

Plan obésité 2010 2013



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

Plan Obésité 2010-2013

Sommaire

Introduction • 5

Axes stratégiques du plan

AXE 1 → Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte • 9

- Mesure 1-1** Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant • **9**
- Mesure 1-2** Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra-régional • **11**
- Mesure 1-3** Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval • **12**
- Mesure 1-4** Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique • **13**
- Mesure 1-5** Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité • **14**
- Mesure 1-6** Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR) • **16**
- Mesure 1-7** Assurer le transport sanitaire bariatrique • **17**
- Mesure 1-8** Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer • **18**
- Mesure 1-9** Analyser la pertinence des pratiques • **19**
- Mesure 1-10** Informer le grand public et les professionnels • **21**

AXE 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique • 23

- Mesure 2-1** Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national pour l'alimentation • **24**
- Mesure 2-2** Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national nutrition santé • **25**
- Mesure 2-3** Actions préventives conduites dans le cadre du Programme éducation santé 2011 - 2015 • **27**
- Mesure 2-4** Actions préventives spécifiques • **28**

AXE 3 → Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations • 33

- Mesure 3-1** Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique • 33
- Mesure 3-2** Organiser l'offre de soin pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental et aider les familles • 33
- Mesure 3-3** Lutter contre les discriminations dans le système de soins • 35
- Mesure 3-4** Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société • 36
- Mesure 3-5** Protéger le consommateur contre la communication trompeuse • 37

AXE 4 → Investir dans la recherche • 39

Mesures 4-1 • 39

- Créer une fondation de coopération scientifique
- Développer la recherche en sciences humaines et sociales
- Développer la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires de l'obésité et de ses conséquences
- Inclure les paramètres nutritionnels dans de grandes cohortes

Mesure 4-2 Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir • 40

Mesure 4-3 Renforcer le potentiel de recherche clinique et translationnelle • 41

Mesure 4-4 Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité • 42

Introduction

Pourquoi un « Plan obésité » ?

En France, près de 15 % de la population adulte est obèse. La prévalence était de l'ordre de 8,5 % il y a douze ans. Un enfant sur six présente un excès de poids. L'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières années a concerné particulièrement les populations défavorisées et les formes graves. Les conséquences sur la santé sont dominées par le diabète et l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les atteintes articulaires sources de handicaps et certains cancers. L'obésité retentit également sur la qualité de vie, elle est à l'origine de stigmatisation et de discrimination. C'est une source d'inégalité sociale de santé.

L'obésité est considérée par de nombreux experts comme une maladie de la transition économique et nutritionnelle. Elle est liée à l'évolution des modes de vie (alimentation, activité), à des facteurs environnementaux et économiques, sur un fond de prédisposition biologique, et aggravée par de nombreux facteurs (médicamenteux, hormonaux...). L'intrication des déterminants est la règle et les situations cliniques sont hétérogènes. La recherche vise à comprendre cette complexité à l'aide des sciences humaines, sociales et biologiques.

L'obésité est une maladie chronique qui connaît une tendance à l'aggravation avec le temps. Développer la prévention, intervenir précocement sur les processus physiopathologiques est donc essentiel. La prise en charge doit s'adapter à la diversité phénotypique et évolutive des situations individuelles. Des progrès sont nécessaires dans l'organisation de soins (accessibilité, lisibilité, cohérence de la chaîne de soins), la formation des professionnels de santé et l'adaptation des équipements pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Un engagement national

Dans ce contexte, le Président de la République souhaite que notre pays s'engage résolument dans la prévention de l'obésité et l'amélioration de sa prise en charge tout en accroissant l'effort de recherche. Dans cette perspective, il a confié à Madame Anne de Danne l'animation d'une commission sur la prévention et la prise en charge de l'obésité chargée de présenter des propositions pour un plan d'action en mobilisant largement les acteurs institutionnels, académiques et économiques ainsi que les associations. Sur la base des conclusions de cette commission, le Chef de l'État a lancé un Plan obésité afin d'enrayer la progression de la maladie et de faire face à ses conséquences médicales et sociales.

Un plan d'action sur trois ans

Les propositions de la commission portent sur la recherche, la prévention et l'organisation des soins.

- Recherche : la France réunit des équipes leaders au niveau international dans le domaine des déterminants biologiques de l'obésité et de ses connaissances, ainsi que sur l'approche des maladies complexes, utilisant les technologies à haut débit et la bio-informatique. Ses équipes d'épidémiologie

fournissent des données sur l'évolution de la prévalence mais également sur les variations territoriales et populationnelles de prévalences de l'excès de poids. Le lien doit être renforcé avec les sciences humaines et sociales. L'effort de recherche doit être coordonné par une fondation de recherche scientifique.

- **Prévention** : la contribution du Programme national nutrition santé (PNNS) à la prise de conscience collective des enjeux de la prévention nutritionnelle ainsi qu'à la mise en place d'actions de communication et de terrain est reconnue. L'objectif est d'amplifier cet effort préventif dans le domaine de l'obésité, en facilitant la mise en pratique des recommandations existantes. Une attention spécifique doit être portée à l'alimentation en milieu scolaire, la restauration collective et la restauration solidaire, ainsi qu'à l'activité physique pour la santé.
- **Organisation des soins** : le système de soins doit s'adapter à l'épidémiologie de l'obésité et singulièrement à la prévalence accrue de ses formes les plus sévères, qui concernent près de 4 % de la population adulte. Une attention doit être portée aux jeunes patients souffrant de handicap ou de maladies génétiques associés à l'obésité. Comme le soulignent les associations de patients et les sociétés savantes, l'ensemble de la chaîne de soins du premier recours, du médecin traitant aux prises en charge spécialisées et de rééducation, de soins de suite et de réadaptation, doit être organisée pour améliorer l'accessibilité, la lisibilité de l'offre, la qualité et la sécurité des soins. Le rôle du médecin traitant doit être renforcé. L'organisation des soins est une condition préalable à toute campagne de dépistage chez l'enfant. Les professionnels de santé doivent être formés et informés sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques dans le domaine.

Une large mobilisation

L'État entend mobiliser tous les partenaires de la prévention : les acteurs du système de santé, les partenaires institutionnels, les associations, les médias, les acteurs économiques.

Le Président de la République a confié au Professeur Arnaud Basdevant la mission de piloter la mise en œuvre de ces différentes mesures, en lien étroit avec les ministères chargés de la santé, des sports, de l'alimentation et de l'agriculture, de la recherche et de l'enseignement supérieur, de l'éducation, de la consommation, de la jeunesse et des aînés, de la cohésion sociale, ainsi qu'avec leurs partenaires publics (collectivités territoriales), associatifs (consommateurs, patients) et économiques.

Le Plan obésité réunit en un ensemble coordonné une série de mesures et d'actions dont certaines sont inscrites dans d'autres plans ou initiatives. L'articulation du Plan obésité avec le Programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015) et le Programme national pour l'alimentation (PNA), ainsi qu'avec le Plan national santé environnement (PNSE), le Plan national alimentation insertion (PAI) et le Plan santé à l'école (PSE), est un élément crucial de cette mobilisation. Elle sera assurée par une coordination interministérielle. Dans l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, il est tenu compte de la politique de la ville, à la fois pour assurer la déclinaison du PNNS et du PO sur ses territoires et pour mobiliser sur la thématique, les dispositifs spécifiques de cette politique avec les contrats locaux de santé des ARS.

Quatre axes prioritaires

Le Plan obésité comporte quatre axes prioritaires :

1. Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte

L'ambition est de mettre en place sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins. La cohérence de la gradation des soins sera confortée (du médecin traitant au spécialiste, à l'accueil en établissement de santé et de soins de suite et de réadaptation), incluant les dimensions préventives et sociales. C'est une condition sine qua non pour développer le dépistage qui, sans aval, n'aurait pas de pertinence.

2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

Une attention spécifique est portée à l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, la restauration collective, la restauration solidaire, et à l'activité physique pour la santé. L'axe prévention sera conduit en étroite relation avec le Programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015) et le Programme national pour l'alimentation, en particulier dans ses volets « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité » et « Améliorer l'offre alimentaire » dont les objectifs rejoignent les préconisations de la commission de Danne. Le lien avec les propositions du PNNS 2011 - 2015 sera assuré par une participation étroite des responsables du Plan obésité à sa conception et à sa mise en œuvre.

3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination

Il existe un important gradient social de l'obésité et de ses complications. Les différences régionales de prévalence pourraient être en partie expliquées par ces facteurs socio-économiques. Les facteurs économiques retiennent sur l'accès aux soins et le suivi de certaines prescriptions. Dans le domaine de la prévention, le gradient social intervient également dans l'impact des messages, en partie du fait d'obstacles pour les mettre en œuvre.

La discrimination, dont sont victimes les personnes obèses, est documentée par des études scientifiques. Elle se traduit par des difficultés à l'embauche, retentit sur les revenus à qualification égale. C'est une source d'altération de l'image de soi et parfois de désinsertion.

4. Investir dans la recherche

Il s'agit d'animer et d'intensifier l'effort de recherche en créant une fondation de coopération scientifique. L'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) sera chargée de développer ce projet avec les partenaires publics et privés. Les programmes devront favoriser les ponts entre sciences biologiques, imagerie et sciences humaines et sociales, et l'attraction de nouvelles équipes de recherche, en particulier en économie, sociologie et psychologie sociale. L'analyse des comportements de consommation et de l'impact de la communication et des messages de santé publique en sera une des priorités. La recherche translationnelle et l'innovation doivent être renforcées dans le domaine préventif et thérapeutique. Seront poursuivies les recherches épidémiologiques sur l'évolution de l'obésité chez les jeunes.

Axes stratégiques du plan

AXE 1 → Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte

Mesure 1-1 • Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant

Pourquoi ?

- La prise en charge initiale et le suivi de la personne obèse relève de la médecine de premier recours. Le rôle des médecins généralistes ainsi que les pédiatres est essentiel dans le dépistage, le bilan et les premières mesures thérapeutiques et le suivi.
- Les recommandations pour la prise en charge médicale de l'obésité de 1998 ne sont plus adaptées au premier recours (pédiatrique et adulte). Des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé sont attendues par les professionnels.
- Les associations de patients mentionnent des difficultés d'accès aux soins.

Comment ?

- Sensibiliser les médecins traitants et les pédiatres.
- Réaffirmer leur rôle dans le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge initiale et du suivi des patients obèses et la coordination des soins.
- Faciliter la prise en charge de premier recours en mettant à la disposition des médecins traitants et des pédiatres les outils pour faciliter la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité.
- Mettre à jour les recommandations HAS en s'appuyant sur l'expérience des réseaux, les associations, les avis de sociétés savantes européennes.
- Diffuser largement ces recommandations.
- Développer des supports pour la conduite de la consultation et faciliter l'accès aux ressources non médicales (ex : activité physique adaptée pour la santé).
- Analyser les conditions d'engagement et de contractualisation des médecins généralistes.

Action 1 • Recommandations de bonne pratique clinique de la HAS pour la prise en charge médicale de 1er recours du surpoids et de l'obésité, l'une pour les enfants et les adolescents et l'autre pour les adultes

Pilote : HAS.

Partenaires : DGOS, ARS, INPES, CNAMTS, DSS.

Calendrier : 2011.

Indicateurs d'évaluation : publication et diffusion des recommandations.

Action 2 • Conception et diffusion de fiches pratiques à destination des médecins généralistes et des pédiatres

Accès à une information pertinente et fiable (cf. mesure 1.10).

Pilote : DGS.

Partenaires : DSS, CNAMTS, AFERO, sociétés savantes de médecine générale, AFERO, DGOS, ARS, INPES.

Calendrier : 2013.

Indicateurs d'évaluation : diffusion auprès des professionnels et du public.

Action 3 • Étude des mesures contractuelles susceptibles d'améliorer la prise en charge adaptée de 1^{er} recours

Pilote : CNAMTS.

Partenaires : DSS- DGOS.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateurs d'évaluation : éléments issus de la négociation conventionnelle entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Mesure 1-2 • Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra régional

Pourquoi ?

- La lisibilité, l'accessibilité et la qualité de l'offre de soins doivent être améliorées.
- Le rôle des médecins spécialistes, intervenant en médecine ambulatoire doit être mieux identifié au sein de la chaîne de soins.
- Il convient de renforcer la gradation des soins dans une démarche d'organisation territoriale sous l'autorité des ARS.

Comment ?

- Définir les missions du recours spécialisé en veillant notamment à l'articulation entre spécialistes ambulatoires et centres spécialisés.
- Élaborer un cahier des charges national pour identifier les centres spécialisés et les centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère et multi compliquée par appel à projet des ARS.
- L'organisation territoriale permettra de faciliter les interactions entre les professionnels, notamment les médecins traitants, médecins spécialistes et centres spécialisés.
- Favoriser les échanges entre centres spécialisés et centres intégrés sur le territoire.
- Définir les critères d'évaluation et de fonctionnement de ces centres.

Action 4 • Identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions

Un cahier des charges national sera fourni aux ARS pour l'identification des centres spécialisés et intégrés.

Pilote : DGOS.

Partenaires : ARS, Établissements de santé, médecins libéraux, associations, réseaux.

Calendrier :

2011 : rédaction du cahier des charges, identification des centres et définition des indicateurs de suivi et d'évaluation ;

2012 : 1^{ères} réunion nationale des centres intégrés et spécialisés ;

2013 : 1^{ère} évaluation du fonctionnement ;

Indicateurs d'évaluation : centres spécialisés et intégrés identifiés en 2011.

Mesure 1-3 • Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval

Pourquoi ?

Le rapport de la commission de Danne préconise un dépistage systématique de l'obésité chez l'enfant. Une étude CNAMTS indique un faible pourcentage d'utilisation des courbes d'indice de masse corporelle (IMC) par les professionnels de santé. Il s'agit de promouvoir ce dépistage dans les consultations quotidiennes des professionnels.

Comment ?

En fonction des recommandations de la HAS :

Actions de dépistage

- Évaluer l'efficacité d'un dépistage précoce chez l'enfant par l'ensemble des médecins généralistes et des pédiatres (engagement conventionnel médecin traitant et prévention mis en place depuis 2010).
- Systématiser la mesure et l'interprétation de l'IMC dans la prise en charge de premier recours.
- Mettre à disposition un guide pratique pour l'aval du dépistage.

Actions de prise en charge et de suivi

- Identifier des professionnels auxquels les enfants dépistés peuvent être confiés pour mettre en œuvre la prise en charge (rôle du médecin généraliste et du pédiatre).
- Mettre à la disposition du public, des professionnels, du public et des associations, une liste des ressources en soutien de la prise en charge et du traitement au niveau du territoire de santé (cf. mesure 1.6).

Action 5 • Systématisation du dépistage chez les enfants et organisation de l'aval

Pilote : CNAMTS.

Partenaires : DGS, DSS, DGOS ARS, Société française de pédiatrie, SFP, AFPA, HAS, sociétés de médecine générale, éducation nationale, médecine scolaire, PMI.

Calendrier : 2011 - 2012.

Indicateurs d'évaluation : suivi et résultats de l'action auprès des médecins traitants (MT) et prévention conventionnelle lancée en 2010 par la CNAMTS.

Mesure 1-4 • Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique

Pourquoi ?

- La prévention comme le traitement de l'obésité et de ses complications peuvent naturellement s'inscrire dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), au sens de l'article 84 de la loi Hôpital, patient, santé, et territoires (HPST), et d'éducation en santé.
- Le développement de l'éducation thérapeutique offre la possibilité d'une approche globale des maladies chroniques liées aux comportements et à l'environnement comme l'obésité. Dans ce cadre, l'intégration des dimensions psychologique, diététique et d'activité physique est centrale.

Comment ?

- Développement et évaluation de l'éducation thérapeutique dans le champ du surpoids et de l'obésité.
- Développement du référentiel de compétences en ETP dans le domaine de l'obésité prenant en compte la dimension psychologique, diététique et d'activité physique.
- Reconnaissance et financement d'équipes dispensant des programmes d'éducation thérapeutique en hospitalisation et en ambulatoire de proximité (notamment dans le cadre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération en maisons de santé pluridisciplinaires).
- Évaluation de ces programmes.

Action 6 • Développement de l'éducation thérapeutique

Pilote : DGS.

Partenaires : DGOS, DSS, DS ARS, mutuelles, INPES, maisons de santé pluridisciplinaires, HAS, sociétés savantes, CNOSF, fédérations sportives, professionnels de l'activité physique.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateurs d'évaluation :

- nombre d'équipes d'éducation thérapeutique reconnues par les ARS ;
- existence du référentiel de compétence (INPES) ;
- évaluation par les ARS.

Mesure 1-5 • Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité

Pourquoi ?

- La lisibilité et l'accessibilité à l'offre de soins et aux ressources non médicales aidant à la prise en charge et au traitement des obésités sont à améliorer.
- Les informations médicales et non médicales comme l'aide psychologique, les ressources sociales, les conseils familiaux, les structures d'activité physique pour la santé sont difficiles d'accès pour les réseaux et les professionnels de santé, le public et les associations.
- Le lien entre la prise en charge pédiatrique et adulte, permettant de faciliter les relais et d'optimiser les bénéfices, est perfectible.

Comment ?

- S'appuyer sur le savoir-faire des services de santé, notamment des réseaux existants (après évaluation de leurs résultats), en termes de coordination de l'offre de soins, de prévention et de prise en charge adaptées à chaque situation et à chaque territoire.
- Proposer un cahier des charges national pour la promotion des réseaux de prise en charge de l'obésité répondant aux objectifs énoncés suivants :
 - structurer l'offre de soins pour proposer un parcours de soins adapté à chaque situation et à chaque territoire ;
 - promouvoir l'interdisciplinarité ;
 - favoriser le décloisonnement des acteurs de santé et renforcer les liens avec les acteurs du médico-social et du social ;
 - mettre à disposition des praticiens de premier recours les relais pour l'activité physique, les aspects diététiques, psychologiques.
- Réunir les informations et les ressources identifiées par les associations, les réseaux, les établissements dans l'annuaire régional des ressources (cf. mesure 1.10).
- Favoriser les liens entre les réseaux pédiatriques et les structures adultes dans une démarche de continuité.

Action 7 • À partir des objectifs du cahier des charges, établissement d'un diagnostic territorial des besoins pour structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité

Pilote : DGOS.

Partenaires : ARS, DGS, CNAMTS, INPES, réseaux.

Calendrier : 2012.

Indicateurs d'évaluation : nombre de régions ayant conduit un diagnostic.

Action 8 • Structuration du déploiement des réseaux et de la coordination des soins pour la prise en charge de l'obésité, en utilisant l'expertise et le savoir faire des réseaux existants

Pilote : DGOS.

Partenaires : ARS, DGS, CNAMTS, INPES, réseaux RÉPPOP (Réseaux pour la prévention et la prise en charge de l'obésité pédiatrique), maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, centres de santé.

Calendrier : 2013.

Indicateurs d'évaluation : nombre de régions ayant déployé un réseau de prise en charge de l'obésité.

Mesure 1-6 • Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR)

Pourquoi ?

- Les établissements SSR polyvalents et spécialisés (notamment dans la prise en charge des affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien), doivent pouvoir accueillir les patients présentant des obésités sévères et/ou compliquées. Telle n'est pas la situation actuelle. Au-delà de 135 kg, la majorité des SSR n'assurent pas l'accès aux patients, en particulier s'il existe des complications retentissant sur la mobilité ou l'autonomie.

Comment ?

- Définir un référentiel professionnel sur les indications justifiant une prise en charge de l'obésité sévère et/ou compliquée en SSR et les conditions permettant cette prise en charge de manière appropriée.
- Adapter l'équipement des SSR à l'accueil de ces patients. Accompagner l'investissement des structures accueillant effectivement des patients obèses dont l'IMC > 35 ou le poids supérieur à 135 kg (obésités sévères et/ou compliquées).
- Analyser les coûts et valoriser les différentes formes de prise en charge en SSR en distinguant les adultes et les enfants (personnel, équipements, comorbidités...).

Action 9 • Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée à des prises en charge adaptées en SSR

- Élaboration par les sociétés savantes d'un référentiel professionnel proposé à la HAS.

Pilote : DGOS.

Partenaires : CNAMTS, ATIH, FHF, FHP, FEHAP, UGECAM, Croix Rouge, sociétés savantes (AFERO).

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateurs d'évaluation :

- Définition et validation du référentiel (AFERO) ;
- Nombre de patients accueillis en SSR dont l'IMC > 35 ou le poids > 135 kg et/ou avec obésité sévère et/ou compliquée ;
- Nombre de conventions entre ces SSR et les centres spécialisés/intégrés.

Mesure 1-7 • Assurer le transport sanitaire bariatrique

Pourquoi ?

- La qualité et la sécurité des transports pour les personnes présentant des obésités très importantes ne sont pas assurées. Ceci expose à des risques, notamment en situation d'urgence et constitue également un obstacle à l'accès aux soins.
- Cette situation tient à l'absence de matériels de transport adaptés à l'obésité massive (médicalisé ou non : tous types de transport), à des questions de coûts (le transport mobilise parfois plusieurs équipes d'ambulanciers et prend plus de temps).

Comment ?

- Identifier les besoins du transport bariatrique en France.
- Envisager les solutions pertinentes sur le plan technique, médical et économique avec les professionnels.
- Diffuser le modèle aux ARS et appuyer sa mise en œuvre.

Action 10 • Définition d'un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique dans l'objectif d'assurer l'équipement nécessaire, réparti sur le territoire national pour répondre aux besoins

Pilote : DGOS.

Partenaires : ARS, SAMU, pompiers, CNAMTS, fédérations, sociétés savantes, professionnels du transport sanitaire.

Calendrier : 2011 - 2013 :

- 2011 : état des lieux ;
- 2012 : orientations nationales ;
- 2013 : mise en œuvre.

Indicateurs d'évaluation : nombre de personnes prise en charge transportées en transport bariatrique par région et par an.

Mesure 1-8 • Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer

Pourquoi ?

- Les problématiques en matière de nutrition et pathologies liées (notamment l'obésité et, dans certains cas, dénutrition et obésité coexistant sur le même territoire) sont différentes de celles de la métropole. Aux inégalités de santé constatées, s'ajoutent des différences territoriales en Outre-mer. De plus, la situation n'est pas comparable d'un territoire à l'autre. Il importe donc d'en tenir compte, en plus des conditions socio-économiques, culturelles, linguistiques... Par conséquent la politique préventive qui sera développée sera adaptée.
- L'obésité est plus fréquente dans les DOM qu'en métropole, particulièrement chez les femmes.
- L'organisation des soins doit être améliorée en la rendant plus lisible, accessible et coordonnée.
- Les mesures de prévention doivent être renforcées.

Comment ?

- Mobiliser les partenaires de la prévention à travers les actions portées par le PNA, PNNS, PNSE, Plan chlordecone et adapter la communication.
- Disposer des informations épidémiologiques affinées et spécifiques.
- Réaliser un état des lieux de l'offre de soins.
- Décliner le Plan obésité et l'adapter aux spécificités de l'Outre-mer.

Action 11 • Identification des ressources médicales et non médicales pour la prévention et la prise en charge ; organisation de la chaîne de soins ; information du public ; définition d'indicateurs spécifiques en épidémiologie en compléments des informations déjà existantes

Pilote : DGS.

Partenaires : ARS, Délégation générale de l'Outre-mer, DGOS, professionnels de santé, InVS, ANSES.

Calendrier : 2012.

Indicateurs d'évaluation :

- existence d'une communication adaptée aux DOM ;
- description d'une chaîne de soins par les différents partenaires.

Mesure 1-9 • Analyser la pertinence des pratiques

Pourquoi ?

- Des pratiques émergentes doivent être analysées en termes de pertinence, de conformité aux recommandations de bonnes pratiques.
- Il s'agit en particulier des indications de la chirurgie bariatrique et de ses conditions de réalisation, en particulier chez les sujets jeunes de moins de 20 ans et dans le cadre de la chirurgie métabolique chez l'adulte (diabète).
- Un autre domaine est celui des prescriptions de substances (médicaments, plantes, préparations magistrales) et de la pratique de régimes à visée amaigrissante qui peuvent, en cas de non respect des indications et contre-indications, être potentiellement à risque.

Comment ?

- Analyser les pratiques actuelles de chirurgie bariatrique à partir des données de la CNAMTS en tenant compte des populations opérées (âge, sexe, techniques, nombre de cas par centres ou chirurgiens, distribution territoriale...) et les confronter aux données épidémiologiques.
- Suivre systématiquement les pratiques de chirurgie bariatrique chez les personnes de moins de 20 ans et si possible chez les personnes de plus de 65 ans.
- Analyser les effets médicaux et l'impact économique de la chirurgie métabolique.
- À partir des rapports AFSSAPS et ANSES faisant l'état des lieux sur les prescriptions de substances à visée amaigrissante et la pratique de régimes amaigrissants, développer une information sur les risques éventuels auprès du grand public et des professionnels de santé. Cette action est portée par le PNNS dans le cadre de la mesure 11.6.

Action 12 • Analyse de la pertinence des pratiques

Pilote : CNAMTS.

Partenaires : SFP, AFERO, SOFFCO, HAS.

Calendrier : 2011 - 2012.

Évaluation :

- mise en place d'une étude sur la pratique de la chirurgie bariatrique par la CNAMTS : 2012 ;
- mise en place d'un suivi de cohorte d'enfants opérés et reconnaissance, au niveau national, des centres disposant de l'ensemble des moyens humains et techniques pour cette chirurgie ;
- analyse médico-économique de la chirurgie bariatrique chez les sujets diabétiques.

Action 13 • Lutte contre les prescriptions hors indications - favoriser les bonnes pratiques - communication, auprès du grand public et des professionnels de santé, sur les rapports de l'AFSSAPS et de l'ANSES sur la demande d'amaigrissement

Pilote : DGS.

Partenaires : AFSSAPS, ANSES, associations de patients, sociétés savantes.

Calendrier : 2011.

Indicateurs d'évaluation : plaquette d'information pour le grand public et les professionnels de santé réalisée sur la base des conclusions des rapports de l'AFSSAPS et de l'ANSES.

Mesure 1.10 • Informer le grand public et les professionnels

Pourquoi ?

- Les professionnels de santé, les patients, les associations souhaiteraient disposer d'une lisibilité plus importante de l'offre de soins existante.
- Tous doivent avoir facilement accès à une information facilitée et de qualité.

Comment ?

- Sur le site du ministère chargé de la santé et sur le portail des ARS, proposer une information claire, précise et adaptée à chaque public comportant l'information nécessaire sur l'offre de soins et prévoyant un accès réservé aux professionnels (annuaire des ressources).

**Action 14 • Recueil de l'information sur les ressources au niveau du territoire.
Rendre cette information accessible au moyen d'un volet « obésité »
sur le site des ARS**

Pilote : DGS.

Partenaires : DGOS, INPES, ARS, associations de patients et de médecins, réseaux REPOP, Association pour la prévention et pour la prise en charge de l'obésité, APOP SFP, centres spécialisés régionaux, centre référent maladies rares, médecins spécialistes.

Calendrier : 2011 - 2012.

Indicateurs d'évaluation :

- expérimentation sur deux ARS pilote et extension aux autres territoires ;
- mise en place d'un site d'information au niveau de chaque ARS.

AXE 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

Le volet « prévention » du Plan obésité est dominé par les objectifs suivants :

- faciliter la mise en œuvre individuelle et collective des recommandations préventives ;
- agir sur les déterminants environnementaux de l'obésité ;
- réduire la stigmatisation des personnes obèses ;
- contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé ;
- promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité.

Pour renforcer les mesures préventives dans le domaine de l'obésité, le Plan obésité s'appuie sur le Programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015), sur le Programme national pour l'alimentation (PNA) et sur le Programme éducation santé (PES). L'articulation de ces programmes est une condition essentielle de leur pertinence et de leur impact. La convergence des analyses et des propositions autorise cette approche concertée. La participation des responsables du Plan obésité aux réunions du PNA, du PNNS et du PES, contribuera à cette cohérence. Nous ne ferons ici que citer les mesures directement en rapport avec les objectifs du Plan obésité, le lecteur se reportera à la description détaillée des mesures dans les documents princeps du PNA, du PNNS et du PES.

L'amélioration de la qualité nutritionnelle et de l'accessibilité à une alimentation équilibrée pour les personnes en situations économique, sociale ou somatiques précaires, représentent le cœur des mesures préventives qui concernent le Plan obésité. Il s'agit également de développer l'activité physique adaptée et en particulier de développer l'activité physique à l'école et dans les collectivités, en augmentant le temps consacré à l'activité physique. Enfin, du fait des liens entre urbanisation et progression de l'obésité, le projet est de labelliser des programmes d'amélioration de l'environnement urbain en s'appuyant sur le Plan national santé environnement (PNSE 2) et le rapport coordonné par le Pr J.-F. Toussaint, *Retrouver sa liberté de mouvement*.

Mesure 2.1 • Actions préventives conduites dans le cadre du PNA

Pour son volet « prévention », le Plan obésité s'appuie sur les axes suivants du Programme national pour l'alimentation (les **actions** du PNA intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro **15** (15.1, 15.2...)).

Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité (Axe I)

- Mieux manger en situation précaire (I.1) :
 - augmenter les quantités et favoriser un régime plus équilibré (I.1.1) ;
 - favoriser les initiatives alliant lutte contre le gaspillage alimentaire et aide aux personnes démunies (I.1.2).
- Prendre de bonnes habitudes alimentaires dans le cadre scolaire ou périscolaire (I.2) :
 - généraliser la distribution de fruits à l'école en plus de ceux consommés à la cantine (I.2.1) ;
 - donner un repas équilibré et du plaisir aux jeunes en restauration collective (I.2.2).

Améliorer l'offre alimentaire (Axe II)

- Généraliser les démarches volontaires et les partenariats publics/privés permettant d'innover pour améliorer la qualité des aliments (II.1).
- Développer des variétés végétales à haute valeur environnementale, nutritionnelle, et organoleptique (II.2).

Améliorer la connaissance et l'information sur l'alimentation (Axe III)

- Former les jeunes consommateurs de demain (III.1) :
 - acquérir, durant le temps scolaire, des connaissances et sensibiliser les plus jeunes au patrimoine alimentaire et culinaire (III.1.1) ;
 - acquérir, hors temps scolaire, un socle de connaissances et sensibiliser les plus jeunes au patrimoine alimentaire et culinaire (III.1.2).
- Éduquer les consommateurs (III.2) :
 - créer un nouvel espace d'information sur l'alimentation (III.2.1) ;
 - labelliser les maisons de l'alimentation (III.2.2) ;
 - réaliser un centre de ressource des jeux éducatifs (III.2.3) ;
 - développer des programmes éducatifs (III.2.4).
- Informer les consommateurs (III.3) :
 - améliorer l'étiquetage et l'information sur les produits (III.3.1) ;
 - renforcer l'information des consommateurs sur la composition nutritionnelle des denrées pré-emballées (III.3.3).

Mesure 2.2 • Actions préventives conduites dans le cadre du PNNS

Pour son volet « Prévention », le Plan obésité s'appuiera sur les axes suivants du PNNS (les actions du PNNS intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro 16 (16.1, 16.2...)).

Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité (Axe 2)

- Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous (mesure 1).
- Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations défavorisées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques, ou âgées (mesure 2).

Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes (Axe 4)

- Mettre en place une stratégie de communication du PNNS (mesure 1, action 29).
- Développer les chartes d'engagements des collectivités territoriales actives du PNNS (mesure 2, actions 30, 31 et 32).
- Développer la charte « entreprises actives du PNNS » (mesure 3, action 33).
- Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS (mesure 4, actions 34, 35 et 36).

Réduire, par des actions spécifiques, les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention (Axe 1)

- Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle (mesure 1, actions 1 à 5).
- Développer et valoriser les chartes d'engagement volontaires de progrès nutritionnel pour une offre alimentaire allant dans le sens des objectifs du PNNS (mesure 2, action 8).
- Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle (mesure 4) :
 - Développer une communication actualisée sur les repères nutritionnels du PNNS et des outils adaptés à des publics spécifiques ; informer sur les relations entre nutrition et pathologies (action 11) ;
 - Renforcer les messages de santé publique et réduire les effets de la pression publicitaire (action 12).
- Promouvoir l'allaitement maternel (mesure 5, action 13).

Organiser le dépistage et la prise en charge des patients en nutrition (Axe 3)

- Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap (Mesure 4, action 28).

Volet transversal : formation, surveillance, évaluation et recherche

- Révision en vue d'une actualisation des contenus et modalités de formation initiale des médecins, pharmaciens, dentistes, sages femmes, diététiciens, paramédicaux dans le domaine de la nutrition, en lien avec le collège des enseignants de nutrition (mesure 1, action 39.1).
- Évolution des cursus des professionnels de l'activité physique formés à l'université et du domaine social dans le domaine de la nutrition santé (mesure 1, action 39.3).
- Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables (mesure 2, actions 40 et 41).
- Évaluer le PNNS et le Plan obésité (mesure 6, action 45).

La question des chartes sera abordée de manière articulée entre PNNS, PNA et Plan obésité. Des chartes spécifiques ont été signées avec les entreprises agroalimentaires dans un objectif d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments, avec des villes (et des communautés de communes) et des départements. D'autres chartes sont en préparation avec les régions mais aussi les entreprises, pour agir au niveau des salariés.

Mesure 2.3 • Actions préventives conduites dans le cadre du Programme éducation santé 2011 - 2015

Les actions du PES intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro 17 (17.1, 17.2...).

Action 17 : Assurer l'accompagnement des enfants en établissement d'enseignement

Pourquoi ?

- Les enfants obèses peuvent souffrir de discrimination et de stigmatisation en milieu scolaire, de la part d'élèves ou de professeurs. Nombre d'entre eux renoncent à l'activité physique.
- L'exclusion de l'activité physique est source de discrimination et ne contribue pas à la qualité de vie et à la santé.
- Des mesures doivent être prises et des dispositifs mis en place, pour faciliter l'activité physique adaptée aux enfants obèses en milieu scolaire, et contribuer ainsi à la qualité de la vie et à la santé.

Comment ?

- Informer le personnel de l'Éducation nationale (éducation physique).
- Développer des outils et des modalités pratiques pour faciliter l'éducation physique des enfants et des adolescents obèses sous la conduite de professionnels.

Action 17 • Accompagnement des enfants en établissements scolaires

Pilote : DGESCO.

Partenaires : DGS, INPES, Société française de pédiatrie, personnels enseignants de l'Éducation nationale.

Calendrier : septembre 2011.

Indicateurs d'évaluation :

- nombre d'établissements engagés sur le projet « nutrition activité physique » ;
- diffusion des documents auprès des établissements (document ICAPS septembre 2011, programme « Bouge pour ta santé » de la Mutualité française) auprès des professionnels de santé scolaire, Évaluer et suivre la corpulence des enfants, élaboré par l'INPES et Eduscol).

Par ailleurs, pour son volet « Prévention », le Plan obésité s'appuiera aussi sur les axes suivants du Programme éducation santé :

- Préciser les modes et les rythmes des prises alimentaires à l'école primaire ;
- Favoriser la consommation d'eau potable dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement en facilitant l'accès aux points d'eau pour les élèves ;
- Faciliter la collecte du poids et de la taille des enfants de grande section de maternelle ;
- Accompagner la mise en œuvre d'un programme d'éducation à la santé en primaire et au collège en matière de nutrition.

Mesure 2.4 • Actions préventives spécifiques

Il s'agit d'actions visant à renforcer l'information, la promotion et l'éducation en santé dans les différents milieux ainsi que développer des recommandations particulières.

Action 18 : renforcement de l'information sur la notion de sédentarité notamment «le temps passé devant un écran »

Pourquoi ?

- Il existe une relation directe entre le nombre d'heures passées devant un écran de télévision et la prévalence de l'obésité, et ce, dans tous les pays. Ce déterminant paraît contribuer aux inégalités sociales de santé.

Comment ?

- Mener une campagne d'information. Cette question est traitée dans le cadre de l'action 11.2 du PNNS « Renforcement de l'information sur la notion de sédentarité ».

Action 18 • Renforcement de l'information sur la notion de sédentarité, notamment « le temps passé devant un écran »

Pilote : INPES.

Partenaires : DGS, CSA, médias, diffuseur, annonceurs.

Calendrier : 2012.

Indicateurs d'évaluation : réalisation de la campagne et mesure d'impact.

Action 19 : établissement d'un bilan d'étape sur le développement de la Charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique, favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision (2009) et engager une réflexion sur les perspectives éventuelles d'évolution

Pourquoi ?

- Conscient du rôle qu'ils peuvent jouer pour contribuer à prévenir des comportements nutritionnels déséquilibrés, les professionnels se sont engagés, en signant la Charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision (2009), dans une démarche active témoignant d'une volonté d'agir en faveur de la promotion d'une alimentation et d'une activité physique favorables à la santé, en particulier auprès des publics jeunes.
- Compte tenu de la multiplicité et de la complexité des facteurs qui favorisent la progression de l'obésité, la charte constitue une des approches de la prévention de l'obésité.

Comment ?

- Établir un bilan d'étape et engager une réflexion sur les perspectives éventuelles d'évolution (contenu publicitaire et programme éducatif).

Action 19 • Établissement d'un bilan d'étape sur le développement de la charte et engagement d'une réflexion sur les perspectives éventuelles d'évolution

Pilote : Ministère de la Culture et de la Communication.

Partenaires : DGS, CSA, médias, diffuseurs, annonceurs, productions.

Calendrier : fin 2011.

Indicateurs d'évaluation : recensement des propositions d'évolution de la charte, des contenus publicitaires et des programmes.

Actions 20 à 22 : Intégrer les objectifs préventifs du Plan obésité dans la politique de la ville

Pourquoi ?

- Les actions de la politique de la ville en matière de santé sont orientées spécifiquement en direction des habitants des quartiers prioritaires, qui présentent des caractéristiques socio-économiques défavorables, et souffrent de manière plus importante de problème de surpoids et d'obésité (cf. rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS)).

Comment ?

- Mobiliser les ateliers santé ville (ASV) et les projets locaux de rénovation urbaine sur la thématique « nutrition santé » avec les contrats locaux de santé des ARS.

Action 20 • État des lieux des actions engagées sur le thème « nutrition santé » par les ateliers santé ville (ASV)

Pilote : DGS.

Partenaires : SGCIV, SGMS, ACSé, DGCS, CNV.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateur d'évaluation : nombre d'actions recensées sur quelques régions pilotes (DOM en particulier).

Action 21 • Favoriser dans les dispositifs de formations des coordinateurs ASV et des animateurs CUCS¹ la thématique nutrition santé (alimentation et activité physique), et les coordonner avec les contrats locaux de santé

Pilote : DGS.

Partenaires : SGCIV, SGMS, Acsé, INPES, CNV, CRPV.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateur d'évaluation : nombre de stagiaires formés à la thématique nutrition santé.

Action 22 • Favoriser un environnement propice à la mobilité douce ou active en lien avec le PNSE

Pilote : DGS.

Partenaires : SGCIV, SGMS, Acsé², DGCS, CNV, ANRU, FNAU.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateur d'évaluation : nombre d'actions ou de programme urbain prenant en compte la dimension nutrition santé.

Cette mesure du plan est en lien avec le Plan national santé environnement (PNSE 2) et le rapport du Pr J.-F. Toussaint, Retrouver sa liberté de mouvement ; lesquels s'appuient sur les axes suivants : favoriser les transports actifs et les mobilités douces ; améliorer la santé en agissant sur les modes de transports ; prendre en compte l'impact sur la santé des différents modes de transports ; régler les mesures d'aménagement et les subventions d'ouvrages et d'équipements publics prenant en compte les mobilités douces ou actives.

1. 1 Contrat urbain de cohésion sociale

2 Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

Actions 23 et 24 : Sommeil et obésité

Pourquoi ?

- Chez l'enfant et chez l'adulte, la réduction de la durée de sommeil est associée à un risque accru d'obésité.
- Le syndrome d'apnées du sommeil et l'hypoventilation sont fréquents et méconnus.

Comment ?

- Intégrer une sensibilisation sur les relations entre le sommeil et la prise de poids dans les documents publiés du PNNS à destination du grand public et des professionnels.
- Évaluer le sommeil et l'état respiratoire chez les personnes obèses : recommandations par les sociétés savantes.

Action 23 • Intégration d'une sensibilisation sur les relations entre le sommeil et la prise de poids dans les outils de prévention du PNNS développés par l'INPES

Pilote : INPES.

Partenaires : SFP, SFRMS (Société française de recherche et de médecine du sommeil) ; FFP (Fédération française de pneumologie).

Calendrier : 2012.

Indicateurs d'évaluation : nombre d'outils intégrant une information sur le sommeil - Diffusion et mesure d'impact.

Action 24 • Évaluation du sommeil et de l'état respiratoire : recommandation professionnelle

Pilote : DGS.

Partenaires : FFP ; SFRMS ; AFERO ; SFN.

Calendrier : 2012.

Indicateur d'évaluation : rédaction de recommandations professionnelles par les sociétés savantes.

AXE 3 → Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations

Mesure 3-1 • Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique

Cette action est conduite dans le cadre du PNNS et du PNA et sera soutenue par le Plan obésité (cf. supra).

Mesure 3-2 • Organiser l'offre de soins pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental, et aider les familles

Pourquoi ?

- L'obésité concerne des personnes fragiles (maladies rares avec obésités syndromiques et troubles comportementaux majeurs ; personnes handicapées ; patients hospitalisés en institution psychiatrique).
- La prise en charge de personnes atteintes d'obésité syndromique (dont le syndrome de Prader Willi) relève d'une maladie rare. Le dispositif de prise en charge comprend un centre de référence qui travaille avec de nombreux services et centres de compétences. Il manque toutefois dans le dispositif existant une prise en charge des enfants et adolescents en SSR. Les graves troubles du comportement et troubles du comportement alimentaires de ces jeunes patients nécessitent une prise en charge spécifique.
- Les séjours de répit sont essentiels pour les patients et leurs familles.

Comment ?

- Renforcer le lien entre maladies rares et obésités syndromiques : dossier commun, site, liens avec les associations de patients ; personnes handicapées, personnes en institution.
- Assurer l'accès à une prise en charge en SSR des jeunes atteints d'obésité syndromique et maladies rares (Prader Willi).
- Élaborer des recommandations nutritionnelles et d'activité physique pour les personnes en institution.
- Renforcer le potentiel de prise en charge sociale des patients atteints de maladies rares associées à des obésités et de leurs familles.

Action 25 • Identification des unités d'accueil en SSR pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésités syndromiques et du syndrome de Prader-Willi, en lien avec le centre de référence pour la prise en charge du syndrome de Prader Willi

Pilote : DGOS.

Partenaires : ARS, Association Prader Willi, CRMR, Plan maladies rares, TIH.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateur d'évaluation : nombre de structures accueillant ces jeunes et répondant aux besoins.

Action 26 • Recommandations nutritionnelles et d'activité physique pour les personnes en institution (psychiatrie, handicap)

Pilote : DGS.

Partenaires : Société française de nutrition, associations de patients, CRMR, associations, SFMS.

Calendrier : 2013.

Indicateur d'évaluation : réalisation de recommandations diffusées en institution.

Mesure 3-3 • Lutter contre les discriminations dans le système de soins

Pourquoi ?

- Les associations de patients soulignent les difficultés rencontrées par les personnes obèses dans le système de soins.

Comment ?

- Prendre en compte la discrimination des personnes obèses lors de la certification des établissements de santé dans le cadre de la promotion de la « bienveillance ».
- Faciliter la réalisation et l'application de la fiche d'amélioration de la qualité (FAQ) dans le domaine de l'obésité dans le processus de certification des établissements de santé.

Action 27 • Inclure le critère de « bienveillance » dans la certification des établissements de santé

Pilote : DGOS.

Partenaires : HAS.

Calendrier : 2013.

Indicateurs d'évaluation :

- définir le critère ;
- présence du critère dans la prochaine certification.

Mesure 3-4 • Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société

Pourquoi ?

- De nombreuses études témoignent de l'importance de la stigmatisation et de la discrimination dont souffrent les personnes obèses. Le discours médiatique en est imprégné. Les associations ont un rôle important d'alerte et de pression.

Comment ?

- Inscrire cette question dans des actions de formation des professionnels de santé.
- Engager la HALDE et le CSA, les medias sur cette question.
- Se référer à la charte « image du corps » signée, par la Ministre chargée de la santé et les différents acteurs et associations, dans le cadre du PNNS en 2008.

Action 28 • Communication sur la stigmatisation et les discriminations liées à l'obésité

Pilote : DGS.

Partenaires : HALDE, associations, CSA, centre de formation des personnels de santé, INPES.

Calendrier : 2012 - 2013.

Indicateurs d'évaluation : résultats de l'évaluation de l'application de la charte, formalisation des propositions concrètes.

Mesure 3-5 • Protéger le consommateur contre la communication trompeuse

Pourquoi ?

- La vente de compléments alimentaires, d'appareils, de méthodes ou produits divers (en dehors des médicaments), faisant état d'une action sur l'amaigrissement dans différents médias (TV, TV achats, presse, Internet) ne repose, dans la majorité des cas, sur aucun argument justifiant ces allégations. L'objectif est d'engager les opérateurs concernés à s'assurer de la conformité à la réglementation en vigueur des produits, notamment pour ce qui concerne les dispositions relatives aux allégations nutritionnelles et de santé ainsi qu'aux compléments alimentaires, mis en vente ou promus dans ces différents médias notamment via des mesures d'autodisciplines.

Comment ?

- Un recensement des médias, des catégories d'opérateurs et des produits concernés sera effectué. Un état des lieux des dispositions juridiques applicables et des mesures d'autodisciplines existantes le cas échéant sera effectué. L'avis du Conseil national de la consommation sera recueilli sur cette thématique. La proposition vise, à minima, à inscrire les opérateurs des médias dans un cercle vertueux de promotion et de commercialisation des produits vantant des effets sur l'amaigrissement (guide d'autodiscipline de bonnes pratiques) mais aussi à renforcer l'information des consommateurs sur la réglementation en vigueur afin de leur permettre d'exercer plus facilement leur sens critique.

Action 29 • Renforcement de l'information des consommateurs, des médias sur la réglementation en vigueur.

Pilote : DGCCRF.

Partenaires : CSA, Direction des Médias, DGS, Direction de l'Économie numérique, opérateurs des différents secteurs, associations de consommateurs et de patients obèses, Conseil national de la consommation.

Calendrier : Lancement des concertations interservices dès le lancement du Plan obésité pour mise au point réglementaire sur les différents produits concernés. Lancement des concertations avec les opérateurs concernés deuxième semestre 2011. Élaboration des mesures d'autodiscipline 2012. Finalisation 2013.

Indicateur d'évaluation : mise en place de mesures d'autodisciplines par les opérateurs concernés.

AXE 4 → Investir dans la recherche

Mesure 4-1

Action 30 : créer une fondation de coopération scientifique.

Action 31 : développer la recherche en sciences humaines et sociales.

Action 32 : développer la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires de l'obésité et de ses conséquences.

Action 33 : inclure les paramètres nutritionnels dans de grandes cohortes.

Pourquoi ?

Les interactions biologie/comportement sont au cœur de la recherche sur l'obésité qui sollicite un large éventail de champs disciplinaires, des sciences humaines et sociales (économie, sociologie) à la biologie, tant dans le domaine de la génétique et des interactions gènes/environnement, que dans ceux de l'inflammation, de la physiologie intégrée, de la différenciation cellulaire, des biomarqueurs ou de l'innovation thérapeutique. Il s'agit donc de stimuler la recherche interdisciplinaire, la recherche translationnelle et les partenariats public/privé.

Comment ?

Impulsion à la recherche sur les origines et les conséquences de l'obésité en mobilisant au sein d'une Fondation de coopération scientifique.

Étape préparatoire : séminaire réunissant les chercheurs, les institutionnels et les associations pour identifier les axes et synergies de recherche en biologie et en sciences sociales (aspects environnementaux, comportementaux, économiques, sociaux) et définir les orientations d'un futur appel d'offre.

En un second temps, mise en place d'un comité de pilotage, d'un conseil scientifique et d'un appel d'offre d'une fondation de coopération scientifique.

Pilote : Ministère de la recherche.

Partenaires : AVIESAN, ANR.

Calendrier : Séminaire premier trimestre 2011.

Indicateurs d'évaluation : séminaire sur la recherche ; création de la fondation de coopération scientifique dans le cadre de la structuration actuelle de la FCS abritante, AVIESAN.

Mesure 4-2 • Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir

Pourquoi ?

- Différentes études épidémiologiques permettent de disposer de références sur la situation française.
- Il est nécessaire de disposer de données chez l'enfant et l'adulte en particulier en Outre-mer.
- Mettre en avant les déterminants sociodémographiques, économiques et environnementaux.

Comment ?

- Établir un état des lieux sur les études en cours et prévues et un calendrier des études programmées.
- Inscrire des paramètres nutritionnels, dont la corpulence, dans les cohortes.

Action 34 • Identification des études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir.

Pilote : AVIESAN.

Partenaires : InVS, ANSES.

Calendrier : décembre 2012.

Indicateurs d'évaluation : existence de données dans les programmes permettant de disposer d'informations sur l'évolution de la prévalence de l'obésité chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, dans les populations en difficultés économiques.

Mesure 4-3 • Renforcer le potentiel de recherche clinique et translationnelle

Pourquoi ?

- La recherche clinique et translationnelle est essentielle à l'innovation thérapeutique et préventive.
- Les centres de recherche en nutrition humaine sont les structures adaptées.

Comment ?

- Identifier et rendre lisibles les ressources des CRNH en termes de recherche clinique et translationnelle dans le domaine de l'obésité.

Action 35 • Renforcement du potentiel de recherche clinique et translationnelle.

Pilote : Aviesan.

Partenaires : ITMO, hôpitaux, université, régions, partenaires associatifs et économiques.

Calendrier : 2012.

Indicateurs d'évaluation : mise en place de plateformes de recherche clinique adaptées à l'investigation et la recherche translationnelle en obésité.

Mesure 4-4 • Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité

Pourquoi ?

- L'échange d'expérience au niveau européen et international est, non seulement une source d'information, mais également l'opportunité de développer des actions communes, d'identifier des projets communautaires et internationaux.

Comment ?

- Réunions sous l'égide de sociétés savantes européennes ou internationales.

Action 36 • Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité.

Pilote : DGS.

Partenaires : sociétés savantes, parlementaires, associations, Ministère de la Recherche, SFSP AFERO, EASO.

Calendrier : 2012.

Indicateurs d'évaluation : mise en place de groupes de travail européens ou internationaux sur l'harmonisation des pratiques ; mise à la disposition des professionnels de recommandations européennes.

© Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Conception : Paragramme - Réalisation : Studio des Plantes
Juillet 2011

Plus d'informations :
www.sante.gouv.fr