



NUTRITION

Entre urgence de santé publique et encadrement médical éthique

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



21/01/2026

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique





SOMMAIRE

Guide de lecture	13
NUTRITION : UNE DISCIPLINE MÉDICALE A REVENDIQUER	14
Introduction	15
Définition de la nutrition	16
Recommandations	17
I. Position des autorités nationales	17
A. La Haute Autorité de Santé	17
B. Santé Publique France	18
o Le programme national nutrition santé	19
o Le Nutri-Score : cadre réglementaire, calcul et obligations des producteurs	20
o Impact du Nutri-Score sur la santé publique	21
o Orientations politiques françaises et axes d'amélioration pour le Nutri-Score	22
C. Le Haut Conseil de la Santé Publique – HCSP	23
o La place du HCSP dans la nutrition	23
o Les recommandations du HCSP pour l'élaboration du PNNS 5	23
D. L'ANSES	24
o La Nutrivigilance : définition, champ d'application et modalités de déclaration	25
E. DGCCRF et le ministère de l'agriculture	27
o Compl'Alim : Plateforme de déclaration de mise sur le marché	27
II. La position du CNOM sur les différents actions mises en place par les instances nationales	28
A. Santé environnementale et nutrition : vers une approche intégrée « One Health »	28
o Une santé unifiée	28
o Responsabilité médicale et territoriale	28
o Équité et éthique	28
o Gouvernance et plaidoyer	29
o En synthèse	29
B. Nutri-Score et Nutrivigilance : leviers pour une alimentation saine	29
C. Conclusion	30
III. Les associations regroupées autour de la nutrition	31
Les acteurs et leurs pratiques	33
I. Les professionnels de santé	33
A. Le médecin intervenant dans le champ de la nutrition	33

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



○ La formation initiale.....	33
○ Les compétences du médecin intervenant dans le champ de la nutrition.....	33
B. Le diététicien.....	34
○ La formation.....	34
○ Son champ d'intervention.....	35
○ Son exercice.....	35
II. Les non-professionnels de santé.....	35
A. Des professionnels autoproclamés.....	35
B. Les influenceurs et les réseaux sociaux.....	36
C. Comment agir ?.....	36
Les pratiques déviantes.....	38
I. Les régimes amaigrissants : un risque avéré pour la santé.....	38
A. Etat des lieux en France.....	39
B. Le rebond pondéral et l'effet yoyo.....	39
C. Les dangers des régimes.....	40
D. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement.....	42
E. Implications pour la pratique médicale et recommandations du CNOM.....	42
II. Quelques problématiques majeures.....	45
A. La pratique du jeûne.....	45
○ Le jeûne thérapeutique.....	45
○ Le jeûne et cancer.....	46
○ Les dénutritions.....	
B. La promotion de la micronutrition.....	47
○ Position du CNOM.....	48
C. Dérives sectaires, santé et bien-être.....	48
OBESITE : UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	50
Introduction.....	51
Etat des lieux.....	53
I. Prévalence de l'obésité : contexte national et européen.....	53
A. Une tendance préoccupante en Europe.....	53
B. Pourquoi l'obésité est plus élevée au Royaume-Uni et à Malte qu'en France.....	54
C. La situation en France.....	54
D. Conséquences et enjeux de santé publique.....	54

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



E.	Implications pour la prévention	54
Comprendre l'obésité		56
I.	Les mécanismes physiologiques de l'obésité	56
A.	Régulation hypothalamique de la prise alimentaire et de la balance énergétique	56
B.	Les mécanismes psychologiques de l'obésité :	57
C.	Facteurs environnementaux	57
D.	Facteurs socioculturels	58
II.	Inégalités sociales face à l'obésité	58
L'Obésité Chez les adultes		59
I.	Prévalence de l'obésité chez l'adulte en France	59
II.	Evolution de l'obésité chez l'adulte	59
III.	Les causes de l'obésité	60
IV.	Conséquences de l'obésité	60
V.	Prise en charge de l'obésité : obstacles et enjeux d'accès aux soins	61
A.	Obstacles et enjeux d'accès aux soins.....	61
o	Contexte général.....	61
o	Stigmatisation et discrimination	62
o	Méconnaissance et sous-diagnostic.....	63
o	Accès aux soins spécialisés :	63
o	Coûts et couverture sociale	64
o	Problèmes psychologiques et motivationnels.....	64
o	Coordination des soins	65
B.	La réalité de terrain et l'enquête du CNOM	66
o	Profil des répondants.....	66
o	Prise en charge médicale	67
o	Qualité du suivi et obstacles	67
o	Regard du corps médical et stigmatisation.....	67
o	Besoins et attentes exprimés.....	67
o	Conclusion et recommandations	68
C.	Enjeux et recommandations du CNOM :	68
L'Obésité Chez l'enfant		69
I.	Prévalence de l'obésité infantile.....	69
A.	Chez les jeunes enfants	69
B.	Chez les adolescents.....	70

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



II.	Causes de l'obésité	71
A.	Facteurs environnementaux :	71
B.	Facteurs épigénétiques : interaction entre les facteurs environnementaux et génétiques 71	
C.	Facteurs génétiques	71
D.	Les déterminants de l'obésité de l'enfant	72
III.	Conséquences de l'obésité chez l'enfant	73
IV.	Prise en charge de l'obésité chez l'enfant	73
V.	Conclusion	74
	La prévention	75
I.	Politique de prévention de l'obésité et axes de stratégie développés	75
A.	Le rapport de la Cour des Comptes	75
B.	Actions menées par l'État et les agences de santé	76
o	Petite enfance : allaitement et diversification alimentaire	76
o	Enquête Albane – Nutrition, environnement et maladies chroniques	76
o	Campagne « Manger-Bouger » (4 à 11 ans)	77
o	Activité physique des adolescents	77
o	Recherche et prévention des maladies chroniques	77
C.	Actions de l'Assurance Maladie (CPAM) et des mutuelles	77
D.	Conclusion	78
II.	Place des professionnels de santé dans la prévention de l'obésité	78
A.	Actions des CHU et des établissements de santé	78
o	Consultations spécialisées et accompagnement médical	78
o	Formation et recherche en nutrition	78
B.	Coordination des médecins et des professionnels de santé sur les territoires	78
	Prise en charge pluridisciplinaire du patient obèse	79
I.	Introduction	79
II.	Organisation nationale : maillage territorial, pilotage et coordination	79
III.	Missions principales des CSO	79
IV.	Fonctionnement et organisation des CSO	80
A.	Structure des équipes	80
B.	Programmes individualisés et parcours de soins	80
C.	Prise en charge et accompagnement des patients	80
V.	Actions de prévention et d'éducation	81
A.	L'accompagnement nécessaire du patient obèse	81

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



○ L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	81
○ Rôle et principe de l'ETP	81
○ Approches Éducatives	81
○ Outils et Ressources	81
○ Objectifs stratégiques	82
B. Modification thérapeutique du mode de vie (MTMV)	82
○ Principes des MTMV	82
○ Composantes des MTMV	82
○ Suivi et Évaluation	82
○ Cadre réglementaire et recommandations	83
VI. Approche pluridisciplinaire et coordination du parcours de soins	83
VII. Innovations organisationnelles	83
Conclusion	85
I. Offre de soins des adultes	85
A. Filière de soins pour l'obésité de l'adulte en France.	85
○ Les expérimentations Article 51	85
○ La prise en charge graduée de l'obésité	86
II. Offre de soins des enfants et adolescents	86
A. Parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en surpoids ou en situation d'obésité .	86
B. Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP)..	88
○ Le modèle RéPPOP : proximité et pluridisciplinarité	88
○ Résultats du modèle RéPPOP	88
○ Objectif de la prise en charge : ralentir la prise de poids, pas fixer un objectif de poids.	88
C. Agir sur les comportements : plaisir, équilibre et environnement	89
Prise en charge médicale de l'obésité	90
I. Les nouvelles approches thérapeutiques	90
A. Présentation de cette classification	90
○ Niveaux de gravité de l'obésité :	90
○ Impact sur la qualité de vie :	90
○ Troubles psychologiques associés :	90
○ Facteurs aggravants :	90
○ Approche de prise en charge :	90
B. La consultation du médecin généraliste	91

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



II.	Médicaments	91
A.	Les médicaments dans le cadre de la prise en charge de l'obésité	91
B.	Ecart de recommandations de l'ANSM, la HAS et le CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition (CNP EDN).....	92
C.	Usage détourné des GLP-1 : conséquences juridiques	93
o	Le médecin	94
o	Le pharmacien	94
o	Les influenceurs.....	94
o	Les sites de vente en ligne	94
D.	Enjeux juridiques et éthiques.....	95
o	Tensions d'approvisionnement et atteinte au principe d'équité en santé	95
o	Dérive commerciale et médicalisation abusive.....	95
E.	Nécessité d'une vigilance collective	95
F.	Actions de communication du CNOM.....	96
III.	La chirurgie bariatrique.....	96
A.	Les différents types de procédures chirurgicales en France	96
o	Sleeve gastrectomy ou gastrectomie en manchon :	96
o	Bypass gastrique ou bypass gastrique Roux-en-Y :	97
o	Anneau gastrique ajustable :	97
o	Biliopancreatic diversion avec duodéal switch (BPD/DS) :	97
B.	Critères de sélection des patients.....	97
C.	Critères de succès de la chirurgie bariatrique	97
o	Perte de poids significative	97
o	Qualité de vie	98
o	Suivi post-chirurgical et importance de l'accompagnement psychologique	98
D.	Conclusion	98
	Résumé des différentes des indications dans le cadre de la prise en charge de l'obésité	99
I.	Analogues du GLP-1	99
II.	Doubles analogues GLP-1/GIP	99
III.	Chirurgie bariatrique	99
IV.	Conclusion	99
	Perspectives d'évolution de la prise en charge de l'obésité.....	100
I.	Remise en question de l'IMC.....	100
II.	L'exemple de la recherche sur l'obésité aux Hospices Civils de Lyon (HCL)	100
		10

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



III. L'obésité, un enjeu de santé publique majeur	100
IV. Stratégie de lutte contre l'obésité	100
ACTIONS DU CNOM	101
Sur la partie Nutrition	102
I. Action 1 : Protection du titre de nutritionniste	102
II. Action 2 : Rappeler fermement le champ de compétence de chaque professionnel dans l'intérêt du patient	102
III. Action 3 : Renforcer la coopération avec les autorités ministérielles	102
IV. Action 5 : Mieux contrôler les messages véhiculés par les réseaux sociaux	102
Sur la partie Obésité	103
I. Action 6 : Reconnaître pleinement l'obésité comme maladie chronique	103
II. Action 7 : Encadrer strictement la prescription des traitements médicaux de l'obésité	103
III. Action 8 : Lutter contre les dérives commerciales et les fausses promesses	103
IV. Action 9 : Prévenir les mésusages et protéger les patients	103
V. Action 10 : Soutenir les parcours de soins pluridisciplinaires	103
VI. Action 11 : Renforcer la formation initiale et continue	103
ANNEXES	104
Annexe 1 : Quelques exemples de régimes dangereux	105
I. « Maigrir a tout pris (prix ?) » ou l'imagination sans limite des promoteurs de régimes	105
o Le régime Sleeping Beauty Diet	105
o Le régime soupe au chou	105
o Le régime hyper-protéiné	105
o Le régime boule de coton	105
o Le régime HCG	105
o Le régime cigarette	106
o Le régime ver solitaire	106
o Le régime Mayo	106
o Le régime air ou breatharian diet	106
o Le régime Loup Garou	106
o Le régime Drunkorexia	106
Annexe 2 : Le paradoxe de l'obésité sarcopénique	107
I. Présentation des éléments à retenir	107
o Composition corporelle dans l'obésité :	107
o Impacts des régimes restrictifs :	107
o Importance de la nutrition :	107

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



II.	Des injonctions contradictoires	108
○	Adoption d'un mode de vie sain mais incapacité physique :	109
○	Suivi rigoureux des traitements mais difficultés dans la gestion des effets secondaires : 109	
○	Préoccupation pour la santé mais stigmatisation :	109
○	Autonomie dans la gestion de la maladie pouvant entraîner une dépendance vis-à-vis des conseils prodigués par les professionnels de santé :	109
○	Éducation sur la maladie pouvant générer une anxiété accrue :	109
Annexe 3 : Résultat des études efficacité et sécurité Wegovy®		110
I.	Etude STEP 1	110
II.	Étude STEP 4	110
III.	Étude STEP 5	111
IV.	Étude SELECT	111
V.	Étude STEP TEENS	111
ANNEXE 4 : Sémaglutide 2,4mg		113
ANNEXE 5 : Tirzépate		115



GUIDE DE LECTURE

Ce document fournit des informations précises au moment de sa publication. Il est essentiel de garder à l'esprit que les données présentées sont valables et exactes à la date de leur publication. Pour une interprétation précise et actuelle des informations, il est recommandé de considérer les points suivants :

1. **Date de Publication** : Les données sont exactes au moment précis de la publication du document.
2. **Contexte Temporel** : Compte tenu de l'évolution constante des informations, il est conseillé de vérifier la validité des données actuelles.
3. **Références Ultérieures** : Pour une mise à jour des informations ou une confirmation de leur validité actuelle, consulter les sources ou les mises à jour postérieures disponibles.
4. **Utilisation Responsable** : Pour toute utilisation future des données, considérer les modifications potentielles intervenues après la publication initiale.

Ce guide de lecture assure une compréhension claire de la temporalité des données documentées.



NUTRITION : UNE DISCIPLINE MÉDICALE A REVENDIQUER



INTRODUCTION

La nutrition est un pilier de la prévention primaire consistant à adopter, à chaque âge de la vie, un comportement permettant de rester en bonne santé.

Elle participe directement à un enjeu sociétal majeur consistant à enrayer l'épidémie de surpoids, d'obésité et maladies métaboliques, tant chez l'adulte que chez l'enfant, préoccupante en termes de santé publique, par l'augmentation exponentielle des pathologies secondaires associées.

L'obésité est une maladie chronique, qui peut en entraîner d'autres, notamment métaboliques et cardiovasculaires, et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire par des professionnels diplômés, parmi lesquels médecins, diététiciens, psychologues et des professionnels de l'activité physique.

Aujourd'hui le champ de la nutrition est investi par de nombreux experts auto-proclamés qui, sans formation reconnue, préconisent des prises en charge inefficaces voire dangereuses, en faisant la promotion de méthodes ou de régimes pouvant nuire à la santé des personnes qui y ont recours.

En rédigeant ce rapport, la section Santé Publique du CNOM souhaite :

- Proposer l'encadrement de la pratique de la nutrition en France afin de promouvoir une prise en charge pluriprofessionnelle, coordonnée et sécurisée des problématiques relevant de cette discipline,
- Répondre aux préoccupations croissantes liées aux pratiques relevant de l'exercice illégal de la médecine par les non-professionnels de santé intervenant dans ce domaine, en alertant et informant sur les dérives et leurs risques sur la santé,
- Rappeler que la nutrition joue un rôle essentiel dans la prévention des maladies chroniques, notamment l'obésité et les autres maladies chroniques qu'elle peut favoriser,
- Présenter l'évolution des recommandations de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée de l'obésité chez l'adulte et l'enfant.



DÉFINITION DE LA NUTRITION

Organisation Mondiale de la Santé :

Ensemble des réactions métaboliques par lesquelles notre corps transforme et utilise les aliments pour obtenir tout ce dont il a besoin pour son bon fonctionnement et pour se maintenir en vie.

LAROUSSE :

- 1. Introduction dans l'organisme, et utilisation par celui-ci, des matériaux plastiques et énergétiques (aliments, gaz respiratoires, etc.) qui lui sont nécessaires.
- 2. Ensemble des processus d'assimilation et de dégradation des aliments qui ont lieu dans un organisme, lui permettant d'assurer ses fonctions essentielles et de croître.
- 3. Science appliquée, au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques (biologie, médecine, psychologie), qui permet de comprendre le fonctionnement du corps humain et de proposer des recommandations alimentaires ou médicales visant à maintenir celui-ci en bonne santé.

LIVRE BLANC DE LA NUTRITION EN SANTÉ HUMAINE (Collège des Enseignants en Nutrition) :

Science traitant de tous les aspects des interactions entre alimentation et nutriments, vie, santé, maladie, ainsi que des processus par lesquels un organisme ingère, absorbe, utilise et élimine les substances alimentaires.

La nutrition humaine se limite à l'être humain et inclut nutrition préventive et nutrition clinique.

La nutrition préventive est un outil de prévention primaire. Elle vise à promouvoir un comportement permettant d'éviter le développement de maladies chroniques.

La nutrition clinique traite du diagnostic et de la prise en charge de maladies, y compris d'origine génétique, liées aux conséquences métaboliques d'excès ou de carence d'énergie ou de nutriments.

La nutrition thérapeutique correspond à la prescription médicale :

- De denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS : compléments nutritionnels oraux CNO et la nutrition entérale)
- De médicaments (nutrition parentérale, hypolipémiants, antidiabétiques, médicaments anti-obésité ...),
- De compléments alimentaires
- De certains types d'actes chirurgicaux (notamment chirurgie bariatrique)
- De modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV), incluant l'activité physique adaptée (APA)



RECOMMANDATIONS

Elles émanent d'agences nationales et d'autorités publiques indépendantes ainsi que de sociétés savantes.

I. Position des autorités nationales

La Haute Autorité de Santé (HAS) et Santé Publique France soulignent toutes deux le rôle pivot du médecin dans la prise en charge nutritionnelle. Selon la HAS, le médecin occupe une place centrale dans l'évaluation des besoins nutritionnels, l'identification des situations à risque et l'établissement d'un diagnostic précis, notamment grâce à une connaissance approfondie des critères de repérage de la dénutrition et des stratégies nutritionnelles adaptées. Le médecin est également le garant de l'intégration de la nutrition au sein du parcours de soins global, de l'éducation thérapeutique du patient, ainsi que de l'adaptation des conseils alimentaires en fonction des pathologies chroniques comme le diabète¹.

Santé Publique France, de son côté, considère le médecin comme un relais essentiel pour la diffusion des repères nutritionnels et pour la promotion des comportements favorables à la santé auprès de divers publics. Par son rôle de proximité, le médecin est amené à personnaliser les recommandations nationales (telles que "Manger au moins cinq fruits et légumes par jour" ou l'incitation à l'activité physique régulière) et à accompagner les patients dans la prévention des maladies liées à la nutrition. Les professionnels de santé sont ainsi invités à s'appuyer sur les outils pédagogiques et les résultats des études épidémiologiques produites par l'agence afin d'ajuster leur pratique et de lutter contre les inégalités sociales de santé².

Par l'action conjointe de la HAS et de Santé Publique France, la place du médecin s'affirme comme un maillon incontournable pour une prise en charge nutritionnelle de qualité, évolutive et adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne.

D'autres acteurs majeurs, chacun dans leurs champs de compétences, interviennent dans le domaine de la nutrition, notamment le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) et le ministère de l'agriculture.

A. La Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) joue un rôle central dans l'élaboration, la validation et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques en matière de nutrition. Cette instance indépendante accompagne les professionnels de santé et les institutions dans la prise de décision, en s'appuyant sur les données scientifiques les plus récentes. Son objectif est de promouvoir une prise en charge nutritionnelle adaptée, sécuritaire et fondée sur des preuves, aussi bien pour la prévention que pour le traitement des maladies.

Parmi ses principales missions, la HAS :

¹ Haute Autorité de Santé : « Recommandations – Prise en charge nutritionnelle chez l'adulte », www.has-sante.fr

² Santé Publique France : « Programme National Nutrition Santé (PNNS) », « Repères nutritionnels », www.santepubliquefrance.fr

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Émet des recommandations sur les apports nutritionnels conseillés (ANC) pour différents groupes de population, en tenant compte de l'âge, de l'état physiologique ou pathologique (grossesse, vieillissement, maladies chroniques, etc.).
- Élabore des guides pour la prise en charge de la dénutrition, notamment chez les personnes âgées, les patients hospitalisés ou atteints de pathologies spécifiques (cancer, diabète...).
- Précise les indications pour la prescription de compléments nutritionnels oraux, de nutrition entérale ou parentérale, et fixe des critères de suivi et d'efficacité.
- Rédige des recommandations concernant les modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV), telles que l'équilibre alimentaire, l'activité physique adaptée ou la lutte contre la sédentarité.

Exemples de recommandations de la HAS en nutrition :

- Prévention, diagnostic et prise en charge de la dénutrition chez l'adulte : ce guide détaille les critères de repérage de la dénutrition, la démarche diagnostique et les stratégies nutritionnelles à adopter, notamment en établissement de santé ou en soins de ville.
- Prise en charge nutritionnelle du patient diabétique : la HAS propose des référentiels pour l'adaptation de l'alimentation, l'éducation thérapeutique, ainsi que l'intégration de la nutrition dans le parcours de soins global.
- Recommandations pour une alimentation équilibrée : conseils pratiques sur la diversification alimentaire, la réduction de la consommation de sel, de sucres et de graisses saturées, ou encore l'augmentation de la part de fruits, légumes et fibres dans l'alimentation quotidienne.

Par ses recommandations, la HAS contribue à soutenir la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle, tout en tenant compte des besoins particuliers de chaque population et des évolutions des connaissances scientifiques.

B. Santé Publique France

Santé Publique France, en tant qu'agence nationale de santé publique, intervient activement dans la promotion de la nutrition et la prévention des maladies liées à l'alimentation. Elle pilote des campagnes d'information grand public (notamment via le programme national nutrition santé – PNNS), développe des outils pédagogiques destinés aux professionnels de santé, et réalise une veille scientifique sur l'état nutritionnel de la population française.

L'agence élabore des repères nutritionnels, comme ceux relatifs à la consommation de fruits et légumes (« Manger au moins cinq fruits et légumes par jour »), à l'importance de limiter la consommation de sel, de sucres et de matières grasses, ou à la promotion de l'activité physique régulière. Elle publie également des recommandations spécifiques pour certains groupes à risque, comme les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, ou les personnes âgées.

Par ailleurs, Santé Publique France réalise régulièrement des enquêtes (par exemple l'étude ESTEBAN³) pour évaluer les habitudes alimentaires, les statuts nutritionnels de la population, et leur évolution dans le temps. Les résultats de ces études alimentent l'élaboration des politiques publiques et permettent d'ajuster les messages de prévention. L'agence contribue ainsi à la réduction des inégalités sociales de santé liées à la nutrition et à l'amélioration globale de l'état de santé de la population.

³ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban/>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Elle est également l'autorité responsable de la mise en œuvre et de la gestion du Nutri-Score en France⁴, notamment en délivrant le droit d'usage du logo et en coordonnant son évolution au niveau national et européen. Ce système a été conçu à la demande du ministère de la Santé⁵, avec l'appui scientifique du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et de l'ANSES.

○ Le programme national nutrition santé

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)⁶, lancé en 2001, a pour objectif l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition, au sens de l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité.

Reposant sur des recommandations scientifiques actualisées, le PNNS vise à réduire les maladies chroniques liées à de mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité, comme l'obésité, le diabète ou les maladies cardiovasculaires.

Le 4^{ème} plan 2019-2023 a été prolongé en 2024 pour une meilleure articulation avec la future stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) à l'horizon 2030 et le prochain PNNS 2025-2030.

Ses grandes orientations comprennent :

- La modification des environnements alimentaires pour un environnement plus favorable à la santé (incitation à la reformulation des produits alimentaires, information du consommateur, modification de l'environnement bâti)
- La promotion d'une alimentation équilibrée et diversifiée tout au long de la vie : augmentation de la consommation de fruits, de légumes et de produits céréaliers complets, réduction des apports en sel, en sucres et en graisses saturées.
- L'incitation à une activité physique régulière et la lutte contre la sédentarité, adaptée à chaque âge de la vie.
- La lutte contre les inégalités sociales de santé en matière de nutrition, via des campagnes d'information accessibles et des recommandations adaptées à différents publics (enfants, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées...) et des actions ciblées auprès des publics vulnérables
- La veille scientifique et l'évaluation régulière des comportements alimentaires de la population, pour ajuster les politiques et les messages de prévention.

Le PNNS s'appuie sur la mobilisation de nombreux acteurs : agences publiques, professionnels de santé, collectivités, associations et entreprises du secteur alimentaire. Il oriente également les actions de Santé Publique France, qui élabore des repères nutritionnels et anime des campagnes nationales de sensibilisation, telles que le célèbre slogan « Manger au moins cinq fruits et légumes par jour ».

- Intégration des enjeux climatiques : promouvoir des habitudes alimentaires saines et durables, favorisant les produits d'origine végétale et locaux, dans une perspective de respect de l'environnement et de lutte contre le changement climatique.

⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/en/nutri-score>

⁵ <https://www.sante.fr/nutri-score>

⁶ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Lutte accrue contre les inégalités nutritionnelles : proposer des recommandations et des actions ciblées auprès des populations les plus vulnérables, pour réduire les écarts de santé liés à la nutrition.
- Accent sur l'activité physique : renforcer les messages et les dispositifs encourageant l'activité physique au quotidien, notamment dans les milieux scolaires, professionnels et urbains.
- Adaptation aux évolutions scientifiques : intégrer les nouvelles connaissances en nutrition et en santé publique pour actualiser les repères alimentaires et optimiser les stratégies de prévention.
- Mobilisation de tous les acteurs : impliquer davantage les collectivités, les professionnels de santé, les acteurs économiques et associatifs dans la mise en œuvre du programme.

Le PNNS 2025-2030 ambitionne ainsi de poursuivre l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population, tout en tenant compte des nouveaux défis liés à l'environnement, aux mutations sociétales et à la progression des inégalités sociales de santé. Ce plan constitue un pilier de la politique de prévention et de promotion de la santé en France pour les années à venir.

○ **Le Nutri-Score : cadre réglementaire, calcul et obligations des producteurs**

Définition et classification :

Le Nutri-Score est un système d'étiquetage nutritionnel volontaire en face avant des emballages des produits pré-emballés, mis en place en France en 2017. Il classe les aliments de A (vert foncé) à E (rouge) selon leur qualité nutritionnelle, sur la base d'un algorithme prenant en compte :

- Composants défavorables : calories, sucres, acides gras saturés, sel
- Composants favorables : fibres, protéines, fruits/légumes/légumineuses, huiles végétales⁷

Nutri-Score	Aliments concernés
A	Lentilles, pommes, thon au naturel, etc.
B	Pain complet, yaourts, etc.
C	Fromage allégé, jus de fruits, etc.
D	Céréales sucrées, charcuterie, fromages, etc.
E	Sodas, biscuits, pâtes à tartiner etc.

Réforme de l'arrêté du 14 mars 2025 :

Dans le cadre de la gouvernance transnationale du Nutri-Score, auquel la France participe tant dans le comité de pilotage que comité scientifique, une mise à jour de l'algorithme a été adoptée en 2023 à la suite d'une analyse approfondie du comité scientifique.

⁷ Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Adoptez l'étiquetage Nutri-Score afin de rassurer les consommateurs, juillet 2025 : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/labels-qualite-et-valorisation-du-savoir-faire/adoptez-letiquetage-nutri-score-afin-de>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



L'arrêté du 14 mars 2025⁸ modifie le calcul du Nutri-Score pour mieux refléter les recommandations nutritionnelles :

- Huiles végétales pauvres en acides gras saturés (olive, colza, noix) mieux notées
- Poissons gras (oméga-3) valorisés
- Produits sucrés/salés plus pénalisés
- Boissons édulcorées rétrogradées (C à E en fonction de la présence concomitante de sucres)
- Féculents complets favorisés par rapport aux raffinés⁹

Les producteurs ont jusqu'en mars 2027 pour adapter leurs emballages. Un logo « Nouveau calcul » est prévu pour la période transitoire pour les producteurs qui souhaiteraient manifester en face avant la modification des règles de calcul.

Marquage et obligations juridiques :

L'usage du Nutri-Score est volontaire, mais encadré par un règlement d'usage.

En effet, le logo doit figurer sur la face avant de l'emballage, dans le tiers inférieur, selon une charte graphique stricte.

Les entreprises s'engageant dans le Nutri-Score doivent s'enregistrer auprès de Santé publique France, et s'engagent à afficher le Nutri-Score sur l'ensemble des produits de leur portefeuille.

En cas de non-respect (usage abusif, non-conformité), des sanctions peuvent être appliquées : amendes, retrait du logo, voire sanctions pour pratiques commerciales trompeuses¹⁰.

Par exemple, une entreprise qui affiche un Nutri-Score A sur un produit noté C selon l'algorithme peut être poursuivie pour pratique commerciale trompeuse (Code de la consommation, art. L121-1).

○ Impact du Nutri-Score sur la santé publique

Efficacité du Nutri-Score

Le Nutri-Score est reconnu comme un outil efficace pouvant contribuer à :

- Modifier les comportements d'achat : les consommateurs privilégient les produits mieux notés

⁸ Arrêté du 14 mars 2025 fixant la forme de présentation complémentaire à la déclaration nutritionnelle recommandée par l'Etat en application des articles L.3232-8 et R.3232-7 du code de la santé publique : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051329233>

⁹ <https://www.eurofins.fr/agroalimentaire/actualit%C3%A9s/focus-agroalimentaire-notre-newsletter/focus-agroalimentaire-78-juin-2025/nouveau-nutriscore/>

¹⁰ Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Adoptez l'étiquetage Nutri-Score afin de rassurer les consommateurs, juillet 2025 : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/labels-qualite-et-valorisation-du-savoir-faire/adoptez-letiquetage-nutri-score-afin-de>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Réduire le surpoids et l'obésité : un Français sur deux est concerné¹¹
- Prévenir les maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires, certains cancers

Par ailleurs, les industriels reformulent leurs recettes pour améliorer leur score : une marque de céréales a réduit le sucre de 30% dans ses produits pour passer de D à B.

Études et données

Une étude de 2024 montre que le Nutri-Score, associé à d'autres mesures (taxation des boissons sucrées, interdiction de publicité), serait parmi les plus efficaces contre l'obésité¹².

L'Inserm a démontré un lien entre consommation d'aliments mal notés et risque accru de maladies cardiovasculaires¹³. En effet, les consommateurs réguliers de produits mieux classés, en moyenne, dans le système, semblent présenter moins de maladies cardiovasculaires.

- o **Orientations politiques françaises et axes d'amélioration pour le Nutri-Score**

Engagement gouvernemental :

La réforme du Nutri-Score a été validée en mars 2025 par plusieurs ministères (Santé, Agriculture, Économie), malgré des dissensions internes. Elle s'inscrit dans une politique de :

- Promotion de la santé publique
- Éducation nutritionnelle
- Harmonisation européenne (Belgique, Allemagne, Espagne, etc.)
- Encouragement à la reformulation des produits¹⁴

Par ailleurs, dans le cadre d'une expérimentation démarrée en 2020, le Nutri-Score peut être intégré en restauration hors foyer.

Axes d'amélioration :

Les pistes évoquées incluent :

- Rendre le Nutri-Score obligatoire à l'échelle nationale et européenne
- Renforcer la transparence sur les ingrédients et procédés de fabrication
- Améliorer la lisibilité pour les publics vulnérables
- Développer la nutrivigilance pour mieux encadrer les nouveaux produits alimentaires

¹¹ Gouvernement.fr, Nouveau Nutri-Score : que retenir ?, mars 2025 : <https://www.info.gouv.fr/actualite/nouveau-nutri-score-que-retenir>

¹² Ibid.

¹³ <https://chaireunesco-es.org/2025/03/17/le-nouveau-nutri-score-valide-en-france-une-avancee-pour-la-sante-publique-et-leducation-nutritionnelle/>

¹⁴ Gouvernement.fr, Nouveau Nutri-Score : que retenir ? mars 2025 : <https://www.info.gouv.fr/actualite/nouveau-nutri-score-que-retenir>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Intégrer le Nutri-Score dans les politiques d'achat public (cantines, hôpitaux)

C. Le Haut Conseil de la Santé Publique – HCSP

o La place du HCSP dans la nutrition

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) joue un rôle central dans l'élaboration des politiques nutritionnelles en France, notamment à travers ses recommandations pour le Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Ses travaux visent à promouvoir une alimentation saine et durable, réduire la consommation d'aliments ultra-transformés, encourager l'allaitement maternel et améliorer l'environnement alimentaire en limitant – entre autres – les promotions commerciales pour les produits riches en sucre, sel et graisses.

Dans le cadre de la prévention de l'obésité, qui touche près de 17 % des adultes en France avec des inégalités sociales marquées, le HCSP préconise une approche systémique combinant nutrition, activité physique et lutte contre la sédentarité, en agissant dès la petite enfance.

Il insiste sur la nécessité de politiques publiques contraignantes (réglementation, fiscalité), la mise en place de projets alimentaires territoriaux, et le renforcement de la littératie alimentaire pour réduire les inégalités.

Enfin, ses recommandations intègrent une dimension écologique et sociale, en favorisant des régimes durables et en garantissant un droit effectif à l'alimentation, tout en prévoyant une gouvernance renforcée et des indicateurs partagés pour évaluer l'impact des mesures.

o Les recommandations du HCSP pour l'élaboration du PNNS 5

C'est une véritable refonte du programme national nutrition santé (PNNS) que le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) encourage dans son dernier avis. Saisi il y a plus d'un an par la Direction générale de la santé (DGS) pour contribuer à la conception de la cinquième édition du PNNS 2025-2030, le haut conseil publie ses recommandations dans un rapport paru le 10 juin 2025.

Après quatre programmes successifs, il suggère pour le suivant de passer à autre chose, via notamment une nouvelle dénomination : « La dénomination actuelle, PNNS bien qu'ancrée dans le paysage des politiques publiques, ne reflète pas l'étendue de ses ambitions et de ses actions. »

Il épingle tout particulièrement le terme nutrition qui « n'est toujours pas partagé par la communauté des professionnels de santé, de la recherche et par la population générale ». Il constate que « la dénomination actuelle PNNS, bien qu'ancrée dans le paysage des politiques publiques, ne reflète pas l'étendue de ses ambitions et de ses actions ». Le mot nutrition « masque pour le public l'importance de la prise en compte de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité ». À ce stade, le HCSP ne cite pas d'exemples de nouvelles dénominations envisageables.

Il pose simplement le cadre en souhaitant que les notions d'activité physique, de sédentarité, de sommeil, d'alimentation durable soient clairement exprimées dans la future appellation.

Dans son avis, le HCSP évoque plusieurs objectifs visés par le changement de nom. Il doit permettre de :

- Signaler clairement l'intégration des dimensions environnementales au cœur de la politique nutritionnelle ;

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Renforcer la cohérence et la lisibilité de l'action publique en matière d'alimentation, de nutrition et d'environnement en s'alignant sur la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) ;
- Mobiliser plus efficacement les citoyens, les acteurs économiques et les collectivités autour d'une vision partagée d'une alimentation bénéfique à la fois pour la santé humaine et pour la planète ;
- Expliciter/rendre visibles les termes d'activité physique et de sédentarité ainsi que d'y ajouter la composante sommeil ;
- Donner une nouvelle impulsion holistique et moderniser l'image du PNNS.

De son côté, la DGS indique dans sa saisine que le prochain programme doit décliner la politique nutritionnelle du Gouvernement à l'horizon 2030 sur la base des orientations stratégiques de la SNANC (Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat) et des enseignements du bilan du PNNS 4 précédent. Au moment où le HCSP mène son étude les conclusions de l'Inspection générale des affaires sociales à ce sujet ne sont pas disponibles. Le haut conseil fait donc reposer ses analyses sur l'évaluation institutionnelle des entités pilotes du PNNS 2019-2023.

Finalement, le HCSP en ressort un bilan en demi-teinte qu'il qualifie même de contrasté. Il constate également que malgré des avancées, il existe plusieurs limites structurelles. Parmi ces faiblesses, il souligne notamment le manque de leviers contraignants. "La stratégie a surtout reposé sur des engagements volontaires et la communication, avec peu de réglementations en matière de marketing et d'incitations fiscales."

Et d'en conclure que "pour réussir, le PNNS 5 devra articuler objectifs de santé publique, équité sociale et durabilité environnementale, en s'appuyant sur une gouvernance renforcée, des financements stables, et des mesures à la fois pédagogiques et contraignantes".

Pour l'avenir, il préconise aussi d'évaluer l'impact économique et social des mesures de santé publique en nutrition pour "maximiser leur efficacité et justifier leur pérennité".

Hormis le changement de nom, le HCSP suggère de :

- Valoriser et renforcer les dynamiques territoriales et les approches participatives et par milieux de vie ;
- Insister sur l'importance d'agir sur l'environnement d'activité physique et alimentaire en complément des actions en matière d'information et d'éducation pour faciliter les changements de comportements ;
- Définir des objectifs de santé publique actualisés à partir de l'évaluation du PNNS 4 et des nouvelles données de l'enquête Albane à venir sur l'état de santé des Français ;
- Soutenir des études spécifiques et le développement d'outils adaptés dans les départements et régions d'outre-mer ;
- Evaluer systématiquement les impacts des actions et politiques publiques sur l'activité physique, les comportements alimentaires au regard de l'état de santé et l'offre alimentaire.

D. L'ANSES

Face à la montée des maladies chroniques liées à l'alimentation (obésité, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires), la France a mis en place deux dispositifs complémentaires :

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- La Nutrivigilance, pilotée par l'ANSES depuis 2009, pour surveiller et prévenir les effets indésirables liés à la consommation de produits alimentaires spécifiques (compléments alimentaires, aliments enrichis, nouveaux aliments, etc.) ;
- Le Nutri-Score, introduit en 2017 sous la responsabilité de Santé publique France pour informer les consommateurs sur la qualité nutritionnelle des produits et encourager les industriels à améliorer leurs recettes.

L'ANSES intervient comme expert scientifique dans le Nutri-Score¹⁵ : elle donne des avis techniques sur les évolutions de l'algorithme et sur les projets d'arrêtés fixant le cahier des charges. Elle est chargée, par le biais de l'Observatoire de la Qualité des Aliments (OQALI), en lien avec l'INRAE, du suivi du Nutri-Score en ce qui concerne son application aux produits alimentaires (estimation de la couverture du Nutri-Score dans les différents secteurs agro-alimentaires, collecte des données sur la composition des produits).

Ces outils s'inscrivent dans la continuité du Programme national nutrition santé (PNNS) et de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC), et participent à la politique globale de prévention nutritionnelle et environnementale du Gouvernement.

Leur finalité est commune : protéger le consommateur, réduire les inégalités de santé et promouvoir des choix alimentaires favorables à la santé et à la planète.

○ La Nutrivigilance : définition, champ d'application et modalités de déclaration

Définition et produits concernés

La Nutrivigilance, instaurée par l'ANSES en 2009, est un dispositif de surveillance des effets indésirables liés à la consommation de certains produits alimentaires. Elle vise à prévenir les risques sanitaires et à informer les pouvoirs publics.

Les produits concernés sont :

- Compléments alimentaires : denrées destinées à compléter le régime alimentaire normal, sources concentrées de nutriments ou substances à effet nutritionnel ou physiologique (Directive 2002/46/CE, décret n°2006-352)¹⁶, telles que les gélules de curcuma ou de spiruline. Ces produits concentrent des substances actives et peuvent interagir avec des traitements médicaux (ex. anticoagulants)
- Aliments enrichis : produits auxquels sont ajoutés des vitamines, minéraux, acides aminés, etc.
- Nouveaux aliments : denrées non consommées avant 1997 dans l'UE, soumises au règlement (UE) 2015/2283¹⁷ (par exemple la farine de grillons ou huile de krill)

¹⁵ <https://www.anses.fr/system/files/NUT2023SA0162.pdf>

¹⁶ ANSES, Les compléments alimentaires, nécessité d'une consommation éclairée, mars 2025 : <https://www.anses.fr/fr/content/les-complements-alimentaires-necessite-dune-consommation-eclairée>

¹⁷ Règlement (UE) 2015/2283 du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2015 relatif aux nouveaux aliments : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=OJ%3AJOL2015327R0001>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Produits pour populations spécifiques : nourrissons, personnes dénutries, patients souffrant de troubles métaboliques ou suivant des régimes particuliers

Modalités de déclaration

Par exemple, un médecin signale des cas d'insuffisance rénale chez des patients ayant consommé un complément minceur à base de thé vert concentré. L'ANSES enquête et publie un avis scientifique (voir focus ci-après).

La déclaration peut être effectuée par :

- Professionnels de santé (médecins, pharmaciens, diététiciens)
- Fabricants et distributeurs
- Particuliers, idéalement via un professionnel

Le formulaire en ligne requiert :

- Identification du déclarant
- Description du produit consommé
- Nature et gravité de l'effet indésirable
- Circonstances de consommation

Les signalements sont analysés par des experts médicaux pour évaluer la sévérité et l'imputabilité. L'ANSES peut émettre une alerte sanitaire, des recommandations de restriction d'usage. En cas de risque avéré, l'ANSES peut recommander des mesures réglementaires, voire le retrait du produit¹⁸.

¹⁸ ANSES, Un nouveau site de déclaration en ligne pour la Nutrivigilance, février 2021 : <https://www.anses.fr/fr/content/un-nouveau-site-de-declaration-en-ligne-pour-la-nutrivigilance>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



FOCUS

ANSES et MatchaSlim®

Le cas d'insuffisance rénale aiguë (IRA) imputé à la consommation de Matcha Slim®, dont l'imputabilité a été jugée très vraisemblable par l'ANSES. Ce produit, présenté comme un complément minceur, associe poudre de thé vert matcha, vitamine C et taurine – combinaison potentiellement néphrotoxique chez des patients à risque (diabète, antécédents néphrologiques, etc.).

Dans le cadre de la Nutrivigilance, l'ANSES a reçu un signalement concernant un cas d'insuffisance rénale aiguë potentiellement lié à la consommation du produit MatchaSlim®, une boisson minceur en poudre commercialisée par Laboratório Francediet¹⁹

Homme de 65 ans avec antécédents médicaux lourds (diabète, insuffisance rénale chronique, hypertension...) consommait quotidiennement du MatchaSlim® pendant 9 jours. Son hospitalisation en urgence a eu lieu à la suite de douleurs abdominales, dyspnée, insuffisance respiratoire et rénale. Le diagnostic posé était : IRA sévère nécessitant hémodialyse et ventilation non invasive. Une biopsie rénale a montré une atteinte tubulo-interstitielle aiguë avec cristaux d'oxalate

Le produit était composé de

- Thé vert matcha (2,9 %)
- Taurine (7 %)
- Fructose (30 %)
- Maltodextrine (54,2 %)
- Vitamines A, B1 à B12, C, D3, E
- Extraits végétaux (guimauve, pamplemousse)
- Additifs : sucralose, gomme xanthane, colorants

L'ANSES a conclu à une imputabilité jugée très vraisemblable, d'une sévérité niveau 3 (menace du pronostic vital).

A la suite de ces conclusions l'ANSES a publiquement alerté les professionnels de santé et les distributeurs.

Ce cas illustre l'importance de la Nutrivigilance pour détecter les risques liés aux compléments alimentaires, ainsi que le rôle de l'ANSES dans la protection du consommateur et la nécessité pour les professionnels de santé de déclarer les effets indésirables.

E. DGCCRF et le ministère de l'agriculture

○ Compl'Alim : Plateforme de déclaration de mise sur le marché

La réforme de la chaîne de déclaration des compléments alimentaires, avec la mise en place depuis septembre 2024 de la plateforme Compl'Alim, sous l'autorité du ministère de l'Agriculture et en lien avec la DGCCRF.

¹⁹ ANSES, Avis relatif à un cas d'insuffisance rénale aiguë en lien avec la consommation du produit MatchaSlim® du 28 août 2024 : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2023VIG0159.pdf>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Ce nouvel outil remplace Télécicare et centralise les déclarations de mise sur le marché. Il soulève, en parallèle, des enjeux de traçabilité, d'encadrement et de coordination inter-institutions, notamment face à la multiplication des canaux de vente (web, réseaux sociaux, influenceurs...).

Cette plateforme est destinée à :

- Faciliter la déclaration réglementaire des compléments alimentaires avant leur commercialisation.
- Informer les professionnels sur leurs obligations.
- Accroître la transparence du secteur pour les consommateurs

Les fabricants ou distributeurs doivent déclarer chaque produit via Compl'Alim avant sa mise sur le marché. La plateforme centralise les informations réglementaires : composition, étiquetage, allégations, etc.

Elle permet aux autorités de suivre les produits disponibles et de contrôler leur conformité.

Par exemple, un laboratoire qui souhaite commercialiser un complément à base de magnésium doit enregistrer le produit sur Compl'Alim, en précisant les dosages, les ingrédients, les mentions légales et les conditions d'usage.

II. La position du CNOM sur les différents actions mises en place par les instances nationales

A. Santé environnementale et nutrition : vers une approche intégrée « One Health »

Le Conseil national de l'Ordre des médecins soutient une approche globale, cohérente et éthique de la prévention nutritionnelle.

Sa position repose sur plusieurs principes :

○ Une santé unifiée

Le CNOM défend la nécessité d'une politique intégrée santé-environnement-nutrition-climat-animal, considérant que : « La santé de l'être humain dépend de celle des écosystèmes qui le nourrissent et du bien-être des espèces qui partagent son environnement. »

La santé humaine est indissociable de celle des écosystèmes qui nous nourrissent et du bien-être des espèces qui partagent notre environnement. Le CNOM plaide pour une politique cohérente et intégrée, articulant nutrition, santé environnementale, climat et santé animale, conformément à la philosophie « One Health ».

○ Responsabilité médicale et territoriale

Le médecin, acteur de proximité, doit être formé et impliqué dans la promotion d'une alimentation durable, la prévention des expositions environnementales et la sensibilisation aux impacts climatiques et écologiques sur la santé. Cette responsabilité territoriale implique un rôle actif dans l'éducation des patients et la coordination avec les acteurs locaux.

○ Équité et éthique

La justice sociale en matière de nutrition constitue un impératif. Les populations vulnérables – jeunes, ménages précaires, habitants des territoires ultramarins – doivent bénéficier d'un accès équitable à une

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



alimentation saine, durable et abordable. Le CNOM insiste sur la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé par des politiques ciblées et inclusives.

○ **Gouvernance et plaidoyer**

Le CNOM appelle à une gouvernance nationale renforcée, associant les ordres professionnels à la définition et à l'évaluation des politiques publiques. Il préconise une meilleure évaluation scientifique et territoriale des actions menées, ainsi qu'une mise en cohérence des dispositifs existants – PNNS, PNA, PNSE, SNANC – avec la stratégie « One Health », en maintenant la santé au cœur du dispositif. L'objectif est de bâtir une politique unique de prévention intégrant santé, environnement et climat.

○ **En synthèse**

Le PNNS 5 (2025-2030) doit devenir plus qu'un programme nutritionnel : un plan de santé globale et durable, intégré dans la **stratégie nationale de santé**, aligné sur la SNANC et la stratégie européenne « One Health ».

Le CNOM soutient cette évolution et plaide pour :

- Une prévention intégrée (nutrition, activité physique, environnement, climat, santé animale) ;
- Une formation renforcée des professionnels de santé à la santé environnementale ;
- Et une mobilisation collective autour d'un nouveau contrat social pour la santé des générations futures.

B. Nutri-Score et Nutrivigilance : leviers pour une alimentation saine

La France dispose aujourd'hui d'un cadre réglementaire solide pour encadrer les risques alimentaires et orienter les comportements nutritionnels. Deux dispositifs emblématiques illustrent cette stratégie :

La Nutrivigilance, pilotée par l'ANSES, qui assure une surveillance continue des effets indésirables liés à la consommation de compléments alimentaires, de nouveaux aliments ou de produits enrichis. Ce système contribue à la détection précoce des risques et à la mise en place de mesures correctives, garantissant ainsi la sécurité sanitaire des consommateurs.

De manière plus large l'ANSES évalue les risques sanitaires. Nous avons des exemples récents de la question des hexanes ou du mercure dans la chaîne alimentaire sans compter les PFAS et les pesticides. Ceci souligne l'importance de l'analyse indépendante de l'ANSES sur ces enjeux environnementaux, incluant l'alimentation et la nutrition des populations.

Le Nutri-Score, géré par Santé publique France, qui constitue un outil d'information simple et visuel pour guider les choix alimentaires des consommateurs vers des produits plus favorables à la santé. Son déploiement, soutenu par le Programme national nutrition santé (PNNS), s'inscrit dans une logique de prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation.

Ces dispositifs, bien que perfectibles, représentent des leviers majeurs de santé publique. Leur efficacité dépendra de plusieurs facteurs :

D'abord, un renforcement législatif apparaît indispensable pour assurer une adoption plus large et contraignante du Nutri-Score, en l'intégrant dans les réglementations nationales et européennes et en encadrant les pratiques commerciales afin de limiter les allégations trompeuses.



Ensuite, des actions éducatives ciblées doivent accompagner ces mesures pour améliorer la compréhension des repères nutritionnels par l'ensemble de la population et réduire les inégalités sociales de santé, notamment par des campagnes pédagogiques, la formation des professionnels, la mise en place d'actions ciblées en faveur des publics les plus vulnérables et le développement d'outils numériques accessibles.

Enfin, une coordination européenne renforcée est nécessaire pour harmoniser les systèmes d'étiquetage et garantir une cohérence des messages nutritionnels sur le marché unique, en s'appuyant sur un comité scientifique indépendant commun et des standards partagés.

En consolidant ces outils et en les articulant avec des politiques publiques ambitieuses, la France peut continuer à jouer un rôle moteur dans la promotion d'une alimentation saine et la prévention des risques nutritionnels.

C. Conclusion

La nutrition constitue un champ d'intervention partagé par de nombreuses instances publiques, ce qui, paradoxalement, peut nuire à la lisibilité des messages.

La Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), l'ANSES, ainsi que la DGCCRF interviennent chacune avec des missions spécifiques : élaboration de recommandations, évaluation scientifique, contrôle des pratiques commerciales, ou encore campagnes de prévention.

Ces organismes ont développé une multitude d'outils et de dispositifs – repères nutritionnels du PNNS, Nutri-Score, guides alimentaires pour populations spécifiques, avis scientifiques, enquêtes comme ESTEBAN, plans de contrôle des allégations nutritionnelles, et référentiels de bonnes pratiques.

Si ces initiatives répondent à des objectifs légitimes, leur coexistence entraîne une certaine cacophonie institutionnelle : les professionnels de santé, comme le grand public, peinent à identifier une source unique et fiable.

Cette dispersion des messages rend le discours global moins audible et fragilise l'efficacité des politiques nutritionnelles, faute d'une coordination claire et d'une stratégie de communication unifiée.

Pour renforcer la cohérence des dispositifs nutritionnels, il est nécessaire d'adopter une approche intégrée qui combine réglementation, pédagogie et harmonisation internationale.

Sur le plan législatif, la mise en place d'un cadre contraignant rendant obligatoire l'affichage du Nutri-Score sur tous les produits alimentaires constitue une étape clé. Cette mesure doit s'accompagner d'un encadrement strict des promotions commerciales afin d'éviter les pratiques trompeuses qui nuisent à la lisibilité des informations.

Parallèlement, des actions éducatives ciblées doivent être déployées pour améliorer la compréhension des repères nutritionnels par l'ensemble de la population, notamment via des campagnes pédagogiques, la formation des professionnels de santé, la mise en place d'actions ciblées en faveur des publics les plus vulnérables et le développement d'outils numériques interactifs.

Enfin, une harmonisation européenne est indispensable pour garantir la cohérence des messages nutritionnels sur le marché unique. La stratégie 'Farm to Fork' de la Commission Européenne en 2020 envisageait déjà la mise en place d'un système d'information nutritionnelle en face avant des emballages obligatoire et harmonisé pour l'ensemble de l'Union. Le Nutri-Score apparaît comme

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



l'alternative la plus adaptée dans l'environnement actuel, ce d'autant qu'il dispose à la fois d'un socle scientifique solide, mais d'une gouvernance internationale installée. Cette dernière comprend un comité scientifique indépendant européen chargé d'actualiser l'algorithme en fonction des recommandations. L'élargissement du dispositif à l'ensemble de l'Union Européenne permettrait de réduire les disparités entre États membres et d'offrir aux consommateurs une information claire et uniforme. L'objectif à ce stade serait plutôt d'assurer le déploiement du dispositif au-delà du volontariat.

En articulant ces trois leviers – législation, éducation et coordination européenne – avec des politiques publiques ambitieuses, la France pourra consolider son rôle moteur dans la promotion d'une alimentation saine et la prévention des risques nutritionnels.

L'Ordre des médecins peut jouer un rôle déterminant dans la consolidation des dispositifs nutritionnels en agissant sur plusieurs leviers complémentaires.

En premier lieu, il peut renforcer la diffusion des repères nutritionnels auprès des professionnels de santé, en intégrant ces recommandations dans la formation continue et en encourageant leur application dans la pratique clinique. Cette démarche permettrait d'assurer une cohérence entre les messages institutionnels et les conseils délivrés aux patients.

Ensuite, l'Ordre peut contribuer à la lutte contre les allégations trompeuses en sensibilisant les médecins aux enjeux de l'étiquetage nutritionnel et en les incitant à relayer des informations fiables, notamment sur le Nutri-Score. Par ailleurs, il peut participer à la réduction des inégalités sociales de santé en soutenant des actions éducatives ciblées, en particulier dans les territoires où l'accès à l'information nutritionnelle est limité.

Enfin, l'Ordre des médecins peut jouer un rôle d'influence auprès des pouvoirs publics et des instances européennes, en formulant des recommandations pour harmoniser les dispositifs d'étiquetage et garantir leur cohérence scientifique. Par son expertise et son réseau, il contribue ainsi à articuler les politiques de prévention avec la pratique médicale, renforçant la crédibilité et l'efficacité des stratégies nutritionnelles.

III. Les associations regroupées autour de la nutrition

Les associations spécialisées dans la nutrition occupent une place stratégique dans la structuration des politiques alimentaires en France. Leur rôle dépasse la simple diffusion de messages : elles constituent des acteurs clés de la gouvernance nutritionnelle, en s'appuyant sur les avancées scientifiques pour formuler des recommandations fiables et adaptées aux besoins de la population. Ces organisations contribuent à la prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) en promouvant des pratiques alimentaires équilibrées et en sensibilisant les différents publics, des consommateurs aux professionnels de santé.

Leur action repose sur plusieurs leviers complémentaires. D'une part, elles assurent une veille scientifique permanente, permettant d'actualiser les repères nutritionnels en cohérence avec les recommandations nationales et européennes. D'autre part, elles favorisent la mutualisation des connaissances en regroupant des acteurs variés : médecins, chercheurs, diététiciens, éducateurs, associations de patients et parfois même des représentants de l'industrie agroalimentaire dans une logique de concertation. Cette approche collaborative renforce la cohérence des messages et l'efficacité des interventions sur le terrain.

Elles participent également à la réduction des inégalités sociales de santé, en adaptant leurs actions aux publics les plus vulnérables et en soutenant des initiatives locales. Enfin, leur implication dans les instances de concertation nationales et européennes contribue à l'harmonisation des politiques nutritionnelles, garantissant une cohérence des messages à l'échelle du marché unique.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique

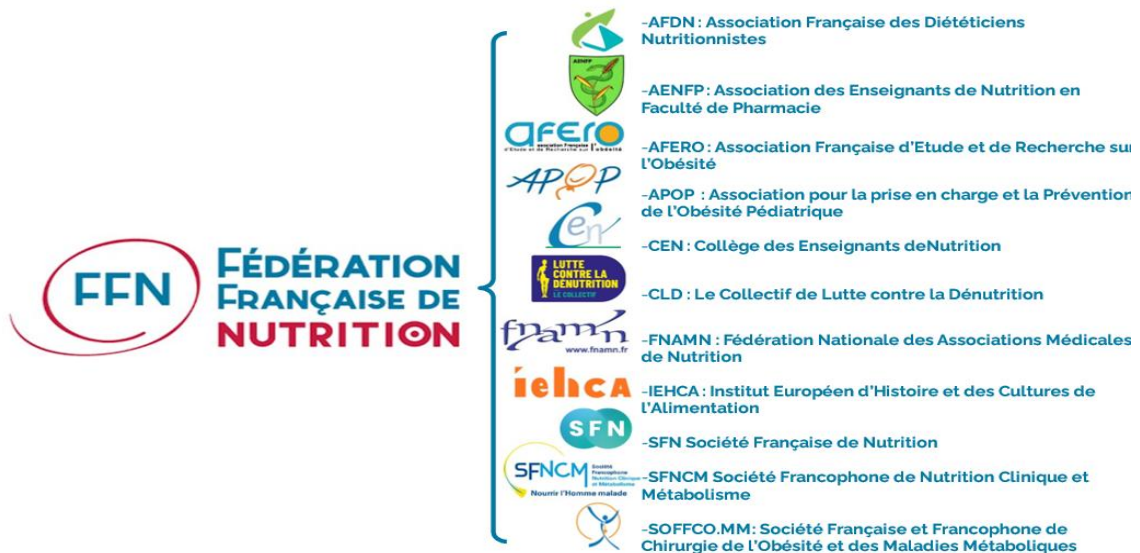


Ainsi, en fédérant les expertises et en articulant leurs actions avec les politiques publiques, ces associations constituent un maillon indispensable pour renforcer l'impact des dispositifs nutritionnels et promouvoir une alimentation saine pour tous.

FOCUS

La Fédération française de nutrition

La fédération française de nutrition, créée en 2016, regroupe plusieurs associations ayant pour objet principal l'élaboration de recommandations et la promotion des bonnes pratiques en matière de nutrition.





LES ACTEURS ET LEURS PRATIQUES

I. Les professionnels de santé

A. Le médecin intervenant dans le champ de la nutrition

○ La formation initiale

Avant 2017, la formation en nutrition reposait sur le DESC de Nutrition (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires), classé DESC type 1 (titre non qualifiant qui confère cependant un droit à l'exercice complémentaire) et comportant deux années de formation (une pendant l'internat, une après).

Depuis 2017, la nutrition est intégrée au **DES d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition, diplôme qualifiant permettant de devenir médecin spécialiste dans cette discipline (EDN)**.

Par ailleurs, depuis la fin des DESC, la Formation Spécialisée Transversale (FST) de Nutrition Appliquée permet aux internes de différentes spécialités d'acquérir, par une formation de 2 semestres, théorique et pratique, des compétences avancées en Nutrition mais pas la spécialité (titre non qualifiant qui confère cependant un droit à un exercice complémentaire).

Seuls les praticiens qualifiés EDN ou compétents en nutrition (DESC, FST, voire VAE - validation des acquis et de l'expérience - ordinale ou universitaire) ont la possibilité d'être mentionné médecin nutritionniste.

○ La formation continue

Les Diplômes Universitaires et Diplômes Inter-Universitaires permettent à tout médecin d'acquérir des connaissances en :

- Nutrition « Générale », Dyslipidémie, Santé cardio-métabolique
- Nutrition appliquée à la Cancérologie
- Troubles des conduites alimentaires
- Dénutritons
- Obésités
- Diabètes ; Education thérapeutique du patient et activité physique adaptée
- ...

Ces diplômes universitaires ne sont pas qualifiants et ne peuvent figurer en tant que titre sur les plaques et ordonnances des médecins, sauf en cas de reconnaissance par le CNOM dans le cadre du droit au titre (à ce jour, aucun D(I)U en nutrition n'a été reconnu pour la compétence en nutrition, cependant ils seront pris en compte dans le référentiel pour la certification périodique).

Ces diplômes ne permettent pas d'acquérir certains droits spécifiques à prescription (par exemple des traitements anti-obésité ou TMO, en primo-prescription, avant son extension en juin 2025).

○ Les compétences du médecin intervenant dans le champ de la nutrition

Ce médecin a un rôle diagnostique et thérapeutique.

Ses compétences sont définies dans le cadre du Diplôme d'Études Spécialisé Endocrinologie Diabétologie Nutrition ou DES EDN (Arrêté du 21 avril 2017) dans le prolongement du DESC de Nutrition:

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Les recommandations nutritionnelles tout particulièrement dans les pathologies métaboliques et à causes ou retentissement nutritionnels
- Délivrer les conseils nutritionnels adaptés correspondant aux recommandations pour la population générale et dans des certaines situations (femme enceinte, sportifs, personnes âgées, insuffisances d'organes ...).

Les principes, interprétations et limites des explorations et traitements dans notamment :

- Les diabètes
- Les obésités
- Les dyslipidémies
- Les dénutritions et carences
- Les troubles du comportement (ou conduites) alimentaire (TCA)
- Les réactions adverses aux aliments
- Les situations particulières et l'organisation des soins (dont les parcours).
- ...

FOCUS

Exemple de la prise en charge de l'obésité

Dépister et prendre en charge les complications de l'obésité, y compris la dénutrition dans des situations particulières : obésité avec sarcopénie, en post-chirurgie, agression physique ...

Établir la stratégie de prise en charge, fixer les objectifs, définir les moyens y compris pour les obésités complexes et multi compliquées et les obésités rares, en lien avec les acteurs concernés

Mettre en place les modifications thérapeutiques du mode de vie et l'éducation thérapeutique du patient en situation d'obésité, incluant le suivi dans la durée et le soutien psychologique

Mettre en place et assurer l'évaluation préopératoire et la prise en charge post-opératoire après une chirurgie bariatrique

Évaluer et orienter dans des situations spécifiques :

- Fertilité et contraception de la femme en situation d'obésité, grossesse chez la femme en situation d'obésité (y compris post-chirurgie),
- Douleur et obésité,
- Anesthésie et obésité,
- Troubles du comportement alimentaire et obésité,
- Difficultés psychosociales

Diagnostiquer et orienter la prise en charge des complications urgentes (insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque).

B. Le diététicien

Il appartient au répertoire des auxiliaires de santé (article L.4371-1 à -9 du code de la santé publique).

o La formation

Il existe deux possibilités :

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Le BUT (Bachelor Universitaire de Technologie) Génie Biologique Parcours Diététique et Nutrition a remplacé le DUT (Diplôme Universitaire de Technologie) Génie Biologique option Diététique.
Formation en 3 années post baccalauréat.
- Le BTS (Brevet de Technicien Supérieur) Diététique **réformé en 2024 pour BTS Diététique et nutrition – réforme mise en œuvre à la rentrée universitaire 2025**
Formation en 2 années d'études post baccalauréat

○ Son champ d'intervention

Sa mission consiste à dispenser des conseils nutritionnels et sur prescription médicale, participer à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. Il contribue à la prise en charge globale du patient par des conseils personnalisés (menus, adaptation des choix alimentaires spécifiques, éducation thérapeutique).

Le diététicien ne peut établir de diagnostic médical ni de prescription – hors prescription diététique (non remboursable sauf si prescription médicale, dans certaines conditions).

Et pourtant, il se présente volontiers auprès du public comme spécialiste de la nutrition au-delà de son champ d'expertise ce qui peut interférer avec le domaine de la médecine, ce qu'il convient de clarifier, afin de préciser les rôles respectifs de chacun dans la prise en charge des pathologies liées à la nutrition ou aux métabolismes.

Son exercice est répertorié dans les soins de rééducation.

○ Son exercice

En mode salarié : centres hospitaliers publics ou privés, maisons de retraite, EHPAD, centres de rééducation, établissements scolaires, collectivités territoriales, entreprises de la restauration collective, etc...

En cabinet libéral : prise en charge de personnes nécessitant des conseils nutritionnels ou un accompagnement en prévention ou dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques.

II. Les non-professionnels de santé

A. Des professionnels autoproclamés

Qu'ils se présentent comme conseillers en nutrition, micro-nutritionnistes, coach en nutrition, influenceurs, naturopathes, phytothérapeutes, napsothérapeutes, etc...les réseaux sociaux regorgent d'« experts en nutrition » auto-proclamés qui proposent des conseils nutritionnels et un accompagnement de diverses problématiques voire maladies sans en avoir la compétence.

Ces personnes revendiquent des diplômes ou certifications qui n'ont aucune valeur, ces professions n'étant pas réglementées.

La certification QUALIOPI dont se revendiquent les organismes de formation ne constitue en aucun cas une validation scientifique des formations dispensées.

RAPPEL : Toute personne non titulaire d'un diplôme d'état de docteur en médecine ou tout médecin non inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins, s'expose à des poursuites pénales pour exercice illégal de la médecine s'il prend en charge une personne, malade ou non, en établissant des diagnostics, des prescriptions ou propositions thérapeutiques.



B. Les influenceurs et les réseaux sociaux

Les experts auto-proclamés se multiplient sur les réseaux sociaux, poussant un public parfois très jeune, à multiplier les restrictions alimentaires.

Les influenceurs sur Instagram ou Tik Tok proposent aux abonnés qui les suivent des programmes leur permettant de perdre rapidement du poids (ou inversement de prendre rapidement du poids – ou plutôt de la masse musculaire) au risque d'induire des troubles du comportement alimentaire, chez des followers fragiles.

Le modèle prôné est celui d'une silhouette très mince, parfois « masculiniste » sur l'image corporelle avec mise en avant de prise de masse musculaire inadaptée surtout chez des adolescents dont la croissance n'est pas terminée, sans imperfection, auquel un large public, souvent jeune, veut s'identifier.

L'absence de régulation des influenceurs sur les réseaux est un véritable problème, car ils n'ont aucune compétence ni expérience dans le domaine de la nutrition mais bénéficient d'une visibilité qui les rend dangereux.

L'alimentation, et plus largement tout une partie de l'écosystème « fitness » avec le versant activité physique et sportive, est un sujet très rentable. La nutrition est une thématique très plébiscitée sur les réseaux sociaux. En effet, Instagram comptabilise plus de 2 millions de vues avec l'hashtag #regime, plus de 111 000 publications avec le #chrononutrition, 93000 avec le #jeuneintermittent et 77000 avec le #alimentationintuitive

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) chez les enfants et les adolescents représentent une souffrance encore trop méconnue, malgré leurs conséquences graves sur la santé mentale et physique.

Cette problématique est amplifiée par la banalisation qu'en favorisent les réseaux sociaux, où la promotion de comportements à risque et de normes corporelles irréalistes contribue à minimiser la gravité de ces troubles.

Sur certaines plateformes, des tendances comme #skinnytok glorifient une maigreur extrême sous couvert d'esthétique ou de style de vie, en diffusant des conseils alimentaires dangereux qui exposent particulièrement les adolescents, sensibles à la pression sociale et à l'identification.

Les algorithmes accentuent ce phénomène en enfermant les jeunes dans des bulles de contenus similaires, ce qui pérennise les troubles au lieu de proposer des alternatives positives. Ce mouvement n'est ni nouveau ni marginal : les communautés « pro-ana » existaient déjà il y a vingt ans. Ce qui devrait aujourd'hui susciter une véritable mobilisation, ce n'est pas seulement la persistance de ces pratiques, mais l'insuffisance des structures de soins et le manque de moyens dédiés à la recherche, à la prévention et à la prise en charge des troubles des conduites alimentaires en France.²⁰.

C. Comment agir ?

Le signalement au Procureur de la République

²⁰ Priscille GERARDIN, « Décodage – Les troubles des conduites alimentaires sont complexes, durables et multifformes », Journée mondiale des TCA, le 2 juin 2025 : <https://www.info.gouv.fr/actualite/les-troubles-des-conduites-alimentaires-sont-complexes-durables-et-multifformes>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Toute pratique répondant aux caractéristiques d'un exercice illégal de la médecine doit faire l'objet d'un signalement au Procureur de la République au sens de l'article 40 du code de procédure pénale.

L'article L.4161-1 du code de la santé publique indique que :

« Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou la pratique de l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux [articles L. 4111-2 à L. 4111-4](#), [L. 4111-7](#), [L. 4112-6](#), [L. 4131-2](#) à [L. 4131-5](#); [...] »

Il est important de préciser que seules les professions de santé disposent du droit de conseil et certaines d'entre elles de prescription, que le médicament soit en vente libre ou qu'il nécessite la présentation d'une ordonnance au pharmacien.

Contrôle des formations

Le rapport PSNC²¹ de juin 2023 a soulevé les problématiques liées à l'absence du contrôle du contenu des formations professionnelles qui peuvent avoir pour conséquence d'entraîner les participants vers un exercice illégal de la médecine ou de la profession de diététicien. **Il faudrait un texte de loi clarifiant le terme de « nutritionniste » en le réservant aux médecins EDN ou titulaires du DESC de nutrition ou de la FST nutrition appliquée (ou la VAE en nutrition).**

A noter que le référentiel du métier de diététicien mentionne depuis peu (2024) des activités en nutrition.

Le référencement de formations à ces pratiques de soins non conventionnelles sur le site de France Travail pose le problème d'une forme de légitimation de ces métiers évoluant hors de tout cadre réglementaire, exposant ceux qui les exercent à des poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Le code ROME doit être revisité et les fiches-métiers présentant des activités non réglementées et non encadrées ne doivent plus apparaître.

La communication autour de la certification QUALIOPI est en cours de discussion entre le ministère du travail et notre Institution, car un encadrement rigoureux des formations des non-professionnels de santé paraît indispensable et urgent pour protéger les usagers et définir les frontières entre bien être et thérapeutique.

²¹ CNOM, « Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérivés – État des lieux et propositions d'actions », Section Santé Publique, juin 2023 : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/4xh6th/cnom_psnrc.pdf



LES PRATIQUES DÉVIANTES

I. Les régimes amaigrissants : un risque avéré pour la santé

Bien que pouvant paraître caricaturaux, certains exemples de régimes promus dans les magazines ou sur la toile, témoignent de l'engouement pour les « régimes miracles ».

Chaque printemps, les magazines féminins proposent les nouvelles tendances en matière de « régime miracle » destiné à préparer son « summer body ».

Qu'il s'agisse de programmes clé en main proposés par des stars du petit écran dans tous les spots publicitaires, ou du nouveau régime à la mode, ayant fait maigrir une personnalité connue ou une star de la musique ou du cinéma, ils ont tous en commun de faire maigrir vite, car très restrictifs, et de ne pas être efficaces à long terme car abandonnés par lassitude ou par défaut d'acceptabilité au long cours.

Il convient de rappeler les risques des régimes restrictifs, entrepris sans avis ni suivi médical, entraînant une perte de poids trop rapide, et provoquant un effet yoyo néfaste tant physiquement que psychologiquement, pouvant engendrer notamment des troubles du comportement alimentaire au long cours et une perte d'estime de soi.

De plus, les restrictions alimentaires sévères entraînent une obsession autour de la nourriture, augmentant le risque de troubles du comportement alimentaire (TCA).

L'influence des réseaux sociaux : un facteur aggravant

Les influenceurs et les experts auto-proclamés se multiplient sur les réseaux sociaux, poussant un public parfois très jeune, à multiplier les restrictions alimentaires.

Les influenceurs sur Instagram ou TIK TOK proposent aux abonnés qui les suivent des programmes leur permettant de perdre très rapidement du poids, au risque d'induire des troubles du comportement alimentaire, chez des « followers » fragiles.

Le modèle prôné est celui d'une silhouette très mince, voire maigre, sans imperfection, auquel un large public, souvent jeune, veut s'identifier.

L'absence de régulation des influenceurs sur les réseaux est un véritable problème de santé publique, car ils n'ont aucune compétence ni expérience dans le domaine de la nutrition mais bénéficient d'une visibilité qui les rend dangereux.

L'alimentation est un sujet très rentable. La nutrition est une thématique très plébiscitée sur les réseaux sociaux.

Par exemple, Instagram comptabilise :

- Plus de 2 millions de vues avec l'hashtag #regime,
- Plus de 111 000 publications avec le #chrononutrition,
- 93000 avec le #jeuneintermittent
- 77000 avec le #alimentationintuitive

Une Annexe 1 répertorie quelques régimes repérés sur les réseaux sociaux et présentant un réel danger pour la santé des personnes qui les suivraient.



A. Etat des lieux en France

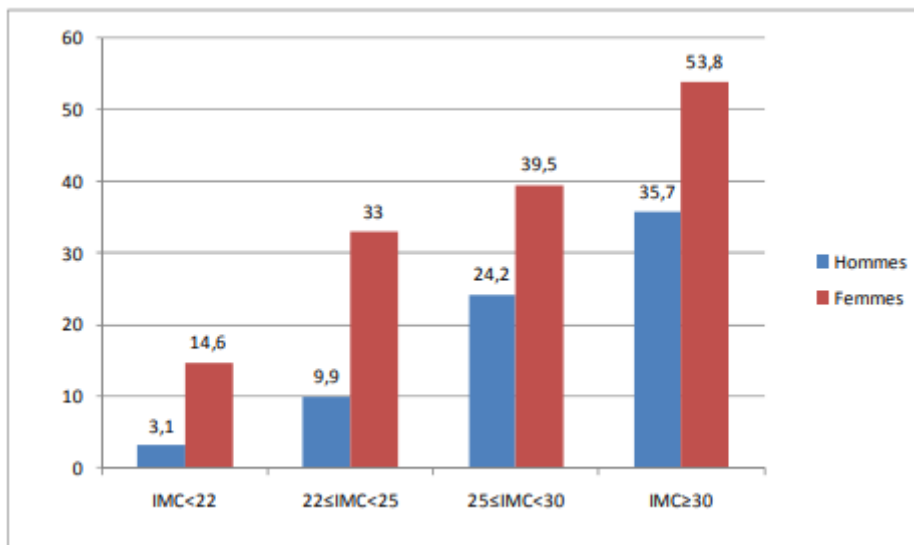
L'affichage permanent dans les médias de modèles féminins filiformes, tendant à en faire une norme corporelle, entraîne une pression sociétale sur beaucoup de femmes qui, bien que présentant un IMC normal, voire insuffisant, s'adonnent à des régimes pour réguler leur poids.

Concernant les personnes en situation d'obésité, elles ont souvent recours également à un régime restrictif, sans avis ni suivi médical.

L'objectif de perte de poids étant souvent déraisonnable et/ou trop rapide, l'échec est inévitable avec une adaptation physiologique entraînant l'installation progressive d'une résistance à l'amaigrissement, une baisse de la motivation et une rechute pondérale fréquente.

Les variations répétées de poids peuvent avoir des conséquences sur la morbi-mortalité cardiovasculaire et métabolique et entraîner une diminution de la densité osseuse.

Une enquête nationale²² révèle que près de 15 % des femmes minces ($IMC < 22 \text{ kg/m}^2$) ont suivi un régime au cours de l'année. Ce chiffre souligne l'impact des pressions sociétales et la banalisation de pratiques potentiellement dangereuses.



B. Le rebond pondéral et l'effet yoyo

Le rebond pondéral désigne la reprise de poids après un régime restrictif, souvent suivie d'un cycle de fluctuations appelé « effet yoyo ». La perte initiale, rapide, s'accompagne d'une diminution du métabolisme basal et d'une fonte musculaire, rendant la poursuite de l'amaigrissement difficile. À l'arrêt du régime, l'organisme reconstitue ses réserves avec une efficacité accrue, entraînant une reprise pondérale supérieure au poids initial (avec un déséquilibre manifeste entre masse grasse et masse maigre lors de la reprise pondérale). Ce mécanisme favorise l'installation d'un syndrome du yoyo, dont les conséquences sont multiples : surpoids aggravé, perturbations métaboliques, troubles psychologiques et comportementaux.

²² <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>



Plusieurs études transversales ou prospectives suggèrent que les fluctuations cycliques du poids ont des effets délétères sur les facteurs de risques cardio-métaboliques, tels que la pression artérielle, la fréquence cardiaque, l'activité sympathique, la glycémie, les lipides et l'insulinémie. Les revues systématiques et les méta-analyses décrivent une association de la variation pondérale cyclique avec la mortalité toutes causes et cardiovasculaire, ainsi qu'avec la morbidité cardio-métabolique. Si perdre du poids de façon durable est un objectif thérapeutique important en cas de surpoids ou d'obésité, maintenir un poids stable est un objectif de santé publique tout aussi important chez les sujets de poids normal puisque la fluctuation pondérale est un facteur de risque cardio-métabolique²³.

Implications pour la pratique médicale

Ces constats imposent une vigilance particulière. Toute prescription ou accompagnement d'un régime amaigrissant doit s'inscrire dans une approche globale, visant la santé métabolique et psychologique autant que la perte de poids. Le CNOM recommande de privilégier des stratégies durables, fondées sur la rééducation alimentaire, l'activité physique régulière et, lorsque nécessaire, un soutien psychologique.

C. Les dangers des régimes

Il apparaît que tout régime amaigrissant doit être impérativement encadré par un professionnel de santé. L'ANSES souligne en effet les risques associés à ces pratiques et met en évidence l'illusion qu'elles représentent en matière de perte de poids durable²⁴.

Les régimes amaigrissants, largement pratiqués sous l'influence de normes sociales et esthétiques, présentent des limites majeures et des risques avérés. Selon l'ANSES, la perte de poids initiale observée est souvent illusoire, liée à la diminution des réserves en glycogène et en eau plutôt qu'à une réduction significative de la masse grasse. À moyen et long terme, ces régimes entraînent une baisse du métabolisme de repos, une fonte musculaire (jusqu'à 25 % de la perte), et favorisent la reprise de poids, avec un taux de rechute estimé à 80 % après un an et 95 % après cinq ans.

Les conséquences sont multiples : déséquilibres nutritionnels (carences en vitamines, minéraux, fibres), atteintes physiopathologiques (musculaires, hormonales, osseuses, rénales, hépatiques) et troubles psycho-comportementaux liés à la perturbation des signaux de faim et de satiété. L'effet « yoyo » accentue le risque de surpoids et d'obésité.

L'ANSES recommande de privilégier une approche centrée sur la santé plutôt que sur la perte rapide de poids : maintien d'une activité physique régulière, diagnostic individualisé et suivi par des professionnels de santé, afin de préserver la masse musculaire, le métabolisme et le bien-être psychologique.

²³ Jean-Louis Schlienger, La variabilité pondérale est-elle un marqueur de risque cardio-métabolique ? Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 16, Issue 1, February 2022, Pages 32-39 : <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2021.11.004>

²⁴ ANSES, L'illusion perdue des régimes amaigrissants, 27/06/2025 : [L'illusion perdue des régimes amaigrissants | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](#)



La pratique de régimes restrictifs sans contrôle médical est malheureusement répandue et les motivations sont diverses. (Figure 1)²⁵.

En dehors des personnes en situation de surpoids et d'obésité, qui tentent souvent de réduire leur poids par différents types de régime, sans avoir dans un premier temps recours à un encadrement médical, des personnes sans problème de surpoids ont recours à des régimes restrictifs.

C'est le cas des sportifs à catégorie de poids qui s'adonnent à des régimes très restrictifs sur des périodes pré-compétition pour pouvoir évoluer dans la catégorie de poids inférieure (judo, boxe, etc.) ;

Les professionnels du spectacle (acteurs, animateurs, danseurs professionnels, etc...) qui s'imposent des privations souvent importantes pour « adapter » leur image corporelle à la commande des réalisateurs ;

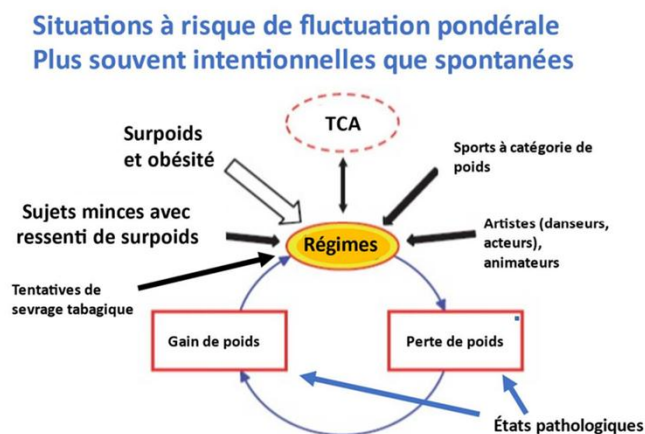
Les personnes ayant pris du poids au décours d'un sevrage tabagique et qui entament un régime restrictif sans accompagnement ;

Enfin, toutes les personnes qui, bien qu'ayant un poids normal, ont un ressenti de surpoids lié aux modèles véhiculés par le mannequinat, les réseaux sociaux ou les influenceuses.

Ce recours aux régimes amaigrissants non encadrés par un professionnel expose à l'installation de troubles du comportement alimentaire (TCA) durables et à un cycle infernal de perte et de reprise de poids correspondant à l'effet yoyo avec un gain pondéral inéluctable à long terme et des effets néfastes sur la santé.

Une revue de méta analyses a été publiée dans la revue *Médecine des maladies métaboliques* de février 2022, interrogeant le lien entre variations pondérales et risque cardio-métabolique.

Figure 1. Principales causes de variation pondérale.



TCA : troubles du comportement alimentaire.

²⁵ Jean-Louis Schlienger, La variabilité pondérale est-elle un marqueur de risque cardio-métabolique ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, Volume 16, Issue 1, February 2022, Pages 32-39 : <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2021.11.004>



D. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement²⁶

Dans le cadre du Programme National Nutrition Santé, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a conduit une expertise visant à évaluer les risques associés aux régimes amaigrissants. Cette analyse répond à une préoccupation majeure de santé publique, liée à la banalisation des régimes restrictifs et à leurs conséquences sur la santé.

L'expertise met en évidence que ces pratiques entraînent des déséquilibres nutritionnels significatifs, caractérisés par des carences en vitamines, minéraux et fibres, ainsi que des excès ou insuffisances en macronutriments. Ces perturbations s'accompagnent de conséquences physiopathologiques importantes, telles que la déminéralisation osseuse, la fonte musculaire, des atteintes rénales, hépatiques et cardiovasculaires, ainsi que des troubles hormonaux pouvant compromettre la croissance et le développement pubertaire chez l'enfant et l'adolescent.

Au-delà des impacts biologiques, l'ANSES souligne des effets psychologiques et comportementaux préoccupants, incluant des troubles du comportement alimentaire, une perte de l'estime de soi et des épisodes dépressifs. Le phénomène de reprise de poids, communément appelé « effet yoyo », constitue un risque majeur : dans 95 % des cas, le poids perdu est regagné, souvent avec un surpoids aggravé. Il est également observé que près de la moitié des femmes de corpulence normale ont suivi un régime amaigrissant sans indication médicale, ce qui accentue les dangers liés à ces pratiques.

Face à ces constats, l'ANSES recommande que toute démarche amaigrissante soit impérativement encadrée par un professionnel de santé. Elle préconise une approche centrée sur la santé et le bien-être, fondée sur un équilibre alimentaire, la pratique régulière d'une activité physique et, lorsque nécessaire, un accompagnement psychologique. L'information du public sur les risques des régimes non supervisés apparaît comme une priorité pour prévenir leurs conséquences délétères.

E. Implications pour la pratique médicale et recommandations du CNOM

Les constats établis par l'ANSES soulignent la nécessité d'une vigilance accrue dans la prise en charge des démarches amaigrissantes. Pour les professionnels de santé, il est impératif de considérer les régimes restrictifs comme des pratiques à risque, susceptibles d'entraîner des complications nutritionnelles, physiopathologiques et psychologiques. La prescription ou l'accompagnement d'un régime amaigrissant ne peut se concevoir qu'après une évaluation clinique complète, incluant l'état nutritionnel, les antécédents médicaux et le contexte psychologique du patient.

Enfin, le CNOM insiste sur l'importance de la coordination entre les différents acteurs de santé (médecins généralistes, spécialistes, diététiciens, psychologues) afin d'assurer une prise en charge sécurisée et personnalisée. Cette approche doit s'inscrire dans une logique de prévention, visant à réduire les complications liées aux régimes amaigrissants et à promouvoir une vision positive et réaliste de la santé nutritionnelle.

²⁶ ANSES, Résultats de la consultation publique relative au « Rapport sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement », 25/11/2010 : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ft-ConsultationRegimes.pdf>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Recommandations CNOM :

- Encadrement médical obligatoire pour toute démarche amaigrissante
- Approche globale : alimentation équilibrée + activité physique + soutien psychologique
- Information des patients sur les risques des régimes restrictifs
- Coordination des acteurs de santé pour une prise en charge sécurisée

Les régimes restrictifs sont une pratique à risque.

Annexe 3 : Le paradoxe de l'obésité sarcopénique

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



FOCUS

Le dossier CASASNOVAS

Cette affaire suivie au sein de la Section Santé Publique depuis plus de 10 ans interroge largement sur la régulation de la communication autour de la santé sur internet, la responsabilité des influenceurs et la protection des publics fragiles face à des discours non scientifiques. Elle met également en lumière la nécessité d'un contrôle plus strict des pratiques de naturopathie et de bien-être lorsqu'elles empiètent sur le champ médical.

Thierry CASASNOVAS est un naturopathe français largement médiatisé sur différentes plateformes, en particulier YouTube, où il a diffusé pendant plus d'une décennie des vidéos sur l'alimentation, le jeûne, l'hygiénisme et l'usage de jus crus. Il s'est construit une audience importante, séduisant un public à la recherche d'alternatives aux parcours médicaux classiques et promouvant un modèle basé sur l'auto-guérison par des méthodes naturelles, parfois au mépris des recommandations scientifiques et médicales.

Depuis plusieurs années, les pratiques de Thierry CASASNOVAS sont fortement critiquées par de nombreux professionnels de santé et par diverses instances officielles, dont notamment le Conseil national de l'Ordre des médecins. On lui reproche de diffuser des conseils pouvant présenter un danger pour la santé, notamment des incitations à arrêter les traitements médicaux, à pratiquer le jeûne prolongé ou à adopter des régimes extrêmement restrictifs. Certaines personnes vulnérables, atteintes de maladies graves, se sont ainsi détournées de la médecine conventionnelle en suivant ses préceptes, ce qui a parfois eu de lourdes conséquences.

Face à cette influence croissante et aux signalements répétés, une enquête a enfin été ouverte au parquet de Paris pour divers chefs d'accusation, dont « exercice illégal de la médecine », « abus de faiblesse », « mise en danger de la vie d'autrui » et « pratiques commerciales trompeuses ». Les investigations se sont appuyées sur des témoignages de victimes présumées, des analyses de contenu de ses vidéos et la documentation de cas où ses recommandations auraient eu un impact grave sur la santé de certains individus.

Les principaux griefs retenus :

- Incitation à arrêter ou à ne pas commencer des traitements médicaux prescrits par des professionnels de santé compétents.
- Promulgation de conseils diététiques ou de pratiques de jeûne extrême sans suivi médical adéquat.
- Exposition répétée d'un public vulnérable à des messages de défiance envers la médecine et la science.
- Profits financiers tirés de la vente de stages, de consultations et de produits divers.

L'affaire a pris une ampleur nationale, avec une médiatisation importante et l'intervention de diverses associations et collectifs de victimes. Thierry CASASNOVAS a été placé en garde à vue puis mis en examen. Les procédures judiciaires suivent leur cours, et l'affaire est scrutée de près par les professionnels de santé publique, qui y voient un enjeu majeur en matière de protection des personnes et de lutte contre les dérives sectaires sur les réseaux sociaux.

En conclusion, l'affaire pénale visant Thierry CASASNOVAS s'inscrit dans une réflexion plus large sur les limites de la liberté d'expression en matière de santé, la protection du grand public, et la nécessité de garantir des informations fiables, validées scientifiquement et diffusées par des professionnels compétents.



II. Quelques problématiques majeures

A. La pratique du jeûne

Le jeûne se définit comme une privation volontaire ou non de nourriture, parfois accompagnée d'une privation de boisson.

Depuis les années 2000, cette pratique connaît un essor en France, motivée par des objectifs variés : régulation du poids, prévention ou guérison supposée de certaines maladies, dont le cancer.

Plusieurs formes existent : le jeûne complet (seule l'eau est autorisée), le jeûne partiel (apport calorique très faible, environ 300 kcal), continu ou intermittent. Parmi elles, le jeûne intermittent, notamment le protocole « 16/8 » (16 heures de jeûne, 8 heures d'alimentation), est devenu particulièrement populaire.

Certaines études, comme celles de l'Institut Pasteur en 2024, ont évoqué des effets potentiellement bénéfiques, tels qu'une diminution du risque cardiovasculaire et de certains cancers, en lien avec des mécanismes biologiques comme l'autophagie. Toutefois, ces bénéfices supposés restent controversés : l'American Heart Association a rapporté une augmentation significative du risque de mortalité cardiovasculaire chez les adeptes du jeûne 16/8 pratiqué sur le long terme.

Assimilé par de nombreux médecins nutritionnistes à une « mode alimentaire », le jeûne – qu'il soit complet ou intermittent – ne repose sur aucune validation scientifique solide. Il peut même s'avérer dangereux pour les personnes fragiles, entraînant des carences graves, notamment neurologiques et cardiaques.

La DGS rappelle que le jeûne, pratiqué en dehors d'un cadre médicalisé, présente des risques sanitaires importants : maux de tête, étourdissements, malaises, et, au-delà de deux semaines, des complications sévères telles que anémies, atteintes hépatiques, dégradation du capital osseux et troubles du rythme cardiaque pouvant conduire au décès²⁷.

○ Le jeûne thérapeutique

En Suisse et en Allemagne, certains établissements proposent des cures de jeûne thérapeutique pour la prise en charge de diverses maladies chroniques.

En France, aucun établissement médical ne pratique ce type de jeûne. Toutefois, des acteurs du bien-être organisent des séjours présentés comme « détox », promettant de purifier l'organisme, d'éliminer les toxines et de restaurer l'équilibre corporel et mental. Ces programmes, d'une durée de 6 à 12 jours, reposent sur une alimentation très restrictive composée d'eau, de tisanes, de jus de fruits et de bouillons de légumes, et prétendent favoriser l'autoguérison de nombreux maux.

À ce jour, aucune étude scientifique n'a démontré l'efficacité de ces pratiques. Le jeûne, parfois présenté comme bénéfique dans certaines maladies inflammatoires, n'a pas fait la preuve de son efficacité. Au contraire, pour la communauté médicale, il constitue un stress pour l'organisme et entraîne des carences pouvant avoir des conséquences graves, notamment neurologiques et cardiaques.

²⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_jeune.pdf



La DGS insiste sur la nécessité d'une information claire et fondée sur les données probantes, afin de prévenir les dérives liées à ces pratiques et de protéger la population contre des risques sanitaires graves²⁸.

○ Le jeûne et cancer

L'idée d'« affamer » les tumeurs en cessant de s'alimenter circule largement sur les forums en ligne, incitant certains patients atteints de cancer à adopter des régimes restrictifs ou des périodes de jeûne. Cette croyance repose sur les travaux du Dr Otto Warburg dans les années 1930, qui avaient montré que les cellules cancéreuses consomment davantage de glucose que les cellules saines. Ce postulat a conduit à des recherches visant à priver les tumeurs de « carburant ». Cependant, les glucides sont indispensables à de nombreux tissus vitaux, tels que le cœur, les muscles, le foie et le cerveau. En cherchant à priver les cellules cancéreuses de glucose, c'est l'ensemble de l'organisme qui est affaibli.

Les études disponibles s'accordent pour dire que le jeûne n'apporte aucun bénéfice, ni en prévention des cancers, ni pendant les traitements. Il peut même s'avérer dangereux pour les personnes dénutries ou fragilisées par des traitements lourds.

○ Les dénutritions

Il s'agit de situations fréquentes (environ 2 millions de personnes en France d'après le Collectif de lutte contre la dénutrition) ayant fait l'objet de recommandations HAS (« prévention, diagnostic et prise en charge de la dénutrition ») récentes (2019, 2021). La dénutrition nécessite une prise en charge spécifique (CNO ou compléments nutritionnels oraux, nutrition entérale/parentérale) et peut s'observer aussi en cas d'obésité (obésité sarcopénique, post-chirurgie, agressions...), de cancers, de maladies digestives et métaboliques, chez la personne âgée, etc... et est augmentée par la plupart des régimes « dangereux » tout particulièrement chez les personnes fragiles. La dénutrition peut être liée aux pathologies chroniques, au vieillissement et aux cancers ou associée aux troubles du comportement alimentaire, aux situations de précarité, aux hospitalisations prolongées et aux soins critiques. Elle entraîne des enjeux fonctionnels, pronostiques, médico-économiques et organisationnels majeurs largement documentés dans la littérature nationale et internationale. Dans les structures communautaires et hospitalières, il s'agit d'actions menées au sein d'organismes tel que le Comité de lutte contre la dénutrition ou au niveau hospitalier par les CLAN (Comités de Liaison Alimentation-Nutrition).

Elle est spécifiquement étudiée par la société savante SFNCM (Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme).

La dénutrition est étudiée par l'épidémiologie, et doit faire l'objet de repérage, de conduite à tenir et de parcours ville/hôpital/EHPAD qui ne seront pas détaillés ici. Il s'agit d'une pathologie fréquente et grave à dépister et à prendre en charge.

Si la nutrition clinique couvre la prévention et le traitement de l'obésité, elle couvre aussi les carences et la dénutrition ainsi que les TCA (troubles du comportement/conduites alimentaires).

²⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_jeune.pdf

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



FOCUS

Le dossier GANDON

Le tribunal administratif de Nantes a récemment confirmé l'interdiction faite à Éric GANDON, naturopathe installé en Vendée, d'organiser des stages de jeûne hydrique.

Cette décision fait suite à des événements graves :

- En 2021, une participante est décédée lors d'un de ses stages à Noyant-de-Touraine.
- Éric Gandon a été mis en examen pour homicide involontaire, abus de faiblesse, et exercice illégal de la médecine.
- Ses stages, pouvant durer jusqu'à 42 jours, ont été jugés dangereux, notamment pour des personnes vulnérables.

Le tribunal a estimé que :

- Le suivi médical était insuffisant, avec des intervenants sans formation médicale reconnue.
- Il existait des risques de manipulation mentale et de mise sous emprise.
- L'interdiction préfectorale ne portait pas atteinte de manière disproportionnée à la liberté d'entreprendre.

M. Eric GANDON a contesté cette interdiction, la jugeant excessive et non nécessaire, mais la justice a maintenu sa position pour protéger la santé publique.

Les principaux arguments juridiques avancés dans l'affaire Éric Gandon devant le tribunal administratif de Nantes :

- Le préfet de la Vendée a interdit les stages de jeûne hydrique pour protéger la santé publique, après le décès d'une participante en 2021.
- Le tribunal a jugé que ces stages présentaient des risques graves pour la santé, notamment en cas de jeûne prolongé au-delà de deux semaines.
- Les risques de dérives : le rapporteur public a évoqué des risques de manipulation mentale et de mise sous emprise, surtout sur des personnes vulnérables.
- Encadrement insuffisant : Les stages n'étaient pas encadrés par des professionnels de santé qualifiés et le suivi médical se limitait à des prises de pouls et de tension, sans garantie de compétence.

B. La promotion de la micronutrition

La micronutrition est une discipline apparue dans les années 2000, qui met en avant l'importance des micronutriments (vitamines, minéraux, oligoéléments) dans l'alimentation, en complément des macronutriments (glucides, protéines, lipides) indispensables au fonctionnement de l'organisme. Elle repose sur l'idée que des apports ciblés en micronutriments pourraient améliorer la santé, prévenir certaines pathologies et optimiser le bien-être.

Bien que des diplômes universitaires ont vu le jour en micronutrition ces dernières années, ils ne font cependant pas partie des diplômes recommandés par le Collège des enseignants en nutrition, car la micronutrition n'existe pas en tant que compétence enseignée aux médecins nutritionnistes.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Certains de ces DU sont réservés aux pharmaciens d'officine, sensés leur permettre de dispenser des conseils nutritionnels au comptoir. Ces conseils sont souvent assortis de propositions de compléments alimentaires, qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

L'ANSES attire l'attention sur la dangerosité de certains compléments alimentaires, notamment ceux à base de plantes, qui peuvent provoquer des interactions médicamenteuses. Leur composition « naturelle » séduit les patients, mais leur consommation n'est pas dénuée de risque, surtout en cas de pathologies chroniques. La supplémentation systématique sans justification biologique est à proscrire.

Il convient de rappeler que de nombreux micronutriments, lorsqu'ils sont ingérés en excès, deviennent toxiques : vitamines A, D, E et K, sélénium, fluor, manganèse, cuivre... La supplémentation en bêta-carotène, par exemple, augmente significativement le risque de cancer du poumon chez les fumeurs.

La micronutrition ne constitue pas une spécialité médicale reconnue. Les compléments alimentaires doivent être prescrits avec prudence, uniquement en cas de besoin avéré, et jamais de façon systématique.

La micronutrition repose sur des concepts scientifiquement fragiles. Elle ne doit pas se substituer à une alimentation équilibrée et à une prise en charge médicale fondée sur des preuves.

○ Position du CNOM

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle que la micronutrition ne constitue pas une spécialité médicale reconnue et que ses pratiques doivent être encadrées par des données scientifiques validées. Le CNOM recommande :

RECOMMANDATIONS DU CNOM

- Prudence dans la prescription de compléments alimentaires, uniquement sur indication médicale et après analyses biologiques
- Refus de la supplémentation systématique, qui expose à des risques toxiques et à des interactions médicamenteuses
- Information claire des patients sur l'absence de preuves robustes concernant l'efficacité des approches de micronutrition
- Coordination avec les recommandations officielles (PNNS, ANSES), qui privilégient une alimentation équilibrée plutôt que des apports artificiels
- Mentions des DU en « micronutrition » non autorisées dans la présentation des médecins

C. Dérives sectaires, santé et bien-être

Le CNOM travaille en collaboration avec la MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) depuis plusieurs années et la convention de partenariat va être renouvelée en 2026 afin de travailler sur l'ensemble des sujets ayant trait à la santé et afin d'informer les usagers et les protéger contre le recours à des pratiques dangereuses.

La MIVILUDES alerte depuis plusieurs années sur les risques d'emprise mentale liés à certaines pratiques nutritionnelles, notamment dans le cadre de régimes extrêmes ou de jeûnes prolongés.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Les principaux constats de la MIVILUDES²⁹ :

- La nutrition est parfois utilisée comme porte d'entrée vers des dérives sectaires, sous couvert de quête de pureté ou de bien-être.
- Des pratiques comme le jeûne hydrique, le crudivorisme, ou le « respirianisme » (vivre uniquement d'air et de lumière) peuvent entraîner :
 - o Des carences graves et des risques pour la santé, surtout chez les enfants ou les personnes vulnérables.
 - o Une rupture avec les traitements médicaux conventionnels, parfois au profit de pseudo-thérapies inefficaces voire dangereuses.
 - o Une mise sous emprise psychologique, avec perte de sens critique et isolement social.

La MIVILUDES a identifié les mécanismes d'emprise mentale dans le domaine de la nutrition. En effet, ces régimes sont souvent accompagnés de discours séduisants, promettant guérison ou transformation personnelle. Les adeptes peuvent être encouragés à rejeter leur entourage, à refuser les soins médicaux, et à suivre aveuglément un « gourou » s'auto proclamant « nutritionniste ».

La MIVILUDES a recensé des cas où ces pratiques ont conduit à des décès, des hospitalisations, ou des abus de faiblesse.

La MIVILUDES appelle à une vigilance accrue, notamment sur Internet où ces pratiques sont largement diffusées.

La loi n°2024-420 du 10 mai 2024 visant à renforcer la lutte contre les dérives sectaires et à améliorer l'accompagnement des victimes³⁰ permet à un médecin, dont le patient se détournerait des soins conventionnels, de déroger à l'obligation de secret médical lorsqu'il estime en conscience que cette sujétion a pour effet de causer une altération grave de sa santé physique ou mentale ou de conduire cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables.

Par ailleurs, cette loi intègre un nouveau délit : la provocation à abandonner ou à s'abstenir de suivre un traitement médical thérapeutique.

« Est punie d'un an d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la provocation, au moyen de pressions ou de manœuvres réitérées, de toute personne atteinte d'une pathologie à abandonner ou à s'abstenir de suivre un traitement médical thérapeutique ou prophylactique, lorsque cet abandon ou cette abstention est présenté comme bénéfique pour la santé de la personne concernée alors qu'il est, en l'état des connaissances médicales, manifestement susceptible d'entraîner pour elle, compte tenu de la pathologie dont elle est atteinte, des conséquences particulièrement graves pour sa santé physique ou psychique. »

« Est punie des mêmes peines la provocation à adopter des pratiques présentées comme ayant une finalité thérapeutique ou prophylactique alors qu'il est manifeste, en l'état des connaissances médicales, que ces pratiques exposent à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente. »

²⁹<https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/MIVILUDES-RAPPORT-24-web-juin25.pdf>

³⁰<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049523123>



OBESITE : UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE



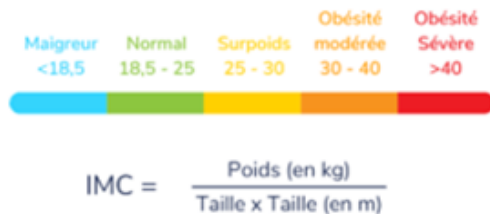
INTRODUCTION

Le surpoids et l'obésité constituent aujourd'hui une épidémie mondiale, reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme une maladie chronique évolutive. Définis à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) et maintenant de plus sur l'atteinte d'organes cibles et de comorbidités, ils augmentent fortement le risque de développer des pathologies graves : diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, certains cancers, mais aussi des troubles respiratoires, articulaires et des impacts psychologiques majeurs (dépression, stigmatisation, baisse de l'estime de soi).

Selon l'OMS³¹, l'obésité est une maladie chronique caractérisée par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle, et qui peut nuire à la santé.

Association Médicale Mondiale (AMM)³²

L'outil de mesure généralement utilisé pour diagnostiquer une obésité est l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé en divisant le poids d'une personne en kilogrammes par le carré de sa taille en mètres³³.



En France, elle touche 17 % des adultes et jusqu'à 20 % dans certaines régions³⁴. Sa progression est rapide, notamment chez les jeunes et dans les milieux précaires ou encore les DROM-COM. Elle est associée à de nombreuses comorbidités (diabète, cancers, maladies cardiovasculaires, dépression) et à une réduction de l'espérance de vie pouvant atteindre 10 à 20 ans.

Au-delà des enjeux de santé, les conséquences économiques sont lourdes. En France, les coûts sociaux de l'obésité ont été estimés à 20 milliards d'euros, incluant les dépenses de santé, les pertes de productivité, l'exclusion du marché du travail et l'impact sur les retraites.

³¹ OMS, Obésité et surpoids, 07/05/2025 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

³² **Prise de position de l'AMM sur l'obésité – Porto Octobre 2025** : <https://www.wma.net/fr/policies-post/prise-de-position-de-lamm-sur-l-obesite/>

³³ HAS, Table d'indice de masse corporelle (IMC), https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf

³⁴ Santé Publique France, Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances, 29/08/2019 : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/prevalence-du-surpoids-de-l-obesite-et-des-facteurs-de-risque-cardio-metaboliques-dans-la-cohorte-constances>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



L'obésité constitue donc aujourd'hui l'un des enjeux majeurs de santé publique en France et en Europe.

Son expansion silencieuse, amorcée depuis plusieurs décennies, touche désormais toutes les classes d'âge et l'ensemble du territoire. Au-delà d'un simple déséquilibre nutritionnel, l'obésité reflète une crise multifactorielle : sociale, environnementale, comportementale et économique.

Cette partie du rapport s'attache à dresser un état des lieux complet du surpoids et de l'obésité, à en analyser les déterminants multiples, et à décrire les politiques publiques de prévention qui visent à inverser la tendance. Elle s'appuie sur les données récentes de Santé publique France (ESTEBAN, ObÉpi-Roche, PNNS 5), sur les travaux de la HAS, de la Cour des comptes, et sur les retours de terrain recueillis auprès des Conseils départementaux de l'Ordre et des réseaux spécialisés (CSO, RéPPOP, CPTS).

Objectifs de la section

Comprendre l'évolution épidémiologique de l'obésité : sa prévalence chez l'adulte et chez l'enfant, son aggravation dans certaines tranches d'âge, et les écarts observés entre pays européens.

Identifier les déterminants majeurs : comportementaux, socio-économiques, psychologiques, environnementaux et génétiques, qui s'entrecroisent et entretiennent le phénomène.

Présenter les politiques publiques de lutte contre l'obésité, centrées sur la nutrition, l'activité physique adaptée (APA) et l'éducation à la santé, tout en soulignant les obstacles d'accès aux soins, la stigmatisation et les inégalités sociales.

Valoriser le rôle des médecins dans la prévention et la coordination des parcours de soins, conformément aux objectifs du PNNS 5 et du SNANC dont on attend toujours la publication à la date de décembre 2025.

Axes structurants

1. État des lieux et tendances épidémiologiques : Analyse comparée de la prévalence en France et en Europe, avec un focus sur les populations les plus vulnérables.
2. Déterminants de l'obésité : Facteurs comportementaux, socio-économiques, épigénétiques et culturels interagissant dès l'enfance.
3. Politiques publiques et stratégies de prévention : PNNS, actions des agences sanitaires, programmes territoriaux et développement de l'APA.
4. Conséquences et enjeux de santé publique : Impact médical, psychologique, social et économique croissant, appelant à une mobilisation collective.
5. Implications pour la prévention et la vigilance ordinaire : Lutter contre les dérives commerciales et médicamenteuses, encadrer la prescription des analogues du GLP-1 et promouvoir une approche globale, intégrée et éthique de la prévention.

En plaçant l'obésité au cœur de ses priorités, le Conseil National de l'Ordre des Médecins réaffirme que la prévention nutritionnelle et la promotion de l'activité physique sont des piliers essentiels de la santé publique moderne.

Lutter contre l'obésité, c'est agir simultanément sur la santé individuelle, les inégalités sociales, et la soutenabilité du système de soins.



ETAT DES LIEUX

En Europe, près de 50 % des adultes (20-69 ans) présentent un surpoids ou une obésité, dont environ 16 % en situation d'obésité. Ces pathologies sont associées à une réduction de l'espérance de vie estimée entre 0,9 et 4,2 ans et à des risques accrus de maladies chroniques (diabète, affections cardiovasculaires, certains cancers). Les déterminants identifiés incluent l'âge, le genre, le niveau d'éducation, les revenus, ainsi que des comportements alimentaires tels que la consommation de boissons sucrées (corrélée à une hausse significative du risque) et la sédentarité. Les politiques publiques les plus efficaces reposent sur une combinaison de mesures agissant à la fois sur l'environnement alimentaire et sur les déterminants individuels des comportements : taxation des boissons sucrées (réduction de consommation de 10 à 20 % observée en fonction des modalités de taxation), subventions pour les produits sains, interdiction de la publicité pour les produits gras, salés et sucrés à destination des enfants, étiquetage nutritionnel obligatoire (effet positif sur les choix alimentaires), éducation alimentaire et promotion de l'activité physique en milieu scolaire, ainsi que développement d'infrastructures sportives accessibles. Ces dispositifs se heurtent toutefois à des freins tels que l'opposition des acteurs industriels et les coûts d'implémentation³⁵.

En France, la prévalence de l'obésité chez les adultes a connu une augmentation progressive au fil des années. En 1997, environ 10,5 % des adultes étaient considérés comme obèses (IMC ≥ 30). Cette proportion a augmenté à environ 12,5 % en 2003, puis à 14,5 % en 2006. En 2012, la prévalence s'élevait à environ 15,3 %, atteignant finalement 17 % en 2017, et ce taux est resté stable en 2020.

Comparativement à l'ensemble de l'Europe, la situation est similaire, avec une tendance générale à l'augmentation de l'obésité chez les adultes. Cependant, certains pays européens présentent des taux plus élevés ou plus faibles en fonction de facteurs socio-économiques, culturels, et de politiques de santé publique. En moyenne, selon l'Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prévalence de l'obésité chez les adultes dans l'Union européenne tourne autour de 15-20 %.

I. Prévalence de l'obésité : contexte national et européen

A. Une tendance préoccupante en Europe

Selon les données d'Eurostat (2023), la prévalence de l'obésité chez les adultes dans l'Union européenne se situe en moyenne entre 20 % et 25 %, avec des disparités importantes selon les pays. Les taux les plus élevés sont observés au Royaume-Uni (28 %) et à Malte (26 %), tandis que la France affiche une prévalence plus faible, estimée à 17-18 %, mais qui reste préoccupante au regard des enjeux de santé publique. Cette situation s'inscrit dans un contexte où plus de la moitié de la population adulte européenne est en surpoids ou obèse, ce qui représente un facteur de risque majeur pour les maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les pathologies cardiovasculaires et certains cancers³⁶.

³⁵ DREES, Lisa TROY, *Surpoids et obésité: facteurs de risques et politiques de prévention – Panorama des politiques publiques de prévention et de leurs effets, en Europe et dans le monde*, Les dossiers de la DREES, n°118, juillet 2024 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD118.pdf>

³⁶ Eurostat, *Overweight and obesity – BMI statistics*, july 2024: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics



B. Pourquoi l'obésité est plus élevée au Royaume-Uni et à Malte qu'en France

Les taux d'obésité sont particulièrement élevés au Royaume-Uni et à Malte, en raison notamment de modes de vie plus sédentaires et d'une alimentation fortement transformée³⁷. Dans ces pays, la consommation d'aliments ultra-transformés atteint des niveaux records : elle représente plus de 55 % de l'apport énergétique quotidien au Royaume-Uni, contre environ 35 % en France³⁸.

C. La situation en France

À l'inverse, plusieurs facteurs pourraient contribuer à la position relativement plus favorable de la France. Si la notion de « modèle alimentaire français » n'a pas vraiment de réalité scientifique incontestable (et est souvent manipulé par les industriels de l'agro-alimentaire), le régime méditerranéen n'a de réalité propre qu'au Sud de la France, avec un paysage assez différent en fonction des régions. Les repas sont néanmoins structurés, la consommation de fruits, de légumes et de fibres demeure plus élevée, et la culture culinaire limite le grignotage, contribuant ainsi à un meilleur équilibre nutritionnel tout particulièrement par rapport à certains pays anglo-saxons.

En France, les données les plus récentes (Santé publique France, 2024) indiquent que la prévalence de l'obésité chez les adultes se serait stabilisée autour de 17 %, soit environ 6 millions de personnes. Mais cette stabilisation ne doit pas masquer des disparités importantes : l'obésité est plus fréquente dans certaines catégories sociales défavorisées et dans des départements spécifiques. Elle progresse également chez les jeunes adultes (18-25 ans), notamment sous la forme d'obésité sévère. Ces inégalités sociales et territoriales renforcent la nécessité d'actions ciblées³⁹. Par ailleurs, on manque encore de données représentatives à partir de mesures de poids et taille pour estimer les effets de la crise Covid-19, dont certains indicateurs laissent à penser qu'elle a été liée à une augmentation de la prévalence, en particulier chez les enfants.

D. Conséquences et enjeux de santé publique

L'obésité est reconnue comme une maladie chronique évolutive, dont les impacts dépassent la sphère individuelle pour devenir un enjeu collectif. Elle réduit l'espérance de vie, augmente le risque de comorbidités et entraîne des coûts économiques considérables pour les systèmes de santé. À l'échelle européenne, l'OCDE estime que l'obésité pourrait réduire l'espérance de vie moyenne de 2,7 ans au cours des 30 prochaines années⁴⁰.

E. Implications pour la prévention

Ces données confirment l'urgence de renforcer les politiques publiques de prévention, en agissant sur les déterminants de l'obésité : alimentation, activité physique, environnement social et économique. Les stratégies efficaces incluent la promotion d'une alimentation équilibrée, la réduction de la sédentarité,

³⁷ WHO Europe, European Obesity Report 2022

³⁸ *BMJ Nutrition*, 2023

³⁹ Centre Spécialisé de l'Obésité, Les chiffres de l'obésité en France, 19 août 2025 : <https://www.obesitefrance.fr/lobesite-cest-quoi/les-chiffres-de-lobesite-en-france>

⁴⁰ OCDE, Panorama de la santé 2023 – Surpoids et obésité, 14 décembre 2023 : https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr/full-report/overweight-and-obesity_590d3909.html

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



la régulation des promotions commerciales alimentaires ciblant les enfants, et la taxation des boissons sucrées, mesures déjà mises en œuvre dans plusieurs pays européens⁴¹.

En France, près d'un adulte sur six est en situation d'obésité. Cette prévalence, bien qu'inférieure à la moyenne européenne, reste préoccupante et accentuée par des inégalités sociales et territoriales. La prévention et la prise en charge médicale de l'obésité constituent des enjeux majeurs de santé publique nécessitant des actions renforcées et coordonnées.

⁴¹ DREES, Surpoids et obésité : facteurs de risque et politiques de prévention en France et dans le monde, 17/04/2024 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/240717_DD-Surpoids-Obesit%C3%A9



COMPRENDRE L'OBÉSITÉ

En France, en 2025, environ 17% des adultes sont en situation d'obésité, et ce chiffre continue d'augmenter, notamment chez les jeunes et les populations précaires. Cela mobilise les autorités sanitaires qui cherchent à prévenir et réduire l'obésité, notamment par la promotion de l'activité physique, une alimentation saine et des politiques publiques de santé.

I. Les mécanismes physiologiques de l'obésité

Comprendre les mécanismes physiologiques de l'obésité est essentiel pour mieux appréhender cette pathologie. Le métabolisme, qui correspond au processus de transformation des aliments en énergie, joue un rôle clé : lorsqu'il est ralenti, la dépense calorique devient insuffisante, favorisant la prise de poids.

La résistance à l'insuline constitue un autre facteur déterminant : lorsque les cellules ne répondent plus efficacement à cette hormone, le taux de sucre sanguin augmente et le stockage des graisses s'accroît. Les hormones régulatrices de l'appétit interviennent également dans ce processus.

La ghréline, produite par l'estomac, stimule la faim, tandis que la leptine, sécrétée par les cellules graisseuses, signale la satiété. Une résistance à la leptine peut entraîner une suralimentation et accentuer le risque d'obésité.

A. Régulation hypothalamique de la prise alimentaire et de la balance énergétique

La prise alimentaire et la gestion de la balance énergétique sont des processus complexes, orchestrés principalement par l'hypothalamus, une région centrale du cerveau. Celui-ci reçoit et intègre une multitude de signaux internes et externes afin de réguler la faim, la satiété et l'utilisation des réserves énergétiques.

Parmi les signaux internes, plusieurs hormones jouent un rôle fondamental. La leptine, sécrétée par le tissu adipeux, informe l'hypothalamus sur les réserves de graisse corporelle : lorsque ces réserves sont élevées, la leptine signale la satiété et réduit la prise alimentaire. À l'inverse, une baisse des réserves entraîne une diminution de la leptine, stimulant la faim. L'insuline, produite par le pancréas, agit également sur le cerveau pour limiter la prise alimentaire en réponse à l'élévation des niveaux de glucose sanguin. La ghréline, quant à elle, est une hormone produite par l'estomac, qui augmente avant les repas et stimule l'appétit en agissant sur l'hypothalamus.

L'hypothalamus intègre également des signaux externes, tels que les stimuli sensoriels (odeurs, aspect, goût des aliments), les habitudes sociales et les facteurs émotionnels (stress, anxiété, plaisir). Ces éléments peuvent influencer la motivation à manger, indépendamment des besoins énergétiques réels.

Le circuit de la récompense, principalement dopaminergique, intervient dans la modulation du plaisir alimentaire. Il explique pourquoi certains aliments, riches en sucre ou en graisse, procurent une sensation de bien-être et peuvent inciter à manger même en l'absence de faim. Ce mécanisme favorise parfois des comportements de surconsommation, en particulier dans les environnements où la nourriture appétissante est abondante et facilement accessible.

Ainsi, l'équilibre entre la faim et la satiété résulte d'un dialogue permanent entre les signaux hormonaux, les circuits neuronaux de l'hypothalamus et les influences environnementales et psychologiques. Lorsque ce système est perturbé — par exemple, en cas de résistance à la leptine ou d'altération du circuit de la récompense —, des troubles du comportement alimentaire et une prise de poids excessive peuvent survenir.



La Régulation de la Balance Énergétique

Signaux Internes et Hypothalamus :

- L'hypothalamus joue un rôle central dans la régulation de la prise alimentaire et de la balance énergétique.
- Plusieurs signaux hormonaux (comme la leptine, la ghréline, l'insuline) provenant de l'intestin et d'autres parties du corps influencent les centres de l'hypothalamus pour réguler la faim et la satiété.
- Les peptides comme le POMC et NPY dans l'hypothalamus sont impliqués dans la stimulation ou l'inhibition de l'appétit.

Facteurs Psychiques :

- Le stress et les émotions influencent les comportements alimentaires par le biais des neurotransmetteurs et du « circuit de la récompense » dans le cerveau.

Signaux Externes :

- L'environnement alimentaire (disponibilité, accessibilité, présentation des aliments) et les habitudes sociales influencent aussi les comportements alimentaires.

Facteurs Digestifs et Hormonaux :

- L'appareil digestif sécrète des hormones (comme la GLP-1, ghréline) qui communiquent avec le cerveau pour moduler l'appétit en fonction des besoins énergétiques.

Solutions et Approches :

Pour mieux gérer l'obésité, une approche intégrant l'éducation alimentaire, l'activité physique, le soutien psychologique et, si nécessaire, les interventions pharmacologiques ou chirurgicales est souvent recommandée.

B. Les mécanismes psychologiques de l'obésité :

L'obésité ne se limite pas à des causes biologiques ; elle est également influencée par des facteurs psychologiques, environnementaux et socioculturels. Les émotions jouent un rôle déterminant : de nombreuses personnes ont recours à la nourriture pour faire face au stress, à l'anxiété ou à des émotions négatives, ce qui favorise l'alimentation émotionnelle et parfois des comportements compulsifs. L'image corporelle et l'estime de soi influencent également les choix alimentaires : une faible estime de soi peut conduire à des habitudes alimentaires inadaptées. Ces comportements sont souvent enracinés dans des habitudes acquises dès l'enfance, qui perdurent à l'âge adulte.

C. Facteurs environnementaux

L'environnement constitue un autre facteur clé. La disponibilité (tant physique, économique que par le fait de promotions commerciales) d'aliments transformés, riches en calories, par rapport à des produits frais et sains, oriente les choix alimentaires. Les communautés ayant un accès limité à des aliments de qualité sont plus exposées à l'obésité. De même, l'environnement bâti joue un rôle : l'absence d'infrastructures favorisant l'activité physique, comme les parcs ou les pistes cyclables, encourage la sédentarité.



D. Facteurs socioculturels

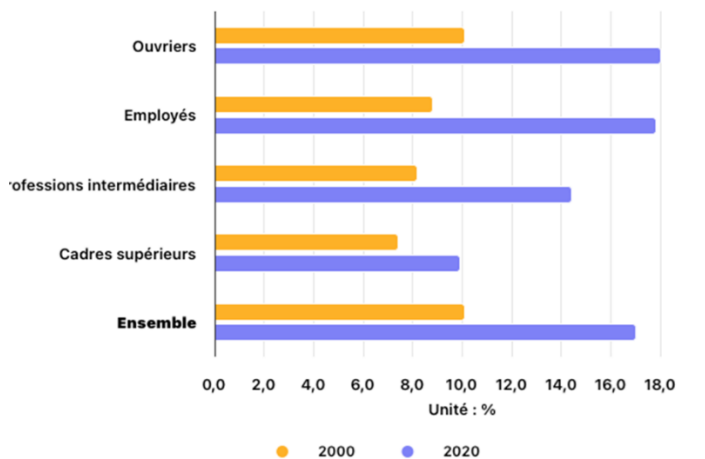
Les facteurs socioculturels renforcent ces déterminants.

En France, la prévalence de l'obésité a augmenté dans toutes les catégories sociales au cours des vingt dernières années, avec une progression plus marquée dans les milieux défavorisés. Les inégalités sociales influencent fortement les comportements alimentaires et l'accès aux soins de prévention.

Les normes culturelles, qui associent parfois la surconsommation à la prospérité, ainsi que les stratégies marketing ciblant les enfants, contribuent à des choix alimentaires peu sains.

Enfin, le niveau d'éducation et de sensibilisation à la nutrition et à l'activité physique demeure un levier essentiel pour prévenir l'obésité.

Part de la population adulte obèse selon la catégorie sociale



II. Inégalités sociales face à l'obésité

En France, l'obésité demeure un problème de santé publique dont la répartition est fortement influencée par les inégalités sociales. Les données de Santé publique France et des enquêtes nationales révèlent que la prévalence de l'obésité est nettement plus élevée chez les catégories socio-économiques défavorisées. Ainsi, en 2020, près de 18 % des ouvriers étaient concernés par l'obésité, contre seulement 9 % des cadres supérieurs. Ce fossé, déjà observable en 2000, s'est creusé au fil des années.

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution. D'une part, l'accès à une alimentation saine reste limité dans les milieux modestes, où la disponibilité et le coût des aliments transformés, riches en calories, encouragent des choix alimentaires moins favorables à la santé. D'autre part, les conditions de vie, le niveau d'éducation et la sensibilisation à la nutrition jouent un rôle majeur dans la prévention et la gestion du surpoids.

Les enquêtes ESTEBAN 2014–2016 et ObÉpi-Roche 2000–2020 soulignent l'impact des déterminants sociaux, économiques et environnementaux sur la santé nutritionnelle des adultes en France métropolitaine. Les inégalités d'accès aux soins de prévention et à l'information aggravent la situation, rendant la lutte contre l'obésité particulièrement complexe dans les milieux défavorisés.



L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES

I. Prévalence de l'obésité chez l'adulte en France

La prévalence de l'obésité en France atteint 17 % en 2020, soit près d'un adulte sur six. Si la tendance semble se stabiliser globalement, elle progresse dans les classes d'âge jeunes et dans les régions du nord et de l'est. Ces disparités confirment l'importance d'une prévention territorialisée et d'une politique nutritionnelle continue, en cohérence avec le Plan National Nutrition Santé 5 (PNNS) et la Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat (SNANC) 2030⁴².

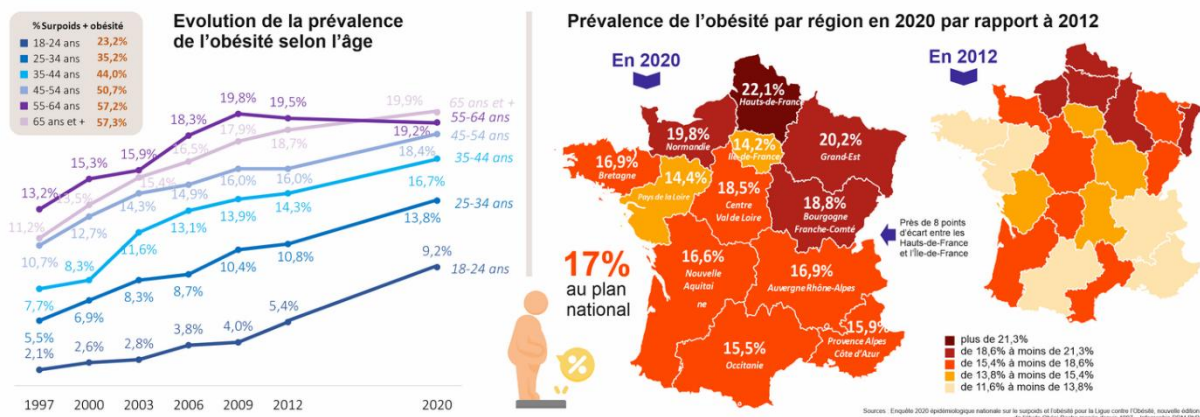
1997 : Environ 10,5 % des adultes étaient considérés comme obèses (IMC $\geq$ 30).

2003 : La prévalence a augmenté à environ 12,5 %.

2006 : La prévalence a atteint environ 14,5 %.

2012 : Environ 15,3 % des adultes étaient en situation d'obésité.

2017 : La prévalence était d'environ 17%. Idem en 2020



II. Evolution de l'obésité chez l'adulte

Une étude présente l'évolution du surpoids et de l'obésité déclarés chez les adultes français entre 1996 et 2017, à partir des données issues des Baromètres de Santé publique France et des enquêtes ENNS (2006) et ESTEBAN (2015).

Entre 1996 et 2017, la prévalence du surpoids (IMC $\geq$ 25) chez les adultes français a fortement progressé : de 30 % à plus de 50 % chez les hommes, et de 25 % à plus de 40 % chez les femmes⁴³. L'obésité (IMC $\geq$ 30) a doublé sur la période, passant de 8 % à 14 % chez les hommes et de 8 % à 15 %

⁴² Santé publique France, Obésité de l'adulte en France : évolution 1997-2020 (à partir des enquêtes ObÉpi-Roche et ESTEBAN). Saint-Maurice : SPF, 2023 : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban>

⁴³ Salanave B, Verdot C, Escalon H, Gautier A, Deschamps V. Évolution de la corpulence déclarée dans les Baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(15):306-12. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/15/2024_15_1.html

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



chez les femmes, avec une progression marquée entre 2000 et 2010, suivie d'une relative stabilisation après 2012. L'IMC moyen est passé de 24,6 en 1997 à 27,4 en 2017.

Actuellement, la prévalence de l'obésité atteint 17 % de la population, soit environ 8,5 millions de personnes, et les projections de l'OMS pour 2030 estiment une hausse à 25-29 %. Les inégalités sociales sont confirmées : le niveau d'instruction et les revenus sont inversement corrélés à l'obésité. Ces données montrent que, malgré un ralentissement récent, la tendance demeure préoccupante.

L'obésité en France demeure à un niveau préoccupant malgré une apparente stabilisation depuis 2012.

Ces données confirment que les politiques de prévention, bien qu'efficaces pour freiner la progression, n'ont pas encore permis d'inverser la tendance, notamment dans les milieux défavorisés.

Ces résultats appellent à :

- Renforcer la prévention dès l'enfance et à l'entrée dans la vie adulte,
- Intensifier la coordination territoriale et interprofessionnelle (médecins, collectivités, associations),
- Intégrer la dimension sociale et environnementale de l'obésité dans le futur PNNS 5 et la SNANC 2030, dans une approche « Une seule santé » (One Health).

III. Les causes de l'obésité

L'obésité est une pathologie multifactorielle résultant de l'interaction entre des déterminants biologiques, comportementaux, psychologiques et environnementaux. Certaines personnes présentent une prédisposition génétique qui augmente leur vulnérabilité à la prise de poids. À cela s'ajoute une alimentation déséquilibrée, caractérisée par une consommation excessive d'aliments riches en calories, en sucres et en graisses, souvent associée à des portions trop importantes. Le mode de vie joue un rôle central : la sédentarité et le manque d'activité physique favorisent l'accumulation de masse grasse et réduisent la dépense énergétique quotidienne.

Les facteurs psychologiques, tels que le stress, l'anxiété ou la dépression, peuvent induire des comportements alimentaires inadaptés, notamment l'alimentation émotionnelle. Enfin, l'environnement constitue un déterminant majeur : la disponibilité massive d'aliments transformés, trop sucrés, salés ou gras, combinée à un accès limité aux espaces favorisant l'exercice physique, crée un contexte propice à la progression de l'obésité. Ces éléments sont renforcés par des influences sociétales et le marketing, qui orientent les choix alimentaires vers des produits à forte densité énergétique.

L'obésité ne résulte pas d'un seul facteur mais d'une combinaison complexe : génétique, alimentation, sédentarité, stress et environnement. La prévention doit agir simultanément sur ces déterminants.

Recommandations CNOM

La lutte contre l'obésité nécessite une approche globale, intégrant la prévention nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et la régulation des environnements alimentaires.

IV. Conséquences de l'obésité

En 2025, l'obésité constitue en France un problème majeur de santé publique, en raison des nombreuses complications qu'elle entraîne. Elle est fortement associée aux maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension artérielle, qui augmente le risque d'accidents vasculaires cérébraux et d'infarctus, ainsi qu'à l'athérosclérose, caractérisée par l'accumulation de plaques dans les artères pouvant conduire à des maladies coronariennes. L'insuffisance cardiaque est également plus fréquente



chez les personnes obèses, le cœur peinant à assurer un débit sanguin suffisant pour oxygéner correctement les organes.

L'obésité favorise par ailleurs le développement du diabète de type 2, en particulier lorsqu'elle est abdominale, car elle augmente la résistance à l'insuline. Elle est également à l'origine de troubles respiratoires tels que l'apnée du sommeil, responsable d'une fatigue chronique, et le syndrome d'hypoventilation de l'obèse, qui peut nécessiter une oxygénothérapie.

Le risque de certains cancers est accru, notamment ceux du sein après la ménopause, du côlon, du foie, de l'endomètre, du rein, de l'œsophage et du pancréas. Les articulations sont également affectées : la surcharge pondérale favorise l'arthrose des genoux, des hanches et du dos, entraînant des douleurs chroniques. Sur le plan hépatique, la stéatose hépatique non alcoolique est fréquente et peut évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie.

Les conséquences psychologiques et sociales sont tout aussi préoccupantes : dépression, anxiété, perte d'estime de soi, stigmatisation et isolement social. Chez les femmes, l'obésité peut entraîner des troubles de la fertilité et accroître les risques pendant la grossesse, tels que le diabète gestationnel, l'hypertension et les complications à l'accouchement. Enfin, l'obésité sévère réduit significativement l'espérance de vie, pouvant entraîner une diminution de 5 à 20 ans selon les études.

V. Prise en charge de l'obésité : obstacles et enjeux d'accès aux soins

A. Obstacles et enjeux d'accès aux soins

o Contexte général

L'obésité est désormais reconnue comme une maladie chronique complexe et multifactorielle, impliquant des déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux.

Elle ne peut être réduite à un simple problème de comportement alimentaire ou de volonté individuelle. Cette complexité explique la nécessité d'une approche systémique et pluridisciplinaire, associant médecins généralistes, endocrinologues, nutritionnistes, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes et, dans certains cas, chirurgiens bariatriques⁴⁴.

La Haute Autorité de Santé⁴⁵ et l'OMS⁴⁶ insistent sur la reconnaissance de l'obésité comme pathologie chronique depuis 2020, ce qui impose un parcours de soins structuré et coordonné.

Il s'agit d'une maladie aux déterminants multiples. En effet, les causes de l'obésité s'inscrivent dans un système complexe où interagissent :

- Facteurs biologiques (prédispositions génétiques, dérèglements hormonaux),

⁴⁴ DREES, Lisa TROY, *Surpoids et obésité: facteurs de risques et politiques de prévention – Panorama des politiques publiques de prévention et de leurs effets, en Europe et dans le monde*, Les dossiers de la DREES, n°118, juillet 2024 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD118.pdf>

⁴⁵ HAS, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, février 2024 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

⁴⁶ OMS, Obésité et surpoids, 7 mai 2025 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



- Facteurs psychologiques (troubles du comportement alimentaire, anxiété, dépression),
- Facteurs sociaux et économiques (niveau d'éducation, revenus, environnement alimentaire),
- Facteurs environnementaux (urbanisation, accessibilité des produits (ultra)transformés et de faible qualité nutritionnelle, sirop de fructose à action lipogénique hépatique et donc d'insulino-résistance, sédentarité...).

Cette interaction explique pourquoi aucune intervention isolée ne peut suffire : la prévention et la prise en charge doivent être intégrées dans une logique territoriale et intersectorielle.

○ Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation liée à l'obésité constitue aujourd'hui l'un des obstacles les plus importants à l'accès aux soins et à la prévention. Elle se manifeste à plusieurs niveaux : social, par des attitudes négatives et des préjugés dans la vie quotidienne, et médical, par des comportements discriminants ou des jugements implicites dans la relation soignant-patient⁴⁷.

Cette stigmatisation entraîne des conséquences directes sur la santé : retard dans la consultation, éviction des parcours de soins, diminution de l'adhésion thérapeutique et impact psychologique majeur (culpabilité, isolement, perte de confiance). Les enquêtes qualitatives menées par Santé publique France (2022)⁴⁸ montrent que de nombreux patients rapportent avoir ressenti des remarques blessantes ou des attitudes culpabilisantes lors de consultations, ce qui renforce le repli et la sédentarité.

Sur le plan médical, la stigmatisation est désormais reconnue comme un frein majeur à la prévention et au suivi, car elle altère la qualité de la relation thérapeutique et réduit l'efficacité des interventions. Elle contribue également à la persistance d'une vision erronée de l'obésité comme « manque de volonté », alors qu'il s'agit d'une maladie chronique multifactorielle.

Les recommandations de la HAS (2023)⁴⁹ insistent sur la nécessité de former les professionnels de santé à la communication bienveillante, de lutter contre les biais implicites et d'intégrer la dimension psychologique dans la prise en charge.

À l'échelle internationale, l'OMS⁵⁰ appelle à des politiques de santé publique visant à réduire la stigmatisation, notamment par des campagnes d'information et des actions éducatives.

En résumé, la stigmatisation n'est pas seulement un problème éthique : elle constitue un obstacle structurel qui aggrave les inégalités d'accès aux soins et compromet l'efficacité des politiques de lutte contre l'obésité.

⁴⁷ INSERM, Obésité – Une maladie des tissus adipeux, juillet 2017 : <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

⁴⁸ DREES, Lisa TROY, *Surpoids et obésité: facteurs de risques et politiques de prévention – Panorama des politiques publiques de prévention et de leurs effets, en Europe et dans le monde*, Les dossiers de la DREES, n°118, juillet 2024 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD118.pdf>

⁴⁹ HAS, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, février 2024 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

⁵⁰ OMS, Obésité et surpoids, 7 mai 2025 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



○ Méconnaissance et sous-diagnostic

Bien que l'obésité soit officiellement reconnue comme une maladie chronique multifactorielle par l'OMS et la Haute Autorité de Santé depuis 2020, elle demeure souvent perçue par les patients et certains professionnels comme un simple problème de volonté individuelle.

Cette perception erronée, confirmée par les enquêtes qualitatives de Santé publique France (2022)⁵¹, contribue à la stigmatisation et retarde le recours aux soins. Elle entraîne un sous-diagnostic significatif, car le dépistage repose encore trop souvent sur le calcul isolé de l'IMC, alors que les recommandations de la HAS (2023) préconisent une évaluation multidimensionnelle intégrant les comorbidités, les facteurs psychologiques et sociaux.

L'OMS (European Obesity Report, 2022) insiste sur l'intégration de l'obésité dans les soins primaires et la mise en place de parcours coordonnés, afin d'éviter les ruptures de suivi et les complications métaboliques.

Ce biais de perception constitue donc un obstacle structurel à la prévention et à la prise en charge, nécessitant des actions ciblées : formation des professionnels, sensibilisation des patients, et communication publique pour affirmer le statut de l'obésité comme pathologie chronique et non comme un choix individuel.

○ Accès aux soins spécialisés :

La prise en charge de l'obésité sévère et complexe repose sur les Centres Spécialisés Obésité (CSO), structures de troisième recours créées dans le cadre du Plan Obésité 2010-2013 et régies par un cahier des charges national actualisé en 2023⁵².

42 CSO sont actuellement implantés en France métropolitaine et outre-mer, rattachés à des établissements publics ou privés.

Leur mission est double : assurer une prise en charge pluridisciplinaire (nutrition, endocrinologie, psychologie, activité physique adaptée, chirurgie bariatrique) et organiser la filière régionale obésité sous l'égide des ARS⁵³.

Malgré ce maillage, des disparités persistent : trois régions ne disposent pas encore de CSO (Guyane, Mayotte, Corse), et des délais d'attente prolongés sont observés dans les zones rurales et certains territoires ultramarins. Des créations sont en cours en Corse et Guyane, ainsi que des renforts dans les Hauts-de-France (+2 CSO) et le Grand Est (+1 CSO) pour répondre à la forte prévalence régionale⁵⁴.

⁵¹ DREES, Lisa TROY, *Surpoids et obésité: facteurs de risques et politiques de prévention – Panorama des politiques publiques de prévention et de leurs effets, en Europe et dans le monde*, Les dossiers de la DREES, n°118, juillet 2024 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD118.pdf>

⁵² SPF, Enquête ESTEBAN : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban>

⁵³ Ministère de la santé, Les centres spécialisés obésité (CSO), juin 2025 : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-obesite-cso>

⁵⁴ <https://www.obesitefrance.fr/actualites/prise-en-charge/de-nouveaux-cso-en-creation->



Selon les données consolidées par le Ministère et les ARS, le délai moyen pour une première consultation en CSO varie entre 6 et 12 mois, avec des parcours complets s'étendant sur 6 à 12 mois supplémentaires pour les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Ces délais s'expliquent par la complexité des évaluations multidisciplinaires et la saturation des équipes spécialisées⁵⁵.

Bien que l'Assurance Maladie prenne en charge les actes médicaux et chirurgicaux, les restes à charge pour les suivis diététiques et psychologiques non remboursés demeurent un frein pour les ménages modestes, accentuant les inégalités sociales de santé.

○ Coûts et couverture sociale

La prise en charge de l'obésité en France repose sur un parcours gradué incluant consultations médicales, bilans biologiques, accompagnement nutritionnel et psychologique, rééducation, et, dans les cas sévères, chirurgie bariatrique.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations médicales à hauteur de 70 % du tarif conventionné (30 €) et prend en charge la chirurgie bariatrique sous conditions strictes (IMC ≥ 40 ou ≥ 35 avec comorbidités, échec des traitements conservateurs, suivi pluridisciplinaire validé en réunion de concertation). Le coût moyen d'une chirurgie bariatrique est estimé à 4 500 € en établissement conventionné, dont environ 3 150 € remboursés par la Sécurité sociale, mais il peut atteindre 15 000 € en clinique non conventionnée, avec un reste à charge important pour le patient⁵⁶.

Cependant, l'obésité n'est pas reconnue comme affection longue durée (ALD), ce qui exclut l'exonération du ticket modérateur et accentue les inégalités d'accès aux soins. Les suivis diététiques et psychologiques, pourtant essentiels, ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, laissant des restes à charge significatifs, particulièrement pour les ménages modestes.

Selon l'OCDE (Health at a Glance 2023)⁵⁷, ces barrières financières contribuent à des inégalités d'accès aux soins pour les quintiles de revenus les plus bas, aggravant la prévalence et les complications de l'obésité.

Ce contexte souligne la nécessité d'une réforme structurelle : reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique ouvrant droit à l'ALD, meilleure prise en charge des soins paramédicaux (diététique, psychothérapie), et dispositifs complémentaires pour réduire les restes à charge, afin de garantir un accès équitable aux parcours de soins.

○ Problèmes psychologiques et motivationnels

L'obésité ne se limite pas à une problématique métabolique : elle est fréquemment associée à des troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil. Ces comorbidités

⁵⁵ CSO IDF, La prise en charge de l'obésité par les CSO : <https://obesite-idf.fr/la-prise-en-charge-de-lobesite-par-les-cso/>

⁵⁶ AMELI, Surpoids et obésité de l'adulte : suivi, médicaments et chirurgie, 15 septembre 2025 : <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical>

⁵⁷ OECD, Health at a glance 2023, Overweigh and obesity, 7 November 2023: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/overweight-and-obesity_590d3909.html

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



aggravent la sédentarité, réduisent la motivation et compliquent l'adhésion aux recommandations hygiéno-diététiques.

Selon l'INSERM⁵⁸, la prévalence de la dépression chez les personnes obèses est deux fois supérieure à celle observée dans la population générale, et les troubles du sommeil (apnée, insomnie) concernent jusqu'à 40%⁵⁹ des patients obèses, accentuant la fatigue et la perte d'énergie. Ces facteurs psychologiques créent un cercle vicieux : la détresse émotionnelle favorise les comportements alimentaires compulsifs, qui aggravent la prise de poids et renforcent la culpabilité⁶⁰.

Une prise en charge psychologique adaptée est donc essentielle pour garantir la durabilité des résultats. Les recommandations de la HAS (2023) insistent sur l'intégration systématique d'un suivi psychologique ou psychiatrique dans le parcours de soins, notamment avant et après une chirurgie bariatrique, afin de prévenir les troubles du comportement alimentaire et les rechutes.

L'OMS souligne également que la santé mentale doit être considérée comme un levier central dans la lutte contre l'obésité, en lien avec la promotion du sommeil et la gestion du stress. Enfin, la coordination entre psychologues, médecins et diététiciens est indispensable pour mettre en place des stratégies de motivation, de soutien comportemental et de prévention des troubles associés.

○ Coordination des soins

L'efficacité de la prise en charge de l'obésité repose sur la coordination entre les différents intervenants : médecin généraliste, endocrinologue, médecin nutritionniste, diététicien, psychologue, kinésithérapeute et, le cas échéant, chirurgien bariatrique.

Cette coordination est indispensable pour assurer la continuité des soins, éviter les ruptures de suivi et garantir une approche globale intégrant les dimensions médicale, nutritionnelle et psychologique. Or,

⁵⁸ INSERM, Aliments ultra-transformés : leur surconsommation semble associée à des troubles de la santé mentale, juin 2023 : <https://www.inserm.fr/actualite/aliments-ultra-transformes-leur-surconsommation-semble-associee-a-des-troubles-de-la-sante-mentale/#:~:text=Une%20consommation%20importante%20d%E2%80%99aliments%20ultra-transform%C3%A9s%20est%20associ%C3%A9e%20%C3%A0,que%20la%20sant%C3%A9%20mentale%20ne%20serait%20pas%20%C3%A9pargn%C3%A9e.>

⁵⁹ INSERM, Syndrome d'apnées du sommeil : Une altération majeure de la qualité de vie et un risque élevé de maladies cardiométaboliques, août 2017 : <https://www.inserm.fr/dossier/apnee-sommeil/>

⁶⁰ INSERM, Sommeil : Faire la lumière sur notre activité nocturne, août 2017 : <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



les rapports ⁶¹⁶²⁶³ soulignent que le manque d'organisation des parcours constitue un obstacle majeur : absence de communication entre professionnels, multiplicité des interlocuteurs sans référent unique, et hétérogénéité des pratiques selon les territoires.

Les Centres Spécialisés Obésité (CSO) ont été créés pour répondre à ce besoin, en proposant des équipes pluridisciplinaires et des parcours coordonnés pour les obésités sévères et/ou complexes. Cependant, leur répartition inégale et les délais d'accès limitent leur impact, notamment en zones rurales. La HAS recommande la mise en place de protocoles de coordination territoriale, incluant un médecin traitant comme pivot du parcours, des outils numériques pour le partage d'informations, et des réunions de concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes (notamment avant chirurgie bariatrique). **Les enjeux de coordination restent importants quel que soit le grade de l'obésité.**

L'absence de ces dispositifs entraîne des conséquences directes : perte de suivi, découragement des patients, et inefficacité des interventions isolées.

En résumé, la coordination des soins n'est pas un simple enjeu organisationnel : elle conditionne la réussite des stratégies de lutte contre l'obésité et doit être intégrée dans les politiques nationales (PNNS 5, SNANC 2030) avec des financements dédiés et des indicateurs de qualité.

B. La réalité de terrain et l'enquête du CNOM

L'obésité étant une maladie complexe et multifactorielle, la prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire impliquant médecins généralistes, spécialistes, nutritionnistes, psychologues, et parfois chirurgiens. Cependant, de nombreux obstacles freinent l'accès efficace aux soins.

Une enquête, menée par la Section Santé Publique du CNOM auprès de patients atteints d'obésité via les associations de patients (Ligue contre l'Obésité et le Collectif National des Associations d'Obèses – CNAO), a visé à recueillir leur vécu concernant la prise en charge médicale, le dialogue avec les professionnels de santé, les obstacles rencontrés, la stigmatisation et leurs attentes. Dix-huit réponses ont été analysées.

Voir en ANNEXE 4 les résultats de l'enquête.

○ Profil des répondants

L'échantillon comprend 16 femmes et 2 hommes âgés de 32 à 73 ans (majorité entre 34 et 68 ans), dont 13 sont en activité, 4 retraités et 1 sans emploi.

⁶¹ HAS, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, février 2024 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

⁶² DREES, Lisa TROY, *Surpoids et obésité: facteurs de risques et politiques de prévention – Panorama des politiques publiques de prévention et de leurs effets, en Europe et dans le monde*, Les dossiers de la DREES, n°118, juillet 2024 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD118.pdf>

⁶³ Sénat, Rapport d'information n°744 (2021-2022) de Mmes Chantal DESEYNE, Brigitte DEVÉSA et Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 29 juin 2022, Surpoids et obésité, l'autre pandémie : <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744.html>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



○ **Prise en charge médicale**

Le suivi est assuré principalement par le médecin traitant (8 répondants sur 18), et dans certains cas, il est complété par l'intervention d'un spécialiste en diabétologie, endocrinologie ou nutrition, voire d'une diététicienne.

Parmi les personnes interrogées, 14 sur 18 déclarent connaître les réseaux spécialisés, qu'ils soient sociaux ou associatifs, qui jouent un rôle important dans l'information et le soutien. Enfin, 12 des 14 personnes qui connaissent ces réseaux y ont effectivement recours.

○ **Qualité du suivi et obstacles**

Le suivi est jugé globalement satisfaisant, avec une note moyenne de 7/10, mais présente une forte disparité selon les situations.

Les principaux obstacles soulevés sont les suivants :

- Manque de considération, préjugés et méconnaissance de la maladie par les soignants
- Matériel médical inadapté
- Délais longs, manque de coordination, instabilité du suivi
- Difficulté d'accès à des professionnels formés et insuffisance de la prise en charge
- Rareté de la spécialisation obésité

○ **Regard du corps médical et stigmatisation**

La perception du corps médical apparaît contrastée : pour 50 % des personnes interrogées, il est « correct mais parfois stigmatisant », 33 % le jugent « respectueux et aidant », tandis que 22 % le trouvent « souvent culpabilisant » et 17 % « très négatif ».

Neuf répondants sur dix-huit déclarent avoir subi des discriminations, allant de propos blessants à des refus de soins ou à l'attribution systématique de symptômes au poids.

Enfin, douze sur dix-huit estiment que les recommandations médicales sont souvent irréalistes ou culpabilisantes, citant des injonctions telles que la perte rapide de poids, des régimes restrictifs ou des conseils non personnalisés.

○ **Besoins et attentes exprimés**

L'enquête a permis de mettre en exergue les attentes prioritaires de l'échantillon de patients, à savoir :

- Parcours adaptés et accessibles financièrement (14).
- Approche pluridisciplinaire (13).
- Plus d'écoute et de temps de consultation (11).
- Reconnaissance d'une ALD par l'Assurance Maladie (11).
- Formation des soignants sur la discrimination liée au poids (4).
- Meilleure information sur les réseaux existants (4).

Parmi les autres besoins mentionnés dans l'enquête figurent la formation des médecins généralistes, la reconnaissance officielle de l'obésité comme maladie, une prise en charge globale incluant le soutien psychologique, l'adaptation du matériel médical, la lutte contre la stigmatisation, ainsi que l'implication des patients-partenaires dans les parcours de soins.



○ Conclusion et recommandations

Les personnes interrogées insistent sur la nécessité d'une approche bienveillante, globale et personnalisée, d'une meilleure formation des professionnels, de la reconnaissance de l'obésité comme maladie complexe, et d'un accès facilité à des parcours de soins adaptés et pluridisciplinaires. La stigmatisation et le manque de considération sont des freins majeurs à la confiance et à l'accès aux soins.

C. Enjeux et recommandations du CNOM :

Pour lever ces obstacles, les principales orientations identifiées par le ministère de la Santé, la HAS et accueillies favorablement par le CNOM sont :

- Former les professionnels à une approche bienveillante et non stigmatisante ;
- Développer des structures spécialisées accessibles dans tous les territoires ;
- Intégrer un suivi psychologique systématique ;
- Améliorer la couverture financière des soins de support ;
- Renforcer la coordination du parcours pluridisciplinaire via les CPTS et réseaux d'obésité régionaux.



L'OBÉSITÉ CHEZ L'ENFANT

I. Prévalence de l'obésité infantile

La prévalence du surpoids chez l'enfant et l'adolescent s'est stabilisée depuis les années 2000, mais demeure à un niveau préoccupant (15–18 %).

- 2015 : Environ 17 % des enfants âgés de 6 à 17 ans étaient en surpoids, dont environ 4 % étaient en situation d'obésité.
- 2016 : La prévalence de l'obésité chez les enfants a légèrement augmenté, atteignant environ 4,5 %.
- 2017 : La prévalence de l'obésité est restée stable, autour de 4,5 %.
- 2018 : Environ 4,6 % des enfants étaient obèses ; une légère augmentation a été observée.
- 2019 : La prévalence de l'obésité infantile est restée stable à environ 4,5 %.
- 2020 : En raison de la pandémie de COVID-19, des études ont montré une augmentation des comportements sédentaires et des habitudes alimentaires moins saines, mais les données précises sur la prévalence n'étaient pas encore complètement établies.
- 2021 : La prévalence de l'obésité chez les enfants était estimée à environ 5 %, avec une attention particulière portée sur les effets de la pandémie sur les habitudes alimentaires et l'activité physique.

L'obésité touche environ 4 à 5 % des enfants, avec un impact social marqué : elle est plus fréquente dans les zones défavorisées et chez les filles adolescentes⁶⁴.

A. Chez les jeunes enfants

Chez les enfants en France, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste préoccupante : environ 17% des enfants sont en surpoids, dont 4 % en situation d'obésité, avec une tendance à la stabilisation depuis le milieu des années 2010. Les inégalités sociales sont particulièrement marquées, les enfants issus de milieux défavorisés présentant des taux d'obésité deux à trois fois supérieurs à ceux des familles favorisées. Les principaux facteurs associés sont une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, un temps d'écran élevé et le contexte socio-économique familial. Cette situation expose à un risque élevé de persistance à l'âge adulte et de complications métaboliques précoces (diabète, hypertension), ce qui justifie des actions renforcées : prévention dès la petite enfance, promotion de l'activité physique à l'école, amélioration de l'accès à une alimentation saine et intégration des déterminants sociaux dans les politiques publiques (PNNS, SNANC)⁶⁵.

Principaux résultats :

- Enfants de 6 à 17 ans : 17 % en excès de poids, dont 3,9 % obèses.
- Prévalence du surpoids stable depuis 2006 (étude ENNS).

⁶⁴ Verdot C. et al., *BEH*, 2017 ; DREES, *Études et Résultats*, 2019 ; Labbé F. et al., *BEH*, 2022 ; Santé publique France, 2023

⁶⁵ Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(13):234-41. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html



- Pas de différence significative entre filles et garçons, mais une prévalence accrue entre 11 et 14 ans.

Un exemple : les données recueillies dans le département du Val-de-Marne entre 2018 et 2021⁶⁶ : la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 4 ans, scolarisés en petite section de maternelle, demeure préoccupante. En 2021, 15,8 % des enfants de cet âge étaient en situation de surpoids, tandis que 4,6 % présentaient une obésité. Ces chiffres montrent une tendance à l'augmentation, notamment en lien avec la crise Covid-19, témoignant au mieux d'une persistance du phénomène dans cette tranche d'âge.

Il est également important de souligner que la prévalence du surpoids et de l'obésité est nettement plus élevée dans les zones marquées par la précarité sociale. Ce constat met en évidence l'influence majeure du contexte socio-économique sur la santé des jeunes enfants et rappelle la nécessité de renforcer les actions de prévention ciblées, notamment dans les territoires les plus vulnérables.

B. Chez les adolescents

La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les adolescents en classe de troisième connaît une progression notable entre 2009 et 2017, atteignant respectivement 18% pour la surcharge pondérale et 5% pour l'obésité. Cette évolution s'accompagne d'écarts significatifs selon le sexe, avec une fréquence légèrement plus élevée chez les filles, ainsi que de fortes disparités sociales.⁶⁷

Les déterminants principaux de cette prévalence relèvent d'un ensemble de facteurs sociaux, comportementaux et environnementaux.

D'abord, les inégalités socio-économiques constituent un facteur déterminant. Les adolescents issus de milieux défavorisés présentent des taux de surpoids et d'obésité nettement supérieurs à ceux observés chez les jeunes des milieux aisés. Ainsi, un enfant d'ouvrier sur quatre est en surcharge pondérale et près de 8% sont en situation d'obésité, contre respectivement 12% et 3% chez les enfants de cadres. Ces écarts traduisent des conditions de vie différenciées, notamment en matière d'alimentation, d'activité physique et de gestion des loisirs.

Ensuite, les habitudes de vie jouent un rôle central. Le manque d'activité physique, la consommation excessive de temps d'écran et l'irrégularité des repas entraînant le grignotage sont autant de comportements favorisant la prise de poids. Ces pratiques se concentrent davantage dans les milieux sociaux les moins favorisés, où la régularité alimentaire et la pratique sportive sont moins fréquentes.

Enfin, la multiplication des usages numériques contribue à un accroissement généralisé de la sédentarité. L'expansion du multi-équipement et la diversification des supports (ordinateurs, téléphones, consoles) se traduisent par une exposition prolongée aux écrans. En 2017, près des trois quarts des collégiens dépassent les deux heures quotidiennes recommandées, et la moitié y consacre au moins trois heures et demie par jour en semaine. Cette surexposition affecte non seulement la dépense

⁶⁶ BEH, Impact de la crise sanitaire due au SARS-CoV-2 sur le statut staturopondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021 : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/impact-de-la-crise-sanitaire-due-au-sars-cov-2-sur-le-statut-staturponderal-des-enfants-de-quatre-ans-comparaison-des-donnees-des-bilans-de-sant>

⁶⁷ DREES, Etudes & Résultats, En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1122.pdf>



énergétique, mais aussi la qualité du sommeil et les capacités d'attention, éléments qui participent indirectement au déséquilibre pondéral.

L'accroissement de la prévalence de l'obésité chez les adolescents résulte de l'interaction entre les inégalités sociales, les habitudes de vie insuffisamment favorables à la santé et la généralisation des comportements sédentaires liés aux écrans, traduisant une forme de vulnérabilité différenciée selon le milieu social.

II. Causes de l'obésité

L'obésité chez l'enfant ne résulte pas d'un seul déterminant mais d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, épigénétiques, comportementaux et environnementaux. Cette interaction explique la difficulté à enrayer sa progression et la nécessité d'une approche globale en prévention.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile est notamment liée à 3 facteurs-clés :

A. Facteurs environnementaux :

L'environnement dans lequel évolue l'enfant joue un rôle majeur. Une alimentation déséquilibrée, riche en sucres, en graisses et en produits ultra-transformés, favorise la prise de poids. Cette tendance est aggravée par la diminution de l'activité physique, accentuée par les modes de vie sédentaires et les restrictions liées à la pandémie. L'usage intensif des écrans et des jeux vidéo augmente le temps passé assis, réduisant les dépenses énergétiques. L'environnement familial est également déterminant : des habitudes alimentaires inadaptées et un mode de vie peu actif influencent directement le comportement de l'enfant.

B. Facteurs épigénétiques : interaction entre les facteurs environnementaux et génétiques

Les facteurs épigénétiques traduisent l'impact des conditions prénatales et périnatales sur le risque d'obésité. L'alimentation maternelle pendant la grossesse, le diabète gestationnel, l'exposition aux perturbateurs endocriniens, ainsi que le tabagisme et le stress maternel, peuvent modifier l'expression des gènes et prédisposer l'enfant à une prise de poids excessive. Ces influences précoces soulignent l'importance d'une prévention dès la période prénatale.

C. Facteurs génétiques

La génétique contribue à la vulnérabilité à l'obésité.

L'obésité polygénique, la plus fréquente, résulte de l'action combinée de plusieurs gènes influençant le métabolisme, l'appétit et le stockage des graisses.

L'obésité monogénique, plus rare, est liée à des mutations spécifiques affectant la régulation de la satiété ou du métabolisme énergétique. Ces formes nécessitent une prise en charge spécialisée.

L'obésité infantile est le résultat d'une interaction entre l'environnement, la génétique et les influences précoces. La prévention doit commencer avant la naissance et se poursuivre tout au long de l'enfance.



D. Les déterminants de l'obésité de l'enfant

L'obésité pédiatrique résulte d'une interaction complexe entre facteurs environnementaux (alimentation, sédentarité), facteurs génétiques (susceptibilité polygénique ou mutations monogéniques rares) et mécanismes épigénétiques modulant l'expression des gènes.

Ce continuum explique la diversité des profils cliniques et la nécessité d'une approche globale intégrant la prévention environnementale, la surveillance métabolique et le dépistage génétique ciblé⁶⁸.

L'obésité infantile constitue désormais une pathologie à portée épidémique reconnue à l'échelle mondiale⁶⁹.

En France, la proportion d'enfants âgés de 5 à 12 ans présentant un surpoids, défini par un indice supérieur ou égal au 97^e percentile des références nationales, a connu une augmentation notable, passant de 6% à la fin des années 1970 à 13% en 1996. Les dispositifs de prévention et de sensibilisation déployés auprès des professionnels de santé et du grand public ont toutefois permis de freiner cette progression : depuis le début des années 2000, les données épidémiologiques suggèrent une possible stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité pédiatrique.

En 2006, selon les références de l'International Obesity Task Force (IOTF), la prévalence du surpoids, incluant l'obésité, était estimée à 18% chez les enfants âgés de 3 à 17 ans, dont 3,5% présentaient une obésité avérée. Il convient néanmoins de souligner que cette stabilisation globale s'accompagne d'une aggravation des formes les plus sévères : depuis les années 1980, leur fréquence a été multipliée par quatre, représentant environ 0,05% de la population des moins de 18 ans. Ces formes d'obésité sévère tendent à persister à l'âge adulte et constituent un déterminant majeur de complications métaboliques et cardiovasculaires, dont la gravité augmente avec la valeur de l'indice de masse corporelle. Les sujets concernés subissent ainsi une exposition précoce et prolongée à la maladie, entraînant un risque élevé de morbidité et de mortalité ultérieure.

La probabilité de persistance de l'obésité de l'enfance à l'âge adulte varie selon les études : elle est estimée entre 20 et 50% avant la puberté et entre 50 et 70% après celle-ci. Enfin, la distribution sociale de l'obésité demeure inégale, les prévalences du surpoids et, plus particulièrement, de l'obésité sévère apparaissant significativement plus élevées dans les populations défavorisées.

⁶⁸ HAS, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, 3 février 2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf

⁶⁹ Société Française d'Endocrinologie, Item 253 – Obésité de l'enfant et de l'adolescent : <https://www.s fendocrino.org/item-253-obesite-de-lenfant-et-de-ladolescent/>



Les recommandations à rappeler :

- Agir dès la grossesse : dépistage du diabète gestationnel, conseils nutritionnels aux femmes enceintes
- Promouvoir une alimentation équilibrée dès l'enfance : limiter les produits ultra-transformés et sucrés (en limitant tout particulièrement les sirops de fructose notamment des boissons)
- Encourager l'activité physique quotidienne : réduire le temps d'écran, favoriser les jeux actifs
- Sensibiliser les familles : éducation nutritionnelle et accompagnement parental
- Surveiller les facteurs de risque précoces : antécédents familiaux, exposition aux perturbateurs endocriniens

III. Conséquences de l'obésité chez l'enfant

Elle peut entraîner, dès l'enfance, des difficultés respiratoires et des troubles musculo-squelettiques mais aussi un risque accru de fractures.

Elle représente un facteur prédictif d'augmentation du risque cardiovasculaire et du risque de décès prématuré à l'âge adulte.

IV. Prise en charge de l'obésité chez l'enfant

C'est pourquoi la prévention de l'obésité de l'enfant et la prise en charge la plus précoce possible du surpoids sont des mesures essentielles.

Le rôle du médecin traitant ou du pédiatre sont déterminants. Grâce à un suivi régulier de l'indice de masse corporelle (IMC) et à l'analyse de l'évolution de la courbe de corpulence, ils peuvent repérer précocement les enfants et adolescents à risque de développer un surpoids ou une obésité⁷⁰.

Cette prise en charge précoce pourrait également permettre aux enfants obèses de retrouver plus rapidement un poids normal.

Les signaux d'alerte sur les courbes d'IMC qui doivent faire réagir :

- L'ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance
- Le rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans)
- Le changement de couloir vers le haut

Chez les enfants, la prise en charge de l'obésité doit comprendre

- L'analyse des changements du comportement alimentaire, afin de rétablir l'équilibre nutritionnel
- La mise en place d'une pratique d'activité physique quotidienne, ludique et adaptée à l'âge et aux capacités de l'enfant
- La diminution des activités sédentaires, qui maintiennent les enfants assis, sans dépense énergétique suffisante
- L'accompagnement psychologique, afin d'améliorer l'estime de soi.

Les traitements médicamenteux sont à éviter. Par ailleurs, la chirurgie est à proscrire.

⁷⁰ PNNS, Evaluer et suivre la corpulence des enfants, 2011 : [https://www.apop-france.com/uploads/elfinder/doc-telecharger/docIMCEnf_INPES_2012%20\(1\).pdf](https://www.apop-france.com/uploads/elfinder/doc-telecharger/docIMCEnf_INPES_2012%20(1).pdf)

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



V. Conclusion

Entre 2015 et 2021, la France a observé une légère augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants, avec une attention accrue sur les effets des changements de mode de vie et de la pandémie de COVID-19. L'obésité infantile demeure un problème de santé publique important, nécessitant des interventions ciblées pour promouvoir des habitudes alimentaires saines et encourager l'activité physique chez les enfants. Les efforts doivent inclure l'éducation parentale, des initiatives scolaires et des politiques publiques visant à créer un environnement favorable à un mode de vie sain.



LA PRÉVENTION

La lutte contre l'obésité en France s'appuie sur une approche globale, impliquant différents acteurs de la santé publique, de l'Assurance Maladie aux établissements hospitaliers, en passant par les professionnels de santé de proximité. D'importantes mesures sont mises en œuvre pour surveiller les habitudes alimentaires, promouvoir de meilleures pratiques nutritionnelles, accompagner les patientèles à risque et soutenir la recherche et la formation.

Ce chapitre présente un aperçu des principaux dispositifs et programmes déployés pour prévenir et prendre en charge l'obésité sur l'ensemble du territoire :

- D'une part, par les différentes actions de prévention menées par l'État et ses agences,
- D'autre part, par les professionnels de santé intervenant dans le champ de la prévention

I. Politique de prévention de l'obésité et axes de stratégie développés

A. Le rapport de la Cour des Comptes

Le Rapport de la Cour des comptes de 2019 sur la prévention et la prise en charge de l'obésité⁷¹, articulée autour de trois axes : constats mesurés, limites de la mise en œuvre, et recommandations opérationnelles

Des constats mesurés :

- 1 Français sur 2 est en surpoids, 1 sur 6 est en situation d'obésité (prévalence adulte : 17 %).
- La prévalence a doublé entre 1980 et 2005, puis s'est stabilisée, masquant toutefois de fortes disparités sociales et territoriales.
- Surreprésentation de l'obésité chez les personnes peu diplômées, les femmes, les enfants d'ouvriers et dans les DOM.
- Facteurs aggravants : augmentation du temps d'écran, sédentarité, précarité alimentaire.
- L'obésité est associée à de nombreuses pathologies (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, troubles psychologiques).
- Coût économique élevé estimé à 21,9 Md€ par an.

La mise en œuvre de la prise en charge de l'obésité :

- Multiplication des plans (PNNS, PO, PNA, PES...) sans coordination efficace.
- Gouvernance nationale et régionale morcelée, malgré l'implication des ARS.
- Prévention nutritionnelle plus dynamique mais régulation de l'offre alimentaire trop faible.
- Publicité alimentaire insuffisamment encadrée, Nutri-Score non généralisé.
- Parcours de soins peu accessible : recours excessif à la chirurgie bariatrique, APA (activité physique adaptée) peu prescrit.
- Expérimentations prometteuses mais déployées lentement.

Quelles recommandations :

- Renforcer la surveillance épidémiologique régionale et ultramarine.

⁷¹ Cour des Comptes, La prévention et la prise en charge de l'obésité, 11/12/2019 : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-et-la-prise-en-charge-de-l-obesite>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Améliorer la coordination intersectorielle au niveau régional sous l'égide des ARS et préfets.
- Fixer des taux maximaux de sucre, sel et gras dans les aliments par concertation.
- Élargir la régulation de la publicité alimentaire à tous les supports et horaires.
- Développer des bases de données nutritionnelles publiques labellisées.
- Étendre les compétences des infirmières en pratique avancée à la prise en charge de l'obésité.
- Généraliser les parcours de soins multidisciplinaires dès l'enfance.
- Lancer une expérimentation de prise en charge adulte incluant l'allocation personnalisée d'autonomie, diététique et psychologie.

Les actions de prévention en nutrition chez l'enfant et l'adulte sont mises en place par plusieurs acteurs en santé publique, notamment l'État, l'Assurance Maladie (CPAM), les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et la coordination des professionnels de santé sur les territoires.

B. Actions menées par l'État et les agences de santé

Les éléments du rapport annuel 2024 de Santé publique France qui concernent la nutrition, l'obésité et l'activité physique, extraits et synthétisés, peuvent être résumés ainsi :

○ Petite enfance : allaitement et diversification alimentaire

- 77 % des nouveau-nés étaient allaités à la maternité en 2024 (vs 74 % en 2012).
- À 6 mois, plus d'un tiers des nourrissons étaient encore allaités (vs moins d'un quart en 2012).
- 91 % des enfants ont débuté la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois, conformément aux recommandations actualisées en 2021.

○ Enquête Albane – Nutrition, environnement et maladies chroniques

L'enquête Albane (ALimentation, Biosurveillance, sAnté, Nutrition, Environnement) constitue un outil structurant pour :

- suivre l'évolution des expositions environnementales,
- évaluer les effets sanitaires à long terme,
- adapter les recommandations nutritionnelles,
- renforcer la surveillance épidémiologique en lien avec les enjeux de santé environnementale.

Elle se déroule en cycles de deux ans, avec un premier cycle de juin 2025 à décembre 2026, auprès de 3 150 personnes (150 enfants de 0 à 2 ans, 1 000 enfants de 3 à 17 ans et 2 000 adultes de 18 à 79 ans)

Elle permet une vision globale et dynamique de la santé des Français, en intégrant les déterminants environnementaux, comportementaux et biologiques, lancée en juin 2025, visant à évaluer de manière continue et intégrée l'état de santé de la population française, ses habitudes alimentaires et son activité physique et son exposition aux substances chimiques présentes dans l'environnement.

Elle est menée conjointement par Santé publique France et l'Anses, avec le soutien de plusieurs ministères (Santé, Écologie, Agriculture, Travail) et partenaires techniques (Insee, Ipsos, Université de Cambridge).

Elle a pour objectifs scientifiques et sanitaires de décrire la fréquence de maladies chroniques (diabète, obésité, hypertension, maladies respiratoires), de quantifier l'imprégnation de la population par des substances chimiques comme les pesticides, bisphénols, phtalates, PFAS, d'analyser les comportements alimentaires et le niveau d'activité physique, d'établir des valeurs de référence

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



d'exposition pour la population française, et enfin d'orienter les politiques publiques de prévention et de régulation sanitaire.

- **Campagne « Manger-Bouger » (4 à 11 ans)**

- En septembre 2024, un guide nutritionnel a été publié pour accompagner les familles :
 - Objectif : transmettre le plaisir de bien manger et bouger.
 - Diffusé à plus de 100 000 professionnels de santé, PMI, pharmacies, associations....

- **Activité physique des adolescents**

En 2024, une synthèse nationale a mis en évidence :

- 33 % des garçons et 25 % des filles de 11-14 ans n'atteignent pas les recommandations d'activité physique.
- Ces proportions montent à 40 % des garçons et 15 % des filles chez les 15-17 ans.

Lancement de la campagne @EnModeDeter sur Snapchat (et bientôt TikTok), visant à :

- Faire connaître leur niveau d'activité via un test sur Mangerbouger.fr,
- Encourager à bouger davantage, en lien avec les Jeux Olympiques.

- **Recherche et prévention des maladies chroniques**

La chaire de santé publique soutenue par Santé publique France a porté en 2023-2024 sur :

- l'articulation entre nutrition et prévention des maladies chroniques, sous l'égide de Mathilde Touvier (Inserm).
- Programme National Nutrition Santé (PNNS) : Lancé par le ministère de la Santé, il promeut une alimentation équilibrée et l'activité physique. Il inclut des campagnes de sensibilisation (ex. « Manger Bouger »).
- Stratégie nationale de lutte contre l'obésité : Actions spécifiques pour les enfants et les populations vulnérables.
- Taxation des boissons sucrées et encadrement de la publicité alimentaire : Régulation des produits alimentaires néfastes pour la santé.
- Programme de cantines scolaires équilibrées : Obligation d'intégrer des repas équilibrés dans les écoles publiques.

C. Actions de l'Assurance Maladie (CPAM) et des mutuelles

De nombreux dispositifs ont été mis en place par l'Assurance Maladie pour promouvoir une alimentation saine, encourager l'activité physique et accompagner les populations dans la prévention et la prise en charge de leur santé.

Programmes de prévention et de dépistage

- Bilan de santé gratuit (ex. « Mon Bilan Prévention ») : Inclut un volet sur l'alimentation et l'IMC.
- Prise en charge du suivi diététique : Remboursement partiel de consultations avec un diététicien pour certaines pathologies (diabète, obésité) dans le cadre de parcours spécifiques.
- Programme SOPHIA : Accompagnement des patients diabétiques et hypertendus via des conseils nutritionnels et un suivi personnalisé.

Aides financières et accompagnement



- Aides aux familles précaires : Distribution (locales) de chèques alimentaires pour des produits sains
- Accès facilité aux activités physiques adaptées (APA) : Remboursement partiel de certaines pratiques sportives en prévention des maladies chroniques.

D. Conclusion

Les politiques de santé publiques concernant la prise en charge de l'obésité sont réelles mais trop dispersées. Pour favoriser une meilleure prise en charge des patients, l'accompagnement des familles et une information claire pour les professionnels de santé, le CNOM propose un regroupement de l'ensemble de ces initiatives au sein d'un document unique.

II. Place des professionnels de santé dans la prévention de l'obésité

A. Actions des CHU et des établissements de santé

○ Consultations spécialisées et accompagnement médical

- Centres spécialisés dans la prise en charge de l'obésité (CSO) : Suivi des patients avec obésité sévère.
- Consultations en nutrition et endocrinologie : Dépistage et prise en charge des maladies métaboliques.
- Rééducation nutritionnelle pour les patients hospitalisés : Programmes adaptés pour lutter contre la dénutrition.

○ Formation et recherche en nutrition

- Études et innovations en nutrition pour améliorer les recommandations de santé publique.
- Formations pour les professionnels de santé sur la prévention nutritionnelle.

B. Coordination des médecins et des professionnels de santé sur les territoires

Rôle des médecins généralistes et spécialistes

- Dépistage du surpoids et des carences dès l'enfance via le carnet de santé.
- Éducation nutritionnelle personnalisée lors des consultations.
- Orientation vers des diététiciens et nutritionnistes pour un suivi adapté.

Rôle des maisons de santé pluridisciplinaires et CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)

- Mise en place d'ateliers de prévention nutritionnelle dans les territoires (écoles, entreprises, collectivités).
- Programmes d'accompagnement des patients à risque (prédiabétiques, femmes enceintes, seniors).

Actions des pharmaciens et infirmiers

- Conseils nutritionnels en pharmacie et prévention de l'obésité.
- Suivi des régimes alimentaires et de la supplémentation en lien avec les médecins.

Ces actions coordonnées permettent une prise en charge globale et renforcée de la nutrition, essentielle pour prévenir les maladies chroniques et améliorer la santé publique sur les territoires.



PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DU PATIENT OBÈSE

I. Introduction

Les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) : organisation, missions et rôle central dans la prise en charge de l'obésité en France⁷²⁷³.

Un maillon stratégique pour une réponse coordonnée, multidisciplinaire et innovante face à une pathologie chronique majeure

Les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) occupent une place centrale dans l'organisation nationale de la prise en charge de l'obésité sévère et complexe en France. Créés dans le cadre du Plan Obésité, leur mission est de garantir un accès équitable à des parcours de soins spécialisés et coordonnés pour les patients souffrant d'obésité, en s'appuyant sur une approche pluridisciplinaire, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'innovation organisationnelle. Leur rôle est d'autant plus crucial que l'obésité représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, du fait de sa prévalence croissante et de ses conséquences médicales, psychologiques et sociales.

II. Organisation nationale : maillage territorial, pilotage et coordination

Le dispositif des CSO repose sur un maillage territorial structuré, piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la Santé. À ce jour, 37 CSO et 5 centres intégrés couvrent l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin, garantissant ainsi une réponse adaptée à la diversité des besoins régionaux.

La coordination nationale s'appuie sur le Groupe de concertation et de coordination des CSO (GCC-CSO), présidé par le Pr Judith Aron-Wisniewsky (AP-HP), qui assure l'harmonisation des pratiques, la diffusion des recommandations et le pilotage des filières régionales de soins en lien avec la DGOS.

Les CSO sont rattachés à des établissements de santé publics ou privés, et travaillent en réseau avec les acteurs de la ville, de l'hôpital, du médico-social et du secteur associatif pour garantir une continuité des parcours de soin.

III. Missions principales des CSO

Coordination régionale de la filière obésité : Les CSO sont responsables de l'organisation, de l'animation et de la structuration des parcours de soins pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'obésité (médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux, établissements hospitaliers, structures médico-sociales, associations de patients...).

Accès à une prise en charge multidisciplinaire : Ils garantissent à chaque patient un accès à une équipe pluridisciplinaire (nutritionniste, diététicien, psychologue, chirurgien, endocrinologue, infirmier,

⁷² Ministère de la Santé, Les centres spécialisés obésité (CSO) : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-obesite-cso>

⁷³ HAS, Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux, juin 2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



kinésithérapeute, éducateur en activité physique adaptée...) pour une évaluation globale et un plan de soins personnalisé.

Prévention des rechutes post-chirurgicales : Les CSO assurent un suivi médico-nutritionnel de long terme, notamment après chirurgie bariatrique, pour prévenir les complications et les reprises de poids.

Développement de l'offre de prévention et d'éducation thérapeutique : Ils conçoivent et mettent en œuvre des actions de sensibilisation, d'information, de formation et d'éducation thérapeutique à destination des patients, des professionnels de santé et du grand public.

Appui à la recherche clinique : Les CSO participent à la production de données épidémiologiques et à l'évaluation de nouvelles modalités de prise en charge.

IV. Fonctionnement et organisation des CSO

A. Structure des équipes

Chaque CSO est placé sous la responsabilité d'un médecin coordinateur et regroupe une équipe pluridisciplinaire composée de médecins (nutritionnistes, endocrinologues, pédiatres, chirurgiens spécialisés en chirurgie bariatrique), de professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues), d'éducateurs en activité physique adaptée, et de personnels en charge de la coordination.

Cette organisation permet une prise en charge globale du patient, intégrant l'ensemble des dimensions : médicale, nutritionnelle, psychologique, chirurgicale et sociale.

B. Programmes individualisés et parcours de soins

Chaque patient bénéficie d'un programme personnalisé, élaboré à l'issue d'une évaluation initiale approfondie (bilan médical, nutritionnel, psychologique et social). Le parcours comprend :

- Des conseils alimentaires adaptés et un accompagnement diététique ;
- Des séances d'activité physique adaptée ;
- Un suivi psychologique, individuel ou en groupe ;
- La prescription de traitements médicaux ou, si nécessaire, la préparation à une intervention chirurgicale bariatrique ;
- Un suivi régulier permettant d'ajuster le programme en fonction de l'évolution clinique et des objectifs fixés avec le patient.

C. Prise en charge et accompagnement des patients

- Évaluation initiale : Identification du degré d'obésité, des comorbidités, des facteurs de risque et des besoins spécifiques.
- Suivi régulier : Réévaluations périodiques, adaptation du plan de soins, prévention des complications et des rechutes.
- Soutien psychologique : Prise en compte des dimensions émotionnelles et comportementales, accompagnement dans la gestion des troubles alimentaires et du vécu de la maladie.
- Préparation et suivi post-chirurgical : Information, évaluation de l'indication opératoire, suivi rapproché après chirurgie bariatrique pour limiter les risques de complications et de reprise pondérale.



V. Actions de prévention et d'éducation

Les CSO jouent un rôle moteur dans la prévention et l'éducation à la santé :

- Développement de partenariats avec les acteurs de la ville, du secteur médico-social et associatif pour renforcer la prévention et l'accompagnement de proximité.
- Organisation de campagnes d'information, de journées de sensibilisation et de formations à destination des professionnels de santé et du grand public.
- Diffusion des recommandations de bonnes pratiques issues de la Haute Autorité de Santé (HAS), notamment sur la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité sévère (HAS, 2022).
- Contribution à la formation continue et à la montée en compétences des professionnels intervenant auprès des personnes en situation d'obésité.

A. L'accompagnement nécessaire du patient obèse

○ L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Importance de l'autonomisation du patient : L'ETP vise à rendre le patient acteur de sa santé, en lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour gérer sa maladie au quotidien. Cette approche favorise l'engagement durable dans le parcours de soins et la prévention des rechutes. L'objectif n'est pas seulement de transmettre des connaissances, mais de développer des capacités d'adaptation, de prise de décision et de motivation, dans une logique de responsabilisation. A noter que les politiques sont actuellement très différentes en fonction des ARS, ce qui peut limiter les initiatives en restreignant l'obtention des FIR par les équipes de soins libérale ou hospitalière.

○ Rôle et principe de l'ETP

L'éducation thérapeutique repose sur une relation de confiance entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. Le soignant adopte une posture d'accompagnant, construisant avec le patient un projet personnalisé, adapté à ses besoins et à son contexte. Cette démarche implique :

- Écoute active et communication centrée sur le patient ;
- Valorisation de la singularité : pas de modèle unique, mais des solutions individualisées ;
- Co-construction : « Construire avec le patient une réponse originale, individuelle, appropriée »⁷⁴

○ Approches Éducatives

Les programmes d'ETP incluent :

- Formation sur la nutrition, l'activité physique et la gestion du poids ;
- Ateliers pratiques pour apprendre à planifier ses repas, gérer les émotions liées à l'alimentation, et intégrer l'exercice dans la vie quotidienne ;
- Communication bienveillante pour renforcer la motivation et éviter la stigmatisation.

○ Outils et Ressources

Pour soutenir cette démarche, plusieurs outils sont mobilisés :

⁷⁴ Sandrin-Berthon, L'éducation au secours de la médecine, PUF, 2000



- Supports pédagogiques : brochures, vidéos, plateformes e-santé ;
- Ateliers collectifs ou individuels en structures spécialisées (RePPOP, CSO, CPTS) ;
- Groupes de parole et programmes validés par la HAS
- Implication des parents et aidants pour les enfants, afin d'assurer une cohérence éducative.

○ Objectifs stratégiques

L'ETP ne se limite pas à l'information : elle vise à changer les comportements de manière durable, en renforçant la motivation et en réduisant les risques de rupture de parcours. Elle constitue un levier essentiel pour améliorer la qualité de vie, prévenir les complications et optimiser l'efficacité des traitements, y compris la chirurgie bariatrique.

B. Modification thérapeutique du mode de vie (MTMV)

Les MTMV constituent le socle fondamental de la prise en charge de l'obésité, avant toute prescription médicamenteuse ou intervention chirurgicale. Elles reposent sur une approche globale, personnalisée et durable, visant non seulement la perte de poids, mais aussi l'amélioration de la santé globale et la qualité de vie.

○ Principes des MTMV

La réussite des MTMV repose sur une personnalisation des objectifs en fonction du profil du patient, de ses capacités et de son contexte psychosocial.

L'objectif n'est pas une perte de poids rapide, mais une réduction progressive et durable, associée à la diminution des comorbidités et au maintien des bénéfices dans le temps. Cette démarche implique une dynamique motivationnelle, renforçant l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle.

○ Composantes des MTMV

Alimentation : L'adoption d'un régime équilibré et flexible est essentielle. Il s'agit de privilégier la rééducation alimentaire plutôt que la restriction stricte, en sensibilisant le patient à la taille des portions, au rythme des repas et à la gestion des émotions liées à l'alimentation. Des stratégies pratiques comme la planification des repas et l'utilisation d'outils pédagogiques facilitent cette transition.

Activité physique : L'intégration progressive d'une activité régulière est indispensable. L'important est de choisir des activités plaisantes et adaptées, favorisant l'adhésion à long terme. L'Activité Physique Adaptée (APA) et la réduction de la sédentarité sont encouragées par des professionnels formés (kinésithérapeute ou non).

Soutien psychologique : La prise en charge des troubles anxieux, dépressifs ou du comportement alimentaire est cruciale pour éviter les rechutes et maintenir la motivation.

Hygiène de vie et sommeil : Stabiliser les horaires, limiter les écrans et restaurer un sommeil de qualité sont des leviers majeurs pour réguler le métabolisme et soutenir la perte de poids.

○ Suivi et Évaluation

Un suivi régulier est indispensable pour ajuster les stratégies et maintenir la motivation. Les consultations permettent de réévaluer les objectifs, le poids et la qualité de vie. L'utilisation d'outils numériques (applications, journaux alimentaires, montres connectées) favorise la prise de conscience des comportements et l'autonomie du patient. Une réévaluation semestrielle est recommandée pour mesurer les progrès et adapter le plan de soins.



○ Cadre réglementaire et recommandations

Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la prise en charge de l'obésité doit reposer sur une approche pluridisciplinaire, centrée sur le patient, avec une évaluation régulière des bénéfices et des risques des interventions. Ces recommandations soulignent l'importance d'associer des modifications du mode de vie (alimentation équilibrée, activité physique adaptée, soutien psychologique) à un suivi médical régulier, en limitant le recours aux traitements médicamenteux aux situations où ils sont justifiés et toujours sous contrôle médical.

La HAS recommande également la personnalisation des objectifs selon le profil du patient, l'évaluation des comorbidités et la prise en compte de la motivation ainsi que du contexte psychosocial. L'ANSM insiste, de son côté, sur la sécurité d'utilisation des médicaments anti-obésité, avec une surveillance accrue des effets indésirables et la nécessité d'un arrêt du traitement si les objectifs de perte de poids ne sont pas atteints après trois à six mois.

VI. Approche pluridisciplinaire et coordination du parcours de soins

La HAS et l'ANSM insistent sur une coordination étroite entre les acteurs de santé :

- Le médecin traitant ou le pédiatre pilote le parcours de soins,
- Les diététiciens, enseignants APA, psychologues, infirmiers, infirmier(e)s IPA (infirmiers de pratique avancée, notamment en diabétologie), infirmier(e)s ASALEE (pour la prévention primaire délégués à la santé publique par un médecin généraliste ...) assurent le suivi au long cours,
- Les spécialistes libéraux ou hospitaliers (endocrinologues-diabétologues-nutritionnistes, chirurgiens bariatriques, psychiatres...) interviennent en cas de complexité.

Cette organisation graduée, recommandée par la HAS (2022–2024), vise à articuler soins de proximité et expertise hospitalière, avec recours à l'éducation thérapeutique, la pharmacothérapie (analogues du GLP-1, setmelanotide...) ou la chirurgie selon la sévérité.

VII. Innovations organisationnelles

Dans le cadre de la promotion de l'innovation en santé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁷⁵ a instauré un dispositif visant à expérimenter des organisations innovantes dans le domaine sanitaire. Ce dispositif s'appuie sur des modalités de financement novatrices et a pour ambition d'améliorer l'efficacité du système de santé, de faciliter l'accès aux soins ainsi que d'optimiser la pertinence des prescriptions de produits de santé⁷⁶.

L'article 51 poursuit ainsi l'objectif de favoriser l'émergence de nouvelles organisations susceptibles d'améliorer le parcours des patients, l'efficacité globale du système de santé, l'accès aux soins et la qualité des prescriptions.

Dans un contexte d'évolution des parcours de santé vers une prise en charge intégrée et globale, ce dispositif constitue une opportunité institutionnelle majeure pour expérimenter de nouvelles approches

⁷⁵ Article 51 Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172

⁷⁶ ARS IDF, Article 51 : innovation organisationnelle : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/article-51-innovation-organisationnelle>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



organisationnelles. Il autorise des dérogations aux règles de financement de droit commun, applicables tant en ville qu'au sein des établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

Sont éligibles à ce dispositif les expérimentations portant notamment sur la coordination des parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins.



CONCLUSION

Les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) constituent le socle de la prise en charge des formes sévères et complexes de l'obésité en France. Leur organisation territoriale, leur approche multidisciplinaire et leur capacité à coordonner l'ensemble des acteurs de la filière leur confèrent un rôle stratégique dans la lutte contre l'obésité et la prévention de ses complications. En s'appuyant sur des recommandations actualisées, des partenariats solides et des innovations organisationnelles, les CSO contribuent à améliorer la qualité des soins, à renforcer la prévention et à promouvoir une approche globale et humaine de la santé publique.

I. Offre de soins des adultes

Elle se développe constamment en privilégiant une adaptation de la prise en charge en fonction du stade de l'obésité et une articulation ville/hôpital autour du patient.

A. Filière de soins pour l'obésité de l'adulte en France.

L'organisation repose sur une graduation en trois niveaux de recours selon la complexité clinique et psychosociale.

o Les expérimentations Article 51

Les expérimentations⁷⁷ visées à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 renforcent la coordination territoriale et l'accompagnement interdisciplinaire (prévention, éducation thérapeutique, suivi post-bariatrique).

L'exemple BARIA UP⁷⁸ vise à améliorer la prise en charge des patients obèses candidats à une chirurgie bariatrique et leur suivi post-opératoire. Elle répond à un constat préoccupant : près de la moitié des patients opérés sont perdus de vue après deux ans, ce qui augmente les risques de complications, de reprise de poids et de réapparition des comorbidités. Le projet propose un parcours éducatif coordonné, standardisé et reproductible, conforme aux recommandations de la HAS.

Le dispositif s'appuie sur une coopération renforcée entre les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO), les unités MCO et les SSR, avec l'implication de professionnels pluridisciplinaires (chirurgiens, nutritionnistes, psychologues, diététiciens, éducateurs en activité physique adaptée). Un référent de coordination assure la continuité du suivi et l'intégration du médecin traitant.

Le parcours se déroule en plusieurs étapes :

- Avant l'opération, le patient bénéficie d'une éducation thérapeutique centrée sur la nutrition, l'activité physique et la préparation psychologique, ainsi que de consultations pluridisciplinaires pour valider l'indication chirurgicale.
- Après l'intervention, un suivi rapproché est organisé pendant les six premiers mois, incluant des consultations régulières et des séances éducatives.

⁷⁷ Ministère de la santé, Article 51 : expérimentations en cours : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/article-51-experimentations-en-cours>

⁷⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_protocole_lot1_baria_up_.pdf



- À moyen terme (6 à 24 mois), le patient est suivi trimestriellement pour prévenir les complications et ajuster les recommandations nutritionnelles et comportementales.
- À long terme (jusqu'à 5 ans), un suivi annuel est maintenu pour consolider les résultats et prévenir la reprise de poids.

Le financement repose sur un forfait global par parcours, intégrant des prestations non remboursées en droit commun (diététique, psychologie, activité physique adaptée) et une part incitative liée à la qualité du suivi et aux résultats obtenus.

○ La prise en charge graduée de l'obésité

La prise en charge de l'obésité en France⁷⁹ repose sur une organisation graduée des soins, adaptée à la sévérité et à la complexité de la maladie. L'objectif est de freiner la progression de l'obésité, de réduire la stigmatisation et d'assurer un suivi durable des personnes concernées. Cette approche implique une structuration de la filière de soins, une coordination territoriale et une accessibilité renforcée des équipements.

Trois niveaux de soins sont définis :

- Premier recours : repérage, diagnostic, orientation et suivi par des professionnels de proximité (médecins généralistes, centres de santé, pharmaciens, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée). Les médecins du travail, scolaires et de PMI sont également impliqués.
- Deuxième recours : prise en charge par des médecins compétents en nutrition, endocrinologie ou autres disciplines, en ville ou en établissements de santé. Cette étape inclut la prise en charge médicale et/ou chirurgicale, en lien avec les soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés dans les affections digestives, métaboliques et endocriniennes.
- Troisième recours : assuré par les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO), qui disposent d'une expertise pluridisciplinaire et d'équipements adaptés pour les cas sévères ou complexes. Ils organisent les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les patients orientés vers la chirurgie bariatrique et contribuent à la structuration des filières régionales.

Cette gradation vise à garantir le bon soin au bon moment, en mobilisant des équipes pluridisciplinaires et en assurant une continuité entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Elle s'inscrit dans une logique de parcours coordonné, intégrant la prévention, l'accompagnement psychologique, la nutrition et l'activité physique adaptée.

II. Offre de soins des enfants et adolescents

A. Parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en surpoids ou obèse

Le parcours idéal repose sur la coordination par le médecin traitant, avec l'appui de professionnels de santé de proximité et, selon la complexité, d'équipes spécialisées régionales ou hospitalières.

⁷⁹ Ministère de la santé, La prise en charge graduée de l'obésité, 25 février 2025 : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Cette approche graduée vise à renforcer la prévention, la continuité du suivi et la prise en charge précoce des formes sévères ou syndromiques⁸⁰.

La HAS y définit une organisation graduée du parcours de soins selon trois niveaux :

- 1^{er} recours :
 - o Prise en charge coordonnée par le médecin traitant, en lien avec le réseau de proximité (diététicien, psychologue, kinésithérapeute, infirmier, ETP...).
 - o Évaluation initiale : croissance, IMC, contexte familial, retentissement psychosocial.
 - o Orientation possible vers un réseau spécialisé (RéPPOP).
- 2^e recours :
 - o Suivi pluridisciplinaire régional, coordination territoriale.
 - o Accès à des structures hospitalières ou de rééducation (SMR, centres spécialisés).
 - o Programme d'éducation thérapeutique, activité physique adaptée, suivi psychologique.
- 3^e recours :
 - o En cas d'obésité sévère ou syndromique.
 - o Prise en charge dans un centre hospitalier ou CSO pédiatrique (centres spécialisés de l'obésité).
 - o Suivi par une équipe multidisciplinaire experte.
 - o Séjours prolongés en structure de rééducation ou SSR (Soins de Suite et Réadaptation).

Le parcours s'articule en trois niveaux de recours, sous coordination du médecin traitant ou pédiatre, avec mobilisation progressive des équipes spécialisées et des CSO pédiatriques pour les cas complexes.

La graduation en trois niveaux de recours⁸¹ :

- 1^{er} recours : médecin traitant ou pédiatre, coordination de proximité (CPTS, PMI, santé scolaire).
- 2^e recours : médecin compétent en obésité pédiatrique ou équipe pluridisciplinaire régionale.
- 3^e recours : prise en charge hospitalière experte dans un Centre Spécialisé de l'Obésité pédiatrique (CSO) ou un CHU.

Les expérimentations citées dans la figure (2025–2026) visent à structurer le parcours pédiatrique national :

- PRALIMAP-INES (2025) – Programme d'accompagnement nutritionnel et scolaire des enfants en milieu scolaire, coordonné par le CHU de Nancy.
- TOPASE (2026) – Parcours de prise en charge précoce du surpoids chez l'enfant, CHU de Toulouse.

⁸⁰ HAS, Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – Fiches – Rôle des professionnels impliqués dans le parcours, Février 2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/fiches_parours_-_surpoids_et_obesite_de_l'enfant_et_de_l'adolescente_-_role_des_professionnels.pdf

⁸¹ Ministère de la santé, La prise en charge graduée de l'obésité, 25 février 2025 : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>



- PROXOB (2026) – Coordination territoriale pour l'obésité infantile, CHU de Lille.
- OBEPEDIA (2026) – Filière hospitalo-universitaire dédiée à l'obésité pédiatrique, AP-HP et Hospices Civils de Lyon.

B. Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP)

Les RéPPOP constituent une réponse opérationnelle face à l'augmentation de l'obésité chez l'enfant, en réunissant dans un maillage étroit et partagé l'ensemble des acteurs impliqués dans sa prévention, son dépistage et sa prise en charge.

o Le modèle RéPPOP : proximité et pluridisciplinarité

Le modèle des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)⁸² illustre une approche territoriale fondée sur la pluridisciplinarité, la formation partagée et la coordination de proximité.

Ces réseaux associent médecins traitants, pédiatres, diététiciens, psychologues, éducateurs d'activité physique adaptée et infirmiers.

L'objectif est de faciliter l'accès à une prise en charge précoce, coordonnée et non stigmatisante de l'enfant en surpoids ou obèse.

Leur fonctionnement repose sur :

- Une formation commune des professionnels (harmonisation des pratiques) ;
- Une coordination médicale (souvent assurée par le médecin traitant ou le pédiatre) ;
- des dérogations tarifaires permettant la rémunération des accompagnements pluridisciplinaires (psychologues, APA, diététiciens).

o Résultats du modèle RéPPOP

Les résultats observés sur près de 7000 enfants suivis dans les réseaux RéPPOP montrent une amélioration significative du Z-score d'IMC à 2 ans :

- 73 % des enfants ont vu leur IMC diminuer ou se stabiliser ;
- Le gain moyen observé est de -0,3 Z-score à 2 ans, traduisant un infléchissement de la courbe de corpulence sans perte de croissance staturale.

Ces résultats confirment l'efficacité d'un suivi régulier, global et éducatif, centré sur les habitudes de vie et le soutien parental plutôt que sur la recherche d'un poids « cible ».

o Objectif de la prise en charge : ralentir la prise de poids, pas fixer un objectif de poids

La HAS recommande de ne pas viser de perte de poids rapide chez l'enfant, mais plutôt une stabilisation ou un ralentissement de la prise de poids pendant que la croissance staturale se poursuit.

Cette approche évite les restrictions excessives, protège la santé psychologique et favorise une amélioration durable de la courbe de corpulence.

⁸² <http://www.cnreppop.com/>

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Les axes d'action portent sur :

- La qualité de vie et le bien-être ;
- La rééducation des habitudes alimentaires ;
- L'activité physique régulière et le sommeil ;
- L'implication active de la famille.

C. Agir sur les comportements : plaisir, équilibre et environnement

L'accompagnement des enfants et adolescents en surpoids s'appuie sur la promotion d'un mode de vie global équilibré :

- Alimentation variée et conviviale, sans culpabilisation ;
 - Activité physique et ludique, adaptée à l'âge ;
 - Réduction de la sédentarité et régulation du temps d'écran ;
 - Sommeil suffisant et rythme régulier ;
 - Équilibre psychologique et plaisir comme leviers de réussite.
- Le plaisir, la socialisation et le soutien parental sont des déterminants essentiels pour renforcer l'adhésion et éviter la stigmatisation.



PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'OBÉSITÉ

I. Les nouvelles approches thérapeutiques

Une nouvelle approche consiste à adapter la prise en charge en fonction du retentissement de l'obésité.

On décline ainsi des prises en charges de niveau 1, 2 ou 3 faisant appel à différentes structures.

La HAS a publié en juin 2022 une nouvelle classification de l'obésité chez l'adulte :

A. Présentation de cette classification

○ Niveaux de gravité de l'obésité :

- Atteinte débutante ou légère : Conditions telles que l'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2, le syndrome d'apnée du sommeil, et la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD).
- Atteinte métabolique sévère : Infertilité, syndrome métabolique (SaPe).
- Aggravation des maladies chroniques : Risques majeurs ou handicap, retentissement sur la qualité de vie (QDV) ou fonctionnel.

○ Impact sur la qualité de vie :

- Impact modéré : Affecte la qualité de vie et la fonction, mais de manière limitée.
- Impact marqué : Affecte significativement la qualité de vie, la santé et la mobilité (périmètre de marche de 100-500 m).
- Impact sévère : Mobilité très limitée, nécessitant une aide pour marcher (moins de 100 m).

○ Troubles psychologiques associés :

- Retentissement léger : Humeur et estime de soi altérées sans impact significatif sur le comportement alimentaire.
- Troubles psychologiques gérés : Dépression traitée, sans impact majeur sur le poids ou le comportement.
- Troubles psychiatriques sévères : Schizophrénie, troubles borderline, dépression sévère, troubles cognitifs, ou troubles du spectre autistique.

○ Facteurs aggravants :

- Douleurs chroniques, médicaments, tumeurs cérébrales, problèmes hormonaux (ex. : syndrome de Cushing), ou facteurs monogéniques.

○ Approche de prise en charge :

- La prise en charge est adaptée en fonction du retentissement de l'obésité, avec des niveaux de prise en charge (niveau 1, 2 ou 3) et l'implication de différentes structures.
- Critères d'évaluation : Évaluation de l'obésité persistante, des échecs de traitements précédents et des évolutions de poids non contrôlées.

Ce cadre vise à mieux adapter les interventions en fonction des besoins spécifiques des patients, en tenant compte de la complexité de l'obésité et de ses répercussions sur la santé physique et mentale.



B. La consultation du médecin généraliste

Parcours de recours pour la prise en charge de l'obésité chez l'adulte (HAS, 2022).

La gradation du parcours s'articule autour de trois niveaux de recours coordonnés :

- Niveau 1 : suivi par le médecin traitant avec appui de proximité ;
- Niveau 2 : coordination par un médecin compétent en obésité (médecin nutritionniste, endocrinologue) ;
- Niveau 3 : prise en charge hospitalière multidisciplinaire dans un centre spécialisé (CSO/CHU).

Ce dispositif vise à renforcer la coordination ville-hôpital et à améliorer la prise en charge globale et continue de l'obésité, en intégrant les dimensions somatiques, psychologiques et sociales.

Cette figure illustre l'organisation graduée des recours pour la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, en fonction de la sévérité et de la complexité clinique.

Elle s'inscrit dans les référentiels nationaux publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le ministère de la Santé (DGOS) dans le cadre du Plan Obésité et de la structuration des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO).

Cette recommandation décrit les niveaux de recours :

- Niveau 1 : Prise en charge coordonnée par le médecin traitant, avec l'appui de professionnels de proximité (diététicien, enseignant APA, psychologue, infirmier).
- Niveau 2 : Coordination par un médecin compétent en nutrition, prise en charge pluridisciplinaire et mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.
- Niveau 3 : Suivi au sein d'un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) ou d'un CHU, pour les formes sévères ou très complexes ($IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$, comorbidités sévères, troubles du comportement alimentaire ou pathologies psychiatriques associées).

II. Médicaments

A. Les médicaments dans le cadre de la prise en charge de l'obésité

Présentation des nouvelles classes de médicaments pour la gestion de l'obésité ou **TMO (traitements médicaux de l'obésité)**

Bien que les médicaments TMO et notamment les agonistes des récepteurs des incréтины (AR-GLP1...) soient efficaces pour la perte de poids, leur tolérance est cruciale pour maintenir la qualité de vie des patients. Les ajustements posologiques et alimentaires, ainsi que l'hydratation, jouent un rôle clé dans la gestion des effets secondaires. La décision de poursuivre ou non le traitement doit être basée sur un équilibre entre les bénéfices de la perte de poids et le bien-être général du patient.

Aujourd'hui deux principaux médicaments sont proposés dans le cadre de la prise en charge de l'obésité :

- Le Wegovy® (Sémaglutide)
- Le Mounjaro® (Tirzépatide)

Tableau comparatif des deux médicaments :

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Comparatif : Wegovy® vs Mounjaro®

Critère	Wegovy® (sémaglutide)	Mounjaro® (tirzépate)
Mécanisme d'action	Agoniste GLP-1	Agoniste GLP-1 + GIP (double action)
Efficacité (perte de poids moyenne)	~15% à 16%	~22,5% (jusqu'à -23,6 kg)
Indication	IMC ≥ 30 ou ≥ 27 + comorbidités	IMC ≥ 30 ou ≥ 27 + comorbidités
Effets indésirables fréquents	GI : nausées, diarrhées, constipation	GI + augmentation modérée FC
Qualité de vie	Amélioration modérée	Amélioration significative (SF-36 +4,2)
Statut en France (2025)	AMM + remboursé	AMM sans remboursement (liste I)
Prescription	Tout médecin	Spécialiste de l'obésité (2e intention)
Tolérance	Bonne	Bonne mais effets GI plus fréquents

A ce jour le Sémaglutide (proposé en accès précoce jusqu'en décembre 2025) et le Tirzépate ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie.

Ces 2 médicaments peuvent être prescrits par tout médecin.

Pour en savoir plus :

- Annexe 4 : Sémaglutide
- Annexe 5 : Tirzépate

Les données convergent : l'arrêt des traitements anti-obésité, notamment des agonistes GLP-1 (et apparentés), s'accompagne le plus souvent d'une reprise pondérale et d'une réversion des bénéfices cardiométaboliques.

Une méta-analyse BMJ estime une reprise moyenne d'environ 0,4 kg/mois après arrêt avec retour au poids pré-traitement projeté en moins de deux ans, tandis qu'un essai de retrait (SURMOUNT-4) publié dans JAMA Internal Medicine montre qu'après arrêt du tirzépate la majorité des patients regagnent une part substantielle du poids perdu dans l'année, avec dégradation parallèle de marqueurs cardiométaboliques.

- <https://bmjgroup.com/stopping-weight-loss-drugs-linked-to-weight-regain-and-reversal-of-heart-health-markers/>
- <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2841273>
- <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2829779>
- <https://www.bmj.com/content/392/bmj-2025-085304>
- <https://www.bmj.com/content/392/bmj-2025-085304/rr-4>

B. Ecart de recommandations de l'ANSM, la HAS et le CNP d'endocrinologie, diabétologie, nutrition (CNP EDN)

Le CNP EDN a alerté l'ANSM sur la nécessité d'ajuster ses recommandations concernant l'utilisation des agonistes des récepteurs du GLP-1 (Saxenda®, Wegovy®) et des doubles agonistes des récepteurs du GLP-1 et du GIP (Mounjaro®) dans la prise en charge de l'obésité, afin d'assurer une cohérence avec :

- L'AMM (Autorisation de mise sur le marché) de ces traitements,

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Les recommandations de la HAS (notamment celles de 2022),
- Les réalités cliniques de terrain.

Comment assurer une cohérence entre les critères réglementaires (AMM), les recommandations de la HAS et celles de l'ANSM, afin de garantir un accès adapté, sécurisé et équitable aux traitements médicamenteux de l'obésité, sans pénaliser certaines catégories de patients (IMC < 35 avec complications, personnes > 65 ans, adolescents avec pathologies sévères) ?

Écart entre les recommandations de l'ANSM, la HAS et le CNP EDN

- L'ANSM indique un usage à partir d'un IMC ≥ 30 kg/m², ou ≥ 27 avec comorbidités.
- La HAS réserve les traitements médicamenteux aux niveaux 2 et 3 de recours, souvent à partir d'un IMC ≥ 35 , mais aussi dès 30 si comorbidités ou échecs répétés.
- Le CNP EDN demande que les critères HAS soient pris en compte par l'ANSM, pour éviter une restriction injustifiée de l'accès au traitement, ainsi que pour le remboursement à venir (IMC au-delà de 35, IMC ≥ 30 associé à au moins une comorbidité ou si échec des autres modalités de prise en charge).

Limites de l'IMC comme critère exclusif

- Le CNP EDN rappelle que l'IMC est un indicateur imparfait, qui ne reflète pas fidèlement la santé ou la composition corporelle.
- Une redéfinition clinique de l'obésité est proposée au niveau international (cf. Rubino et al., Lancet Endocrinol Diab 2024), la considérant comme une maladie chronique liée à une altération fonctionnelle des organes par l'excès d'adiposité.

Âge limite fixé à 65 ans

- L'ANSM limite la prescription à 65 ans, mais la HAS fixe l'âge maximum pour la chirurgie bariatrique à 70 ans.
- Le CNP EDN propose logiquement de relever aussi à 70 ans l'âge limite pour les traitements médicaux, jugés moins invasifs que la chirurgie.

Absence des adolescents dans les recommandations

- Wegovy® a une AMM dès 12 ans, mais les recommandations françaises ne prévoient rien.
- Le CNP EDN propose une ouverture encadrée à cette tranche d'âge, dans des situations bien spécifiques (ex. obésité génétique, prescription en centre spécialisé).

Besoin de clarification pour les prescripteurs

- Face à des patients en échec de prise en charge, les spécialistes souhaitent pouvoir prescrire ces traitements de manière conforme aux critères HAS, même si ceux-ci ne figurent pas explicitement dans les recommandations ANSM.

C. Usage détourné des GLP-1 : conséquences juridiques

Les analogues du GLP-1, tels que le sémaglutide (Ozempic®) ou le dulaglutide (Trulicity®), sont des médicaments initialement autorisés dans le cadre du traitement du diabète de type 2. Ils n'ont pas d'AMM dans le cadre du traitement de l'obésité non compliquée d'un diabète. Toutefois, leur usage connaît une dérive préoccupante : ils sont de plus en plus prescrits à des personnes non diabétiques et même non obèses, dans le seul but de perdre rapidement quelques kilos, souvent sans justification médicale sérieuse.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Ce détournement de l'usage thérapeutique prévu par l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) repose sur une promesse de minceur "magique", alimentée par :

- la promotion massive sur les réseaux sociaux, notamment par des influenceurs vantant leurs effets amaigrissants,
- une demande croissante de solutions rapides pour maigrir, en dehors de tout encadrement médical,
- des prescriptions hors AMM, parfois complaisantes,
- des ordonnances falsifiées ou obtenues via des plateformes de téléconsultation peu rigoureuses.

Ce phénomène soulève des questions juridiques majeures quant à la responsabilité des professionnels de santé impliqués dans la chaîne de prescription et de délivrance, notamment les médecins prescripteurs et les pharmaciens dispensateurs.

○ Le médecin

La prescription des analogues du GLP-1 soulève d'importantes questions de responsabilité pour les différents acteurs impliqués. Le médecin, bien qu'il dispose d'une liberté de prescription, doit strictement respecter le cadre légal : il n'est autorisé à prescrire hors AMM qu'en l'absence d'alternative thérapeutique et si cela est jugé indispensable pour la santé du patient. Dans ce cas, il est tenu de mentionner explicitement sur l'ordonnance qu'il s'agit d'un usage hors AMM et d'informer le patient des risques associés. Toute prescription non justifiée expose le médecin à des sanctions disciplinaires, à une responsabilité civile en cas de dommages causés au patient, ou même à des poursuites pénales si la prescription est jugée abusive ou dangereuse.

○ Le pharmacien

Le pharmacien, de son côté, doit s'assurer que la prescription est conforme à l'AMM et peut refuser la délivrance si elle lui paraît injustifiée ou risquée. Depuis février 2025, les analogues du GLP-1 destinés au traitement du diabète (et pris en charge par l'Assurance maladie dans ce cadre) ne sont délivrés qu'avec un formulaire justificatif du médecin, renforçant ainsi la vigilance exigée. Une délivrance fautive peut entraîner des sanctions civiles, disciplinaires ou pénales, notamment en cas de complicité dans une délivrance abusive ou falsifiée.

○ Les influenceurs

Les influenceurs et plateformes en ligne qui encouragent le mésusage de ces médicaments sont également soumis à un cadre légal strict. Depuis la loi du 9 juin 2023, il leur est interdit de promouvoir auprès du grand public des médicaments nécessitant une prescription. Toute publicité déguisée ou incitation à un usage non conforme est passible de lourdes sanctions, incluant jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende, ainsi qu'une responsabilité civile si un utilisateur subit un préjudice.

○ Les sites de vente en ligne

Enfin, la vente en ligne de ces médicaments est strictement interdite en France. Seules les pharmacies autorisées peuvent commercialiser des médicaments non soumis à prescription. Les analogues du GLP-1 proposés sur internet sont souvent contrefaits et potentiellement dangereux. Les vendeurs s'exposent à des poursuites pénales pour exercice illégal de la pharmacie, mise en danger de la vie d'autrui, contrefaçon et publicité illicite, comme l'a déjà signalé l'ANSM auprès des autorités compétentes.



D. Enjeux juridiques et éthiques

○ Tensions d'approvisionnement et atteinte au principe d'équité en santé

Le mésusage des analogues du GLP-1 pour des raisons esthétiques a provoqué une rupture de stock récurrente dans les officines et les établissements de santé. Ce phénomène compromet l'accès au traitement pour les patients réellement concernés, notamment les personnes atteintes de diabète de type 2 ou d'obésité sévère, pour qui ces médicaments sont essentiels.

Cela soulève une atteinte au principe d'équité en santé, inscrit dans le Code de la santé publique (article L.1110-1), et peut engager la responsabilité des autorités si des mesures de régulation ne sont pas mises en œuvre.

○ Dérive commerciale et médicalisation abusive

La multiplication des prescriptions via des plateformes de téléconsultation, parfois sans examen clinique ni dossier médical complet, favorise une commercialisation dévoyée du médicament.

Certaines plateformes, motivées par des logiques de rentabilité, peuvent inciter à la prescription hors AMM, ce qui constitue une violation du devoir d'indépendance professionnelle du médecin (article R.4127-5 CSP).

De même, la promotion sur les réseaux sociaux par des influenceurs ou des personnalités publiques, souvent sans compétence médicale, transforme le médicament en produit de consommation, détaché de toute logique thérapeutique.

E. Nécessité d'une vigilance collective

Dans le contexte actuel de mésusage et de dérives autour des médicaments de l'obésité, la responsabilité collective des différents acteurs de santé est primordiale. Face à ces dérives :

- Les médecins doivent refuser toute prescription sans indication médicale claire et conforme aux référentiels en vigueur.
- Les pharmaciens ont l'obligation d'alerter les autorités compétentes (ANSM, Ordre des pharmaciens) en cas d'ordonnance suspecte ou de prescription manifestement abusive, et de refuser la délivrance du médicament si la sécurité du patient est en jeu.
- Les autorités sanitaires (ANSM, CNAM, Ordres professionnels) doivent renforcer la pharmacovigilance, intensifier les contrôles sur la chaîne de prescription et de délivrance, publier des alertes régulières à destination des professionnels et du public, et sanctionner fermement les pratiques abusives.
- L'ANSM multiplie les actions de surveillance : elle analyse les signalements de mésusage, mène des enquêtes sur les ruptures de stock, publie des mises en garde sur son site internet et collabore avec la justice pour réprimer la vente illégale de médicaments. Elle transmet également les signalements à la plateforme Pharos pour lutter contre les publicités illicites et la vente de faux médicaments en ligne.
- La CNAM (Caisse nationale d'Assurance Maladie) surveille les remboursements inhabituels/non autorisés et peut déclencher des contrôles ciblés auprès des prescripteurs ou des officines en cas de suspicion d'abus.
- Les Ordres professionnels rappellent les règles déontologiques à leurs membres, instruisent les plaintes, et peuvent prononcer des sanctions disciplinaires.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



- Les plateformes numériques doivent collaborer activement avec la DGCCRF et la plateforme Pharos afin de supprimer les contenus illicites, signaler les comptes et les messages faisant la promotion de médicaments soumis à prescription, et instaurer des systèmes de modération renforcés sur les réseaux sociaux.

Les signalements de dérives, que ce soit par les professionnels de santé, les patients ou les citoyens, doivent être encouragés et facilités, notamment via les portails de l'ANSM, la plateforme Pharos ou le dispositif de signalement de la DGCCRF. Chaque acteur, à son niveau, contribue à préserver la sécurité des patients, à garantir un accès équitable aux traitements et à lutter contre la marchandisation abusive du soin.

F. Actions de communication du CNOM

Face à ces dérives :

- Les médecins doivent refuser toute prescription sans indication médicale ;
- Les pharmaciens doivent alerter les autorités en cas d'ordonnance suspecte ;
- Les autorités sanitaires (ANSM, CNAM, Ordres professionnels) doivent renforcer la pharmacovigilance et les contrôles ;
- Les plateformes numériques doivent collaborer avec la DGCCRF et Pharos pour supprimer les contenus illicites.

Pour en savoir plus : Annexe 5 : Résultat des études efficacité et sécurité Wegovy®

III. La chirurgie bariatrique

La HAS, la Société française et francophone de Chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO-MM) et la Fédération Française de Nutrition ont élaboré en 2024 des recommandations de bonnes pratiques concernant le parcours pré et post chirurgie bariatrique.

Ces recommandations reprennent :

- Les indications de la chirurgie bariatrique
- Le contenu et l'évaluation de la prise en charge pré-chirurgie
- Le contenu et l'évaluation de la prise en charge post-chirurgie
- Le repérage et la prise en charge des complications après chirurgie
- La prise en charge des échecs de la chirurgie
- L'information du patient.

A. Les différents types de procédures chirurgicales en France

○ Sleeve gastrectomy ou gastrectomie en manchon :

Description : Cette procédure consiste à retirer une grande partie de l'estomac pour ne laisser qu'un tube (ou manchon) étroit. Cela réduit la capacité de l'estomac et modifie la production d'hormones régulant l'appétit.

Indications : Elle est souvent choisie pour les patients souffrant d'obésité sévère (IMC > 40 ou IMC > 35 avec comorbidités) qui n'ont pas réussi à perdre du poids par d'autres moyens.



○ **Bypass gastrique ou bypass gastrique Roux-en-Y :**

Description : Cette intervention crée une petite poche dans l'estomac, qui est ensuite reliée à une partie de l'intestin grêle. Cela réduit la quantité de nourriture que le patient peut manger et diminue l'absorption des nutriments.

Indications : Elle est généralement indiquée pour les patients ayant un IMC élevé et des problèmes de santé associés, ainsi que pour ceux qui ont des antécédents de tentatives infructueuses de perte de poids

○ **Anneau gastrique ajustable :**

Description : Un anneau en silicone est placé autour de la partie supérieure de l'estomac pour créer une petite poche. Il est ajustable par des injections de solution saline.

Indications : Moins fréquemment pratiquée aujourd'hui, cette procédure est destinée aux patients qui préfèrent une méthode moins invasive et réversible.

○ **Biliopancreatic diversion avec duodénal switch (BPD/DS) :**

Description : Cette procédure combine une gastrectomie et un bypass intestinal, réduisant ainsi la capacité de l'estomac et l'absorption des nutriments.

Indications : Elle est réservée aux patients atteints d'obésité morbide, souvent ceux ayant des comorbidités sévères.

B. Critères de sélection des patients

○ Les critères pour être éligible à une chirurgie bariatrique en France incluent généralement :

- IMC : Un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40 ou supérieur à 35 avec des comorbidités (diabète, hypertension, apnée du sommeil, etc.)
- Âge : Les candidats doivent être généralement âgés de 18 à 65 ans, bien que des exceptions puissent exister
- Échecs des méthodes non chirurgicales : Les patients doivent justifier d'une tentative de perte de poids par des méthodes non chirurgicales sans succès
- Évaluation psychologique : Un bilan psychologique est souvent requis pour évaluer la capacité du patient à suivre les recommandations post-opératoires

○ Les dérives observées

En novembre 2025, la Direction Générale de la santé a transmis au CNOM une alerte de l'ANSM sur le détournement par certains médecins de la pose de ballons gastriques de la marque Allurion® à des fins esthétiques ayant pu entraîner des incidents graves.

C. Critères de succès de la chirurgie bariatrique

○ **Perte de poids significative**

Une perte de 50 % ou plus de l'excès de poids dans les 2 à 3 ans suivant la chirurgie. - Amélioration des comorbidités : Diminution ou résolution des maladies associées à l'obésité, comme le diabète de type 2, l'hypertension, et l'apnée du sommeil.



○ **Qualité de vie**

Amélioration de la qualité de vie et de la capacité à réaliser des activités quotidiennes.

○ **Suivi post-chirurgical et importance de l'accompagnement psychologique**

Suivi post-chirurgical :

- Un suivi régulier est crucial pour surveiller la perte de poids, l'état nutritionnel, et déceler d'éventuelles complications.
- Les consultations peuvent inclure des visites chez des médecins spécialisés, des diététiciens, et des psychologues.
- Des bilans sanguins réguliers sont nécessaires pour détecter d'éventuelles carences nutritionnelles vitaminiques et en oligoéléments

Accompagnement psychologique :

- L'accompagnement psychologique est essentiel pour aider les patients à s'adapter à leur nouvelle image corporelle et à changer leurs comportements alimentaires.
- Une évaluation psychologique préopératoire permet d'identifier les patients à risque de troubles alimentaires ou de dépression, et un soutien continu peut améliorer les résultats à long terme.
- Les groupes de soutien et les séances de thérapie peuvent également aider à maintenir la motivation et à favoriser un mode de vie sain.

D. Conclusion

La chirurgie bariatrique en France est une option pour les patients en situation d'obésité, mais elle nécessite une évaluation rigoureuse et un suivi post-opératoire attentif, avec une attention particulière à l'accompagnement psychologique pour garantir le succès à long terme de la procédure et à l'importance de l'activité physique.



RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTES DES INDICATIONS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

I. Analogues du GLP-1

Analogues du GLP-1 : Les médicaments analogues du GLP-1 (par exemple, Liraglutide, Sémaglutide) sont indiqués chez les patients adultes souffrant d'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ou de surpoids ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$) avec au moins une comorbidité (diabète de type 2, hypertension, dyslipidémie, etc.), en complément d'une modification du mode de vie. Ils sont réservés aux cas où les mesures hygiéno-diététiques seules ne suffisent pas, et leur poursuite dépend d'une perte de poids significative après trois à six mois.

II. Doubles analogues GLP-1/GIP

Doubles analogues du GLP-1 et du GIP : Les doubles analogues (par exemple, Tirzépate) élargissent les indications à des profils similaires : obésité ou surpoids avec comorbidités, en complément d'un accompagnement nutritionnel et d'activité physique. Ils sont principalement proposés lorsque les analogues simples n'ont pas permis d'atteindre les objectifs de perte de poids ou en cas de contre-indication/intolérance à ceux-ci. Ils sont également évalués pour leur efficacité accrue sur la réduction pondérale et l'amélioration du contrôle glycémique chez les diabétiques. Le Tirzépate a maintenant une AMM dans le cadre du traitement du diabète mais il n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie même dans cette indication.

III. Chirurgie bariatrique

Chirurgie bariatrique : Cette intervention est indiquée chez les adultes avec un $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidités sévères, après échec documenté d'une prise en charge médicale bien conduite pendant 6 à 12 mois. Elle nécessite une évaluation pluridisciplinaire préalable, une absence de contre-indications psychologiques ou addictives majeures et un engagement à un suivi médical prolongé. La chirurgie est réservée aux situations où la médication et les changements de mode de vie n'ont pas permis une amélioration suffisante.

IV. Conclusion

En résumé, les analogues du GLP-1 et les doubles analogues du GLP-1 et du GIP sont des options médicamenteuses pour des patients présentant une obésité modérée à sévère, surtout lorsqu'il existe des comorbidités, tandis que la chirurgie bariatrique est réservée aux formes les plus sévères ou en cas d'échec des autres traitements. Le choix dépend du profil du patient, de l'efficacité attendue et des risques associés à chaque approche.



PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

I. Remise en question de l'IMC

Un consortium international propose une refonte du diagnostic de l'obésité en dépassant l'Indice de Masse Corporelle (IMC) pour inclure des mesures de la graisse corporelle, des paramètres anthropométriques et l'évaluation des atteintes fonctionnelles. Cette approche permet de mieux identifier l'obésité clinique et d'adapter la prise en charge.

II. L'exemple de la recherche sur l'obésité aux Hospices Civils de Lyon (HCL)

Sous l'impulsion du Pr Martine Laville, la recherche lyonnaise sur l'obésité évolue grâce à des infrastructures comme le Centre Intégré de l'Obésité (CIO) et le Centre de Recherche en Nutrition Humaine Rhône-Alpes (CRNH-RA). Le réseau FORCE coordonne des études sur de nouveaux traitements, notamment les agonistes du GLP-1, et sur la chirurgie bariatrique.

Des projets ciblent aussi la prévention, notamment chez les enfants défavorisés.

III. L'obésité, un enjeu de santé publique majeur

Impact sanitaire et économique : L'obésité est la 5^e cause de mortalité mondiale et engendre des coûts élevés (20,4 milliards d'euros en France). Sa prévalence a doublé depuis 1997 (17 % de la population) et pourrait dépasser 20 % d'ici 2030.

Inégalités sociales : L'obésité touche particulièrement les populations défavorisées et les territoires ultramarins.

IV. Stratégie de lutte contre l'obésité

Un plan structuré en quatre axes est proposé :

1. Prévention : Accès amélioré à une alimentation saine, interdiction de la publicité pour les aliments malsains, actions ciblées dans les quartiers prioritaires.
2. Prise en charge : Reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique, dépistage renforcé et accès facilité aux soins.
3. Recherche et innovation : Développement d'un réseau national de recherche et soutien aux cohortes existantes.
4. Action spécifique pour les DROM : Mesures adaptées aux défis sanitaires des territoires ultramarins.



ACTIONS DU CNOM



SUR LA PARTIE NUTRITION

I. Action 1 : Protection du titre de nutritionniste

Réglementer le titre de nutritionniste et le réserver aux médecins titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la nutrition (DES EDN ou DESC/FST nutrition) ou d'une qualification ordinaire ou universitaire de compétence en nutrition.

Ré-instaurer la VAE ordinaire (et universitaire) pour la reconnaissance d'une compétence en nutrition pour les médecins car il existe une demande importante.

Ces actions pourraient faire l'objet d'une collaboration avec le CNP d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et les responsables des diplômes en nutrition avec le concours de la Section FCM.

II. Action 2 : Rappeler fermement le champ de compétence de chaque professionnel dans l'intérêt du patient

Rappeler le parcours de soins recommandé pour les patients nécessitant une prise en charge : préciser quel est le champ de compétence de chaque professionnel de santé prenant en charge les patients.

Rappeler que la nutrition ne se limite pas à la prescription de régimes amaigrissants dans le cadre de la prise en charge du bien-être de la personne mais revêt également toute la problématique liée aux diverses pathologies (cardiologie, diabétologie, hépato-gastroentérologie, carences et dénutrition de causes diverses, etc.).

III. Action 3 : Renforcer la coopération avec les autorités ministérielles

Travailler avec le ministère de la Santé pour informer les usagers et communiquer sur les dangers du recours aux « experts autoproclamés ».

Et ainsi participer activement aux groupes de travail ministériels consacrés à la lutte contre la désinformation en santé.

IV. Action 5 : Mieux contrôler les messages véhiculés par les réseaux sociaux

Lutter contre les contenus problématiques présents sur les réseaux sociaux et favoriser l'intervention des médecins créateurs de contenus pour communiquer sur le **métier de médecin nutritionniste** et les dangers liés à des discours déviants.



SUR LA PARTIE OBÉSITÉ

I. Action 6 : Reconnaître pleinement l'obésité comme maladie chronique

Inscrire l'obésité dans le champ des pathologies nécessitant une prise en charge globale, coordonnée et de long terme.

Favoriser le dépistage précoce, notamment chez les enfants, par les médecins traitants et les pédiatres.

Sensibiliser les médecins traitants au bon usage du parcours de soins concernant l'obésité chez l'adulte comme chez l'enfant.

II. Action 7 : Encadrer strictement la prescription des traitements médicaux de l'obésité (TMO)

Aligner les recommandations de l'ANSM sur celles de la HAS pour garantir une cohérence réglementaire.

Interdire toute publicité ou promotion indirecte des analogues du GLP-1 en dehors du cadre médical.

Rappeler que ces médicaments ne sont pas des produits d'amaigrissement à visée esthétique.

III. Action 8 : Lutter contre les dérives commerciales et les fausses promesses

Renforcer la coopération CNOM / DGCCRF sur les pratiques frauduleuses en ligne.

Mettre en garde les médecins contre la tentation de céder aux pressions sociales.

IV. Action 9 : Prévenir les mésusages et protéger les patients

Mettre en place une veille ordinale sur les prescriptions hors cadre ou influencées par des motifs esthétiques.

Élaborer un guide de bonnes pratiques déontologiques pour la prise en charge de l'obésité.

V. Action 10 : Soutenir les parcours de soins pluridisciplinaires

Valoriser les expérimentations intégrant activité physique adaptée, suivi nutritionnel et accompagnement psychologique.

Soutenir les RéPPOP pour l'obésité pédiatrique et les CSO pour les cas complexes.

Encourager l'articulation ville-hôpital via notamment les CPTS, ESS, MSP et centres de santé.

En lien avec les associations (CORAP) : stigmatisation, « grossophobie »

VI. Action 11 : Renforcer la formation initiale et continue

Intégrer l'obésité mais aussi les autres pathologies nutritionnelles (carences, dénutritions, diabète de type 2, TCA, dyslipidémies et risque cardio-métabolique...) et leurs enjeux dans la formation des médecins, pharmaciens et professionnels de santé.

Sensibiliser à la prévention précoce, à la communication sans stigmatisation et à la gestion des injonctions contradictoires.



ANNEXES



ANNEXE 1 : **QUELQUES EXEMPLES DE RÉGIMES DANGEREUX**

I. « Maigrir a tout pris (prix ?) » ou l'imagination sans limite des promoteurs de régimes

Un inventaire non exhaustif de régimes farfelus voire délirants circulant sur la toile depuis des années démontre l'inventivité mais aussi la dangerosité de leurs promoteurs, en proposant des restrictions alimentaires pouvant entraîner des carences ou des effets indésirables graves.

○ Le régime Sleeping Beauty Diet

Le principe : La diète nous rappelle le célèbre dicton "qui dort dîne", en d'autres termes dormir le plus possible pour ne pas manger. L'idée est née sur les sites pro-anorexies. Au moment des repas plutôt que de passer à table, il suffit d'aller faire une petite sieste. Du mal à trouver le sommeil ? Le régime recommande la prise de sédatifs pour pouvoir dormir jusqu'à 20H d'affilée. Risque de dénutrition, de dépendance aux somnifères ... et de désocialisation.

○ Le régime soupe au chou

Le principe : Comme son nom l'indique le régime consiste à ne manger que de la soupe au chou pendant 7 jours voire plus. Un régime qui en plus d'être ennuyeux, affame puisqu'il ne dépasse pas les 800 kcal par jour.

Le risque : Comme pour tous les régimes dissociés, le risque de carences (acides gras essentiels, protéines, fer) est réel. Ce régime entraîne également une fonte musculaire puisqu'il empêche toute pratique d'activité physique.

Ce régime a inspiré toutes les monodiètes à base de pommes, raisin, carotte, banane ou jus de citron...

○ Le régime hyper-protéiné

Né dans les années 70 aux Etats Unis, traverse les décennies sans perte de vitesse

Le principe : Certainement le plus célèbre des régimes. La diète protéinée repose sur une consommation exclusive de protéines animales (viandes maigres, œufs, fromage blanc...) à tous les repas pendant 5 jours. S'ensuivent des phases successives où les repas sont majoritairement composés de protéines animales.

Risque : Trop riche en sel, trop pauvre en fibres et en glucides, il peut entraîner notamment une HTA, des pathologies rénales et des troubles digestifs.

○ Le régime boule de coton

Le principe : Avaler avant chaque repas des boules de coton imbibées de jus d'orange pour faire le plein de vitamines sans manger de nourriture solide, tout en réduisant la sensation de faim. Aussi effrayant qu'il puisse paraître, ce régime semble avoir des adeptes.

○ Le régime HCG

Le principe : Se soumettre à une diète hypocalorique très stricte (500 Kcal) et prendre par injection ou en gouttes de l'HCG, une hormone présente chez la femme enceinte ayant un prétendu effet coupe-faim et brûle-graisses.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



○ Le régime cigarette

Le principe : Le tabac a des vertus coupe-faim, "*fumer un paquet de cigarettes par jour brûle environ 200 kcal*". Certaines femmes pour moins manger augmentent donc leur consommation de cigarettes, quand certaines se mettraient à fumer simplement dans une optique minceur.

○ Le régime ver solitaire

Le principe : Encore un régime qui fait froid dans le dos. Le régime ver solitaire consiste à se faire implanter dans l'estomac un ver solitaire, le ténia, qui va manger une partie des aliments consommés. S'il est bien sûr interdit aux médecins d'implanter ce genre de parasite, des pilules contenant des œufs de ver solitaire sont vendues en ligne.

○ Le régime Mayo

Le principe : Un régime très restrictif mis au point par la clinique du même nom, qui consiste à supprimer pendant 14 jours tous les sucres, toutes les matières grasses, les féculents, les légumes secs, les laitages. Deux œufs à chaque repas sont autorisés mais l'apport calorique ne doit pas dépasser 1 000 kcal par jour.

○ Le régime air ou breatharian diet

Le principe : Les adeptes de cette pratique n'ingèrent aucun aliment. Ils pensent que le soleil et l'air suffisent à fournir tous les nutriments dont ils ont besoin. D'après cette "philosophie", grâce à la méditation, le corps peut atteindre un niveau de conscience lui permettant de se nourrir d'air.

○ Le régime Loup Garou

Le principe : s'alimenter en fonction de la lune. Prévoir un jeûne de 24H pendant la pleine lune en consommant beaucoup de liquide et la prise d'aliments avant 18H pendant les autres phases lunaires. La lune aurait un effet sur l'eau du corps similaire à celui des marées provoquant une « marée détoxifiante ».

○ Le régime Drunkorexia

Le principe : se priver de nourriture la journée pour pouvoir ingérer des calories sous forme d'alcool et ainsi éviter de grossir et se sentir ivre plus rapidement.

La Drunkorexia aussi connue sous le nom d'alcoolorexie est un trouble du comportement alimentaire mélangeant anorexie et alcoolisme.

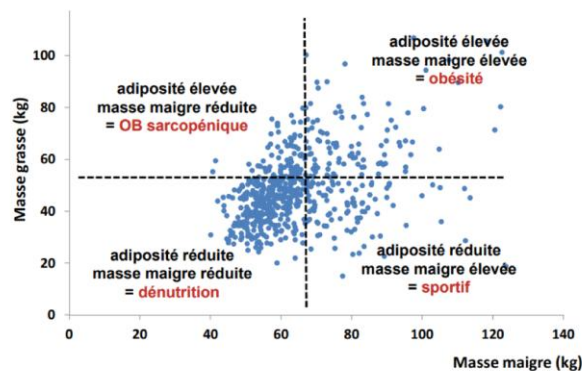
Apparu en 2012 sur les campus américains, ce phénomène prendrait de l'ampleur chez les jeunes en France, notamment les étudiants et doit faire, selon les médecins addictologues, l'objet de mesures de prévention spécifiques.



ANNEXE 2 : LE PARADOXE DE L'OBÉSITÉ SARCOPÉNIQUE

I. Présentation des éléments à retenir

Quelle est la composition corporelle dans l'obésité ?



○ **Composition corporelle dans l'obésité :**

- Adiposité élevée : Une proportion élevée de graisse corporelle.
- Masse maigre réduite : Diminution de la masse musculaire, ce qui peut contribuer à des problèmes de santé.
- Sarcopénie : La perte de masse musculaire peut être observée chez les patients obèses, surtout ceux qui suivent des régimes restrictifs.

○ **Impacts des régimes restrictifs :**

- La perte de masse musculaire due à des régimes amaigrissants peut entraîner des complications chez les patients obèses, surtout s'ils souffrent d'autres maladies chroniques.
- Cette perte musculaire est associée à un risque accru de complications et de mortalité.

○ **Importance de la nutrition :**

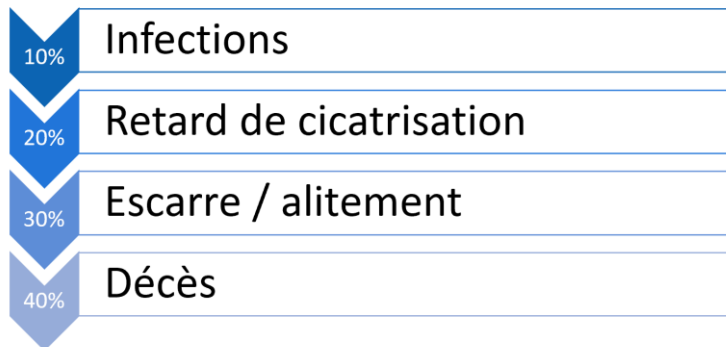
- Une nutrition adéquate est essentielle pour préserver la masse maigre et minimiser les risques de complications.

En résumé, la gestion de l'obésité doit prendre en compte non seulement la réduction de la graisse corporelle, mais aussi la préservation de la masse musculaire pour éviter des conséquences graves sur la santé.



La perte de masse musculaire induite par les régimes restrictifs chez les patients obèses présentant d'autres maladies chroniques est un facteur de risque de complication et de mortalité accrue.

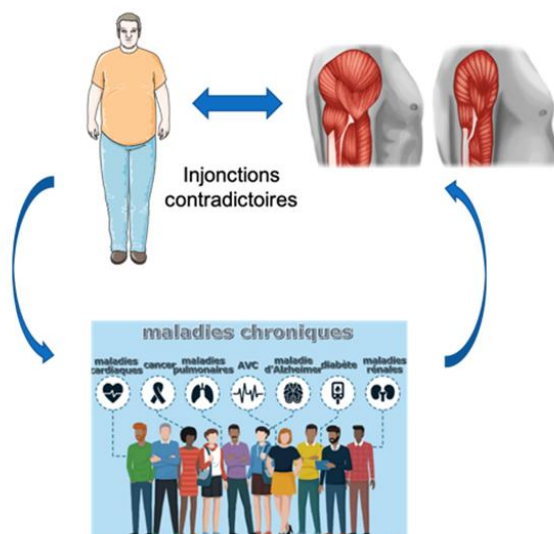
Conséquences d'une perte de masse musculaire



II. Des injonctions contradictoires

Les injonctions contradictoires dans le contexte des maladies chroniques se réfèrent à des messages ou des attentes qui sont en conflit et qui peuvent créer de la confusion, du stress ou des comportements inadaptés chez les patients.

Ces injonctions contradictoires peuvent avoir un impact significatif sur l'engagement des patients dans leur traitement, leur qualité de vie et leur santé mentale. Il est crucial que les professionnels de la santé reconnaissent ces conflits et travaillent avec les patients pour trouver des solutions adaptées à leur situation individuelle.



Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Voici quelques exemples de ces injonctions :

- **Adoption d'un mode de vie sain mais incapacité physique :**

Les patients peuvent recevoir des conseils pour adopter un mode de vie sain (alimentation équilibrée, exercice régulier), mais peuvent également faire face à des limitations physiques dues à leur maladie, rendant ces conseils difficilement applicables.

- **Suivi rigoureux des traitements mais difficultés dans la gestion des effets secondaires :**

Les patients sont souvent encouragés à suivre rigoureusement leur traitement, mais peuvent éprouver des effets secondaires qui les poussent à interrompre ou à éviter leur médication, créant un conflit entre le besoin de conformité et le désir de se sentir mieux.

- **Préoccupation pour la santé mais stigmatisation :**

Les patients peuvent être encouragés à parler de leur maladie et à partager leurs expériences, mais peuvent également faire face à des jugements ou à de la stigmatisation de la part de leurs pairs ou de la société, les conduisant à se sentir isolés.

- **Autonomie dans la gestion de la maladie pouvant entraîner une dépendance vis-à-vis des conseils prodigués par les professionnels de santé :**

Les patients sont souvent encouragés à prendre en main leur santé et à être proactifs, mais peuvent également se sentir dépendants des professionnels de santé pour des conseils et des décisions, créant une tension entre le besoin d'autonomie et la dépendance.

- **Éducation sur la maladie pouvant générer une anxiété accrue :**

Bien que l'éducation sur la maladie soit essentielle pour la gestion, le fait d'en apprendre davantage sur les risques et les complications peut également augmenter l'anxiété et le stress des patients, créant une dichotomie entre la connaissance et le bien-être émotionnel.

En conclusion :

La perte de poids thérapeutique n'a d'intérêt que si elle est durable.

Un rééquilibrage alimentaire visant un objectif de 5 à 10 % du poids initial est conseillé pour réduire le risque de complications cardiovasculaires et métaboliques.

Un régime modérément hyper protéiné et privilégiant les aliments à index glycémiques bas pour leur effet satiétogène, sous surveillance médicale, associé à une activité physique régulière, pour préserver la masse musculaire et induire une balance énergétique négative durable réduira le risque de rebond pondéral.

La surveillance au long cours est indispensable.



ANNEXE 3 : **RÉSULTAT DES ÉTUDES EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ** **WEGOVY®**

I. Etude STEP 1

Objectifs : Évaluer l'efficacité et la sécurité de Wegovy® dans la perte de poids et son maintien chez des patients obèses ou en surpoids avec comorbidités.

Méthodologie :

- Étude internationale, randomisée, contrôlée versus placebo, en double aveugle (phase IIIa).
- 1 961 patients, 68 semaines, dose croissante jusqu'à 2,4 mg/semaine.
- Tous les patients ont reçu des conseils sur le mode de vie.

Co-critères principaux :

- Variation moyenne du poids corporel (%).
- Pourcentage de patients ayant atteint ≥ 5 % de perte de poids.

Critères secondaires :

- Perte de poids ≥ 10 % et ≥ 15 %.
- Réduction du tour de taille.
- Réduction de la pression artérielle systolique.

Résultats (Estimand treatment policy) :

- Perte de poids moyenne : -14,9 % avec Wegovy® vs -2,4 % placebo.
- 86,4 % des patients Wegovy® ont perdu ≥ 5 % vs 31,5 % (OR = 11,2).
- 69,1 % ont perdu ≥ 10 % ; 50,5 % ≥ 15 % (placebo : 12 % et 4,9 %).
- Réduction du tour de taille : -13,5 cm (vs -4,1 cm).
- Réduction de PAS : -6,2 mmHg (vs -1,1 mmHg).

Tolérance :

- Effets indésirables principalement gastro-intestinaux (74,2 % Wegovy® vs 47,9 % placebo).
- Plus fréquents : nausées (44,2 %), diarrhée, vomissements, constipation.
- Arrêt du traitement pour effets indésirables : 7 % Wegovy® vs 3,1 % placebo.
- Pancréatite aiguë : signalée chez 3 participants (aucune forme sévère).

Conclusion :

- Wegovy® entraîne une perte de poids significative et durable.
- Amélioration des paramètres cardiométaboliques.
- Bonne tolérance globale malgré des effets digestifs fréquents, le plus souvent transitoires.

II. Étude STEP 4

Objectif : Évaluer l'effet du maintien ou de l'arrêt du traitement par Wegovy® après 20 semaines d'initiation.



Méthodologie :

- Patients ayant atteint une perte de poids initiale avec Wegovy® (2,4 mg/semaine) pendant 20 semaines.
- Randomisation : poursuite de Wegovy® vs passage au placebo.

Résultats :

- Poursuite de Wegovy® : perte de poids totale moyenne de 17,4 % à 68 semaines.
- Arrêt de Wegovy® : regain pondéral partiel avec perte totale de 5 %.

Conclusion : Le maintien du traitement est nécessaire pour préserver la perte de poids.

III. Étude STEP 5

Objectif : Évaluer l'efficacité de Wegovy® à long terme (2 ans) sur la perte et le maintien du poids.

Méthodologie :

- Durée : 104 semaines, double aveugle, randomisée, placebo.
- Patients obèses ou en surpoids avec comorbidités.

Résultats :

- Perte de poids moyenne : -15,2 % avec Wegovy® vs -2,6 % avec placebo.
- 77 % ont atteint ≥ 5 % de perte de poids avec Wegovy® vs 34 % avec placebo.

Conclusion : Wegovy® permet une perte de poids durable sur 2 ans.

IV. Étude SELECT

Objectif : Évaluer l'impact cardiovasculaire de Wegovy® chez les patients en surpoids/obèses avec maladie cardiovasculaire préexistante.

Méthodologie :

- Étude événementielle, internationale, randomisée contre placebo.
- Patients sans diabète, avec antécédents d'infarctus, AVC ou artériopathie.

Résultats (2023) :

- Réduction significative du risque d'événement cardiovasculaire majeur (MACE) de 20 %.

Conclusion : Wegovy® est le premier agoniste du GLP-1 à démontrer un bénéfice cardiovasculaire chez des patients non diabétiques.

V. Étude STEP TEENS

Objectif : Évaluer l'efficacité et la sécurité de Wegovy® chez les adolescents (12 à <18 ans) souffrant d'obésité.

Méthodologie :

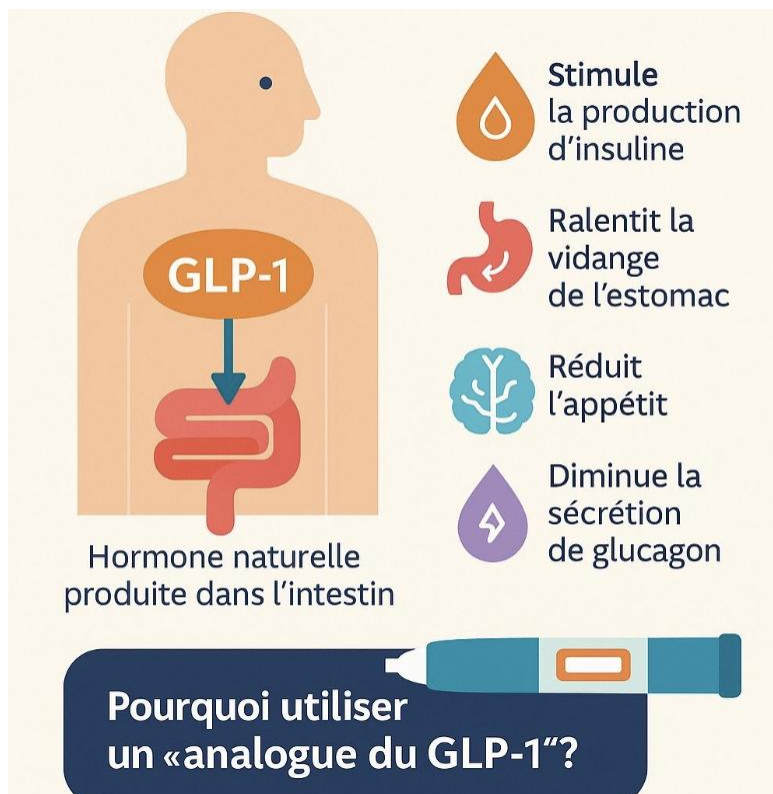
- Étude randomisée, en double aveugle, contre placebo, durée de 68 semaines.
- Tous les patients ont reçu une intervention sur le mode de vie.



Résultats :

- Perte de poids moyenne : -16,1 % avec Wegovy® vs +0,6 % avec placebo.
- 73 % des patients ont atteint ≥ 5 % de perte de poids avec Wegovy® vs 18 % avec placebo.
- Amélioration des paramètres cardiométaboliques (tour de taille, glycémie, lipides).
- Tolérance similaire à celle observée chez les adultes (effets digestifs principalement).

Conclusion : Wegovy® est efficace et bien toléré chez les adolescents en obésité sévère.





ANNEXE 4 : SÉMAGLUTIDE 2,4MG

Ce document synthétise les principales informations issues de la brochure Wegovy®, à destination des professionnels de santé.

1. Indications thérapeutiques

Chez l'adulte :

- En complément d'un régime hypocalorique et d'une activité physique.
- IMC ≥ 30 kg/m² (obésité), ou IMC ≥ 27 kg/m² avec au moins un facteur de comorbidité (HTA, diabète type 2, dyslipidémie, SAS, pathologie cardiovasculaire).

Chez l'adolescent (≥ 12 ans) :

- IMC ≥ 95 e percentile selon l'âge et le sexe.
- Poids > 60 kg.
- Évaluation à 12 semaines : arrêt si la perte d'IMC < 5 % à dose de 2,4 mg.

2. Mécanisme d'action

- Wegovy® est un analogue du GLP-1 humain.
- Régulation centrale de la faim (hypothalamus) : réduction de l'appétit.
- Augmentation de la satiété, diminution des fringales.

3. Posologie

- Dose d'entretien : 2,4 mg 1 fois/semaine.
- Introduction progressive sur 16 semaines (départ à 0,25 mg).
- Même schéma chez les adolescents ≥ 12 ans.
- Ne pas dépasser 2,4 mg/semaine.

4. Place dans la stratégie thérapeutique

- Utilisation de seconde intention après échec des mesures hygiéno-diététiques seules.
- À réserver aux patients avec obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²) ou à haut risque.
- Pas de preuve actuelle de bénéfice cardiovasculaire majeur.
- Prescription initiale réservée aux spécialistes ou médecins formés.

5. Sécurité et précautions d'emploi

- Déshydratation : attention en cas d'effets digestifs.
- Pancréatite aiguë : arrêt immédiat si suspicion.
- Hypoglycémie : risque accru avec insuline ou sulfamides (DT2).
- Non substitut de l'insuline chez les patients DT2.
- Rétinopathie diabétique : surveillance requise.
- Risque d'aspiration anesthésique (vidange gastrique ralentie).
- Précaution en cas d'insuffisance hépatique ou rénale sévère.
- Prudence chez les patients ≥ 85 ans, gastroparésie, MICI.
- Contre-indiqué pendant grossesse et allaitement.

6. Effets indésirables

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



Très fréquents :

- Nausées, vomissements, diarrhées, constipation, douleurs abdominales, fatigue.

Fréquents :

- Hypoglycémie (DT2), céphalées, vertiges, dyspepsie, RGO, flatulence, perte de cheveux.

Graves :

Rétinopathie diabétique (fréquent), pancréatite aiguë (peu fréquent), réactions anaphylactiques (rare), obstruction intestinale (fréquence inconnue)



ANNEXE 5 : TIRZÉPATIDE

1. Indications thérapeutiques

Tirzépate est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une activité physique :

- IMC ≥ 30 kg/m² (obésité)
- IMC ≥ 27 kg/m² avec comorbidité liée au poids (HTA, dyslipidémie, SAOS, maladie CV, prédiabète ou diabète de type 2).

2. Place dans la stratégie thérapeutique

- Traitement de seconde intention après échec de 6 mois de prise en charge nutritionnelle.
- Réservé aux patients avec IMC ≥ 35 kg/m².
- Prescription par un médecin compétent en nutrition avec réévaluation à 6 mois.

3. Efficacité (Étude SURMOUNT-1)

- Poids moyen à l'inclusion : 104,8 kg.
- Perte moyenne de poids à 72 semaines :
- Placebo : -2,4 %
- 5 mg : -16,0 %
- 10 mg : -21,4 %
- 15 mg : -22,5 % (-23,6 kg)
- Tour de taille : -19,9 cm avec 15 mg
- ≥ 5 % de perte : 96,3 % des patients
- ≥ 20 % : 62,9 %

4. Bénéfices métaboliques

- Insuline à jeun : -46,9 %
- Triglycérides : -27,6 %
- Cholestérol non-HDL : -11,3 %
- PAS : -8,1 mmHg

5. Qualité de vie

- Score physique SF-36 : +4,2 points à 72 semaines avec 15 mg
- Synthèse Tirzépate dans l'obésité

6. Tolérance

- Effets GI fréquents : nausées (31 %), diarrhées, vomissements (souvent transitoires)
- Pancréatite : jusqu'à 0,8 %
- Hypoglycémies rares (si DT2 sous traitement)
- Augmentation modérée de la FC (+2,6 bpm)

7. Contre-indications / précautions

- Non recommandé : <18 ans, femmes enceintes/allaitantes, antécédents de pancréatite
- Prudence : insuffisance rénale/hépatique sévère, pathologies digestives graves, rétinopathie évolutive, ≥ 85 ans

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Section Santé Publique



8. Prise en charge

- Non remboursé

Non agréé aux collectivités (liste I)