

# NOTE DE CADRAGE Parcours obésité

## En vue de travaux sur le parcours, les messages pertinence et les indicateurs de qualité

Version du 6 février 2020

**Date de la saisine** : 2019

**Demandeur** : Chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité »

**Service(s)** : SA3P-SBPP-SeVOQSS

**Personne(s) chargée(s) du projet** : Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Valérie ERTEL-PAU (SA3P), Nathalie RIOLACCI, Sandrine MORIN, Laetitia MAY (SeVOQSS)

**Contributeurs** : Muriel DHENAIN, Alexandre PITARD, Sophie Blanchard, Pierre GABACH (SBPP), Denis-Jean DAVID, Jean-Charles LAFARGE, Cédric CARBONNEIL (SEAP)

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

Les travaux sur l'obésité font partie du chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité » engagé dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), et plus précisément « Ma santé 2022 ». Au sein du chantier, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Haute Autorité de Santé (HAS) copilotent l'objectif « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques ».

Concrètement, ces travaux se traduisent par **la construction de parcours**, de **messages de pertinence** assortis d'**indicateurs de qualité** intégrant le point de vue du patient (expérience vécue, résultats sur son état de santé). Un déploiement pilote des productions est prévu avec l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne.

Ces travaux doivent identifier les étapes, les points critiques du parcours, préciser les éléments-clés de la qualité en tenant compte des besoins, des situations cliniques, des caractéristiques (sociales, culturelles, âge, genre) et de l'environnement de chaque patient.

Les populations pour lesquelles la prise en charge actuelle doit être optimisée et adaptée sont : les enfants et adolescents, les adultes, mais aussi des populations en situations spécifiques (femmes en période périnatale ; enfants ou adultes en situation de handicap, personnes âgées).

Les parcours, messages de pertinence et les indicateurs et plus largement les outils d'amélioration des pratiques sont fondés sur des Recommandations de bonne pratique (RBP), une analyse exhaustive de la littérature et la prise en compte des références réglementaires et organisationnelles.

Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des travaux publiés par la HAS dans le champ de l'obésité depuis 2009. Ils sont en cohérence avec la feuille de route interministérielle sur l'obésité pilotée par la DGOS, la DGS, la CNAM (2019-2022), dont les principales mesures ont pour but de faire reculer l'obésité, notamment ses formes sévères. Ils sont également en lien avec le Programme National Nutrition Santé 4<sup>ème</sup> version (2019-2023) qui publiera progressivement des recommandations nutritionnelles par population.

Dans ce cadre, il est nécessaire d'actualiser et de compléter les recommandations de bonne pratique publiées par la HAS entre 2009 et 2011 (cf. 1.6.2).

## 1.2. Contexte

### 1.2.1. Une définition du surpoids et de l'obésité qui évolue

Chez les enfants et les jeunes (entre un an et 18 ans) : de nouvelles courbes pour le suivi de la croissance

Ces courbes ont été publiées dans un nouveau carnet de santé en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2018. Les changements portent sur des valeurs de référence différentes pour interpréter les données de croissance, le suivi des trajectoires de croissance individuelles, grâce à un nombre plus important de couloirs de croissance, des indications de période pubertaire au niveau des courbes de poids et de taille.

Il faut tenir compte de l'âge pour définir le surpoids et l'obésité. L'identification d'un rebond d'adiposité est fondamentale pour la prise en charge.

Chez l'adulte : les normes d'IMC sont insuffisantes pour évaluer la corpulence

Les normes admises au niveau international pour la corpulence normale et l'insuffisance pondérale chez l'adulte à partir de l'âge de 20 ans se calculent à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), mesure simple du poids par rapport à la taille. Les normes d'IMC doivent être considérées comme un indicateur grossier, car elles ne tiennent pas compte du pourcentage de masse grasse et de sa répartition (notamment au niveau de l'abdomen ou des cuisses) qui dépend d'un individu à l'autre et entraîne des complications différentes.

Des classifications permettent d'aller au-delà de l'IMC et de prendre en compte le retentissement de l'obésité sur la vie quotidienne et la qualité de vie, le degré de handicap, pour en déterminer la gravité et la sévérité, et proposer une prise en charge personnalisée. Le score d'Edmonton utilisé en pédiatrie est en cours d'adaptation pour l'adulte en France, sous l'égide de l'Association Française d'Etude et de Recherche en Obésité (AFERO).

### 1.2.2. Une évolution du surpoids ou de l'obésité dans toutes les populations

Des différences de données entre les études épidémiologiques s'expliquent par l'emploi de méthodes différentes pour repérer un surpoids ou une obésité : données de poids et taille déclarées par l'individu ou mesure du poids et de la taille par un professionnel de santé avec du matériel spécifique dédié, et selon des procédures standardisées.

Plus de la moitié de la population est aujourd'hui en surpoids dans 34 des 36 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et pratiquement un quart a une obésité (1).

Actuellement en France la moitié des adultes a un surpoids et un adulte sur six, a une obésité (2).

La prévalence du surpoids et de l'obésité évolue. Elle était en 2016 (population totale 67 millions) respectivement de 67 % et 22 % chez les hommes ; 52 % et 21 % chez les femmes ; 30 % et 8 % chez les 5-19 ans (OCDE 2019, cf. annexe 1).

Manquent des données françaises concernant plusieurs situations spécifiques comme les personnes handicapées, les personnes âgées.

### 1.2.3. Une stabilité chez les enfants et adolescents, mais les jeunes filles plus concernées

Entre 2006 et 2015, la prévalence du surpoids et de l'obésité est restée stable : 17 % dont 4 % d'obésité chez les enfants de 6 à 17 ans (Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition - Esteban 2015). Mais en 2017, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont en hausse chez les adolescents (scolarisés en classe de troisième), en particulier pour les filles (de 17 % en 2009 à 20 % en 2017 pour le surpoids et de 3,8 % à 5,4 % pour l'obésité). Pour les garçons, le surpoids est resté stable entre 2009 et 2017 et l'obésité est passée de 3,8 % à 4,7 % (3).

On associe à l'obésité de l'enfant un risque accru d'obésité à l'âge adulte, de décès prématuré et d'incapacité à l'âge adulte. Mais, en plus de ces risques pour l'avenir, les enfants ayant une obésité peuvent avoir des

difficultés respiratoires, un risque accru de fractures, une hypertension artérielle, une apparition des premiers marqueurs de maladie cardiovasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques.

#### 1.2.4. Le surpoids ou l'obésité avant la grossesse augmente

La part de femmes ayant un surpoids ou une obésité avant leur grossesse a augmenté de manière significative entre les deux enquêtes nationales périnatales (passant respectivement de 17,4 % en 2010 à 20 % en 2016 pour les femmes ayant un IMC entre 25 et 29,9 et de 9,9 % à 11,8 % pour les femmes ayant un IMC égal ou supérieur à 30). Or, la part des femmes ayant eu une consultation ou une réunion d'information, dédiée à la diététique, est relativement faible (12,6 %).

Le surpoids et l'obésité constituent des risques plus élevés pour le déroulement de l'accouchement et la santé de la mère et de l'enfant (diabète gestationnel, hypertension). L'obésité est cause de complications maternelles, fœtales (retard de croissance intra-utérin, macrosomie), de malformations fœtales (en particulier cardiaques et rachidiennes), de difficultés lors de l'anesthésie pour césarienne.

La prévalence de l'infarctus du myocarde comme cause de maladie cardiovasculaire chez la femme enceinte est encore faible en France, par rapport aux États-Unis où la prévalence élevée de l'obésité pourrait expliquer en partie les morts maternelles par maladies cardiovasculaires (2).

#### 1.2.5. La ménopause est un facteur de surpoids et d'obésité

Le gain de poids en période pré-ménopausique et ménopausique est fréquent, et entraîne des risques propres à la ménopause, notamment les maladies cardiovasculaires (4).

#### 1.2.6. Les personnes en situation de handicap ont une obésité plus marquée que les personnes sans handicap

Chez les personnes en situation de handicap physique, sensoriel, mental, la prise de poids est plus importante dès l'enfance, et elle s'accélère au cours du temps (5, 6).

#### 1.2.7. Les aspects sociaux et environnementaux sont importants pour définir le parcours

##### L'obésité est très corrélée au gradient social

L'obésité est presque 4 fois plus fréquente pour les populations défavorisées que pour les plus favorisées, ceci quel que soit l'indicateur utilisé : profession, niveau d'étude ou revenu du foyer, et cela de façon plus marquée chez les femmes et les enfants. On constate que les enfants les moins favorisés sont les plus touchés (âge CM2) : 21,5 % de surpoids ou d'obésité chez les enfants d'ouvriers *versus* 12,7 % des enfants de cadres (données de 2014-2015) (2).

##### Un manque d'informations de la population

Les Européens, tout comme les Français, sous-estiment leur propre corpulence (14 000 personnes interrogées dans sept pays : Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, France, Italie, Royaume-Uni). Les conséquences néfastes pour la santé, de l'obésité, sont mal connues des personnes. Peu de personnes contrôlent leur poids et surveillent leur consommation alimentaire. Les mères ne perçoivent pas leur enfant comme obèse (7).

##### Une stigmatisation des personnes très présente

L'obésité infantile entraîne de l'absentéisme scolaire, des résultats plus faibles à l'école, et plus de difficultés à suivre des études supérieures jusqu'à leur terme. Moins épanouis, ils sont plus souvent victimes de harcèlement scolaire (3 fois plus que les autres enfants). Les adultes voient leur chance diminuée d'avoir un emploi, et lorsqu'ils travaillent, sont plus absents et moins productifs (1).

La personne qui a une obésité peut être critiquée, ou jugée négativement par la société civile, mais aussi par le milieu soignant. Elle est souvent tenue comme responsable de sa situation et de l'échec de la prise en charge. Les messages négatifs peuvent accroître un sentiment de culpabilité souvent présent (8).

## Plusieurs facteurs influencent les comportements

Le surpoids et l'obésité, ainsi que les maladies chroniques associées, peuvent être en grande partie évités par l'adoption de modes de vie plus sains, notamment en termes d'activité physique et d'alimentation. Cependant, les modifications du mode de vie sont complexes, car il est lié à de nombreux facteurs en interaction : génétiques, biologiques, comportementaux, environnementaux, économiques, sociaux et culturels qui s'organisent différemment selon chaque personne.

Il semble qu'un des préalables à toute intervention de prévention, de soins soit d'abord de « comprendre ce que manger veut dire » « avant de chercher à savoir comment changer les habitudes alimentaires » (Mead et Guth, 1945 cité dans le rapport de l'Inserm (9)).

Et si les pratiques d'activité physique et d'alimentation relèvent d'un choix personnel, ce choix est influencé par plusieurs facteurs extérieurs à la personne comme (9) :

- l'environnement social immédiat : familles, amis, parents ;
- l'environnement physique proche : disponibilité et choix alimentaires dans les écoles, lieux de travail et supermarchés, dispositifs publicitaires, disponibilité et accès à des infrastructures de transports et de loisirs, etc. ;
- des facteurs structureaux plus larges : normes sociales, revenus, organisation des filières de production, structures des marchés, systèmes de distribution, réglementation, etc. ;
- la réceptivité, la compréhension des messages sanitaires, du risque pour la santé, l'intérêt perçu des modifications du mode de vie, la capacité à les mettre en œuvre dans sa vie quotidienne.

### 1.2.8. Une prise en charge de l'obésité insatisfaisante du point de vue organisationnel

Plusieurs rapports font état d'une prise en charge de l'obésité insatisfaisante et de solutions à engager.

- Multiplication d'actions ponctuelles, éparpillement des initiatives, absence de suivi des parcours, forte proportion d'indications chirurgicales non pertinentes ou ne faisant pas l'objet du suivi recommandé après l'intervention sont relevés (10, 11).
- Création non pas de parcours types, mais des organisations (maillage adapté), permettant de répondre aux besoins des personnes de manière graduée grâce à une prise en charge de proximité, en s'appuyant sur une diversité d'acteurs. L'éducation thérapeutique du patient est intégrée à ce schéma de proximité de manière également graduée en fonction des besoins des patients (12).
- Repérage et diagnostic précoce partiellement assurés par les services de la santé scolaire, déploiement insuffisant de l'éducation thérapeutique auprès des patients suivis en ville, besoin de développer les délégations de tâches entre professionnels de santé avec extension du champ de l'exercice infirmier de pratique avancée à l'obésité, besoin d'organisation de la prise en charge des enfants et des adultes ayant un surpoids et une obésité sévère en incluant au parcours des consultations de diététicien et de psychologue, ainsi que des bilans d'activité physique, couverture insuffisante des centres spécialisés de l'obésité par rapport aux besoins, recours excessif à la chirurgie bariatrique chez l'adulte (13).

### 1.2.9. Le suivi post-chirurgical est problématique

Chez l'adulte, le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique est en constante croissance depuis 2008. Traitement de troisième recours, la chirurgie représente environ 50 000 interventions par an en France. La *sleeve* et le *bypass* constituent les interventions les plus réalisées, avec respectivement plus de 32 000 (soit 69 %) et de 13 000 (soit 28 %) interventions par an (14)

Le devenir d'une cohorte de 16 000 opérés montre que, 5 ans après l'intervention, seules 14 % des personnes opérées ont un bon suivi à cinq ans, 50 % ayant un suivi moyen et 36 % un mauvais suivi : une seule ou aucune consultation avec un médecin généraliste, aucune consultation avec un chirurgien ou un

endocrinologue (ni hospitalisation), aucun bilan sanguin (fer, calcium, vitamine D) et si *bypass*, aucune délivrance de fer, calcium ou vitamine D<sup>1</sup>.

### 1.2.10. Des expérimentations en cours

Plusieurs expérimentations des « Parcours obésité » sont mises en œuvre au titre de l'article 51 : GARDE TON CAP pour les jeunes enfants de 3 à 8 ans ayant un surpoids ou à risque d'obésité ; OBEPEDIA pour les enfants ayant une obésité complexe ou sévère ; OBEPAR pour les adultes primo-candidats à la chirurgie bariatrique. Les évaluations intermédiaires de ces expérimentations, ainsi que leurs résultats finaux, disponibles dans 4 à 5 ans, apporteront des critères d'efficacité nécessaires à la définition des forfaits de soins de proximité pluriprofessionnels.

### 1.2.11. Des recommandations disponibles ne couvrant pas l'ensemble du parcours

#### Recommandations de bonne pratique publiées par la HAS

La HAS a publié plusieurs recommandations de bonne pratique entre 2009 et 2019 dans le champ des prises en charge médicale et chirurgicale, chez l'enfant et l'adolescent et chez l'adulte (Annexe 2).

- Sur le fond, les recommandations restent d'actualité et sont appréciées des professionnels et des institutionnels, mais il est difficile de savoir si elles sont réellement appliquées par les professionnels concernés, en l'absence de mesures et de données, notamment pour la prise en charge en soins primaires.
- De nombreux outils d'appropriation accompagnent les recommandations de la HAS. De plus, des critères élaborés à partir des recommandations de bonne pratique permettent d'évaluer la qualité de plusieurs étapes de la prise en charge dans le dossier des patients :
  - Critères de qualité pour le repérage et le suivi du surpoids et de l'obésité chez l'adulte en soins primaires (2013).
  - Critères de qualité pour le repérage et le suivi du surpoids et de l'obésité chez l'enfant (2013).
  - Critères de qualité de la prise en charge pré et postopératoire chez l'adulte (chirurgie bariatrique) (2009).
  - Le guide du patient traceur en ville propose une déclinaison de la méthode à la prise en charge de l'obésité adulte en soins de ville (2016). Cette déclinaison pourra être enrichie à partir des travaux menés sur le parcours.
- D'autres outils d'amélioration des pratiques ont été développés par des CNP, à partir des recommandations de la HAS. Par exemple, l'outil en ligne OBECLIC, disponible sur le site AMELI, propose une évaluation de première ligne du surpoids ou des corpulences anormales, avec une aide à l'orientation vers une consultation experte <http://www.obeclic.fr/>
- Les recommandations de la HAS sont à actualiser, car elles ne définissent pas notamment, le deuxième et troisième niveau de prise en charge chez l'adulte, la transition entre les soins pédiatriques et adultes.
- Elles abordent peu ou pas la prise en charge du surpoids et de l'obésité des femmes enceintes et après la naissance, des femmes en période ménopausique, des personnes en situation de handicap, des personnes âgées.

#### Référentiels transversaux disponibles et qui s'intégreront au parcours

- Éducation thérapeutique du patient : recommandations (2007) ; évaluation de l'efficacité et de l'efficacité de l'ETP - orientations pour les pratiques et l'évaluation (2018).

---

<sup>1</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018.. Paris: CNAMTS; 2017. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-a-2020/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php>

- Personnalisation des soins - Démarche centrée sur le patient : information, conseils, éducation thérapeutique, suivi (2016).
- Guide HAS pour la prescription médicale d'activité physique et sportive avec un référentiel pour personnes en surpoids ou obèses (2018).

### 1.2.12. Des données disponibles à l'international

#### Recommandations de bonne pratique

De nombreuses recommandations de bonne pratique, de bonne qualité méthodologique, sont publiées depuis 2011 **pour la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité**, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et l'adolescent, et pour des situations spécifiques.

**De manière plus claire qu'il y a dix ans :**

- **la stratégie thérapeutique repose sur un triptyque d'interventions adaptées aux besoins des patients, sur le plan diététique, de l'activité physique et psychologique ;**
- les objectifs thérapeutiques et l'approche recommandée pour leur mise en œuvre permettent aux patients de comprendre leur situation, de changer leurs comportements et leurs habitudes de vie, de gérer leur situation et les rechutes, de perdre du poids, de maintenir les comportements et leur poids ;
- la prise en charge est personnalisée, centrée sur le patient, intensive, prolongée et mise en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle ;
- un suivi médical et éducatif prolongé est nécessaire.

Les travaux concernant **la préparation à la chirurgie de l'obésité et le suivi des patients adultes** sont plus rares, ce qui va nécessiter une recherche large des expériences de terrain et une construction consensuelle avec le groupe de travail.

#### Etudes randomisées et méta-analyses

Des revues de synthèse de la littérature, avec de bons niveaux de preuve des études ont été identifiées, aussi bien pour l'adulte que pour l'adolescent et l'enfant. Elles concernent les stratégies pour accompagner les changements de comportement et des habitudes de vie.

Environ vingt revues de synthèse de la littérature ont été identifiées dans la *Cochrane Library*. Beaucoup portent sur l'évaluation des prises en charge non médicamenteuses multicomposantes chez l'enfant et l'adulte.

Les stratégies de soins dans des situations spécifiques sont également évaluées comme : obésité et schizophrénie, obésité chez les patients ayant un asthme, obésité chez la femme en âge de procréer, enceinte et après la grossesse. Les interventions impliquant à la fois les enfants et les parents ont été évaluées.

Des revues s'intéressent aux stratégies d'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels de santé.

### 1.2.13. Synthèse de l'avis des professionnels et des représentants des usagers

Une réunion des parties prenantes, organisée le 25 septembre 2019 (liste des participants en Annexe 3), a permis de dégager des principes pour l'élaboration des parcours, et de mettre en évidence des points critiques du parcours et de ses modalités de mise en œuvre. Par ailleurs, des actualisations, des compléments à apporter aux recommandations de bonne pratique déjà publiées, ont été identifiés pour un parcours sans rupture.

#### ➔ Pour toutes les populations et les parcours :

- la prise en compte des situations de précarité et les inégalités sociales en santé dans la prise en charge et son suivi, en raison du net gradient social de l'obésité constaté chez les personnes défavorisées socialement, en particulier chez les femmes et les enfants ;
- l'intérêt d'un accompagnement pluriprofessionnel et d'une sensibilisation des professionnels de santé aux effets délétères de la stigmatisation chez les personnes obèses ;

- des modalités de coordination et de partage de l'information définies et opérationnelles pour une cohérence du parcours.

#### → Pour les enfants et adolescents : points critiques de la prise en charge

- une attention aux adolescentes, particulièrement concernées par le gain de poids, du fait de changements du mode de vie ;
- les stratégies de suivi au long cours permettant d'éviter la reprise de poids et l'évolution vers des stades de sévérité plus importants ;
- le suivi éducatif ;
- les consultations, et plus largement, une démarche de transition entre soins pédiatriques et adultes ;
- la définition de modalités de coordination plus souples entre les niveaux de recours, la médecine scolaire et étudiante ;
- le financement des interventions en ville du diététicien, du psychologue et de l'activité physique adaptée ;
- les indications de recours au SSR.

#### → Pour les adultes : points critiques de la prise en charge

- concernant l'accompagnement des changements de comportement et des habitudes de vie, aller au-delà des seuls principes énoncés dans les recommandations de 2011, vers l'autogestion de l'obésité pour permettre l'acquisition par les patients, de manière simultanée, de compétences d'auto-soins et psychosociales pour être plus proches de leur réalité ; préciser les stratégies, le rôle et la place de l'équipe pluriprofessionnelle et des patients ressources ;
- la définition des critères d'échec et de réussite de la prise en charge en soins primaires (premier niveau) ;
- la définition du deuxième et troisième niveau de prise en charge et les critères d'orientation ;
- les indications du recours au psychologue et au psychiatre ;
- les stratégies de suivi au long cours ;
- les indications de recours au SSR en second et troisième niveau de recours.

#### → Pour les adultes éligibles à une chirurgie de l'obésité :

- la préparation et le suivi rapproché des patients après l'intervention et les années suivantes : stratégies permettant de favoriser l'adhésion au suivi à vie et éviter les perdus de vue ;
- l'actualisation des signes d'alerte et des complications avec 10 ans de recul ;
- concernant les vitamines et les minéraux : aides à la prescription pour les médecins qui assurent le suivi à vie des patients : examens biologiques, fréquence, décision de supplémentation ;
- la préparation et le suivi de la grossesse après chirurgie bariatrique.

## 1.3. Enjeux

### → Enjeux de santé publique

Les conséquences sur la santé sont bien documentées dans la littérature. Les facteurs nutritionnels, la sédentarité, l'insuffisance d'activité physique et l'obésité sont associés à un risque élevé de morbidité et de mortalité prématurée exprimé notamment, en termes de DALYs (charge de morbidité ou *Burden of disease*).

Dans ses formes les plus évoluées, elle entraîne des limitations fonctionnelles et un handicap. Les actions de prévention sur ces facteurs entraineront un bénéfice sur l'ensemble des maladies impactées par ces déterminants, ce qui représente un enjeu majeur de santé publique.

### → Enjeux économiques et sociaux

L'obésité a également un coût économique et social. Selon l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), cité dans le rapport de l'IGAS, publié en 2017 (chiffres de 2016 en France <http://www.healthdata.org>), l'alimentation, principalement, serait responsable de près de 8 % des années de vie perdues ajustées sur l'incapacité (DALYs), mais également la sédentarité (1 %), le surpoids et l'obésité (7 %).

Selon l'OCDE, l'obésité fait perdre aux Français 2,3 années de vie. Le PIB serait réduit de 2,7 %, et pour couvrir ces coûts, chaque français doit déboursier 323 euros en plus par an (données de 2016). De plus, l'obésité entraîne une moins bonne performance scolaire et des discriminations à l'embauche (1).

### → Enjeux pour les patients

Pour les patients, l'enjeu est lié à l'information, à l'annonce du risque du surpoids et de l'obésité pour la santé, et de la gravité des complications, mais aussi aux bénéfices d'une prise en charge adaptée et personnalisée pour la santé et le bien-être. Le partage de la décision est essentiel pour engager chaque patient dans des changements durables de comportements et d'habitudes de vie, en tenant compte notamment, des caractéristiques sociales, culturelles, environnementales des personnes.

Ces changements peuvent être difficiles à mettre en œuvre au quotidien et à se maintenir dans le temps. L'engagement du patient dans ces changements doit être soutenu par une triade d'interventions sur les plans médical, éducatif (nutritionnel, activité physique, sédentarité) et psychologique dont l'accessibilité doit être garantie. Le rôle des associations de patients est important dans l'accompagnement et le soutien des patients.

Le parcours, et sa mise en œuvre, ne doivent pas aggraver les inégalités d'accès aux soins : les besoins en matériel et en équipement adaptés devraient être garantis. Les difficultés de réalisation des examens clinique, radiologique, d'impact sur la pharmacocinétique devraient être connus et pris en compte dans la démarche diagnostique et clinique.

### → Enjeux d'équité

L'approche par population, qui n'ont été que peu ou pas concernées par les recommandations de bonne pratique de la HAS (personnes en situation de handicap notamment), représente un enjeu d'équité.

Tenir compte des inégalités de santé (accès aux soins, littératie, faibles revenus) est un enjeu majeur de santé publique et d'équité. Un net gradient social de l'obésité est constaté chez les personnes défavorisées socialement, en particulier chez les femmes et les enfants.

### → Enjeux pour les professionnels et l'offre de soins

Des organisations, au niveau de chaque territoire de santé, permettraient de répondre aux besoins des personnes de manière graduée, grâce à une prise en charge de proximité, en s'appuyant sur une diversité d'acteurs.

Un travail en équipe de soins pluriprofessionnelle, ainsi qu'une information des professionnels de santé à l'obésité et à sa prise en charge, permettrait de prévenir les situations de stigmatisation des patients et de faciliter l'accompagnement des patients sur le long terme.

## 1.4. Cibles

Les travaux envisagés concernent de nombreux professionnels de santé, les professionnels du champ médico-social, et plus largement les équipes de soins en ville et en établissement de santé, les patients et leurs représentants.

Les professionnels concernés par les travaux sur le surpoids et l'obésité sont ceux impliqués dans le repérage, la prise en charge, le suivi et l'accompagnement des patients au long cours. Ils exercent dans le champ de la médecine générale et spécialisée (notamment nutrition, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie bariatrique, chirurgie plastique, médecine physique et de réadaptation, gynécologie médicale,



gynécologie obstétrique, psychiatrie), de la santé scolaire, de la santé au travail, ou en tant qu'infirmier, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée, sage-femme, pharmacien, assistant social.

## 1.5. Objectifs

- Améliorer la précocité du repérage du surpoids et de l'obésité, prévenir l'évolution vers des stades plus évolués de l'obésité ;
- Améliorer l'orientation dans les niveaux de soins, selon des critères définis (sévérité et gravité) ;
- Impliquer le patient, et le cas échéant, sa famille (annonce, information, décision partagée, éducation) ;
- Mettre en œuvre une prise en charge graduée ;
- Améliorer l'accès, la mise en œuvre des interventions éducatives et le suivi ;
- Améliorer la transition entre soins pédiatriques et soins aux adultes ;
- Maintenir les changements de comportements et les habitudes de vie, gérer les rechutes ;
- Améliorer la préparation des adultes éligibles à la chirurgie bariatrique et les modalités de suivi à vie.

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

### 1.6.1. Thème 1. Parcours enfant – adolescent – jeune adulte et situations spécifiques

Populations : enfants, adolescents et jeunes adultes ; personnes en situation de handicap.

#### → Questions à traiter dans les travaux sur le parcours

- Quelles sont les modalités de repérage précoce des enfants à risque de surpoids et d'obésité, en particulier pour les personnes éloignées du système de santé ? (actualisation)
- Quelles spécificités pour la prise en charge des adolescentes (13 -15 ans) dont la prévalence du surpoids et de l'obésité dépasse depuis peu celle des garçons ?
- Quelle activité physique adaptée à l'enfant ?
- Quelles stratégies de suivi au long cours, y compris le suivi éducatif, en particulier pour les enfants et adolescents de familles en situation de précarité ou éloignées du système de santé, permettent d'éviter la reprise de poids et l'évolution vers des stades de sévérité plus importants ?
- Quelles modalités de coordination et de partage de l'information plus souples entre les niveaux de recours déjà définis pour répondre à un besoin de proximité, notamment des personnes en situation de précarité ? (actualisation)
- Quel contenu et modalités de mise en œuvre des consultations de transition entre soins pédiatriques et adultes, en y intégrant la demande de contraception, et plus largement, la période pré-conceptionnelle (jeunes adultes : 17- 20 ans) ?
- Quelles actualisations des indications des SSR dans le parcours ?

#### → Questions à traiter par le service des Bonnes Pratiques pour les inclure dans le parcours

- Quelle est la place des médicaments dans la prise en charge ?
- Quelle prise en charge des complications de l'obésité et des dysrégulations métaboliques chez l'enfant et l'adolescent ?

### 1.6.2. Thème 2. Parcours adulte et situations spécifiques

Populations : adultes et situations cliniques spécifiques : femmes en âge de procréer, enceintes, après la naissance, en période de pré-ménopause et ménopause ; personnes en situation de handicap.

## → Questions à traiter dans les travaux sur le parcours

Elles découlent de la réunion des parties prenantes et de l'analyse de la littérature :

- Quelles sont les modalités de repérage précoce des personnes à risque de surpoids et d'obésité, en particulier pour les personnes éloignées du système de santé ? (actualisation)
- Comment partager la décision avec les patients quant au choix de la stratégie de soins, de la hiérarchisation et des priorités des interventions, pour mieux les engager dans leur prise en charge ?
- Quelles modalités de mise en œuvre et de suivi des interventions qui ont fait preuve de leur efficacité dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité (sur le plan psychologique, de la diététique, de l'activité physique), dans le cadre d'une démarche personnalisée et interdisciplinaire ?
- Quels sont les critères de succès de la prise en charge médicale, d'insuccès ou d'échec pour une orientation vers un second niveau de recours ? (actualisation)
- Quelles sont les modalités de préparation à la chirurgie bariatrique et de suivi ?
- Quelle préparation et suivi de la grossesse chez une femme opérée ?
- Quelles sont les modalités de coordination et de partage de l'information, définies et opérationnelles, pour une cohérence du parcours ?
- Pour les situations spécifiques : Quelles spécificités en termes de repérage du surpoids et de l'obésité ? D'orientation ? Quelles adaptations de la prise en charge ? Quelles modalités spécifiques de coordination des secteurs sanitaire, médico-social et social ?

## → Questions à traiter par le service des Bonnes Pratiques pour les inclure dans le parcours

- Comment graduer les soins en fonction d'une évaluation de la situation du patient allant au-delà de l'IMC, et prenant en compte des facteurs de complexité, pour définir et proposer une prise en charge personnalisée de niveaux 2 et 3 ? A inscrire au programme 2020.
- Quelle prise en charge des complications de l'obésité et des dysrégulations métaboliques ? Travaux en lien avec :
- la prise en charge du risque cardiovasculaire prévue au programme de travail 2020 ;
- la prise en charge du diabète de type 2 inscrite au programme de travail 2020 ;
- Quelles sont les indications des SSR dans le parcours ?

Chirurgie bariatrique :

- Quels signes d'alerte et complications rechercher par type d'intervention ? Quand orienter et où ? (actualisation du suivi clinique, radiologique, endoscopique, 10 ans après la publication des recommandations HAS) :
- Quels dosages biologiques (vitamines, minéraux) ? A quelle fréquence ? Quelles décisions pour les suppléments ? Quelle place pour les compléments alimentaires non pris en charge par l'Assurance maladie ? (actualisation recommandations 2009) ;
- Quels critères d'éligibilité à la chirurgie bariatrique (seuil d'IMC et âge > 60 ans) ?

## → Travaux du service des actes professionnels

- Évaluation des nouvelles techniques de chirurgie bariatrique : afin de prévenir la situation constatée avec le *bypass* en oméga, dont la pratique s'était largement diffusée en France, sans évaluation préalable de la HAS ; un état des lieux de la maturité des nouvelles techniques et leur évaluation seront réalisés par le SEAP. La liste de ces techniques est en cours d'élaboration : SADI-Sleeve, Bi-partition, plicature gastrique, SADJ, etc.
- Dosage de la vitamine B1 avant et après chirurgie bariatrique : ce dosage n'est pas inscrit sur la liste des actes de biologie médicale, remboursés par l'Assurance maladie (Nomenclature des actes de biologie médicale). La HAS a été interpellée sur cette situation. Une évaluation débute actuellement pour déterminer la pertinence de ce dosage dans la prise en charge des patients obèses.

- Un travail dans le cadre du réseau de collaboration européenne des agences d'évaluation (EUnetHTA) va débuter à l'initiative de l'agence norvégienne ; son périmètre reste à définir.

### 1.6.3. Travaux menés dans un second temps

Les obésités chez les personnes âgées envisageront, au-delà de la sarcopénie, les obésités avec dénutrition, la fragilité et le rôle protecteur de l'obésité dans certaines maladies cachectisantes ; les personnes non éligibles à la chirurgie.

### 1.6.4. Travaux sur les indicateurs associés aux parcours obésité

#### → Données disponibles dans le cadre de la comparaison des établissements de santé

Les indicateurs qualité et sécurité des soins concernant la chirurgie bariatrique sont recueillis à partir des informations présentes dans les dossiers médicaux de l'établissement de santé. Ils sont conçus comme un outil de pilotage interne de la qualité et permettent la comparaison inter-établissements.

Seule la prise en charge préopératoire minimale de la chirurgie bariatrique chez l'adulte est évaluée au travers des indicateurs entre 2012 et 2017, 2017 étant la première année de recueil obligatoire pour tous les établissements concernés :

- bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM) ;
- endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO) ;
- évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire (PSY) ;
- décision issue d'une concertation pluridisciplinaire : 2 niveaux (RCP-OBE) ;
- communication de la décision de la RCP au médecin traitant (RCP-MED).

Des informations complémentaires les accompagnent :

- information préopératoire du patient (INFO) ;
- bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire (NUT).

Chaque établissement dispose de ses propres résultats et les résultats nationaux sont accessibles sur le site internet de la HAS ([https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2674829/fr/prise-en-charge-preoperatoire-pour-une-chirurgie-de-l-obesite-chez-l-adulte-obe](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2674829/fr/prise-en-charge-preoperatoire-pour-une-chirurgie-de-l-obesite-chez-l-adulte-obe))

#### → Données disponibles sur le suivi médical et les complications postopératoires de la chirurgie bariatrique – cohorte CNAM

Les données de cette cohorte de 16 620 patients opérés, débutée en 2009 et poursuivie pendant 5 ans, ont donné lieu à trois publications (15-17). Les nouveaux patients opérés y sont intégrés au fur et à mesure, qu'elle que soit la technique opératoire. Un groupe de travail spécifique devrait se mettre en place pour définir des analyses intéressantes les parties prenantes dont la HAS (suite de la réunion du 4 décembre 2019 à la CNAM).

#### → Proposition de développement des indicateurs de qualité des parcours

Dans le cadre de « Ma Santé 2022<sup>2</sup> » et de la Stratégie nationale de santé, il a été demandé à la HAS de « mettre en place et de systématiser des indicateurs de qualité des parcours ».

Les indicateurs de qualité des parcours portent sur des étapes clés du parcours concerné, et sont le reflet de la qualité de la prise en charge. Ils couvrent principalement les six dimensions des parcours définies dans le rapport « STSS - Inscire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques »<sup>3</sup> :

- précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic ;
- annonce, information, implication du patient ;

<sup>2</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

<sup>3</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_pertinence.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf)

- prévention secondaire pour stabiliser la maladie ;
- coordination et multidisciplinarité ;
- aggravation de la maladie et rechutes ;
- suivi au long cours.

La notion de parcours de soins d'une pathologie chronique couvre une prise en charge par plusieurs professionnels de santé à divers stades de la maladie. L'efficacité de la prise en charge suppose une bonne coordination entre les professionnels exerçant en ville, y compris le domicile, et ceux exerçant en établissement de santé.

Cependant, il est rappelé l'absence de traceur de la prise en charge pour la population de patients ayant un surpoids ou une obésité (pas de médicaments, pas d'actes spécifiques à l'exception d'une consultation spécialisée pour l'enfant, pas de dispositif ALD) hormis pour la chirurgie bariatrique (actes, consommation de soins).

Ces mesures doivent concerner les offreurs de soins impliqués dans la prise en charge, que ce soit en ville ou en établissement de santé, en évaluant également la coordination inter et intra-professionnelle, l'accompagnement et l'implication du patient dans sa prise en charge. Elles permettent aux professionnels d'identifier des pistes d'amélioration et de mettre en place des actions correctives.

Concernant l'ensemble du parcours du patient et tous les acteurs intervenant en ville comme en établissement de santé, ces indicateurs ont donc un périmètre plus large que les indicateurs habituellement développés depuis des années par la HAS pour évaluer la qualité des soins dans les établissements de santé.

Le développement des indicateurs de qualité des parcours se décline comme suit :

- Sur le thème 1. Enfants - adolescents : les travaux sur les indicateurs de la qualité des parcours commenceront à partir des points critiques des parcours définis par le groupe de travail « Parcours » (deuxième réunion du groupe de travail – prévisionnel juillet 2020). Ces travaux prendront en compte les axes et mesures de la feuille de route Obésité du Ministère de la Santé (2019-2022).
- Sur le thème 2. Adultes : les travaux sur les indicateurs commenceront à partir des points critiques des parcours définis par le groupe de travail « Parcours » (deuxième réunion du groupe de travail – prévisionnel septembre 2020). Ces travaux prendront en compte les axes et mesures de la feuille de route Obésité du Ministère de la Santé (2019-2022) et les recommandations de bonnes pratiques à venir pour le second niveau (orientation vers des soins spécialisés) et le troisième niveau (Centre spécialisé de l'obésité) de prise en charge.

Une partie du groupe de travail multidisciplinaire composé d'experts, mis en place pour traiter les questions relatives aux bonnes pratiques ou au parcours, sera sollicité et complété par d'autres compétences pour l'élaboration des mesures de la qualité des parcours de l'obésité. L'expertise complémentaire recherchée réunira notamment, des spécialistes des bases de données ou du codage et des experts de l'évaluation de la qualité, et des représentants des personnes en situation d'obésité.

## 2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

### 2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Les travaux sur le parcours seront réalisés par la HAS en copilotage avec la CNAM sur l'objectif « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » (chantier 4 de la STSS).

Les méthodes utilisées seront :

- **Pour le parcours obésité** : la « Méthode d'élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique » de la HAS, publiée en 2012 ;
- **Pour les messages de pertinence** : la « Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence » de la HAS, publiée en 2016.
- **Pour les indicateurs de qualité du parcours** : une méthode HAS est en cours d'élaboration à partir du chantier pilote sur le parcours des patients suspects ou atteints de BPCO. Elle s'appuie sur les méthodes déjà validées d'élaboration des indicateurs de qualité et sécurité des soins en établissements de santé ([https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1021017/fr/iqss-2019-travaux-sur-le-developpement-et-l-utilisation-d-indicateurs](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021017/fr/iqss-2019-travaux-sur-le-developpement-et-l-utilisation-d-indicateurs) et cf. Annexe 1).

## 2.2. Composition qualitative des groupes

### ➔ Le recrutement des experts concernera l'élaboration du parcours et la définition des indicateurs.

Chaque groupe de travail sera représentatif du secteur public et privé, réparti sur le territoire national et dénué de conflits d'intérêts majeurs. Les groupes de travail et de lecture seront composés à l'aide de deux sources.

- Les parties prenantes seront sollicitées pour proposer des participants potentiels.
- Un appel à candidature sera mis en ligne sur le site de la HAS, qui distinguera les experts souhaitant participer uniquement aux groupes de travail sur le parcours, et ceux souhaitant participer en plus aux travaux de définition des indicateurs de qualité du parcours.

### ➔ Les travaux de chaque groupe de travail sur le parcours seront coordonnés par un chef de projet du SA3P, aidé d'une assistante pour les aspects logistiques. Le recrutement de 2 chargés de projet est à l'étude.

#### 2.2.1. Thème 1. Parcours enfant – adolescent – jeunes adultes et situations spécifiques

##### Groupe de travail : 25

3 pédiatres dont 1 exerçant en réseau	1 kinésithérapeute
3 médecins généralistes, dont un en maison de santé	1 enseignant en Activité Physique Adaptée (APA)
1 médecin de CSO	1 assistant social
1 médecin nutritionniste	2 représentants des usagers
1 gynécologue	1 représentant ARS
1 médecin spécialisé dans le handicap	1 représentant DCGDR
1 pédopsychiatre	1 représentant DGCR
1 psychologue	<b>Groupe de lecture :</b>
1 diététicien	Même composition que le groupe de travail complété
2 infirmiers dont un de PMI	par :
1 médecin scolaire	infirmier scolaire
1 médecin de médecine physique et de réadaptation	représentant de l'ANSM
	représentant de l'ANSES
	professionnel des sciences humaines et sociales

#### 2.2.2. Thème 2. Parcours de l'adulte et situations spécifiques

##### Groupe de travail : 25

3 médecins généralistes dont 1 de maison de santé pluriprofessionnelle et 1 de centre de santé	1 enseignant en Activité Physique Adaptée (APA)
--	---

1 médecin nutritionniste  
1 médecin endocrinologue  
1 chirurgien pratiquant la chirurgie bariatrique  
1 médecin de CSO  
1 médecin de santé au travail  
1 gynécologue  
1 sage-femme  
1 médecin spécialisé dans le handicap  
1 psychiatre  
1 diététicien  
1 psychologue  
1 infirmier  
1 kinésithérapeute  
1 pharmacien

1 médecin de médecine physique et de réadaptation  
1 assistant social  
2 représentants d'association de patients  
1 représentant ARS  
1 représentant DCGDR  
1 représentant DGCR  
**Groupe de lecture :**  
Même composition que le groupe de travail, mais en plus grand nombre, complété par :  
médecin cardiologue  
médecin pneumologue  
médecin gastroentérologue  
médecin rhumatologue  
chirurgien plasticien  
infirmier de santé au travail  
médecin médecine universitaire  
infirmier de centres de santé  
pharmacien  
représentant de l'ANSM  
représentant de l'ANSES  
professionnel des sciences humaines et sociales

### 2.2.3. Pour la définition des indicateurs qualité des parcours

La composition qualitative du groupe de travail « parcours » sera complétée par les expertises requises pour le développement d'indicateurs à partir des bases de données médico-administratives :

- médecin de l'information médicale exerçant dans le public : 1
- médecin de l'information médicale exerçant dans le privé : 1
- expert du codage de l'ATIH : 1
- expert des bases de données de la DREES : 1
- expert des bases de données en cardiologie de la CNAM : 1

Le résultat de l'appel à candidature commun permettra de définir la composition finale du ou des groupes de travail/lecture et d'organiser les réunions sur le plan opérationnel.

## 2.3. Productions prévues dans le cadre du parcours obésité

- ➔ Argumentaires scientifiques
- ➔ Guides du parcours et outils d'appropriation
- ➔ Fiches pratiques à destination des professionnels et des patients
- ➔ Messages de pertinence
- ➔ Fiches descriptives des indicateurs de qualité des parcours
- ➔ Documents pour les patients dans un second temps

## 3. Calendrier prévisionnel des productions sur les parcours

### 3.1.1. Note de cadrage

- Passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : 03 décembre 2019 et 21 janvier 2020.
- Date de passage en Collège d'orientation et d'information (COI) : 06 février 2020.

### 3.1.2. Priorisation des travaux

Il est prévu de débiter par les travaux sur le parcours enfant-adolescent, car nous disposons de recommandations de bonne pratique pour les trois niveaux de prise en charge, puis de poursuivre avec le parcours adulte.

Les déclinaisons du parcours, génériques à des situations spécifiques, sont prévues dans chacun des parcours.

### 3.1.3. Constitution des groupes de travail

- ➔ Thème 1. Parcours Enfant - adolescent - jeune adulte
  - Sollicitation des parties prenantes et appel à candidature site de la HAS : décembre 2019 – février 2020
  - Analyse des DPI et constitution finale du groupe : février – mars 2020
- ➔ Thème 2. Parcours adulte
  - Sollicitation des parties prenantes et appel à candidature site de la HAS : décembre 2019 – février 2020
  - Analyse des DPI et constitution finale du groupe : février – mars 2020

### 3.1.4. Dates de réunion et avis du groupe de lecture

- ➔ Thème 1. Parcours enfant - adolescent – jeune adulte
  - 1<sup>ère</sup> réunion du groupe de travail : mai 2020
  - 2<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : juillet 2020
  - Groupe de lecture : septembre – octobre 2020
  - 3<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : novembre 2020
- ➔ Thème 2. Parcours adulte
  - 1<sup>ère</sup> réunion du groupe de travail : juin 2020
  - 2<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : septembre 2020
  - Groupe de lecture : décembre – janvier 2021
  - 3<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : février 2021

### 3.1.5. Avis de la Commission et validation du Collège

- ➔ Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI)
  - Thème 1. Parcours enfant - adolescent - jeune adulte : parcours de prise en charge : janvier 2021
  - Thème 2. Parcours adulte : parcours de prise en charge : avril 2021
- ➔ Dates de passage au Collège à planifier ultérieurement.

## Annexe 1. L'obésité : épidémiologie et impact des politiques contre l'obésité



Country note to the report *The Heavy Burden of Obesity*

# FRANCE

Population totale: 67m

Espérance de vie: 82.5 (2017)

Source: Banque Mondiale

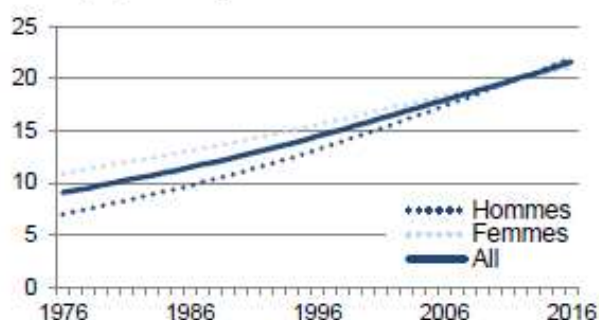
Revenus: Hauts revenus

Part du PIB dédié à la santé: 11.5% (2016)

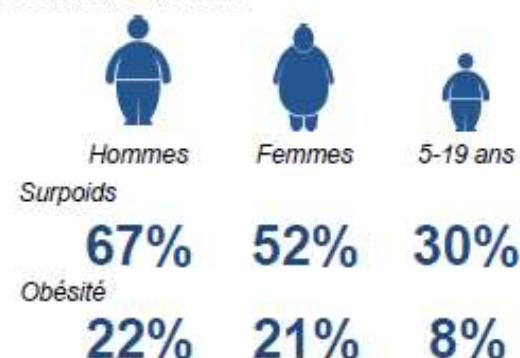
### PREVALENCE DE L'OBESITE

Source: OMS Observatoire de la santé mondiale

Évolution de la prévalence de l'obésité  
% de la population ayant un IMC>30



Prévalence actuelle



### CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

Source: Modèle SPHeP-NCDs de l'OCDE

Réduction de l'espérance de vie attribuable au surpoids  
Années, moyenne sur 2020-2050



2.3

Réduction de l'espérance de vie comparée aux autres pays



Dépenses de santé attribuables au surpoids  
Pourcentage du total par habitant, moyenne sur 2020-2050



4.9

Pourcentage des dépenses de santé comparé aux autres pays



Coût sur le marché du travail lié au surpoids  
EUR par habitant, moyenne sur 2020-2050



634

Coût par habitant comparé aux autres pays



Augmentation de la charge fiscale liée au surpoids  
EUR par habitant, moyenne sur 2020-2050



323

Montant de l'imposition par habitant comparé aux autres pays



Le plus faible\*

Le plus élevé

Nombre de maladies liées au surpoids  
Milliers de cas / % du nombre total, total sur 2020-2050

Maladies	Milliers de cas	% du nombre total
Maladies cardiovasculaires	4 545	19%
Diabète	2 379	77%
Démence	934	15%
Cancers	613	12%

Réduction effective de l'effectif due au surpoids  
Équivalent des travailleurs à temps plein, moyenne sur 2020-2050

671 210

45% Présentéisme  
33% Chômage  
21% Absentéisme  
1% Retraite anticipée

Impact macroéconomique du surpoids  
Moyenne sur 2020-2050

2.7%

Baisse du PIB due au surpoids

0.8

Augmentation (en point de pourcentage) du taux d'imposition moyen nécessaire pour couvrir les conséquences du surpoids

\* 1 étant le décile des pays ayant les plus faibles valeurs et 10 les plus élevés; comparaison des valeurs monétaires en USD PPA; les pays utilisés pour la comparaison sont listés sur le lien: <http://oe.cd/obesity2019>



**IMPACTS POTENTIELS DES POLITIQUES CONTRE L'OBESITE**

Source: Modèle SPHeP-NGDs de l'OCDE

**Toutes les interventions ont un impact positif sur la santé de la population et réduisent les dépenses de santé et les coûts sur le marché du travail**

Impact moyen sur 2020-2050

	DALYs* gagnés (DALYs)	Années de vie gagnées (ans)	Réduction des dépenses de santé (EUR, milliers)	Réduction des coûts sur le marché du travail (EUR, millions)	Coûts de l'intervention (EUR, millions)
<b>1. Régulation de la publicité</b>	922	159	2 189	111	32
<b>2. Etiquetage nutritionnel</b>	4 517	3 128	14 747	57	71
<b>3. Campagne dans les medias de masse</b>	3 927	2 455	20 192	67	69
<b>4. Etiquetage des menus</b>	10 559	7 560	31 134	130	71
<b>5. Applications sur mobile</b>	673	192	4 991	37	34
<b>6. Prescription de l'activité physique</b>	2 991	2 559	19 466	23	95
<b>7. Programme à l'école</b>	885	176	1 580	96	171
<b>8. Comportement sédentaire sur le lieu de travail</b>	3 420	1 986	20 585	128	71
<b>9. Bien-être sur le lieu de travail</b>	2 483	1 345	11 501	141	388
<b>10. Transport public</b>	983	537	10 139	15	NA
<b>Reformulation des produits pour réduire l'apport calorique</b>	71 948	51 266	228 291	931	NA

**IMPACTS POTENTIELS DES ENSEMBLES DE POLITIQUES**

Source: Modèle SPHeP-NGDs de l'OCDE

**Un ensemble de politiques de communication, comprenant la régulation de la publicité, l'étiquetage nutritionnel et les campagnes dans les médias de masse, pourrait gagner plus de 10 000 années de vie, et réduire de 55 millions d'euros les dépenses de santé en France par an**

Impact moyen sur 2020-2050

	DALYs* gagnés (DALYs)	Années de vie gagnées (ans)	Réduction des dépenses de santé (EUR, milliers)	Réduction des coûts sur le marché du travail (EUR, millions)	Coût de l'intervention (EUR, millions)
<b>Ensemble de communication (1,2,3)</b>	15 398	10 140	55 425	308	172
<b>Ensemble mixte (4,6,9)</b>	15 762	11 097	67 276	291	555
<b>Ensemble d'activité physique (6,7,8,10)</b>	8 251	5 346	50 593	261	337

\* DALY: Années de vie ajustées sur l'incapacité

Plus d'informations sur les interventions et les hypothèses sont disponibles dans le rapport complet.

 Co-funded by  
 the European  
 Union

<http://oe.cd/obesity2019>

## Annexe 2. BIBLIOGRAPHIE

### Références

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. The heavy burden of obesity. The economics of prevention. Technical country notes. Paris: OECD; 2019.  
<https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Technical-Country-Notes.pdf>
2. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris: DREES; 2017.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
3. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. Etudes et Résultats 2019;(1122).
4. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation environnement travail. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans. Maisons-Alfort: ANSES; 2019.  
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0143.pdf>
5. Public Health England. Obesity and disability. Children and young people. London: PHE; 2013.  
[https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20170110172553/https://www.noo.org.uk/securefiles/170110\\_1725/obesity%20and%20disability%20-%20child%20and%20young%20people%2019%2002%2014.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20170110172553/https://www.noo.org.uk/securefiles/170110_1725/obesity%20and%20disability%20-%20child%20and%20young%20people%2019%2002%2014.pdf)
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris: INSERM; 2016.  
[https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity\\_documents/Inserm\\_EC\\_2016\\_DeficiencesIntellectuelles\\_Synthese.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2016_DeficiencesIntellectuelles_Synthese.pdf)
7. European Association for the Study of Obesity, Medtronic, Opinium Research. Obesity. An underestimated threat. Public perceptions of obesity in Europe. Teddington: EASO; 2015.  
[https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2019/03/16195432/OBESITY\\_PERCEPTION\\_SURVEY\\_REPORT-FINAL.pdf](https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2019/03/16195432/OBESITY_PERCEPTION_SURVEY_REPORT-FINAL.pdf)
8. Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients [Thèse de doctorat : sciences humaines et sociales. Spécialité Sociologie]. Créteil: Ecole doctorale cultures et sociétés; 2015.  
<https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornet-these.pdf>
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Agir sur les comportements nutritionnels. Réglementation, marketing et influence des communications de santé. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris: INSERM; 2017.  
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/7471>
10. Inspection générale des affaires sociales, Emmanuelli J, Maymil V, Naves P, Thuong CT. Situation de la chirurgie de l'obésité. Annexes. Tome II. Paris: IGAS; 2018.  
[www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R\\_Tome\\_II\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_II_.pdf)
11. Inspection générale des affaires sociales, Emmanuelli J, Maymil V, Naves P, Thuong CT. Situation de la chirurgie de l'obésité. Paris: IGAS; 2018.  
[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059-resume\\_chir\\_obesite-D.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059-resume_chir_obesite-D.pdf)
12. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. La prévention dans le système de soins. Organisation, territoires et financement. A partir de l'exemple de l'obésité. Avis adopté le 25 octobre 2018. Paris: HCAAM; 2018.  
[https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis\\_prevention\\_-\\_hcaam\\_-\\_25\\_octobre\\_2018.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_prevention_-_hcaam_-_25_octobre_2018.pdf)
13. Cour des comptes. La prévention et la prise en charge de l'obésité. Paris: CC; 2019.  
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-12/20191211-rapport-prevention-prise-en-charge-obesite.pdf>
14. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Oberlin P, de Peretti C. Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. Etudes et Résultats 2018;(1051).
15. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Nocca D, et al. To what extent does posthospital discharge chemoprophylaxis prevent venous thromboembolism after bariatric surgery? Results from a nationwide cohort of more than 110,000 patients. Ann Surg 2018;267(4):727-33.  
<http://dx.doi.org/10.1097/sla.0000000000002285>
16. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Nocca D, et al. Association between bariatric surgery and rates of continuation, discontinuation, or initiation of antidiabetes treatment 6 years later. JAMA Surg 2018;153(6):526-33.  
<http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6163>
17. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Nocca D, et al. Long-term adverse events after sleeve gastrectomy or gastric bypass: a 7-year nationwide, observational, population-based, cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol 2019;7(10):786-95.

## Recommandations publiées par la HAS

### L'enfant et l'adolescent

Surpoids et obésité : dépistage et prise en charge médicale, modalités de suivi selon 3 niveaux de prise en charge (2003 actualisé 2011). Sont exclues du champ des recommandations les questions relatives aux obésités syndromiques ou secondaires (seule la réalisation du diagnostic différentiel est traité), à la prévention primaire de l'obésité en général (traitée par le PNNS) et à la prise en charge spécifique des complications de l'obésité et des dysrégulations métaboliques [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003)

Définition des critères de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans (2016) [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/criteres\\_de\\_qualite\\_surpoids\\_et\\_obesite\\_de\\_l'enfant\\_suivi.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/criteres_de_qualite_surpoids_et_obesite_de_l'enfant_suivi.pdf)

### L'adulte

Obésité - prise en charge chirurgicale chez l'adulte (2009) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l'adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l'adulte)

Surpoids et obésité : dépistage et prise en charge médicale de premier recours en soins primaires (2011). Le second et troisième niveau de prise en charge ne sont pas abordés. Des situations spécifiques y sont abordées sans être détaillées : la femme enceinte, la personne âgée [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l'adulte-prise-en-charge-medecale-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l'adulte-prise-en-charge-medecale-de-premier-recours)

Boulimie-hyperphagie boulimique (2019) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge)

Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer (2009) : démarche de prévention pour les risques liés au mode vie et à l'environnement pour les femmes en âge de procréer [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet\\_de\\_grossesse\\_informations\\_messages\\_de\\_prevention\\_examens\\_a\\_proposer\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_fiche_de_synthese.pdf)

Une brochure pour les patients adulte : Obésité - prise en charge chirurgicale chez l'adulte (2009) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_849636/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l'adulte-brochure-patients](https://www.has-sante.fr/jcms/c_849636/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l'adulte-brochure-patients)

### Référentiels et guides transversaux aux bonnes pratiques

Guide HAS pour la prescription médicale d'activité physique et sportive. Référentiel pour personnes en surpoids ou obèses (2018). [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins)

Éducation thérapeutique du patient : Recommandations (2007) ; Évaluation efficacité et efficience de l'ETP- orientations pour les pratiques et l'évaluation (2018) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

Personnalisation des soins : Démarche centrée sur le patient : information, conseils, éducation thérapeutique, suivi (2016) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

Méthode pour DECIDER ensemble. Chapitre 7 page 17 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/methode\\_decider\\_ensemble\\_mode\\_de\\_supplance\\_renale\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/methode_decider_ensemble_mode_de_supplance_renale_argumentaire.pdf)

### Annexe 3. Liste des parties prenantes sollicitées

Les représentants des organismes suivants ont été sollicités lors de la phase de cadrage du parcours obésité.

- Collège de médecine générale
- Direction régionale du service médical
- Syndicat national des psychologues
- Association française des diététiciennes et nutritionnistes
- Collectif national des associations d'obèses
- Agence Technique de l'Information Hospitalière
- Association française d'études et de recherche sur l'obésité
- CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition
- FEDMER-CNP de médecine physique et de réadaptation
- ARS Bretagne
- CNP de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- Société française des professionnels en activité physique adaptée
- Ligue contre l'obésité
- Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie
- Collège infirmier français
- Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques
- Direction de la coordination de la gestion du risque à l'assurance maladie
- Fédération française de nutrition
- Société d'éducation thérapeutique européenne
- CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition
- CNP de pédiatrie
- Collège de la Masso-kinésithérapie

Pour la HAS : Emmanuelle BLONDET, Pierre-Louis DRUAIS, Valérie ERTEL-PAU, Sandrine MORIN, Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Nathalie RIOLACCI

Pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie : Julien CARRICABURU, Annie FOUARD