

LIGUE NATIONALE CONTRE L'OBÉSITÉ
SOUTENIR LES PERSONNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ
TOUT EN FAISANT ÉVOLUER LES CONSCIENCES AU NIVEAU NATIONAL
POUR FAIRE RECONNAÎTRE L'OBÉSITÉ COMME UNE MALADIE



LA MALADIE DE L'OBÉSITÉ PAR LE CONSEIL DE PATIENTS DE LA LCO
<https://liguecontrelobesite.org>



SOMMAIRE

1.	LE CONSEIL DE PATIENTS	1
2.	PRÉAMBULE	2
3.	QU'EST CE QUE L'OBÉSITÉ ?	3
4.	QUELS SONT LES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC ?	3
5.	LES CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ	4
6.	IMPACT DE LA MALADIE SUR L'ENTOURAGE ?	5
7.	QUELLES SONT LES CAUSES DE L'OBÉSITÉ ?	6
8.	QUELS SONT LES PARCOURS DE SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATIONS D'OBÉSITÉ ?	7
9.	QU'EN EST-IL DES ENFANTS & ADOLESCENTS ?	10
10.	QUE FAIT LA LIGUE CONTRE L'OBÉSITÉ ?	11
11.	QUELS SONT LES PROJETS DE LA LCO ?	12
12.	QUELLES SONT NOS REVENDICATIONS ?	12
13.	BIBLIOGRAPHIE	13

LE CONSEIL DE PATIENTS



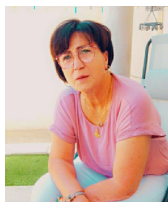
Alina CONSTANTIN
Présidente du CP



Catherine FABRE



Jean-Jacques FABRE



Marie-Claire LAFUENTE



Virginie GAGNON



Marie-Rose MOUROT



Fabienne STIEVENART



Aurélie QUILLET



Marie CITRINI



Claudine CANALE

PRÉAMBULE

Le Conseil de Patients de la Ligue contre l'obésité est composé de **représentants d'associations de patients, bénévoles et engagés dans la durée**, en poursuivant des missions choisies, telles que :

- Produire des ressources documentaires, des articles de presse et autres contenus, sur tous supports confondus, afin de **faire connaître et promouvoir la science de l'obésité maladie** auprès des personnes concernées (soignés/soignants) et de leur entourage et par extension, auprès des médias et du grand public.
- Représenter **une force de proposition pour les instances régionales et nationales**, les partenaires institutionnels et privés, concernant les projets en lien avec la reconnaissance de la maladie obésité en tant qu'affection longue durée, sa gestion au long cours, sa prévention primaire, secondaire et tertiaire.
- Donner son avis en toute circonstance nécessaire, de manière constructive et collaborative, afin de **compléter la vision professionnelle et médicale de l'obésité** par celle de l'expérience vécue avec la maladie, qui dépasse la sphère de la santé.
- **Faciliter le lien** entre les associations de patients et l'ensemble des acteurs agissant dans le domaine de l'obésité.
- **Incarner les valeurs associatives de la Ligue nationale Contre l'Obésité**, telle que la défense des droits des usagers du système de la santé et des personnes en situation d'obésité en général.

Ce premier document collaboratif, issu d'une douzaine de sessions de travail des membres du Conseil de Patients, a pour objectif d'indiquer de manière condensée et précise des informations essentielles concernant la **maladie de l'obésité**, et ce, afin d'agir contre la méconnaissance dont elle est victime depuis des décennies.

Au vu de l'ampleur de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France et dans le monde, et des prévisions alarmantes pour les prochaines années, des retentissements exponentiels sur la santé des citoyens, ainsi que des implications psycho-socio-économiques méconnues¹, ce **problème majeur de santé publique** doit occuper une place centrale dans la réflexion commune et surtout, dans l'action, audacieuse et forte.

Car, selon nous, il ne s'agit plus seulement de rendre justice à une catégorie de la population, l'enjeu aujourd'hui est de sauver le système de santé, d'investir pour mieux économiser², en transformant le paradigme « caserne de pompiers » (se concentrer, tardivement, sur l'aspect curatif de la maladie) en celui des « bâtisseurs du futur » (agir pour la prévention et contre l'aggravation de la maladie, en amont).

Je tiens à remercier l'ensemble des membres du Conseil de Patients, de s'être emparé de cette opportunité de se retrouver régulièrement, pour effectuer un travail nécessaire, de mise en commun de nos connaissances et expériences à la fois sur le plan territorial, national, européen et international. La pluralité des profils des représentants associatifs a permis l'enrichissement de ce document, à travers une bonne entente collégiale et dans le respect de chacun(e).

Alina Constatin, présidente du Conseil de Patients

ORIGINE & DIAGNOSTIC

Qu'est-ce que l'obésité ?

L'Obésité est une **maladie** :

- **Chronique**
- **Métabolique** (dysfonction du système endocrinien)
- **Inflammatoire du tissu adipeux**
- **Récurrente**, ce qui veut dire que les patients peuvent connaître une rémission, mais on ne peut pas guérir de cette maladie pour l'instant^{3,4}

Le surpoids, ou la pré-obésité, est liée à une modification et une accumulation anormale de tissus adipeux qui nuisent à la santé et peuvent conduire à une obésité.

L'obésité est un facteur de risque important puisqu'elle peut aggraver et/ou déboucher sur des pathologies associées non transmissibles (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, certains cancers, maladies articulaires et respiratoires, etc.)⁵, et plus récemment la Covid-19.

Cette maladie chronique (reconnue comme telle par l'OMS depuis 1997)⁶ connaît une évolution importante en France, puisque la prévalence de l'Obésité a été multipliée par 2 entre cette date et 2020, selon l'étude OBEPI-ROCHE-LIGUE CONTRE L'OBÉSITÉ 2020.⁷

L'obésité est un **enjeu majeur de santé publique**. Un Français sur deux est en situation de surpoids ou d'obésité. 17 % de la population française adulte est en obésité, soit 8,5 millions de personnes.

L'obésité est une **pandémie mondiale**, selon les chiffres de la World Obesity Federation.⁸ Les prédictions concernent un milliard de personnes dans le monde, soit une femme sur cinq et un homme sur sept vivront avec l'obésité en 2030.

En 2020, 39 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde étaient en situation d'obésité ou de surpoids selon l'OMS.⁹

Quels sont les critères de diagnostic ?

Les critères de diagnostic utilisés qui déterminent qu'une personne est en situation d'obésité ou en surpoids sont actuellement assez limités.

On fait en général appel à l'**IMC** (indice de masse corporelle)¹⁰, qui correspond au poids/taille au carré, mais cet indicateur reste approximatif.

- Inférieur à 18,5 : maigreur, insuffisance pondérale
- Entre 18,5 et 25 : corpulence normale
- De 25 à 30 : surpoids
- De 30 à 35 : obésité grade I
- De 35 à 40 : obésité grade II
- Supérieur à 40 : obésité grade III

Toutefois, cet indicateur présente certaines limites,¹¹ et dépend d'autres critères, comme l'âge, le sexe, l'ethnie, la masse musculaire.¹² Par exemple, une personne qui aurait une forte masse musculaire pourrait avoir un résultat d'IMC important sans être en obésité,¹³ comme Teddy Riner.

D'autres outils sont disponibles, comme :

La mesure du tour de taille¹⁴ constitue un outil accessible à tous, donnant des indications supplémentaires sur la répartition de la masse grasse et donc les risques cardio-vasculaires encourus.

L'impédancemétrie¹⁵, qui sert à mesurer la différence entre la masse maigre et la masse grasseuse.

La calorimétrie, elle mesure la quantité d'énergie thermique dégagée par un corps.

La densitométrie corporelle¹⁶, ou ostéodensitométrie/DEXA scan, qui permet de mesurer la densité minérale osseuse (DMO), c'est-à-dire la quantité de calcium dans les os (recommandée avant la chirurgie bariatrique et 5 ans après), ainsi que la masse grasse et la masse maigre.

LES CONSÉQUENCES

Les conséquences de l'obésité.

Les types d'obésité les plus fréquemment rencontrés sont androïde et gynoïde :

- L'obésité **androïde**, aussi considérée comme la plus impactante sur le métabolisme¹⁷ et les maladies cardiovasculaires¹⁸, est celle dont le tissu adipeux est concentré autour de la taille et de l'abdomen.
- L'obésité **gynoïde** est celle dont le tissu adipeux est concentré autour des cuisses, engendre moins de risques pour la santé.

À ce sujet, les deux types d'obésité provoquent des difficultés dans la vie quotidienne et peuvent conduire à une consultation spécifique.

Notons qu'il est primordial de prendre en compte **l'histoire de vie du patient**¹⁹ (parcours de vie, entourage, difficultés physiques, psychologiques, sociales ou économiques, fluctuations du poids, précocité de la prise de poids, etc.) et les comorbidités (ensemble des pathologies associées à l'obésité).

L'obésité a de **multiples répercussions sur la vie quotidienne et sur la qualité de vie** des personnes atteintes.²⁰

Physiques : poids, morphologie, essoufflement, sudation excessive, hirsutisme chez les femmes, complications dermatologiques (mycoses, scléroses et fibroses autour des plis graisseux, psoriasis, eczéma, etc.), incontinence urinaire, dysfonctionnement érectile, troubles gastriques, douleurs rhumatologiques et articulaires (arthrose hanches/genoux, lombalgies, etc.), contractures musculaires chroniques, asthénie, etc.

Physiologiques et métaboliques : cholestérol, triglycérides, diabète de type 2, apnée ou hypopnée du sommeil, cancers (du sein, des reins et du côlon particulièrement), problèmes hépatiques tels que la NASH (stéatose hépatique), les problèmes cardiovasculaires (hypertension artérielle, AVC, infarctus du myocarde, etc.), troubles sexuels divers, dérèglements hormonaux, infertilité²¹, insulino-résistance, appauvrissement du microbiote et une baisse générale du métabolisme de base, etc.

Psychologiques : anxiété, dépression, isolement, conduites à risques, tendances addictives et suicid-

-aires, phobies, risques accrus de démence, restriction cognitive, stress augmenté, baisse de l'estime et de la confiance en soi, etc.

Sociales : grossophobie^{22,23}, l'ensemble des discriminations et stigmatisations à l'égard des personnes atteintes d'obésité, et ce, dans tous les domaines (médical, professionnel, personnel ou même dans la rue).

Sociétales : puisque près de la moitié de la population française est en surpoids ou en obésité, ces personnes deviennent des consommateurs cibles et un enjeu commercial pour vendre toutes sortes de produits « pour faire maigrir ». **L'obésité est un véritable enjeu majeur de santé publique**, qui doit être traité comme tel, et non banalisé sous couvert de discrimination positive. La prise en charge médicale adaptée et la reconnaissance de la maladie entraîneraient des coûts bien moindres, et pour les personnes atteintes, et pour la société.²⁴

La **qualité de vie** de la personne vivant avec une obésité est impactée dans tous les champs, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique, social et économique. Ces conséquences peuvent entraîner à terme des handicaps, des incapacités motrices ou une invalidité nécessitant une aide extérieure, des adaptations au quotidien et un accompagnement par des professionnels tels que : aide à domicile, auxiliaire de vie, ergonome, psychomotricien, kinésithérapeute, transports médicalisés, etc.

Certaines conséquences sont symptomatiques de la maladie de l'obésité, et d'autres vont durer toute la vie, et ce, de manière quotidienne, indépendamment du poids (même en cas de rémission).

Évidemment, l'ensemble de ces répercussions ne concernent pas toutes les personnes vivant avec une obésité, elles peuvent être **différentes d'un individu à un autre**. Elles peuvent se cumuler et être interdépendantes, ce qui dégrade encore davantage la qualité de vie de ces personnes.

IMPACT SUR L'ENTOURAGE

Impact de la maladie sur l'entourage

Les **répercussions sur les proches et aidants** peuvent être significatives.

Les conséquences négatives :

Comme la personne malade est en mal-être, ou en souffrance, les proches et aidants vont être impactés par ricochet, soit en accueillant l'expression de cette souffrance, soit parce que le malade peut faire un transfert de sa charge émotionnelle sur eux.

Il peut naître un sentiment d'**impuissance** des proches et des aidants à aider et soutenir la personne malade.

Une remise en question de l'entourage proche peut amener un **sentiment de culpabilité**, par exemple dans les relations filiales.

Enfin, la **relation entretenue entre la personne et les proches est souvent perturbée** ; difficultés de couple, troubles sexuels fonctionnels ou de la libido, difficultés de communication, gestion des émotions, etc. Ces facteurs peuvent entraîner des conséquences psychologiques négatives, être en proie à des doutes, voire une baisse d'estime et de confiance en soi (codépendance : l'un ayant toujours le rôle du malade/fragile et l'autre de l'aidant/sauveur).

Il existe un **décalage entre ce que vit le patient (le vécu intériorisé) et ce que les autres pensent et/ou connaissent de la maladie (les représentations) et du comportement du patient**. Face à cette incompréhension, l'entourage ne sait pas comment accompagner son proche et des situations de maltraitements physiques, psychiques et sociales sont malheureusement à déplorer.

L'ensemble de ces troubles psycho-sociaux constitue l'une des **causes d'aggravation** de la maladie obésité, il est donc nécessaire de les prendre en compte dans la mise en place des options thérapeutiques.

Les **impacts positifs** :

La relation d'aide des avec les proches et les aidants peut **créer du lien**, apaiser le mal-être, soutenir et accompagne la personne dans son quotidien.

La **remise en question** par ricochet dans les relations avec les proches, ayant un impact bénéfique sur leur propre vie et leurs choix.

La remise en question par ricochet dans les relations avec les proches, ayant un impact bénéfique sur leur propre vie et leurs choix.

Au contact de la personne ayant une obésité, l'entourage peut faire preuve de résilience, d'humilité, d'empathie, d'écoute et de bientraitance, ce qui a pour effet d'**enrichir son humanité**.

Ces points nous permettent de conclure sur **l'importance d'informer et d'éduquer** les proches afin de changer les représentations sur la maladie obésité et pouvoir être un meilleur soutien pour celui ou celle qu'ils accompagnent.

LES CAUSES

Quelles sont les causes de l'Obésité ?

L'Obésité est une **maladie multifactorielle**, c'est-à-dire que de nombreux facteurs peuvent être responsables du déclenchement et/ou de l'aggravation de cette pathologie chronique.

Parmi ces facteurs obésogènes, on peut citer :

- **La génétique** : il s'agit de la modification de séquence d'ADN, comme dans le syndrome de Prader-Willi²⁵, par exemple, et ces obésités sont dites rares (entre 5 et 10 % des obésités).
- **L'épigénétique**²⁶ : il existe des modifications induites par l'environnement (réversibles ou non) dans l'activation des gènes qui causeraient ou faciliteraient l'obésité. Par exemple, certains gènes entraînent une augmentation de la faim, une baisse de l'efficacité de l'activité physique ou encore transforment plus facilement les graisses.
- **Les maladies métaboliques** : l'hypothyroïdie, l'apnée du sommeil, l'insulino-résistance ou le syndrome des ovaires polykystiques, par exemple, ont des conséquences sur la prise de poids et la perte de bénéfice de l'activité physique.
- **Certains médicaments ou traitements** : anxiolytiques, antidépresseurs, antiépileptiques, stéroïdes, corticoïdes, neuroleptiques et traitements contraceptifs perturbent le métabolisme, augmentent l'appétit et l'appétence au sucré.
- **Les addictions** : l'arrêt du tabac et/ou de l'alcool par exemple engendre une prise de poids.
- **La sédentarité**²⁷ : avec la réduction des déplacements, les services à domicile, drive, les nouvelles technologies (télévision, ordinateur, etc.), mais aussi le chauffage et la climatisation, nous pratiquons moins d'activité physique quotidienne et nous brûlons également moins de calories.
- **Les perturbations du sommeil**²⁸ : le manque du sommeil et/ou la mauvaise qualité du sommeil perturbe tout l'organisme et augmente l'appétit et le stress. C'est un enjeu particulièrement important chez les enfants et les adolescents.
- **Les cycles hormonaux chez la femme** : règles, grossesse et ménopause provoquent des dérèglements hormonaux qui induisent également une prise de poids.
- **Les régimes restrictifs**²⁹ : d'une part, le corps lutte contre la perte de poids et fait des réserves de graisses, et d'autre part, lorsqu'on perd du poids de manière aussi brutale, on a tendance à perdre plus de muscle que de graisse. Or, le muscle augmente la dépense énergétique. Donc en période de régimes restrictifs, les personnes vont perdre du muscle, et ainsi une diminution de la dépense calorique, une fatigue chronique induisant un stock de graisses en prévision d'une période de disette, mais également des troubles du comportement alimentaire^{30,31}.
- **Les troubles du comportement alimentaire**³² : ils peuvent provenir d'un dérèglement hormonal et/ou de troubles émotionnels. Ils entraînent un dysfonctionnement du système de récompense au niveau cérébral et donc une perte de contrôle, une diminution des capacités décisionnelles et une propension à revenir à l'état de bien-être que procure la sensation de manger.
- **Les troubles psychologiques**³³ : la gestion du stress et des émotions, les troubles anxieux et dépressifs et les traumatismes sont autant de facteurs conduisant à la prise de poids. Par exemple, on estime que le risque d'obésité est augmenté de 40 % en cas de violences³⁵ sexuelles subies dans l'enfance³⁴.
- **Les revenus** : les personnes à revenus faibles ont un accès restreint à une alimentation saine et diversifiée, mais aussi à des activités de loisirs.
- **Le travail** : le travail sédentaire, le stress, le manque de temps et de cadre approprié pour manger, le travail de nuit ou les rythmes différés, les métiers impliquant de nombreux déplacements sont autant de facteurs de risques de prise de poids. Les professions confrontées à l'humain sont également particulièrement touchées, notamment les professions paramédicales.

CAUSES & PARCOURS DE SOINS

- **La composition des aliments**³⁶ : l'industrie agro-alimentaire a transformé la qualité nutritionnelle des produits alimentaires depuis l'essor économique des années 60/70 en appauvrissant en fibres, en protéines, en vitamines et nutriments, et en ajoutant du gras, du sel, du sucre et les conservateurs, émulsifiants, additifs, etc. qui sont également des perturbateurs endocriniens.
- **Les perturbateurs endocriniens**³⁷ : ils sont connus pour affecter, et ce de manière durable, l'organisme. L'exposition à ces produits chimiques est présente aussi dans l'environnement par le biais des produits cosmétiques, d'hygiène ou encore de la pollution extérieure (pesticides, usines, voitures, etc.).
- **Le microbiote**³⁸ : Les émulsifiants transforment les bactéries de notre microbiote, favorisant ainsi le stockage des cellules graisseuses. La flore intestinale de base peut être appauvrie dès la naissance (microbiote de la mère, alimentation et traitements de la mère et de l'enfant, bébés prématurés ou encore bébés nés sous césarienne) et évolue tout au long de la vie en fonction à la fois de la qualité nutritionnelle disponible et des divers traitements ingérés.

En conclusion, les principaux facteurs de l'obésité sont **externes et environnementaux**. La volonté individuelle est finalement assez peu mise en cause, car c'est le dysfonctionnement métabolique qui engendre les comportements, et pas l'inverse. **Nous ne sommes pas tous égaux face à la prise ou à la perte de poids.**

Quels sont les parcours de soins ?

L'obésité étant une maladie chronique, elle ne guérit pas. Par contre, il existe des **options multidisciplinaires de gestion de la maladie**³⁹. Ces traitements n'ont pas nécessairement vocation à faire perdre du poids, mais davantage à améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes, réduire les comorbidités, accompagner au changement d'habitudes de vie ou encore stabiliser son poids⁴⁰. En prenant en compte les spécificités et les causes de l'obésité de chacun (donc différentes), des traitements peuvent être efficaces :

Accompagnement pluridisciplinaire⁴¹ comprenant des bilans et suivis par des professionnels sensibilisés à la maladie obésité, à la fois médicaux et paramédicaux (endocrinologues, médecins nutritionnistes, diététiciens, psychologues⁴², psychiatres, etc.) au sein de structures dédiées (CIO, CSO, SMR, cabinets libéraux, etc.) grâce à des outils adaptés et personnalisés (consultations, entretiens, anamnèses et histoires de vie des patients, examens, tests, approches cognitives et comportementales⁴³, etc.).

- **Avantages** : il s'agit du seul traitement indispensable afin de limiter ou réduire les conséquences de l'obésité et améliorer l'observance et l'engagement du patient.
- **Limites** : il s'agit d'un suivi qui ne peut jamais s'arrêter, quel que soit le traitement proposé en complément.

Médicaments oraux et/ou injectables⁴⁴ recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

- **Avantages** : Par exemple, le liraglutide constitue un des traitements novateurs à l'heure actuelle pouvant entraîner une réduction de l'appétit, et donc de la prise alimentaire, ce qui contribuerait à une perte de poids modérée. Une perte de poids modérée nous semble être un bon compromis sur la santé, car elle a de multiples avantages sur la réduction des répercussions de l'obésité, tout en n'étant pas trop impactante métaboliquement et physiologiquement.
- **Limites** : Il est impératif que le médecin prescripteur prenne connaissance et applique toutes

PARCOURS DE SOINS

les mises en garde et contre-indications concernant l'administration du médicament. Par exemple, dans le cas de l'obésité, le liraglutide n'est pas recommandé lorsque le patient souffre de troubles des conduites alimentaires ou de pathologies cardiaques, intestinales, ou thyroïdiennes, ou bien encore, ayant des traitements médicamenteux pouvant entraîner une prise de poids. Ce médicament doit être arrêté lorsque le patient ne répond pas au bout de 3 mois à la dose indiquée (avoir perdu au minimum 5 % de leur poids initial). Certains effets secondaires contraignants peuvent apparaître. Lorsqu'il a une efficacité sur la perte de poids, ce médicament ne peut être arrêté sous peine de rebond pondéral conséquent.

Chirurgie bariatrique⁴⁵ et métabolique⁴⁶ : il existe 4 techniques chirurgicales restrictives et/ou malabsorptives recommandées par la HAS, permettant une régulation de poids et du système endocrinien.

- **Avantages** : La chirurgie entraîne une perte de poids conséquente et donc a des effets positifs impactants sur les pathologies associées (douleurs articulaires, TMS, diabète, cholestérolémie, HTA, SAOS, SOPK, reprise de confiance en soi, etc.).
- **Limites** : La chirurgie est un traitement invasif pouvant entraîner des conséquences sur d'autres plans de la santé, tels que des complications post-opératoires, de la dénutrition, une sarcopénie, des carences nutritionnelles et des troubles de l'image corporel et/ou psychologiques^{47,48} (aggravation des TCA, déplacement ou déclenchement d'addictions, dépression, risques suicidaires, problèmes relationnels, divorces et séparations, etc.).

Activité Physique Adaptée (APA)⁴⁹ : l'APA regroupe l'ensemble des activités physiques et sportives adaptées aux capacités des personnes (enfants ou adultes) atteintes de maladie chronique ou de handicap. L'objectif des APA est de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies, d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie des patients, voire de les réinsérer dans des activités sociales⁵⁰. Il existe des structures et/ou des éducateurs-moniteurs d'activité physique formés et spécialisés à la prise en

charge des patients atteints de maladies chroniques telles que l'obésité. Cette activité physique adaptée peut, dans certains cas, être prescrite par le corps médical, mais non remboursée (prise en charge partielle par certaines mutuelles).

- **Avantages** : L'APA aide au maintien ou à la perte de poids modérée. L'augmentation de la masse musculaire entraîne des améliorations métaboliques et une augmentation de la dépense énergétique. Sur le plan fonctionnel, l'APA améliore les aptitudes corporelles et le degré d'autonomie. Sur le plan psychologique et social, il y a également de nombreux effets : bien-être, dépassement de soi et de ses croyances limitantes, renforcement de la motivation, de l'estime de soi, favorisation de la reconnexion au corps et du lien social⁵¹.
- **Limites** : Il existe de nombreuses peurs et croyances limitantes chez les personnes vivant avec une obésité, ainsi que des freins physiologiques ou physiques entraînant une difficulté à démarrer et/ou poursuivre une APA. Enfin, nous insistons sur le fait que l'activité physique doit bien être adaptée à chaque personne afin qu'elle soit efficace et pérenne.

Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)⁵² : il s'agit d'un programme d'accompagnement sur-mesure co-construit entre la personne malade et une équipe pluriprofessionnelle formée (médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues, autres patients, etc.) pour la connaissance et la gestion de sa maladie, ainsi que la mise en œuvre des traitements proposés.

- **Avantages** : La personne malade devient actrice de sa santé et reprend le pouvoir dans la co-construction de son parcours de soins. Elle diminuera le sentiment bloquant de culpabilité, tout en s'appropriant des ressources qu'elle mobilisera en faveur de sa santé. Ainsi, la personne adhère plus volontiers au parcours et aux traitements proposés. L'ETP améliore l'observance et favorise l'efficacité des stratégies de soin.
- **Limites** : Les programmes doivent être personnalisés et adaptés à chaque patient, ce qui

PARCOURS DE SOINS

nécessite des ressources et un coût financier important. À ce jour, nous constatons une disparité de fonctionnement et de moyens des programmes d'ETP, ne permettant pas d'uniformiser les pratiques et d'assurer que les attentes soient comblées systématiquement. Les programmes d'ETP doivent être suffisamment longs et réguliers.

A ce jour, nous constatons une disparité de fonctionnement et de moyens des programmes d'ETP, ne permettant pas d'uniformiser les pratiques et d'assurer que les attentes soient comblées systématiquement. Les programmes d'ETP doivent être suffisamment longs et réguliers.

Associations et pairs⁵³ : Souvent constitués de patients en situation d'obésité ou de personnes sensibilisées à la maladie, ils encouragent et soutiennent les patients dans leur quotidien et dans leur parcours de soins, sont des ressources et facilitent les échanges d'expériences entre pairs. La mise en place de rencontres ou d'activités variées est leur principale mission. Certains peuvent être formés et avoir une fonction spécifique de pairs-aidants, patients-ressources, patients-partenaires, patients-experts, etc.

- **Avantages** : ils encouragent et soutiennent les patients dans leur quotidien et dans leur parcours de soins, sont des ressources et facilitent les échanges d'expériences entre pairs. La mise en place de rencontres ou d'activités variées est leur principale mission.
- **Limites** : les attentes des patients peuvent être démesurées par rapport aux capacités d'accueil et d'accompagnement, faute de moyens humains, matériels et financiers. Les associations et les pairs se retrouvent sans aides subventionnelles ou de formation, pourtant nécessaires au fonctionnement optimal de tout le processus de soins.

Attention : certains de ces traitements ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale et sont un poids économique considérable pour les patients⁵⁴.

De nouveaux traitements prometteurs sont en cours d'expérimentation et la liste pourrait donc s'allonger dans les prochaines années grâce aux recherches. Mais ces solutions ne peuvent pas s'appliquer à tout le monde, et ce ne sont pas des solutions miracles ou de facilité, elles impliquent un suivi médical à vie.

Les attentes des patients concernant des nouvelles thérapeutiques :

Les traitements existants depuis longtemps dans le champ de l'obésité n'ont pas prouvé leur **efficacité** sur les mécanismes physiologiques de l'obésité. Il s'agit, pour la plupart, de **traitements pour différents symptômes de l'obésité, mais pas pour les causes**.

Les récentes options thérapeutiques contiennent des **promesses** dans ce domaine, mais les patients en attendent beaucoup, et notamment de la **recherche** sur les réponses thérapeutiques aux causes de l'obésité.

Dans ce cadre, la **reconnaissance de la maladie de l'obésité** comme étant complexe, chronique et récidivante, viendrait appuyer l'allocation de ressources nécessaires pour cette recherche impérieuse.

En conclusion, ce que les personnes vivant avec une obésité attendent, c'est d'être **écoutés, soutenus, compris et accompagnés** dans le parcours de soins. Ils attendent des **alternatives thérapeutiques innovantes et efficaces, couvrant l'ensemble des types d'obésité et des multiples répercussions**.

Si à un moment donné les patients peuvent ne plus adhérer au parcours de soins, c'est aussi parce que les thérapeutiques proposées sont aujourd'hui **contraignantes**, que ce soit sur la durée ou sur leur fréquence, ou sur le degré d'engagement demandé. Pour la personne concernée, lutter contre l'obésité demande, en effet, un investissement de charge mentale, d'engagement sur les habitudes de vie et d'aménagement sur la vie personnelle, professionnelle et sociale.

Il est temps que la recherche médicale avance et que la médecine propose des thérapeutiques plus efficaces, moins contraignantes, à un coût financier et personnel plus abordable.

ET LES ENFANTS / ADO ?

Qu'en est-il des enfants et des adolescents ?

Le surpoids et l'obésité chez l'enfant affectent la santé physique et mentale avec des **retentissements importants sur tous les axes du développement de l'enfant** : état de santé altéré, mauvaise estime de soi, retrait social, discriminations et problèmes psychosociaux en tous genres, aggravant les symptômes du surpoids et de l'obésité⁵⁵.

Le dépistage doit être précoce, l'évaluation doit être multidimensionnelle, et le parcours de soins doit être gradué et coordonné par des professionnels de la santé qui sont formés à l'obésité.⁵⁶

Prévalence

Les enfants sont de plus en plus concernés par le surpoids et l'obésité, et de plus en plus jeunes. Comme dans la population adulte, le surpoids et l'obésité ont considérablement augmenté sur les 40 dernières années, et représentaient, selon l'OMS, en 2016, 18 % des enfants dans le monde.

En France, selon l'étude Esteban, en 2015, 13 % d'enfants entre 6 et 17 ans sont touchés par le surpoids et 4 % par l'obésité.

Diagnostic du surpoids et de l'obésité chez l'enfant

Il convient de suivre l'**évolution des courbes de croissance** de l'enfant et de l'adolescent, et ce, dès le plus jeune âge (carnet de santé, DMP, etc.)⁵⁷. La mesure de l'IMC n'est pas suffisante pour diagnostiquer le surpoids d'un enfant à partir du moment où il n'a pas terminé sa croissance. Les courbes de croissance permettent ainsi d'identifier les moments et les causes d'une prise de poids importante, puis de la limiter en prenant en compte que l'enfant va continuer de grandir et donc de modifier son IMC. Ainsi, perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire, **il est plus important d'aider l'enfant à stabiliser son poids et vivre mieux physiquement, psychologiquement et socialement, en comprenant mieux le fonctionnement de son corps et en ayant, avec son entourage, une réflexion globale sur ses habitudes de vie.** Et il est à prendre en compte que toutes les morphologies sont dans la nature et **quoiqu'il en soit, on ne donne pas de régime à un enfant.**

Causes

Les causes de ces prises de poids sont nombreuses, comme à l'âge adulte, et il est nécessaire de faire une **évaluation multidimensionnelle** : habitudes de vie, difficultés psychologiques, stress, perturbations du sommeil, traumatismes, contexte social et familial, etc. Cette évaluation permettra de graduer les soins et l'accompagnement, et de les moduler dans le temps en fonction de leur gravité, complexité et évolution, en mobilisant les différentes compétences professionnelles et les moyens nécessaires pour répondre aux besoins individuels et familiaux⁵⁸.

Parcours de soins et traitements

Quelle que soit la situation, il s'agit de proposer et poursuivre une **éducation thérapeutique** permettant les changements des habitudes de vie, d'accompagner le rapport au corps, et, si besoin, le retentissement fonctionnel et esthétique tant chez les filles que chez les garçons ainsi que les difficultés psychologiques, sociales, scolaires, etc. **Un suivi pluriprofessionnel régulier sur plusieurs années permet d'adapter les soins et leur intensité en fonction des besoins.** Dans une situation d'obésité complexe, il s'agit en complément de soulager les symptômes, de traiter les complications, de proposer des adaptations de la vie quotidienne et de la scolarité, d'évaluer le besoin d'un accompagnement renforcé grâce à la coordination entre les équipes, les parents et avec l'appui d'un référent de proximité. **Les parcours pédiatriques** spécifiques peuvent être pilotés et/ou coordonnés par des CSO, des SMR (Soins Médicaux de Réadaptation) ou des RéPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique)⁶⁰.

Le parcours de soins d'un enfant aura à cœur d'intégrer l'**implication active des parents** afin d'avoir un impact pérenne sur l'équilibre familial. Mais il faudra également une éducation alimentaire en milieu familial et scolaire déjà pour habituer l'enfant à manger de manière saine et équilibrée.

QUE FAIT LA LCO ?

Spécificités liées à l'âge

L'enfant étant en cours de développement, il peut être d'autant **plus fragilisé par des discriminations/stigmatisations, ou encore des discours dissonants**.⁶¹ Cette violence peut provenir à la fois de la famille,⁶² de l'entourage amical, des éducateurs, mais aussi de certains professionnels qui peuvent faire des recommandations inappropriées. Par exemple, la prescription de régimes amaigrissants entraîne le déclenchement d'une restriction cognitive avec une diabolisation de l'alimentation. **Renvoyer l'enfant à sa culpabilité d'être en obésité a des conséquences dévastatrices** : impact sur l'estime de soi, troubles des conduites alimentaires, sentiment d'injustice, rapport au corps altéré, perturbation de sa scolarité et/ou de sa vie sociale, etc.

L'adolescence est une période charnière avec des bouleversements importants sur les plans physiques, hormonaux, psychosociaux et corporels, il est donc nécessaire de mettre en place un **accompagnement spécifique pour garantir la continuité du parcours**, et notamment préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence. On constate actuellement un désert thérapeutique pour ce public et de nouveaux outils sont à créer dans ce sens.

L'obésité étant une maladie chronique donc sans guérison possible sur le long terme, il est essentiel de faire de la **prévention** sur le surpoids. Le surpoids pourrait être réversible, si et seulement si les traitements étaient appropriés, et surtout si on le traite tôt. Il existe quelques programmes de prévention principalement ciblés sur la santé, davantage que sur le surpoids et l'obésité, comme la campagne tirée du PNNS (Programme National Nutrition Santé), comme le célèbre «Manger, bouger», qui nous semble insuffisante. Et surtout, elle est stigmatisante, car elle est centrée sur l'alimentation et l'activité physique, et n'englobe pas l'ensemble des facteurs/déterminants/causes de l'obésité. À ce jour, l'attention politique est portée principalement sur la prévention primaire, comme la nouvelle campagne «Retrouve ton cap» à destination des enfants en surpoids ou susceptibles de le devenir, et leur entourage⁶³. Il nous semble qu'il pourrait y avoir d'autres façons de prévenir la maladie et son aggravation, tout en **permettant aux personnes d'être actrices de leur santé**.

Que fait la LCO ?

La Ligue Nationale contre l'Obésité a été créée en 2014 dans le but de **faire reconnaître la pathologie chronique obésité, dénoncer les discriminations et la grossophobie**, contribuer aux travaux de **recherches épidémiologiques** et de lutte contre les causes de l'obésité, ainsi que sur **la prévention et la prise en charge** des patients atteints de surpoids ou d'obésité.

La Ligue nationale contre l'Obésité fédère **une cinquantaine d'associations** et permet de mettre en valeur leurs actions localement, et de proposer des **formations/ateliers** animés par des intervenants experts, que ce soit sur la gestion des associations ou sur la connaissance de la maladie.

Par ailleurs, la Ligue (avec le concours des associations adhérentes) est représentée lors de la **Journée Mondiale de l'Obésité** (World Obesity Day), et également lors des **réunions nationales et internationales en relation avec les pouvoirs publics** (Ministères, Sénat, Assemblée Nationale et Parlement Européen) pour défendre la cause.

NOS PROJETS / REVENDICATIONS

Quels sont les projets de la Ligue nationale Contre l'Obésité pour les années à venir ?

Sur la période 2022-2028, la Ligue a engagé un projet aux dimensions sanitaires, sociales et sociétales :

- L'accompagnement à la création de **parcours de soins gradués ville-hôpital-EHPAD** relatifs à la prévention et la prise en charge du surpoids et de la maladie obésité.
- L'accompagnement à la création d'**équipes mobiles pluridisciplinaires** en concertation avec les établissements de santé (enseignants APA, diététiciens et psychologues) en vue d'interventions au domicile des patients isolés, selon décision collégiale.
- L'organisation de groupes de travail sur l'**inclusion sociale**, notamment sur l'insertion professionnelle et l'accès à l'emprunt et aux crédits.
- L'application des normes en matière d'**accessibilité aux biens et services** pour les personnes en situation d'obésité.

Quelles sont nos revendications ? Notre combat !

1. La reconnaissance de l'obésité comme **maladie chronique évolutive.** Au vu de l'enjeu majeur de santé publique, ouvrir les droits pour les patients à **la reconnaissance comme Affection de Longue Durée (ALD)** afin de prévenir et d'endiguer efficacement l'épidémie de la maladie.

2. La mise en place d'une consultation longue spécifique remboursée pour les adultes. La prise en charge des consultations des psychologues, des diététiciens **et des accompagnements** des enseignants d'activités physiques adaptées dans le cadre du parcours de soin.

3. Le remboursement des compléments alimentaires et vitaminiques, ainsi que certains bilans sanguins (recherche de vitamines non prises en charge par la sécurité sociale et les mutuelles).

4. La création d'un enseignement en éducation à la santé, du primaire jusqu'aux formations professionnelles.

5. L'intégration de l'obésité dans la formation initiale des professionnels médicaux et paramédicaux. La **création de la spécialité «obésitologie»** pour tout professionnel accompagnant les personnes en situation d'obésité, ainsi que pour les patients-partenaires.

6. Encourager la mise en place d'outils et de ressources préventifs innovants pour lutter contre le développement de l'obésité, et notamment dans un cadre professionnel et/ou scolaire.

7. Lutter contre toutes les formes de **grossophobie** et œuvrer à sa **reconnaissance** en tant que **discrimination**.



BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/lobesite-represente-une-charge-de-11-milliards-par-an-en-france-1911714>
2. World Obesity Federation, The Economic Impact of Overweight and Obesity, <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=18>
3. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN: 978-92-890-5773-8 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715–23. doi: 10.1111/obr.12551. https://www.who.int/fr/health-topics/obesity#tab=tab_1
5. Catégorisation selon la Commission Européenne, 4 mars 2020 https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/obesity_en
6. Consultation Organisation Mondiale de la Santé sur l'obésité (1997 : Genève, Suisse) Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS (OMS, Série de Rapports techniques ; 894) ISBN 92 4 220894 9 ISSN 0373-3998, P.2, P.5 http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_fre.pdf
7. Fontbonne, A.; Currie, A.; Tounian, P.; Picot, M.-C.; Foulatier, O.; Nedelcu, M.; Nocca, D. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the 'Ligue Contre l'Obésité'. *J. Clin. Med.* 2023, 12, 925. <https://doi.org/10.3390/jcm12030925>
8. World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2023. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
9. Organisation Mondiale de la Santé, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#cms>
10. Organisation Mondiale de la Santé, <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
11. Gonzalez MC, Correia MITD, Heymsfield SB. A requiem for BMI in the clinical setting. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2017 Sep;20(5):314–321. doi : 10.1097/MCO.0000000000000395. PMID : 28768291.
12. Obésité - Une maladie des tissus adipeux, 11 juillet 2017 <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
13. https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
14. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation Geneva, 8–11 December 2008 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf
15. de-Mateo-Silleras B, de-la-Cruz-Marcos S, Alonso-Izquierdo L, Camina-Martín MA, Marugán-de-Miguelsanz JM, Redondo-Del-Río MP. Bioelectrical impedance vector analysis in obese and overweight children. *PLoS One.* 2019 Jan 24;14(1):e0211148. doi : 10.1371/journal.pone.0211148. PMID: 30677103; PMCID: PMC6345442. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211148>
16. Ponti F, Plazzi A, Guglielmi G, Marchesini G, and Bazzocchi A. Body composition, dual-energy X-ray absorptiometry and obesity: the paradigm of fat (re)distribution. *BJR Case Rep* 2019; 5: 20170078. <https://www.birpublications.org/doi/epub/10.1259/bjrcr.20170078>
17. Després JP. Is visceral obesity the cause of the metabolic syndrome? *Ann Med.* 2006;38(1):52–63. doi: 10.1080/07853890500383895. PMID: 16448989. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890500383895>
18. Després JP. Body fat distribution and risk of cardiovascular disease: an update. *Circulation.* 2012;126(10):1301–13. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.067264>
19. Charmillot, M., Lagger, G., Moutet, A., L., Golay, A., Comprendre l'expérience de vie des personnes obèses : un apport pour l'éducation thérapeutique du patient, *Rev Med Suisse*, 2011/288 (Vol.-3), p. 686–690. <https://www.revmed.ch/revue-medecale-suisse/2011/revue-medecale-suisse-288/comprendre-l-experience-de-vie-des-personnes-obeses-un-apport-pour-l-education-therapeutique-du-patient>
20. Haute Autorité de Santé, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
21. Pesant, M., et al. Obésité et fertilité ne font pas bon ménage, *Rev Med Suisse*, Vol. -4, no. 242, 2010, pp. 662–665. <https://www.revmed.ch/revue-medecale-suisse/2010/revue-medecale-suisse-242/obesite-et-fertilite-ne-font-pas-bon-menage>
22. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, Nadglowski J, Ramos Salas X, Schauer PR, Twenefour D, Apovian CM, Aronne LJ, Batterham RL, Berthoud HR, Boza C, Busetto L, Dicker D, De Groot M, Eisenberg D, Flint SW, Huang TT, Kaplan LM, Kirwan JP, Korner J, Kyle TK, Laferrère B, le Roux CW, McIver L, Mingrone G, Nece P, Reid TJ, Rogers AM, Rosenbaum M, Seeley RJ, Torres AJ, Dixon JB. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 2020 Apr;26(4):485–497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32127716; PMCID: PMC7154011. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x>

BIBLIOGRAPHIE

23. Puhl, R.M., Brownell, K.D., Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults, *Obesity* (Silver Spring) 2006, 14(10) : 1802-15 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2006.208>
24. World Obesity Federation, Economic impact of overweight and obesity to surpass \$4 trillion by 2035, 2th of March 2023, <https://www.worldobesity.org/news/economic-impact-of-overweight-and-obesity-to-surpass-4-trillion-by-2035>
25. Haute Autorité de Santé, Syndrome Prader Willi, Guide Maladie Chronique, 14 oct. 2021, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3291625/fr/syndrome-prader-willi
26. Philippe Froguel, Les gènes de l'obésité et leur contribution à la balance énergétique, *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2015, 199, nr. 8-9, 1269-1279, 17 novembre 2015, <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/03/P.1269-1280.pdf>
27. Audrey Bergouignan, « Effet de l'inactivité physique sur les balances énergétique et oxydative : Inférences sur le rôle de la sédentarité dans l'étiologie de l'obésité », 29 juillet 2008, https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2008/BERGOUIGNAN_Audrey_2008.pdf
28. Joyla furlano, Obésité Canada, 17 décembre 2019, <https://obesitycanada.ca/fr/non-classifiee/sommeil-et-obesite-quel-lien-les-unis/>
29. Rapport de l'ANSES de 2010 : Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>
30. Goldsmith R, Joannisse DR, Gallagher D, Pavlovich K, Shamon E, Leibel RL, Rosenbaum M. Effects of experimental weight perturbation on skeletal muscle work efficiency, fuel utilization, and biochemistry in human subjects. <https://journals.physiology.org/doi/epdf/10.1152/ajpregu.00053.2009>
31. Berthoud, H.R., Morrison, C.D., Ackroff, K. et al. Apprentissage des préférences alimentaires : mécanismes et implications pour l'obésité et les maladies métaboliques. *Int J Obes* 45, 2156-2168 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00894-3> <https://www.nature.com/articles/s41366-021-00894-3#Sec18>
32. Muriel Valentino, Vanessa Folope, CSO CHU Rouen, Repérer et prendre en charge les Troubles du Comportement Alimentaire dans l'obésité, <https://csohn.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/44/2017/02/Reperer-les-troubles-du-comportement-alimentaire-dans-l-obesite-M-Valentino-et-V-Folope.pdf>
33. C. Berdah, Obésité et troubles psychopathologiques, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 168, Issue 3, 2010, Pages 184-190, ISSN 0003-4487, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.010>
34. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019 Oct;6(10):830-839. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30286-X. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31519507; PMCID: PMC7015702. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31519507/>
35. Le gradient social de l'obésité se creuse en France – Sait-on pourquoi ?, Nicole Darmon, *OCL*, 15 1 (2008) 46-52, DOI: <https://doi.org/10.1051/ocl.2008.0161>
36. Inserm, Consommation d'aliments ultra-transformés et risque de maladies cardiovasculaires, 30 mai 2019, <https://presse.inserm.fr/recidives-et-chronicite-de-leczema-comment-leexpliquer-2/35086/>
37. N. Chevalier, P. Fénichel, Perturbateurs endocriniens : responsabilités dans l'obésité et le diabète de type 2, *Médecine des Maladies Métaboliques*, 2017, ISSN 1957-2557, [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30078-0)
38. Judith Aron-Wisnewsky, Karine Clément, « Microbiote et obésité : données cliniques et chirurgicales », *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabètes et Nutrition*, Vol. XIX, n° 5-6, mai-juin 2015. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/22945.pdf>
39. Haute Autorité de Santé, Surpoids-obésité de l'adulte : 14 messages clés pour améliorer les pratiques, 11 janvier 2023, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/fiche._14_messages-cles_parours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
40. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y: European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts* 2019;12:40-66. doi: 10.1159/000496183, <https://www.karger.com/Article/Fulltext/496183#>
41. Haute Autorité de Santé, Rôle des professionnels impliqués dans le parcours de soins, 11 janvier 2023, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/fiches._role_des_professionnels_parours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
42. Volery, M., Bonnemain, A., Latino, A., Ourrad, N., & Perroud, A. (2015). Prise en charge psychologique de l'obésité: au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale. *Rev Med Suisse*, 11, 704-8. <https://eurobesitas.org/wp-content/uploads/2020/11/RMS.pdf>
43. S. Julien Sweerts, G. Apfeldorfer, K. Kureta-Vanoli, L. Romo, Les thérapies émotionnelles dans les problématiques de surpoids ou d'obésité, *L'Encéphale*, Volume 45, Issue 3, 2019, Pages 263-270, ISSN 0013-7006, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.02.009>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700619300673>

BIBLIOGRAPHIE

44. Makoundou, V., Golay, A. (2011), Nutrition-obésité. Traitements médicamenteux de l'appétit, Rev Med Suisse, -3, no. 277, 57-60. https://www.revmed.ch/view/515027/4210398/RMS_277_57.pdf
45. Haute Autorité de Santé, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 22 juin 2009, https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
46. Haute Autorité de Santé, La chirurgie métabolique en dernier recours en cas de diabète de type 2 couplé à une obésité modérée, 12 oct. 2022 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3376491/fr/la-chirurgie-metabolique-en-dernier-recours-en-cas-de-diabete-de-type-2-couple-a-une-obesite-moderee
47. Fernandez, L., Rubinstein, M., Dumet, N. et al. Obésité sévère, perte de poids et image du corps après la chirurgie bariatrique. Obes 10, 151-159 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11690-015-0474-9>
48. Te, V.-C.. « Impact de la chirurgie bariatrique sur la dépression, l'estime de soi et la qualité de vie sexuelle des femmes. » (2016). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01447240/document>
49. Haute Autorité de Santé, Prescription d'activité physique et sportive Surpoids et obésité de l'adulte, 3 septembre 2018, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf
50. JACOLIN-NACKAERTS Myriam, « L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? », Sciences sociales et sport, 2018/1 (N° 11), p. 99-132. DOI : 10.3917/rsss.011.0099. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sport-2018-1-page-99.htm>
51. Mainguet, B., Hamon, A. & Descatoire, A. Sentiment d'efficacité personnelle en activité physique adaptée chez la personne obèse. Obes 10, 160-168 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11690-015-0475-8>
52. Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B. et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Obes 9, 302-328 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11690-014-0466-1>
53. Haute Autorité de Santé, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'adulte, 11 janvier 2023, chapitre 14, Rôle des patients-ressources, des associations d'usagers dans le parcours, p.106, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
54. CSO Grenoble, Obésité : quelle prise en charge par la sécurité sociale ? <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/obesite-quelle-prise-charge-par-securite-sociale>
55. « Weight Labeling and Obesity - A Longitudinal Study of Girls Aged 10 to 19 Years', JAMA Pediatr., April 28, 2014. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.122
56. Haute Autorité de Santé, Surpoids et obésité chez l'enfant : vers une prise en charge globale et multidimensionnelle, 28 février 2022, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3320587/fr/surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-vers-une-prise-en-charge-globale-et-multidimensionnelle
57. Béatrice Dubern, La Revue du Praticien, 12 septembre 2022, <https://www.larevuedupraticien.fr/article/obesite-de-lenfant>
58. CSO Grenoble, 13 juin 2022, <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/obesite-et-surpoids-chez-lenfant-causes-et-consequences-psychosociales>
59. SRAE Nutrition, Catalogue des outils d'aide à la prise en charge des enfants ou adolescents en surpoids ou obèses, Juillet 2019, https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2019/08/01-Catalogue-outils-aide-%C3%A0-la-PEC-enfants-ados-surpoids-ob%C3%A8ses-_V9-compress%C3%A9.pdf
60. Haute Autorité de Santé, Les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP), https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_liste_reppop.pdf
61. Haqq AM, Kebbe M, Tan Q, Manco M, Salas XR. Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. Child Obes. 2021 Jun;17(4):229-240. doi: 10.1089/chi.2021.0003. Epub 2021 Mar 29. PMID: 33780639; PMCID: PMC8147499. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8147499/pdf/chi.2021.0003.pdf>
62. Samantha E. Lawrence, Leah M. Lessard, Rebecca M. Puhl, Gary D. Foster, Michelle I. Cardel, "Look beyond the weight and accept me": Adolescent perspectives on parental weight communication, Body Image, Volume 45, 2023, Pages 11-19, ISSN 1740-1445, <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.01.006>
63. Dispositif « Mission : retrouve ton cap », 4 avril 2023, <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16106>

CONTACT LCO

Hafida AHANSAL

04.48.206.206

aide.obesite@liguecontrelobesite.org



Association loi 1901 - Siret 802 870 352 00027

Siège : 24 rue Tronchet - 75 008 Paris

Siège Admi : 340, avenue de Etats du Languedoc - 34 000 Montpellier

Tél : 04.67.68.60.05

contact@liguecontrelobesite.org

