

# L'obésité en France en 2023

## Éditorial

**A** l'occasion de la Journée mondiale de l'obésité, nous avons souhaité apporter un éclairage sur trois dimensions dans un dossier spécial.

La prévalence continue d'augmenter en France, elle est de 17 % en 2020 dans une nouvelle version de l'étude Obépi. C'est une synthèse de l'étude réalisée avec la Ligue contre l'obésité que nous propose le Dr Annick Fontbonne.

Les recommandations de la HAS de 2022 vont (enfin) plus loin que le simple IMC pour mieux caractériser (phénotyper) les personnes en situation d'obésité. Vanessa Folope nous explique ceci, et donc la possibilité de personnaliser les parcours,

ainsi que le nouveau rôle des CSO qui devrait être validé dans la feuille de route version 2023 que nous attendons avec impatience.

La chirurgie métabolique (la version traitement du diabète de type 2 de la chirurgie de l'obésité - bariatrique) devra trouver sa place. Le Pr Sébastien Czernichow nous en dresse les perspectives.

La médecine (et la chirurgie) de l'obésité sortent de l'ombre. À nous d'être exigeants et rigoureux pour le meilleur résultat possible pour les patients !

Je vous souhaite une belle lecture.

**Pr Patrick Ritz (Toulouse)**

## SOMMAIRE

- 1/ Obépi-Roche 2020** ..... p. 56  
 Quoi de neuf au sujet de l'épidémiologie de l'obésité en France ?  
**Dr Annick Fontbonne (Villejuif, Montpellier), Pr David Nocca (Montpellier), Jean-Philippe Ursulet (Paris, Montpellier)**
- 2/ Quels changements dans la prise en charge de l'obésité en 2023 ?** ..... p. 62
- De nouvelles recommandations de prise en charge et de parcours de l'obésité grade 2 et 3  
**Dr Vanessa Folope (Rouen)**
  - La chirurgie métabolique en 2023 : faut-il opérer les patients diabétiques avec obésité de grade 1 ?  
**Pr Sébastien Czernichow (Paris)**

# Obépi-Roche 2020

Quoi de neuf au sujet de l'épidémiologie de l'obésité en France ?



**Dr Annick Fontbonne**<sup>1,2</sup>, **Pr David Nocca**<sup>3</sup>, **Jean-Philippe Ursulet**<sup>4</sup>

1. Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm U1018, Villejuif

2. Centre d'investigations cliniques, Inserm 1411, Montpellier

3. Chirurgie bariatrique et métabolique, Centre hospitalier universitaire, Montpellier ;  
fondateur et président de la Ligue contre l'obésité

4. Ligue contre l'obésité, Paris, Montpellier



Les enquêtes Obépi-Roche ont permis de donner des estimations de la prévalence de l'obésité et du surpoids en France et de suivre les tendances évolutives entre 1997 et 2012. Leur arrêt a laissé un vide dans la surveillance de ces

pathologies. La Ligue contre l'obésité a décidé de les reprendre et a lancé une nouvelle étude en 2020, sur un modèle le plus proche possible de l'ancien afin de pouvoir placer ses résultats dans la continuité des enquêtes antérieures.

## RÉSUMÉ

Obépi-Roche est le nom donné à une série d'enquêtes avec échantillonnage par quotas, réalisées tous les 3 ans de 1997 à 2012 pour produire des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Une nouvelle édition a été lancée par la Ligue contre l'obésité en 2020, et réalisée par l'institut de sondage Odoxa sur un échantillon de 9 598 personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 ans ou plus, constitué par la méthode des quotas. Elle a montré que la prévalence de l'excès de poids (incluant l'obésité) était de 47,3 % et que 17,0 % des sujets étaient obèses. Ces chiffres ne sont pas très différents des dernières estimations de l'étude Obépi-Roche de 2012, mais si l'on considère les tendances depuis 1997, on voit que le surpoids fluctue autour de 30 % alors que la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter à un rythme rapide. L'augmentation est encore plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour l'obésité morbide. Ces tendances préoccupantes soulignent l'importance de renforcer les mesures de prévention pour limiter les retentissements multiples de l'obésité, tant sur la santé individuelle que sur le bien-être psychologique et social.

### Mots-clés :

Surpoids, Obésité, Prévalence, France

## ABSTRACT

### Obepi-Roche 2020: What's new about the epidemiology of obesity in France?

The Obepi-Roche studies were a series of quota-based surveys, conducted every three years from 1997 to 2012 to produce estimates of overweight and obesity prevalence in France. A new edition was initiated by the Ligue Contre l'Obésité in 2020, carried out by the Odoxa polling institute on a quota-based sample of 9598 metropolitan French subjects aged 18 years or over. It showed that the prevalence of overweight including obesity was 47.3% and 17.0% of subjects were obese. These figures were not very different from the last estimates of the 2012 Obepi-Roche study, yet when considering trends since 1997, it appeared that overweight fluctuated around 30% while obesity prevalence increased steadily at a rapid pace. Increase was even steeper in the youngest age-groups and for morbid obesity. These worrying trends underline the importance of strengthening preventive measures to limit the manifold repercussions of obesity, both on individual health and on psychological and social well-being.

### Keywords:

Overweight, Obesity, Prevalence, France

## Introduction

Jusqu'à la fin des années 1990, alors que les prévalences de l'obésité et du surpoids commençaient à augmenter de manière alarmante dans les pays industrialisés, la France restait en retard pour la production d'indicateurs fiables permettant de suivre leur évolution (1). C'est avec les enquêtes Obépi-Roche, réalisées tous les 3 ans de 1997 à 2012, que la surveillance en population de ces pathologies a véritablement commencé. Aujourd'hui, d'autres études sont disponibles (Constances, Esteban), mais les échantillonnages et les procédures méthodologiques étant très différents, leurs résultats ne sont pas directement comparables. La Ligue contre l'obésité a ainsi décidé de relancer cette série d'enquêtes, afin de pouvoir mieux apprécier l'évolution de la prévalence de l'excès de poids depuis la dernière enquête Obépi-Roche, en 2012.

## Les enquêtes Obépi-Roche, 1997-2012

C'est à l'initiative et avec le soutien financier du laboratoire Roche qu'a débuté en 1997 l'« *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité* » connue sous le nom d'Obépi-Roche (2). Sa conception a été confiée à son comité scientifique indépendant formé des Drs Eveline Eschwège et Marie-Aline Charles, de l'unité d'épidémiologie cardiovasculaire et métabolique de l'Inserm (U258), et du Pr Arnaud Basdevant, du service de nutrition de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Le recueil des données était réalisé par la Sofres auprès d'un échantillon de 20 000 ménages français issu de son panel "santé", Kantar Health.

## Méthodologie

L'échantillon de ménages enquêtés était constitué par la méthode des quotas, bien connue dans le cadre des sondages d'opinion : il s'agit d'obtenir un échantillon représentatif en le "construisant" de telle façon que sa structure soit similaire à celle de la population de base sur une série de caractéristiques essentielles (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, lieu de résidence, etc.).

Une fois l'échantillon constitué, un questionnaire était envoyé par voie postale à tous les ménages retenus, accompagné d'instructions détaillées pour l'automesure du poids, de la taille et du tour de taille. Il devait être rempli par toutes les personnes de plus de 15 ans vivant dans le foyer. Les taux de retours oscillaient entre 62 et 77 %, selon les années, correspondant à environ 25 000 répondants aux données complètes pour le poids et la taille.

## Résultats marquants

La simplicité et la reproductibilité de cette méthodologie ont permis de répéter l'enquête tous les 3 ans de 1997 à 2012 et ainsi de suivre au long cours l'obésité et le surpoids en France, ce qui n'avait jamais pu être fait jusqu'alors.

- En 1997, un peu moins de 40 % des Français de 18 ans et plus étaient en excès de poids (29,8 % en surpoids et 8,5 % obèses) (3).
- En 2012, l'excès de poids frôlait les 50 %, avec 32,3 % des adultes en surpoids et 15 % d'obèses (2).

**Mais c'est surtout la tendance évolutive qui était remarquable :** l'augmentation de prévalence était sensible pour l'obésité, avec un fort accroissement de la première à la troisième enquête (+18,8 % entre 1997-2000, +17,8 % entre

2000-2003) qui ralentissait dans les enquêtes ultérieures (+10,1 % entre 2003-2006 et +10,7 % entre 2006-2009), pour atteindre une augmentation non significative de +3,4 % entre 2009-2012 (2). Cet aplatissement de la courbe aurait demandé à être confirmé (4), mais le laboratoire Roche retira son soutien financier et la série d'enquêtes fut interrompue.

## L'enquête Obépi-Roche 2020

La reprise du flambeau de l'enquête, qui a pu garder le nom d'Obépi-Roche, revient à la Ligue contre l'obésité, association créée en 2014 avec un objectif de soutien aux personnes obèses et de plaidoirie en faveur de politiques de prévention et de prise en charge de la maladie. Dans le but de comparer ses résultats à ceux des enquêtes antérieures de la façon la plus fiable possible, le conseil scientifique a opté pour une méthodologie proche : enquête par sondage sur un échantillon constitué par la méthode des quotas (confiée à Odoxa), questionnaires dans la continuité, mêmes instructions pour les automesures anthropométriques. Mais, bien entendu, à l'ère d'Internet, où les volontaires des panels sont inscrits individuellement en ligne, les invitations envoyées par courriel et les questionnaires remplis et suivis sur le site de l'institut de sondage, il est impossible d'éviter des différences qui sont difficiles à apprécier.

## Méthodologie

Odoxa a réalisé l'enquête Obépi 2020 sur un échantillon de 9 598 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine, sélectionnées en respectant les

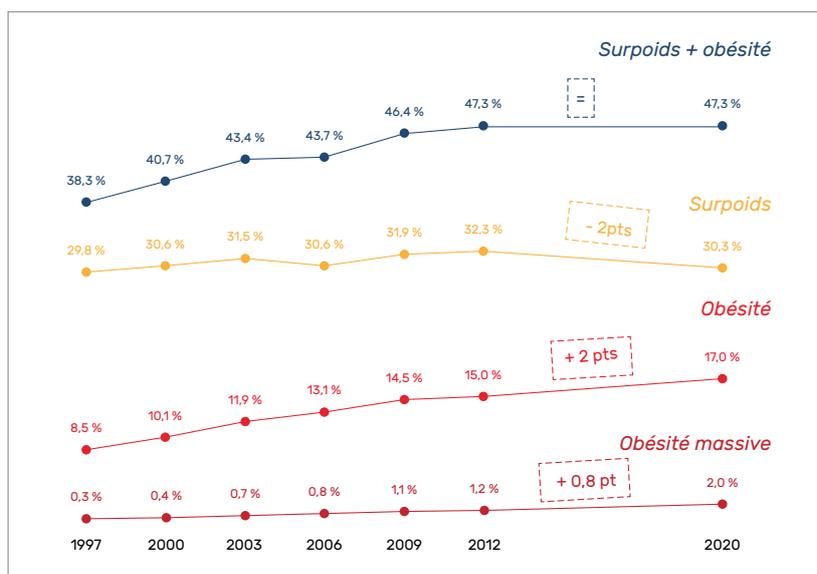
distributions nationales d'âge, de sexe, de catégorie socio-professionnelle et de niveau d'éducation, après une double stratification sur la région et la catégorie d'agglomération. Elles ont été interrogées via un questionnaire par Internet du 24 septembre au 5 octobre 2020.

## Résultats

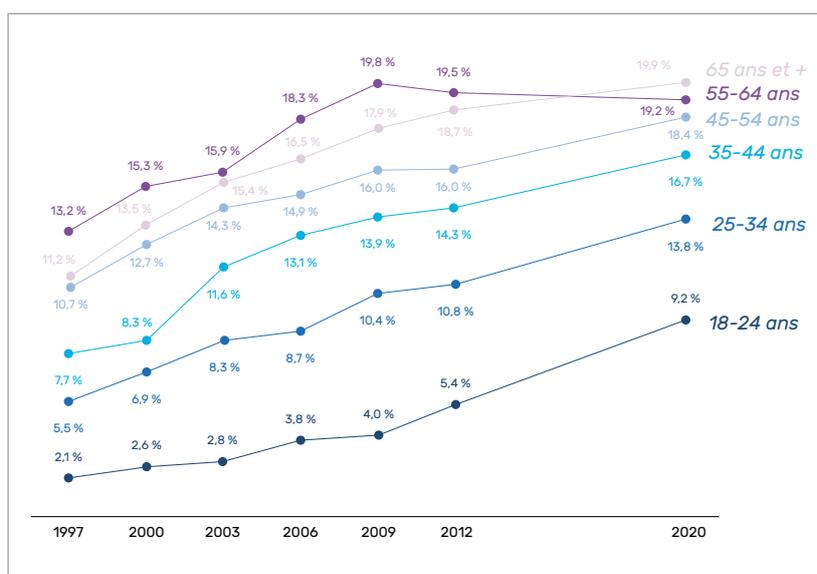
### > Prévalences du surpoids et de l'obésité

En 2020, les personnes en excès de poids représentent presque 50 % de la population française (47,3 %), avec une prévalence d'obésité de 17,0 %. L'obésité massive (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) concerne 2 % des Français. Il est intéressant de constater l'évolution en prolongeant les courbes des enquêtes Obépi-Roche (Fig. 1). En considérant surpoids et obésité ensemble, la prévalence est exactement la même qu'en 2012. **Mais cette stabilité cache une différence sensible d'évolution entre surpoids et obésité** : si le surpoids semble de fait, au fil des enquêtes, osciller autour d'une prévalence de 30 %, l'obésité, quant à elle, est en constante augmentation. Le ralentissement observé entre 2009 et 2012 ne se confirme pas, et sur la période totale (aux réserves des différences méthodologiques près), la prévalence de l'obésité a doublé, de 8,5 % en 1997 à 17 % en 2020. Quant à la prévalence de l'obésité massive, elle a été multipliée par plus de six sur la même période (de 0,3 à 2 %).

Force donc est de constater qu'au contraire des espérances, tant des pouvoirs publics que des professionnels de santé, depuis la mise en œuvre du PNNS en 2000, l'obésité en France ne fait que s'accroître, année après année.



**Figure 1 - Évolution des prévalences de surpoids et d'obésité entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi-Roche 2020.**



**Figure 2 - Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi-Roche 2020.**

À noter que la maigreur (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) a en 2020 une prévalence de 4,5 %, soit 1 point de pourcentage de plus qu'en 2012 (3,5 %), et une inversion de tendance par rapport à la décroissance faible, mais régulière, observée dans les enquêtes Obépi-Roche antérieures (2).

### > Évolution de la prévalence de l'obésité selon l'âge et le sexe

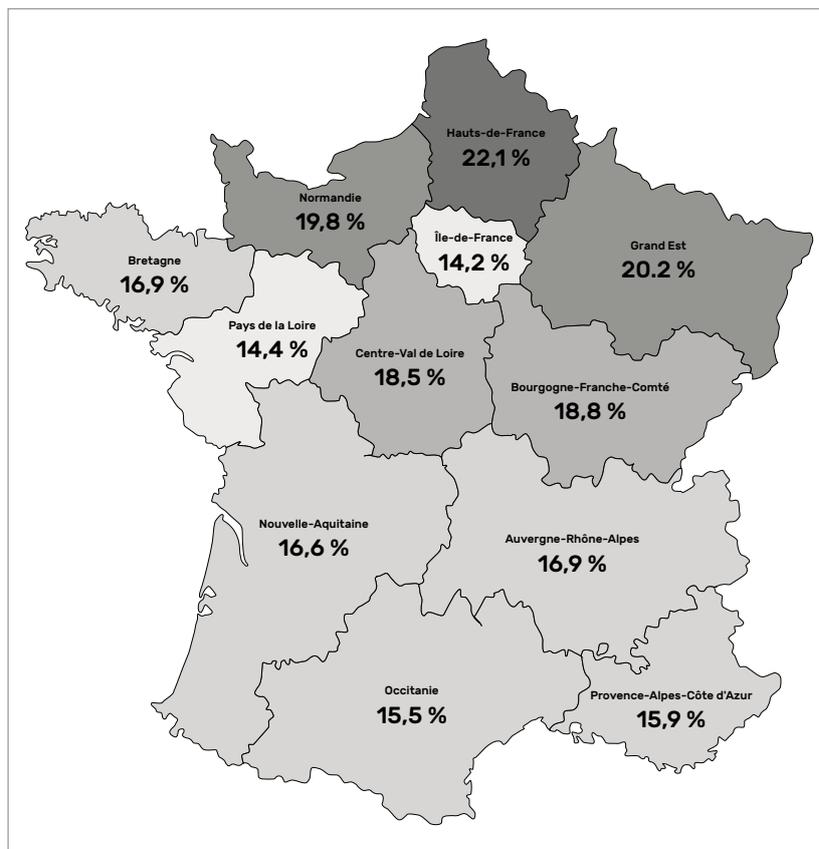
Comme attendu, les personnes plus âgées sont davantage en surpoids ou obèses que les plus jeunes. Obépi-Roche 2020 montre que l'excès de poids touche 57,3 % des 65 ans et plus, contre 23,2 % des 18-24 ans. Néanmoins, les tendances

se révèlent plus inquiétantes, car **c'est dans les tranches d'âge jeune que l'augmentation de prévalence de l'obésité au fil des ans est la plus forte** : depuis 1997, l'obésité chez les 18-24 ans a été multipliée par plus de quatre, et chez les 25-34 ans, par un facteur proche de trois (Fig. 2). En contrepartie, l'augmentation chez les 55 ans et plus est faible, voire négative, depuis 2009. Cette tendance se retrouve aussi dans l'étude Constances, une large cohorte d'assurés sociaux examinés régulièrement dans les centres de santé participants : l'augmentation de prévalence de l'obésité observée entre 2013 et 2016 n'est significative que chez les jeunes adultes (5). En 2020, **les hommes sont plus souvent en surpoids que les femmes (36,9 contre 23,9 %), mais c'est l'inverse pour l'obésité** : on dénombre 17,4 % d'obèses chez les femmes contre 16,7 % chez les hommes. À noter que la maigreur est aussi bien plus prévalente chez les femmes : 6,7 contre 2,3 % chez les hommes.

Le fait que la prévalence de l'obésité soit plus élevée chez les femmes est observé depuis l'enquête Obépi-Roche de 2003. L'augmentation de prévalence de 1997 à 2012 a été beaucoup plus rapide pour le sexe féminin, notamment chez les 18-25 ans (2).

### > Répartition géographique de l'obésité

La prévalence de l'obésité en 2020 dépasse 20 % dans le nord et le nord-est de la France, et elle est la plus basse (moins de 14,5 %) en Île-de-France et dans les Pays de la Loire (Fig. 3). Si l'on ne tient pas compte de ces deux dernières régions et de la Bretagne, **on observe une baisse des prévalences du nord au sud de la France.**



**Figure 3 - Répartition géographique des prévalences de l'obésité en 2020 dans les régions françaises.**

Ce gradient nord-sud n'apparaissait pas aussi nettement dans l'enquête Obépi-Roche de 2012 (2), mais les régions n'étaient pas les mêmes à l'époque. En dehors de cette petite différence, toutes les enquêtes Obépi-Roche retrouvent des prévalences d'obésité plus élevées dans le nord et le nord-est de la France, et des prévalences généralement plus faibles en Bretagne et dans les Pays de la Loire.

### > Prévalences du surpoids et de l'obésité selon la catégorie professionnelle

**D'une façon générale, le surpoids et l'obésité sont plus fréquents dans les catégories sociales**

**défavorisées** (6). L'enquête Obépi-Roche 2020 confirme cette observation, sur le critère de la qualification professionnelle, puisque la prévalence de l'excès de poids est de 51,1 % chez les ouvriers, 45,3 % chez les employés, 43 % chez les professions intermédiaires et 35 % chez les cadres. Il en va de même pour l'obésité : si les chiffres sont proches pour les ouvriers (18 %) et les employés (17,8 %), ils sont nettement plus faibles chez les cadres (9,9 %). Les professions intermédiaires ont une prévalence d'obésité de 14,4 %.

Les tendances sont à la hausse depuis 1997 dans toutes les catégories professionnelles.

**Tableau 1 - Prévalence des pathologies associées, passées ou actuelles, par catégorie d'IMC.**

IMC	< 25 kg/m <sup>2</sup>	≥ 25 et < 30 kg/m <sup>2</sup>	≥ 30 et < 35 kg/m <sup>2</sup>	≥ 35 et < 40 kg/m <sup>2</sup>	≥ 40 kg/m <sup>2</sup>
Hypertension artérielle	17,3 %	25,1 %	34,5 %	39,3 %	43,2 %
Diabète	6,0 %	9,8 %	18,4 %	21,3 %	31,1 %
Hypercholestérolémie	18,8 %	18,6 %	21,6 %	21,0 %	31,9 %
Maladies cardiovasculaires	7,0 %	6,9 %	7,6 %	9,1 %	11,6 %
Cancers	12,0 %	6,8 %	7,2 %	5,3 %	8,0 %
Syndrome d'apnée du sommeil	7,3 %	7,7 %	15,1 %	22,5 %	30,9 %
Reflux gastro-œsophagien	24,2 %	18,2 %	21,4 %	22,6 %	22,2 %
Arthrose	18,5 %	14,7 %	17,5 %	22,7 %	22,6 %
Troubles psychologiques	25,0 %	11,9 %	16,6 %	18,2 %	24,9 %

### > Pathologies associées

**La prévalence de l'hypertension, du diabète et du syndrome d'apnée du sommeil augmente fortement et linéairement avec le surpoids et le degré d'obésité (Tab. 1).** Pour

l'hypercholestérolémie, les maladies cardiovasculaires, l'arthrose et les troubles psychologiques, les prévalences commencent à augmenter au stade de l'obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), et les pentes sont moins marquées ; par ailleurs, les prévalences sont proches, voire supérieures, chez les personnes ayant un IMC inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup> par rapport aux personnes en surpoids. La prévalence du reflux gastro-œsophagien montre une légère tendance à la hausse avec le degré croissant d'obésité, mais c'est chez les sujets de poids normal qu'elle est la plus haute. C'est aussi chez les sujets de poids normal que la prévalence des cancers passés ou actuels est la plus haute, sans qu'on mette en évidence de tendance dans les autres classes d'IMC ; rappelons que, comme il

s'agit d'une enquête transversale, il est possible que cette observation soit due au fait que les cancers font généralement perdre du poids.

### Conclusions

Les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 ont été unanimement considérées comme une initiative très attendue dans un contexte de croissance rapide de l'obésité dans le monde et d'absence d'indicateurs français fiables sur des échantillons représentatifs à l'échelle du pays. Même si d'autres études à grande échelle pouvant fournir ces indicateurs ont été mises en place en France depuis 2012, le lancement d'une nouvelle édition d'Obépi-Roche par la Ligue contre l'obésité permet de compléter, avec une méthodologie différente, leurs résultats.

L'enquête 2020, mise en relation avec les enquêtes antérieures, a montré que, bien que la prévalence de l'excès de poids (surpoids et obésité) semble plafonner, la

prévalence de l'obésité augmente en fait à un rythme rapide, avec un doublement depuis 1997. De plus, la pente est plus prononcée dans les jeunes générations et pour les degrés d'obésité plus sévères.

Ces tendances préoccupantes soulignent l'importance de renforcer les mesures de prévention pour limiter les retentissements multiples de l'obésité, tant sur la santé individuelle que sur le bien-être psychologique et social. Pour cela, il ne faut pas oublier la nécessité de mettre en œuvre des politiques destinées à favoriser l'activité physique régulière et une offre alimentaire plus saine, abordable et accessible à tous, en particulier aux plus pauvres<sup>1</sup>. ■

\* Annick Fontbonne et David Nocca sont membres du conseil scientifique de la Ligue contre l'obésité, qui a commandité et financé l'enquête Obépi-Roche 2020 ; Jean-Philippe Ursulet en est le directeur général.

1. [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight).

### 3 questions au Pr David Nocca

Fondateur et président de la Ligue contre l'obésité

**La ligue a été déterminante pour cette étude, pouvez-vous nous raconter la genèse de cette reprise de l'étude Obépi-Roche ?**

Nous trouvions vraiment dommage que cette étude se soit arrêtée et qu'aucun organisme ne l'ait reprise. Elle apportait réellement des enseignements importants. Donc, nous avons créé, il y a maintenant plusieurs années, un groupe de travail afin de trouver des fonds pour la relancer. Et l'étude a pu être réalisée.

**De votre point de vue, quels sont les enseignements essentiels de cette étude côté association de patients ?**

Plusieurs points sont importants. Je pense notamment au gradient géographique nord-sud ; même si l'analyse des données a dû être un peu modifiée du fait des nouvelles régions. Je pense également aux différences en fonction des catégories socio-économiques avec des ouvriers plus touchés que les professions libérales. Ce sont des éléments que nous connaissions déjà mais qui sont encore une fois confirmés. Par ailleurs, il me paraît important de ne pas se focaliser seulement sur l'obésité, mais il faut également aborder le surpoids, qui peut être la porte

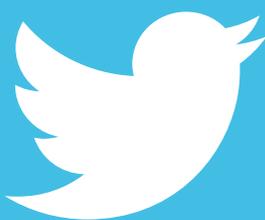
vers l'obésité. Aujourd'hui, 47,3 % de la population française est en surpoids... En ce sens, la prévention primaire, notamment en termes nutritionnel et activité physique, ne doit pas être négligée et doit débiter dès les IMC entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Comment cela va-t-il changer le rôle des patients dans la prise en charge de l'obésité ?**

Dans le cadre de la Journée mondiale contre l'obésité, beaucoup de messages sont passés, en particulier sur la grossophobie et c'est très bien. C'est d'ailleurs l'une des missions de la Ligue contre l'obésité. Nous avons vu par exemple sur les grands médias des prises de parole de patients au sujet de la stigmatisation des personnes en surpoids ou obèses avec certains patients et/ou représentants d'associations de patients dirent qu'ils assumaient totalement leur obésité, parfois morbide. Je crois cependant qu'il faut faire attention à ne pas oublier que l'obésité est une maladie, qu'elle est associée à un surrisque de nombreuses autres pathologies comme le cancer du sein ou encore les maladies cardiovasculaires. Et que cette maladie peut faire perdre 10 ans de vie. Ce message-là doit passer également. C'est vraiment important.

### Bibliographie

1. Maillard G, Charles MA, Thibault N et al. Trends in the prevalence of obesity in the French adult population between 1980 and 1991. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999 ; 23 : 389-94.
2. Inserm, Kantar Health, Roche. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012. Disponible sur : [presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi\\_2012.pdf](http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf).
3. Charles MA, Basdevant A, Eschwège E. Prévalence de l'obésité de l'adulte en France - La situation en 2000. *Ann Endocrinol* 2002 ; 63 : 154-8.
4. Charles MA, Eschwège E, Basdevant A. Monitoring the obesity epidemic in France: the Obepi surveys 1997-2006. *Obesity* 2008 ; 16 : 2182-6.
5. Czernichow S, Renuy A, Rives-Lange C et al. Evolution of the prevalence of obesity in the adult population in France, 2013-2016: the Constances study. *Sci Rep* 2021 ; 11 : 14152.
6. Matta J, Carette C, Rives-Lange C, Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. *Presse Med* 2018 ; 47 : 434-8.



Suivez-nous  
sur Twitter !  
@DiabeteObesite



# Quels changements dans la prise en charge de l'obésité en 2023 ?

La HAS a mis à jour ses recommandations relatives à la prise en charge des personnes en situation d'obésité, en juin, en ce qui concerne les bonnes pratiques cliniques en deuxième et troisième niveaux et, en octobre, pour la

chirurgie métabolique (rapport d'évaluation). Nous avons interrogé les Dr Vanessa Folope (Rouen) et Pr Sébastien Czernichow (Paris) pour comprendre en quoi cela modifie le parcours de soins des patients.

## DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE ET DE PARCOURS DE L'OBÉSITÉ GRADE 2 ET 3



 **Dr Vanessa Folope**

Service de nutrition, CHU de Rouen (Centre spécialisé obésité - CSO)

### En quoi les nouvelles recommandations de prise en charge et de parcours de l'obésité grade 2 et 3 impactent-elles le rôle des CSO ?

Ces nouvelles recommandations de la HAS nous permettent de mieux phénotyper les patients, grâce à sept paramètres (lire *Diabète & Obésité* 156). Jusqu'à présent, nous avons tendance à ne nous intéresser qu'à l'IMC pour grader la sévérité de l'obésité, alors qu'il n'y a pas que l'IMC qui rentre en compte. Il y a aussi le retentissement médical, sur la qualité de vie, sur le plan fonctionnel, sur le plan psychologique, les différentes causes d'obésité, le comportement alimentaire et la trajectoire pondérale. Ce phénotypage permet de remettre le patient au centre de la prise en charge et cela va aider tous les professionnels concernés à mieux comprendre les déterminants et le retentissement de sa corpulence actuelle. Par ailleurs, ce phénotypage va aider les CSO à mieux répondre à leur mission de soins M1, c'est-à-dire la prise en charge des patients qui présentent les obésités les plus sévères et complexes. En effet, grader la sévérité des patients permet de pouvoir réadresser les patients de phénotypes 1 et 2 vers les niveaux de recours inférieurs et ainsi de repositionner les CSO dans leur fonction d'experts de la filière obésité. Théoriquement,

les CSO sont positionnés en niveau 3 en tant qu'experts de la prise en charge médico-chirurgicale adulte et pédiatrique. De plus, ces recommandations permettent d'homogénéiser la classification de la sévérité des patients. Jusqu'à présent, nous ne parlions pas forcément tous le même langage ou de la même chose, en n'utilisant que l'IMC ou des classifications différentes. À Rouen, par exemple, nous allons modifier nos trames de compte-rendu pour disposer d'un phénotypage pour chaque patient. C'est réellement une bonne chose, à tous les niveaux. En bref, cela va permettre d'homogénéiser et d'argumenter pour mieux adresser les patients vers le niveau de soin adapté tout en maintenant le suivi des patients les plus complexes dans les CSO.

### S'agit-il également d'aller vers une prise en charge plus globale ?

Effectivement, nous n'omettrons pas de parler du retentissement fonctionnel ou sur la qualité de vie. Cela permettra aussi, pour tous les niveaux de recours, d'évaluer systématiquement la présence ou non d'un TCA (trouble du comportement alimentaire). Ces recommandations ouvrent vraiment le champ de la part

psychique de l'obésité, en termes de causes, mais aussi de retentissements. En effet, l'obésité peut être liée à un problème psychologique ou à un traumatisme et cet excès de corpulence peut également induire un syndrome anxio-dépressif. Nous pourrions ouvrir la discussion et ne pas oublier ce facteur qui est souvent important. Le temps où nous n'abordions que le retentissement somatique est terminé. Nous pourrions aussi évoquer avec les patients les situations stigmatisantes éventuellement vécues. Il est fondamental de discuter de ces aspects et de les prendre en compte car cela devrait permettre, pour les niveaux 2 et 3, mais aussi pour le niveau 1, de créer une nouvelle relation de confiance avec le patient et d'aller vers une dynamique dans laquelle il est pris en charge de manière globale.

---

---

**Ces recommandations ouvrent vraiment le champ de la part psychique de l'obésité, en termes de causes, mais aussi de retentissements.**

---

---

### **Une place importante est donnée à la coordination des soins. Comment envisagez-vous cette coordination ?**

L'obésité est une pathologie chronique qui concerne 8,5 millions d'adultes en France, sans compter les 650 000 patients déjà opérés en chirurgie bariatrique, qu'il faut continuer à suivre. Il y a donc une nécessité, pour cette demande énorme, d'organiser la filière de soins en régions et de la fédérer, sous l'égide de l'ARS. C'est la mission M2 des CSO : nous avons un rôle d'interface et de contribution à la coordination régionale, en articulation avec les autres acteurs du parcours de soins (les DAC - dispositifs d'appui à la coordination - ou les CPTS - les communautés professionnelles territoriales de santé). Pour ce faire, nous devons connaître tous les acteurs des niveaux 1 et 2, communiquer avec eux et faire en sorte qu'ils puissent communiquer ensemble. Il s'agit d'offrir aux patients une prise en charge adaptée à leur problématique, à leur phénotype, et au plus proche de leur domicile. S'agissant d'une maladie chronique, les patients ne doivent pas avoir à faire 50 km pour aller consulter. Il faut donc des relais de proximité adaptés avec des professionnels identifiés. Dans ce cadre, les CSO ont un rôle d'organisation de la filière et notamment avec la mise en place de manifestations pour améliorer le partage des pratiques professionnelles, des

connaissances. Par exemple, à Rouen, nous organisons depuis 8 ans en septembre les *Journées territoriales obésité*, avec, à chaque édition, entre 150 et 200 inscrits parmi les professionnels de la région (soins médicaux de réadaptation - SMR, anciennement SSR, cliniques, hôpitaux périphériques, libéraux paramédicaux, médecins, réseaux de soins - ETP, obésité pédiatrique...). Ces journées annuelles permettent de rassembler les professionnels qui s'occupent d'obésité, d'actualiser les connaissances, de former, d'organiser des temps d'échanges afin que tout le monde se connaisse et aille dans le même sens. Dans le cadre des missions de M2, nous participons aussi, sur demande, aux communications dans les congrès, à la FMC, etc.

### **Quelles sont vos actions en termes de formation ?**

Dans le cadre de la FMC, à Rouen, nous sommes intervenus par exemple, dernièrement, en pédiatrie ou encore en médecine générale et nous intervenons prochainement en dermatologie et en cardiologie. L'objectif est de parler de ce qu'est l'obésité, de faire savoir que nous existons et que nous pouvons venir en aide aux professionnels en cas de questions ou pour orienter les patients. Nous organisons également des formations pour les professionnels de santé sur la prise en charge de l'obésité. À titre d'exemple, depuis 2015, nous formons des paramédicaux sur la thématique « *Obésité : du changement de nos regards à l'amélioration de nos pratiques* ». Au départ, cette formation était destinée aux paramédicaux de notre établissement de référence (CHU de Rouen), puis nous avons rapidement élargi aux autres structures, de toute la France. L'idée était que les paramédicaux des établissements de soins puissent mieux aborder l'obésité auprès des patients rencontrés dans les différents services de soins, et de changer le regard sur cette maladie, la déstigmatiser. Depuis 2022, nous avons aussi développé cette formation pour les médecins, de ville notamment, sur le plan national. Le tout est vraiment de faire changer le regard, de faire en sorte qu'on va davantage oser parler de cette maladie et avoir des solutions pour adresser les patients. Par ailleurs, dans le cadre du CSO, nous participons aussi à des formations initiales sur demande, par exemple, au CHU de Rouen, pour les aides-soignants afin qu'ils soient plus à l'aise par rapport aux situations d'obésité malgré toutes les contraintes professionnelles que cela implique (matériel, nombre de soignants pour les soins de *nursing*). Nous essayons donc à la fois d'anticiper les futurs problèmes et de montrer qu'il y a des aides tech-

niques, mais aussi de déstigmatiser. J'ai aussi participé récemment à une conférence pour des étudiants en santé sur la thématique de l'obésité. Pour résumer, nous essayons de répondre positivement autant que possible aux demandes d'activités d'enseignement et de proximité sur le terrain afin que, petit à petit, tous les secteurs du soin puissent être plus à l'aise avec l'obésité.

---

***Il s'agit de créer encore plus de liens, avec toujours le même objectif, favoriser la diffusion des bonnes pratiques cliniques, faire changer le regard envers l'obésité, lutter contre les préjugés et la stigmatisation, mais aussi travailler tous ensemble dans le même sens et échanger sur nos difficultés et nos pratiques.***

---

#### Quelles sont les autres missions des CSO ?

Comme recommandé dans la mission M2, nous allons mettre en place cette année un comité territorial obésité annuel, dans lequel nous voulons rassembler tous nos partenaires, en fin d'année, afin de présenter notre bilan et de définir ensemble nos futurs projets, à l'échelle du bassin de population. Il s'agit de créer encore plus de liens, avec toujours le même objectif, favoriser la diffusion des bonnes pratiques cliniques, faire changer le regard envers l'obésité, lutter contre les préjugés et la stigmatisation, mais aussi travailler tous ensemble dans le même sens et échanger sur nos difficultés et nos pratiques. Dans le cadre du M2, les CSO répondent ponctuellement aux demandes des professionnels relatives à des cas complexes avec des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de chirurgie bariatrique régionales notamment. Nous allons prochainement formaliser aussi des RCP médicales. Nous répondons également à des questions pratiques. Récemment, un médecin d'un hôpital périphérique m'a demandé comment mettre en place le sémaglutide en accès précoce. Nous avons discuté des modalités d'introduction et de toutes les questions autour de cette nouvelle thérapeutique. Un autre médecin m'a interrogée sur la recherche d'une obésité génétique : à qui adresser les prélèvements ? Comment faire ? etc. Nous pouvons aussi être sollicités pour une orientation d'activité ou une nouvelle organisation : comment faire en sorte de recruter/financer du personnel paramédical comme les diététiciens ou les psychologues dont les consultations ne sont pas valorisées

dans les hôpitaux alors qu'ils sont indispensables dans la prise en charge pluridisciplinaire ? Nous sommes amenés, par ailleurs, quand nous sommes invités, à visiter les nouvelles structures. En ce sens, prochainement, je vais à l'hôpital d'Elbeuf qui a formalisé une activité obésité. Sur place, l'idée est de discuter de leurs pratiques et éventuellement de leur donner des pistes d'amélioration. Il y a quelques années nous avons été contactés par un SSR polyvalent qui disposait d'un certain nombre de matériels pouvant être adaptés aux patients en situation d'obésité importante. Nous leur avons proposé de se positionner pour les patients âgés car cela manquait dans le secteur géographique, ce qui leur correspondait aussi. Pour résumer, ce sont des discussions formelles ou informelles autour de l'articulation des acteurs du parcours de soins (cas cliniques, organisation, problème médico-économique...).

#### Au final, quels sont les enjeux ?

L'enjeu est de maintenir le CSO dans cette place un peu centrale et de coordination. En effet, depuis leur création il y a maintenant une dizaine d'années, les CSO sont de plus en plus identifiés à la bonne place, en tant que référents experts dans la région. Alors qu'au début nous sommes allés voir avec notre bâton de pèlerin toutes les structures qui faisaient de l'obésité autour de nous pour contractualiser des partenariats, aujourd'hui, nous avons l'impression qu'ils viennent spontanément vers nous. Le réseau est là. Il est perfectible, mais il s'organise : de plus en plus de confrères, libéraux, médicaux, paramédicaux, viennent nous consulter et s'appuient sur nous. Et c'est vraiment quelque chose de positif. L'objectif est donc clairement de garder les CSO comme référents de la filière dans l'expertise et de conserver le rôle d'interface et de contribution à la coordination régionale avec l'ARS et les autres acteurs tels que les DAC ou CPTS en fonction des régions. Comme nous avons pu l'entendre lors du dernier séminaire CSO, la question de garder cette mission de coordination et d'animation a été posée. Et la réponse est clairement oui. C'est important. Nous espérons être de plus en plus utiles ! ■

✱ *Vanessa Folope déclare avoir des liens d'intérêt avec NovoNordisk dans le cadre des formations pour la médecine de ville.*

#### Mots-clés :

Obésité, Recommandations HAS, CSO, Phénotypage, Coordination, Parcours de soins

## LA CHIRURGIE MÉTABOLIQUE EN 2023 : FAUT-IL OPÉRER LES PATIENTS DIABÉTIQUES AVEC UNE OBÉSITÉ DE GRADE 1 ?



**Pr Sébastien Czernichow**

Université Paris Cité & Service de nutrition (Centre spécialisé obésité - CSO), hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris

### La chirurgie de l'obésité a donné des résultats connus et efficaces sur le poids. Qu'en est-il pour le diabète associé à l'obésité ?

En préambule, il faut préciser que, aujourd'hui, dans les essais cliniques de chirurgie de l'obésité, il y a seulement 15 à 20 % de personnes diabétiques incluses. Ce qui veut dire que les personnes diabétiques sur lesquelles nous nous posons la question de l'efficacité de la chirurgie ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des patients inclus dans les essais. Ceci étant dit, l'association américaine de diabétologie (ADA) a publié en 2016 un algorithme indiquant que dans le cas d'un diabète de type 2 (DT2), si le patient avait un IMC au-delà de 35 kg/m<sup>2</sup> (c'est-à-dire dans les recommandations de chirurgie de l'obésité), et en cas de mauvais contrôle de la glycémie, alors la chirurgie métabolique était recommandée et que dans le cas de l'obésité de grade 1 (IMC entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup>), la chirurgie métabolique pouvait être envisagée. En écho à ces recommandations américaines, en 2021, la Société francophone du diabète (SFD) précisait que cette indication n'était pas validée par la HAS. Parallèlement, il y a eu une accumulation de données issues de différentes études observationnelles ou de cohortes. Une étude de 2018 sur un registre suédois montrait notamment, à 5 ans, une rémission du DT2 chez environ 46 % des patients (1). Ces résultats ne tenaient pas compte du niveau d'IMC. En 2018, nous avons publié des résultats dans le *JAMA Surgery* (2) qui confirmaient, dans une cohorte issue de la base de remboursement de l'Assurance maladie (SNDS), que les diabétiques représentaient une minorité des personnes opérées d'une chirurgie de l'obésité (10 % de patients traités avec des antidiabétiques). Notre étude montrait également qu'à 6 ans de la chirurgie il y avait 49 % d'arrêt des traitements antidiabétiques ; des résultats donc similaires à ceux de la cohorte suédoise. Il s'agit donc d'un effet très important, mais pas d'un effet total puisque cela montre aussi qu'environ 50 % des patients conservaient un traitement 6 ans après la chirurgie. Encore une fois, ces résultats ne tenaient pas compte du niveau d'IMC.

### Les dernières recommandations de la HAS apportent-elles de nouveaux éclairages ?

Effectivement, de nouvelles recommandations ont été validées par le collège de la HAS le 6 octobre 2022 (lire *Diabète & Obésité* 160). Elles sont encore en attente du retour de l'Assurance maladie. Ces recommandations abordent notamment le traitement chirurgical, appelé chirurgie métabolique, dans le cadre du DT2. Dans cet important travail, l'effet de la chirurgie est étudié à la fois à partir des données déjà publiées dans la littérature, mais également à partir d'analyses en sous-groupes complémentaires qui ont été menées. Ces analyses complémentaires avaient pour objectif notamment d'identifier le bénéfice de la chirurgie suivant les grades d'obésité. Cette revue systématique fine de la littérature a montré qu'il n'existait aucun essai randomisé contrôlé spécifique chez des patients DT2 avec une obésité de grade 1 publié à ce jour. Les conclusions de ces recommandations sont donc fondées uniquement sur les données issues d'analyses en sous-groupes à partir de sous-populations d'essais cliniques existants. Et c'est important de le préciser afin de saisir le niveau de preuve disponible pour aboutir à ces recommandations. De plus, il faut également noter que cette méta-analyse a été réalisée sur quatre essais randomisés dont les effectifs pour la population d'obésité de grade 1 allaient de 4 à 38 sujets, respectivement, pour un total de 80 sujets. Ainsi, en gardant à l'esprit ces aspects et donc en restant vigilants quant à l'interprétation des données, la méta-analyse de la HAS montre qu'il y a un large bénéfice de la chirurgie versus la prise en charge médicale sur ces quatre essais randomisés cumulés confirmant le bénéfice de la chirurgie métabolique avec un risque relatif de 5,2 (IC 95 % = 1,3 à 21,2) en faveur de la chirurgie. Il y a donc une forte variabilité, notamment compte tenu des faibles effectifs. Individuellement, chacune de ces études n'est pas significative, c'est le cumul des quatre essais qui montre un bénéfice. Pour rappel, dans ce document, la rémission du diabète est définie avec une HbA<sub>1c</sub> inférieure à

6,5 % à 2 ans de la chirurgie avec au moins 3 mois après l'arrêt de tout traitement.

**D'après les recommandations de la HAS, un bénéfice est observé en faveur de la chirurgie métabolique chez les patients avec un diabète de type 2, les contre-indications restant les mêmes que pour la chirurgie bariatrique classique.**

### Quelles sont les conclusions de ces recommandations ?

Pour résumer les conclusions de la HAS, un bénéfice est observé en faveur de la chirurgie métabolique chez les patients avec un DT2, les contre-indications restant les mêmes que pour la chirurgie bariatrique classique. Globalement, à 3 ans, la rémission est de l'ordre de 30 à 40 %. Nous ne sommes pas aujourd'hui capables de dire s'il y a un type de chirurgie qui doit être préférentiel par rapport à un autre dans la sous-population d'obésité de grade 1. La position de la HAS est que la chirurgie métabolique ne peut être proposée dans cette population que si l'objectif glycémique est non atteint après au moins 1 an de prise en charge et que la RCP doit être organisée en présence d'un diabétologue.

### Quelles sont les perspectives ? Est-ce que cela va changer la prise en charge du diabète ?

Ce travail ouvre des perspectives très intéressantes puisque cela apporte, *modulo* un niveau de preuve

intermédiaire, un outil thérapeutique supplémentaire pour les diabétologues lorsqu'ils ont des patients diabétiques avec une obésité de grade 1, en échec de la prise en charge. En revanche, cela ne remet pas en cause un point important qui est de sécuriser le parcours de soins du patient comme pour la chirurgie de l'obésité classique. En effet, nous savons d'après les données de l'Assurance maladie, qu'aujourd'hui, il y a environ 50 % de perdus de vue à 5 ans de la chirurgie sur l'ensemble du territoire. C'est à mon sens un aspect prioritaire à prendre en compte dans la problématique de l'organisation du parcours de soins des patients. Car finalement le parcours de soins et la sécurité du parcours de soins continuent à poser question et nécessitent d'être optimisés. Nous pouvons tout de même être enthousiastes d'avoir accès à cette nouvelle thérapeutique. ■

✱ Sébastien Czernichow déclare avoir des liens d'intérêt avec Lilly, NovoNordisk, BMS, Janssen, Novartis, Boehringer, Ipsen, Jellynov, Mygoodlife, Metynos et Alifert.

#### Mots-clés :

Obésité de grade 1, Recommandations, Parcours de soins, Chirurgie métabolique, Diabète de type 2

### Bibliographie

1. Jans A, Naslund I, Ottosson J et al. Duration of type 2 diabetes and remission rates after bariatric surgery in Sweden 2007-2015: A registry-based cohort study. *PLoS Med* 2019 ; 16 : e1002985.
2. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S et al. Association between bariatric surgery and rates of continuation, discontinuation, or initiation of antidiabetes treatment 6 years later. *JAMA Surg* 2028 ; 153 : 526-33.

## Beaucoup d'espoir généré autour des nouveaux médicaments de l'obésité

Le concept de maladie chronique, s'appliquant à l'obésité, évoque aussi l'aggravation de la maladie dont l'un des stigmates est l'évolution du poids en yo-yo. Les progrès faits dans la compréhension de la régulation de la prise alimentaire, à la fois dans sa partie homéostatique, au niveau hypothalamique, mais aussi dans les parties émotionnelles, associées aux troubles des conduites alimentaires, génèrent l'espoir d'intervenir à ce niveau. Les études cliniques réalisées avec les nouveaux médicaments suscitent l'espoir que nous pourrions aller bien au-delà des 5 à 10 % habituellement recommandés, dans la crainte qu'une perte de poids importante aboutisse à une reprise

de poids encore plus importante. Nous savons cependant que pour réduire le risque cardiovasculaire, améliorer la fonction physique, générer une rémission d'un diabète de type 2 ou d'une stéato-hépatite des pertes de poids importantes sont requises. Après les déboires de certains médicaments développés dans les années 1990 à 2000, apparaissent les espoirs des nouvelles catégories de traitements, les agonistes du GP1, mais aussi des combinaisons de principes actifs, générant des pertes de poids qui tutoient celles induites par la chirurgie de l'obésité. Nous en entendrons parler beaucoup dans les numéros à venir, car beaucoup de développements sont en cours. **Pr Patrick Ritz**