ADN, a révélé que des facteurs comme la nutrition prénatale, l'exposition à des toxines et le stress pourraient modifier l'expression des gènes associés à l'obésité. Ces modifications épigénétiques peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, augmentant ainsi le risque d'obésité chez les descendants.

Ainsi, les facteurs génétiques prédictifs de l'obésité infantile sont multiples et complexes. S'ils ne déterminent pas à eux seuls l'apparition de l'obésité, ils interagissent de manière significative avec l'environnement et le mode de vie. Mieux comprendre ces facteurs pourrait permettre de cibler plus efficacement les interventions préventives et thérapeutiques, en mettant l'accent sur les enfants les plus vulnérables.

Rôle des données de santé artificielles dans la recherche sur l'obésité infantile

Pour élucider l'influence des facteurs génétiques sur l'obésité infantile, l'accès à de vastes ensembles de

« données patients » est indispensable. Cependant, recueillir ces données est souvent complexe, notamment pour des populations sensibles telles que les enfants. Les données artificielles permettent de résoudre ces problématiques en grande partie.

Le livre blanc intitulé « Données de santé artificielles : Analyse et Pistes de réflexion », coordonné par la Pr Stéphanie Allasonnière et le Dr Jean-Louis Fraysse, publié en avril 2024, définit avec précision ces données, leur mode de création, et les contextes sécurisés d'utilisation, en accord avec le RGPD et les normes éthiques en vigueur.

On entend souvent parler de données synthétiques et de données artificielles, comment peut-on les définir :

- Les données synthétiques dans le domaine de la santé proviennent de données collectées antérieurement (essais cliniques précédents, données de vie réelle, dossiers patients, registres) réutilisées et colligées pour créer de nouvelles cohortes de patients.
- Les données de santé artificielles (augmentées) sont, quant à elles, générées par des modèles mathématiques, statistiques et informatiques à partir de données de patients réels recrutés pour l'occasion ou de toute autre source de données citée précédemment.

Quelles sont les méthodes qui permettent de générer des données de santé artificielles

Le livre blanc précédemment cité détaille l'ensemble des méthodes permettant de générer des données artificielles. Nous allons ici parler plus particulièrement de 3 de ces méthodes :

1. Les méthodes bayésiennes : elles reposent sur des principes probabilistes pour modéliser l'incertitude dans les données. Elles génèrent des données artificielles en modélisant les données par des équations mimant le phénomène observé. Une fois calibrés à partir de données, ces modèles statistiques génératifs permettent d'échantillonner selon le modèle pour produire de nouvelles instances. La propriété bayésienne permet d'introduire des a priori médicaux sous forme de contraintes dans les équations. Elles sont particulièrement utiles dans des contextes où les données sont rares ou incomplètes, permettant ainsi d'intégrer des connaissances préalables dans le processus de génération des données. Appliquées à l'obésité infantile, ces méthodes peuvent être précieuses pour explorer des scénarios hypothétiques ou pour compléter les données réelles.

2. Les méthodes mécanistiques : elles modélisent explicitement les processus biologiques ou physiologiques sous-jacents aux données de santé. En combinant des connaissances théoriques avec des données réelles, elles génèrent des données artificielles qui respectent les lois naturelles ou mécaniques et chimiques connues. Dans le cadre de l'obésité infantile, une approche mécanistique pourrait modéliser les processus métaboliques influencés par des variations génétiques spécifiques, garantissant ainsi la cohérence des données artificielles avec les mécanismes biologiques.

3. Les auto-encodeurs variationnels (VAE) : ces modèles d'apprentissage profond permettent de proposer des modèles statistiques génératifs plus complexes que ceux présentés en 1. La mise en équation du phénomène se fait de manière implicite par l'utilisation de réseaux de neurones. Ils reposent sur une représentation de la distribution de probabilité des données dans un espace latent. Cette distribution permet un échantillonnage de nouvelles données artificielles via leur passage dans le décodeur qui a été appris conjointement. Cette méthode permet de produire des données statistiquement similaires aux données réelles, tout en préservant les structures complexes d'origine.

Les travaux menés en collaboration avec la Pr Allasonnière (Université Paris Cité) et BOTdesign permettent à ce jour d'augmenter des données d'imagerie, tabulaires, multimodales et longitudinales. Les variational auto-encoders (VAE) peuvent créer une représentation plus compacte et organisée des données dans l'espace latent, ce qui permet de mettre en évidence des groupes de données similaires (clusters). Ils sont capables de comprendre les relations complexes et non linéaires au sein des données, comme les millions de variations possibles dans l'ADN, qui peuvent influencer des conditions comme l'obésité. En simplifiant ces données tout en conservant les informations essentielles, les VAE rendent les données plus faciles à interpréter, tout en révélant des structures cachées importantes.

Les données de santé artificielles générées à partir des VAEs peuvent contribuer à la recherche sur l'obésité infantile pour :

1. Modéliser des relations complexes entre les gènes : en capturant les relations non linéaires entre différents gènes sur des échantillons étendus, les données artificielles permettent d'explorer comment diverses combinaisons de variations génétiques influent sur le risque d'obésité.

2. Augmenter les ensembles de données : les VAE permettent de générer des données artificielles supplémentaires utilisées pour développer et entraîner des modèles prédictifs plus robustes et applicables à des populations variées.

3. Explorer des scénarios hypothétiques : la génération de séquences génétiques rares ou sous-représentées permettrait de mieux comprendre les contributions génétiques à l'obésité.

4. Préserver la confidentialité des données de santé : en conservant les propriétés statistiques des données d'origine, les données artificielles facilitent la collaboration et accélèrent la recherche tout en respectant la vie privée des individus (RGPD).

5. Améliorer les modèles prédictifs : en enrichissant les ensembles de données, les VAE permettent de mieux capturer les variations génétiques influençant l'obésité, tout en réduisant le risque de surapprentissage.

6. Générer des patients artificiels pour les essais cliniques : les patients artificiels peuvent compléter les cohortes réelles dans les bras contrôle de phase 3, notamment en accélérant les processus de recherche clinique.

Pourquoi et comment la fiabilité et la représentativité des données de santé artificielles doivent-elles être garanties ?

L'IA générative offre des perspectives prometteuses dans le domaine de la santé, notamment en permettant la création de données artificielles à partir de bases de données de patients existantes. Cependant, il est impératif de valider la fiabilité et la représentativité de ces données pour garantir leur conformité avec les informations réelles.

La validation des modèles génératifs doit démontrer leur fiabilité, leur sécurité, leur reproductibilité, et leur conformité aux normes de santé en vigueur. Dans le cas de l'IA médicale, classée au niveau 3 de risque de l'IA Act, ces exigences sont critiques, car elles déterminent la qualité des résultats produits par ces technologies. Elles sont très innovantes.

Pour répondre à ces enjeux, nous devons mettre en place des comités de garantie humaine pluridisciplinaires. Ces comités doivent réunir des mathématiciens, des statisticiens, ainsi que des professionnels de santé experts dans la maladie ou l'organe traité. Leur rôle consiste à valider la fiabilité des bases de données initiales et augmentées, ainsi que la fiabilité des modèles d'IA utilisés. Ce processus de validation doit inclure une traçabilité rigoureuse pour garantir la transparence

et l'intégrité des résultats obtenus.

Conclusion

Les données artificielles sont à la disposition des équipes de recherche et les professionnels de santé pour mieux comprendre les facteurs génétiques de l'obésité infantile et prédire le risque chez les enfants. Leur utilisation doit être validée par les régulateurs de la santé (HAS, ANSM, EMA, FDA) pour la validation des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). Elle doit être strictement encadrée pour garantir une application responsable et éthique des technologies d'IA générative en santé, afin que l'innovation soit bien synonyme de progrès au service des professionnels de santé et des patients.

**LES DONNÉES
ARTIFICIELLES SONT À
LA DISPOSITION DES
[...] PROFESSIONNELS
DE SANTÉ POUR MIEUX
COMPRENDRE LES
FACTEURS GÉNÉTIQUES
DE L'OBÉSITÉ INFANTILE
ET PRÉDIRE LE RISQUE
CHEZ LES ENFANTS**

“

**NOUS ESPÉRONS
UN PORTAGE POLITIQUE
AU PLUS HAUT NIVEAU
DES POLITIQUES
DE L'ALIMENTATION
AU BÉNÉFICE DE
NOTRE BIEN-ÊTRE**

”

PAR

PR. DANIEL NIZRI

INSPECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE DES AFFAIRES SOCIALES
PRÉSIDENT DU COMITÉ DE SUIVI DU PNNS 4

La France a mis en place au niveau national, depuis plus de 20 ans, une politique nutritionnelle de santé publique.

Salué à sa naissance comme une démarche avant-gardiste, le Programme national nutrition santé, né en 2001, a contribué à faire émerger une préoccupation majeure de santé. Il résulte de la prise de conscience par les pouvoirs publics du rôle fondamental de la nutrition et de la sédentarité dans l'émergence des maladies non transmissibles, donc de maladies évitables, par une politique de prévention.

Cet objectif de promotion de la prévention au travers des changements de comportements nutritionnels est bien sûr un objectif de santé publique.

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs initiant ou favorisant 18 maladies.

Mais c'est aussi un enjeu économique. L'épidémie d'obésité coûte cher à la société. Les maladies induites ou favorisées par le surpoids et l'obésité ont un coût pour l'assurance maladie de 19 milliards d'euros pour les maladies cardio-vasculaires, de 10 milliards d'euros pour le diabète et de 20 milliards d'euros pour les cancers. Et en 2014, le coût sociétal du surpoids et de l'obésité était déjà de près de 54 milliards d'euros

d'euros pour la France soit 2,6 % du PIB. Et ce montant est à comparer aux économies recherchées aujourd'hui dans le cadre des discussions du parlement sur le PLF et le PLFSS.

La constance et la continuité sont deux éléments essentiels de l'action publique dans ce domaine.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) existe depuis 2001. Programme quinquennal inscrit dans le Code de la santé publique et porté par la DGS, il agit d'une part sur les comportements nutritionnels et d'autre part sur l'environnement alimentaire et physique. Au fur et à mesure des différents PNNS, le programme a été marqué par une prise en compte de plus en plus importante de l'action sur l'environnement alimentaire et physique, en intégrant davantage la question des inégalités sociales et territoriales en santé.

Mais en dépit des progrès enregistrés depuis vingt ans dans la lutte contre l'expansion des pathologies liées à la nutrition, plusieurs constats légitiment la poursuite de ce programme.

En France, près de la moitié des adultes et 17 % des enfants sont en surpoids ou en obésité.

Les inégalités sociales et territoriales se creusent et la nutrition en est un indicateur implacable.

Ainsi, près d'un quart des enfants dont les parents ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont en surpoids alors qu'ils ne sont que 10 % chez les parents dont le diplôme équivaut au moins à la licence.

Par ailleurs, on estime à 2 millions le nombre de personnes souffrant de dénutrition. Parmi ces personnes, 270 000 personnes âgées en institution et 400 000 personnes à domicile dont l'état de dénutrition affecte et accélère le processus de leur dépendance. Sans oublier les personnes porteuses de maladies chroniques dont le nombre va augmenter en raison du vieillissement de la population.

Et 40 % des personnes âgées sont hospitalisées en raison des conséquences de leur dénutrition et 50 % des personnes âgées hospitalisées sont dénutries.

L'ambition du PNNS 4 2019-2023 (prolongé jusqu'en décembre 2024 en raison de la préparation de la Stratégie nationale alimentation nutrition climat - SNANC) était donc de renforcer les actions pour inverser les tendances et en particulier :

- De réduire la fréquence du surpoids et de l'obésité de 20 %, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de ces derniers de 15 % ou encore de réduire de 30 % le pourcentage des personnes âgées dénutries de plus de 80 ans ;
- De limiter la fréquence de l'hypertension artérielle et de ses conséquences cardio-vasculaires ou encore la survenue du diabète de type 2 et des cancers liés à une mauvaise nutrition ;
- D'augmenter la pratique de l'activité physique et réduire la sédentarité liée aux écrans en contexte extraprofessionnel ;
- D'améliorer les consommations alimentaires et les apports nutritionnels en tenant compte des enjeux de développement durable, car nos habitudes d'alimentation ont un rôle dans la lutte contre le changement climatique ;
- De développer la pratique de l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques, cette activité n'étant pas un soin de confort, mais bien un soin de support, un vrai soin ;
- De prévenir la dénutrition, de développer des actions de dépistage et de surveillance de l'état nutritionnel

des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux. La dénutrition reste largement méconnue, tant de la population que des professionnels de santé et cette méconnaissance est une perte de chance de poursuite d'une vie en bonne santé pour nos aînés.

Il est indispensable d'accompagner toutes les personnes vivant en France afin de faciliter leurs choix alimentaires et d'inciter les acteurs économiques qui élaborent les aliments et les commercialisent à améliorer leurs recettes, à mettre à disposition de tous une information claire, facilement interprétable et transparente, à réduire la publicité pour des aliments dont la consommation devrait être limitée.

L'un des outils portés, défendus, par le PNNS 4 est l'usage du Nutri-Score, déjà plébiscité par nos concitoyens. Il assure une transparence sur la qualité nutritionnelle des recettes des produits alimentaires présentés dans les magasins. Son apposition n'est malheureusement pas obligatoire.

Un autre outil est l'amélioration de l'offre alimentaire par la réduction de la consommation de sel de 30 %, en agissant en premier lieu sur le pain, qui représente près de 25 % de l'apport en sel quotidien des Français.

En mars 2022, a été signé un accord avec la filière de la Boulangerie.

Une semaine de la dénutrition est organisée chaque année par le collectif de lutte contre la dénutrition avec le soutien du ministère chargé de la Santé. Ce collectif gère le logo « Semaine de la dénutrition » et labellise les actions proposées sur tout le territoire avec le soutien des Agences régionales de santé. (Flyers, ateliers culinaires, colloques, formations et webinaires). Et concernant le dépistage précoce, des expérimentations sont en cours avant généralisation. Enfin, le sujet dénutrition a été inclus dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Mais seulement 1/3 des professionnels médicaux et paramédicaux suit ces formations.

Il faut aussi permettre à chacun de trouver le goût et le plaisir de marcher ou de faire du vélo, dans un environnement qui, grâce aux interventions locales, rend favorable la pratique d'une activité physique agréable, facile et sécurisée.

Dans les fondements du PNNS apparaissait dès son lancement le souhait d'articuler le niveau national (qui fournit le cadre de référence) et des actions locales, garantissant une efficacité par le niveau de proximité avec la population.

Au niveau national revient le pilotage, les moyens, par exemple l'attribution du logo PNNS aujourd'hui confié au CNAM, la négociation, la réglementation, la loi.

Au niveau local, le PNNS doit créer un environnement global facilitant un choix positif pour la santé des consommateurs, en dialogue avec l'ensemble des acteurs et partenaires du programme.

Ce fut le cas pour la déclinaison ultramarine du PNNS, exemple de travail associant tous les acteurs nationaux (les deux ministères chargés de la Santé et des Outre-Mer), les acteurs locaux, dont les préfetures, les ARS et la société civile dont les associations.

Et les chartes d'engagement impliquant les collectivités territoriales, les villes, les départements mais aussi les entreprises sont le grand défi de ce programme. Il s'agit de toucher toute la population, sur différents sites d'intervention, le milieu scolaire et périscolaire, les lieux publics, comme la rue, les transports et bâtiments publics, les structures de santé, sociales et culturelles, les lieux commerciaux, les entreprises, les clubs sportifs.

En attendant l'évaluation du PNNS 4, en cours, nous pouvons souligner des Points forts :

- L'alimentation est reconnue comme un enjeu de santé publique.
- Et il y a un consensus sur la définition des repères nutritionnels.

Et identifier des points faibles ou plutôt des difficultés.

La première difficulté est celle de la définition d'une politique nutritionnelle généraliste, qui tienne compte des différentes populations cibles en fonction de leur âge (les jeunes, les personnes âgées), de l'existence de comorbidité ou de leur niveau socio-économique (les populations en situation de précarité, de pauvreté ou de fragilité sociale quelle qu'en soit la nature).

La deuxième difficulté est la différence de leviers selon les acteurs.

Pour certains, la régulation des comportements alimentaires collectifs par la réglementation doit être privilégiée, alors que pour d'autres la responsabilité de chacun dans son mode de vie est primordiale.

C'est l'opposition entre la réglementation et le résultat espéré de l'éducation et de l'information.

Troisièmement, chacun s'accorde aujourd'hui pour reconnaître l'influence des facteurs d'environnement tels que l'organisation de la restauration collective en milieu scolaire ou hospitalier, la disponibilité et la qualité nutritionnelle des aliments proposés par les enseignes et leur accessibilité économique.

Et la quatrième difficulté est, au niveau national, l'impérieuse nécessité de l'interministérialité.

Aujourd'hui, le nombre de plans, programmes et stratégies incluant des objectifs de santé est important, par exemple et de façon non exhaustive, le PNNS, bien sûr mais aussi le PNA, le PNSE, la SNSS, la Stratégie Bien Vieillir, etc.

Pour la mise en œuvre de ces politiques, les difficultés rencontrées par les personnels des administrations centrales, des services déconcentrés, des différentes territorialités, les associations, les enseignants ou les parents sont importantes.

L'absence de moyens suffisants pour les accompagner, de définition d'objectifs communs, de pilotage et de suivi concerté de ces politiques pénalise et parfois décourage ces acteurs.

En outre, les évaluations sont administratives. Elles concernent la mise en œuvre théorique des mesures et actions, mais sans étude d'impact.

Et les enseignements des constats post-COVID n'ont pas été suffisamment tirés.

- 40 % des plus de 200 000 décès imputés au COVID étaient en surpoids ou obésité ;
- Et ce sont les personnes en situation de fragilité sociale qui sont majoritaires dans ce contingent.

Or, les conséquences de la pandémie en termes de crise sanitaire, économique et sociale impactent les consommateurs - il suffit de regarder le contenu des caddies en sortie de caisse dans les grandes enseignes - et impactent toute la filière agro-industrielle comme le montrent les discussions autour du Mercosur ou de celles sur les échanges commerciaux avec la Chine ou les États-Unis.

Mais elles impactent aussi les acteurs qui préparent les politiques à venir.

L'avis 84 du CNA sur l'éducation à l'alimentation a été voté à l'unanimité le 26 septembre 2019 après des

travaux denses, difficiles mais où chacun a mesuré sa responsabilité.

Aujourd'hui, après le COVID, le rapport du groupe de suivi de cet avis fait état de nombreux dissensus.

La négociation en cours à l'Arcom de la prochaine Charte alimentaire entre les médias audiovisuels, les plateformes, les annonceurs représentant des acteurs de l'agroalimentaire, les représentants de la société civile et l'État est difficile en particulier sur l'affichage du Nutri-Score dans les publicités et la disparition des publicités sur des aliments Nutri-Score D et E aux heures d'écoute conjointe.

Les PNNS ont été élaborés à partir de l'évolution de la situation nutritionnelle de la population française telle qu'elle ressort des études nationales de l'Anses et de Santé publique France, des enseignements de la littérature scientifique, des bilans des stratégies, programmes et plans mis en œuvre sur la thématique mais également sur la base des orientations et objectifs de santé publique élaborés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Il en sera de même pour le PNNS 5.

**IL EST INDISPENSABLE
DE MOBILISER
L'ENSEMBLE DES
ACTEURS CONCERNÉS
[...] AUTOUR D'UNE
POLITIQUE CLAIRE,
EN FAVEUR D'UNE
ALIMENTATION
FAVORABLE
À LA SANTÉ**

Mais aujourd'hui, au niveau national, comme au niveau local, il est indispensable de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés déjà cités autour d'une politique claire, en faveur d'une alimentation favorable à la santé, durable et accessible partout et pour tous et en particulier pour les plus

fragiles d'entre nous. Sans oublier qu'elle doit aussi assurer la juste rémunération des producteurs et de la filière agroalimentaire.

Et pour cela les différentes stratégies ministérielles doivent impérativement être réfléchies avec tous les acteurs qui auront à les mettre en œuvre.

Elles doivent également être coordonnées afin d'optimiser les moyens humains et matériels dédiés et de potentialiser les résultats attendus.

Et ces résultats doivent être concrets, c'est-à-dire changer réellement le bien-être de la population. À quoi servent les guides de bonnes pratiques pour la prévention de la dénutrition si nous manquons des

professionnels formés pour accompagner nos aînés et leurs aidants.

Or, tous ceux d'entre nous qui ont connu le cancer comme soignants ou comme soignés, et parfois les deux, peuvent témoigner que le portage politique de son chantier, le premier plan cancer, par le chef de l'État a été déterminant. Il y a eu un avant et un après.

C'est pourquoi nous espérons un portage politique au plus haut niveau des politiques de l'alimentation au bénéfice de notre bien-être.

“

**IL EST URGENT
DE COMPRENDRE (ENFIN)
QUE L'OBÉSITÉ EST UNE
MALADIE CHRONIQUE,
MÉTABOLIQUE
ET ÉVOLUTIVE**

”

PAR

AURÉLIE QUILLETPSYCHOLOGUE, FORMATRICE OBÉSITÉ
À LA LIGUE NATIONALE CONTRE L'OBÉSITÉ

Lorsqu'on est en situation d'obésité, le premier symptôme, et le seul visible, c'est le poids, la corpulence. Mais le poids n'est qu'un des multiples symptômes de l'obésité. Cette restriction dans la définition de l'obésité crée un véritable environnement non seulement obésogène (qui favorise l'obésité), mais en plus discriminant (qui traite les personnes de manière négative). L'obésité est la seule maladie que tout le monde sait guérir : « Il faut perdre du poids et il faut faire des efforts pour cela ! » À en croire ceux qui n'en souffrent pas, l'obésité est donc facile à combattre si l'on suit les « bons conseils » censés encourager à perdre du poids. Sauf que... ces remarques ou commentaires sont, d'une part, culpabilisants, mais aussi et surtout, inefficaces !

Il existe différentes formes de stigmatisation :

- La discrimination explicite qui consiste à avoir ouvertement des discours ou des comportements négatifs à l'égard des personnes en obésité. Celle-ci constitue ce qu'on appelle plus communément « la grossophobie » avec son lot de réflexions désobligeantes et d'actes discriminatoires comme par exemple à l'embauche ou dans l'accès à des postes à haute responsabilité.
- La discrimination implicite qui peut se traduire par les mêmes faits, mais dont les croyances et les attitudes sont inconscientes, et bien souvent involontaires.

C'est le cas notamment des personnes qui donnent des conseils nutritionnels sans avoir aucune connaissance, ni dans ce domaine, ni dans les habitudes de vie de la personne en surpoids.

- La discrimination systémique, sociétale et/ou environnementale, car la société n'est pas appropriée aux personnes à forte corpulence, voire excluante. Par exemple, les chaises avec accoudoirs au cinéma, au restaurant, dans les transports publics, dans les salles d'attente ou bien encore dans le monde médical avec du matériel et des outils non adaptés comme les brassards de mesure de tension artérielle, les scanners ou tables d'IRM.

- La discrimination internalisée qui concerne les personnes en obésité elles-mêmes qui, à force d'entendre ces propos, s'en sont approprié la valeur, et qui vont donc croire faussement qu'elles sont responsables de leur état.

Les conséquences de cette stigmatisation sont nombreuses et dramatiques, et amènent à des comportements encore plus négatifs pour leur santé de la part des personnes malades : stress, isolement, dépression, TCA (Troubles des conduites alimentaires), risques suicidaires, addictions, honte et arrêt des soins

à cause de la non-adhérence (autrefois appelée non-observance).

Cette méconnaissance de la maladie est extrême-

ment délétère pour les personnes en obésité, prin-

cipalement car la culpabilité n'a jamais fait maigrir

personne, c'est même plutôt le contraire. Les changements d'habitude de vie concentrés sur l'alimenta-

tion et l'activité physique sont insuffisants, car la définition de l'obésité est souvent bien plus complexe

qu'une simple balance énergétique. Cette balance étant cassée, les comportements alimentaires sont des

conséquences d'un dysfonctionnement métabolique du corps et il existe une perte de bénéfice de l'activi-

té physique pour les mêmes raisons. Ainsi, l'alimentation et la sédentarité sont des facteurs aggravants

(et non des causes) mais aussi des conséquences de la maladie obésité. Cette dérégulation est la cause princi-

ale de la prise de poids et on peut donc être en « pré-obésité » avant le déclenchement de la prise de poids.

Il faut donc bien comprendre les causes de l'obésité qui peuvent être génétiques, biologiques, chimiques, mé-

taboliques, endocriniennes, neurologiques, digestives, environnementales, sociales, psychologiques...

Pourtant, la société continue de penser que la volonté et la

**LA CULPABILITÉ N'A
JAMAIS FAIT MAIGRIR
PERSONNE, C'EST
MÊME PLUTÔT LE
CONTRAIRE**

motivation ont une influence suffisamment forte pour contrecarrer tous ces éléments !

Alors quelles solutions peut-on apporter ?

- Expliquer la maladie obésité et ses causes multifactorielles en se basant sur des faits scientifiques : il est urgent de comprendre (enfin) que l'obésité est une maladie chronique, métabolique et évolutive, et qu'elle se présente sous des formes variées en fonction des individus ; on devrait d'ailleurs utiliser le pluriel pour les obésités, tant il en existe des types différents, principalement en fonction des causes qui ne sont pas les mêmes pour tous.

- Adapter le vocabulaire employé pour ne pas réduire les personnes à leur maladie. On n'est pas une maladie, on l'a. Ainsi, le modèle anglo-saxon qui consiste à mettre la personne en premier (« People first language ») paraît être une bonne solution pour éviter d'avoir un discours qui véhiculerait des croyances erronées. On pourra donc plus volontiers utiliser les termes de « personnes en obésité », « personnes ayant une obésité » (ECPO), « personnes vivant avec une obésité » (EASO) ou encore « personnes en situation d'obésité » (HAS) plutôt que le mot « obèses » à bannir.

- Améliorer la formation initiale de tous les soignants, car l'obésité n'y est pas (ou trop peu) abordée à l'heure actuelle. De même, le nombre de spécialistes de l'obésité est en baisse constante, il est urgent de valoriser cette spécialité pour pouvoir compter sur des professionnels de qualité.

- Encourager la recherche française à poursuivre les études menées sur l'obésité et ses traitements.

- Que les gouvernements et pouvoirs publics mettent en place des stratégies politiques fortes pour combattre les véritables causes systémiques (industrie agroalimentaire, pollution et perturbateurs endocriniens), et reconnaître l'obésité comme une maladie pour faire en sorte que les personnes ne soient pas stigmatisées et qu'elles puissent bénéficier du soutien médical, paramédical et thérapeutique dont elles ont besoin. C'est également le rôle de l'état de donner les moyens financiers, humains et matériels aux associations nationales et locales afin de mettre en place, développer ou coordonner les actions de prévention, de sensibilisation et d'accompagnement.

- Prendre en considération le point de vue des patients, car personne ne peut savoir mieux qu'eux, ce que c'est de vivre avec la maladie. L'intégration de patients experts, partenaires ou ressources dans la construction, l'animation et l'évaluation des programmes de

prévention et de prise en charge est absolument nécessaire.

- Fluidifier les informations entre patients et soignants permet aux premiers de comprendre le fonctionnement de leurs corps et aux seconds d'améliorer l'accompagnement thérapeutique, car lorsqu'un professionnel est blessant, stigmatisant, maladroit ou maltraitant, c'est l'ensemble du système de santé qui est décrédibilisé.

- Améliorer la lisibilité, la visibilité et la coordination des structures de soins. Aujourd'hui, il existe beaucoup d'établissements de soins, de professionnels ou d'associations qui traitent le sujet de l'obésité, que ce soit dans la prévention, la prise en charge, l'accompagnement, la recherche ou encore la formation mais sans coordination, ces offres sont peu accessibles aux personnes qui en auraient besoin.

- Prendre en considération les contraintes économiques des personnes en obésité. Il y a une forte prévalence de précarité dans cette maladie. Or, les soins (certains médicaments, examens biologiques et encore plus particulièrement les accompagnements diététiques, psychologiques, et l'activité physique adaptée) ne sont pas remboursés. Dans la mesure où l'obésité n'est pas reconnue comme une maladie, elle ne figure pas non

plus dans la liste des affections de longue durée (ALD), c'est un scandale pour 17,9 % de la population française qui souffre de cette pathologie, et d'autres associées.

- Faire la distinction entre la maladie obésité et l'apparence du corps ou la morphologie. Le fait d'admettre que l'obésité est une maladie ne constitue pas fondamentalement une dépréciation de la « valeur » du corps gros. Il est donc important de mettre l'accent sur la diversité des corps représentés dans les médias pour que chacun (et en particulier les jeunes) puisse accepter que tous les corps sont dans la nature et qu'on cesse de juger les différences.

- Cibler la « lutte » contre la maladie, et non les personnes qui en sont atteintes de manière injuste.

- Alléger le poids supplémentaire que les personnes en obésité n'ont pas besoin de porter. Dans ce domaine, tout le monde et chacun est responsable et peut œuvrer pour offrir un monde meilleur, sans jugement ni discrimination à l'égard de toutes formes de différences. La diversité humaine est le secret de l'équilibre de l'humanité.

“

Y A-T-IL [...] UNE PLACE POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS EN OBÉSITÉ ?

”

PAR

DR. ALEXANDRE RAULTCHIRURGIEN DIGESTIF ET PRÉSIDENT DE LA CME
À L'HÔPITAL FOCH DE SURESNES

Les études de cohorte sur le surpoids et l'obésité (ObEpi 2012 : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité : une enquête Inserm/Kantar Health) montrent une proportion de personnes en obésité au-delà de 60 ans plus importante que dans la population générale et cette tendance s'accroît tous les ans.

La chirurgie bariatrique reste un des meilleurs traitements de l'obésité morbide chez les patients de moins de 65 ans mais elle reste controversée au-delà de 65 ans en raison de résultats postopératoires mitigés. En effet, la perte de poids est faible et les indications de la chirurgie doivent prendre en compte le risque sarcopénique induit par l'amaigrissement.

Ainsi, les données actuelles, hétérogènes et de faible niveau de preuve, ne permettent pas d'établir un rapport bénéfice/risque favorable de la chirurgie bariatrique au-delà de 65 ans.

Y a-t-il donc une place pour la chirurgie bariatrique chez les patients âgés en obésité ?

L'étude ObEpi 2012 a montré que la proportion de personnes en obésité chez les plus de 65 ans est plus importante que dans le reste de la population : 18,7 %.

Elle est comparable chez les hommes (19 %) et les femmes (18,4 %).

La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge à partir de 65 ans, elle est de 21,8 % chez les 65-69 ans et de 16 % chez les 80 ans et plus. Cette diminution est plus marquée chez les hommes (réduction de 9 points) que chez les femmes (réduction de 3 points).

Cette diminution peut s'expliquer, car certains patients ont souffert des complications de l'obésité sur de nombreuses années et disparaissent donc des courbes en raison de leur décès.

Une maladie intercurrente peut également entraîner une perte de poids.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, à la différence de la population plus jeune, un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35 ou inférieur à 20 augmente les risques de mortalité.

On retrouve donc ce que certaines études évoquent comme un « effet protecteur » sur la mortalité, d'une obésité modérée (IMC entre 30 et 35).

À l'inverse, un amaigrissement important peut entraîner chez les personnes âgées de plus de 65 ans une

sarcopénie notable qui nécessiterait des changements dans la vie quotidienne du patient : diminution des capacités à se mouvoir, besoin d'assistance ou d'une institutionnalisation. Il s'agit donc là d'un point de vigilance important.

Il est également à noter que les besoins protéiques augmentent avec l'âge, passant de 0,8 g/kg/jour pour un adulte jeune en bonne santé à 1 g/kg/jour pour une personne de plus de 70 ans. Ainsi, un programme d'amaigrissement basé sur un régime alimentaire strict et une activité sportive modérée, favorisant le renforcement musculaire chez un patient âgé en obésité, devra inclure un apport protéique jusqu'à 1,2 g/kg/jour. Il en sera de même pour un patient âgé ayant bénéficié d'une intervention bariatrique.

La population de patients en obésité âgés de plus de 70 ans est hétérogène

D'une part, pour les patients en situation d'obésité (IMC > 35 kg/m²) atteints d'une comorbidité bien contrôlée, qui conservent une activité physique, un programme d'amaigrissement (régime alimentaire ou intervention de chirurgie bariatrique discutée préalablement en RCP) permettrait de traiter cette comorbidité et d'allonger l'espérance de vie du patient.

D'autre part, un patient présentant la même obésité mais sans activité physique, et avec une répartition des graisses essentiellement abdominale ou viscérale, sera considéré comme un patient sarcopénique chez qui un amaigrissement pourra s'avérer dangereux.

Ainsi, l'évaluation de la sarcopénie et du capital musculaire du patient devra être intégrée au bilan préthérapeutique du sujet âgé en obésité âgé de plus de 70 ans. Cette évaluation sera réalisée sur la base de tests cliniques (tests de marche, de « lever de chaise »), de la mesure de la composition corporelle (balance à impédancemétrie), ou d'un scanner abdominal permettant l'évaluation de la masse musculaire.

Les études de faisabilité de la chirurgie bariatrique chez le patient de plus de 65 ans sont plutôt favorables.

Plusieurs études, certaines portant sur plus de 8 000 patients, ne révèlent pas d'accroissement majeur de la mortalité ou de la morbidité dans cette population.

Certains articles montrent une perte d'excès de poids moindre que dans une population de moins de 60 ans, ou une durée d'hospitalisation allongée après chirurgie bariatrique.

Par ailleurs, la chirurgie a permis de résoudre les comorbidités associées telles que l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2, dans des proportions identiques à la population de moins de 60 ans.

La chirurgie bariatrique est donc réalisable chez le patient âgé en situation d'obésité morbide.

Quoi qu'il en soit, une intervention, lorsqu'elle est proposée, devra l'être dans un cadre habituel et conforme aux recommandations de la HAS et après accord préalable de la CPAM, le patient répondant ainsi à tous les critères.

Face à l'allongement de la durée de vie et à une prévalence de l'obésité augmentant chez les sujets de plus de 65 ans, la question de la chirurgie bariatrique se posera de plus en plus fréquemment dans cette population.

Elle devra donc s'étudier au cas par cas, tout en gardant à l'esprit qu'elle peut faire partie intégrante de l'arsenal

**FACE À
L'ALLONGEMENT DE
LA DURÉE DE VIE ET
À UNE PRÉVALENCE
DE L'OBÉSITÉ
AUGMENTANT CHEZ
LES SUJETS DE
PLUS DE 65 ANS,
LA QUESTION DE
LA CHIRURGIE
BARIATRIQUE SE
POSERA DE PLUS
EN PLUS**

Obésité : une Grande Cause nationale !

thérapeutique et pourra être proposée à des patients sélectionnés, même au-delà de 70 ans avec dans ces cas précis, de probables bons résultats.

Une évaluation multidisciplinaire est indispensable avec un objectif de perte de poids inférieur à celui de la population générale. Dans cette hypothèse, il conviendra de rester vigilant sur le risque sarcopénique.

Une pré-habilitation pourra d'ailleurs être proposée aux patients devant bénéficier de chirurgie bariatrique : une préparation physique adaptée permettra d'augmenter la masse musculaire du patient afin de réduire le risque sarcopénique.

Enfin, des études ayant un recul de plus de 10 ans seraient intéressantes et permettraient d'affiner les indications chirurgicales.



LES PARTENAIRES SOCIAUX (ENTENDUS COMME ÉTANT LES SALARIÉS ET LES EMPLOYEURS) PEUVENT ÊTRE DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES Y COMPRIS SUR CEUX TOUCHANT À LA DISCRIMINATION



PAR

DAVID OLLIVIER-LANNUZEL

PRÉSIDENT DE L'UNION PRÉVENTION SANTÉ
POUR LA FONCTION PUBLIQUE (UROPS)

Produire une contribution sur l'obésité peut apparaître comme un défi tellement je ne voyais pas vraiment comment aborder ce thème avec la conscience de ma compétence limitée, voire inexistante, en ce domaine. Pourtant, en tant que citoyen engagé dans le monde de l'Entreprise, dans sa vie sociale et dans ses réalisations, je me suis au moins interrogé sur les façons dont on peut, dont on pourrait appréhender la problématique de l'adaptation de l'Entreprise. Est-elle possible ? Est-elle seulement souhaitée ? Et sur l'obésité et, par capillarité, sur le regard sur l'Autre au sein de l'Entreprise.

Si nous pouvions considérer que nous avons avec l'Entreprise un environnement de vie mais aussi un territoire de santé publique, il me semble que nous pourrions déjà avoir une première approche pour résoudre notre questionnement. En effet, pourquoi s'empêcher de considérer cet espace de production comme étant seulement cela. L'entreprise est un environnement de travail, de production mais aussi de lien social. Parce que c'est un lieu de vie, elle peut être aussi un espace de discrimination, de violence, de rejet et, par voie de miroir, un espace d'initiative, de meilleur être, d'épanouissement, en fait ce qui définit le Soi en Entreprise, la création d'une identité sociale au travail... et par ricochet dans nos sociétés « modernes ».

Pour tendre à un possible idéal, il est primordial que les corps constitués au sein de l'Entreprise appréhendent au mieux les enjeux liés à l'acceptation et à l'adaptation de l'Entreprise à tous et de rentrer dans un espace de dialogue entre partenaires sociaux (patronaux et de salariés) au niveau de la branche professionnelle et du local. Ici comme ailleurs, la souplesse de l'accord est toujours meilleure à la contrainte de la norme et du règlement.

Cette notion de partenaires sociaux est essentielle, mais elle ne s'impose pas naturellement. Elle se construit lentement sur des bases de compréhension, d'écoute, de respect mutuel. Je me souviens des paroles d'André Mordant, ancien secrétaire général de la FGTB, pour qui la notion de partenaire social ne pouvait pas se comprendre, lui qui considérait que chaque avancée sociale était le fruit d'un combat, d'une lutte. Pourtant, il y a des enjeux qui dépassent les positions normées, donc confortables des interlocuteurs et où l'acceptation de l'autre dans un espace de travail ne peut se limiter à des critères de RSE ou à des critiques simplistes de l'organisation du travail. Il est vrai que la compréhension de l'autre passe aussi par la définition et l'acceptation du handicap ou de la maladie. C'est certainement une des difficultés pour aborder la problématique liée à l'obésité ; c'est que celle-ci n'est pas caractérisée comme étant une maladie à part entière mais avec une vision simpliste plus comme une conséquence d'un mode

de vie. Elle en devient indéfinissable, et peut revêtir plusieurs causes avec des effets présumés ou exacts.

Or, nous le savons aujourd'hui, l'obésité est une maladie et par conséquent la personne

en obésité doit pouvoir trouver une réponse dans les modèles de prise en charge tant de la part de l'Assurance maladie que des complémentaires. Or, le fait que l'obésité ne soit pas reconnue à part entière présente un réel handicap à la mise en œuvre d'une politique sanitaire et préventive adaptée. Ainsi, les professionnels de santé et les médecins traitants en premier lieu peuvent se trouver démunis face à un patient souffrant d'obésité et ne répondre qu'avec l'objectif de la perte de poids et pas des effets générateurs : génétiques, le mode de vie, le stress, tant de facteurs différents que son appréhension est variable. On le voit, les démarches curatives peuvent exister et la littérature le démontre toutefois, les démarches préventives le seraient moins et surtout quels sont les acteurs qui pourraient les porter.

En ce sens, les acteurs complémentaires peuvent être des acteurs particulièrement intéressants en ce sens

**LE FAIT QUE L'OBÉSITÉ
NE SOIT PAS RECONNUE
À PART ENTIÈRE
PRÉSENTE UN RÉEL
HANDICAP À LA MISE
EN ŒUVRE D'UNE
POLITIQUE SANITAIRE
ET PRÉVENTIVE
ADAPTÉE**

qu'ils ont une approche individuelle et de proximité avec leur adhérent. La « Mutuelle » peut ainsi proposer des démarches de parcours que cela soit dans l'environnement personnel ou celui de l'Entreprise. Sur ce plan, pour être salarié d'une Entreprise, il faut déjà être recruté et il est encore malheureusement éloigné le moment où les entretiens d'embauche seront totalement dénués de stéréotypes physiques et de croyances. Passé cet épisode, nous savons que l'Entreprise est aussi un environnement où la violence, la souffrance existent. Ici, les partenaires sociaux (entendus comme étant les salariés et les employeurs) peuvent être des acteurs de la prévention des risques, y compris ceux touchant à la discrimination, que ce soit dans l'aménagement des postes ou des rythmes de travail et parallèlement dans les déroulements de carrière et les niveaux de salaire. Nul ne peut ignorer que des règles et lois condamnent les discriminations de telle sorte toutefois qu'il est important que notre vision sur l'autre change.

Pour revenir aux acteurs précités, il faut pouvoir investir sur l'éducation, la sensibilité à la santé publique, pouvoir construire des parcours qui articulent tant le préventif que le curatif au besoin. Ainsi, promouvoir la prévention des risques pouvant provoquer l'obésité et agir dans le traitement des causes génératives par l'écoute, l'accompagnement, l'aménagement des environnements, mais aussi le soin au besoin, doivent

pouvoir être mobilisés. L'Assurance maladie obligatoire, les acteurs complémentaires, les partenaires sociaux dans le cadre de l'Entreprise et les associations doivent pouvoir se mobiliser car les enjeux sanitaires et sociaux sont cruciaux.

“
**UN PARCOURS
DE SOINS STRUCTURÉ
ET ACCESSIBLE,
COORDONNÉ PAR
DES DIÉTÉTICIENS,
EST ESSENTIEL POUR
LUTTER EFFICACEMENT
CONTRE L'OBÉSITÉ**
”

PAR

GHISLAIN GRODARD-HUMBERT

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE
DES DIÉTÉTICIENS NUTRITIONNISTES (AFDN)

Idéal : L'accès aux consultations de diététique et de nutrition

L'obésité est une maladie complexe influencée par divers déterminants environnementaux, psychologiques, génétiques, socio-économiques. L'accès à un parcours de soins incluant des consultations avec des diététiciens nutritionnistes jouerait un rôle crucial dans la lutte contre cette épidémie dans l'espoir de faire enfin infléchir les courbes de prévalence. En effet, un parcours de soins structuré et pluridisciplinaire construit avec et coordonné par les diététiciens nutritionnistes permettrait aux patients de bénéficier d'un diagnostic diététique et nutritionnel, et d'un suivi personnalisé et de conseils nutritionnels adaptés, et d'une prise en charge globale, proportionnée et cohérente en rapprochant l'ensemble des acteurs du soin entre eux. Les enjeux sont majeurs pour les patients : améliorer la gestion de leur composition corporelle, de leurs comorbidités, de leur rapport à l'alimentation, de leur image corporelle...

Aux antipodes des représentations associant la diététique à des pratiques désuètes et délétères tels que le « nutritionnisme²» (Scrinis, 2013) ou encore la restriction calorique, elle appréhende plutôt la personne dans son unicité, sa complexité et son histoire. Dans ce cadre, elle s'apparente à un travail de rééducation

2. Paradigme selon lequel ce sont les nutriments scientifiquement identifiés dans les aliments qui déterminent la valeur d'un aliment.

en considérant l'individu à qui elle se destine dans ses dimensions plurielles et complexes, c'est-à-dire selon des aspects biologiques, psychologiques, sensoriels et sociaux. La pratique de l'art qu'est la diététique permet d'améliorer le sentiment d'efficacité personnel, ou encore d'identifier les freins, les leviers et les priorités pour assurer une qualité optimale de soins par des techniques d'entretien, de communication et des savoir-faire fondés sur les sciences de la nutrition (entretien motivationnel, éducation thérapeutique du patient, définition d'objectifs négociés et réalistes, exercices alimentaires axés sur les sensations alimentaires, etc.). En effet, la pratique de la diététique se fonde sur l'Evidence-Based Practice, c'est-à-dire sur une démarche de soins qui intègre et mobilise des données probantes, garantissant à la fois une excellence des soins et la sécurité des patients.

Les parcours de soins du sujet atteint d'obésité, quel que soit le niveau de recours et associé ou non à des traitements médicamenteux ou chirurgicaux, devraient mobiliser dès son initiation et pendant toute la durée de sa mise en œuvre le diététicien nutritionniste dans un double rôle de coordinateur et de praticien afin d'assurer une cohérence et une qualité de soins optimale.

Problème : un ensemble de paradoxes et l'absence de parcours de soins structuré

Nous mettons en évidence plusieurs constants et écueils pouvant expliquer la non-jugulation de l'épidémie en France :

- Échec des politiques de santé, comme le montrent les différents PNNS (Programme national nutrition santé) qui se sont succédé depuis 2001. L'explosion de la prévalence de l'obésité révèle entre autres le manque d'audace et de pragmatisme de ces plans. La promesse du PNNS 1 de créer 800 postes de diététiciens n'a jamais été tenue et à aucun moment ils n'ont misé sur le déploiement et l'expertise des diététiciens pour répondre de façon adaptée aux besoins de prévention (primaire, secondaire, tertiaire).
- L'absence de parcours de soins structuré, coordonné et adapté aux besoins des populations, ce qui complique la prise en charge efficace de cette maladie. Pourtant, les inégalités socio-économiques jouent un rôle majeur dans la prévalence de l'obésité. Les populations les plus fragiles sont celles qui rencontrent le plus

BIEN QUE LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES SOIENT LES PLUS TOUCHÉES PAR L'OBÉSITÉ, ILS ONT PARADOXALEMENT MOINS ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ, EXACÉRBAINT AINSI LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

d'obstacles financiers pour accéder à des consultations diététiques (Bodirsky, 2020). Bien que les populations défavorisées soient les plus touchées par l'obésité, ils ont paradoxalement moins accès à des soins de qualité, exacerbant ainsi les inégalités de santé (Polton, 2023). En France, alors que la prise en soin diététique et nutritionnelle reste un pilier du projet de soins global, les consultations et le suivi ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

- Aggravation de l'état de santé des patients : de nombreux patients ne reçoivent pas le soutien continu nécessaire pour améliorer leur état de santé. Les interventions ponctuelles de différents professionnels, sans suivi à long terme, sont souvent inefficaces. Par ailleurs, l'obésité est souvent associée à d'autres maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers, rendant le besoin de soins coordonnés encore plus crucial (Chen et Li, 2024).

- Des médecins : les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2023 soulignent que « toute consultation médicale peut être une occasion de dépister un surpoids ou une obésité ». Or, dans la réalité clinique, l'évaluation demande un temps long avec la mise en œuvre de compétences et d'outils spécifiques. D'autant plus que s'ajoute à ces temps d'évaluation,

la mise en place d'un suivi régulier. Dans le contexte médical actuel, où l'accès aux médecins généralistes et spécialistes est de plus en plus difficile, la prise en charge du surpoids et de l'obésité par le seul prisme médical s'avère inatteignable.

- L'inaction politique face à un coût sociétal considérable. Le coût social de la surcharge pondérale est comparable à celui de l'alcool ou du tabac. L'impact estimé par l'OCDE représente 5 % de l'ensemble des dépenses de santé et 8,4 % dans l'étude du Trésor public français. Plus globalement, il représente environ 3 % du PIB qui serait perdu chaque année en France du fait de ces maladies (Detournay, 2021). Pourtant, le dernier rapport sur le sujet n'a pas été suivi d'effet sur le plan politique bien que les recommandations devaient être facilement et rapidement applicables (Laville, 2023).

Pistes de solutions et propositions

Il est possible de mettre en place des actions concrètes pour améliorer la prévalence, la qualité de prise en soins de l'obésité des enfants et des adultes et réduire les inégalités de santé :

- Accès à des consultations diététiques et de nutrition forfaitisées : la création de parcours de soins forfaitisés

incluant des consultations régulières avec des diététiciens permettrait d'assurer un suivi continu et personnalisé pour chaque patient. Cela pourrait être financé par le système de santé publique pour garantir que même les populations à faible revenu puissent en bénéficier.

- **Coordination des parcours par des diététiciens nutritionnistes** : en confiant la coordination des parcours de soins aux diététiciens à tous les niveaux de recours, on pourrait tirer parti de leurs compétences et de leur disponibilité sur l'ensemble du territoire pour garantir des parcours individualisés, adaptés aux besoins, continus et de qualité. On dénombre sur le territoire environ 16 500 de ces professionnels de santé, dont environ la moitié en exercice de façon indépendante en cabinet (Répertoire ADELI - Drees, données au 1^{er} janvier 2023).

- **Sensibilisation et éducation** : améliorer la littératie en santé chez les plus jeunes par la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et d'éducation à la nutrition dans les écoles, collèges, lycées et universités visant à informer sur l'importance d'une alimentation saine et de l'activité physique régulière. Raison pour laquelle l'AFDN recommande la création d'un statut de « diététicien scolaire » en accord avec l'avis 84 du Conseil national de l'alimentation.

- **Intervention multisectorielle** : la lutte contre l'obésité nécessite une approche multisectorielle impliquant le secteur de la santé, l'éducation, l'industrie alimentaire et les politiques publiques. Par exemple, des réglementations plus strictes sur la publicité des aliments malsains et des incitations pour la production et la consommation de produits alimentaires sains pourraient être mises en place.

- **Information des médecins généralistes/spécialistes** : il est nécessaire de mieux accompagner ces praticiens et de simplifier leurs démarches : nous recommandons la création d'un guide de prescription médicale de consultation de diététique et de nutrition pour faciliter l'orientation vers un diététicien nutritionniste dans un but de prévention et/ou de traitement.

En conclusion, un parcours de soins structuré et accessible, coordonné par des diététiciens, est essentiel pour lutter efficacement contre l'obésité et réduire les inégalités socio-économiques. La mise en œuvre de ces propositions pourrait transformer la prise en charge de l'obésité, améliorant ainsi la santé publique et la qualité de vie des individus.

Obésité : une Grande Cause nationale !

Références :

- . Benjamin L. Bodirsky et al., « The nutritional transition and its impact on public health », *Journal of Nutritional Studies*, 2020.
- . Polton, D. (2023). Chronic diseases and socioeconomic inequalities. *Public Health Review*, 78(1), 45-58.
- . Chen, X., & Li, Y. (2024). Preventive strategies for chronic diseases through dietary interventions. *Nutrition and Health Journal*, 50(3), 201-215.
- . Esnouf, C., Russel, M., & Bricas, N. (2011). Coordination in dietary management. *Journal of Health and Nutrition*, 36(4), 189-197.
- . Bruno Detournay, « Le coût de l'obésité en France », *Médecine des Maladies Métaboliques*, n° 15, juin 2021.
- . Haute Autorité de Santé, « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte », 28 février 2024.
- . Pr Martine Laville, Rapport « Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France », ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2 mai 2023.

“

AU SEIN D'UNE COMMUNAUTÉ DONNÉE, LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES ONT UN RÔLE À JOUER EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

”

PAR

QUENTIN BERIOT
DIRECTEUR GÉNÉRAL D'UNÉO

DR. CYRIL GAUTHIER

MÉDECIN NUTRITIONNISTE, PORTEUR DE L'EXPÉRIMENTATION ARTICLE 51
EMNO ET FONDATEUR DU DISPOSITIF NUMÉRIQUE NUVEE®

Nous avons associé nos expertises en répondant à deux voix aux questions soulevées par l'approche systémique de lutte contre l'obésité.

Quels sont les difficultés et freins actuels ?

Cyril Gauthier : L'obésité est une maladie chronique complexe qui souffre encore aujourd'hui d'une stigmatisation alimentée par de nombreux stéréotypes et une méconnaissance tant auprès de la population que des professionnels de santé. En effet, elle impacte les approches thérapeutiques traditionnelles et bouscule les ressources habituellement allouées³. Malgré des évolutions récentes, les protocoles n'intègrent pas encore systématiquement la totalité du parcours associant prévention, éducation thérapeutique, l'ensemble des professionnels de la nutrition et certains traitements.

Quentin Bériot : Ce qui est renforcé d'ailleurs par les effets de mode du digital qui laissent parfois supposer qu'une simple application qui donne des conseils pour mieux manger et pratiquer du sport serait suffisante.

LES EFFETS DE
MODE DU DIGITAL
[...] LAISSENT
PARFOIS SUPPOSER
QU'UNE SIMPLE
APPLICATION
QUI DONNE DES
CONSEILS POUR
MIEUX MANGER
ET PRATIQUER
DU SPORT SERAIT
SUFFISANTE

3. Tarification à l'acte et multiplication sans coordination.

En outre, la juxtaposition des dispositifs induit un morcellement des parcours, une problématique de cohérence d'approches, et surtout une inégalité d'accès aux démarches éducatives thérapeutiques ainsi qu'aux innovations. Avec le Dr Gauthier, nous avons souhaité innover en mettant à disposition de nos adhérents, un outil 360° issu d'un article 51. Cette innovation a rencontré un fort succès : 2 300 inscrits en moins de 12 mois.

Comment s'appuyer sur les articles 51 et construire les futurs parcours de soins ?

CG : Les « article 51 » permettent d'évaluer sur le terrain des innovations organisationnelles des parcours. C'est le cas d'EMNO (Espace Médical Nutrition et Obésité) qui entre en phase transitoire avant l'intégration au sein du parcours coordonné renforcé (art. 46 PLFSS 2024). Cette expérimentation est une organisation de parcours obésité niveau 2 de ville qui permet d'allier des approches médicales interdisciplinaires, médicamenteuses et chirurgicales. Elle adapte le parcours de soins en fonction du profilage et phénotypage numérique du patient et propose un parcours forfaitisé. L'innovation de Nuvee® s'adresse au patient, à sa famille et aux professionnels de santé.

QB : Cette capacité à concevoir des « méta-parcours » de coordination, c'est l'autre innovation de Nuvee® qui permet de s'adapter au contexte du patient, non seulement lorsqu'il rentre dans le parcours, mais aussi tout au long du protocole.

Quelle place pour la prévention et l'éducation en santé ?

CG : Le poids de la prévention dans les comportements reste faible, 7 %, par rapport aux autres types de préventions (surveillance et dépistage 58 %, soins préventifs 35 %). Pourtant, le coût attribuable aux facteurs de risques comportementaux est de loin le plus important. Chaque année, au moins 1,8 million de nouvelles pathologies ou nouveaux traitements sont attribuables à des facteurs comportementaux. Investir dans des actions d'éducation en santé ciblées serait source d'économies significatives tout en diminuant la prévalence de l'obésité, comme des autres maladies associées.

QB : Dans le domaine de la prévention, pour avoir un véritable impact, les politiques doivent être menées sur le long terme. Or, la prévention du risque n'est pas simplement négligée, elle est considérée comme un sujet secondaire. Cependant, au sein d'une communauté donnée, les organismes complémentaires ont un rôle à jouer en matière de prévention. Par exemple, pour

les forces armées, Unéo peut inscrire de véritables politiques de prévention sur le long terme. C'est dans ce contexte que nous déployons des accompagnements ad hoc pour la récupération physique et psychologique, pour lutter contre certaines addictions ou pour la prise en charge adaptée des traumatismes sonores aigus.

Quels sont les apports possibles du numérique ?

QB : Nuvee®, mais plus largement les plateformes digitales, tout comme les organisations du travail en santé (coordination ville-hôpital, CPTS, MSP, etc.) doivent poursuivre leur déploiement sur la base de dispositifs tant opérationnels qu'économiques qui intègrent la responsabilité populationnelle d'une part et les parcours de soins d'autre part.

CG : Et dans ce cadre, la chaîne prévention-éducation-formation doit en parallèle être consolidée afin de créer une résonance entre ces trois domaines. C'est ce qui permettra de :

- S'appuyer sur les usages en vie réelle des dispositifs numériques.
- Permettre au numérique de dépasser le « cure et care » avec des approches holistiques.

- Soutenir des dispositifs innovants afin de maintenir l'engagement des usages par la gamification, et l'expérientiel. À cet égard, le profilage, les agents conversationnels via l'IA seront essentiels.

- Décloisonner notre système de soins.

“
**LA LUTTE CONTRE
 L'OBÉSITÉ NE DOIT PAS
 ÊTRE UNIDIMENSIONNELLE
 AU RISQUE DE NE
 RÉSOUDRE LE PROBLÈME
 QUE TEMPORAIREMENT
 OU, PIRE, DE L'AGGRAVER**
 ”

PAR

ARNAUD BOYER

DIRECTEUR PRÉVENTION DU GROUPE VYV

Idéal : 1 Français sur 2 est concerné par le surpoids ou l'obésité (Étude ESTEBAN 2015). Générateurs ou aggravateurs de pathologies graves – maladies cardiovasculaires, métaboliques, douleurs articulaires, dégradation de la santé mentale, etc. – ils doivent mobiliser l'intervention des acteurs de la santé pour les guérir et surtout les prévenir afin d'entretenir le capital santé de chacun et limiter les coûts exorbitants liés au traitement des maladies induites.

**LA TRIANGULATION
 NUTRITION / ACTIVITÉ
 PHYSIQUE / SANTÉ
 MENTALE EST [...] NÉCESSAIRE POUR
 OFFRIR UNE PRISE EN
 CHARGE APPROPRIÉE
 ET COMPLÈTE DE
 PATHOLOGIES**

Problématiques/obstacles : des solutions probantes existent, mais elles résultent de la coordination d'acteurs qui ne rentrent pas, tous, dans une prise en charge conventionnelle classique de soins et des dispositifs de prévention.

Les projets issus de l'article 51 tirés de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 – *Mam'en forme, TIMEO, PRADO* – ont ouvert la porte, même à titre expérimental, mais lorsqu'ils sont généralisés, comme mission : retrouve ton cap, ils témoignent de la difficulté à coordonner, autour de l'individu, des professionnels engagés dans une même démarche et pour un même résultat.

La triangulation nutrition / activité physique / santé mentale est en effet nécessaire pour offrir une prise en charge appropriée et complète de pathologies où le médecin, quoiqu'en co-initiative, se révèle impuissant si son rôle se limite au constat et à la prescription, et doit être accompagné d'infirmiers, de psychologues, de nutritionnistes, de coaches d'activité physique adaptée pour garantir une continuité de l'intégration des conditions de bonne santé, socle nécessaire à tout dispositif de prévention.

Pistes de solutions/propositions : face à ces pathologies, les séquençages curatif / prévention et assurance maladie obligatoire / assurance maladie complémentaire relèvent toutes leurs limites.

Si l'acteur conventionnel offre le recours au soin accessible, *a minima* financièrement, les acteurs complémentaires peuvent proposer à leur adhérent un parcours plus flexible, adapté et surtout aller au-devant de ses bénéficiaires.

Ainsi et par exemple, en distribuant 70 % de ces dispositifs de prévention au sein des entreprises, le Groupe VYV facilite l'accès à différents modules, qui vont d'ateliers d'activité physique adaptée aux besoins et capacités de chacun, à la proposition de consultations de psychologues du travail, en passant par une éducation à la nutrition, mais en étant avant tout soucieux de partager une réponse durable et équilibrée.

Dans le trio nutrition / activité physique / santé mentale – car la lutte contre l'obésité ne doit pas être unidimensionnelle au risque de ne résoudre le problème que temporairement ou, pire, de l'aggraver – prenons l'exemple de la rupture de la sédentarité.

Nous n'avons pas la prétention d'accompagner chaque adhérent vers un entraînement de sportif de haut niveau. Plus qu'un appel classique à la pratique sportive, nous voulons intégrer la rupture de sédentarité et l'activité physique comme une nouvelle norme y compris au sein d'une journée de travail, en présentiel comme en télétravail.

Pour ce faire, il est important que l'exercice soit régulier. Comme le dit le Pr François Carré, cardiologue, médecin du sport spécialiste de l'activité physique adaptée et président du collectif « La France en forme », il ne nous viendrait pas à l'idée de nous brosser les dents seulement le dimanche matin. Pour être efficace, la mise en mouvement doit être pratiquée plusieurs fois dans la semaine.

Ce cheminement doit être structuré : des temps en direct bien sûr, mais également un outil numérique qui serve à la fois de vertébration du parcours, de lieu de ressources informationnelles et d'espace où suivre ses progrès.

Obésité : une Grande Cause nationale !

Initiée sur le lieu du travail, cette démarche présente des avantages pour chaque maillon de la chaîne : le salarié est en meilleure santé, l'employeur bénéficie d'une ressource moins sujette à l'absentéisme et au turnover – et pour laquelle on constate une amélioration de la productivité allant de 5 à 9 % – et les assureurs sociaux voient leur investissement préventif générer une économie de dépense de santé.

Cette démarche répond également à une préoccupation particulière, qui doit occuper chaque acteur de la santé : celle de l'accès à la prévention pour tous. Le surpoids et l'obésité sont généralement plus fréquents chez les adultes faisant partie des catégories sociales les plus défavorisées, et cela ne doit pas devenir une fatalité.

La cause est importante, les savoirs sont disponibles et les acteurs engagés. Reste à coordonner leurs actions pour résorber au plus vite cette pandémie sans contagion.

“

**EN PERMETTANT
AUX PERSONNES EN
SITUATION D'OBÉSITÉ
DE SORTIR DU PARADOXE
DESTRUCTEUR, C'EST
NOTRE SOCIÉTÉ TOUT
ENTIÈRE QUE NOUS
PARTICIPONS À MENER
VERS LA GUÉRISON**

”

PAR

BÉATRIX DE LAMBERTYE

CONSULTANTE OBÉSITÉ-TCA

« Comme c'est dommage, tu as un si joli visage. »
L'injonction paradoxale au cœur de la problématique
de l'obésité

Découlant du concept de « double contrainte »
développé par l'école de psychologie américaine de Palo
Alto, l'injonction paradoxale naît quand on ne peut
pas obéir à une instruction sans y désobéir, autrement
dit lorsque l'instruction comporte des éléments
contradictaires. Par exemple : « Il est interdit de lire
cette affiche » provoque de la confusion mentale, car
pour savoir que la lecture de l'affiche est interdite, il
faut précisément la lire... et contrevenir à l'instruction.

À la fin du XIX^e siècle, le mathématicien belge
Adolphe Quételet, père de l'IMC, a élaboré des
théories eugénistes sur un lien potentiel entre le
surpoids et l'intelligence, tandis que l'industrialisation
démocratisait le miroir, et la mode féminine dévoilait
le corps. Une apparence esthétique normée et contrôlée
par la balance, modèle de beauté, symbole de richesse
et de bonheur, est devenue un enjeu. Cette recherche
s'est amplifiée depuis les années 1960 alors que le
développement de la grande distribution transformait
les achats alimentaires en un supplice de Tantale : une
offre vertigineusement abondante dont les candidats
à une image corporelle standard devaient détourner
les yeux.

Les réseaux sociaux ont renforcé le paradoxe : faire défiler quelques minutes des publications sur son téléphone permet de mesurer les contradictions entre influenceurs : jeûner, manger bio, faire six repas par jour ou un seul, être végan, ou crudivorige... Chacun affirme du haut de sa science autoproclamée que le chemin proposé est le seul valable pour atteindre le nirvana.

Alors quelle solution ? Lire des ouvrages de professionnels aperçus sur un plateau de télévision, parfois consulter et ressortir avec un régime à suivre ? Le suivre, puis craquer. Reprendre inéluctablement du poids, voire plus. Refaire un régime, et entrer dans le yo-yo délétère. Peu de gens savent qu'ils sont là dans une démarche paradoxale : car se mettre au régime fait grossir, c'est officiel depuis le rapport de l'Anses sur la dangerosité des régimes restrictifs en 2011.

Paradoxe encore : alors que notre corps est une merveilleuse mécanique qui sait parfaitement piloter nos goûts et notre faim, nous n'écoutons plus ses signaux et nous mangeons en suivant des injonctions de qualité, de quantité, d'horaire, d'éducation qui ne respectent pas nos besoins. Et l'alimentation, source de vie et de plaisir, devient cause d'angoisse. Avec parfois l'espoir terrible de développer un cancer pour enfin perdre du poids. Vouloir être frappé par la maladie pour mieux vivre, n'est-ce pas là contradictoire ?

Les campagnes publicitaires pour les produits alimentaires aggravent la situation. Ainsi, au bas d'une publicité pour du chocolat ou des chips, peut-on lire : « Évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé. » Cela revient au concept de l'affiche qu'il est interdit de lire, mais en plus violent : « Ne mangez pas de ce délicieux chocolat ou ces chips que je vous propose, c'est mauvais pour ce que vous avez. »

**ENTRE CULTE DE
L'APPARENCE ET
ABONDANCE, NOTRE
SOCIÉTÉ PROVOQUE
DES TROUBLES
ALIMENTAIRES**

Entre culte de l'apparence et abondance, notre société provoque des troubles alimentaires : anorexie, boulimie, ou hyperphagie boulimique, cette dernière entraînant des surcharges pondérales devenues exponentielles et des maladies métaboliques.

La pathologie chronique qu'est l'obésité est qualifiée d'épidémie mondiale, et les discours publics enfoncent le clou d'une responsabilité individuelle alors qu'on l'a vu, la société tout entière est factrice d'obésité. Les publicités pour les régimes et les poudres magiques perdurent alors qu'on en connaît le danger. Si on peut acheter en pharmacie des produits amaigrissants, perdre du poids serait alors une simple question de volonté, et non une maladie ?

L'obésité n'est pas prise en charge – le sera-t-elle un jour ? – comme une affection de longue durée malgré sa chronicité avérée et ses comorbidités graves, dont la stigmatisation n'est pas des moindres. Ces patients ont besoin notamment de beaucoup d'activité physique adaptée, mais doivent la financer alors qu'ils sont en situation de précarité du fait de la discrimination qu'ils subissent.

Le paradoxe est donc à tous les coins de rue. Y compris dans les relations sociales : nombreuses sont les personnes qui ont entendu cette remarque à première vue anodine : « Ma chérie, comme c'est dommage, tu as un si joli visage » ... « Au bout du compte, qu'est-ce qui est dommage ? », se demandent-elles, « Que j'aie un joli visage ? » Quand la bonne âme ajoute « C'est pour ton bien que je dis ça », le doute n'est plus permis : puisqu'elles sont grosses, elles n'ont même pas le droit d'être jolies...

Il paraît donc essentiel que la société change son regard et abroge son double discours, afin de ne plus enfoncer la personne en surcharge pondérale dans son symptôme tout en lui reprochant sa faiblesse. Comme le dit Alexandre Jollien, philosophe suisse touché par un handicap moteur : « Une société qui exclut est une société malade. » En permettant aux personnes en situation d'obésité de sortir du paradoxe destructeur,

c'est notre société tout entière que nous participons à mener vers la guérison.



**POUR MOTIVER
L'ENFANT, IL FAUT
ÉGALEMENT MOTIVER
LES PARENTS [...] POUR
QUE LES CHANGEMENTS
SOUHAITÉS SOIENT
DURABLES DANS
LE TEMPS**



PAR

CHRISTELLE BARRE

CADRE SAGE-FEMME DE PÔLE

FIORINE PRETTO-FONTAINE

PSYCHOLOGUE

THOMAS TALEC

DIRECTEUR DU GHT NORD ARDENNES

Constats généraux et ardennais

Nous le savons, l'obésité est un défi de santé publique majeur et a fait l'objet de différents plans gouvernementaux (nous en sommes au quatrième Programme national nutrition santé : PNNS), et ce, depuis le début des années 2000. Malgré cela, la situation reste préoccupante et toujours en évolution défavorable. La preuve en est qu'en France, 47 % des adultes sont en surpoids, dont 17 % en obésité. Ces chiffres ont presque doublé depuis les années 90. Concernant nos jeunes, 16 % des enfants sont en surpoids et 4 % en obésité. Les projections montrent que la prévalence de l'obésité pourrait continuer à augmenter si aucune mesure significative n'est prise pour enrayer ce phénomène.

Dans le Grand Est, ce sont a minima 272 000 enfants de 2 à 17 ans qui sont en situation de surpoids ou d'obésité (source PRS ARS Grand Est 2023-2028) et la moitié de ces enfants ont entre 2 et 7 ans. Ces indicateurs font de notre région une des moins bien classées de France et, au sein de notre région, le département des Ardennes présente les indicateurs les plus inquiétants.

Notre rôle d'établissement de santé

C'est en partant des plans proposés que les unités de nutrition régionales ont vu le jour, pilotées par les différentes ARS. Notre unité, située au sein du Centre hospitalier intercommunal Nord Ardennes, sur son site de Sedan, reçoit des enfants et adolescents souffrant de cette problématique. Lors de leur venue dans l'unité, nos jeunes patients bénéficient d'une prise en charge complète, incluant des professionnels diversifiés : médecin pédiatre, infirmière, diététicienne et psychologue œuvrent en collaboration afin de proposer un suivi adapté. Notre programme, constitué de 8 séances minimum, permet d'aborder les différents thèmes pouvant avoir un impact sur le développement du surpoids et de l'obésité. Nous proposons aux patients de venir sur une demi-journée par mois, en hospitalisation de jour. Des ateliers d'éducation leur sont soumis concernant non seulement le comportement alimentaire (avoir une alimentation équilibrée, qu'est-ce que bien manger...) mais également l'activité physique, la connexion aux signaux de faim et de satiété, la gestion des émotions, la confiance en soi ou encore la perception de l'image corporelle. En 2023, ce sont presque 300 consultations qui ont été réalisées au sein de notre unité, dont plus de 70 nouvelles venues.

Difficultés fréquemment rencontrées

Plusieurs constatations s'imposent suite à ces années de consultations et elles alimentent nos interrogations et réflexions. Tout d'abord, et bien que l'obésité ait des répercussions profondes sur la santé physique, mentale et sociale de nos concitoyens, il semble que celles-ci soient peu prises en considération par les jeunes gens mais également par leurs parents. Pour eux, les conséquences peuvent paraître trop lointaines et ont peu de signification à court terme, ce qui fait qu'elles n'entrent pas (ou peu) en compte dans la liste des facteurs motivationnels de changement des habitudes quotidiennes. Souffrir d'une maladie chronique impacte toute la dynamique familiale. Il devient évident que pour motiver l'enfant, il faut également motiver les parents. Ce ne peut être autrement pour que les changements souhaités soient durables dans le temps.

D'autre part, parmi les facteurs précipitant cette évolution croissante de l'obésité dans nos pays développés, il est à noter que le développement des progrès dans le domaine informatique permet une

**LE DÉVELOPPEMENT
DES PROGRÈS
DANS LE DOMAINE
INFORMATIQUE
PERMET UNE
EXPOSITION
ACCRUE À DES
ENVIRONNEMENTS
FAVORISANT
LA SÉDENTARITÉ**

exposition accrue à des environnements favorisant la sédentarité. Lors des consultations, il n'est pas rare que le temps d'écran dont dispose l'enfant soit nettement supérieur à celui recommandé pour son âge. Le temps passé devant les écrans remplace souvent des activités physiques comme le sport ou les jeux actifs, les interactions se créant de plus en plus fréquemment via les jeux en ligne. Il semble également moins contraignant de faire du sport en réalité virtuelle.

Enfin, notre société est truffée d'images contradictoires qui contribuent à l'hésitation des gens sur les bonnes conduites à adopter et ébranle leur motivation (notamment chez les plus jeunes). Face aux inépuisables méthodes mises en place par l'industrie agroalimentaire, il devient impératif de se montrer d'autant plus inventifs et persévérants si nous souhaitons inverser la tendance concernant l'obésité de la population française.

Pistes d'évolution

Parmi les pistes privilégiées, continuer à impliquer les parents dans la prise en charge semble primordial. Face à la difficulté d'accès aux soins, le manque de motivation propre (d'autant plus que l'enfant pris en charge est jeune) ou encore l'orientation par des professionnels (les parents peuvent se sentir dans l'obligation d'initier un suivi), il devient évident que les parents sont à

prendre en charge au même titre que leur progéniture. Les alerter sur les risques encourus sur le long terme et les informer des bons comportements à favoriser semble d'une importance capitale. L'intégration des parents, souvent également touchés par le problème, dans les programmes suivis par leurs enfants, en Hôpital de jour (HDJ) notamment, constitue une piste intéressante, elle favoriserait certainement l'émulation.

De même, la prévention doit se poursuivre et devrait être renforcée au niveau national. Elle n'est pas uniquement à faire autour de l'alimentation mais également autour des différents facteurs étiologiques de l'obésité comme le temps passé devant les écrans, l'importance de l'exercice physique ou encore sur la stigmatisation dont peuvent être victimes les patients. Le temps consacré à l'information en milieu scolaire devrait être largement renforcé, le ROI (return on investment) en termes d'indicateurs de santé et de dépenses de santé à moyen terme serait très important.

Le CH Nord Ardennes est le 2^e hôpital français à avoir mis en place le dispositif COPA (ou « coaching parental »), depuis 2023. Concrètement, ce dispositif permet aux parents volontaires, sur un territoire très marqué par les fragilités sociales, de bénéficier de visites à domicile d'auxiliaires de puériculture, dans les premières semaines de la vie du bébé. L'AP accompagne les parents

sur des sujets comme le sommeil, le développement de l'enfant, la prévention. Cet accompagnement permet de développer et d'optimiser le lien mère/père/enfant, diminuer l'isolement de la jeune maman lors de la venue d'un nouveau-né dans la sphère familiale et lors du retour à domicile. Il s'agit d'un véritable succès, en quelques mois seulement.

Les axes prioritaires pour l'équipe sont actuellement de repérer les syndromes dépressifs maternels, de prévenir la plagiocéphalie, de favoriser l'éveil de l'enfant, de lutter contre l'exposition aux écrans dès le plus jeune âge.

Une proposition concrète sera de rajouter à ce programme d'accompagnement éducatif des éléments d'éducation à l'alimentation, pour le bébé évidemment, mais également pour les parents.

Une équipe de ce type pourrait a minima être créée par département.

Enfin, l'apprentissage social et le partage d'expérience par les pairs peuvent être envisagés comme une piste à soutenir. Favoriser les activités de groupes et les ateliers collectifs pourrait s'avérer payant, à un âge où l'appartenance à un groupe est recherchée. Le soutien de ses homologues et les effets qu'il peut avoir ne

sont pas à négliger. Ce type d'organisation, en HDJ, n'est actuellement pas possible du fait des règles PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) : un assouplissement de ces règles serait à étudier.

En conclusion, l'obésité en France est un enjeu complexe qui nécessite des réponses globales et adaptées. Les politiques actuelles, bien qu'efficaces sur certains points, doivent être renforcées pour inverser la tendance. Il est crucial d'adopter une approche préventive et éducative, tout en favorisant un environnement qui facilite les choix sains. La santé publique est une responsabilité collective, et chacun a un rôle à jouer pour bâtir une société plus saine et équilibrée.

“

**DES PARTENARIATS
À LONG TERME SONT
NÉCESSAIRES POUR
ABORDER DES SUJETS
DE SANTÉ COMPLEXES
TELS QUE L'OBÉSITÉ
SÉVÈRE [...] ET
L'INÉGALITÉ SOCIALE
EN MATIÈRE DE SANTÉ**

”

PAR

DIANA ARSOVIC NIELSEN

CEO DU DANISH LIFE SCIENCE CLUSTER

L'obésité sévère et la surcharge pondérale constituent des défis considérables pour les individus, le système de santé, et l'économie. Des efforts concertés et de grande envergure sont nécessaires à la mise en place de solutions durables.

Lighthouse Life Science est une initiative danoise innovante qui associe des entreprises, des universités, des organisations civiles, ainsi que le secteur danois de la santé publique.

Cette démarche vise à établir des partenariats intersectoriels associant diverses compétences et connaissances afin de répondre aux enjeux spécifiques en matière de santé publique. Cette initiative est essentielle afin de garantir une compréhension optimale des défis par les différents acteurs, ainsi qu'une meilleure capacité à élaborer et à mettre en œuvre des solutions durables.

Les activités de Lighthouse Life Science tiennent leur singularité du soutien du ministère de l'Industrie, du Commerce et des Affaires financières danois, qui assure ainsi que la croissance des entreprises, par le biais de nouvelles approches en matière de santé publique, est une priorité politique majeure.

Lors du lancement de Lighthouse Life Science en 2021, l'accent a dans un premier temps été porté sur le « poids sain », avant que le thème de la « santé mentale » ne lui soit adjoint en 2023. Le cluster national de santé, Danish Life Science Cluster, en est le partenaire principal et offre une plateforme neutre qui favorise la coopération et la mise en réseau.

En seulement trois ans et demi, Lighthouse Life Science a engagé plus de 400 partenaires publics et privés à travers des projets et des activités axés sur le développement, la documentation, la collecte de connaissances, l'évaluation des besoins, la mise en relation, et le renforcement des structures au Danemark. Cette association profite à la fois aux entreprises participantes et renforce l'ensemble du secteur des sciences de la vie, bénéficiant en fin de compte aux citoyens et au système de soins et de santé.

Des résultats tangibles et concrets

Environ trois ans après le lancement du projet, nous constatons que le concept de partenariat a porté ses fruits. L'impact des projets Healthy Weight sur la santé a conduit à diverses observations :

- Un projet visant à promouvoir l'activité physique dans les écoles a révélé que 80 % des parents ont

observé une augmentation de l'énergie et de la capacité d'apprentissage des élèves, et 76 % ont noté un développement de l'activité physique.

- Un programme d'intervention sur le mode de vie a entraîné une perte de poids moyenne de 6,5 % chez les participants.

- Une initiative de santé au travail a permis de réduire de 32,4 % les congés de maladie et 84 % des participants se sont déclarés plus satisfaits de leur travail.

On peut également mentionner plusieurs effets positifs sur les entreprises :

- 54 entreprises sont impliquées dans des projets de développement et 33 partenariats public-privé ont été mis en place, favorisant la création de 25 nouveaux emplois, avec l'espoir d'une croissance durable.

- Une nouvelle solution de RV (réalité virtuelle) et de RA (réalité augmentée) a été développée pour l'enseignement dans les écoles primaires.

- Un micro-projet a élaboré un nouveau programme numérique pour les femmes enceintes atteintes d'obésité, testé sur 103 d'entre elles. Le projet se poursuit sous la forme d'une thèse de doctorat.

- En matière de prévention par la ludification, un langage homologué a été créé pour mesurer l'impact social. Le bien-être et l'activité physique, mesurés par l'indicateur WHO-5, ont considérablement progressé.

Une synthèse des connaissances essentielle pour les projets à venir

Les institutions de recherche au sein de Lighthouse Life Science jouent un rôle crucial, réunissant des connaissances et générant de nouvelles données sur la manière dont les futurs partenariats peuvent créer de la valeur d'un point de vue holistique. Il s'est avéré que les recherches sur les partenariats stratégiques sont étonnamment peu nombreuses.

Depuis 2021, plusieurs directives, évaluations et rapports ont été produits à différents échelons, rassemblant expériences et connaissances sur la coopération et l'innovation. Le contenu est disponible sur le site web de Lighthouse Life Science.

L'analyse des évaluations met en évidence plusieurs éléments-clés qu'il convient d'approfondir afin de consolider les partenariats :

- Confiance et relations : Connaître et comprendre les différents intérêts et motivations qui animent les parties au sein de la coopération. La transparence, la confiance et l'honnêteté sont des éléments cruciaux.

- Motivation et engagement : créer une orientation commune et claire de la coopération à travers un narratif commun sur les objectifs et les valeurs du partenariat.

- Planification stratégique et opérationnelle : réexaminer l'alignement des attentes et assurer la communication interne et externe sur les objectifs à court et à long terme afin de maintenir le cap. La coopération est renforcée par l'apprentissage continu et le renforcement des compétences.

Défis

C'est une mission colossale que de développer de nouvelles solutions durables pour relever les défis mondiaux en matière de santé. Nos évaluations mettent également en évidence trois prises de conscience importantes et cruciales dans le cadre de la réussite de projets d'innovation tels que Lighthouse Life Science :

Il est dès lors primordial de se focaliser sur :

- La complexité des défis à relever ;
- Le financement ;
- Une simplification durable et neutre ;

**UN PARTENARIAT
INTERSECTORIEL
SOLIDE NÉCESSITE
UN PARTENAIRE
NEUTRE POUR
FACILITER LA
COOPÉRATION**

La complexité : Lighthouse Life Science démontre que des partenariats à long terme sont nécessaires pour aborder des sujets de santé complexes tels que l'obésité sévère, la détresse mentale, et l'inégalité sociale en matière de santé.

Les partenariats nécessitent des financements. Des modèles de financement solides sont indispensables à la garantie d'un soutien continu pour les petites et les grandes entreprises, ainsi que pour les institutions publiques. Le financement doit également permettre de couvrir les frais d'administration et d'exploitation nécessaires, afin que chacun puisse apporter sa contribution.

Enfin, un partenariat intersectoriel solide nécessite un partenaire neutre pour faciliter la coopération. Lighthouse Life Science est soutenu par le Danish Life Science Cluster, qui regroupe des membres d'entreprises, d'instituts de recherche et d'organismes de santé publique de tout le Danemark. En 2024, le cluster a reçu de l'UE la plus haute distinction européenne en matière de gestion de cluster.

L'engagement commun et la volonté de coopérer, la planification et l'impact documenté sont essentiels à la réussite des projets. Nous ne pourrions résoudre les grands problèmes mondiaux en matière de soins et de santé que si nous les abordons ensemble, dans le cadre de partenariats solides et engagés.

Lighthouse Life Science est co-fondé par l'Union européenne.

“

LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ [...] EST UN LEVIER MAJEUR DANS LA LUTTE CONTRE LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ EN FRANCE

”

PAR

ISABELLE DE GUIDO-VINCENT-GENODCHEFFE DU BUREAU ALIMENTATION ET NUTRITION
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Le Programme national nutrition santé (PNNS) oriente la politique de prévention par la nutrition, au sens de l'alimentation et de l'activité physique, afin d'améliorer l'état de santé de chacun. Ce programme interministériel, porté par le ministère chargé de la santé et élaboré sur la base des objectifs de santé publique du Haut Conseil de la santé publique, est un levier majeur dans la lutte contre le surpoids et l'obésité en France. Les territoires ultramarins et leurs spécificités ont fait l'objet d'une attention particulière au travers d'un volet ultramarin du PNNS publié en 2022.

Depuis 2001, le PNNS qui bénéficie d'une bonne notoriété via notamment ses recommandations « manger bouger », a progressivement évolué vers une meilleure prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé en s'inscrivant dans une logique d'universalisme proportionné en faveur des populations les plus fragiles.

Le PNNS 4 2019-2023 : un bilan positif mais de nombreux défis restent à relever

Le bilan du PNNS 4, publié en juin 2024, montre que, grâce à la mobilisation locale et nationale d'une pluralité d'acteurs, de nombreux progrès ont été réalisés en matière d'amélioration de l'environnement alimentaire et des comportements nutritionnels des Français.

Parmi les avancées, un accord collectif de la filière de la boulangerie en 2022 a abouti à la réduction de 20 % de la teneur en sel dans le pain depuis 2015. S'agissant de l'amélioration de la qualité de l'offre, des actions ont été menées en restauration collective, avec la publication de guides pour accompagner l'expérimentation du menu végétarien hebdomadaire en restauration scolaire. Pour aider les consommateurs à réaliser des choix alimentaires plus sains et inciter les industriels à améliorer leurs produits, le PNNS 4 a également promu le déploiement du Nutri-Score. En 2024, plus de 1 400 entreprises étaient engagées à apposer le Nutri-Score sur leurs produits, représentant plus de 62 % des parts de marché. Un travail du Comité scientifique européen a par ailleurs été mené pour améliorer la cohérence du Nutri-Score avec les recommandations alimentaires en Europe et aider ainsi les consommateurs à faire des choix éclairés. Par ailleurs, en 2021, Santé publique France (SpF) a diffusé des nouvelles recommandations nutritionnelles, ce qui a notamment conduit à une meilleure diversification alimentaire chez les jeunes enfants. Enfin, on note également une mobilisation territoriale avec 158 collectivités signataires d'une charte d'engagements du PNNS, pour déployer des actions sur l'alimentation saine et l'activité physique et sportive, et la lutte contre les comportements sédentaires.

En ce qui concerne l'activité physique, le bilan montre des progrès notables en articulation avec la Stratégie nationale sport santé 2019-2024. Parmi les avancées, on relève une augmentation de 31 % de la fréquentation des itinéraires vélos depuis 2019, le déploiement d'actions de promotion de l'activité physique et sportive, dont une campagne de marketing social « Faire bouger les ados » menée par SpF. Sur cette période, l'accès à l'activité physique adaptée (APA) à visée thérapeutique s'est développé avec l'extension des prescripteurs et du périmètre des bénéficiaires (maladies chroniques, obésité, sédentarité, perte d'autonomie...). Enfin, depuis leur lancement en 2019, les Maisons sport-santé (MSS) se sont déployées avec l'habilitation de plus 500 MSS, ce qui a permis d'accompagner en 2023 près de 244 000 personnes atteintes de pathologies ou éloignées de la pratique sportive.

Pour mesurer plus finement les progrès réalisés, et ceux restant à accomplir, en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité, une étude populationnelle « Albane » sera menée conjointement par SpF et l'Anses à partir de 2025. Cette étude permettra notamment de mesurer et suivre régulièrement l'atteinte des objectifs du PNNS et l'évolution de la situation nutritionnelle et des prévalences de surpoids et d'obésité.

LA PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE, LE MANQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE AINSI QUE LA HAUSSE DE LA SÉDENTARITÉ RESTENT ÉGALEMENT DES PRÉOCCUPATIONS MAJEURES

Les perspectives du PNNS 5 : concilier santé et durabilité

Malgré ces avancées, des défis importants subsistent. Concernant le marketing alimentaire, l'exposition des enfants aux publicités pour des produits peu sains a diminué autour des programmes jeunesse, mais reste problématique lors de

l'écoute conjointe à la télévision, où plus de la moitié des publicités alimentaires promeuvent des produits trop gras, sucrés, salés (Nutri-Score D ou E).

Par ailleurs, si la filière de la boulangerie a tenu ses engagements, d'autres accords de reformulation n'ont pas abouti. La qualité nutritionnelle des repas en milieu scolaire et pénitentiaire est en cours d'amélioration, mais des efforts restent à faire pour d'autres populations vulnérables. La précarité alimentaire, le manque d'activité physique ainsi que la hausse de la sédentarité restent également des préoccupations majeures.

Les crises agricoles, socio-économiques et sanitaires ont mis en exergue la nécessité d'agir de manière collective à l'échelle territoriale, nationale et internationale, dans

une approche « une seule santé ». Ainsi, les prochaines politiques publiques doivent intégrer pleinement les enjeux climatiques et environnementaux. La Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) prévue par la loi climat résilience, qui devrait être publiée dans les prochains mois, aura pour ligne directrice de promouvoir une alimentation saine et durable d'ici 2030, en accélérant la transition écologique des systèmes alimentaires et sera déclinée de manière opérationnelle à travers les prochains PNNS et PNA.

À partir des objectifs de santé publique et des orientations stratégiques de la SNANC, le PNNS 5 devra donc contribuer à améliorer toujours plus la santé de chacun via l'alimentation et l'activité physique et concilier les défis nutritionnels et de durabilité.



**AVEC L'INCIDENCE
ET LA PRÉVALENCE
CROISSANTES
DE L'OBÉSITÉ,
LES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ DOIVENT
DÉPLOYER DE NOUVELLES
ORGANISATIONS
DE SOINS**



PAR

DR. PIERRE SIMON

NÉPHROLOGUE, COFONDATEUR DU THINK TANK
TÉLÉSANTÉ ET NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Idéal

Le patient en état d'obésité (IMC $>30\text{kg/m}^2$) a besoin d'être accompagné par un professionnel de santé lorsqu'il décide de mettre en place certaines thérapeutiques comme une activité physique associée à une alimentation adaptée dans le cadre d'un plan personnalisé de soins (PPS).

L'obésité est une maladie chronique dont la fréquence ne fait que progresser depuis le début des années 70. On parle, en 2021, de près de 2 milliards de personnes touchées. La demande de soins et d'accompagnement est très nettement supérieure à l'offre en spécialistes de cette maladie (médecins, infirmiers, psychologues, diététicien, etc.).

Problématiques / obstacles

Le patient en obésité doit pouvoir bénéficier à la fois d'une éducation thérapeutique par un spécialiste de la maladie à la phase initiale de sa prise en charge et ensuite d'un accompagnement thérapeutique par un professionnel de santé avec qui le patient a une relation de confiance et de respect.

Mais l'accompagnement des patients en obésité n'est pas simple, car les régimes alimentaires rigoureux et

SEULS LES PATIENTS AYANT SUBI DES MODIFICATIONS INTENSIVES DE LEUR MODE DE VIE ONT PRÉSENTÉ UNE RÉDUCTION DE POIDS CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVE

les exercices physiques sont difficiles à maintenir dans la durée chez les patients pour de nombreuses raisons. De plus, la pharmacothérapie pour l'obésité est très coûteuse et peut avoir des effets indésirables, allant des nausées, des vomissements et de la diarrhée à des complications neurologiques

sévères comme une neuropathie périphérique invalidante.

Les interventions de soins primaires telles que prodiguer des conseils sur le mode de vie sont les approches traditionnelles pour gérer les patients atteints d'obésité, mais qui ont une efficacité limitée. Dans l'essai américain PROPEL (*Promoting Successful Weight Loss in Primary Care in Louisiana*), 18 cliniques ont été réparties au hasard pour fournir aux patients, soit une intervention intensive sur leur mode de vie axée sur la réduction de l'apport calorique et l'augmentation de l'activité physique, soit les soins primaires habituels. Lors du suivi sur 24 mois, seuls les patients ayant subi des modifications intensives de leur mode de vie ont présenté une réduction de poids cliniquement significative⁴.

4. Peter T. Katzmarzyk, *et al.*, « Weight Loss in Underserved Patients - A Cluster-Randomized Trial », *The New England Journal of Medicine*, 3 septembre 2020.

Pistes de solutions / propositions

L'obésité est une maladie chronique qui peut bénéficier d'un télé-suivi au domicile permis par la santé numérique et la télésanté. Les interventions à distance se caractérisent par un accompagnement thérapeutique par voie électronique en utilisant des applications de la santé mobile, les appareils portables et les dossiers médicaux électroniques⁵.

L'usage de la téléconsultation chez les patients en obésité est une pratique professionnelle en plein développement dans plusieurs pays où l'obésité est à l'état endémique.

La gestion du poids par les moyens de la télémédecine utilise des outils tels que des séances de conseil en groupe ou individuelles qui aident les patients à contrôler leurs portions alimentaires, à augmenter leur exercice physique et maintenir ainsi la perte de poids prévue⁶.

La téléconsultation implique une communication individuelle ou en groupe entre les professionnels de santé et les patients par le biais d'appels vidéo.

5. Charlene Soobiah, *et al.*, « Identifying optimal frameworks to implement or evaluate digital health interventions : a scoping review protocol », *BMJ Open*, 13 août 2020.

6. Kelsey Ufholz et Daksh Bhargava, « A Review of Telemedicine Interventions for Weight Loss », *Current Cardiovascular Risk Reports*, n° 15, 15 juillet 2021.

Dans une première étude, les participants ont reçu 12 séances de groupe d'une heure en présentiel, suivies de téléconsultations programmées. Les participants du groupe avec téléconsultation ont eu une perte de poids moyenne (IC à 95 %) significativement plus élevée (-6,6 kg [-7,5, -5,8]) que celle du groupe avec un suivi présentiel (-5,1 kg [-7,2, -3,0]) ; $p = 0,01$.⁷.

Dans une autre étude, les patients ont été randomisés pour recevoir soit des téléconsultations individuelles, soit en groupe, soit un programme éducatif par courrier électronique. L'objectif était d'évaluer la variation moyenne du poids entre le départ et le suivi à 22 mois. Les participants du groupe témoin qui reçurent un courrier électronique ont eu une prise de poids la plus élevée (gain de poids moyen, 4,1 kg) lors du suivi, ceux qui ont reçu une téléconsultation en groupe ont eu un gain de poids moyen de 2,8 kg. Le gain de poids le plus faible fut observé chez les patients qui avaient reçu des téléconsultations individuelles (gain de poids moyen, 2,3 kg). Cette étude montre que l'accompagnement périodique par des téléconsultations individuelles permet d'obtenir un meilleur contrôle de la prise de poids⁸.

7. Elizabeth M. Venditti, *et al.*, « Group Lifestyle Phone Maintenance for Weight, Health, and Physical Function in Adults Aged 65–80 Years: A Randomized Clinical Trial », *The Journals of Gerontology: Series A*, n° 76, février 2021.

8. Michael G. Perri *et al.*, « Effect of telehealth extended Care for Maintenance of weight loss in rural US communities: a randomized clinical trial », *JAMA Netw Open*, 15 juin 2020.

Avec l'incidence et la prévalence croissantes de l'obésité, les professionnels de santé doivent déployer de nouvelles organisations de soins ainsi que des méthodes innovantes pour combattre et freiner l'obésité. L'un de ces moyens peut être l'utilisation de la santé numérique et de la télémédecine.

“

NOTRE PAYS N'EST PAS LE PLUS À LA POINTE SUR LE SUJET DE LA PRÉVENTION

”

PAR

LAURENCE PEYRAUT
DIRECTRICE GÉNÉRALE DU LEEM

La santé ne se résume pas aux soins. Au contraire. Être en bonne santé, c'est aussi ne pas avoir besoin de soins. Pourtant, notre pays n'est pas le plus à la pointe sur le sujet de la prévention. Jusqu'alors, seulement 2 % des dépenses de santé y étaient consacrées. Heureusement, une dynamique semble s'accélérer tant au niveau des acteurs publics et institutionnels que des acteurs économiques. Les ministères de la Santé, de l'Économie et de la Recherche ont présenté en août 2024, avec l'Agence de l'innovation en santé, la stratégie « innovation en prévention » du plan « innovation santé 2030 » qui sera dotée de 170 millions d'euros. Un investissement nécessaire tant la prévention est au cœur des préoccupations des Français.

En tant qu'entreprises du médicament dont l'ADN est de soigner, nous militons en faveur d'une approche globale de la santé incluant une démarche préventive forte. Et derrière ce discours, il y a aussi des actes. Nous nous mobilisons en particulier sur trois leviers fondamentaux : la vaccination, l'action sur les modes de vie et le bon usage du médicament.

Vaccins : des boucliers invisibles

Depuis des décennies, les vaccins développés par l'industrie pharmaceutique ont prouvé leur efficacité en matière de prévention. Entre 2001 et 2020, ils ont permis

d'éviter environ 20 millions de décès, 500 millions de cas de maladie (méningites, hépatites...) et 9 millions de cas d'invalidité de longue durée dans le monde⁹. Pour prendre l'exemple du VIH, grâce aux thérapies efficaces développées ces vingt dernières années, le nombre de décès dus au sida a été réduit de plus de moitié. Mais les efforts ne s'arrêtent évidemment pas là. Les laboratoires sont à pied d'œuvre sur le champ de la prévention, notamment en recherchant activement un vaccin contre le VIH. L'espoir est que ces recherches aboutissent bientôt à un vaccin qui pourrait changer la donne dans la lutte contre cette maladie. La recherche et le développement de nouveaux vaccins ainsi que le soutien aux campagnes de vaccination sont depuis longtemps et restent des priorités pour l'industrie pharmaceutique.

Agir sur les modes de vie, un enjeu majeur

Nous le savons, les facteurs liés à nos modes de vie (exercice physique, alimentation, consommation de tabac ou d'alcool...) permettent de retarder, voire d'éviter, l'apparition de nombreuses maladies, notamment chroniques. C'est pourquoi nos entreprises mettent en place, souvent en collaboration avec des associations de patients, de nombreuses actions de sensibilisation et d'éducation auprès du grand public et de leurs salariés.

9. Sachiko Ozawa *et al.*, « Estimated economic impact of vaccinations in 73 low- and middle-income countries, 2001–2020 », *Bull World Health Organ*, 27 juin 2017.

L'obésité est un exemple frappant des défis que nous devons relever. Ce fléau touche aujourd'hui plus de 17 % des adultes en France¹⁰ et continue de progresser. S'il s'agit bien sûr d'une pathologie chronique complexe avec des réponses thérapeutiques à apporter, la prévention reste une clé de voûte de la lutte contre l'obésité et les comorbidités associées. Une perte de poids durable de plus de 10 % du poids total améliore un grand nombre des complications associées à l'obésité (diabète de type 2, hypertension, stéatose hépatique, maladies cardio-vasculaires...), ainsi que la qualité de vie. Nos entreprises du médicament cherchent sans cesse des traitements pour lutter contre l'obésité, mais veillent aussi à sensibiliser la population à l'importance du mode de vie. Plusieurs laboratoires ont développé des programmes éducatifs pour informer les jeunes sur l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière.

**LA PRÉVENTION
RESTE UNE CLÉ
DE VOÛTE DE LA
LUTTE CONTRE
L'OBÉSITÉ ET LES
COMORBIDITÉS
ASSOCIÉES**

Le bon usage des médicaments

Enfin, nous menons un combat particulier en faveur du bon usage des médicaments. On estime que le mauvais usage des médicaments serait à l'origine de plus de 200 000 hospitalisations et d'une dizaine de milliers de

10. Annick Fontbonne *et al.*, Rapport « Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obeipi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité" », *MDPI*, 25 janvier 2023.

décès prématurés par an en France¹¹. Nous avons lancé, en juin dernier, un plan d'actions de sensibilisation et d'accompagnement des professionnels de santé, mais aussi une campagne de communication grand public, qui se concentrent sur la polymédication des personnes âgées. Les seniors souffrent souvent de plusieurs pathologies et consomment plusieurs médicaments quotidiennement. Or, on sait qu'au-delà de cinq molécules prises simultanément, le risque d'interactions médicamenteuses augmente considérablement. Ce n'est que le début d'une longue bataille. D'autres campagnes sont prévues, notamment pour lutter contre le gaspillage des médicaments et la prévention de l'antibiorésistance.

Une urgence nationale

La prévention ne doit plus être le parent pauvre de la santé publique, et nous sommes en bonne voie. Chaque euro investi dans la prévention en économise bien plus dans les soins curatifs à long terme. Une étude récente montre que les programmes de vaccination pour adultes ont des bénéfices économiques jusqu'à 19 fois supérieurs à leur investissement initial¹². Les vaccins

contre la COVID-19 ont sauvé au moins 1,4 million de vies en Europe¹³.

Pour remporter le pari de la prévention, une mobilisation de l'ensemble des acteurs est nécessaire. Nous sommes prêts à jouer pleinement notre rôle. Nous nous engageons non seulement à développer des traitements innovants, mais également à promouvoir une culture de la prévention à tous les niveaux de la société. Au fond, il ne s'agit pas seulement de soigner des maladies, mais bien de soigner l'avenir.

11. Leem, Dossier de presse « Bon usage du médicament », 4 juin 2024.

12. Hania El Banhawi *et al.*, « Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes », *OHE*, 18 avril 2024.

13. Dr. Hans Henri P. Kluge, « Déclaration – Les vaccins contre la COVID-19 ont sauvé au moins 1,4 million de vies dans la Région européenne », *Organisation mondiale de la santé*, 16 janvier 2024.

“
**REDÉFINIR L'OBÉSITÉ,
[...] C'EST DÉFINIR UN
PARCOURS DE SOINS
ADAPTÉ**
”

PAR

DR. RUDY CAILLET

MÉDECIN COORDINATEUR DU CENTRE SPÉCIALISÉ
DE L'OBÉSITÉ DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG

L'obésité ne peut plus être seulement définie par « l'excès de masse grasse ayant des conséquences néfastes sur la santé ». Elle est la conséquence d'une dérégulation de l'homéostasie qui conditionne la survie de l'Humanité et de la Vie en général, au même titre que la thermorégulation, la régulation de la tension artérielle, ou celle de la respiration. Une définition actualisée, éclairée du sens des découvertes médicales et scientifiques les plus récentes, est nécessaire.

La stigmatisation de l'obésité est ubiquitaire, native en partie de la méconnaissance de l'obésité, des stéréotypes et des préjugés et la première des complications en fréquence, et en délai d'apparition chez l'individu. Elle impacte la qualité de vie, toutes corpulences confondues, et motive en grande partie la demande de soins chez les personnes en situation d'obésité. La stigmatisation de l'obésité engendre, aggrave et perpétue l'obésité.

Redéfinir l'obésité engage une véritable transformation de la pensée de société concernant la vision des corpulences élevées, et réduit la stigmatisation via tous les canaux possibles, favorise la mise en relation des soignants spécialistes avec les personnes demandeuses de soins de l'obésité, et le traitement de l'obésité.

Redéfinir l'obésité en décryptant ses mécanismes de constitution, sa physiopathologie à la source, est

reconnaître qu'elle est une maladie. C'est définir un parcours de soins adapté à la demande des personnes concernées et demandeuses de soins. C'est organiser la filière comme pour toute maladie chronique et coordonner les différents outils et traitements qui existent au sein de la multidisciplinarité nécessaire : médecins spécialistes d'organes, médecins chirurgiens, paramédicaux, accompagnateurs sociaux... définir la cotation des actes, les critères de l'annonce diagnostique, les critères de gravité, la gradation des soins ; évaluer et adapter les besoins en santé d'une grande partie de la population.

Redéfinir l'obésité pose le cadre d'une spécialité médicale dont les contours ne se définissent que tard en comparaison des progrès des autres domaines de la médecine, du fait de la complexité inhérente à la pathologie, mais dont l'expansion justifie l'urgence de la réaction, l'allocation de budgets dédiés pour la recherche, le Soins et la Prévention.

Redéfinir l'obésité implique et engage les personnes concernées directement ou indirectement par l'obésité. Les personnes elles-mêmes, leur entourage, les professionnels de santé, les décideurs des politiques de santé, le système de santé et la société.

Redéfinir l'obésité révèle les causes de l'obésité, et permet d'incriminer les mécanismes responsables en arrêtant la responsabilisation toxique et stigmatisante de l'individu, de sa pathologie et cessant de pointer son incapacité toute physiologique à inverser le processus physiopathologique d'une dérégulation qu'il a subie et dont les causes sont multifactorielles : la prédisposition génétique, et la variance due à l'exposome, l'ensemble des expositions environnementales auxquelles l'individu est soumis tout au long de sa vie, via l'alimentation, l'air, les rayonnements, les comportements, l'environnement sonore, psychoaffectif ou encore socio-économique.

Redéfinir l'obésité engage une réflexion de société sur les facteurs en cause concernant l'exposome, dont les modifications récentes et rapides sont les conséquences des progrès technologique, chimique, agroalimentaire et industriel des derniers siècles, mais aussi des changements psychoaffectifs ou socio-économiques inhérents aux transformations de la société moderne. Les travaux de recherche qui confirment l'impact sur la santé et notamment l'augmentation du risque d'obésité, par exemple des additifs alimentaires ou des polluants organiques persistants par exemple, doivent mener à interdire leur usage et adapter les lois dans ce sens.

**REDÉFINIR
L'OBÉSITÉ ENGAGE
[...] À DÉFINIR
LES AXES DE
PRÉVENTION DE
L'OBÉSITÉ QUI
CONCERNENT
PLUS LA SOCIÉTÉ
QUE L'INDIVIDU
LUI-MÊME**

Redéfinir l'obésité met en place les actions au travers de la législation et par les instances politiques, qui modifient l'exposome et réduisent les facteurs de risque d'apparition de la maladie.

Redéfinir l'obésité engage à étudier et expliciter le génotype prédisposant à la dérégulation de l'homéostasie de stockage énergétique, comprendre les conséquences de ses interactions avec l'exposome et définir les axes de prévention de l'obésité qui concernent plus la société que l'individu lui-même.

Redéfinir l'obésité propulse le système de santé et la société vers le Diagnostic, le Soins et la Prévention de l'obésité, et change le regard porté sur cette maladie.

“

LUTTER CONTRE LE CERCLE VICIEUX DE L'AUTODÉPRÉCIATION PEUT PERMETTRE DE VIVRE MIEUX LES FLUCTUATIONS DE POIDS POSSIBLES DANS UN PARCOURS D'OBÉSITÉ

”

PAR

SYLVIE BENKEMOUNPSYCHOLOGUE CLINICIENNE,
PRÉSIDENTE DU GROUPE DE RÉFLEXION
SUR L'OBÉSITÉ ET LE SURPOIDS

Les traitements de l'obésité se succèdent avec un espoir grandissant à chaque nouvelle proposition médicamenteuse, à chaque amélioration d'une prise en charge, avec le développement de l'éducation thérapeutique. Mais la croissance de l'obésité augmente faisant de cette maladie une pathologie récalcitrante. Il convient donc d'approfondir tout facteur causal concerné pour améliorer cette situation qui inquiète les acteurs de santé et influence la qualité de vie des personnes concernées.

Interrogeons un élément sociétal persistant, la stigmatisation des personnes en situation d'obésité qui contribue à maintenir l'hostilité d'un environnement intolérant à l'excès de poids considéré non conforme et suscitant le rejet conscient ou non, exprimé ou pas.

Nous pouvons nous étonner de la persistance de cette intolérance face à l'obésité qualifiée de maladie depuis 1997. La loi de santé publique de 2002 ajoute que sa prise en charge ne peut pas être séparée de la lutte contre la stigmatisation.

Deux décennies après, rien n'a vraiment changé et la période COVID a plutôt aggravé la situation en culpabilisant les personnes en situation d'obésité si présentes en réanimation.

Pourquoi lutter contre la stigmatisation de ces personnes ? Est-ce que le rejet et la persistance des stéréotypes disqualifiants peuvent les aider à perdre du poids ? Est-ce que la culpabilisation est favorable à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire associés ? Est-ce un levier de santé publique efficient ?

Les stéréotypes et les préjugés, souvent inconscients, existent de façon générale, même chez les personnes concernées qui acceptent d'être considérées comme sans volonté, sans compétences, sans attrait physique, incapables de manger correctement et de bouger.

C'est quoi l'auto-stigmatisation ?

Selon Kelly Moore et ses collaborateurs, l'auto-stigmatisation est l'ensemble des processus se rapportant au vécu de la stigmatisation qui impacte l'image de soi.

L'auto-stigmatisation est l'intégration et l'application à soi-même des stéréotypes, préjugés et attitudes discriminantes appliqués aux personnes en situation d'obésité.

Le stéréotype peut agir comme une prophétie auto-réalisatrice, c'est-à-dire rendre vraie une définition fautive à l'origine.

C'est ainsi, par exemple, que l'idée d'une personne en obésité qui ne bouge pas et qui n'en a pas les capacités peut détourner la personne d'une activité sportive pour laquelle elle pourrait être compétente.

Une autre approche sociale considère l'effet d'un stéréotype ou d'un préjugé sur une personne appartenant au groupe discriminé, c'est-à-dire celui des personnes en obésité dans ce cas. La personne se sentant jugée éprouve des sentiments d'insécurité et d'anxiété. C'est ce qu'on appelle la menace du stéréotype.

C'est le cas pour les situations de soins ressenties comme menaçantes et qui le sont trop souvent, malheureusement. Le patient en état d'hypervigilance guette le moindre signe de stigmatisation et fuit si c'est le cas en consultant de façon plus rare ensuite. Ce retard de prise en charge et une errance médicale fréquente aggravent les conséquences de cette pathologie.

Conséquences

Il en résulte une perte d'estime de soi, un sentiment d'inefficacité, une culpabilité, une obsession à essayer

**LA PERSONNE
EN SITUATION
D'OBÉSITÉ [...] EST CONSIDÉRÉE
NON CONFORME
ET RESPONSABLE
DE SON ÉTAT**

de peser un poids standard, une insatisfaction corporelle importante et persistante.

La personne s'auto-dénigre, s'auto-déprécie et s'auto-humilie.

Cela peut induire ou activer les troubles du comportement alimentaire dus à l'augmentation des hormones du stress induisant la consommation d'aliments énergétiques.

Mécanisme en jeu

La personne en situation d'obésité est disqualifiée sur sa séduction, ses capacités physiques et intellectuelles, ses performances.

Elle est considérée non conforme et responsable de son état. Ce jugement induit culpabilité et honte. Pour réparer cette culpabilité, les tentatives de perte de poids anarchiques s'enchaînent au risque d'aggraver la situation initiale. La honte provoque l'évitement des situations anxieuses liées à la stigmatisation, au prix d'une qualité de vie dégradée et d'un isolement associé.

Elle intériorise cette dévalorisation et se l'approprie en cherchant inlassablement à réparer ses « fautes »,

à la recherche d'un poids standard et d'une image acceptable et acceptée.

La personne se projette sans cesse dans le futur, dans ses espoirs de corps amaigri, s'éloignant de son corps réel, en le refusant et en cherchant ce corps rêvé, passeport pour une vie qu'elle imagine meilleure.

L'excès de poids devient la préoccupation principale, le centre des critiques et de l'amertume.

Un tel système met en échec toute capacité d'adaptation possible à une différence d'apparence qui ne résume pas cette personne et ses capacités réelles.

Pourquoi lutter contre l'auto-stigmatisation ?

Lutter contre le cercle vicieux de l'autodépréciation peut permettre de vivre mieux les fluctuations de poids possibles dans un parcours d'obésité.

On entend trop souvent les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique ne pas accepter toute reprise de poids pourtant annoncée.

Les mots choisis pour se décrire sont souvent excessifs et rejetants. Il existe pour ces patients une véritable grossophobie internalisée.

Obésité : une Grande Cause nationale !

Entre injures et invectives à son encontre au sujet du poids, la personne stigmatisée ayant accepté les stéréotypes transmet cette intolérance à la grosseur en valorisant à l'excès la minceur et les qualités que l'on y associe.

Et pour conclure, il serait souhaitable d'aider les personnes en situation d'obésité à résister à ces stéréotypes et à ces préjugés qui aggravent la situation en majorant les difficultés à l'origine de l'excès de poids.

La grossophobie ainsi transmise perpétue l'intolérance et la légitimité de ces croyances si négatives, concernant une partie de plus en plus importante de la population.

“

UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DE L'OBÉSITÉ NE CONSTITUE PAS UN COÛT MAIS UN INVESTISSEMENT SUR LE LONG TERME

”

PAR

GUILLAUME MOUKALA SAMECHARGÉ D'ÉTUDES ÉCONOMIQUES
POUR LE CABINET ASTERÈS

La France dispose d'un système de cartographie et de suivi des maladies chroniques très élaboré et précis. L'Assurance maladie met en ligne chaque année des statistiques sur la prévalence et les coûts des 57 pathologies, traitements ou prises en charge « les plus fréquentes sur le territoire ». Pourtant, l'obésité, qui est reconnue par l'OMS depuis 1997 comme une maladie chronique non transmissible (au même titre que les maladies coronariennes ou le cancer par exemple), qui concerne en France plus de 8 millions de personnes (soit 17 % de la population adulte), ne fait pas partie de ce dispositif. À titre d'exemple, dans les statistiques de l'Assurance maladie, une consultation de suivi de l'obésité entre dans la très large catégorie des « consommations courantes de soins », à défaut d'une catégorie « soins de ville » pour les patients atteints d'obésité. Force est de constater que la reconnaissance de l'obésité comme véritable pathologie ne constitue pas une réalité statistique en France.

C'est une limite à laquelle Asterès, cabinet au sein duquel je travaille, s'est heurté en se penchant sur le coût de l'obésité en France. Deux types de coût étaient pris en compte : le coût relatif à la prise en charge de l'obésité, que l'on peut nommer « coût direct », et le coût relatif à la prise en charge des pathologies attribuables à l'obésité, que l'on peut appeler « coût indirect ». La méthode utilisée pour l'estimation du coût indirect

**CETTE ABSENCE
DE L'OBÉSITÉ DANS
LES STATISTIQUES
DE L'ASSURANCE
MALADIE EST
SYMPTOMATIQUE
D'UN MANQUE DE
CONSIDÉRATION
ET DE PRISE
EN CHARGE**

consistait à s'appuyer sur la notion épidémiologique de « fraction attribuable du risque » pour déterminer, parmi les nombreux cas de 14 pathologies chroniques associées à l'obésité, lesquels auraient pu être évités si le patient n'avait pas été en situation d'obésité.

In fine, Asterès a estimé le coût de l'obésité en France à près de 11 milliards d'euros en 2020 (dont plus de 8 milliards d'euros pour l'Assurance maladie, hors coût de la COVID-19), soit environ 1 240 € par individu en situation d'obésité, en moyenne. Ce coût est composé pour 98 % de coût indirect et pour seulement 2 % de coût direct. Ce rapport entre le coût direct et le coût indirect ne reflète pas le poids réel des complications de l'obésité, mais simplement le manque de données sur sa prise en charge, dont le coût se limite dans cette étude aux chirurgies bariatriques.

Cette absence de l'obésité dans les statistiques de l'Assurance maladie est symptomatique d'un manque de considération et de prise en charge. Intégrer l'obésité à la cartographie des pathologies les plus courantes inciterait, à l'inverse, à une meilleure prise en charge.

En effet, le suivi statistique de l'obésité implique le diagnostic et donc le dépistage de la maladie, ce qui n'est pas systématiquement le cas sur le terrain. Bien que le dépistage ne soit pas toujours suivi d'une prise en charge rigoureuse, il en demeure une condition essentielle. Cela n'implique pas nécessairement d'intégrer l'obésité au dispositif d'affection de longue durée (ALD) puisque plusieurs traitements et prises en charge courantes ne sont pas des ALD, notamment les traitements psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques), et sont pourtant suivis et analysés par l'Assurance maladie avec la même précision que les ALD. Le débat sur la reconnaissance de l'obésité comme une ALD reste toutefois ouvert.

La réflexion sur la prise en charge de l'obésité est urgente, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans le débat national sur le virage préventif de notre système de santé. En effet, une prise en charge efficace de l'obésité ne constitue pas un coût mais un investissement sur le long terme. À titre d'exemple, Vivons en forme (Vif), un programme déployé par l'association Fédérons les Villes dans plus de 260 villes, dont le but est de prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant, permettrait d'éviter sur le long terme plus de 17 500 cas d'obésité d'après les travaux d'Asterès – dans l'hypothèse où les effets du programme se maintiennent dans le temps. Asterès estime à partir

Obésité : une Grande Cause nationale !

des données disponibles publiquement que chaque euro dépensé annuellement dans ce programme génère treize euros d'économies nettes par an sur le long terme. Voilà donc un exemple d'action de prévention bénéfique sur le plan sanitaire et rentable sur le plan économique. *In fine*, augmenter le coût direct de l'obésité (la prise en charge), c'est investir dans la baisse drastique du coût indirect (les complications de l'obésité).



**LES PERSONNES
EN DIFFICULTÉ
ÉCONOMIQUE SONT
DISPROPORTIONNELLE-
MENT TOUCHÉES
PAR L'OBÉSITÉ,
PARTICULIÈREMENT
DANS SES FORMES
SÉVÈRES ET MASSIVES**



PAR

BARBARA MAUVILAIN

DIRECTRICE DU SERVICE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES
DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES BANQUES ALIMENTAIRES

Les situations de surpoids et d'obésité constituent un marqueur croissant des inégalités financières, sociales et territoriales. L'état de santé des personnes ayant recours à l'aide alimentaire illustre pleinement cet enjeu majeur, en termes de diagnostic, de prévention, d'accompagnement et d'orientation. C'est ce que constatent les Banques alimentaires, premier réseau d'aide alimentaire en France, qui soutiennent 2,4 millions de personnes.

Les inégalités de santé constituent l'un des marqueurs principaux des inégalités sociales : en France, parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart¹⁴. Les inégalités sociales de santé sont flagrantes au regard de la situation des enfants en pauvreté : ils sont plus exposés au risque d'être en mauvaise santé, ils ont moins souvent accès aux biens de première nécessité (nutrition, logement), et sont plus sujets aux carences et à une alimentation de moins bonne qualité. Ces inégalités se répercutent tout au long de la vie : ils ont donc plus de risques de développer à l'âge adulte des pathologies, dont l'obésité, et les maladies associées (diabète, l'hypertension, maladies cardio-vasculaires)¹⁵.

14. Nathalie Blanpain, Rapport « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », *INSEE PREMIÈRE*, n° 1687, 6 février 2018.

15. Break Poverty Foundation, Rapport « Les inégalités dès le plus jeune âge », 28 juin 2024.

**L'ÉTAT DE SANTÉ
DES PERSONNES
ACCUEILLIES À
L'AIDE ALIMENTAIRE
EST MOINS BON
QUE LA MOYENNE
NATIONALE**

Les personnes en difficulté économique sont disproportionnellement touchées par l'obésité, particulièrement dans ses formes sévères et massives. En vingt ans, la part de personnes en obésité parmi l'ensemble des adultes a progressé de près de sept points, passant de 10 % en 2000 à 17,9 % en 2020. Si tous les milieux sociaux ont connu cette hausse, les inégalités sociales se sont accrues sur la période : les ouvriers étaient 1,5 fois plus concernés en 2000 que les cadres supérieurs, ce rapport a doublé 20 ans après¹⁶. La prévalence de l'obésité chez les plus précaires est de 24,7 %, indiquant que les contraintes financières influent fortement sur la santé, comme le souligne l'étude OFÉO 2024¹⁷.

Ces disparités sociales se doublent de disparités régionales. 22,4 % des habitants des DROM-COM sont en situation d'obésité, un chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale des adultes métropolitains de 17,9 %. Ces disparités régionales significatives révèlent la nécessité d'interventions spécifiques pour lutter efficacement contre l'obésité. En France métropolitaine, les Hauts-de-France et le Centre-Val de Loire sont les régions les plus touchées.

16. Observatoire des inégalités, « L'obésité touche de manière inégale les milieux sociaux », 27 octobre 2022.

17. Ligue contre l'obésité, « Lutte contre l'obésité : La Ligue nationale contre l'obésité dévoile une nouvelle étude épidémiologique OFÉO », 21 juin 2024.

L'état de santé des personnes accueillies à l'aide alimentaire est moins bon que la moyenne nationale : 71 % des personnes déclarent au moins un problème de santé¹⁸. Près d'un tiers des répondants déclarent des problèmes de surpoids et d'obésité ou des problèmes cardio-vasculaires. 15 % des personnes interrogées sont diabétiques contre 5 % dans la population générale¹⁹. L'analyse qualitative met en évidence une sous-déclaration des problèmes de poids²⁰. En effet, contrairement au diabète et aux maladies cardio-vasculaires, l'obésité n'est pas reconnue comme une pathologie chronique et ne fait que peu l'objet de messages de prévention et sensibilisation : cela ne facilite pas l'identification de ce problème de santé par les personnes concernées.

Les Banques alimentaires ont créé, en 2020, le programme de prévention santé « Bons gestes & bonne assiette », en cohérence avec le Programme national nutrition santé. L'objectif est de recréer du lien social et de participer à améliorer la santé des personnes en situation de précarité alimentaire. Il s'agit également de favoriser l'autonomie et la participation active des personnes. « Je suis souvent confronté au sujet de l'obésité en atelier. Mon rôle, en tant

18. Banques alimentaires, Rapport « Études Profils 2023 : Qui sont les personnes accueillies à l'aide alimentaire ? », 24 février 2023.

19. Banques alimentaires, Rapport « Étude Santé et habitudes alimentaires des personnes accueillies dans les ateliers "Bons gestes & bonne assiette" », 22 février 2024.

20. Santé publique France a ainsi comparé les indications auto-déclarées et celles mesurées médicalement en 2021 : l'IMC (indice de masse corporelle) serait sous-estimé de 0,8 chez les femmes et de 0,4 chez les hommes.

qu'animateur Bons gestes & bonne assiette et qu'ancien cuisinier de profession, est notamment de redonner le plaisir de se préparer à manger », souligne Bernard Reculeau, animateur bénévole à la Banque alimentaire du Finistère. Pour Élodie Tarby, responsable des actions d'accompagnement social à la FFBA : « Nous voulons renforcer nos actions autour d'une alimentation de saison, en travaillant sur l'estime de soi, et sur la valorisation de cuisiner soi-même ».

Il s'agit aussi de prendre en compte l'accès limité aux équipements de cuisine : 6 % des personnes interrogées ne disposent pas de réfrigérateur, et 20 % de congélateur, indispensables à la conservation des aliments. De plus, 9 % des personnes ne possèdent pas de plaques de cuisson et 10 % de four. L'OMS préconise la pratique d'activités physiques pour lutter contre l'obésité. Mais près de 70 % des personnes interrogées ne pratiquent pas de sport et la moitié ne marche pas tous les jours. Comme le souligne Maud Coursel Machado, animatrice à la Banque alimentaire du Cher : « Nous devons réfléchir ensemble à la meilleure façon d'aborder la question de l'alimentation et de l'activité physique en faisant attention aux différents paramètres qui caractérisent l'obésité. »

C'est pourquoi la Fédération française des banques alimentaires est membre de la Coalition Obésité qui

alerte sur l'accélération de la prévalence de l'obésité en France, son caractère holistique et interministériel, et vise à sa reconnaissance comme une pathologie chronique et multifactorielle. L'enjeu est de pouvoir accompagner les personnes au sein d'un parcours de soins et proposer un parcours de sensibilisation à l'obésité à toutes les étapes clés de la vie. Autant de propositions qui doivent permettre d'accompagner au mieux les plus fragiles.

“

**L'OBÉSITÉ N'EST ENCORE
CONSIDÉRÉE PAR DE
NOMBREUX SOIGNANTS
QUE COMME UN FACTEUR
DE RISQUE ASSOCIÉ À
D'AUTRES PATHOLOGIES
CHRONIQUES**

”

PAR

DR. JEAN-PAUL ORTIZ

NÉPHROLOGUE,
PRÉSIDENT D'HONNEUR DE LA CSMF

L'obésité est une maladie complexe, chronique, multifactorielle, qui est aujourd'hui la plus répandue dans le monde. L'OMS évalue sa prévalence à plus de 2 milliards de personnes atteintes en 2020 ! Cette prévalence aurait doublé en trois décennies.

En France, les derniers chiffres estiment à près de 20 % la population touchée.

Facteur de risque indiscutable, elle représente un poids financier majeur pour l'ensemble des systèmes de santé qui pourrait atteindre 3 % du PIB mondial en 2035. Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique général de premier plan.

L'obésité est associée à de nombreuses autres pathologies chroniques dont l'incidence ne cesse de croître dans tous les pays, tout particulièrement en France. Elle est responsable de complications majeures cardio-vasculaires, mais aussi d'insuffisance respiratoire et grande pourvoyeuse de diabète de type 2. Cette dernière pathologie chronique marque l'évolution de nos sociétés occidentales par son explosion.

Elle est associée à une fragilité particulière devant les infections. L'épidémie du COVID-19 l'a largement et dramatiquement mis en lumière : la gravité des patients hospitalisés en réanimation et la mortalité ont plus

largement touché en priorité des patients en obésité lorsqu'ils étaient atteints du COVID.

Elle est également pourvoyeuse de dégradation de la fonction rénale, à la fois à cause du diabète, de l'hypertension et de l'hyperfiltration glomérulaire liée au surpoids.

Il s'agit bien d'une véritable maladie chronique, complexe et multifactorielle. Les différents travaux identifient des facteurs associés à l'obésité aussi variés que des causes comportementales, psychologiques, mais aussi génétiques. Des travaux récents incriminent le biotope intestinal, au-delà des habitudes alimentaires. Les facteurs psychosociaux, d'environnement, la sédentarité et le milieu du travail sont autant d'éléments qui vont favoriser l'apparition de cette pathologie complexe.

Et pourtant, l'obésité n'est encore considérée par de nombreux soignants que comme un facteur de risque associé à d'autres pathologies chroniques. Tout au plus considèrent-ils l'obésité comme une authentique pathologie lorsqu'il s'agit d'une « obésité morbide » (BMI>40). Trop de soignants se réfugient dans une condamnation facile d'un comportement qualifié d'inadéquat : « il mange trop et mal ». Trop de soignants tombent même dans une attitude de moquerie devant

un patient en obésité : « s'il se goinfrait pas, il n'aurait pas tous ces problèmes » !... La grossophobie est largement répandue chez les professionnels de santé.

Il est vrai que ce patient en obésité est un patient complexe : il nécessite une prise en charge plus longue, plus lourde, plus compliquée et certainement pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Il n'y a pas aujourd'hui UN médecin de l'obésité, mais plutôt la nécessité d'une prise en charge transversale impliquant le médecin généraliste traitant, les spécialistes concernés tout particulièrement cardiologue, endocrinologue, pneumologue, néphrologue, gynécologue, etc. Mais également les professionnels spécialisés dans l'approche nutritionnelle, tels que diététicien, infirmier de coordination, psychologue clinicien ou nutritionniste. Il faudrait y associer le secteur médico-social ainsi que le secteur du sport. Voilà des patients bien lourds qui nécessiteraient du temps et probablement une meilleure valorisation de leur prise en charge...

Il faut donc changer le regard que nous avons vis-à-vis de l'obésité :

- Les décideurs politiques et l'Assurance maladie doivent considérer l'obésité comme une pathologie transversale nécessitant un recours à des soins fréquents, longs et souvent complexes ; ils doivent en tirer toutes

L'OBÉSITÉ DOIT ÊTRE ENSEIGNÉE DANS TOUTES LES FORMATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, TANT EN FORMATION INITIALE QU'EN FORMATION CONTINUE

efforts de tous pour une prise en charge coordonnée et complexe. La grandeur de notre engagement professionnel est de nous occuper de ces patients lourds et complexes !

- L'obésité doit être enseignée dans toutes les formations des professionnels de santé, tant en formation initiale qu'en formation continue. Elle pourrait être un exemple parfait pour enseigner la pluriprofessionnalité indispensable et la coordination entre professionnels, autant d'éléments défailants dans notre prise en charge en soins.

- Il faut dénoncer et cesser tout jugement a priori qui réduit l'obésité à un comportement alimentaire qui serait inadéquat ; car l'obésité est une problématique beaucoup plus complexe qui nécessite non pas un jugement moral mais un accompagnement adapté, plein

les conséquences au niveau de l'accompagnement et du financement, en particulier pour les tarifs des actes en ville.

- Les professionnels de santé doivent avoir un autre regard sur un patient en obésité : ce patient va nécessiter des

d'empathie, de patience, et de partage avec le patient avec des objectifs et des suivis facilités et atteignables. De ce point de vue là, l'arrivée de la télésurveillance et les outils issus du numérique sont des éléments qui doivent faciliter l'engagement des professionnels auprès des patients en obésité, et ce, au long cours.

Changer un comportement n'est jamais facile surtout lorsqu'il est encore trop partagé. Pourtant, il s'agit d'un enjeu majeur devant l'extraordinaire progression de l'obésité dans nos pays. Ceci devrait d'ailleurs commencer dès l'école afin de développer une nutrition variée et adéquate et induire chez les enfants un regard empathique pour leurs petits camarades, qui sont en surpoids ou en obésité...

Voilà un exemple qui montre combien la santé de chacun est multifactorielle ; pour stopper la progression puis diminuer une pathologie chronique comme l'obésité, il faudra faire appel à de nombreux acteurs au-delà des professionnels de santé.

“
**L'OBÉSITÉ CONSTITUE
[...] LE TROISIÈME
FACTEUR DE RISQUE DE
CANCERS [...] ET EST UN
FACTEUR DE MAUVAIS
PRONOSTIC**
”

PAR

SOPHIE BEAUPÈRE
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE D'UNICANCER

Une personne sur huit est en obésité aujourd'hui dans le monde et l'obésité a doublé chez les adultes et quadruplé chez les enfants depuis 1990 selon l'OMS. L'obésité est une maladie chronique d'envergure pandémique dont les causes sont multifactorielles et parfois cumulatives, d'origine hormonale, génétique ou environnementale. Facteur de risques d'un certain nombre de maladies, elle touche les milieux sociaux de manière inégale, les études révélant un gradient socio-économique et territorial marqué²¹.

Plusieurs études à l'échelle internationale ont été menées pour objectiver le lien entre la surcharge pondérale et le cancer²². En France, 18 000 nouveaux cas de cancers, soit 5,4 %²³, leur seraient imputables chaque année. L'obésité, le surpoids et la prise de poids concernent par ailleurs de nombreux patients au moment du diagnostic, pendant ainsi qu'après les traitements. Plus de 50 % des patients, tout type de cancer confondu, sont en surpoids (36,5 %) ou en obésité (15,5 %) au moment du diagnostic, et 40 % des patients passent dans une catégorie IMC supérieure pendant ou après les traitements. L'obésité constitue en outre le troisième

21. « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'obésité », Odoxa-Ligue contre l'obésité, juin 2021. L'enquête financée par les laboratoires Roche est réalisée régulièrement depuis 1997, ce qui permet de mesurer les évolutions.

22. Isabelle Romieu, Laure Dossus et Walter C. Willett « Energy Balance and Obesity », International Agency for Research on Cancer, IARC Working Group Reports, n° 10, 2017.

23. Institut national du cancer, Rapport « Incidence et mortalité des cancers en 2018 », juillet 2019.

facteur de risque de cancers – après le tabac et l’alcool – et est un facteur de mauvais pronostic, ainsi qu’un facteur de risque de second cancer²⁴, car ces situations augmentent considérablement l’agressivité des tumeurs sous l’influence inflammatoire des tissus adipeux.

Dans ce contexte, la promotion des comportements de santé tels que la nutrition, l’activité physique ou l’incitation à adopter des habitudes et modes de vie sains est l’une des priorités d’Unicancer et des Centres de lutte contre le cancer. Pour structurer une réponse globale, Unicancer a créé il y a quelques années l’Intercomité de liaison alimentation et nutrition des CLCC (INTERCLAN) et le réseau ONCODIETS qui, au travers d’une coopération ville-hôpital renforcée, permet aux diététiciens et nutritionnistes de ville de travailler en étroite collaboration avec les équipes de soins de support des CLCC. Ce réseau a vocation à sensibiliser et former les professionnels de ville à la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer et en situation de malnutrition, de surpoids ou d’obésité afin de leur garantir un parcours de soins sans ruptures.

Les CLCC développent également depuis plusieurs années des programmes de prévention personnalisée et d’accompagnement nutritionnel avant et pendant

les traitements. Il s’agit d’une priorité pour réduire l’apparition des cancers, notamment des formes graves, et pour améliorer la réponse aux traitements des patients pris en charge. Acteurs des soins, de la recherche contre le cancer mais aussi de la prévention et de la surveillance prolongée des patients, les Centres de lutte contre le cancer disposent en effet d’une combinaison d’atouts uniques pour décliner une stratégie préventive globale, efficace et coordonnée à l’échelle territoriale, facilitée par leur connaissance approfondie de l’épidémiologie de leur territoire, et une forte visibilité qui accroît le rayonnement de leurs actions.

De nombreuses initiatives couvrant l’ensemble des champs de la prévention de l’obésité et du surpoids sont déployées au sein des établissements du réseau Unicancer.

En prévention primaire, Epidaure, le département historique de prévention de l’Institut de cancérologie de Montpellier créé en 1988, a mis au point un supermarché virtuel accessible dès l’école primaire pour augmenter les connaissances sur les techniques de vente et favoriser la prise de conscience quant à l’influence de ces techniques et de la publicité. Dans le cadre du Programme Interception piloté par Gustave Roussy et déployé par Unicancer, une évaluation nutritionnelle et des conseils personnalisés en nutrition et activité

24. Centre Léon Bérard, Rapport « Prévention des cancers, recherches significatives sur les expositions environnementales et sur les perspectives d’avenir », 7 avril 2021.

**LE SOIN
NUTRITIONNEL
FAIT PARTIE
INTÉGRANTE DE LA
PRISE EN CHARGE
DU PATIENT, LEUR
PERMETTANT DE
MIEUX SUPPORTER
LES TRAITEMENTS**

de l'obésité, lever l'auto-stigmatisation, lutter contre la grossophobie et accompagner les patients en quête de perte de poids en encourageant une prise en charge multidisciplinaire ouverte sur la ville.

En prévention secondaire et tertiaire, le soin nutritionnel fait partie intégrante de la prise en charge du patient, leur permettant de mieux supporter les traitements et participant ainsi à l'amélioration de leur qualité de vie et de la survie globale. Développés par les équipes de soins de support, formées pour garantir une prise en charge nutritionnelle personnalisée des patients, des programmes de nutrition adaptés aux pathologies et à l'état des patients sont ainsi proposés, associés à de l'activité physique adaptée, recommandée pour réduire la fatigue, limiter l'apparition d'épisodes indésirables liés au traitement, et prévenir les seconds cancers.

physique sont proposés aux personnes identifiées à haut risque de cancer, afin de réduire l'apparition de nouveaux cas de cancers et éviter les formes graves. À l'Institut Curie, le programme « Programme ETP, de la tête à l'assiette, j'en fais tout un plat ! » vise à vulgariser la complexité et les origines

L'expérimentation PRÉCIDIVE²⁵ a ainsi été développée pour prévenir la récurrence de trois pathologies chez des personnes en situation d'obésité, parmi lesquelles le cancer du sein, suivant le constat qu'il n'existe pas de plateforme d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes en situation d'obésité atteintes d'un cancer du sein.

Saluant les orientations prises par les pouvoirs publics pour mieux prévenir l'obésité qui constitue un enjeu de santé publique majeur²⁶, Unicancer s'engage également avec des collectifs de professionnels de santé et de scientifiques, et de nombreuses associations, pour accélérer les mesures de prévention telles que le déploiement du Nutri-Score. Véritable outil de santé publique, il permet de mieux informer les consommateurs sur la valeur nutritionnelle des produits au moment de l'achat.

C'est l'intégration des sciences humaines et sociales à la recherche clinique qui permet d'analyser et de comprendre l'influence de la modification de l'environnement et des habitudes alimentaires dans le

25. Un article 51 porté par l'ARS Occitanie, le CHU de Toulouse, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), La Ligue contre le cancer, l'IUCT Oncopole, Bot Design, CRIAPS, France Asso Santé, et la CPAM. 750 patients inclus, sur une durée de 5 ans.

26. En 2018, un plan d'envergure est développé pour améliorer la santé globale de la population avec un pilotage interministériel. Ce Plan Priorité Prévention fixe l'ambition de réduire de 15 % l'obésité chez l'adulte et de 20 % chez l'enfant. En 2019, la France se dote d'un quatrième Programme national nutrition santé (PNNS), avec l'ambition d'améliorer la santé globale des Français par l'alimentation et l'activité physique.

développement de certaines pathologies, notamment du cancer. Le Département Prévention Cancer Environnement du Centre Léon Bérard a ainsi créé une unité dédiée à l'étude des facteurs environnementaux, professionnels et nutritionnels en cause dans certains cancers par une approche très innovante fondée sur une recherche interdisciplinaire combinant les approches épidémiologiques, géographiques, moléculaire et clinique. Le Centre Henri Becquerel a, quant à lui, constitué un groupe de travail consacré à la rédaction d'une série de recommandations portant sur la prise en charge des patients atteints d'obésité, et notamment sur l'adaptation des posologies des traitements anticancéreux et des dosages anti-infectieux, mais aussi sur le recensement des équipements et dispositifs médicaux adaptés à la pathologie. C'est en apportant des éléments de réponse à ces questions que l'on parviendra à mieux cibler les stratégies de prévention et à améliorer la prise en charge au quotidien des patients et plus largement leurs parcours de vie.

“

**IL CONVIENT DE
REPENSER LE RÔLE
[...] DES ORGANISMES
COMPLÉMENTAIRES
DANS LE DISPOSITIF
GLOBAL DE PRÉVENTION
DE LA SURCHARGE
PONDÉRALE**

”

PAR

MATTHIEU SAINTON

ASSOCIÉ CHEZ EUROGROUP CONSULTING

L'obésité : un problème de santé publique croissant ayant un coût social majeur pour les collectivités et les complémentaires santé

Reconnue comme une pathologie par l'OMS depuis 1997, l'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC²⁷) égal ou supérieur à 30. Ainsi, en France, en 2020, 47,3 % des adultes étaient considérés comme étant en surpoids (IMC supérieur à 25), incluant 17 % d'adultes en obésité, contre respectivement 38,3 % et 10,1 % en 2000.

Si l'obésité a un impact sanitaire conséquent (chaque année, l'obésité est responsable de 6,6 millions de pathologies, traitements et épisodes de soins et de plus de 60 000 décès), elle a également un coût social majeur.

En effet, en 2016, la direction générale du Trésor estimait le coût social de la surcharge pondérale à 20,4 milliards d'euros par an dont 12,8 uniquement liés à l'obésité soit un montant comparable à celui de l'alcool (15,0 milliards d'euros€) et du tabac (26,6 milliards d'euros€)²⁸.

27. Le calcul de l'indice de masse corporelle ou IMC (poids divisé par la taille au carré) indique si la personne est en surpoids.

28. Direction générale du Trésor, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter? », *Trésor-Éco*, n° 179, 6 septembre 2016.

Plus récemment, une étude du cabinet Asterès estimait le coût de l'obésité à 10,6 milliards d'euros²⁹ répartis entre l'assurance maladie obligatoire (79 % du coût), l'assurance maladie complémentaire (12 %) et les entreprises (9 %).

En se fondant sur cette étude, l'obésité représenterait chaque année un coût de 8,4 milliards d'euros pour l'assurance maladie obligatoire et de 1,3 milliard d'euros pour les organismes complémentaires (1,1 milliard d'euros de soins de ville et 0,2 milliard d'euros de soins hospitaliers dont interventions chirurgicales et traitement de complications graves).

Ainsi, sur les 32,8 milliards³⁰ de prestations reversées par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) à leurs assurés, les dépenses relatives à l'obésité représenteraient près de 4,2 % des prestations totales. Cela génère un impact direct et concret sur l'équilibre économique de ces organismes.

À ce titre, tant les données épidémiologiques, leur tendance haussière que le coût annuel de l'obésité démontrent la nécessité pour l'ensemble des acteurs de la protection sociale d'enrayer l'épidémie non

29. ASTERÈS, « L'obésité en France : un coût de 10,6 milliards d'euros par an pour la collectivité », avril 2022.

30. DRESS, Rapport « Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », 21 décembre 2023.

contagieuse que représente l'obésité en France.

Pour ce faire et face aux échecs des démarches de prévention préalablement développées, il convient de repenser le rôle, les responsabilités et les modes d'action de chacun et plus particulièrement celui des organismes complémentaires dans le dispositif global de prévention de la surcharge pondérale.

**S'IL CONVIENT
DE FAIRE ÉVOLUER
LES APPROCHES
PRÉVENTIVES,
IL DEMEURE
NÉCESSAIRE DE
PRENDRE EN COMPTE
LES CONTRAINTES
QUI S'IMPOSENT
AUX ORGANISMES
COMPLÉMENTAIRES**

Réinventer les approches des organismes complémentaires pour inverser la tendance

S'il convient de faire évoluer les approches préventives, il demeure nécessaire de prendre en compte les contraintes qui s'imposent aux organismes complémentaires : accès limité aux données de santé, cadre financier et institutionnel désincitatif, comptabilisation des frais de gestion. Eu égard à ces contraintes et aux besoins de la population, le positionnement des organismes complémentaires doit évoluer *via* deux axes complémentaires.

Renforcer la prévention secondaire et tertiaire

Pour répondre à ce défi, il est nécessaire pour les organismes complémentaires de se concentrer sur la prévention secondaire et tertiaire (l'Assurance maladie étant l'organisme le mieux placé pour réaliser de la prévention primaire massive) en renforçant leurs offres existantes en particulier dans le cadre des contrats collectifs dans une approche partenariale avec les employeurs.

Plusieurs pistes d'action peuvent dès lors être envisagées dans le champ d'action historique des complémentaires : augmentation des forfaits diététiciens, prise en charge d'examens médicaux préventifs tels que les épreuves d'effort permettant de proposer par la suite des programmes de remise en exercice adaptés et suivre l'évolution des patients, prise en charge financière d'abonnements à des applications de santé certifiées avec un accès aux données pour pouvoir individualiser le suivi et l'accompagnement proposé, action de prévention collective en entreprise, etc.

Agir plus largement sur la chaîne de valeur de la nutrition

Il existe un autre levier sur lequel les organismes complémentaires pourraient envisager un

positionnement novateur : la diversification sur la chaîne de valeur de la nutrition. En aval de la prise en charge financière évidemment : par le biais de conseils, coaching ou en prenant part au système de soins. Ce positionnement existe déjà mais pourrait faire l'objet d'un investissement plus fort, en particulier dans l'accompagnement individuel.

Plus novateur encore, l'engagement des organismes complémentaires en amont de la chaîne de valeur en investissant dans le secteur de l'industrie agroalimentaire ou des distributeurs. Cela aurait plusieurs vertus au-delà de la seule diversification économique : travailler à la racine des problématiques en tentant de transformer les produits consommés, influencer plus fortement les autres acteurs de ces marchés pour modifier les produits distribués et participer ainsi à améliorer la santé des individus afin de diminuer les coûts de prise en charge de l'obésité sur le long cours.

Cette diversification n'est pas naturelle en France pour le secteur de l'assurance santé. Pourtant, elle est une voie qui s'avérerait utile à la consolidation économique des assurances et à la promotion de chaînes de valeur cohérentes et impactantes pour les Français.

SYNTHÈSE

« *Une société qui exclut est une société malade !* »

L'obésité est une pathologie complexe et évolutive aux causes multifactorielles et souvent cumulatives. Elle résulte de l'interaction entre des facteurs endogènes (maladies génétiques, endocriniennes, biologiques...) et de facteurs exogènes (environnement social et culturel, précarité, insécurité alimentaire...). Chacun comprendra alors que, loin de la vision simpliste visant à réduire l'obésité à une simple équation de « calories consommées vs calories dépensées », la maladie résulte rarement d'un facteur unique mais bien d'un enchevêtrement de risques spécifiques à chaque individu rendant la maladie extrêmement complexe. Mieux comprendre les mécanismes qui conduisent à l'obésité suppose alors de prendre en compte les combinaisons de ces différents éléments.

Cela suppose aussi d'intégrer les sciences humaines et sociales à la recherche clinique pour analyser et comprendre l'influence de la modification de l'environnement et des habitudes alimentaires dans le développement de certaines pathologies car une fois la « machinerie interne » dérégulée, il est difficile de faire marche arrière. En plus d'être une pathologie en soi, l'obésité est un facteur de risque majeur pour les pathologies chroniques les plus fréquentes à l'instar du diabète et dont les conséquences psychologiques

et sociales sont souvent lourdes. Si chaque nouvelle molécule ou amélioration des prises en charge suscite des espoirs, la progression constante du nombre de personnes touchées par l'obésité souligne le caractère récalcitrant de cette maladie.

Agir efficacement contre l'obésité implique alors de changer de perspective en reconnaissant sa complexité et en luttant contre les jugements simplistes et discriminants qui entravent la compréhension de la pathologie mais aussi le soutien dont les personnes concernées ont besoin. Ce changement de paradigme nécessite d'adopter une approche globale et transversale des politiques publiques, tant de multiples paramètres connexes et interdépendants interviennent sur cet enjeu de santé : alimentation, éducation, industrie, sport, recherche, etc. Elle suppose aussi une approche différenciée en fonction des territoires (urbain, rural, ultramarin...). Force est de constater cependant que ces politiques sont aujourd'hui conduites de manière fragmentée au sein des différents ministères concernés et ne permettent pas une mise à profit optimale des moyens.

Grossophobie, les clichés ont la vie dure chez les soignants ?

Derrière l'obésité se dessinent souvent des parcours de vie marqués par des difficultés profondes : une

prédisposition génétique, la pauvreté, la violence, ou encore un environnement obésogène. Ces trajectoires façonnent une estime de soi fragile et plus encore dans une société qui attribue à la minceur une valeur centrale avec pour conséquences l'émergence de comportements alimentaires restrictifs et inefficaces qui accentuent la prise de poids sur le long terme puisque le corps cherche à faire des réserves en cas de nouvelle période de disette ! Une pression sociale qui se traduit de surcroît par une stigmatisation omniprésente teintée de rejet social et de marginalisation, qui affecte profondément la santé mentale de ceux qui en souffrent tout en compromettant leur adhésion aux traitements nécessaires. Les effets dévastateurs sur ceux qui en sont victimes contribuent alors à alimenter un cercle vicieux de mal-être et de difficultés de gestion du poids.

Pointées du doigt comme des personnes dépourvues de volonté, les personnes atteintes d'obésité sont malheureusement souvent en proie à une lutte pour leur survie. Si la discrimination subie par ces personnes se manifeste dans de nombreux aspects de leur vie quotidienne, qu'il s'agisse des interactions dans les espaces publics ou des obstacles rencontrés dans l'accès à l'emploi, les préjugés liés à l'obésité ne s'arrêtent pas là. Les professionnels de santé ne sont en effet pas exempts de biais, qu'ils soient conscients ou inconscients. Trop de soignants se réfugient encore

dans une condamnation « facile » d'un comportement qualifié d'inadéquat : « il mange trop et mal ». *In fine*, l'obésité n'est encore considérée par bon nombre d'entre eux que comme un facteur de risque associé à d'autres pathologies chroniques. Tout au plus considèrent-ils l'obésité comme une authentique pathologie lorsqu'il s'agit d'une « obésité morbide ».

Lutter efficacement contre la maladie implique alors en premier lieu de déconstruire ces perceptions négatives et de promouvoir une approche bienveillante et inclusive, tant au niveau social qu'au sein des structures de soins. Ces préjugés ne sont pas sans conséquences puisqu'ils peuvent influencer la qualité des soins avec des diagnostics superficiels, des conseils inadéquats et en imposant un stress constant aux personnes concernées, réduisant ainsi leur volonté de chercher de l'aide et rendant plus difficile l'adoption de mesures positives pour leur santé.

Ce constat appelle une révision de la formation initiale des médecins où l'obésité est abordée de façon trop marginale. Les professionnels de santé doivent être mieux formés sur ses causes et conséquences. Cette formation est primordiale pour apporter un diagnostic et des solutions adaptées à chaque patient. D'autant plus lorsque nous savons qu'il y a autant d'obésités différentes qu'il y a de patients. Dans ce contexte, il n'est

pas étonnant de constater une diminution du nombre de spécialistes en obésité. Il devient donc urgent de revaloriser cette spécialité afin d'attirer et de former des professionnels qualifiés, capables de répondre aux défis croissants posés par cette maladie.

Plus globalement, le patient atteint d'obésité est un patient complexe qui nécessite une prise en charge plus longue, plus lourde, plus compliquée, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Une prise en charge transversale qui doit impliquer le médecin traitant, les spécialistes concernés (cardiologue, endocrinologue, pneumologue, néphrologue, gynécologue etc.) et les professionnels spécialisés dans l'approche nutritionnelle tels que les diététiciens, les infirmiers de coordination, les psychologues cliniciens ou encore les nutritionnistes. Il faudrait également y associer le secteur médico-social ainsi que le secteur du sport. Une approche systémique impliquant la nutrition, l'activité physique et la santé mentale est essentielle pour une prise en charge complète, sans rupture et de qualité pour le patient.

Si garantir une continuité de la prise en charge est indispensable, il reste cependant difficile aujourd'hui de coordonner des professionnels engagés autour d'un individu, d'une démarche et pour un même résultat. Les dispositifs issus de l'article 51 tels que Mam'en forme et TIMEO, illustrent bien la difficulté

à coordonner les actions des différents professionnels autour du patient. La juxtaposition des dispositifs induit par ailleurs un morcellement des parcours, une problématique de cohérence des approches et une inégalité d'accès aux démarches éducatives thérapeutiques ainsi qu'aux innovations. Il existe par ailleurs beaucoup d'établissements de soins, de professionnels ou d'associations qui traitent le sujet de l'obésité, que ce soit dans la prévention, la prise en charge, l'accompagnement, la recherche ou encore la formation. Mais, sans coordination, ces offres sont peu accessibles aux personnes qui en ont besoin.

Enfin, nous savons que les interventions ponctuelles de différents professionnels sans suivi à long terme sont inefficaces. De ce point de vue là, l'arrivée de la télésurveillance et des outils numériques sont des éléments qui doivent faciliter l'engagement des professionnels auprès des patients atteints d'obésité, et ce, au long cours. L'obésité étant une maladie chronique, l'utilisation de la télémédecine et des outils numériques permet de proposer un accompagnement thérapeutique via des applications de santé mobile, des appareils portables et des dossiers médicaux électroniques. Face à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, les professionnels de santé doivent adopter des méthodes innovantes et déployer de nouvelles organisations de soins. La santé numérique et la télémédecine

représentent des solutions prometteuses pour mieux gérer l'obésité, en offrant un suivi personnalisé et régulier, tout en facilitant l'accès aux soins pour un plus grand nombre de patients.

Quand obésité rime avec précarité et inégalités !

L'obésité est par ailleurs, nous le savons, profondément influencée par le cadre social et économique dans lequel s'inscrit un individu. La disponibilité massive de produits transformés, souvent riches en matières grasses et en sucres, influence considérablement les choix alimentaires. Ces aliments, largement accessibles et fréquemment promus par des campagnes publicitaires attrayantes, orientent les préférences des consommateurs, les rendant plus enclins à adopter des habitudes alimentaires peu saines. Pour les familles les moins favorisées, cela représente une double peine : des ressources limitées pour acheter des aliments sains et un environnement qui favorise des choix alimentaires moins bénéfiques pour la santé.

Face aux inépuisables méthodes mises en place par l'industrie agroalimentaire, promouvoir des environnements favorisant des choix nutritionnels équilibrés, notamment au sein des populations les plus précaires, suppose de faire preuve d'inventivité et de persévérance. Agir pour contrer ces dynamiques

néfastes pour la santé passe, entre autres, par une régulation plus stricte de la publicité et des promotions visant les produits ultra-transformés et par des mesures incitatives en faveur d'une alimentation plus saine et durable. En parallèle, un effort de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle renforcée doit être déployé pour permettre aux citoyens de faire des choix éclairés.

L'excès de poids s'inscrit donc dans notre pays dans le – large – spectre des inégalités sociales. À tel point que certains la qualifient de maladie de « la vulnérabilité sociale ». En effet, si la prévalence de la surcharge pondérale est en hausse dans toutes les catégories socioprofessionnelles, elle est de 18 % chez les ouvriers contre 9,9 % chez les cadres. En résumé, plus les conditions de vie sont difficiles, plus le risque augmente. De manière plus générale, la situation socio-économique d'un individu – dont les indicateurs principalement utilisés sont le niveau de formation, de revenu et la catégorie socioprofessionnelle – a, en soi, un impact sur son état de santé, ceci par le biais de différents facteurs, tant structurels que culturels.

L'environnement urbain influence par ailleurs de manière significative les comportements liés à la santé, notamment l'alimentation et l'activité physique, qui sont des déterminants clés de l'obésité. On constate cependant que les infrastructures urbaines et les espaces

publics sont rarement pensés pour répondre aux besoins des personnes en situation d'obésité. Ce problème est d'autant plus marqué dans les quartiers défavorisés, où les espaces favorables à l'activité physique sont rares et où les installations sportives manquent cruellement. De surcroît, la culture de la restauration rapide et de la consommation de boissons sucrées est souvent plus marquée dans les zones urbaines, en particulier chez les jeunes. L'absence de lieux accessibles pour faire de l'exercice réduit encore les possibilités d'adopter un mode de vie actif, contribuant à l'aggravation de l'obésité dans ces communautés.

Il importe alors de développer des environnements favorables à la santé. La planification urbaine joue à cet égard un rôle central, en mettant l'accent sur la conception d'espaces urbains qui encouragent l'activité physique. En outre, l'importance des espaces naturels en milieu urbain ne doit pas être minimisée puisque ce sont des moyens de faire de la promotion de la santé et d'augmenter la pratique physique sous toutes ses formes et à tous les âges (marche, vélo...). L'éducation et la sensibilisation sont dans la même logique des préalables à toute stratégie de lutte contre l'obésité. Malheureusement, les insuffisances en termes d'éducation à la santé et à la nutrition dans les milieux défavorisés compliquent l'adoption de comportements alimentaires et physiques sains, perpétuant un cycle de vulnérabilité face à l'obésité.

Améliorer la littératie en santé chez les plus jeunes par la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et d'éducation à la nutrition dans les écoles, collèges, lycées et universités visant à informer sur l'importance d'une alimentation saine et de l'activité physique régulière est donc fondamental. Pour lutter efficacement contre ces inégalités sociales de santé, il est crucial de mettre en place des programmes qui tiennent compte des disparités socio-économiques. Les messages de prévention répétés et ceux des multiples campagnes sur l'équilibre alimentaire ont été bien intégrés par une partie de la population, principalement la frange la plus aisée.

En revanche, ces messages ratent la cible des personnes issues de milieux moins favorisés, qui sont plus souvent exposées à de nombreux facteurs d'obésité liés au mode de vie et à la consommation. Les messages conseillant de consommer des fruits et légumes, peu de produits gras et sucrés, et de bouger plus se heurtent dans les catégories modestes à des freins financiers et aux modes de vie. Cela implique d'adopter une approche d'universalisme proportionné, c'est-à-dire des interventions qui visent toute la population mais qui sont renforcées pour les groupes les plus vulnérables.

L'obésité, une maladie qui coûte... et cher !

Au-delà de ses conséquences humaines et sanitaires dramatiques, l'obésité engendre un coût économique et financier conséquent. Chaque année, cette pathologie est responsable de 6,6 millions de consultations, traitements ou épisodes de soins et de plus de 60 000 décès. En 2012, déjà, la direction générale du Trésor évaluait le coût de l'obésité pour la société à 12,8 milliards d'euros. Une estimation actualisée réalisée en 2020 par le cabinet Asterès fait état d'un coût de 10,6 milliards d'euros, dont 8,4 milliards à la charge de l'Assurance maladie obligatoire (soit près de 5 % des dépenses totales de santé cette année-là) et 1,3 milliard supporté par les organismes complémentaires. Dans ce total, 1,1 milliard d'euros est attribué aux soins de ville, tandis que 200 millions concernent les soins hospitaliers, incluant les interventions chirurgicales et la gestion des complications graves. La progression de ces dépenses est frappante : entre 2020 et 2024, le coût de l'obésité a augmenté de 2 milliards d'euros, en raison de la hausse des coûts de traitement et de la dynamique persistante de cette épidémie. Pire encore, si aucune action significative n'est entreprise, ce montant pourrait atteindre 15,4 milliards d'euros dès 2030.

Ces chiffres traduisent non seulement l'impact direct de l'obésité sur l'équilibre financier de notre système de santé, mais également le poids croissant de cette

charge dans un contexte budgétaire déjà contraint. Face à cette tendance alarmante et aux prévisions épidémiologiques, il devient impératif que l'ensemble des acteurs de la protection sociale se mobilisent. Des mesures concertées, ambitieuses et efficaces sont nécessaires pour inverser cette dynamique, contenir l'impact économique de l'obésité et préserver la soutenabilité de notre système de santé. Malgré les limites et échecs observés dans certaines démarches préventives passées, il est indispensable de repenser les rôles, les responsabilités et les modes d'action des différents acteurs impliqués dans la lutte contre l'obésité.

Les organismes complémentaires ont un rôle clé à jouer et doivent s'intégrer pleinement dans une stratégie globale et cohérente de prévention. Dans le cadre de leur champ d'action traditionnel, ils pourraient explorer plusieurs leviers d'action tels que l'augmentation des remboursements pour les consultations chez les diététiciens, le financement d'exams médicaux préventifs comme les tests d'effort pour élaborer des programmes personnalisés de remise en forme et assurer un suivi régulier des patients, ou encore la prise en charge des abonnements à des applications de santé certifiées. Le développement d'actions collectives de prévention au sein des entreprises représente par ailleurs une opportunité stratégique pour agir sur les enjeux sanitaires et sociaux liés à l'obésité.

L'entreprise, bien plus qu'un simple lieu de travail, est un espace de vie et de santé publique. C'est un environnement social où se tissent les relations humaines mais c'est aussi un lieu où peuvent surgir des phénomènes de discrimination, de rejet, voire de violence. A contrario, l'entreprise peut devenir un espace d'épanouissement, de reconnaissance et de cohésion. Dans cette perspective, les acteurs du monde professionnel – employeurs comme salariés – doivent s'emparer des enjeux liés à l'acceptation et à l'inclusion des personnes en situation d'obésité. Le dialogue social, tant au sein des entreprises qu'au niveau des branches professionnelles, est essentiel pour aborder ces problématiques et créer des environnements de travail inclusifs, respectueux et propices à une meilleure compréhension des problématiques de santé, notamment en matière d'obésité. Pour ce faire, l'entreprise doit évoluer pour devenir un acteur clé de la prévention.

Cela passe par plusieurs leviers : lutter contre les discriminations physiques, en particulier lors des recrutements, afin de garantir l'égalité des chances ; aménager les postes de travail pour répondre aux besoins spécifiques des personnes concernées ; adapter les rythmes de travail, notamment pour réduire les risques de déséquilibres nutritionnels ou de fatigue excessive ; veiller à l'équité des carrières et

des rémunérations, en luttant contre les préjugés qui pénalisent souvent les salariés en situation d'obésité. Ces initiatives collectives, lorsqu'elles sont intégrées à une démarche cohérente, peuvent transformer le milieu professionnel en un levier puissant de changement. Elles permettraient non seulement d'améliorer la santé des salariés, mais aussi de créer un cercle vertueux : une réduction de l'absentéisme, une productivité accrue pour les employeurs, et des économies significatives pour notre système de solidarité.

De façon plus large, investir dans la lutte contre l'obésité ne doit pas être perçu comme un coût insoutenable, mais bien comme un investissement stratégique à long terme. Le programme *Vivons en Forme (VIF)*, piloté par l'association *Fédérons les Villes* dans plus de 260 communes en est un exemple éloquent. Ce dispositif, qui met l'accent sur la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants, démontre que des interventions bien conçues peuvent avoir des impacts considérables : il pourrait, à terme, éviter plus de 17 500 cas d'obésité, à condition que ses effets soient durables. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : selon les analyses du cabinet Asterès, chaque euro investi annuellement dans ce programme génère 13 euros d'économies nettes sur le long terme.

Pour conclure, la lutte contre l'obésité ne peut se contenter de mesures ponctuelles et de discours

Obésité : une Grande Cause nationale !

culpabilisants. Elle doit s'inscrire dans une démarche ambitieuse, à la hauteur du défi. Ce combat exige un changement de nos paradigmes. Il nous faut repenser les environnements qui façonnent nos comportements, repenser nos politiques publiques et transformer nos structures de soins en systèmes inclusifs, accessibles et adaptés à tous. Lutter contre l'obésité ne doit pas uniquement consister à agir sur les corps, mais à interroger et agir sur les déterminants sociaux, économiques et culturels qui favorisent son développement. C'est aussi combattre la stigmatisation qui l'aggrave et la perpétue.

Investir dans la prévention, l'éducation et la coordination des acteurs de santé est un impératif qui doit dépasser les logiques financières court-termistes. Répondre à ce défi demande une approche transversale et solidaire, mobilisant les champs de la santé, de l'éducation, de l'urbanisme et du travail. Faire reculer l'obésité enfin, c'est s'engager pour une société où chacun, quelles que soient ses origines ou sa condition, peut prétendre à une santé optimale. C'est proclamer qu'aucun individu ne doit être laissé pour compte.

Pour que la lutte contre l'obésité porte ses fruits, il y a urgence à agir !

**6 RECOMMANDATIONS
POUR LUTTER CONTRE L'OBÉSITÉ**

1. Faire de l'obésité une grande cause nationale et y associer une stratégie décennale

Attribuer le statut de Grande Cause nationale, sous l'autorité du Premier ministre, permettrait de lancer une campagne de sensibilisation d'envergure sur l'obésité. Cette démarche favoriserait une meilleure prévention et contribuerait à l'élaboration d'une stratégie décennale coordonnée entre les ministères. Celle-ci fixerait des objectifs ambitieux pour réduire la prévalence de l'obésité, tout en prévoyant des mesures concrètes et un financement spécifique pour leur mise en œuvre.

2. Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique

Cette reconnaissance permettrait d'intégrer pleinement la prévention primaire et secondaire dans les politiques de santé, tout en renforçant la formation des professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Elle ouvrirait également la voie à l'établissement de parcours de soins adaptés et à la définition d'une stratégie thérapeutique structurée.

3. Reconnaître l'obésité en affection longue durée (ALD) et instaurer un forfait de prise en charge dans le cadre de parcours de soins gradués et individualisés

L'obésité, reconnue comme une maladie chronique par l'OMS depuis 1997 et par plusieurs pays européens, devrait bénéficier en France d'une meilleure prise en charge. Il serait nécessaire d'inclure les formes les plus graves de l'obésité dans la liste des affections de longue durée (ALD), ce qui permettrait de souligner son caractère sérieux et durable. Une telle mesure faciliterait la mise en œuvre de parcours de soins gradués et individualisés, avec un forfait de prise en charge adapté pour un suivi optimisé et un remboursement des soins. Ces actions contribueraient à une meilleure prévention secondaire et à une réduction significative de la prévalence de la maladie.

4. Renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de l'obésité

L'obésité est une pathologie complexe qui nécessite une meilleure compréhension de la part des professionnels de santé, qu'ils soient issus du secteur médical, paramédical, médico-social ou associatif. Intégrer des modules obligatoires sur l'obésité, incluant ses caractéristiques et facteurs de risque, dans les formations de base des professionnels de santé permettrait une prise

en charge plus efficace et coordonnée. Les médecins et infirmiers scolaires, dont la présence sur le territoire reste insuffisante, jouent un rôle clé dans la prévention et l'accompagnement précoce des enfants en surpoids ou atteints d'obésité. Ils devraient être particulièrement formés et sensibilisés à cette maladie chronique.

5. Mobiliser l'Entreprise comme acteur clé de la prévention

Repenser l'Entreprise comme un espace de vie et de santé publique permettrait de mieux appréhender les enjeux liés à l'obésité. En encourageant un dialogue constructif entre partenaires sociaux, il serait possible de lutter contre les discriminations liées à cette pathologie, tout en adaptant les environnements et les rythmes de travail aux besoins des personnes concernées. Les acteurs complémentaires, tels que les mutuelles, pourraient également jouer un rôle essentiel en proposant des parcours de prévention et d'accompagnement individualisés, articulant à la fois des démarches préventives et curatives.

6. Intégrer la réduction des inégalités sociales de santé dans les stratégies de prévention de l'obésité

Pour lutter efficacement contre l'obésité, il est impératif de placer la réduction des inégalités sociales de santé au cœur de chaque projet de prévention. Cela implique d'adopter une stratégie d'universalisme proportionné, qui ajuste la nature et l'intensité des interventions aux besoins spécifiques des populations et des territoires. Les démarches doivent être conçues pour répondre aux particularités des groupes les plus vulnérables, en tenant compte des déterminants sociaux tels que la précarité, l'insécurité alimentaire ou les contextes culturels.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

PR JUDITH ARON-WISNEWSKY

PRÉSIDENTE DU GROUPEMENT DE CONCERTATION ET DE
COORDINATION DES CENTRES SPÉCIALISÉS OBÉSITÉ

FRANÇOIS-EMMANUEL BLANC

VICE-PRÉSIDENT DU THINK TANK CRAPS

DR MARIE-CÉCILE BLANCHET

VICE-PRÉSIDENTE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE DE
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES

PR KARINE CLÉMENT

PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'ÉTUDES ET DE
RECHERCHES SUR L'OBÉSITÉ

ANNE-SOPHIE JOLY

PRÉSIDENTE DU COLLECTIF NATIONAL DES ASSOCIATIONS D'OBÈSES

BARBARA MAUVILAIN

RESPONSABLE DU PÔLE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES DE LA
FÉDÉRATION FRANÇAISE DES BANQUES ALIMENTAIRES

PR DAVID NOCCA

PRÉSIDENT DE LA LIGUE NATIONALE CONTRE L'OBÉSITÉ

ÉTIENNE TICHIT

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE NOVO NORDISK FRANCE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE P. 9

PR. MARTINE LAVILLE

AVANT-PROPOS P. 15

CONTRIBUTIONS P. 23

ANNE-SOPHIE JULY P. 24

DR. JEAN-LOUIS FRAYSSE, PR. STÉPHANIE ALLASSONNIÈRE P. 34

PR. DANIEL NIZRI P. 44

AURÉLIE QUILLET P. 58

DR. ALEXANDRE RAULT P. 66

DAVID OLLIVIER-LANNUZEL P. 74

GHISLAIN GRODARD-HUMBERT P. 80

QUENTIN BERIOT, DR. CYRIL GAUTHIER P. 90

ARNAUD BOYER P. 96

BÉATRIX DE LAMBERTYE P. 102

CHRISTELLE BARRE, FIORINE PRETTO-FONTAINE,
THOMAS TALEC P. 108

DIANA ARSOVIC NIELSEN P. 116

ISABELLE DE GUIDO-VINCENT-GENOD P. 124

DR. PIERRE SIMON P. 130

LAURENCE PEYRAUT P. 136

DR. RUDY CAILLET P. 142

SYLVIE BENKEMOUN P. 148

GUILLAUME MOUKALA SAME P. 156

BARBARA MAUVILAIN P. 162

DR. JEAN-PAUL ORTIZ P. 168

SOPHIE BEAUPÈRE P. 174

MATTHIEU SAINTON P. 182

SYNTHÈSE P. 189

RECOMMANDATIONS P. 206

PARTENAIRES

Aéma groupe
www.aemagroupe.fr

AirInSpace
www.airinspace.com

Assia
www.assia.fr

Avenir Mutuelle
www.avenirmutuelle.com

Biogen
www.biogen.fr

Bristol Myers Squibb
www.bms.com

Caisse des Français à l'Étranger (CFE)
www.cfe.fr

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
www.cmim.ma

Centre Hospitalier Stell
www.chd-stell.fr

Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)
www.cneh.fr

Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
www.ctip.asso.fr

Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
www.csmf.org

CPAM de l'Essonne
www.ameli.fr

CPAM de Paris
www.ameli.fr

CPAM des Hauts-de-Seine
www.ameli.fr

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
www.chru-strasbourg.fr

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy
www.chu-nancy.fr

EuroGroup Consulting
www.eurogroupconsulting.com

Fédération Hospitalière de France (FHF)
www.fhf.fr

Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
www.fhp.fr

Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)
www.ffmkr.org

Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
www.fnehad.fr

Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)
www.fno.fr

Gerep
www.gerep.fr

GMF
www.gmf.fr

Groupe Relyens
www.relyens.eu

Groupe Vyv
www.groupe-vyv.fr

Heka
www.be-almerys.com

Hôpital Foch
www.hopital-foch.com

IBM
www.ibm.com

Intuitive
www.intuitive.com

La France Mutualiste
www.la-france-mutualiste.fr

Leem
www.leem.org

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
www.chru-strasbourg.fr

Livi
www.livi.fr

Mercer
www.mercer.com

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)
www.mcdef.fr

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)
www.maee.fr

Mutuelle Générale de la Police (MGP)
www.mgp.fr

Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)
www.mnh.fr

Mutualité Sociale et Agricole (MSA)
www.msa.fr

My Hospital
www.myhospital.fr

Novo Nordisk
www.novonordisk.fr

Organisation Internationale du Travail (OIT France)
www.ilo.org

Oxea conseil
www.oxea-conseil.com

Pfizer
www.pfizer.fr

Philips
www.philips.fr

Mutuelle du Ministère de la Justice
www.mmj.fr

Proxicare
<https://proxicare.fr/>

Servier
www.servier.com

Syndicat des Audioprothésistes
www.sdaudio.org

Syndicat des Biologistes
www.sdbio.eu

Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)
www.orthoptiste.pro

Thémis Conseil
www.themis-conseil.fr

Unéo
www.groupe-uneo.fr

Unicancer
www.unicancer.fr

Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)
www.unapl.fr

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
www.uspo.fr

Urops
www.urops-prevention.fr

YCE Partners
www.yce-partners.fr

PUBLICATIONS

OUVRAGES

Prévention & numérique : une urgence politique !
octobre 2024

Valeur travail : une valeur à partager
Mai 2024

**Les 11 incontournables de la Protection sociale
[textes & discours]**
Novembre 2023

Les nouveaux chemins de la performance en santé
Mars 2023

Voyage dans l'histoire de la Protection sociale
Décembre 2022

Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises
Mai 2022

**Et si... la Protection sociale était au cœur du prochain
quinquennat ?**
Avril 2022

Penser le social : 5 questions pour 2022
Février 2022

Recherche médicale : les #idées des acteurs
Juillet 2021

Psychiatrie & Santé Mentale : les #idées des acteurs
Juin 2021

Prévention & Fonction publique
Juin 2021

**La Protection sociale de la communauté Sécurité-Défense :
les #idées des acteurs**
Mars 2021

Penser le social : 5 nouvelles leçons
Mars 2021

**Les mutuelles, les syndicats, l'état dans la Protection sociale
complémentaire des agents de l'État**
Mars 2021

Tous solitaires, tous solidaires
Septembre 2020

5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

**L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale -
Début d'une réflexion**
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
Avril 2017

**Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à
l'heure de la révolution numérique**
Mars 2017

**Un quinquennat pour retrouver une ambition française
contre le tabagisme**
Mars 2017

Quelle politique mener ? [Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

**Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun
[Financement de la Sécurité sociale]**
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

**Une bombe à mèche longue [Chômage, formation,
accompagnement et indemnisation]**
Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine
Décembre 2016

CRAPSLOGS

**« Il faut se pencher sérieusement sur l'avenir de notre modèle
de Protection sociale »**
Janvier 2025

**« Nous ne pouvons plus raisonner comme nous le faisons
actuellement »**
Mars 2024

12 solutions radicales pour l'accès aux soins et la cohésion sociale

Juin 2023

PLFSS 2023 : La politique du rabot signe son grand retour

Janvier 2023

Les données sociales au cœur d'une juste prestation

Juin 2022

PLFSS 2022 : le quoi qu'il en coûte est-il une bonne recette ?

Janvier 2022

L'État souhaiterait-il s'arroger le monopole des solidarités ?

Août 2021

Séjour de la santé

Novembre 2020

CRAPSLOG Spécial Covid-19

Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point

Mars 2020

PLFSS sur fond de crises

Décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie

Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !

Mai 2019

Heur et malheur de l'Assurance chômage

Février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche !

Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament !

Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ?

Février 2018

**Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement :
quelle implantation ?**

Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique

Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires

Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir

Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac

Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine...

Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population

Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant

Janvier 2015

Démographie médicale

Avril 2013

ÉDITION & CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Didier Bazzocchi & Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

PRÉSIDENT DE LA COLLECTION #LES IDÉES DES ACTEURS

Jean-Paul Ségade

CONCEPTION & RÉALISATION

Marine Lenain Ranganathan, Fabien Brisard, Anaïs Fossier

RELECTURE

RédacNet - Karen Platel - Pierre-Maxime Claude

REMERCIEMENTS

Dr Muriel Coupaye - Hanane Guillard-Meziane
- Alina Constantin - Patrick Emiel - Théo Klargaard - Constance
Maudoux - Pr François Patoux

CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2025

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque
forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du
détenteur des droits.

Imprimerie CHIRAT - Saint-Just-la-Pendue 42249

Dépôt légal
Avril 2025

ISBN : 978-2-492470-22-6

Obésité : une Grande Cause nationale !

En 2030, un quart des Français pourrait être affecté par l'obésité, une réalité alarmante qui en fait un enjeu de santé publique et de société de premier plan. Véritable épidémie silencieuse non contagieuse, l'obésité pèse lourdement sur la santé physique et mentale, l'intégration sociale et professionnelle, et le bien-être de ceux qui en souffrent. La lutte contre l'obésité ne peut donc plus se contenter de mesures ponctuelles et de discours culpabilisants. Elle doit s'inscrire dans une démarche ambitieuse, à la hauteur du défi. C'est dans cette optique que le CRAPS, convaincu que ce combat exige une réflexion sur les environnements qui façonnent nos comportements, sur la transformation de nos politiques publiques et de nos structures de soins, a souhaité enrichir le débat en proposant à une vingtaine d'acteurs issus d'horizons différents de partager leurs réflexions sur le sujet.