



HAL
open science

La lutte contre l'obésité en France : lumières, ombres et perspectives

Joan Cortinas Muñoz, Daniel Benamouzig, Kàtia Lurbe I Puerto

► **To cite this version:**

Joan Cortinas Muñoz, Daniel Benamouzig, Kàtia Lurbe I Puerto. La lutte contre l'obésité en France : lumières, ombres et perspectives. Chaire Santé, Sciences Po (Paris France). 2024, pp.157. hal-04904531

HAL Id: hal-04904531

<https://sciencespo.hal.science/hal-04904531v1>

Submitted on 21 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SciencesPo

CHAIRE SANTÉ

**LA LUTTE CONTRE
L'OBÉSITÉ EN
FRANCE :
LUMIÈRES,
OMBRES ET
PERSPECTIVES**

JOAN CORTINAS, DANIEL BENAMOUZIG ET KATIA LURBE

JUILLET 2024

Executive summary	3
Introduction.....	7
I. La fabrique des politiques de l'obésité en France.....	10
1997-2001 : des premières recommandations françaises à la naissance d'une élite programmatische autour de la politisation des pathologies de l'obésité.....	13
2001-2010 : l'obésité, un objectif de la politique nutritionnelle de santé publique	24
Le cadrage de l'obésité comme « l'épidémie du futur » : les débats parlementaires sur la loi de santé publique en 2003-2004.....	26
2010-2016 : la prise en charge de l'obésité, la mise en avant des inégalités sociales et les plans concurrents.....	29
2017-2023 : cadrage syndémique renforcé et prise en charge innovante	35
II. Les politiques de lutte contre l'obésité en Europe.....	41
Les connaissances sur les causes de l'obésité	41
Conditions de succès des politiques de lutte contre l'obésité	46
Comparaison internationale de 30 pays européens : nuages et quelques éclaircies vers l'ouest de l'Europe	53
Zoom sur la France : les marges de progression des politiques de lutte contre l'obésité	83
III. Raisons, usages & tensions du dispositif "article 51"	114
Innover à partir de l'existant.....	116
Les principes structurant les expérimentations en « obésité » article 51	123
Innovations endogènes à l'action programmatische	129
Le défi d'articuler le caractère dérogatoire du dispositif et l'objectif de généralisation des expérimentations	145
Conclusion	150
Bibliographie.....	152

EXECUTIVE SUMMARY

Le but de cette étude est d'établir un diagnostic de la politique française de lutte contre l'obésité, dont l'examen détaillé de l'ensemble des caractéristiques reste encore à réaliser dans une large mesure. L'objectif de cette démarche est de fournir une sorte d'évaluation qualitative de cette stratégie, car elle offre une vision globale et des points de comparaison internationale sur ce qui a été réalisé, fournissant ainsi une indication sur ce qui pourrait être entrepris à l'avenir dans ce domaine. Ce document fournit un éclairage destiné aux acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre de la lutte contre l'obésité, avec l'espoir qu'il puisse également être utile aux chercheurs actifs dans ce domaine.

Le panorama synthétique que nous offrons de la politique de lutte contre l'obésité en France s'articule autour de trois objets. D'abord, nous examinons l'histoire de cette politique en France. Bien que son approche soit transversale, elle a subi des changements majeurs, spécifiquement en termes de cadrage cognitif. Au gré des années, une série de modifications sont assez significatives pour nous permettre d'identifier quatre phases distinctes de la lutte anti-obésité en France depuis la fin des années 1990. Cette analyse historique met en évidence le cadre cognitif des politiques publiques d'anti-obésité et offre l'opportunité d'examiner ses acteurs majeurs. Elle fait également appel aux notions de programme et d'élites programmatiques, qui sont relativement discernables dans cette politique publique.

Lancée sous l'égide du Premier ministre Lionel Jospin, la politique de lutte contre l'obésité en France a été élaborée de façon séquentielle, avec un certain niveau de discrétion, au sein d'un espace restreint de débats regroupant des experts en nutrition et en santé publique, ainsi que des hauts responsables du ministère de la santé, mandatés par le pouvoir exécutif. L'analyse socio-historique de l'ensemble du processus d'émergence, de consolidation et de généralisation des mesures envisagées pour répondre aux défis posés par l'obésité révèle une dynamique endogène de transformation de l'action publique. Cette dynamique est soutenue par une coalition d'acteurs qui s'organisent autour d'un programme d'action visant à instituer une "médecine de l'obésité" et à convaincre les acteurs de l'action publique de mettre en place une politique de santé publique spécifiquement dédiée à une affection traditionnellement perçue comme relevant plus de la morale que de la médecine, ou encore, souvent traitée comme une problématique individuelle plutôt que comme un sujet d'inquiétude concernant l'ensemble de la population française.

Le programme défendu par cette coalition d'acteurs s'articule autour de trois éléments fondateurs. En premier lieu, il définit un cadre biomédical de l'obésité et plaide pour une gestion principalement nutritionnelle de la maladie chronique. En deuxième lieu, ce plan s'ancre dans la conviction que l'action la plus efficace en matière de santé publique est celle qui, tout en étant basée sur les connaissances et les preuves scientifiques, suit également une approche scientifique dans la mise

en œuvre des actions envisagées et leur évaluation. Pour finir, les outils d'action favorisés s'appuient sur le renforcement du rôle de régulateur de l'État en ce qui concerne tout ce qui touche au domaine de la santé.

L'activité politique de cette élite programmatique se développe de façon processuelle, principalement en interaction conflictuelle avec une coalition d'acteurs commerciaux du secteur agroalimentaire et de l'univers de la publicité, qui visent à préserver le statu quo autant que possible en raison de leurs intérêts économiques. Enfin, le cadre du problème de l'obésité et la substance de leur plan d'action sont enrichis progressivement par les évolutions dans la perception sociale de l'obésité, par l'inclusion de leur cause à des acteurs de diverses disciplines scientifiques, et par le soutien occasionnel des acteurs associatifs et de l'industrie pharmaceutique.

Dans un second volet, notre attention se porte sur les initiatives concrètes de la stratégie de lutte contre l'obésité. Dans cette seconde section, nous confrontons la politique publique française de combat contre l'obésité à ce qui se fait à l'échelle européenne. Plus précisément, nous réalisons une analyse comparative - un benchmarking - pour dresser le portrait de la position de la France dans le cadre européen de lutte contre l'obésité. Ce procédé d'objectivation par contraste permet de déceler des initiatives prises dans d'autres nations et contextes, qui pourraient s'avérer être des sources pertinentes d'inspiration au niveau national.

La lutte contre l'obésité doit tenir compte des facteurs qui encouragent la surconsommation calorique : une offre alimentaire de mauvaise qualité nutritionnelle accessible, disponible et attrayante. Il est impératif que ces politiques soient méticuleusement conçues en prenant en compte les facteurs sociologiques et psychologiques qui amplifient la propension de certaines populations à être exposées à des aliments de piètre qualité nutritionnelle. Différents critères, à l'image de la classe sociale, l'âge, le sexe et la santé mentale, doivent être considérés. En outre, les instances publiques pourraient également examiner les taux de dépense calorique au sein des populations. Ces politiques doivent intégrer les déterminants sociaux associés à des niveaux d'activité physique et de sédentarité particulièrement préoccupants du point de vue de la santé publique, tels que le sexe, l'âge et la classe sociale.

Les politiques visant à combattre la surconsommation calorique se révèlent globalement « passables » en Europe, avec un score moyen de 38,6 sur 100. Les nations analysées montrent une préférence pour des politiques qui ciblent le changement de comportement, au détriment de celles qui s'attaquent à l'offre alimentaire. Cette même analyse permet d'affirmer que les politiques de lutte contre la surconsommation de calories sont davantage affirmées à mesure que l'on se dirige vers l'Ouest et le Nord de l'Europe.

Tout comme les politiques de lutte contre l'excès de calories, les interventions visant la sous-dépense calorique obtiennent une évaluation "passable" en moyenne en Europe, avec un score moyen de 41,7 sur 100. Ce score est légèrement supérieur de trois points à celui obtenu pour les politiques axées sur la surconsommation de calories, suggérant une inclinaison plus marquée des

pays étudiés pour des politiques favorisant l'exercice physique. En examinant la qualité et l'étendue des initiatives centrées sur l'activité physique, il est notable que plus de pays (11 sur 30) font un effort louable, obtenant un score modéré, comparativement à ceux se concentrant sur des politiques contre la consommation excessive de calories (4 sur 30). De surcroît, ces scores relativement favorables semblent être prédominants dans les pays de l'Europe de l'Ouest, suggérant une amélioration qualitative et quantitative de ces politiques le long d'un axe Est-Ouest.

Les examens effectués démontrent qu'il n'y a pas de spécialisation spécifique par pays en fonction des stratégies adoptées, que ce soit sur l'aspect de l'offre ou de la demande. Au lieu de cela, la spécialisation se présente en fonction du type de politique : soit la surconsommation calorique soit la sous-dépense calorique. Dit simplement, les 'meilleurs de la classe' en matière de lutte contre la surconsommation calorique se montrent tout aussi compétents dans les stratégies ciblant l'offre et la demande. Il en est pareil pour les 'meilleurs de la classe' concernant la promotion de l'activité physique, que l'approche soit axée sur l'offre ou le comportement.

La France se situe favorablement dans le paysage européen des politiques de lutte contre l'obésité, étant reconnue comme l'un des pays assez dynamiques en ce domaine. Malgré cela, des progrès doivent encore être réalisés, principalement en termes de modification de l'offre alimentaire au niveau local et national, tout en ciblant davantage les populations les plus touchées par l'obésité. Pareillement aux autres pays européens, la France a encore du chemin à parcourir afin d'ajuster ses politiques de prévention et de gestion à l'aune des critères et des valeurs des populations concernées. Il faut souligner l'importance de l'intégration des connaissances sociologiques en lien avec le décalage entre les normes promues par les politiques de prévention, notamment l'appel à une alimentation saine et à l'activité physique régulière, et les propres normes de différents groupes sociaux en fonction de leur classe et/ou de leur genre.

Dans la dernière partie de ce rapport, nous abordons la séquence la plus récente en matière d'initiatives politiques dans le domaine de la lutte contre l'obésité, en revenant sur les dispositifs expérimentaux déployés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS de 2018. Ils testent in vivo de nouvelles modalités de prise en charge et d'organisation de soins. Il est question ici d'examiner les méthodes les plus récentes afin de déceler leurs dynamiques, les éléments structurants dans leur fonctionnement afin d'en identifier les potentiels et leurs limites.

Nous démontrons que les expérimentations de l'article 51 sur la question de l'obésité a été établi de manière à fournir aux décideurs politiques un instrument leur permettant d'amener une collaboration entre l'administration centrale et la CNAM. Cette collaboration vise à réformer le système de santé, en s'alignant au plus près sur les réalités locales et régionales. D'autre part, le LFSS dans son article 51 favorise l'implémentation de parcours de soins coordonnés, qui sont centrés sur les besoins spécifiques des patients. Ces parcours proviennent d'initiatives locales, et sont testés par les acteurs qui les ont mises sur pied. L'objectif est d'optimiser l'efficacité et l'efficience de l'organisation des soins. Les cadres réglementaires, institutionnels et méthodologiques qui régissent le mécanisme de

l'article 51 ont pour effet de contraindre les acteurs de terrain qui souhaitent s'engager dans la réforme du système de soins, à expérimenter en sortant du cadre du droit commun, tout en restant dans un périmètre d'actions potentiellement généralisables. De plus, l'attribution du pilotage de l'évaluation des expérimentations à la CNAM et de l'avis de généralisation au CSIS, oriente le mécanisme de l'article 51 de la LFSS vers un mode de fonctionnement centralisé.

Dans un contexte où leur activité est étroitement contrôlée par l'autorité publique, le principal enjeu pour les expérimentateurs n'est pas tant d'éclairer le processus décisionnel, mais d'orienter à leur façon, l'évolution des politiques de santé publique. Ces dernières ont un impact notable sur l'accessibilité des soins, leur qualité, ainsi que sur les conditions de travail et les pratiques des professionnels de santé. En ce qui concerne plus spécifiquement les projets qui ont émergé à la suite de l'action programmatique initiée avec le PNNS1 et renforcée avec le Plan Obésité, les expérimentateurs voient dans cette approche "expérimentation-évaluation" l'opportunité de persuader les autorités publiques sur la manière et le lieu d'affecter les ressources pour optimiser le système de santé, au bénéfice des acteurs-clés de leur territoire.

INTRODUCTION

La lutte contre l'obésité en France a fait l'objet de nombreuses études en sciences politiques et en sociologie depuis 2010. Ces recherches, riches en contenu, ont tenté de dépeindre l'essence globale de cette politique. Les chercheurs se sont notamment penchés sur l'aspect individualisant de cette politique, là où elle se focalise principalement sur une intervention visant à modifier les comportements, à régir les comportements individuels (Dubuisson 2016) plutôt qu'à s'attaquer aux causes plus structurelles du phénomène. Par exemple, l'offre alimentaire et plus largement, l'environnement alimentaire, sont des facteurs particulièrement propices à l'éclosion de problèmes nutritionnels liés à l'obésité et au surpoids.

Ces travaux peuvent être subdivisés en deux sections distinctes. La première catégorie se focalise principalement sur les motifs sous-tendant l'omniprésence de cette administration des comportements en ce qui concerne la lutte contre l'obésité (Bossy 2010, Bergeron et Castel 2010, Bergeron et al. 2014, Bergeron et al. 2016, Merlaud 2014). D'autre part, la deuxième catégorie aborde la manière dont cette administration des comportements est reçue par les populations pour qui elle a été imaginée (Régnier et Masullo 2009, Knobé 2020 et 2023, Letoux 2021, Leszczak 2023, Grassler et al. 2019, Marcellini et al. 2016).

Dans ce travail, nous visons à traverser le passage du général au particulier. Autrement dit, notre intérêt se porte moins sur l'esprit global de la politique anti-obésité et sur la manière dont elle est perçue par les populations, que sur sa dimension la plus concrète. En effet, au-delà de l'esprit global qui l'a pilotée jusqu'à présent, la politique contre l'obésité comporte un ensemble complexe d'acteurs, d'institutions, de programmes, de normes et d'actions qui méritent d'être examinées avec attention. Se concentrer uniquement sur l'esprit général de cette politique risque de négliger la capacité d'action de ceux qui l'ont orchestrée et, par conséquent, de laisser dans l'ombre leurs efforts et leurs succès, y compris en ce qui concerne les actions visant l'offre alimentaire - Nutri-score, taxe sur les boissons sucrées, interdiction de la publicité lors des émissions pour jeunes sur les chaînes publiques, etc. De même, certaines initiatives qui, bien qu'elles ciblent les comportements, constituent des atouts précieux dans la lutte contre l'obésité.

Il s'agit d'établir un état des lieux d'une politique dont l'histoire s'étend sur plus de deux décennies et dont l'examen complet de toutes ses caractéristiques reste à accomplir. Cette tâche « comptable » a pour but d'offrir également une sorte d'évaluation qualitative de cette politique car elle donne une vue d'ensemble de ce qui a été accompli, offrant ainsi une indication de ce qui pourrait être fait dans les années à venir. Dans cette perspective, ce rapport pourrait fonctionner comme un guide pour les intervenants impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la lutte contre l'obésité.

Le panorama synthétique que nous offrons sur la stratégie de combat contre l'obésité en France s'articule autour de trois objets. Dans un premier temps, notre regard se portera sur l'histoire de

cette stratégie de lutte contre l'obésité sur le sol français. Cette politique, en dépit de son esprit global, est marquée par des changements significatifs en matière de cadrage cognitif au long des années. De telles modifications sont suffisamment notables pour nous permettre de distinguer quatre périodes différentes concernant la stratégie de combat contre l'obésité en France, depuis la fin des années 1990.

Cette perspective historique s'attache principalement à comprendre le cadre cognitif de la politique de lutte contre l'obésité et à étudier ses acteurs. C'est pourquoi, dans un deuxième temps, nous nous penchons sur la politique de lutte contre l'obésité dans sa réalisation la plus tangible : les actions spécifiques et les outils d'action déployés pour incarner les cadres retenus. Dans cette deuxième partie, nous confronterons la politique publique de lutte contre l'obésité en France à ce qui est fait dans le contexte européen. Plus précisément, nous menons une analyse comparative - un benchmark - qui nous permettra de situer la politique française dans le paysage européen. Ce processus d'objectivation par comparaison nous permettra également d'identifier des actions menées dans d'autres contextes qui pourraient fournir une source d'inspiration pour la politique hexagonale.

Dans un troisième temps, nous nous penchons sur les dernières innovations concernant les politiques de lutte contre l'obésité en France : les dispositifs expérimentaux déployés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS de 2018 testant in vivo de nouvelles modalités d'organisation de soins. Il est question ici d'examiner les méthodes les plus récentes afin de déceler leurs dynamiques, les éléments structurants dans leur fonctionnement afin d'en identifier les potentiels et leurs limites. Cette analyse des méthodes d'action dans la lutte contre l'obésité se concentre moins sur les effets de ces méthodes dans la lutte contre l'obésité que sur les objectifs organisationnels poursuivis : une meilleure coordination entre les professionnels et les structures compétentes en matière d'obésité.

Les trois aspects que nous venons de formuler, du fait de leur essence, demandent des méthodes d'investigation distinctes. Effectivement, la reconstitution historique de la politique de lutte contre l'obésité a exigé que nous fassions appel aux acteurs principaux de cette politique. Au total, nous avons rencontré, parfois à plusieurs reprises, quinze acteurs de la politique de lutte contre l'obésité : des chercheurs qui ont participé à l'élaboration de cette politique et des dirigeants du ministère de la Santé, y compris des ministres. Les différents rapports d'évaluation relatifs à la politique de lutte contre l'obésité publiés par diverses institutions étatiques ont également été utilisés dans cette partie (Hercberg 2006a, Hercberg 2006b, ministère de la Santé 2006, Jourdain Menninger et al. 2010, Ministère du Travail 2010a, 2010b, 2010c, ministère de l'Agriculture 2013, Batz et al. 2016, HCSP 2017, Cour des comptes 2019, ministère des Solidarités et de la Santé 2021, Deseyne et al. 2022, Laville 2023).

En ce qui concerne le travail de comparaison à l'échelle européenne, il nous a fallu établir des points de comparaison – des critères de référence - nous permettant de qualifier les diverses actions en matière de politique de lutte contre l'obésité. Afin de définir ces points de comparaison ou critères

de référence et de leur attribuer des notes, nous nous sommes principalement appuyés sur le travail du World Cancer Research Fund. Plus précisément, nous avons recouru à ce que cette institution appelle les "frameworks". Il s'agit de tableaux structurés en trois niveaux. Le premier niveau identifie un domaine d'action en matière de lutte contre l'obésité (par exemple, l'information nutritionnelle), le deuxième niveau propose des instruments d'action possibles pour matérialiser le domaine d'action analysé et le troisième niveau présente des critères de référence, des caractéristiques de ces instruments qui permettent d'en évaluer la qualité : groupes de population concernés, portage politique, etc. Les deux "frameworks" utilisés sont appelés "Nourishing"¹ et "Moving"². Le premier est utilisé pour comparer les politiques visant à lutter contre la surconsommation calorique des populations et le deuxième est utilisé pour comparer les politiques visant à lutter contre la sous-dépense calorique des populations.

Le World Cancer Research Fund propose également des inventaires assez exhaustifs des politiques de lutte contre l'obésité de trente pays européens. Ces inventaires permettent, via les « frameworks », d'attribuer des scores aux différents pays par domaine d'action. Ces données nous ont permis de réaliser des analyses univariées et multivariées. Les analyses univariées nous ont permis d'effectuer des calculs simples pour situer les pays les uns par rapport aux autres par type d'action mais également de réaliser des analyses agrégées sur l'ensemble des actions ainsi que sur l'ensemble des pays : calculer des moyennes au niveau européenne etc. Les analyses multivariées, principalement des analyses de correspondances multiples, nous ont permis de construire des groupes de pays en fonction de leurs ressemblances en matière de lutte contre l'obésité.

Le travail d'analyse sur les expérimentations art. 51 "obésité" repose sur un corpus constitué de diverses sources écrites (telle que la littérature grise ; les cahiers des charges, les bilans d'étape, les communiqués de presse, les articles de vulgarisation, ainsi que les communications sur les sites web et les réseaux sociaux, en relation avec les expérimentations art. 51 "obésité"). Il s'appuie aussi sur des sources audiovisuelles (telles que des vidéos de présentation d'actions sur des sites dédiés, des webinaires, et une campagne radiophonique de communication à destination du grand public sur les expérimentations "art 51"). En outre, une série d'observations de conférences scientifiques, de rencontres entre acteurs, et de présentations internes de bilans d'activité, ainsi qu'un ensemble de 45 entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'environ 90 minutes, auprès des expérimentateurs (professionnels de la santé, fabricants de technologies de santé et acteurs associatifs) et des décideurs (ministère en charge de la santé, CNAM, ARS, DGOS, DGS), font également partie de ces sources d'information.

¹ NOURISHING framework | World Cancer Research Fund International (wcrf.org)

² MOVING framework | World Cancer Research Fund International (wcrf.org)

I. LA FABRIQUE DES POLITIQUES DE L'OBESITE EN FRANCE

Initiée sous le gouvernement du premier ministre Lionel Jospin, la politique publique de lutte contre l'obésité en France s'est construite de manière séquentielle, dans une relative discrétion, au sein de l'espace confiné de débats qui rassemble les experts en nutrition et en santé publique et les hauts fonctionnaires du ministère de la santé, commandités par le pouvoir exécutif. L'émergence de l'obésité en tant que problème public en France a été, certes, instillée par l'action de conscientisation et d'alerte menée par les organismes internationaux de santé en direction des gouvernements des pays post-industriels. Cette démarche d'inciter les gouvernements à agir pour réduire la prévalence de cette affection s'est incontestablement appuyée sur le travail de mise en lumière de la progression épidémique de ce phénomène et de sa caractérisation sociale réalisée par la recherche épidémiologique. Cependant, les résultats de nos analyses nous portent à défendre également l'idée selon laquelle la politique publique à l'égard de l'obésité en France s'est produite par l'action d'un certain nombre d'acteurs coalisés autour d'une définition commune du problème et d'un positionnement consensuel sur les instruments d'actions. Alors qu'appartenant à un champ disciplinaire minoritaire dans le domaine des sciences de la santé, ces « protagonistes de la politisation de l'obésité » trouvent dans la cause, aussi bien plus large que soutenue d'un point de vue politique et sociétal, de la construction de la politique nutritionnelle de santé publique, une manière stratégique de faire entendre leur voix auprès des pouvoirs publics, voire d'amplifier leur action programmatique jusqu'à chercher à faire de la « syndémie de l'obésité », une cause nationale.

En effet, la restitution socio-historique de l'ensemble du processus d'émergence, consolidation et généralisation des mesures envisagées dans le but de répondre aux problèmes que pose l'obésité donne à voir une dynamique endogène de transformation de l'action publique, portée par une coalition d'acteurs structurés autour d'un programme d'action qui vise à la fois à institutionnaliser une « médecine de l'obésité » et à persuader les acteurs de l'action publique de construire une politique de santé publique spécifique à l'égard d'une affection traditionnellement considérée comme relevant davantage de l'ordre du moral que de celui du médical ou encore, plutôt traité comme un problème singulier de certains individus que comme un sujet de préoccupation touchant l'ensemble de la population française. Comme nous le détaillerons au cours de ce chapitre, le programme défendu par cette coalition d'acteurs s'articule autour de trois éléments fondateurs. En premier lieu, il pose un cadrage biomédical de l'obésité et prône pour une prise en charge fondamentalement

nutritionnelle de la pathologie chronique. En deuxième lieu, il prend racine dans la conviction que la meilleure des actions possibles en santé publique est celle qui, fondée sur des connaissances et preuves scientifiques, suit également une démarche scientifique dans la mise en œuvre des actions envisagées et l'évaluation de celles-ci. Enfin, les instruments d'action privilégiés reposent sur la dynamique d'affirmation du rôle régulateur de l'Etat pour tout ce qui concernerait le domaine de la santé.

Les promoteurs de cette action programmatique font partie d'un réseau institutionnel d'interconnaissances, qui du fait de leur intérêt pour la recherche biomédicale sur l'obésité, se croise régulièrement dans un grand nombre de comités, de commissions et de conférences scientifiques. Ils sont régulièrement invités à prendre part aux réunions et aux groupes de travail organisés tant par des fonctionnaires de la DGS ou de la DGOS, que par les différentes agences sanitaires. Leurs compétences techniques, savoirs et savoirs-faires acquis au cours de leurs trajectoires académique et professionnelle (en tant que médecins investigateurs ou enseignants-chercheurs en nutrition, en endocrinologie ou en chirurgie viscérale, avec un investissement en santé publique) leur confèrent une légitimité politique qui amènent certains d'entre eux jusqu'à investir directement des positions institutionnelles leur permettant de peser sur le processus de décision. Par la même occasion, les dispositions communes acquises pendant leur formation et activités professionnelles facilitent la construction de consensus au sein de la coalition et conditionnent les solutions mises en avant dans leur programme d'action. Dotés de ressources positionnelles, de savoir, de légitimité, relationnelles et temporelles suffisantes, les acteurs de la coalition programmatique formée autour de la politisation de l'obésité orientent et participent à la définition du contenu de la politique publique en matière de lutte contre la progression de cette maladie. L'activité politique de cette coalition programmatique se déploie de manière processuelle, en interaction le plus souvent conflictuelle avec une coalition d'acteurs marchands du secteur de l'industrie agroalimentaire et du monde de la publicité, qui du fait de leurs intérêts économiques, tentent de maintenir autant que possible le statu quo. Enfin, le cadrage du problème de l'obésité et le contenu de leur programme d'action s'enrichissent au fur et à mesure des changements qui s'opèrent dans la représentation sociale de l'obésité, de l'élargissement de leur cause à des acteurs de disciplines scientifiques différentes et à l'adhésion circonstancielle d'acteurs associatifs et de l'industrie pharmaceutique.

Bien que mise sur le devant de la scène publique grâce au relais médiatique dont a bénéficié en 1998 le VIII congrès mondial sur la médecine de l'obésité organisé à Paris, l'obésité a véritablement commencé à attirer l'attention des décideurs publics au début des années 2000s, dans le contexte de l'élaboration de la politique nutritionnelle de santé publique, dans laquelle la réduction de sa prévalence, notamment chez les enfants, constitue l'un des objectifs prioritaires. Ainsi, l'analyse réalisée dans ce chapitre couvre la période de ces 25 dernières années, allant de l'émergence de l'obésité comme problème public à la fin des années 1990s, passant par sa mise sur agenda

politique au cours des débats parlementaires de la loi de santé publique de 2004, jusqu'au moment présent, orienté par la feuille de route de la prise en charge de l'obésité (FRPO) et le quatrième PNNS (2019-2023). Il retrace l'historique de l'ensemble des mesures aussi bien envisagées que mises en œuvre et les jeux d'acteurs en prise avec cette politique publique, s'attachant à rendre intelligible tant les logiques sociales et les transformations institutionnelles qui ont fait de l'obésité un enjeu de santé publique.

La restitution de l'action publique en matière de lutte contre l'obésité offre un exemple paradigmatique de la dynamique séquentielle, fonctionnant par l'assemblage de « briques de solution » conçues et fabriquées en réaction aux crises, fraudes et scandales sanitaires par laquelle s'est bâti l'édifice de la santé publique, en dépit des résistances multiples (intérêts financiers, positions corporatistes, pressions politiques et rivalités administratives) et par la voie d'une stratégie de concertation pilotée par l'administration centrale. S'intéresser à la fabrique de la politique publique à l'égard de l'obésité renvoie directement à la question du changement dans l'action publique. Il offre un angle particulièrement intéressant sur la manière dont depuis les coulisses du pouvoir, voire au cœur même du processus de réforme institutionnelle de la santé publique en France initié dans les années 1990s, l'interaction d'acteurs aux intérêts divergents façonne la santé publique.

En conformité avec la structure séquentielle du développement de cette action publique, ce chapitre s'articule autour des quatre moments forts qui ont cadencé son évolution :

- Le tournant cognitif de l'obésité comme objet d'intérêt scientifique et problème médical à une problématique nutritionnelle de santé publique (1998-2001)
- La mise dans l'agenda politique de l'obésité lors des débats parlementaires de la loi de Santé Publique de 2004
- La consolidation de la prise en charge de l'obésité comme objet d'action publique spécifique par le biais du lancement du Plan obésité (2010-2013), et maintien du rattachement au PNNS4 (2011-2015) de la prévention de son incidence
- Le tournant syndémique du cadrage de l'obésité et l'émergence de la lutte pour sa reconnaissance comme « cause nationale » : 2016-2023

1997-2001 : DES PREMIERES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES A LA NAISSANCE D'UNE ELITE PROGRAMMATIQUE AUTOUR DE LA POLITISATION DES PATHOLOGIES DE L'OBESITE

Dans la foisonnante littérature grise autour des politiques de l'obésité, le rapport de la Consultation OMS sur l'obésité qui s'est tenue à Genève du 3 au 5 juin 1997 est largement considéré comme le texte fondateur de l'institutionnalisation de l'obésité comme un sujet de préoccupation de santé publique à l'échelle internationale. En effet, ce rapport qui pose un cadrage biomédical en définissant l'obésité comme une « augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme dans une proportion telle qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé » (IOTF, 1998), inscrit celle-ci dans le registre des maladies chroniques. Plus important encore d'un point de vue de santé publique, ce rapport OMS institue l'IMC comme le curseur biologique délimitant la frontière entre le normal et le pathologique⁴ et entérine l'obésité comme la première « épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité ». En France, la sortie du rapport OMS de 1997 ne suscite

³ La Consultation OMS tenue en 1997 a été l'aboutissement d'un processus de préparation de deux ans, auquel ont participé plus d'une centaine d'experts dans le monde, entrepris en collaboration étroite avec le Rowett Research Institute (un centre collaborateur de l'OMS pour la nutrition) d'Aberdeen, Ecosse, et le Groupe spécial international sur l'obésité (International Obesity Task Force, IOTF) présidé par le Professeur Philip James, Directeur du Rowett Research Institute. Aucun Français ne figure parmi les experts ayant pris part à ce rapport.

⁴ La mesure de référence internationale actuelle est l'indice de masse corporelle (IMC) (ou indice de Quételet ou Body Mass Index (BMI), égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètres) ($IMC = P/T^2$ en kg/m^2). Ce choix repose principalement sur les associations qui existent entre, d'une part l'IMC et le pourcentage de graisse corporelle, et d'autre part l'IMC et le taux de mortalité. Ainsi, la définition de l'obésité relève avant tout du risque morbide et non sur la quantité absolue de masse grasse ou la composition corporelle (masse grasse, masse maigre). La définition de l'obésité par l'IMC ne tient donc pas compte de la répartition du tissu adipeux dont dépend, en partie, le risque de complications associées à l'obésité. C'est le cas de l'adiposité abdominale, mesurée par le tour de taille ou par le rapport tour de taille/tour de hanches qui est associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire et la prévalence du type 2. Chez l'adulte, on considère actuellement que : l'intervalle de l'IMC associé au moindre risque pour la santé est situé entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 ; le « surpoids » correspond un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m^2 ; – « l'obésité » est définie par un IMC $\geq 30 kg/m^2$; « l'obésité sévère » par un IMC $> 35 kg/m^2$ et $< 40 kg/m^2$ et « l'obésité massive » par un IMC $> 40 kg/m^2$. Chez l'enfant, l'obésité se définit par des valeurs supérieures au 97^e percentile de la distribution de l'IMC pour une classe d'âge donnée (3). Par exemple, à l'âge de 10 ans, l'obésité est définie, en France, par une valeur de l'IMC $\geq 20 kg/m^2$ (valeur correspondante, à cet âge, au 97^e centile de la population de référence française).

qu'une faible couverture médiatique et guère de débat politique⁵. Cependant, en conformité avec la préconisation de cette Consultation OMS de mettre en place des recommandations nationales, un processus de réflexion s'amorce dans les coulisses de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), amenant cette agence à commanditer aux trois sociétés savantes impliquées dans la nutrition clinique, l'Association française d'études et de recherches sur l'obésité (AFERO), la Société de nutrition et de diététique de langue française (SNDLF) et l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM), la rédaction du premier rapport d'expertise spécifiquement porté sur l'obésité en France⁶.

Avant la fin des années 90s, l'obésité constitue un thème bien plus marginal dans le milieu scientifique, que ne l'est la nutrition dans celui de la santé publique⁷. Pourtant, depuis les années 1970s, une recherche française en sciences fondamentales s'est développée autour du métabolisme énergétique, des phénomènes cellulaires et de la génétique de l'obésité, à laquelle participent des cliniciens. Parmi ces derniers se démarquent Bernard Guy-Grand, souvent cité comme la figure du chef de service hospitalier à la fois « très fort en médecine interne, avec une formation scientifique exceptionnelle, capable de faire le pont entre les sciences dures et la clinique » et l'équipe pluridisciplinaire qu'il a rassemblée autour de la prise en charge de patients atteints d'obésité sévère, dans le service de médecine interne et nutrition qu'il dirige depuis sa nomination en 1976 comme professeur agrégé à l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris.

« C'étaient vraiment des pionniers. Au tour de Guy-Grand, il y avait des gens d'une compétence incroyable. Deux psychiatres, deux médecins, une psychologue clinicienne, une biologiste du tissu adipeux, une aide soignante, une diététicienne qui faisait une cuisine spécialement conçue... c'était dingue ! » (Arnaud Basdevant)

⁵ Après vérification via une analyse de la presse, en accord avec Thibault Bossy (2010 : 393), aucun quotidien national français n'a relayé l'information de ce rapport. La couverture médiatique de l'obésité dans la presse écrite dans les 1990s tourne autour de deux polémiques : d'une part, la fraude scientifique qu'a constitué la découverte du « gène de l'obésité » par un laboratoire rennais et d'autre part, la mise au point et la commercialisation et retrait du marché des premiers médicaments anorexigènes et coupes-faims.

⁶ Basdevant, A., Laville, M., Ziegler, O., Association Française d'Etudes et de Recherches sur l'Obésité (AFERO), Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM), & Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française (SNDLF) (2002).

« Recommendations for the diagnosis, the prevention and the treatment of obesity ». *Diabetes & metabolism*, 28(2), 146–150.

⁷ L'obésité reste un « non-problème » du fait de l'isolement des chercheurs, au pays de la gastronomie et de données épidémiologiques relativement favorables en comparaison avec la situation des autres pays occidentaux (Bossy, 2010, pp. 240-245 et 390-402).

D'ailleurs, c'est l'équipe dirigée par Philippe Froguel qui publie, en 1996, dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*, la première étude, portée par Karine Clément, démontrant l'existence d'une génétique de l'obésité dans laquelle les praticiens hospitaliers Arnaud Basdevant et Bernard Guy-Grand sont co-auteurs⁸. Ce papier produit une « rupture académique », élevant l'obésité au rang de pathologie à composante génétique, et lui donne ses premières lettres de noblesse dans le champ académique.

« Le premier papier scientifique sur la génétique de l'obésité, au NEJM, celui de Karine Clément quand elle travaillait chez Daniel Cohen, avec Philippe Froguel, un très, très grand chercheur. Elle a fait un boulot extraordinaire. Et elle a montré à... Et alors ça, je vais vous expliquer : Tant qu'il n'y a pas de génétique, une discipline n'existe pas. Le jour où les gens disent : « ah, c'est génétique ». Alors là... non, mais là, c'est une rupture académique ! Enfin il y avait quelque chose ! Ce n'était pas la malbouffe, ce n'étaient pas des conneries, c'étaient les gènes. Là, ça a été une rupture ! » (Arnaud Basdevant)

Ce papier sort au moment où le domaine thématique de la recherche nutritionnelle commence à s'institutionnaliser en un réseau composé de quatre centres de recherche en nutrition et alimentation humaine (les CRNH) déployés en Auvergne, Ile-de-France, Nantes, Rhône-Alpes. Statutairement organisés comme groupements d'intérêts scientifiques ou public (GIS ou GIP), les CRNH réunissent des chercheurs exerçant à l'INRA, à l'Inserm, dans des établissements hospitaliers ou en milieu universitaire. Impulsés par une volonté collective de fournir des réponses scientifiques aux problèmes de santé liés à la nutrition, parmi lesquels figurent déjà l'obésité, ces CRNH ont pour principale mission d'accélérer le transfert de connaissances et de technologies entre les secteurs hospitaliers, les laboratoires de recherche et les industries. Dans la poursuite de cet objectif, ils développent des programmes multicentriques de recherche fondamentale, translationnelle et clinique en nutrition, en étroite collaboration avec les cliniciens, à l'échelle nationale, européenne et mondiale. Parallèlement, dès les années 1990s, certains épidémiologistes qui s'étaient spécialisés sur le diabète pendant les années 80s, orientent progressivement leurs travaux sur l'épidémiologie de l'obésité. Dans ce mouvement s'inscrivent, par exemple, les chercheuses Eveline Eschwege et Marie-Aline Charles, affiliées à l'unité INSERM 780 « Recherche en épidémiologie et biostatistique ».

⁸ Clément K, Vaisse C, Manning BS, Basdevant A, Guy-Grand B, Ruiz J, Silver KD, Shuldiner AR, Froguel P, Strosberg AD. Genetic variation in the beta 3-adrenergic receptor and an increased capacity to gain weight in patients with morbid obesity. *N Engl J Med*. 1995 Aug 10 ;333(6) :352-4. Doi : 10.1056/NEJM199508103330605. PMID : 7609752.

Revenant au rapport commandité par l'ANAES à la suite du Rapport de la Consultation OMS de 1997, l'AFERO, la SNDLF et l'ALFEDIAM confient la coordination du groupe de travail chargés de la mise au point des recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité à Arnaud Basdevant, Martine Laville et Olivier Ziegler, trois praticiens hospitaliers exerçant respectivement à Paris, Lyon et Nancy⁹. De ce groupe de travail il en ressort un rapport d'une cinquantaine de pages caractérisées par sa nature hybride d'expertise scientifique conjuguée à une prise de position à visée programmatique. Ainsi, étayée par une revue de la littérature scientifique basée sur 265 références bibliographiques, le document commence par poser une définition biomédicale de l'obésité et enchaîne avec une synthèse de l'état des connaissances des différents traitements disponibles à l'époque. Complémentée par une réflexion critique sur l'offre des soins prodigués en France, ce rapport conclue en formulant, de manière consensuelle, une série de recommandations adressées à améliorer la prise en charge de cette maladie et à prévenir aussi bien son développement au sein de la population générale française que l'aggravation des comorbidités qui lui sont associées.

Au-delà de sa valeur historique, l'importance de ces premières recommandations françaises relève de la dynamique d'échange que leur élaboration a engendré entre l'administration sanitaire et des scientifiques et les professionnels de la santé. De ces échanges découlent le rôle d'entrepreneurs de cause qu'une grande partie des co-auteurs vont investir par la suite, auprès de hauts fonctionnaires de l'administration sanitaire et de décideurs publics. De fait, il consigne sous une forme embryonnaire, le socle du programme d'action publique que ces élites émergentes s'attacheront désormais à pousser à l'agenda politique. On y retrouve ainsi les trois piliers structurant l'action programmatique qui s'ensuivra :

Le cadrage fondamentalement nutritionnel du problème médical de l'obésité, ainsi que de la stratégie de prévention promue ;

⁹ Basdevant, A., Laville, M., Ziegler, O., Association Française d'Etudes et de Recherches sur l'Obésité (AFERO), Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM), & Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française (SNDLF) (2002). Recommendations for the diagnosis, the prevention and the treatment of obesity. *Diabetes & metabolism*, 28(2), 146–150. Le rapport a été préalablement publié en français en août 1998 dans le Supplément n°1, de La revue à comité de lecture "Cahiers de Nutrition et de Diététique", fondée et dirigée par Bernard Guy-Grand. Le groupe de travail a réuni un total de 25 experts majoritairement exerçant comme praticiens hospitaliers, chercheurs INSERM et médecins généralistes : Pierre Barbe, France Bellisle, Jean-Michel Borys, Gérard Chabrier, Marie-Aline Charles, Philippe Cornet, Charles Couet, Jean-Michel Daninos, Françoise Fraïoli, Marie-Laure Frelut, Jacques Fricker, Patrice Gross, Michel Krempf, Claude Le Pen, Jean-Michel Oppert, Marie-Françoise Rolland-Cachera, Monique Romon, Patrick Serog, Chantal Simon, Maitétauber, Paul Valensi, Bernard Vialettes et Michel Vidailhet.

La défense d'une prise en charge multi-acteurs et pluridisciplinaire englobant des soins médicaux, des conseils diététiques, un soutien psychothérapeutique et un accompagnement en activité physique adaptée, inscrite dans l'articulation hôpital -ville et faite accessible aux malades, notamment ceux en situation socio-économique défavorisée

Un plaidoyer pour le déploiement de la recherche biomédicale sur la physiopathologie de l'obésité et ses conséquences.

Justifiée par l'influence des déterminants comportementaux et environnementaux ainsi que par l'accroissement des taux de surpoids et d'obésité chez les enfants et les jeunes, la partie des recommandations dédiées à la prévention en population générale consigne des propositions d'action qui seront reprises et approfondies ultérieurement au cours de débats politiques. Elles préfigurent de ce fait les mesures encadrant l'action publique à l'égard de l'obésité.

Synthèse des actions de prévention dirigées à la population générale

Les actions de prévention doivent être centrées sur :

- La **promotion de l'activité physique** dans la vie quotidienne et les loisirs ;
- L'information nutritionnelle visant à **réduire les excès d'apports caloriques** qui dépendent pour une large part de la densité calorique de l'alimentation (matières grasses) et des boissons (alcools), ainsi que des prises alimentaires en dehors des repas.

Les messages de prévention doivent :

- Aller à l'encontre de la promotion actuelle d'un « idéal minceur » source de désordres du comportement alimentaire, de déséquilibres nutritionnels et de troubles psychologiques ;
- Être orientés vers **l'équilibre alimentaire et l'activité physique** et exclure toute référence à la notion de « poids idéal ».

Ces actions de prévention doivent :

- S'appuyer sur **l'éducation nutritionnelle à l'école et au collège** ;
- Être **relayées par les organismes chargés de l'éducation pour la santé** ;
- Être orientées vers **les secteurs de la population** particulièrement affectés par l'augmentation de la fréquence des obésités : les jeunes et les milieux défavorisés ;
- Privilégier les **interventions au niveau local** en raison d'une plus grande prévalence de l'obésité dans certaines régions, en particulier dans le Nord de la France.

Il est recommandé de :

- Lutter **contre la publicité et les allégations nutritionnelles trompeuses** dans le domaine du contrôle du poids ;
- Etablir avec l'industrie agro-alimentaire et la grande distribution **un code de bonne pratique dans le domaine de la communication nutritionnelle**, en particulier celle destinée aux enfants et aux adolescents ;
- Améliorer **l'étiquetage des produits alimentaires** pour le rendre lisible et compréhensible pour les consommateurs.

Afin d'éviter que leurs demandes ne restent lettre morte, les co-auteurs du rapport le vont publier sous forme de supplément dans les *Cahiers de Nutrition et Diététiques* en faisant coïncider leur parution avec le VIII^e Congrès international sur la médecine de l'obésité, organisé à Paris en septembre 1998, sous l'égide de la *International Obesity Taskforce*. L'habileté de son président, Bernard Guy-Grand, à médiatiser ce congrès médical met un coup de projecteur sur les pathologies de l'obésité et les différentes solutions proposées, mais révèle également au grand public l'existence de la communauté scientifique de chercheurs et praticiens qui s'est constituée en France autour de cette affection le long des années 1970s et 1980s.

« On était un petit groupe, pas très reconnu, qui s'occupait d'obésité, une thématique considérée comme exotique. Dans le milieu académique, c'était un sujet périphérique. Mais il y avait la recherche, beaucoup, beaucoup de recherche, avec des gens de très haut niveau, et parmi eux des équipes françaises qui étaient au top, des leaders en science dure et qui échangeaient avec des équipes américaines, suédoises et britanniques. Donc la conjonction du rapport de l'OMS de 1997, qui a donné notoriété et crédibilité au sujet, de gens déjà structurés pour la recherche, cette coalition vraiment entre des chercheurs fondamentaux et des cliniciens notamment en France, et la mise sur le marché d'un nouveau médicament, l'orlistat. Pour moi, le congrès de 1998 est vraiment un moment clé : il faisait cristalliser une étape très importante de la recherche. Il a eu un impact majeur, ça a vraiment été un tournant. A ce moment-là, ça a eu un retentissement médiatique puisque c'était à Paris, parce que Bernard Guy-Grand était très doué pour médiatiser les choses. Et ça a quand même secoué un peu les réflexions de la société et des politiques. Et voilà comment ça s'est créée. »
(Arnaud Basdevant)

Au cours des plénières du congrès, les conférenciers se saisissent du Rapport de la Consultation « obésité » de l'OMS de 1997, lui conférant le retentissement médiatique que sa parution n'avait pas suscité en France, afin d'illustrer la dimension collective et l'importance sociétale d'un sujet

longtemps considéré comme le problème individuel et moralement repréhensible de personnes « mangeant trop et se dépensant peu ». A cet effet, il est souligné la covariance entre la progression de la prévalence de l'obésité documentée dans de nombreux pays occidentaux et en voie de développement, et les transformations produites par le processus de modernisation de ces sociétés sur le style de vie de leur population. L'imaginaire de l'obésité comme « maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie » concorde à la perfection avec le modèle mécaniste défendu en biomédecine pour décrire l'histoire naturelle et origines de la pathologie de l'obésité comme le résultat d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses d'énergie aboutissant à une inflammation des réserves adipeuses.

Par ailleurs, les résultats de la première enquête épidémiologique réalisée par questionnaires sur le surpoids et l'obésité auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte en France (connue sous le nom d'Enquête Obépi-Roche) confirment la tendance à la hausse de l'obésité chez l'adulte depuis 1990, contribuant à reléguer le « French Paradox » sur un style de vie « typiquement français » qui serait protecteur de la santé cardio-métabolique au statut de mythe¹⁰. Portée en 1997 par les épidémiologistes Marie-Aline Charles et Eveline Eschwege, conjointement avec l'endocrinologue Arnaud Basdevant, l'enquête Obépi-Roche dénombre un total de 3.566.000 personnes en situation de surpoids ou d'obésité, soit 8.5% de la population. Cette enquête épidémiologique financée par la Fondation Roche, participe de la stratégie marketing de ce laboratoire pharmaceutique qui choisit également l'évènement scientifique du premier congrès médical mondial sur l'obésité tenu en France pour le lancement de sa nouvelle molécule « anti-

¹⁰ Cette expression indigène est mentionnée dans le rapport sur les ANC de 2000, en référence à J.L. Richard (1987).

Elle est définie par le taux de mortalité pour les cardiopathies ischémiques, dans les années 1980s, inférieur à ceux de tous les pays de niveau économique comparable (en dehors du Japon), malgré un apport lipidique d'origine animale et un niveau de cholestérolémie aussi important que dans les pays anglo-saxons. Ils parlent également du « régime méditerranéen », MARTIN, Ambroise (coord.), apports nutritionnels conseillés pour la population française, Paris, Lavoisier, Tec et Doc, 2000, p.549. Les auteurs du chapitre « équilibre alimentaire et couverture des besoins » confirment cette vision « l'abondance retrouvée de la production agricole, la réputation de la gastronomie nationale, la grande longévité des Français, le faible niveau des maladies cardiovasculaires avant 60 ans : ce sont peut-être quelques-unes des raisons qui expliquent le développement tardif de la recherche en nutrition en France en dehors de remarquables pionniers), et le retard évident de la mise en place d'une politique nutritionnelle » (p.467). Cependant cette question fait l'objet d'un encadré thématique dans le rapport du HCSP de 2000 qui semble trancher la question en faveur d'une réfutation de l'hypothèse du « paradoxe français » : 1) ces observations ne reposaient que sur des analyses de mortalité et non sur des données de fréquence d'événements coronariens, 2) l'étude MONICA, menée sous l'égide de l'OMS (Tunstall-Pedoe, 1999) a permis de disposer de données d'incidence de la maladie coronaire au niveau international et de préciser que la situation de la France n'est pas exceptionnelle mais du même ordre de Grandeur que dans les pays du Sud de l'Europe et 3) malgré cette situation plus favorable qu'en Europe du Nord, les maladies cardiovasculaires représentent tout de même l'une des principales causes de mortalité prématurée en France.

obésité » dans le marché français, l'orlistat. Cet inhibiteur de lipases gastro-intestinales est commercialisé sous forme de gélules à 120mg sous le nom de Xenical® dès 1998 dans l'Union Européen et un an après en France. La promesse dont ce nouveau produit pharmaceutique est porteur relève notamment du fait qu'il se démarque des précédents traitements anorexigènes (c'est-à-dire ayant une action principale sur l'hypothalamus, à la base du cerveau, pour limiter la prise alimentaire), en ce qu'il diminue l'absorption des graisses en agissant localement dans l'estomac et l'intestin, sous l'action d'une enzyme.

« C'est incroyable comment la mise sur le marché d'un médicament, avec la force de communication des laboratoires en général peut faire démarrer une discipline. Et alors, pourquoi quand on étudie ça, quand on regarde ça, il y a rétrospectivement une vraie ambivalence ? Parce que ça stimule la recherche, ça stimule la publication, ça stimule la communication avec les médecins, etc... et ça entraîne que les experts sont très soutenus par les laboratoires. Alors, il y a d'abord le fait que comme l'obésité n'était pas un domaine d'intérêt académique, tout le monde, même les organismes de santé ont regardé ça en disant : « mais c'est de l'esthétique ». Et donc les gens qui étaient dans le domaine faisaient un peu... on le sent maintenant, ils s'étaient moqués un peu. Et après, il y a eu un grand soutien de l'industrie à la recherche à ce moment-là. Moi-même, j'ai participé, sans être rémunéré, à des études épidémiologiques, qui étaient les premières en France. Mais s'il n'y avait pas eu l'étude ObEpi, ça aurait démarré avec cinq ou dix ans de retard. C'est incroyable, ce qu'elle a eu comme impact. » (Arnaud Basdevant)

Cependant, dans le contexte du renforcement de la régulation des produits pharmaceutiques en France à l'œuvre depuis la création de l'Agence du médicament en 1993 et le nouveau dispositif de sécurisation des médicaments qu'elle a déployé, les drames sanitaires provoqués par la prise de traitements anorexigènes à base de fenfluramine (Ponderal®) et de dexfenfluramine (Isoméride®) ont rendu les autorités de sécurité sanitaire plus cauteleuses envers l'attribution d'AMM à un quelconque « médicament anti-obésité »¹¹. De ce fait, l'orlistat reste jusqu'à aujourd'hui autorisé en France en tant que médicament soumis à prescription médicale et non remboursé par la Sécurité Sociale, pour le traitement de l'obésité chez les adultes, en association à une alimentation hypocalorique. C'est en effet grâce à cette conjoncture de placement d'une molécule prometteuse

¹¹ En effet, l'Agence du médicament est l'une des premières autorités de sécurité sanitaire au monde ayant procédé au retrait de l'AMM à ces produits anorexigènes, à la suite de nombreux cas décelés d'hypertension artérielle pulmonaire (dès 1995) et d'anomalies des valves cardiaques (en juillet 1997) en lien avec leur utilisation durant plus de trois mois.

quant aux moindres effets secondaires qu'elle génère mais dont l'efficacité en termes de perte de poids est circonscrite à l'adhésion à une hygiène de vie « hypocalorique », que « l'étude ObEpi-Roche » voit le jour. Si l'industrie pharmaceutique met les moyens financiers pour la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique d'une pathologie jusqu'à présent aussi méprisée que méconnue tant dans le champ académique et le domaine médicale que dans les sphères du politique, c'est qu'elle considère dans son intérêt de soutenir le tournant cognitif qui s'opère à l'échelle des organisations internationales de la santé, vers une conception de l'obésité comme un phénomène sociétal appelant à devenir un enjeu de santé publique.

Comme développé précédemment, la parution des premières recommandations françaises et leur publicisation par la tenue à Paris du Congrès mondial de la médecine de l'obésité de 1998 ont réussi à mettre sur le devant de la scène publique l'obésité en tant qu'objet d'intérêt scientifique et problème d'ordre médical. Passons maintenant à comprendre comment l'obésité s'est construite ensuite en tant qu'enjeu de santé publique.

La formation d'une coalition programmatique

Si le rapport de la consultation de l'OMS de 1997 fournit aux médecins hospitaliers et aux hauts fonctionnaires en prise avec les pathologies de l'obésité, un argumentaire et un répertoire d'actions à mener, la préparation de la Présidence française de l'UE au second semestre de l'année 2000 représente une fenêtre d'opportunité dont se saisit un groupe d'acteurs de l'administration centrale, cliniciens et chercheurs pour amorcer un processus de politisation de l'obésité en France, dans le sillage du processus de fabrication de la politique de santé publique en matière de nutrition. Au moment où les différents ministères sont appelés à trouver des sujets pour les réunions du Conseil des Ministres européens, Joël Menard (médecin PUPH, spécialiste de l'hypertension), Directeur général de la santé depuis 1997, convainc Bernard Kouchner (Secrétaire d'Etat à la Santé) de proposer une action autour de la question de l'« alimentation - santé ». Dans le contexte des crises sanitaires et alimentaires des années 1990, très médiatisées, qui ont secoué l'Europe et la France et mis en cause le système agroalimentaire¹², ce thème est directement retenu pour thématiser la future présidence de l'Europe par la France.

¹² Pour rappel, la crise de la « vache folle » représente le cas le plus paradigmatique avec notamment les cas décelés d'encéphalopathie spongiforme bovine chez l'homme en 1996 et suivie d'une avalanche de « répliques » en France, dont l'une au cours de la tenue des Etats Généraux de l'alimentation; la contamination de volaille et de porc par la dioxine en 1996 ; l'affaire des « canettes contaminées » issues de l'usine de Dunkerque de 1999 et l'inquiétude grandissante de scientifiques et d'un large secteur de consommateurs autour des OGM.

Joël Ménard réunit alors trois experts faisant partie de son réseau professionnel de connaissances et qui comptent avec une relative notoriété dans l'espace français de la nutrition : Arnaud Basdevant (chef de service en nutrition, spécialiste du traitement de l'obésité), Serge Hercberg (chercheur en nutrition à l'INSERM) et Ambroise Martin (professeur de nutrition et de biochimie, participe aux différents dispositifs d'expertise nationaux de nutrition)¹³. Au cours de cette réunion, Serge Hercberg le persuade de commencer par définir une politique française, avant de faire des propositions à l'Europe (Bouabal 2018). Deux visions s'opposent : tandis qu'Arnaud Basdevant défend des actions de promotion de la santé ciblées sur les femmes enceintes et les enfants, Serge Hercberg prône pour un projet plus ambitieux préfigurant la mise en place d'un programme nutritionnel de santé publique en direction de l'ensemble de la population. Dans sa conception embryonnaire, ce projet englobe à la fois des mesures de prévention et de soins.

« La France avait la présidence de l'Europe et un de mes amis, Joël Ménard, qui était le directeur général de la santé, nous a appelé à la DGS, Serge Hercberg, Ambroise Martin et moi. Il nous disait « Bon, alors qu'est-ce qu'on fait les gars ? » (Rire.) Et là, il y a eu deux points de vue différents : le mien, moi qui suis un praticien, était de dire : « il faut prendre un sujet » en pensant surtout à la femme et, puis Serge Hercberg, qui a une perspective de santé publique, dit : « non, il faut faire un énorme truc ». Son point de vue, c'est la naissance du PNNS. Et puis il a gagné ! Quand on voit ce que c'est devenu, je dois dire qu'il avait raison ! Et on est tous les deux devenus PNNS. » (Arnaud Basdevant)

A l'issue de cette réunion, Joël Ménard commande à Serge Hercberg et Arnaud Basdevant la réalisation d'un rapport faisant état des connaissances sur les liens entre « la nutrition et la santé » et un bilan sur la place de ces deux aspects dans la politique de santé publique en France. Il leur

¹³ La participation d'Arnaud Basdevant, devenu chef de service de médecine interne et de nutrition à l'Hôtel-Dieu de Paris, aux enquêtes ObEpi-Roche de 1997 et 1999, dont les résultats ont été relayés par la presse nationale et à la présidence du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) ont contribué à sa renommée. De manière similaire, la forte médiatisation de l'étude d'intervention en épidémiologie de la nutrition SU.VI.MAX « Supplémentation aux Vitamines et Minéraux Anti-oxydants » initiée en octobre 1994, a propulsé sur le devant de la scène publique Serge Hercberg au travers des conférences de presse qu'il a animé auprès de différents médias pour attirer des financeurs privés, ainsi que pour le recrutement des 13017 volontaires qui y ont participé pour une durée de suivi de 8 ans. Professeur de nutrition inconnu du grand public mais très actif dans l'espace des commissions nationales d'expertise sur la nutrition Antoine Martin a représenté dans les années 1990s l'INSERM au sein du groupe de travail « valeur nutritionnelle des aliments » du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) et a rejoint ensuite la Commission des Produits Diététiques destinés à une Alimentation Particulière.

Serge Hercberg est chercheur en nutrition à l'INSERM, Arnaud Basdevant est chef de service en nutrition, spécialiste du traitement de l'obésité. Enfin, Ambroise Martin, professeur de nutrition et de biochimie, participe aux différents dispositifs d'expertise nationaux de nutrition.

demande également de formuler une proposition d'actions publiques à mettre en œuvre dans le cadre d'une éventuelle politique nutritionnelle de santé publique. Aidés par un groupe composé de 18 experts d'horizons institutionnels variés¹⁴, Serge Hercberg et Arnaud Basdevant remettent en mars 1999 un document de type programmatique, d'une vingtaine de pages intitulé « Des objectifs pour une politique nutritionnelle de santé publique ». Le contenu et la forme des mesures qui ont été élaborées de façon consensuelle intègrent une approche pragmatique : elles donnent à voir le parti pris de ces auteurs en faveur d'une action plurisectorielle, séquencée et dont l'impact est mesurable.

« En 1998 quand on a fixé les objectifs qui ont ensuite servis au PNNS, une approche à laquelle moi j'ai beaucoup tenu, de grands pragmatismes, liés au contexte, mais plus dans une vision politique de petits pas, de dire « on se fixe en trois, voire cinq ans pour le PNNS, des objectifs qui soient atteignables ». (Serge Hercberg)

D'ailleurs, cette approche pragmatique est celle qui animera les prochains documents rédigés par un ensemble de praticiens hospitaliers, chercheurs et hauts fonctionnaires que la revendication de la mise en œuvre d'une politique nutritionnelle de santé publique réunit. Élément essentiel de leur programme d'action, la démarche de privilégier des objectifs de santé publique clairs, atteignables dans un laps de temps prédéfini et vérifiables grâce à des indicateurs quantifiés, précisés à l'avance, correspond aux principes du New Public Management, qui visent à améliorer l'efficacité, le contrôle et la transparence de l'action publique (Bezes 2012). Elle reflète également une culture professionnelle et savante propre aux épidémiologistes et acteurs de santé publique, que l'on observe par la suite dans l'élaboration de la loi de santé publique de 2004 (Bergeron, Nathanson 2014).

¹⁴ Parmi les dix-huit participants au rapport, on retrouve des chercheurs du CNAM et de l'INSERM, des praticiens hospitaliers d'une diversité de spécialité (pédiatrie, endocrinologie, diabétologie, nutrition) et des membres de structures rattachées aux ministères de l'Agriculture et/ou de la Santé (Observatoire des Consommations Alimentaires, Centre Informatique sur la Qualité des Aliments (CIQUAL) et Comité français d'éducation à la santé (CFES).

2001-2010 : L'OBESITE, UN OBJECTIF DE LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE DE SANTE PUBLIQUE

Les débats parlementaires de la loi de Santé Publique 2003-2004 entérinent la mise sur agenda politique de l'obésité en tant que problème de santé publique. Définie comme « l'épidémie du future » au cours des discussions tenues dans l'Hémicycle de l'Assemblée Nationale, la loi de Santé Publique de 2004 introduit par le biais des propositions d'amendements, les deux premières mesures réglementaires visant à réduire la prévalence de l'obésité infantile. Elles édictent l'interdiction de distributeurs automatiques de produits alimentaires destinés aux enfants dans les établissements scolaires dès septembre 2005 (i.e., changement conforme au programme) et l'imposition aux annonceurs et aux industriels d'insérer un message sanitaire à la publicité des produits alimentaires « trop gras, trop sucrés, trop salés » et à son défaut, de verser une taxe correspondant à 1.5% du montant annuel du budget publicitaire de l'entreprise, à l'INPES servant à financer les campagnes de promotion de la santé.

Entre 2000 et 2001, l'obésité est portée sur l'agenda politique, dans une relative discrétion, par les experts que l'administration a mandatés dans le but d'élaborer la première politique nutritionnelle de santé publique en France. Elle est discutée au sein des « espaces confinés », rassemblant experts et hauts fonctionnaires, dans lesquels le 1er PNNS est rédigé. L'obésité figure parmi les priorités du gouvernement et du ministère de la santé, mais seulement en conjonction avec la nutrition. Le cadrage qui lui est alors donné pose l'obésité comme un facteur de risque des maladies chroniques, et dont l'origine est reliée à un ensemble de phénomènes sociaux, économiques, et politiques qui réduisent fortement le rôle du comportement individuel dans ses causes. La chaîne causale de l'obésité s'inscrit dans une perspective globale qui distribue la responsabilité du problème sur un ensemble d'acteurs : les pouvoirs publics, l'industrie agroalimentaire, le système de soins et les individus. Cependant, la réponse adoptée, au cours de cette première phase, par les pouvoirs publics met l'accent sur la dimension de responsabilité individuelle, se réduisant à promouvoir par des campagnes d'éducation et de marketing principalement, des changements dans le comportement alimentaire et une réduction de la sédentarité, susceptibles d'amener à une amélioration de la santé individuelle. Les pouvoirs publics refusent d'imposer aux producteurs ou aux industriels des contraintes sur l'offre alimentaire (Bossy 2010).

L'espace politique de réflexion sur l'obésité apparaît dans un premier temps dominé par le PNNS1, qui est sous-tendu par trois principes :

- Respect de la liberté de choix des consommateurs dans leur alimentation : leur montrer comment manger pour améliorer leur santé, tout en respectant la dimension d' « identité culturelle, sociale, affective » sous-jacente à l'acte de se nourrir (cf. Jospin 2000) ;
- Promotion des facteurs de protection à l'égard des maladies chroniques et des modes de réduction de l'exposition aux facteurs de risque, éclairée par une « information scientifiquement valide, accessible à tous, contrôlée et indépendante » ;
- Soutien de l'idée du plaisir associé à l'alimentation, notamment en défendant une tradition culinaire et gastronomique française.

Le PNNS1 insiste sur le « manger varié et équilibré » et incite à revenir aux fondamentaux de la tradition culinaire française, face aux tendances de déstructuration du rythme et pratiques alimentaires (notions de « gastro-anomie » de Claude Fischler ; de « malbouffe » de Stella et Joël de Rosnay 1981 et d' « américanisation » ou « McDonaldisation » de l'alimentation), qui menacerait l'identité culturelle française. L'amélioration de la qualité et de l'équilibre de l'alimentation des individus est ainsi considérée comme le levier principal pour faire reculer la prévalence des maladies chroniques, où y est incluse l'obésité, et améliorer la santé de la population.

L'action la plus visible du PNNS1 repose sur la diffusion d'information nutritionnelle à destination du grand public, développée avec l'Afssa et mise en œuvre par l'INPES. Elles comprennent deux mesures concrètes. En premier lieu, des campagnes radiotélévisées sont émises fin 2001, en 2002 et en juin 2003 dans le but de diffuser les repères nutritionnels validés par le comité de pilotage du PNNS: « fruits et légumes : au moins 5 par jour », « Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs : à chaque repas et selon l'appétit », « Lait et produits laitiers (yaourts, fromages) : trois fois par jour », « viandes et volailles, produits de pêche et œufs : une à deux fois par jour », « matières grasses ajoutées : limiter la consommation », « produits sucrés : limiter la consommation », « boisson : de l'eau à volonté », « sel : limiter la consommation » et « activité physique : au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide chaque jour ». En second lieu, neuf guides nutritionnels visant à transmettre des éléments pratiques afin d'aider les individus à manger de manière équilibrée sont édités. Les deux premiers guides sont destinés à la population générale et prodiguent des conseils nutritionnels et d'activité physique ; les suivants, à des publics plus spécifiques : aux adolescents, aux parents, aux femmes enceintes, aux personnes de plus de 55 ans et aux aidants de personnes âgées.

Aussi, le PNNS 1 a impulsé, en collaboration avec la CNAMTS, des changements dans le système de soins afin d'améliorer la nutrition des patients dans les hôpitaux et a distribué des disques de calculs IMC aux médecins généralistes. En 2002, un comité avec les directions d'hospitalisation et organisation des soins (DHOS) a été également organisé pour initier un travail de réflexion sur la prise en charge des patients obèses et/ou en situation de dénutrition dans les structures hospitalières.

En outre, un volet PNNS est consacré aux outils pédagogiques et aux actions de formation liées à l'alimentation (en particulier, à l'éducation au goût) en considérant l'école comme lieu privilégié de découverte du goût et d'éducation à la nutrition les cultures alimentaires en histoire, l'origine des aliments en géographie, les plaisirs de la gastronomie à travers la littérature. Le Comité du PNNS est également impliqué dans les réflexions sur la composition des repas scolaires que coordonnent le ministère de l'Education nationale. Les règles nutritionnelles des repas servis en restauration scolaires établies par la circulaire n°118 du 15 juin 2001 du Ministère de l'Education nationale relative à « la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité alimentaire » sont considérées parties intégrantes de la politique de prévention de l'obésité infantile.

La mise en œuvre PNNS aux différents échelons locaux est portée par un travail partenarial entre le comité de pilotage du PNNS1 la DRASS et la DDASS. Les thématiques nutritionnelles sont intégrées aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dont l'une des missions principales est de définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes (notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels). Cependant, selon Bossy peu d'importance est donnée par le PNNS1 aux questions de précarité, aux différences socio-économiques et culturelles et aux manières d'accéder aux personnes ayant des modes alimentaires éloignés des prescriptions nutritionnelles et les plus à risque de développer des maladies chroniques (Bossy 2010). L'activité physique y est citée mais aucune mesures précises sont prises en rapport à elle. L'auteur conclue que le PNNS 1 représente la fin des controverses sur la légitimité de la politique nutritionnelle française et amorce la routinisation administrative de la nutrition comme problème public.

LE CADRAGE DE L'OBESITE COMME « L'EPIDEMIE DU FUTURE » : LES DEBATS PARLEMENTAIRES SUR LA LOI DE SANTE PUBLIQUE EN 2003-2004

Alors que le projet de loi relative à la santé publique présenté à l'Assemblée Nationale au milieu de l'année 2003 ne prévoyait aucun objectif ou nouvelle mesure sur l'obésité, hors celles déjà établies par le PNNS 1, l'obésité est de nouveau portée lors de la 1ère lecture du projet de loi par le biais de proposition d'amendements. Explicitement destinés à lutter contre le surpoids chez les enfants, les amendements défendus par le Député UMP Yves Bur et le député socialiste Jean-Marie Le Guen proposent pour la première fois des mesures concrètes qui permettent d'agir sur l'environnement des personnes et plus particulièrement des enfants et des ados. Ces mesures de nature réglementaire seraient applicables immédiatement et n'entraînent aucune dépense pour les pouvoirs publics (Hercberg 2022) :

- La suspension de l'installation des distributeurs automatiques dans les écoles, couplée avec la mise en place de fontaines d'eau gratuites
- Etiquetage nutritionnel des produits alimentaires
- La réduction de la teneur en sel dans l'alimentation
- L'interdiction des publicités de produits alimentaires trop déviants par rapport aux normes souhaitables d'un « bon » équilibre alimentaire assortie de la diffusion d'un message d'éducation sanitaire

Au terme de 9 mois de débats et de la navette parlementaire, le projet de loi est amendé de deux dispositions contre l'obésité infantile (Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique JORF n°185 11 août 2004, p14277 et suiv. 85 pages.)

- Art 30 : Interdiction des distributeurs automatiques de confiseries et de sodas dans les établissements scolaires à partir de la rentrée de septembre 2005.
- Art. 29 : Réglemente la publicité pour les produits alimentaires : il impose aux annonceurs et aux industriels d'y insérer un message sanitaire dont le contenu sera déterminé par décret ou alors de verser une taxe correspondant à 1.5% du montant annuel du budget publicitaire de l'entreprise à l'INPES qui se chargera de diffuser des campagnes de promotion de la santé.

Les débats publics et politiques sur l'obésité suscités par la discussion de la loi de Santé publique de 2004 transforment la manière dont le problème est pris en charge par les pouvoirs publics : désormais, l'obésité est qualifiée en tant que problème en soi (singularisé par rapport aux questions nutritionnelles), dont les enfants sont les victimes. Ces débats parlementaires sur la loi de Santé publique de 2004 stabilise son orientation cognitive en se focalisant sur l'obésité infantile. Au motif qu'elle représente l' « épidémie du futur », des mesures réglementaires plus contraignantes, de type environnemental, sont adoptées : l'interdiction des distributeurs automatiques dans les établissements scolaires dès la rentrée 2005 et l'imposition aux annonceurs et aux industriels d'insérer un message sanitaire dans la publicité des produits alimentaires.

Le problème de l'obésité se situe à la croisée de deux secteurs institutionnels qui défendent des approches radicalement différentes : le secteur agroalimentaire (à l'intersection des secteurs agricole et industriel) et le secteur sanitaire. D'après les analyses de Thibault Bossy, depuis les années 1980, et surtout les années 1990s, un rapprochement des secteurs agroalimentaire et sanitaire s'est opéré autour de la question de la prévention des maladies chroniques liées à la nutrition. Les positionnements sur la question « alimentation – santé » s'alignent au sujet de la nécessité d'intervenir en amont et à empêcher l'aggravation d'un problème par des politiques préventives. De fait, les IAA ne s'opposent pas tant à la qualification de l'obésité en tant que

problème de santé publique qu'aux solutions, notamment des mesures réglementaires, proposées par les experts en santé publique et en nutrition. Selon Bossy, l'ANIA, présente à sa demande dans le comité du PNNS, est peu active au début 2000s sur le problème de l'obésité. L'étape de la mise en place du PNNS1, qui se déroule dans une relative discrétion, donne à voir une absence d'opposition de la part des IAA aux politiques publiques de lutte contre l'obésité dès lors que celles-ci s'en tiennent à l'information du consommateur et à l'éducation à la santé de groupes de population définis comme « groupes à risque », qu'elles ne « stigmatisent » pas leurs produits et qu'elles respectent ce qu'ils considèrent être la « liberté du consommateur dans ses choix », mais également quand ces politiques se construisent au sein d'espaces « confinés » (rassemblant experts et hauts fonctionnaires), en concertation entre acteurs publics et privés (Bossy 2010).

Par ailleurs, certains acteurs privés se sont déjà saisis de la lutte contre l'obésité pour innover, à la fois dans leur marketing et dans le contenu nutritionnel de leurs produits. De nouveaux produits répondant au souci du « capital – santé » individuel des consommateurs, qui apparaît dans les 1970s (Pollack 1988), sont mis sur le marché : développement de produits « sans » conçus pour aider à l'amincissement, des gammes « produits-santé » avec les produits « allégés » « light », « pauvres en matières grasses » ou « pauvres en sucres » ou au contraire : « riche en fibres », des « alicaments ». Leur marketing promet des effets bénéfiques pour la santé sans altérer leur goût.

Cependant, à l'occasion des débats parlementaires sur la loi de Santé publique, une arène de débats publics s'ouvre en 2003-2004 au fur et à mesure de la mobilisation d'acteurs qui se sentent exclus de la politique gouvernementale ou mécontents de la lenteur ou de la profondeur des politiques menées. La dénonciation du rôle et la responsabilisation des IAA dans les causes de l'obésité suscite des répliques de leur part, alimentant ainsi les débats et les controverses dans l'arène. La légitimité économique des IAA n'est pas remise en cause, à la différence de leurs pratiques de marketing et d'influence politique.

A cette étape, on distingue deux ensembles d'acteurs exerçant une pression sur le gouvernement et les parlementaires :

- Un réseau comprenant des parlementaires, les associations de consommateurs, des experts en santé publique et en nutrition et l'Afssa, appuyé par la DGS et le ministère de la Santé. Ils cherchent à faire adopter des mesures réglementaires contre l'obésité, contribuant à la politisation de l'obésité.

- Une communauté d'intérêt formée de fait par les IAA, les annonceurs et diffuseurs publicitaires, le gouvernement, les ministères de l'Agriculture, de la Consommation et de la Culture, et une partie des parlementaires. IAA, annonceurs, diffuseurs publicitaires réagissent en exprimant leur refus à porter la responsabilité du problème de l'obésité, insistant sur les dimensions « multifactorielle » et « complexe » de ce qu'ils reconnaissent à la fois comme « une pathologie » et un « problème de santé publique ». Ils accusent les promoteurs du PNNS d'une position trop normative, qui « médicalise » et « stigmatise » l'alimentation et soutiennent que sa complexité demande des mesures plus globales et non pas focalisées sur les produits alimentaires. Dans leur argumentaire, ils incitent à prendre en compte l'alimentation dans sa globalité, l'activité physique, les conditions de travail, l'environnement social et économique et ils mobilisent des éléments de langage basés sur « la liberté du consommateur dans ses choix », « la diversité alimentaire », et la défense du « modèle gastronomique français » et « les produits du terroir ».

A cette occasion, cette communauté d'intérêt formée de fait par les IAA, les annonceurs et diffuseurs publicitaires, le gouvernement et une partie des parlementaires réussissent à neutraliser les propositions d'un étiquetage nutritionnel des produits alimentaires et de la réduction de la teneur en sel dans l'alimentation. Si les industriels ne parviennent pas à mettre en échec les amendements sur la publicité et sur les distributeurs automatiques, ils obtiennent au moins sur le premier une baisse in extremis de la taxe à payer à défaut d'apposer le message nutritionnel sur les annonces publicitaires des aliments destinés aux enfants (Initialement fixé à 5% du chiffre d'affaires publicitaire, la taxe est ramenée à 1.5%) Cette baisse a été proposée sous forme d'amendement par le ministre de la Santé et de la protection sociale Philippe Douste-Blazy après l'adoption du texte par la commission mixte parlementaire et juste avant le vote final de la loi de santé publique en juillet 2004.

2010-2016 : LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE, LA MISE EN AVANT DES INEGALITES SOCIALES ET LES PLANS CONCURRENTS

Dès 2010, nous avons franchi une nouvelle étape dans la politique de lutte contre l'obésité. Cette phase, qui s'est étendue de 2010 à 2016, a nécessité l'établissement d'une architecture spécifique de prise en charge de l'obésité au sein du système de soins, ainsi que la mise en évidence des inégalités sociales et territoriales dans la lutte contre l'obésité. En effet, le Plan Obésité, initié en 2010 sous la direction du docteur Arnaud Basdevant, a posé l'obésité comme un phénomène multicausal et complexe résultant de l'interaction de "modes de vie (alimentation, activité), de

facteurs environnementaux et économiques, sur un fond de prédisposition biologique, et aggravée par de nombreux facteurs (médicamenteux, hormonaux...). Le deuxième pilier cognitif de ce plan est la reconnaissance de l'obésité comme maladie évolutive nécessitant une prise en charge par le système de soins tout aussi évolutive.

À partir de ces deux éléments de cadrage, le plan est construit autour de quatre axes de travail. En premier lieu, il est impératif d'améliorer la prise en charge de l'obésité à ses différentes étapes. Cette nécessité exige une amélioration de l'offre de soins, une promotion du dépistage chez les enfants et les adultes, ainsi que la promotion de l'éducation thérapeutique et la formation des professionnels de santé. Le deuxième axe de travail, porté par le PNNS 3, consiste à prévenir la maladie en améliorant l'offre alimentaire dans la restauration collective et scolaire et en encourageant l'activité physique pour la santé. En dernier lieu, étant donné que les causes de l'obésité sont multiples et imbriquées, il est nécessaire de promouvoir une recherche scientifique interdisciplinaire sur le sujet.

Ce plan ambitionne d'intégrer l'obésité au sein du système de soins. La création de recommandations pour les bonnes pratiques cliniques, destinées à la prise en charge médicale initiale de l'excès de poids et de l'obésité, est envisagée. Des fiches pratiques pour les médecins généralistes et pédiatres seront conçues et distribuées. Le plan comprend également l'organisation des transports sanitaires bariatriques, l'équipement des services hospitaliers avec du matériel adapté pour la prise en charge des patients obèses et la structuration de l'offre spécialisée suivant le principe de la gradation des soins. Le dépistage des personnes à risque sera effectué grâce aux services de santé scolaire, de médecine du travail et des médecins généralistes. 37 centres spécialisés en obésité (CSO) recevront une certification et cinq "centres intégrés" ou "centres de référence", combinant soins et recherche, seront créés.

En ce qui concerne la recherche clinique, le réseau FORCE (French Obesity Research Centre of Excellence), reconnu par l'infrastructure de recherche F-CRIN, facilite une collaboration de recherche clinique efficace entre les centres français. De nouvelles opportunités pour les soins sont en train de prendre forme, grâce à l'organisation des soins de ville au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé, qui vont encourager la prise en charge pluriprofessionnelle indispensable dans le cadre du traitement de l'obésité.

La dimension préventive de ce plan contre l'obésité doit être mise en œuvre par le PNNS 3. Le PNNS 3, dans sa conception, intègre la politique de lutte contre l'obésité dans une nouvelle phase. Tout d'abord, il passe d'une stratégie de prévention axée sur la réduction de la consommation

d'aliments "mauvais" ou l'augmentation de la consommation de "bons" pour la population générale, à une stratégie organisée autour des inégalités sociales en matière de santé. En effet, comme l'indiquent les bilans du PNNS 2 et le PNNSS 3 dans son introduction, les actions de communication nutritionnelle menées jusqu'à présent ont eu des effets sur les populations les plus aisées mais pas sur les populations les plus vulnérables.

« Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition. » (PNNS 3, introduction)

Cette mise en évidence des inégalités sociales de santé coïncide également avec l'évaluation du Haut Conseil de la Santé Publique de la loi de santé publique de 2004, publiée en 2010, qui souligne le défi que représentent ces disparités dans le contexte de la politique de santé publique. Parallèlement, cette période est également marquée par la promotion de l'activité physique comme outil de lutte contre l'obésité. Le PNNS 3 sera articulé autour de quatre axes d'action, dont le premier vise à "réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le domaine de la nutrition dans le cadre d'actions de prévention générale". Ainsi, le plan prévoit dans ses objectifs d'augmenter la consommation de fruits et de légumes chez les adultes en situation de pauvreté, de lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté, de promouvoir l'activité physique et sportive adaptée aux populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques, ou encore de dépister et de prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées.

Au-delà des déclarations d'intentions, le PNNS 3 parvient à générer un certain nombre d'outils d'action visant à diminuer les inégalités sociales en matière de santé. La promotion de l'activité physique et sportive sera soutenue par le plan Sport santé bien-être, dirigé par le ministère des Sports, mais en lien avec le PNNS 3. Concernant la lutte contre les inégalités sociales de santé, le PNNS 3 établira une série de fiches d'information nutritionnelle appropriées pour les professionnels du social, la production de supports visuels en matière de communication nutritionnelle adaptés pour les malvoyants ou les personnes sourdes, la formation des professionnels de santé sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées. À ces actions de communication, de sensibilisation et de formation, qui sont très présentes dans les actions effectives mises en œuvre par le PNNS,

s'ajoutent une série d'actions dans le domaine des inégalités sociales de santé présentes dans d'autres plans ministériels émergents en matière de santé à cette époque.

En effet, la troisième phase des politiques de lutte contre l'obésité se caractérise par une dispersion des actions de lutte contre l'obésité dans plusieurs plans gouvernementaux. Ainsi, à partir de 2010, nous assistons à l'émergence de deux plans, parallèlement au plan obésité. Il s'agit du Plan National pour l'Alimentation (PNA), initié en 2010 par le ministère de l'Agriculture, et du Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE), mis en place par le ministère des Sports. Ces plans sont supposés s'articuler avec le PNNS dans le cadre de la lutte contre l'obésité, mais sont pilotés et répondent donc aux enjeux et aux logiques des ministères qui les dirigent. Cela laisse à penser qu'une action de lutte contre l'obésité se fragmente pendant cette période, du moins en termes de gouvernance.

Le Programme National d'Alimentation (PNA) compte parmi ses initiatives la fourniture d'informations nutritionnelles aux personnes bénéficiant de l'aide alimentaire, la mise en œuvre de chantiers d'insertion dédiés à la récupération des invendus de fruits, de légumes et de poissons frais ensuite distribués par les associations d'aide alimentaire, ainsi que la distribution de fruits frais aux personnes hospitalisées. La fragmentation dont nous parlions est assez évidente en ce qui concerne le PNA car il est construit sur un cadrage alternatif à celui du PNNS du problème de l'obésité : le PNA ne considérant pas la lutte contre l'obésité comme un problème nutritionnel — en termes de distinction entre les "bons" et les "mauvais" aliments — mais davantage comme une question de rétablissement et de diffusion du "modèle alimentaire français" ; un modèle supposément protecteur pour la santé et qui contrecarre une vision de l'alimentation focalisée sur la connaissance nutritionnelle.

« Les Français ont toujours eu une relation privilégiée avec leur alimentation. Cette relation a profondément marqué l'histoire, la culture et le mode de vie du pays. Manger n'est pas seulement un acte fonctionnel, c'est un plaisir quotidien et partagé qui obéit à certaines habitudes culturelles : la convivialité, la diversité alimentaire, le respect d'horaires fixes et la structuration des repas autour de trois plats principaux. Les Français aiment parler de ce qu'ils mangent, déjeuner ou dîner à heure fixe et passer du temps à table. Ainsi, 53 % des Français sont à table à 13h00, et l'alimentation occupe en moyenne 2h22 par jour (données 2010). Ces habitudes fondent un modèle alimentaire français reconnu comme protecteur vis-à-vis des maladies chroniques liées à l'alimentation (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires...). On parle de « paradoxe français » en comparaison avec d'autres pays, notamment anglo-saxons, où le plaisir a laissé place à une vision uniquement nutritionnelle ou fonctionnelle de l'alimentation. Plus de la moitié des Français souhaiteraient d'ailleurs apprendre à mieux cuisiner. En 2010, l'UNESCO a inscrit le repas gastronomique des

Français au patrimoine immatériel mondial. Une preuve supplémentaire de l'importance que ce modèle représente en termes de traditions culturelles et de lien social. » (Rapport au Parlement. Le Programme National pour l'Alimentation (PNA) Juillet 2013)

Du côté du Plan Sport Bien-être Santé, un ensemble de mesures sera mis en place pour promouvoir l'activité physique et sportive, en particulier pour les populations les plus fragiles. Le ministère des sports attribuera, par exemple, des budgets aux associations sportives et aux centres spécialisés pour soutenir le développement de la pratique sportive pour les personnes handicapées. De plus, il soutiendra les fédérations sportives afin qu'elles intègrent l'handisport ou développent la pratique sportive dans les quartiers dits sensibles. Des fonds seront également alloués pour la mise en place de travaux d'accessibilité pour les équipements sportifs et pour le financement de projets visant à développer l'offre d'activités physiques dans les EHPADs et les foyers ou résidences pour personnes âgées.

En dépit de ce qui vient d'être énoncé, cette troisième phase n'est pas nécessairement une phase de rupture avec la politique de lutte contre l'obésité. Elle représente plutôt une phase ajoutant certaines "briques" supplémentaires à la politique existante. Cette continuité se concrétise principalement à travers deux éléments : le caractère non-contraignant des actions visant l'offre alimentaire et l'absence d'actions concernant certains aspects de cette offre - comme les actions liées à une conception de l'urbanisme et de l'offre commerciale de proximité qui favorisent une alimentation saine et une vie active. Par ailleurs, il y a une accentuation sur les messages de prévention.

Le caractère non contraignant des actions proposées peut être attribué à au moins trois raisons. La première touche à toute l'histoire des politiques de lutte contre l'obésité, à savoir le caractère consensuel de la construction de ces politiques. Ceci est notamment évident avec les acteurs de l'agro-industrie et les ministères de l'agriculture et de l'économie, qui ont historiquement partagé leur prise de position. En effet, le texte de présentation du PNNS 3 précise, comme c'était le cas pour les deux autres PNNS, que le plan d'action s'est basé sur une large concertation. Il ne faut pas oublier que le ministère de l'Agriculture faisait partie de cette large concertation, et que les industriels de l'agro-alimentaire sont représentés dans la gouvernance du PNNS en tant que membres du comité stratégique et dans le comité de pilotage (Herberg 2022).

La seconde raison du caractère non contraignant des actions a plutôt trait à l'existence de ce qui a été qualifié de champ organisationnel (Benamouzig et Cortinas 2022). Il s'agit d'un espace d'action organisé et perpétuellement actif, formé par les industriels de l'agroalimentaire, capable de

conditionner l'horizon des possibles en matière de politique nutritionnelle du fait de son existence. En d'autres termes, l'existence même d'un réseau d'acteurs bien structuré et organisé, disposant de ressources considérables, détermine les lignes d'action de ceux qui sont les moteurs de la politique nutritionnelle. Ce pouvoir de dissuasion des industriels, souvent invisible, a contribué, par exemple, au fait que plusieurs mesures contraignantes proposées par le président du PNNS en 2014 ont été abandonnées par le ministre de la Santé dans sa stratégie de politique nutritionnelle.

« Je choisis celle-là, le Nutri-score, un logo colorié parce que ça va être une bataille très très difficile. Mais je sens que celle-ci, c'est peut-être possible. Les autres, si je prends toutes les mesures, elles sont valides, vous avez raison de les proposer, mais je n'y arriverais pas. Donc on va prendre celle-là comme première mesure ». Et moi dans ma tête, je me suis dit... j'ai poussé à ce qu'elle prenne uniquement celle-là aussi qui avait un avantage pour l'État, c'est qu'elle ne coûtait pas d'argent à l'État. » (Président du PNNS 3)

La troisième raison de la pérennité des dispositifs d'action publique incitatifs et volontaires se trouve davantage dans l'établissement au sein de l'État d'une nouvelle méthode de gouvernance, que certains penseurs caractérisent de Nouveau management public, phénomène qui imprègne la politique de lutte contre l'obésité. Cette modalité de gouvernance s'inspire des techniques de gestion privées afin d'en appliquer les principes dans le domaine public. Les lois et les normes laissent place à un système basé sur la performance et les indicateurs plutôt que sur les règles et les procédures, et où la contractualisation et l'incitation prévalent sur les régulations. Cette forme de gouvernance envisage le gouvernement comme un acteur stratégique, orientant les actions d'organismes autonomes - telles que des agences et des acteurs privés - qui se structurent pour atteindre les objectifs fixés par l'entité dirigeante : le gouvernement. Dans ce modèle de gouvernance, l'objectif est de fournir les ressources - financières, humaines, etc. - aux opérateurs, afin qu'ils agissent d'une certaine manière sans être contraints ou restreints de manière excessive dans leurs actions afin qu'ils puissent les adapter aux contextes d'action. Ainsi, labels, appels à projets ou chartes s'avèrent être des instruments politiques de choix.

Pour conclure la description de cette troisième phase, il faut mentionner que la structure de gouvernance de la lutte contre l'obésité en France exclut ou rend difficile la mise en œuvre d'actions visant des secteurs d'action publique tels que la transformation de l'offre alimentaire de proximité ou la conception d'un urbanisme favorisant des modes de vie plus actifs. En effet, les ministères effectivement mobilisés dans la lutte contre l'obésité sont ceux qui sont aux commandes des quatre plans que nous avons mentionnés : obésité, PNNS, PNA et Sport-santé-bien-être. Ces ministères sont moteurs mais ne peuvent pas imposer aux autres ministères d'agir en matière d'obésité, la gouvernance par ministère leur en empêche. De fait, les autres ministères du gouvernement peuvent participer aux plans d'action, notamment en intégrant les comités stratégiques etc., mais ceci reste

un choix sur lequel les ministères pilote n'ont pas forcément des moyens d'agir. Le résultat de cette forme de gouvernance est que les actions effectivement mises en œuvre dans le cadre des quatre plans agissant dans la lutte contre l'obésité finissent par se ressasser autour du périmètre d'action des ministères pilote. En l'occurrence, le ministère de la Santé aura une inclination pour les actions de communication en matière de nutrition étant donné qu'il compte dans son périmètre d'action avec l'Inpes – l'ancêtre de Santé publique France-, qui est l'institut spécialisé en communication sociale. Ce même ministère excellera également dans l'élaboration de recommandations nutritionnelles de grande qualité scientifique car il peut mobiliser aisément l'Anses qui lui est organiquement liée. Cependant, il aura plus de difficultés à agir dans d'autres domaines. Ces contraintes juridiques seront également à l'œuvre dans le cas du PNA et du PNSSBE.

2017-2023 : CADRAGE SYNDÉMIQUE RENFORCÉ ET PRISE EN CHARGE INNOVANTE

À partir de 2016 commence une période de production abondante de rapports d'expertise concernant l'obésité, spécifiquement entre 2017 et 2019. Cette période de production de synthèses diverses sur l'état des connaissances et de formulation de recommandations, favorise une institutionnalisation de la reconnaissance critique de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et des enjeux économiques, sanitaires et sociétaux qu'elle soulève. Elle valorise également la ligne d'actions défendues par la coalition d'acteurs programmatiques. Les orientations consensuelles issues de ces consultations d'experts constituent le contenu des axes prioritaires de la feuille de route pour la Prise en charge de l'obésité (2019-2022). Malgré l'absence d'une ligne budgétaire spécifique, cette feuille de route a le mérite de soutenir une série d'innovations organisationnelles qui, sous l'impulsion de certains praticiens hospitaliers et leurs ARS, sont en cours de déploiement sous la forme d'expérimentations-évaluations grâce aux dérogations réglementaires octroyées par l'article numéro 68 de la LFSS 2014 et par l'article numéro 51 de la LFSS de 2018. En ce qui concerne les actions de prévention, la tendance la plus marquée actuellement est l'ouverture interdisciplinaire, tant dans le cadrage du problème de l'obésité en tant que phénomène syndémique (Merill Singer, 1995) que dans la recherche de solutions à cet égard, sous la forme d'actions intersectorielles intégrées et intégratives, dans le sillage de l'approche "One Health".

Le cadrage syndémique de l'obésité

En ce qui concerne les rapports et les avis qui ont contribué à l'introduction d'innovations dans les méthodes de prévention et de traitement de l'obésité, nous trouvons, par ordre chronologique, le

rapport publié par le Haut conseil de la santé publique en septembre 2017 intitulé "pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021", l'avis de juin 2017 "refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé" du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le rapport parlementaire "situation de la chirurgie de l'obésité" de janvier 2018, le rapport de la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale présenté par Loic Prud'homme et Michèle Crouzet "une alimentation saine pour tous : répondre à un enjeu de santé publique" de septembre 2018, le rapport sur la proposition de loi visant à protéger la population des dangers de la malbouffe en février 2019, le rapport de la Cour des comptes en novembre 2019 "La prévention et la prise en charge de l'obésité" et le rapport du professeur Martin Laville "mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France" en avril 2023.

Tous ces rapports soulignent, au-delà de la prise en considération nécessaire des inégalités sociales pour comprendre et lutter contre l'obésité, l'importance d'intervenir sur l'offre de manière contraignante, sur la nature syndémique des questions nutritionnelles (enjeux écologiques, expositions aux contaminants) ainsi que sur la nécessité d'une démocratisation des politiques nutritionnelles et de lutte contre l'obésité qui se traduirait par une participation accrue des patients et des citoyens à leur définition. En ce sens, les différents documents suggèrent la nécessité de renforcer la dimension interministérielle de la lutte contre l'obésité sur la base des critères de santé publique. Autrement dit, passer d'une gouvernance interministérielle où chaque ministère représente ses administrés à une gouvernance où les ministères sont associés dans une action guidée uniquement par des objectifs de santé publique : "instaurer une direction interministérielle avec un objectif de santé publique" (HCSP 2018, p. 10).

Le PNNS 4 s'appropriera un certain nombre de ces éléments de cadrage, y compris la nécessité d'être plus contraignant dans les actions à l'égard des acteurs économiques. Le ton du PNNS4 semble s'affirmer en matière de détermination à changer durablement l'offre alimentaire. En effet, il proposera que les chartes d'engagement signées par les acteurs économiques pour améliorer la composition de leurs produits soient susceptibles d'être soumises à une clause de reconsidération en cas de non-respect des engagements pris. Ces clauses peuvent aller jusqu'à l'action par voie réglementaire (PNNS 4, p. 25). Ce PNNS 4 embrasse également l'approche syndémique en visant les risques d'exposition aux substances chimiques contenues dans les emballages alimentaires à base de plastique.

Malgré ces proclamations, à l'heure où nous rédigeons ces lignes, aucun décret réglementaire n'a été instauré concernant la composition nutritionnelle ou quant à la limitation du marketing des produits alimentaires à la qualité nutritionnelle médiocre ciblant les enfants et les jeunes. Les seules restrictions en place sont celles appliquées aux chaînes de télévision publiques depuis 2016, à la suite de l'adoption de la Loi Gattolin – cette dernière étant antérieure à la mise en œuvre du PNNS 4. Par ailleurs, en ce qui a trait à la reformulation des produits alimentaires pour les conformer aux objectifs de santé publique, des accords collectifs ont été conclus avec la filière boulangerie afin de

déterminer des seuils maximaux pour la teneur en sel de divers types de pain. Dans le même esprit, plusieurs accords collectifs ont été signés avec différentes filières dans le but de diminuer la présence de sucres, de sel et de gras, ainsi que d'augmenter la quantité de fibres. Malheureusement, nous ne disposons d'aucune information concernant les résultats de ces accords.

Une nouvelle prise en charge : expérimentations de l'article 51

Ces documents établissent également les principes fondamentaux des innovations dans le traitement de l'obésité. Ces innovations répondent à trois défis majeurs. Le premier est la nécessité d'une interconnexion des secteurs sanitaires médicaux et extra-médicaux afin de disposer d'un parcours de soins coordonné et complet. Le deuxième défi est la personnalisation des parcours de soins. Le troisième défi est lié à une offre de soins graduelle centrée sur un centre de référence. Pour relever ces défis, le feuille de route 2019-2022 adoptera ces objectifs et promouvra une méthode innovante basée sur des mécanismes d'incitation afin que les acteurs sur le terrain expérimentent de nouvelles façons de s'organiser en réponse aux défis susmentionnés. Ces expérimentations sur le terrain sont censées inspirer à terme la politique nationale.

Ces innovations ont été principalement mises en œuvre dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 qui teste en conditions réelles de nouvelles modalités d'organisation des soins, conçues à partir des territoires (Morize 2022). S'appuyant sur des modes de financement novateurs (Beaussier et al., 2022), ces innovations organisationnelles entreprennent d'évaluer "dans la vie réelle", à quel point les parcours de soins envisagés à partir du terrain, à partir de ce qui existe déjà, peuvent améliorer la pertinence des traitements et l'accès aux soins, tout en cherchant à rendre le système de santé plus efficient.

Parmi les 122 expériences dites « Article 51 », un total de dix projets « parcours de soins innovants » ont été élaborés sur la thématique de l'obésité (voir tableau ci-dessous). Depuis la mise en œuvre de cette incitation à l'innovation organisationnelle et technologique, l'obésité figure parmi les pathologies les plus courantes. C'est ainsi parce que c'est une affection qui, depuis son inscription à l'agenda politique lors des débats parlementaires sur la loi de santé publique de 2004, est considérée par les autorités publiques comme un enjeu majeur de santé publique. De plus, l'obésité est un exemple paradigmatique de maladies chroniques pour lesquelles la loi commune ne répond que partiellement aux exigences de la complexité de sa prise en charge et pour lesquelles les acteurs sur le terrain sont fortement mobilisés. En raison de ces caractéristiques, elle correspond pleinement à ce pour quoi le dispositif « Article 51 » a été conçu.

	Acronyme (durée) <i>Intitulé</i>	Territoires concernés	Validation cahier des charges	Objectif principal
Obésité infanto- juvénile	PRALIMAP-INÈS (4 ans) <i>Programme de repérage et de prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité dans les collèges (4ème)</i>	Guadeloupe-Iles du Nord	RAA 03/01/20	Répondre au besoin de prise en charge des adolescents en surpoids ou en situation d'obésité, à partir d'un dépistage organisé en milieu scolaire, un accompagnement adapté et coordonné.
	OBEPEDIA (5 ans) <i>Expérimentation ministérielle - Parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère</i>	OCC, GE, IDF, PDL, HDF, PACA, ARA, NA, La Réunion	Arrêté 20/11/19 JO 24/11/19	Mise en œuvre d'un parcours médical et d'accompagnement personnalisé mobilisant des coopérations multidisciplinaires entre l'hôpital et la ville.
	TOPASE (5 ans) <i>Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble Pédiatrique</i>	Centre-Val de Loire (Loiret)	Arrêté 31/07/20 RAA 03/08/20	Accompagner les enfants et adolescents vivant avec un excès pondéral, leurs proches et les professionnels dans un parcours de soins de proximité coordonné et accessible
Obésité infanto- juvénile & adulte	PROXOB (5 ans) <i>Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'OB infanto-juvénile</i>	6 dépt. Auvergne-Rhône-Alpes	Arrêté 31/05/21 RAA 02/06/21	Prise en charge à domicile de l'ensemble de la cellule familiale d'un enfant en excès de poids par une équipe interdisciplinaire avec un accompagnement à la parentalité comme levier de modifications thérapeutiques du mode de vie durables, associé à un programme motivationnel en ligne et un accompagnement téléphonique
Obésité adulte	GPSO (5 ans) <i>Gestion du Parcours de Santé dans l'Obésité</i>	Nord, Pas-de-Calais /Essonne, Seine-et-Marne / Loiret, Indre, Loir-et-Cher, Indre-et-Loire	Arrêté 01/03/21 JO 16/03/21	Structurer la prise en charge précoce et l'accompagnement sur le long terme des adultes en situation d'obésité par les professionnels de 1er recours et organiser le maillage territorial (équipes pluriprofessionnelles de proximité et acteurs des secteurs sanitaire et social)
	TIMÉO (5 ans) <i>Traitement innovant multi-évaluations de l'Obésité</i>	Le Cher	Arrêté 16/09/21 22/10/21 RAA 27/10/21	Parcours de soin ville-hôpital fondé sur une évaluation pluridisciplinaire et standardisée des besoins du patient souffrant d'obésité à l'aide

				d'un algorithme de personnalisation des soins.
Obésité - chirurgie	EMNO (5 ans) <i>Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon</i>	Dijon, Côte d'Or et départements limitrophes (BFC)	Arrêté 11/01/19 JO 15/01/19	Parcours médico-éducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé, associé à un accompagnement pédagogique dématérialisé.
Chirurgie Obésité	OBEPAR (5 ans) <i>Parcours de chirurgie bariatrique en Ile de France</i>	Région IDF	Arrêté 19/11/19 RAA 19/11/19	Parcours de prise en charge coordonnée hôpital-ville autour de la chirurgie bariatrique. Améliorer la qualité et la pertinence des soins et diminuer le nombre de complications, de ré hospitalisations et de perdus de vue post-chirurgie
	PACO (5 ans) <i>Parcours chirurgie bariatrique en région PACA</i>	Région PACA	Arrêté 19/07/19 RAA 31/07/19	Structurer et améliorer le parcours de chirurgie bariatrique, par une coordination de la prise en charge en amont et aval de la chirurgie associée à un accompagnement éducatif
	BARIA UP (5 ans) <i>Parcours d'accompagnement en amont et en aval de la chirurgie bariatrique par filière de suivi dédiée</i>	Lille, Lyon et Toulouse	Arrêté 14/12/20 JO 24/12/20	Parcours éducatif coordonné, standardisé et reproductible autour de la chirurgie bariatrique, en structures de soins (binôme MCO-SSR)

Source : auteurs

II. LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE L'OBESITE EN EUROPE

Dans cette section, nous entendons exécuter une comparaison méticuleuse des stratégies de combat contre l'obésité en Europe afin de déterminer la position de la France sur cet échiquier. Pour mener à bien cette analyse comparative consacrée à la lutte anti pondérale, il convient d'entreprendre une récapitulation approfondie de l'état actuel des connaissances relatives aux causes de l'obésité. Cette cartographie du savoir nous conduira inévitablement à repérer les leviers d'action potentiels pour contrer ce fléau de santé publique. Ces instruments d'action serviront de points de référence dans notre comparaison interpays de la lutte contre l'obésité. En effet, l'identification des mesures prises ainsi que la cohérence ou l'incohérence de ces mesures avec les leviers d'action identifiés seront utilisées comme indicateurs pour évaluer les politiques de lutte contre l'obésité en Europe.

Cette partie se compose de trois sections distinctes. Dans la section initiale, une revue approfondie des connaissances actuelles sur les causes de l'obésité est entreprise. Ensuite, l'accent est mis sur l'examen des politiques adoptées par les diverses nations européennes, en mettant en parallèle leurs stratégies avec les causes de l'obésité précédemment identifiées. Enfin, nous orientons notre attention vers la France, explorant les possibilités d'avancement du pays dans la lutte contre l'obésité. À cette fin, nous nous basons sur des exemples de meilleures pratiques identifiées dans d'autres contextes européens.

LES CONNAISSANCES SUR LES CAUSES DE L'OBESITE

L'obésité est une pathologie chronique complexe qui résulte de sources diverses. Sa progression est liée à l'environnement économique et social des personnes qui favorise l'augmentation du poids, mais aussi à des éléments psychologiques et de manière moins certaine de facteurs génétiques (Cour des comptes, 2019 ; WHO, 2022 ; Ziegler, 2014). Nous allons exposer ici les facteurs principaux expliquant l'obésité. Toutefois, bien qu'aucune de ces causes ne soit en elle-même à l'origine de l'évolution de cette maladie, c'est en examinant leur interrelation que nous pouvons mieux saisir le phénomène.

Facteurs socio-économiques

L'obésité serait principalement le résultat d'une tendance observée depuis les années 1950-60 en France, qui se caractérise par une surconsommation de calories et dont les conséquences sont exacerbées par une diminution de la dépense énergétique. Nous sommes face à une perturbation de l'équilibre énergétique (Etilé, 2013). Les Français consomment en moyenne 2200 Kcal/jour, au lieu des 1800 recommandées pour les femmes et 2100 pour les hommes. De plus, cet apport calorique provient d'un régime alimentaire déséquilibré, riche en sucres, en sel et en acides gras saturés, et pauvre en fruits et en légumes. La cause de cette situation peut être qualifiée de mécanique, mais a ses racines dans des facteurs socio-économiques (Etilé 2013).

Ce phénomène de surconsommation calorique est directement lié à l'évolution de l'offre alimentaire depuis les années 1950. En effet, la politique agricole post-seconde guerre mondiale a entraîné en France une hausse considérable des rendements agricoles, permettant une augmentation sans précédent de la disponibilité des aliments. Cette offre en produits bruts a facilité le développement de l'industrie de la transformation, engendrant une augmentation historique de l'offre en produits transformés. Ces deux transformations ont été accompagnées d'une augmentation de la disponibilité des produits alimentaires, grâce à l'émergence de nouveaux lieux de distribution alimentaire. L'apparition des grandes surfaces, l'expansion de l'offre de restauration commerciale, ainsi que l'arrivée de nouvelles boulangeries, de snack-bars et de distributeurs automatiques ont rendu cette nouvelle offre alimentaire omniprésente.

Cet accroissement de l'accessibilité des aliments s'est simultanément accompagné d'une détérioration de leur qualité nutritionnelle. Effectivement, l'évolution technologique a entraîné la création de nombreux procédés et substances chimiques visant à réduire les coûts de production, à prolonger la longévité des produits, à garantir leur sécurité alimentaire et à offrir des saveurs suscitant du plaisir, permettant ainsi une fidélisation accrue des clients. En d'autres termes, les produits alimentaires sont devenus des produits de consommation courante fondés sur les mêmes principes que d'autres produits similaires, c'est-à-dire maximiser la consommation. Pour y parvenir, les stratégies d'attraction du client par le biais du prix, du goût (notamment sucré) et du marketing - l'aspect symbolique du produit - sont devenues des moteurs essentiels du marché au détriment de la qualité nutritionnelle des produits proposés (Etilé 2013).

Les impacts sur la santé de cette offre très calorique accessible, disponible et alléchante pourraient être amoindris, même marginalement, par une dépense calorique équivalente visant à rééquilibrer la balance énergétique. L'activité physique ne peut effacer le rôle de l'offre alimentaire dans les problèmes d'obésité, mais pourrait en freiner la portée. Alors que 63 % des adultes âgés de 18 à 79 ans pratiquent au moins deux heures et demie d'activité physique modérée par semaine, comme le préconisent l'OMS et l'Anses, et que le pourcentage d'adultes français affirmant pratiquer au moins une activité physique modérée chaque semaine est supérieur à celui de plusieurs autres pays de l'UE, l'Anses estime que seulement 5 % des adultes ont une activité physique suffisante pour être

protectrice. (Deseyne et al. 2022 : p.64). Faire du sport ou avoir une activité physique est loin d'être favorisé par les modes de vie, notamment à cause de l'étalement urbain et du « tout voiture ». L'état de vétusté ou le manque d'infrastructures sportives, l'absence de pistes cyclables ou de parcours piétonniers agréables entravent également les mobilités douces qui permettent d'avoir une activité physique régulière. (Deseyne et al. 2022 : p. 64). A ces environnements hostiles à l'activité physique s'ajoutent des modes de vie sédentaires liés à la tertiarisation de l'économie ainsi qu'à la multiplication des écrans. En effet, la dernière enquête Esteban (2014-2016) indique que 80,1% des Français passent plus de quatre heures par jour devant un écran.

Cette transformation majeure de l'offre alimentaire, qui est devenue très dense en énergie, extrêmement disponible, incroyablement accessible et excessivement attractive, est la cause fondamentale de la montée de l'obésité en France. Cependant, cette offre n'affecte pas tous les groupes sociaux de la même manière. Certes, des facteurs sociologiques et biographiques spécifiques augmentent la vulnérabilité de certaines populations. En particulier, les classes défavorisées, les femmes et les personnes ayant subi des traumatismes sont particulièrement vulnérables face à cette offre alimentaire dégradée.

Facteurs sociologiques

L'obésité est fortement influencée par des facteurs sociétaux, notamment dans les pays industrialisés où la prévalence d'obésité est plus élevée parmi les groupes socio-économiques les plus bas. L'Organisation pour la Coopération et le Développement Économiques (OCDE) a mis en évidence que "les personnes ayant les revenus les plus faibles sont plus enclines à l'obésité. Cette disparité est plus notable chez les femmes que chez les hommes. Dans les 28 pays de l'Union Européenne, les femmes et les hommes du groupe de revenu le plus bas ont respectivement 90% et 50% de probabilité supplémentaire d'être obèses comparé à ceux du groupe de revenu le plus élevé. Les disparités sont généralement plus aigües dans les pays de l'Europe de l'Ouest et plus tempérées dans les pays de l'Europe centrale" (Deseyne et al. 2022 : p.47).

Depuis le début des années 1990 en France, on constate une importante et constante augmentation des écarts entre les individus les plus fortunés et ceux les plus modestes. D'après l'étude Obépi-Roche de 2020, en l'espace de 23 ans, le taux d'obésité a connu une hausse de 4 points parmi les cadres, et une hausse bien supérieure parmi les ouvriers et les employés, avec respectivement plus de 9 points et 10 points. Naturellement, ces disparités sociales liées à l'obésité ne surgissent pas subitement à l'âge adulte. Elles commencent à se manifester dès la petite enfance et subsistent à l'adolescence. Il est à noter que 75 % des enfants en surpoids ou souffrant d'obésité proviennent de catégories populaires et inactives (Deseyne et al. 2022 : p.49).

Un gradient social marque le rapport entre le poids à la naissance et le statut pondéral chez les jeunes et les adolescents. Il existe un plus grand nombre de "bébés plus gros" parmi les cadres comparé aux ouvriers (8% contre 6%). Cependant, l'excès de poids chez les enfants de 5-6 ans est plus courant chez les enfants d'ouvriers que ceux des cadres, à 16% contre 7%. De plus, par rapport aux enfants des autres strates sociales, les enfants de cadres se débarrassent plus souvent de l'obésité entre 6 et 15 ans. (Deseyne et al. 2022 : p.47).

Deux facteurs contribuent à une prévalence plus élevée dans les classes sociales les moins favorisées : l'un économique, l'autre sociologique. Les contraintes budgétaires modèlent la consommation alimentaire des personnes à faible revenu, influant sur la qualité nutritionnelle des produits qu'elles consomment. Ainsi, les produits alimentaires bon marché (tels que les huiles et les pâtes), plus consommés par les ménages à revenus modestes, sont généralement les plus énergétiques (densément énergétiques) et possèdent les profils nutritionnels les plus précaires, avec une faible teneur en "bons" nutriments (protéines, fibres, minéraux et vitamines). Les aliments les plus onéreux (comme les poissons gras, les fruits et les légumes) offrent quant à eux un apport considérable en "bons" nutriments (Etilé 2013 : p. 47). De plus, il est à noter que les produits alimentaires "premier prix" contiennent souvent plus de sel et d'acides gras saturés et transaturés que les produits de marques nationales, plus coûteux (Etilé 2013 : p. 47).

La classe sociale d'appartenance entraîne également des répercussions sur les habitudes alimentaires. Pour les classes sociales supérieures, il est *naturel* d'associer les principes diététiques et gustatifs. Cependant, pour les individus issus de milieux modestes, un aliment est apprécié pour son goût plutôt que pour ses bienfaits pour la santé. Cette conception fait de la nourriture un moyen accessible d'exprimer sa capacité à profiter des offres de la société de consommation, sans nécessairement être riche. En outre, les membres des classes supérieures ont plus tendance à accorder une importance éducative à l'alimentation de leurs enfants, avec une attention particulière à l'équilibre et à la variété, contrairement aux milieux modestes qui priorisent le plaisir gustatif des enfants et valorisent particulièrement l'abondance pour lutter contre la peur de manquer. D'où une acceptation plus grande de la rondeur dans ces milieux, la minceur étant associée à la fragilité, tandis qu'une alimentation riche symbolise la force. Enfin, la position sociale influe sur la capacité à anticiper l'avenir. Les classes supérieures ont une meilleure capacité à réfléchir à long terme, ce qui influence leurs choix alimentaires dans un objectif de santé. (Lavoipierre 2023)

L'insuffisance d'activité physique et la sédentarité diffèrent également en fonction des classes sociales, du sexe et de l'âge. Les hommes surpassent les femmes en termes d'atteinte d'un niveau d'activité physique satisfaisant. Au cours de la période 2014-2016, 70,6 % des hommes et seulement 52,7 % des femmes respectaient les recommandations pour une activité physique salutaire (la différence selon le sexe est significative ; $p < 0,001$). Ce déséquilibre persiste quel que soit l'âge ou le niveau d'éducation. Huit adultes sur dix passent trois heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de leur travail. Ces comportements sédentaires ont une dimension sociale : 86 % des

hommes et 85 % des femmes ayant les niveaux d'éducation les plus bas passent plus de trois heures par jour devant un écran, par rapport à 69 % des hommes et 62 % des femmes qui ont au moins un Bac+3 (Esteban 2014-2016).

L'influence de l'âge et du genre sur l'activité physique et la sédentarité est également observable chez les enfants. En effet, les enfants âgés de 6 à 17 ans affichent des niveaux d'activité physique plus bas que ceux des adultes. Selon les statistiques, seuls 50,7 % des garçons et 33,3 % des filles respectent les directives de santé publique stipulant une activité physique quotidienne de 60 minutes. Ces taux chutent à l'adolescence : pour les 15 à 17 ans, seuls 40,1 % des garçons et 15,7 % des filles se conforment à ces recommandations. L'adolescence amplifie également l'écart entre les genres : la différence de 14 points en faveur des garçons âgés de 6 à 10 ans augmente à 24 points pour les 15 à 17 ans (Verdot et al. 2020).

En ce qui concerne les comportements sédentaires, il est observé que 80 % des garçons et 73 % des filles consacrent plus de deux heures par jour à l'écran. Ces pourcentages s'accroissent avec l'avancée en âge, atteignant 97 % pour les garçons et 87 % pour les filles de 15 à 17 ans. Il y a une corrélation négative entre ces comportements et le niveau de diplôme : les enfants dont le référent adulte détient au moins un Bac+3 passent moins de deux heures par jour devant un écran en comparaison à ceux dont le référent a un niveau d'éducation inférieur au Bac, avec une différence de 15 points pour les garçons et de 19 points pour les filles (Verdot et al. 2020).

Facteurs psychologiques

Selon la psychologie clinique, la santé mentale apparaît comme un facteur qui pourrait rendre les individus plus susceptibles à une alimentation de mauvaise qualité. Il a été observé que les cas d'abus - sexuels, physiques ou émotionnels (comme la maltraitance verbale) - sont plus élevés parmi les personnes obèses comparativement à la population générale (Deseyne et al. 2022 : p. 68). De plus, il est fréquent de retrouver des épisodes de négligence parentale durant l'enfance des personnes obèses : « les négligences physiques (privation de nourriture, d'hygiène, de soins) touchent de 9 à 32 % des individus obèses, tandis que les négligences émotionnelles (manque d'attention entraînant des carences affectives, manque d'apprentissage et de relations sociales) sont identifiées chez 20 à 75 % des patients » (Mathieu et al. 2021). Nathalie Dumet souligne la complexité des parcours de vie des patients obèses, indiquant que « la survenue d'un nouvel événement de vie négatif (accident de la route, cambriolage, divorce...) peut se superposer aux traumatisme(s) antérieur(s) » (Deseyne et al. 2022 : p.68).

Selon la psychologie clinique, la santé mentale apparaît comme un facteur qui pourrait rendre les individus plus susceptibles à une alimentation de mauvaise qualité. Il a été observé que les cas d'abus - sexuels, physiques ou émotionnels (comme la maltraitance verbale) - sont plus élevés parmi

les personnes obèses comparativement à la population générale (Deseyne et al. 2022 : p. 68). De plus, il est fréquent de retrouver des épisodes de négligence parentale durant l'enfance des personnes obèses : « les négligences physiques (privation de nourriture, d'hygiène, de soins) touchent de 9 à 32 % des individus obèses, tandis que les négligences émotionnelles (manque d'attention entraînant des carences affectives, manque d'apprentissage et de relations sociales) sont identifiées chez 20 à 75 % des patients » (Mathieu et al. 2021). Nathalie Dumet souligne la complexité des parcours de vie des patients obèses, indiquant que « la survenue d'un nouvel événement de vie négatif (accident de la route, cambriolage, divorce...) peut se superposer aux traumatisme(s) antérieur(s) » (Deseyne et al. 2022 : p.68).

Le risque d'obésité s'accroît de 40% en cas de subir des violences sexuelles durant la jeunesse ; 8% des individus atteints d'obésité auraient été victimes de telles agressions dans leur jeunesse, avec un taux qui s'élève à 17% pour les cas d'obésité de type III. Karen Sadlier, spécialiste en psychologie clinique et à la tête de la division "Enfance" de l'Institut de Victimologie, a mis en lumière durant son audition au Sénat les connexions entre l'obésité à l'état adulte et les agressions sexuelles vécues dans la jeunesse (Deseyne et al.2022 : p.68).

Il existe une multitude de facteurs qui permettent de comprendre la relation dense entre l'obésité et les traumatismes sexuels. Vincent Felliti, psychiatre américain, a dirigé une recherche en 1985 révélant que les sujets obèses ayant affronté des violences sexuelles pendant leur jeunesse éprouvent des difficultés à perdre du poids ou, à plus long terme, le reprennent systématiquement. Felliti avance que l'obésité agirait comme un dispositif de défense, faisant paraître les individus moins attirants et d'avantage menaçants pour d'éventuels agresseurs sexuels. De surcroît, le traumatisme est susceptible de générer un état de dissociation qui nourrit les comportements addictifs, l'automutilation et les désordres alimentaires, pouvant ainsi mener à l'obésité. En réalité, 54% des personnes ayant été victimes d'abus sexuels pendant leur enfance manifestent des troubles alimentaires.

CONDITIONS DE SUCCES DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE L'OBESITE

A partir de ce que nous venons de dire la lutte contre l'obésité devrait s'attaquer, dans un premier temps, aux éléments favorisant la surconsommation calorique des populations. Ces politiques devraient également calibrer les dispositifs mis en place afin de prendre en compte les déterminants sociaux, psychologiques ainsi que leurs ressorts sociologiques et économiques qui accroissent l'exposition de certaines populations aux produits alimentaires « mauvais » du point de vue nutritionnel : classe sociale, sexe, santé mentale.

Sur la base de ce qui a précédemment été exposé, il est clair que la lutte contre l'obésité doit initialement cibler les facteurs qui encouragent la surconsommation calorique au sein des populations : une offre alimentaire de mauvaise qualité nutritionnelle accessible, disponible et attrayante. Ces politiques doivent par ailleurs être soigneusement élaborées pour tenir compte des aspects sociologiques et psychologiques qui augmentent l'exposition de certaines populations aux produits alimentaires de piètre qualité sur le plan nutritionnel. Divers paramètres tels que la classe sociale, l'âge, le sexe et la santé mentale sont à prendre en considération à cet égard.

De façon additionnelle, les autorités gouvernementales peuvent aussi s'intéresser aux taux de dépense calorique des populations. Ces politiques doivent aussi être adaptées afin de prendre en compte les déterminants sociaux liés à des niveaux d'activité et de sédentarité particulièrement alarmants du point de vue de la santé publique ; le sexe, l'âge et la classe sociale. Dans la section suivante nous allons, d'abord, examiner les dispositifs d'action publique qui peuvent être mis en œuvre afin de combattre la surconsommation calorique. Cet inventaire sera réalisé à partir des dispositifs existants et identifiés dans une étude réalisée par le World cancer research fund à partir de trente pays européens. Ensuite, nous ferons un même travail de recensement sur les politiques qui visent à augmenter la dépense calorique des populations. L'objectif de ce travail est de dresser un tableau européen des politiques de lutte contre l'obésité qui nous permettra ensuite de déterminer la position de la France dans le panorama européen du combat contre l'obésité.

Les politiques de lutte contre la surconsommation calorique

Pour combattre la surconsommation calorique, il est envisageable de prendre des mesures sur l'offre, c'est-à-dire ce qui est proposé aux consommateurs, et sur la demande, en essayant d'influencer le choix des consommateurs (voir tableau 2). Ces deux approches ne sont pas inconciliables, mais compte tenu des logiques causales décrites précédemment, l'intervention sur l'offre alimentaire est particulièrement cruciale.

En termes d'offre, il est envisageable d'établir des dispositifs qui façonnent la perception, la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains et nuisibles dans l'environnement quotidien des populations. Pour y parvenir, les politiques en place s'appuient sur une variété d'actions. Premièrement, il est envisageable d'agir sur la présentation nutritive des aliments proposés dans les commerces ou sur les menus et plats servis dans la restauration collective et commerciale. Deuxièmement, des interventions peuvent être effectuées pour promouvoir l'accessibilité à des aliments santé dans les lieux de vie des populations, une accessibilité physique, en rendant ces aliments disponibles dans ces espaces de vie et en limitant voire interdisant les aliments préjudiciables à la santé dans ces mêmes lieux - directives nutritionnelles des menus scolaires. Il est aussi envisageable de faciliter leur accessibilité financière en les subventionnant, en les rendant gratuits, etc. Enfin, existent des outils pour diminuer l'exposition symbolique des populations aux

aliments nuisibles à la santé. Il s'agit ici de limiter ou d'interdire les pratiques marketing qui rendent ces aliments plus attractifs.

Pour intervenir dans chacun des trois domaines mentionnés, il existe une série d'instruments dans les pays européens que nous nous proposons de détailler. En ce qui concerne la perception en matière nutritionnelle des aliments, il est possible d'utiliser des listes d'ingrédients apposées sur les emballages des produits alimentaires, sur les rayons des supermarchés ou sur les menus de présentation des lieux de restauration, collective ou commerciale. Par ailleurs, des labels nutritionnels ont été conçus pour offrir une information plus intuitive que les simples listes d'ingrédients, en se focalisant sur la qualité nutritionnelle des aliments et des plats proposés à la vente. Ces étiquettes peuvent se baser sur la composition nutritionnelle des aliments, prenant en compte les critères de santé, ou sur le nombre de calories contenues dans les aliments vendus. Ces informations, apposées sur les produits alimentaires proposés à la vente, peuvent également concerner les allégations alimentaires et de santé formulées par les industriels du secteur. Les politiques publiques peuvent ainsi décider d'encadrer voire de réglementer l'usage de ces allégations, tant du point de vue des procédures à respecter que de leur forme et de leur contenu.

Dans le domaine des politiques publiques visant à garantir l'accès physique à des produits sains pour les populations, il est envisageable de définir des objectifs de qualité nutritionnelle pour les produits proposés dans les lieux de restauration collective, tels que les écoles, les lieux de travail et les lieux publics (hôpitaux, structures périscolaires, lieux d'hébergement publics, etc.). Il est également possible d'interdire ou de restreindre l'offre d'aliments néfastes pour la santé dans ces mêmes lieux, y compris en dehors des cantines : distributeurs automatiques, points de vente de snacks, etc., et même à proximité des écoles. Dans ce dernier cas, il s'agit de réguler la présence de produits alimentaires peu sains autour des établissements scolaires. Ce type de mesures peut devenir plus structurel lorsque la régulation de la présence de points de vente de produits de mauvaise qualité nutritionnelle est intégrée aux politiques de planification urbaine. Dans ce cas, les plans d'urbanisme prennent en compte la qualité des produits vendus comme critère d'attribution de permis d'installation de restaurants et d'autres points de vente d'aliments.

Afin de favoriser l'accessibilité financière aux produits dits "sains", les pouvoirs publics peuvent envisager de subventionner ces articles. L'objectif est de réduire le prix de vente, y compris dans des régions éloignées comme les îles, aussi bien dans les commerces que dans les établissements de restauration collective. Simultanément, des mesures pourraient être mises en place afin d'améliorer le pouvoir d'achat des consommateurs, par exemple par la gratuité de produits "sains" pour certaines tranches de revenus. En parallèle, il existe des taxes destinées à augmenter le prix des produits alimentaires considérés comme nuisibles pour la santé.

En troisième lieu, les politiques publiques peuvent aborder la dimension symbolique des produits alimentaires par le biais de la régulation des pratiques de marketing. Ainsi, il existe des mesures qui limitent la publicité de produits considérés comme « nocifs » dans les médias et les points de vente,

qui restreignent les pratiques de marketing direct menées dans les écoles, à proximité des écoles ou dans les quartiers - que ces pratiques concernent des événements sportifs organisés ou parrainés par une marque de produits « nocifs », des petits déjeuners scolaires, etc. Ces politiques comprennent également la régulation des pratiques de placement de produit dans les contenus médiatiques, la régulation des emballages et de leur conception, et enfin, la restriction de l'utilisation de personnalités et de personnages célèbres pour la promotion de ces produits.

D'autres mesures visent à restructurer les chaînes d'approvisionnement alimentaire, avec une étroite collaboration avec les producteurs, les transformateurs et les détaillants en vue d'une amélioration de la qualité de l'offre alimentaire. À ce niveau, il est envisageable de réguler et accompagner les producteurs et les fabricants en matière de composition nutritionnelle des aliments fabriqués et produits, dans le but de limiter, voire interdire, les éléments constituant un danger pour la santé, tels que le taux de sel, le sucre et les acides gras saturés. Les politiques peuvent également promouvoir et développer des alternatives aux modes de production dominants, notamment en encourageant l'agriculture urbaine et communautaire. Une telle agriculture se baserait sur la proximité et le respect de certaines normes de qualité sanitaire, notamment en ce qui concerne l'emploi de pesticides.

Pour intervenir à la source, lors de la production alimentaire, les autorités peuvent établir des limites, voire interdire certains nutriments ou ingrédients jugés néfastes pour la santé humaine. Elles peuvent aussi encourager des mesures favorisant les détaillants pour qu'ils offrent davantage de produits « sains ». Dans ce contexte, il est envisageable de fixer des normes en matière de qualité nutritionnelle lors des appels d'offres pour les marchés publics. Quelques pays ont également mis en place des entités rassemblant tous les acteurs concernés pour travailler à des solutions favorisant une production alimentaire plus « saine ».

En ce qui concerne l'intervention sur la demande, les acteurs publics peuvent se focaliser sur les comportements alimentaires, à savoir l'information et la fourniture de conseils en matière de nutrition pour les populations. Pour ce type de démarches, deux grandes catégories d'interventions ont été mises en œuvre. La première est la production et la communication d'éléments d'éducation nutritionnelle pour la population, sous forme de messages publicitaires, de guides nutritionnels ou encore de conseils délivrés par des professionnels de la santé aux usagers des services de santé. La deuxième catégorie d'intervention repose sur l'organisation de formations en matière de nutrition à destination des écoliers, du personnel de santé, des cuisiniers ou de divers types d'éducateurs au sein du système officiel ou non officiel.

Tableau 2 : nourishing framework

POLICY AREA	
N	Nutrition label standards and regulations on the use of claims and implied claims on food
O	Offer healthy food and set standards in public institutions and other specific settings
U	Use economic tools to address food affordability and purchase incentives
R	Restrict food advertising and other forms of commercial promotion
I	Improve nutritional quality of the whole food supply
S	Set incentives and rules to create a healthy retail and food service environment
H	Harness food supply chain and actions across sectors to ensure coherence with health
I	Inform people about food and nutrition through public awareness
N	Nutrition advice and counselling in health care settings
G	Give nutrition education and skills

Source: [NOURISHING framework | World Cancer Research Fund International \(wcrf.org\)](https://www.wcrf.org/)

Les politiques de lutte contre la sous-dépense calorique

Quand il est question d'affronter les défis du manque d'exercice physique et de l'inactivité, les politiques publiques peuvent se manifester à deux niveaux complémentaires (voir tableau 3). Le premier étant comparatif à celui des politiques nutritionnelles, il porte sur l'environnement - c'est-à-dire l'offre d'activité physique - dans les espaces où vivent les populations. Le second, quant à lui, se concentre sur les populations elles-mêmes - c'est-à-dire la demande d'activité physique.

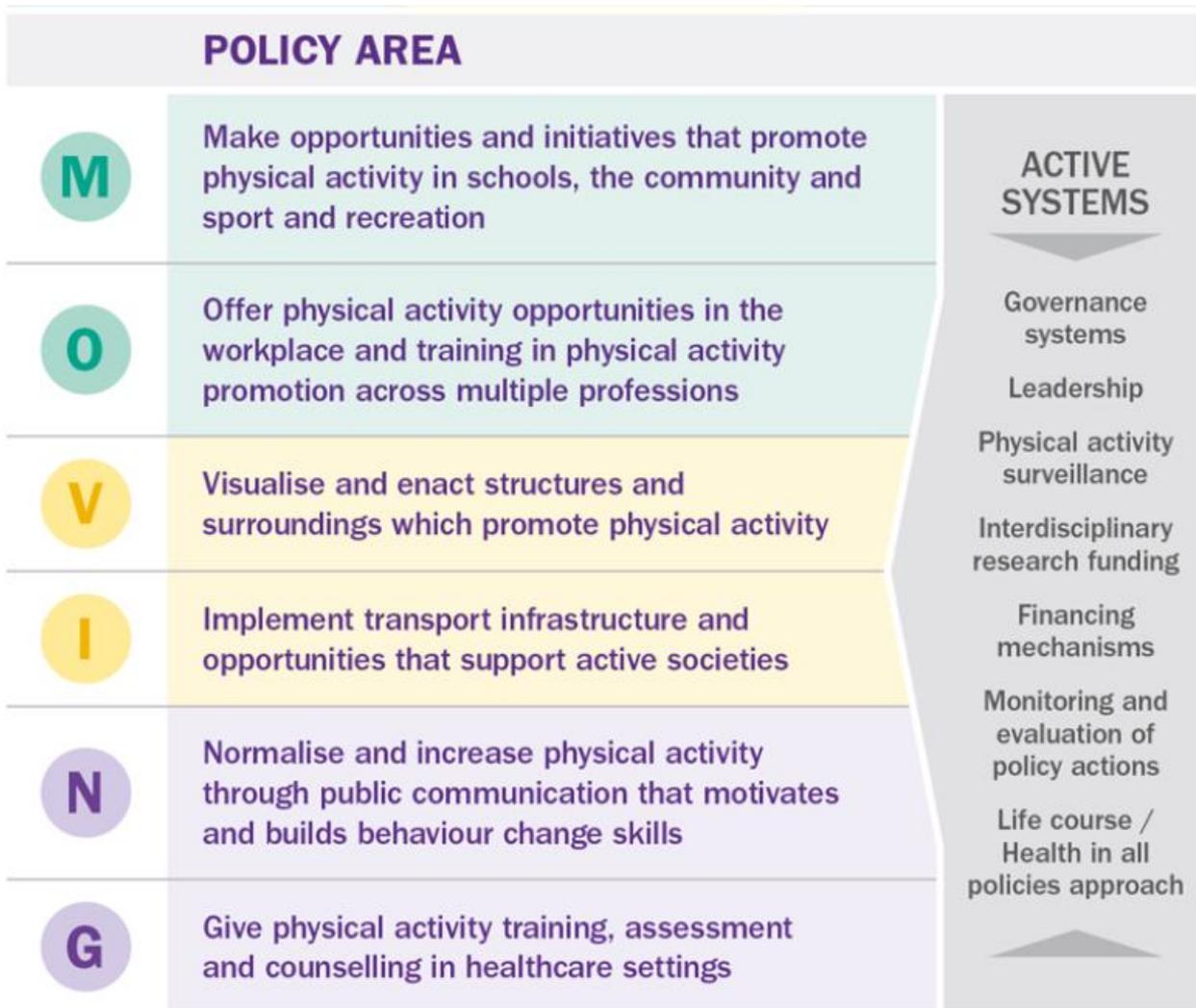
En ce qui concerne les environnements, il s'agit de promouvoir l'activité physique dans tous les lieux de vie des populations : écoles, quartiers, lieux de travail, logements collectifs. L'objectif est d'intégrer l'activité physique de trois façons. Premièrement, en l'intégrant aux temporalités de ces lieux, ce qui implique d'ajouter l'activité physique aux programmes scolaires et périscolaires, aux logements collectifs, aux heures de travail et même aux activités de quartier - l'organisation d'événements, etc. Pour que ce temps consacré à l'activité physique soit effectif, il est nécessaire de travailler sur la conception des lieux de vie des populations. Il est ainsi possible de faire la promotion d'un urbanisme qui favorise l'activité physique - pistes cyclables, parcs, jardins adaptés à l'activité physique, bâtiments conçus pour encourager la mobilité et l'exercice, urbanisme intégratif et compact qui favorise la marche. Deuxièmement, il est possible d'offrir des incitations financières, telles que des primes pour l'achat de vélos, des tarifs attractifs et des infrastructures pour le transport public, des taxes et autres moyens visant à dissuader l'utilisation des transports privés, ou encore des primes pour les employés qui utilisent des moyens de transport doux pour se rendre au travail.

Le troisième pilier des politiques favorisant l'activité physique, orientées vers l'environnement, implique la formation de tous les acteurs intervenant dans les espaces de vie des populations : écoles, logements collectifs, lieux de travail, quartiers, centres de santé. Il s'agit ici d'intégrer l'activité physique dans les formations des éducateurs, instituteurs, urbanistes, architectes, paysagistes, professionnels de la santé, etc.

En plus de ces mesures, les gouvernements peuvent mettre en œuvre des politiques ciblant directement les populations, leur perception et leurs compétences concernant les liens entre activité physique et santé. Pour atteindre cet objectif, les autorités publiques peuvent lancer des campagnes de communication pour promouvoir l'activité physique, le transport en commun, le transport actif. Les autorités publiques peuvent également développer des lignes directrices en matière d'activité physique - par exemple, 30 minutes de sport par jour, 10000 pas par jour, etc. Le dernier levier pour changer le comportement des populations envers l'activité physique consiste à intégrer celle-ci dans le parcours de soins à travers des conseils fournis par les professionnels de la santé et à faire en

sorte que les systèmes de santé prennent en charge les activités physiques en tant que soins ou actes thérapeutiques.

Tableau 3 : moving framework



Source : [MOVING framework | World Cancer Research Fund International \(wcrf.org\)](https://www.wcrf.org/moving-framework)

COMPARAISON INTERNATIONALE DE 30 PAYS EUROPEENS¹⁵ : NUAGES ET QUELQUES ECLAIRCIES VERS L'OUEST DE L'EUROPE

Toutes les initiatives visant à lutter contre l'obésité peuvent varier en fonction des contextes nationaux distincts. Autrement dit, il est envisageable de déterminer l'intensité, voire la qualité, de ces stratégies dans différents environnements nationaux afin de dépeindre le profil politique des divers pays étudiés. Ce profilage, ou comparaison de référence, débute par la sélection des indicateurs nous permettant de déterminer les normes à considérer en matière de politiques luttant contre la surconsommation calorique et de stratégies visant la sous-dépense calorique. Suivant la méthode de comparaison définie par le World cancer research fund, nous avons choisi huit indicateurs ou proxies pour comparer les politiques nutritionnelles des trente pays européens analysés.

Ces indicateurs peuvent être classés en deux grands groupes : ceux qui quantifient l'intensité de la politique de combat contre l'obésité, et ceux qui évaluent plutôt la qualité de ces mesures. Dans la catégorie initiale, nous avons le rang normatif des mesures existantes. Ceci est considéré comme un indicateur du support politique pour la mesure en question. En effet, toutes les actions envisageables en termes de politique de combat contre l'obésité peuvent être inscrites par voie législative ou réglementaire, par la définition de normes ou de directives. Chacune de ces trois options correspond à un statut normatif d'un niveau plus ou moins élevé qui engage d'autant plus le gouvernement en place.

Le deuxième critère d'évaluation de l'intensité est le niveau de contrainte imposée par la mesure en question aux acteurs concernés (producteurs, transformateurs, distributeurs, écoles, institutions publiques, etc.). En troisième lieu, l'intensité de la politique nutritionnelle peut aussi être évaluée en fonction de sa portée horizontale et verticale. La portée verticale se réfère aux tranches d'âge ou aux niveaux scolaires couverts par une action en matière de nutrition et d'activité physique. Incontestablement, une politique nutritionnelle et d'activité physique qui couvre un plus grand nombre de tranches d'âge est plus ambitieuse. De même, une politique est considérée comme plus étendue si elle couvre l'ensemble des cycles de formation : primaire, secondaire, supérieur, plutôt qu'une partie seulement de ces cycles. Dans le même ordre d'idées, les étiquetages nutritionnels

¹⁵ Les pays analysés sont : Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Écosse, Espagne, Danemark, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Irlande du Nord, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

peuvent être plus ou moins ambitieux - plus ou moins étendus - en fonction du nombre d'informations qu'ils contiennent : ingrédients, qualité nutritionnelle et valeur calorique.

L'étendue horizontale se réfère au nombre et à la diversité des lieux de vie ciblés par les politiques publiques. Par exemple, les réglementations en matière d'accessibilité aux produits alimentaires "sains" peuvent affecter seulement l'enceinte scolaire ou, dans une vision plus ambitieuse, elles peuvent s'étendre aux lieux d'activités périscolaires, voire au quartier où se trouvent des écoles particulièrement touchées par les problèmes d'obésité chez les enfants. De la même manière, les programmes de formation en nutrition et en activité physique peuvent être élaborés pour un type de profession particulier ou pour un groupe de professions plus large (architectes, médecins, infirmières, etc.), ce qui dénote une ambition plus grande en matière de prise en charge des problèmes nutritionnels. Pareillement, les interventions en matière de nutrition et d'activité physique peuvent cibler la population en général, les jeunes et/ou les groupes les moins actifs. Lorsque ces trois groupes sont concernés, on considère que le dispositif est aussi ambitieux qu'il peut l'être.

Concernant les indicateurs évaluant la qualité des stratégies de lutte contre l'obésité, nous notons d'abord la fiabilité des données sur lesquelles se fondent les recommandations et les allégations nutritionnelles et de santé. A ce titre, la rigueur scientifique de ces données peut varier considérablement d'un pays à l'autre, altérant par conséquent la qualité des stratégies basées sur ces informations. Le second indicateur de qualité concerne la clarté et la lisibilité des outils cognitifs employés : les labels nutritionnels et autres outils d'information nutritionnelle (guides nutritionnels, etc.) ainsi que les conseils et directives en matière d'activité physique. L'utilisation du marketing social est perçue comme une garantie de qualité. Enfin, le dernier indicateur de qualité se rapporte à la participation démocratique aux décisions politiques en matière de lutte contre l'obésité. Il s'agit notamment de déterminer dans quelle mesure les citoyens, et en particulier les groupes de population concernés - les personnes obèses -, sont impliqués dans l'élaboration des politiques nutritionnelles.

Le dernier indicateur de qualité relatif aux politiques de lutte contre l'obésité se rapporte à l'intégration, ou non, des inégalités sociales et de genre dans leur élaboration. A titre d'exemple, dans le cadre des politiques soutenant une agriculture urbaine locale, il est envisageable de se concentrer sur les quartiers à revenus modestes, et ainsi, de rendre accessible une nourriture saine aux résidents de ces zones. Quand les campagnes de sensibilisation sur la nutrition ou l'activité physique, ou bien les subventions pour une alimentation saine et les transports publics, ciblent majoritairement les quartiers défavorisés, nous estimons que les inégalités sociales sont prises en compte au sein des mécanismes d'intervention publique en termes d'obésité. De la même façon, il est possible d'élaborer des politiques visant à encourager l'autonomisation des femmes. En effet, dans certains contextes, la promotion de productions locales et communautaires a été envisagée dans l'optique de conférer un rôle prépondérant aux femmes au sein de ces espaces urbains.

Finalement, il est vrai que nous disposons, dans le cas des politiques de combat contre la surconsommation de calories, de dix champs d'action potentiels : l'étiquetage nutritionnel et les normes relatives aux allégations nutritionnelles et de santé, la proposition d'une offre alimentaire saine dans les institutions publiques, la mise à disposition d'outils pour augmenter l'accessibilité financière à des produits sains, la restriction de la publicité et du marketing pour les aliments « nuisibles », l'intervention sur la composition nutritionnelle de produits vendus, l'offre alimentaire chez les détaillants, l'intervention sur les chaînes de production et d'approvisionnement, sensibiliser la population, l'amélioration des compétences en nutrition, et l'intégration de la nutrition dans les services de soins de santé. Afin de donner un score à chacun de ces dix domaines, nous avons à notre disposition des points de référence ou benchmarks. En tout, le World Cancer Research Fund a établi quarante et un benchmarks. Chacun de ces repères est quantifié à l'aide d'indicateurs de qualité et d'intensité. En tout, nous comptons 151 indicateurs, mêlant la qualité et l'intensité.

Pour attribuer une note à un pays pour chaque domaine d'action étudié (parmi les dix existants), il est nécessaire de sommer les scores obtenus dans chacun des points de comparaison correspondant au domaine d'action concerné. Les scores obtenus pour chacun des points de comparaison découlent de trois opérations. Tout d'abord, il faut indiquer s'il y a des actions mises en œuvre dans le domaine de politique considéré. Par exemple, si un pays a des règles concernant l'étiquetage nutritionnel, il obtiendra un score de 50, s'il n'en a pas, il obtiendra un 0 pour ce domaine d'action. Pour les pays qui ont des politiques concernant le domaine d'action analysé (par exemple l'étiquetage), nous calculerons la moyenne des scores obtenus pour tous les indicateurs mesurant la qualité et l'intensité des différentes actions possibles. Le score maximal est de 50. Le benchmark ou score final obtenu par un pays dans un domaine d'action, par exemple l'étiquetage, résultera de l'addition des deux scores : Présence/absence d'action (0-50) + moyenne des scores indicateurs de qualité et intensité (0-50) = 0-100. La dernière opération consistera à attribuer une qualification à chaque pays pour chaque domaine d'action selon les critères suivants. Nous parlerons de score "faible" lorsque le score obtenu se situe entre 1 et 24, de "passable" lorsqu'il se situe entre 25 et 49, de "modérée" lorsque le score se situe entre 50 et 74 ; de "bonne" entre 75 et 99 et d' "excellente" lorsque le score atteint les 100 points.

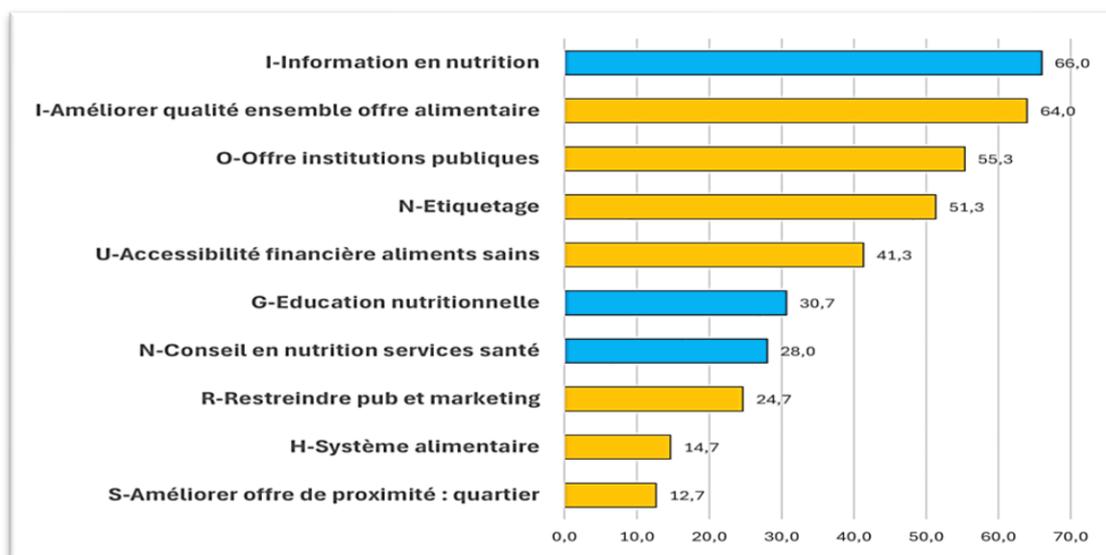
Pour les politiques de lutte contre la sous-dépense calorique, la méthode de calcul des scores est la même. Pour ces politiques nous avons six domaines d'action possibles : activité physique dans les écoles, le quartier et les loisirs (1), activité physique dans le lieu de travail (2), actions sur les environnements des populations (3), les transports (4), la communication et l'information (5) et l'intégration de l'activité physique dans le système de soins (6). Les scores pour chacun de ces domaines d'action s'obtiennent au travers de 23 benchmarks ou repères de comparaison qui sont à son tour quantifiés par 51 indicateurs.

Les politiques de sur-ingestion calorique

Les politiques visant à combattre la surconsommation calorique se révèlent globalement « passables » en Europe, avec un score moyen de 38,6 sur 100. Les nations analysées montrent une préférence pour des politiques qui ciblent le changement de comportement (en bleu dans le graphique 1), au détriment de celles qui s'attaquent à l'offre alimentaire (en orange dans le graphique 1). En conséquence, le score moyen relatif aux politiques de changement de comportements est de 41,5 sur 100, tandis que celui pour les politiques visant l'offre alimentaire atteint seulement 37,7 sur 100.

Concernant les domaines d'action, seuls quatre sur dix possibles affichent un score supérieur à 50 : l'information nutritionnelle (66), l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire (64), l'offre "saine" dans les institutions publiques (55,3) et les normes d'étiquetage nutritionnel (51,3). Les domaines d'action les moins réussis, qui obtiennent le score "pauvre", appartiennent aux politiques cherchant à restreindre la publicité et le marketing (24,7), le système alimentaire (14,7) et l'amélioration de l'offre alimentaire de proximité (12,7).

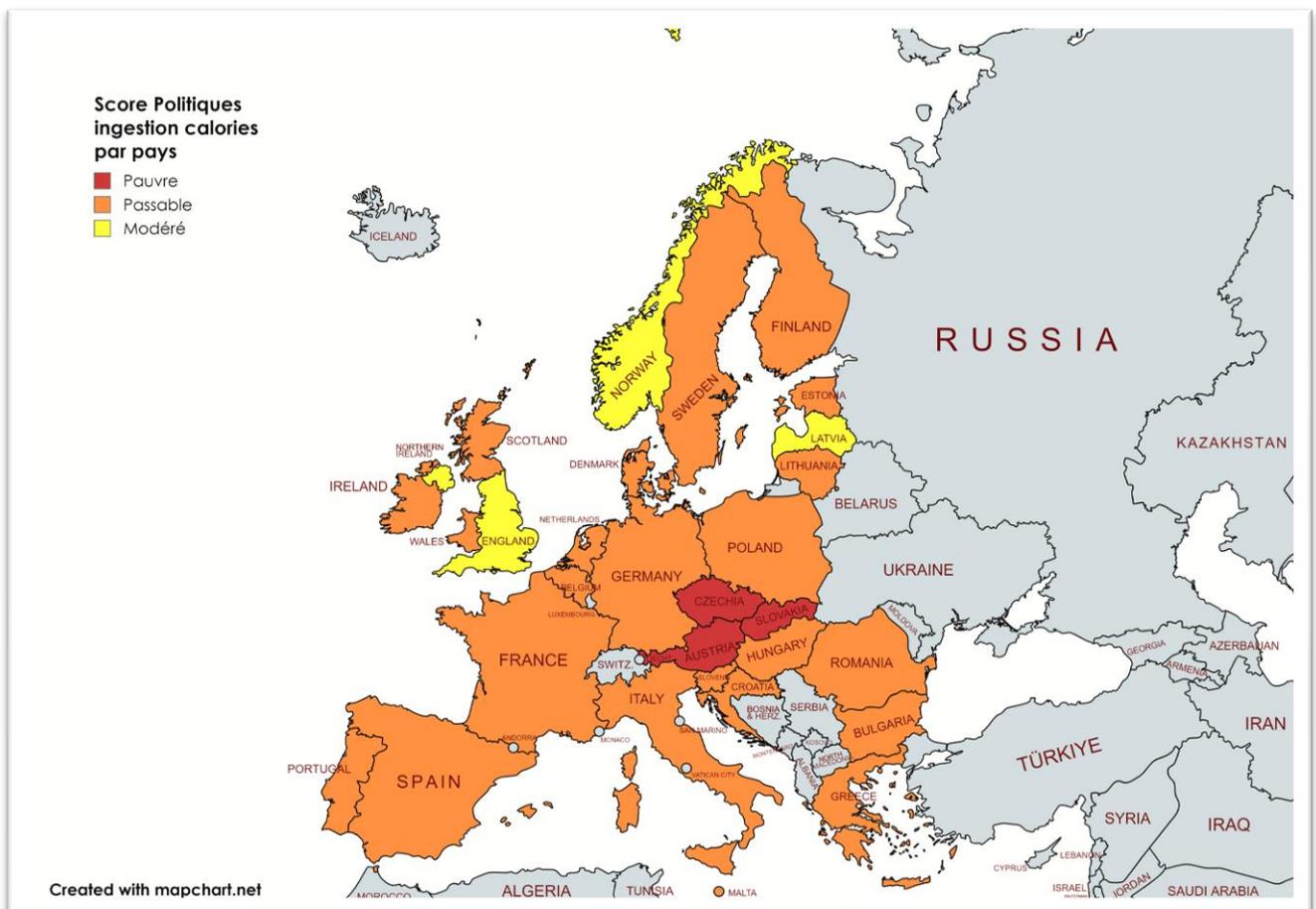
Graphique 1 : scores par domaine d'action publique en Europe politique ingestion calorique



Source : auteurs

Par pays, l'immense majorité obtiennent une note juste passable sans qu'une tendance distincte ne puisse être identifiée en fonction de la région ou du niveau de vie. Les pays qui enregistrent les scores les plus bas sont l'Autriche, la Slovaquie et la République Tchèque. A l'autre extrémité du spectre, nous avons les pays qui affichent les scores les plus élevés à savoir la Lettonie, l'Angleterre, l'Irlande du Nord et la Norvège. Malgré cette forte concentration des pays analysés autour de la note « passable », une analyse de quartiles nous offre la possibilité de distinguer plus en détails ces pays et d'affirmer que les politiques de lutte contre la surconsommation de calories sont davantage affirmées à mesure que nous nous dirigeons vers l'Ouest et le Nord de l'Europe. En effet, la "Carte 2" nous permet d'établir un classement en quatre groupes. Le premier groupe, en vert sur la carte, contient les pays positionnés au-dessus du troisième quartile - 75% des pays ont des scores inférieurs à ceux de ce groupe, la France est présente dans cette liste. Elle est accompagnée par les Pays-Bas, l'Ecosse, le Pays de Galles, l'Irlande du Nord, l'Angleterre, la Norvège et la Lettonie. Il convient de noter la forte présence de pays du Royaume-Uni dans ce groupe. Ensuite, vient le groupe des pays qui occupent la deuxième position dans ce classement. Ils incluent l'Espagne, la Roumanie, le Portugal, la Finlande, la Belgique, la Slovénie, l'Irlande et le Danemark. Les pays dont le score est inférieur à 42 et supérieur à 33 suivent : la Croatie, la Lituanie, l'Italie, la Hongrie, la Grèce, l'Allemagne et l'Estonie. Le groupe des "mauvais élèves" - les pays dont le score est inférieur au premier quartile - est composé par la Pologne, la Suède, Malte, la Bulgarie, la République Tchèque, l'Autriche et la Slovaquie.

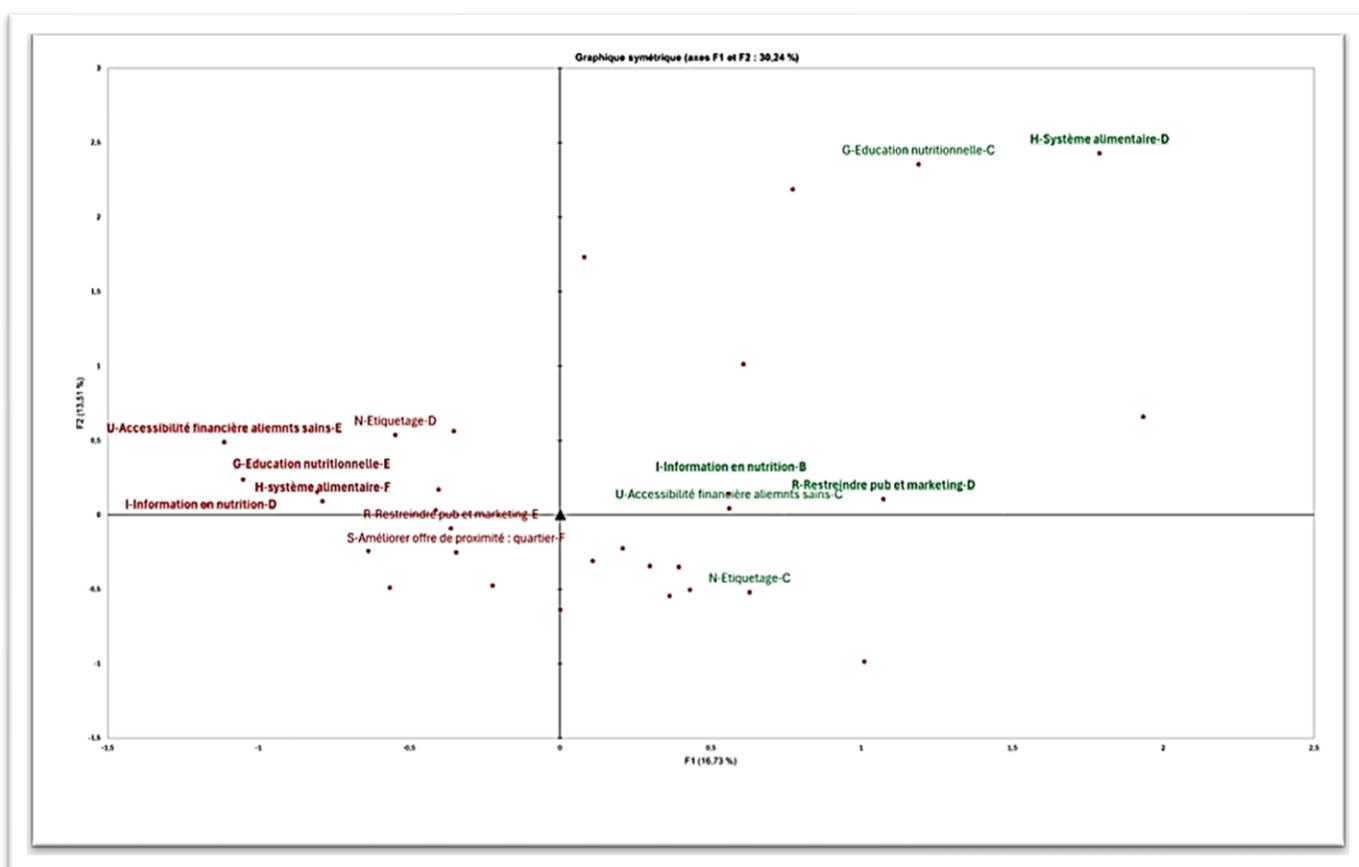
Carte 1 : scores par pays politiques lutte sur-ingestion calorique



Source : auteurs, site Mapchart.net

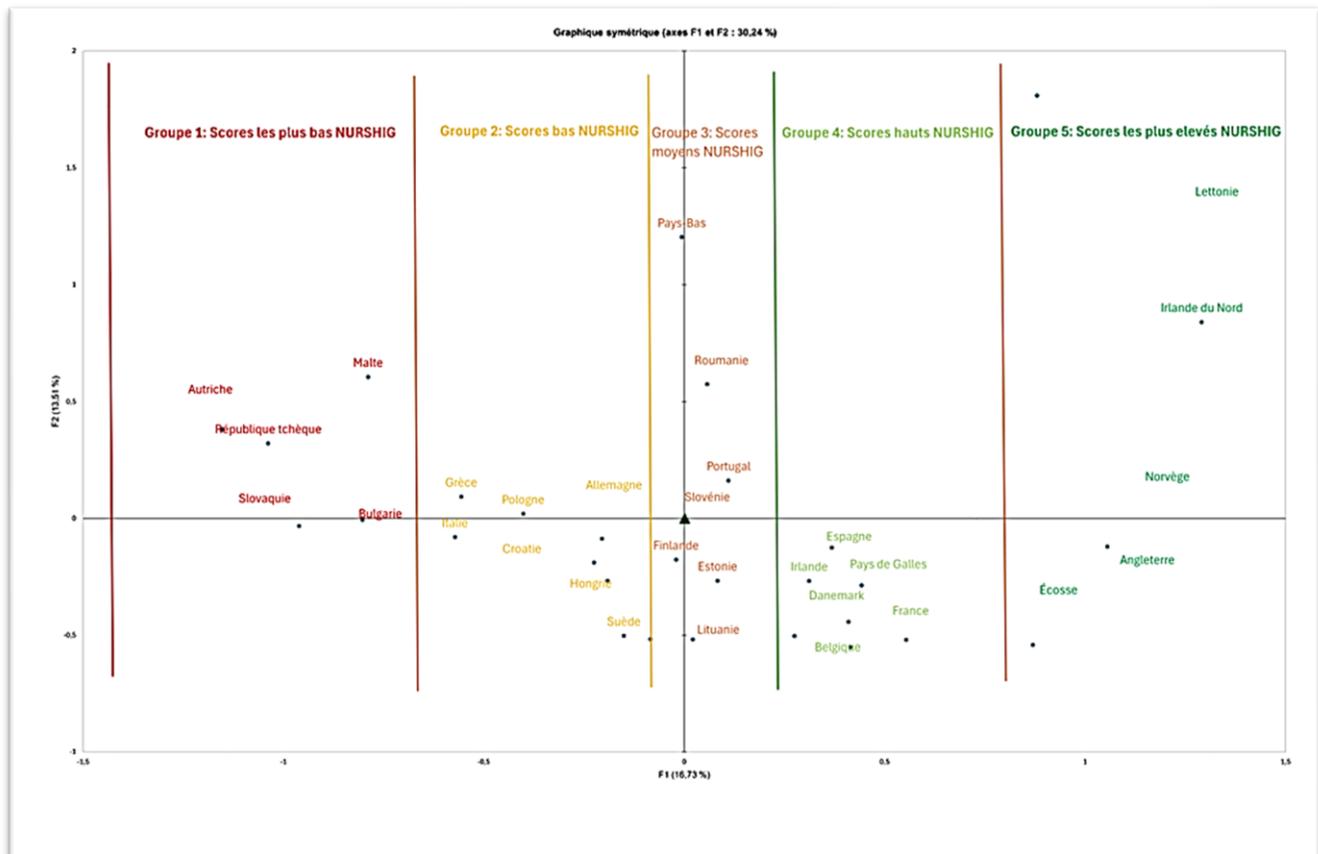
restreindre pub et marketing, S-améliorer offre de proximité : quartier, H-système alimentaire, I-information en nutrition, G-Education nutritionnelle. Les pays du premier groupe sont situés à droite de l'axe vertical et ceux avec les scores les plus bas sont à gauche du même axe (voir le diagramme 2).

Diagramme 1 : domaines action structurant les profils pays sur-ingestion calorique



Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Diagramme 2 : distribution des pays selon leur profil, politiques sur-ingestion calorique



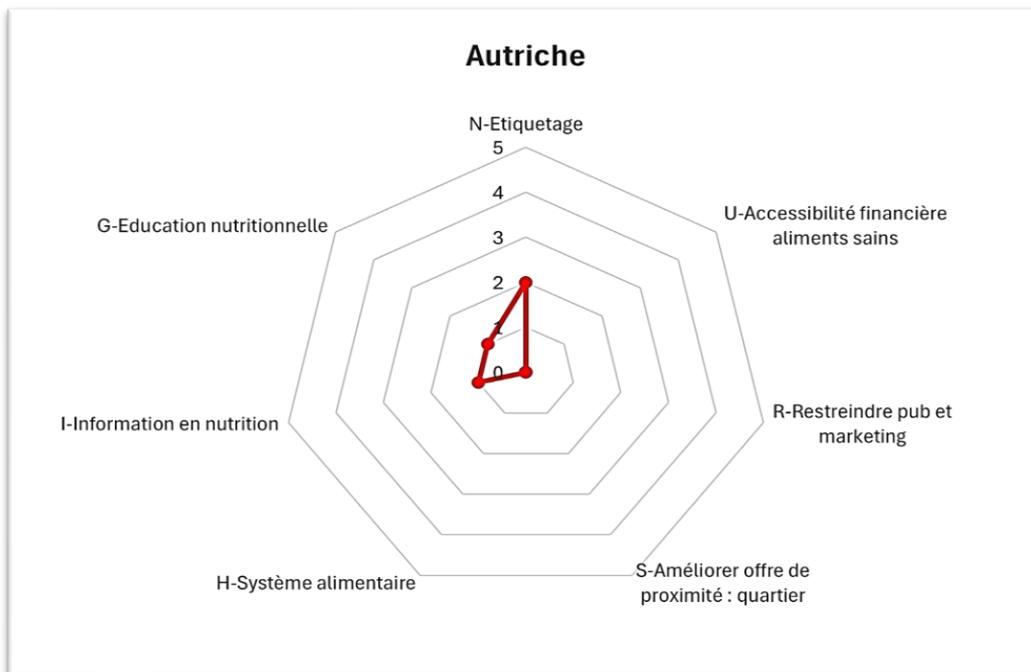
Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Au sein de ces deux ensembles majeurs, nous distinguons deux sous-ensembles. A l'extrême gauche du diagramme se situent les nations qui enregistrent les scores les plus bas de l'échantillon sur les sept champs d'action cités (N-2, U-0 ou 1, R-0 ou 1, S-0, H-0, I-1 ou 2, G-0 ou 1). Cette catégorie se compose des États suivants (voir diagramme 2) : l'Autriche, Malte, la République tchèque, la Bulgarie et la Slovaquie. Une analyse plus approfondie sur le pays le plus représentatif de ce groupe nous permet de comprendre leur positionnement au sein du diagramme.

L'Autriche obtient le score le plus faible – « 0 », indiquant une politique inexistante- dans quatre des sept domaines d'action (U, R, S, H). En outre, elle enregistre également des scores particulièrement décevants par rapport aux autres pays dans tous les groupes pour les secteurs suivants : étiquetage

– « 2 » -, information nutritionnelle – « 1 » - et éducation à la nutrition – « 1 » -. En effet, l'Autriche a instauré une politique d'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires. Malheureusement, cette politique ne prend pas en compte les logos présents sur le devant des emballages ni les logos d'avertissement. L'absence de ces deux éléments, ainsi que la difficulté à lire la liste des nutriments placée au dos des emballages des produits alimentaires, lui vaut une évaluation juste « passable » sur les questions d'étiquetage. En termes d'information nutritionnelle, l'Autriche n'a pas mis en œuvre de campagnes d'information et de marketing social sur l'alimentation saine. Parallèlement à ce déficit en matière de communication, les recommandations nutritionnelles pour la population sont de piètre qualité. Ces deux facteurs contribuent à la qualification « faible » des initiatives d'information nutritionnelle. Enfin, dans le domaine de l'éducation nutritionnelle, l'Autriche ne fait pas figure de proue. Elle n'intègre pas l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires ou dans la formation des professionnels de santé, ne promeut pas de programmes pour mieux cuisiner pour les enfants et la population en général, et ne fait pas la promotion de jardins potagers dans les écoles. Les politiques d'éducation nutritionnelle se résument essentiellement à la distribution d'une « check-list » pour les services de restauration des écoles pour évaluer la qualité nutritionnelle des repas proposés. Des outils d'information nutritionnelle sont également fournis aux éducateurs. L'accent mis sur des outils d'information non spécifiques à un certain âge et non-inscrits dans la loi, aboutit à une qualification « pauvre » des actions en matière d'éducation nutritionnelle.

Graphique 1 : profil politique de l'Autriche / politiques sur-ingestion calorique



Source :

Auteurs : logiciel Xlstat 2022.4.1

Toujours dans le côté gauche de l'axe verticale du diagramme, le côté des « mauvais élèves », se trouve un deuxième groupe de pays dont les scores ont tendance à être sensiblement meilleurs que ceux obtenus par le premier groupe que nous venons d'évoquer, notamment pour les domaines d'action suivants : étiquetage (N-2,3), information nutritionnelle (I-3,4) et éducation nutritionnelle (G-1,2). Au sein de ce deuxième groupe, que l'on pourrait qualifier de « moins pires » parmi les mauvais élèves, on retrouve les pays suivants : Grèce, Pologne, Italie, Allemagne, Croatie, Suède et Hongrie.

Si nous examinons le cas de l'Italie (graphique 2), par exemple, nous constatons que par rapport au cas autrichien, l'Italie présente deux scores de « 0 » - H-système alimentaire, S- offre de proximité-contre quatre pour l'Autriche. De plus, sa qualification dans le domaine de l'information nutritionnelle est de « modérée » (score 3), ce qui est de deux points supérieurs au cas italien. En effet, en ce qui concerne l'étiquetage nutritionnel, l'Italie ressemble beaucoup à l'Autriche, se concentrant sur les listes de nutriments au dos des emballages et en établissant des règles, une obligation au niveau européen, pour les allégations nutritionnelles et de santé. Tout comme l'Autriche, l'absence d'une politique de logos nutritionnels ou d'avertissements sanitaires conduit l'Italie à obtenir une qualification de « passable » en matière d'étiquetage nutritionnel. À l'instar de l'Autriche, l'Italie n'a pas mis en place d'actions concrètes pour améliorer l'offre alimentaire de proximité ou pour intervenir

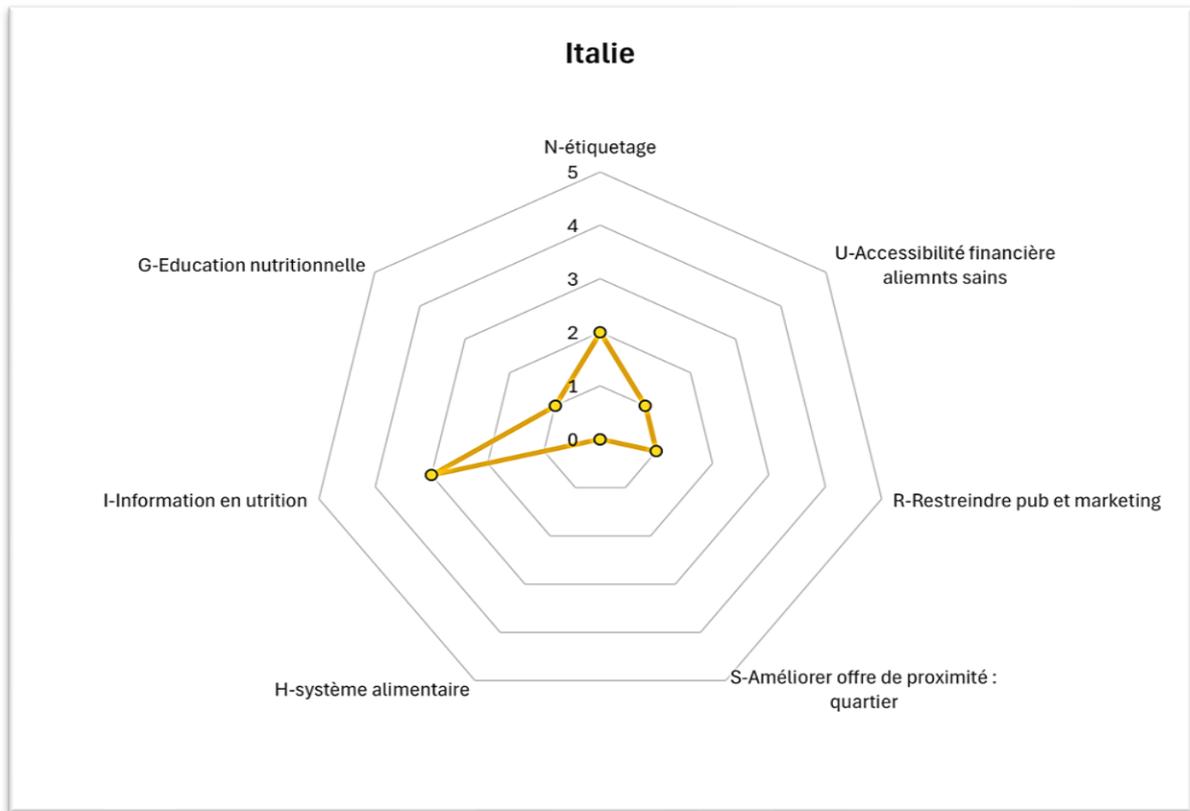
dans la chaîne de production et de distribution d'aliments (système alimentaire). Les similitudes entre les deux pays s'arrêtent là, car l'Italie fait sensiblement mieux que l'Autriche dans trois autres domaines : l'accessibilité, la restriction de la publicité et du marketing, et l'information nutritionnelle.

En effet, l'Italie a instauré une politique de gratuité ou de baisse des prix, en fonction des revenus du foyer, pour les repas servis à l'école. L'objectif est que tous les enfants puissent avoir accès à des aliments de qualité, y compris des aliments biologiques qui sont obligatoires à hauteur de 60% dans la composition des menus scolaires. Malgré cette initiative, l'Italie a encore du chemin à parcourir en termes d'accessibilité, notamment en instaurant des taxes sur les aliments "mauvais" ou des subventions pour les "bons", ainsi que des aides aux foyers modestes pour accéder à des aliments de meilleure qualité chez les commerçants alimentaires. Ces opportunités de progrès ont conduit l'Italie à obtenir un score de "1" en termes d'accessibilité, équivalent à une qualification des actions dans ce domaine comme "pauvres".

En ce qui concerne la restriction de la publicité et du marketing, un code de bonnes pratiques supervisé par les industriels eux-mêmes a été instauré en 2004. Ce code vise à protéger les enfants de la publicité et du marketing de produits "mauvais" pour la santé. Toutefois, le fait que cette politique mette au contre les acteurs économiques et leur bonne volonté, et non pas des contraintes plus strictes, a conduit l'Italie à obtenir une note assez faible (1 sur 5) dans ce domaine. Cette note est en outre aggravée par le fait que le reste des actions possibles dans le domaine de la publicité et du marketing n'a jamais été adopté : intervenir sur le marketing direct pour les jeunes, intervenir sur le marketing par le biais de sponsorings pour les jeunes, intervenir sur le marketing direct dans les points de vente, intervenir sur le placement de produits et les pratiques de marquage, intervenir sur les emballages et la conception de produits alimentaires, intervenir sur le marketing dans les établissements scolaires.

Finalement, contrairement à l'Autriche, l'Italie instaure, en plus de l'élaboration de guides nutritionnels, des campagnes de communication de masse en matière de nutrition. Toutefois, ce travail reste grandement perfectible, en particulier pour ce qui est du développement d'outils de communication qui ciblent plus spécifiquement les jeunes.

Graphique 2 : profil politique Italie politiques sur-ingestion calorique



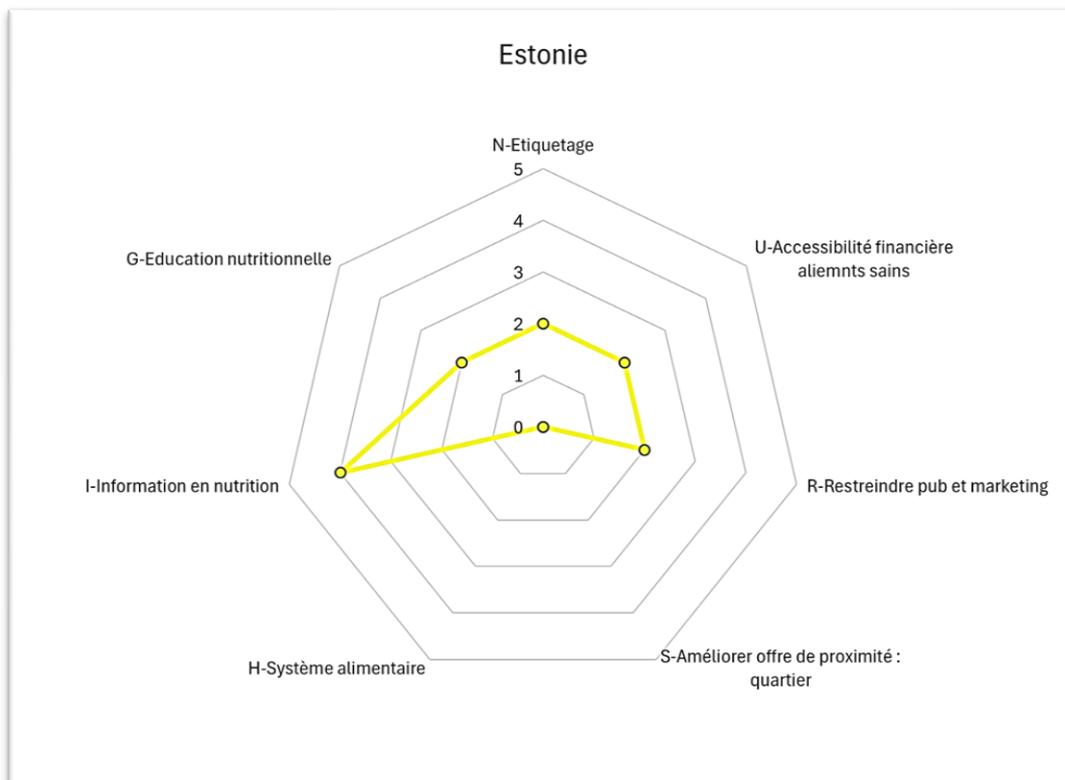
Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Au sein du diagramme 2, on observe la présence des nations se positionnant un cran supérieur, dans un ou plusieurs des sept domaines d'action significatifs, par rapport au groupe que nous venons d'analyser. En réalité, des pays peuvent atteindre un score de "4" en termes d'étiquetage nutritionnel (N), un "2" en ce qui a trait aux restrictions de la publicité et du marketing (R), un "2" dans l'intervention sur le système alimentaire (S) ou un "3" dans le domaine de l'éducation nutritionnelle (G). Pour résumer, ces pays se démarquent en général plus que ceux des deux premiers groupes sans toutefois atteindre les scores les plus élevés de l'ensemble de l'échantillon. Ce groupe de pays, qualifiés de "modérés" en matière de politique de lutte contre la surconsommation calorique, inclut : l'Estonie, la Finlande, la Lituanie, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie et la Slovaquie.

Un examen méticuleux de l'Estonie, un pays très représentatif de ce groupe, permet de saisir plus en détail la nature de tels pays. L'Estonie affiche une note de « 0 » pour deux des sept domaines

d'action significatifs, ce qui équivaut à la situation italienne. Néanmoins, les écarts entre ces deux pays, et entre les pays de ces deux groupes, découlent des notes obtenues par l'Estonie dans les domaines où elle est active dans la lutte contre la surconsommation de calories. Sur les cinq domaines restants, le pays balte obtient une note de « 2 » pour quatre d'entre eux et une note de « 4 » pour le cinquième. Ceci est nettement supérieur aux notes observées pour l'Italie. Ce qui retiendra notre attention ici est la note de « 4 » en matière d'information nutritionnelle. En effet, ce pays est très actif dans ce domaine, à commencer par l'instauration en 2017 de directives nutritionnelles de très grande qualité et extrêmement lisibles. Ces directives sont basées sur un visuel en forme de pyramide avec des dessins très clairs et intuitifs qui permettent de comprendre assez rapidement quels sont les aliments à privilégier. De plus, ces directives ont fait l'objet de vastes campagnes de communication basées sur le marketing social, y compris des campagnes ciblant les jeunes. Tous ces éléments permettent à l'Estonie d'obtenir une classification de « bonne politique » en matière d'information nutritionnelle.

Graphique 3 : profil politique Estonie / politiques sur-ingestion calorique



Source : logiciel Xlstat 2022.4.1

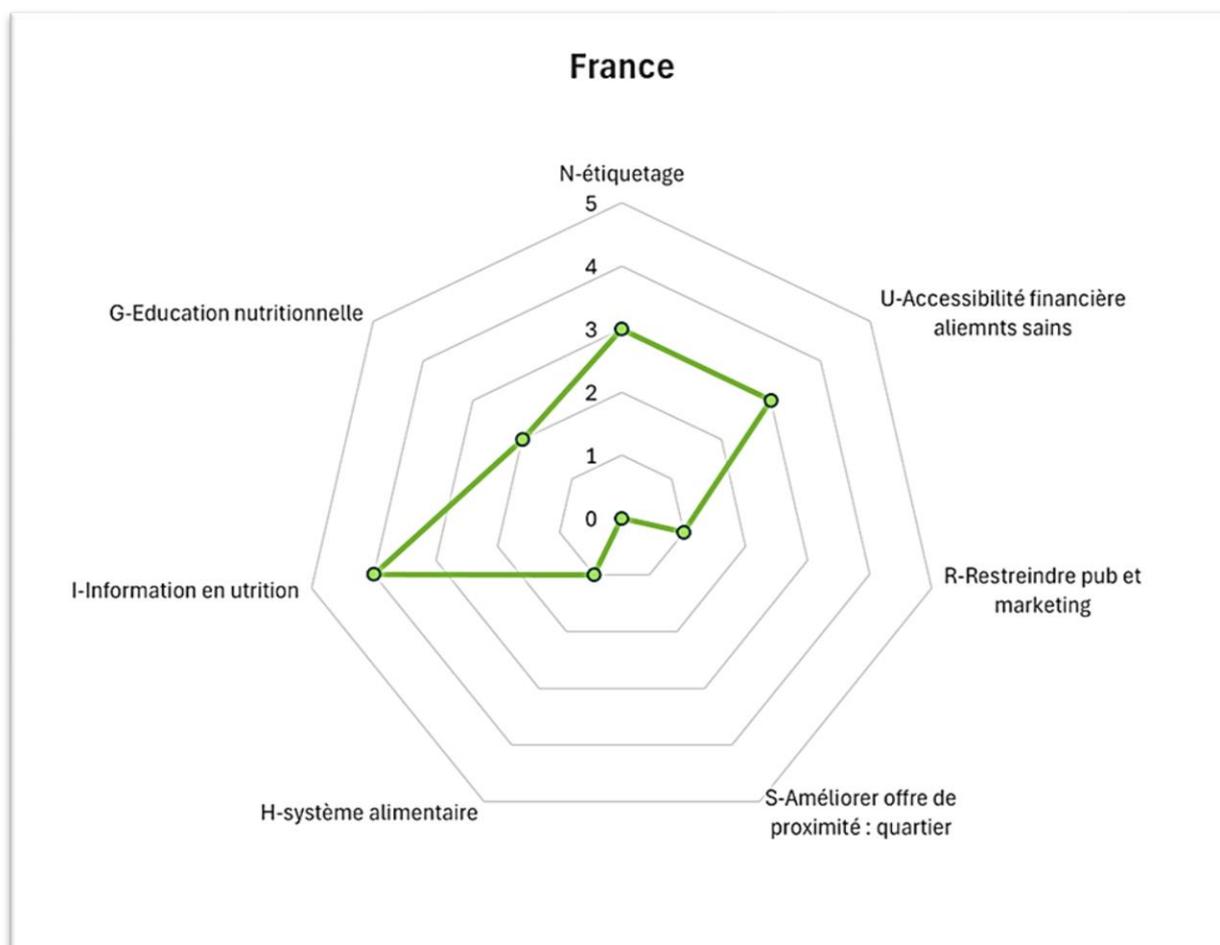
Le quatrième groupe, situé à la droite de l'axe vertical mais à proximité de celui-ci, regroupe les pays qui font nettement mieux que ceux que nous avons examinés précédemment. En effet, dans ce groupe, il est impossible de trouver des scores de "0", sauf pour le domaine le moins populaire dans notre échantillon, à savoir les politiques visant à promouvoir une offre alimentaire locale et de qualité. Pour le reste des domaines d'action, les pays de ce groupe seront toujours actifs et obtiendront principalement des scores "passables" - "2", voire "modérés" - "3", plutôt que des scores "médiocres" - "1". Ce groupe comprend : l'Espagne, l'Irlande, le Pays de Galles, le Danemark, la France et la Belgique. Le profil du pays France peut illustrer le profil politique de ce groupe de pays. Comme le montre le graphique 4, la France est active dans six des sept domaines possibles et les scores de "1" sont limités à deux domaines d'action : la restriction de la publicité et du marketing, ainsi que l'intervention sur le système alimentaire. Pour les quatre autres domaines d'action, les scores sont de "3" pour les politiques d'étiquetage et celles liées à l'accessibilité financière à une offre de qualité, de "4" pour les actions en matière d'information nutritionnelle et de "2" en matière d'éducation nutritionnelle.

Pour ce qui est de l'étiquetage nutritionnel, la France se montre diligent dans quatre des cinq mesures envisageables dans ce secteur : énumération des nutriments à l'arrière des emballages, apposition des logos nutritionnels à l'avant des emballages, régulation des déclarations nutritionnelles et sanitaires. Le seul dispositif qui fait défaut à la politique française en matière d'étiquetage alimentaire concerne les logos d'alerte pour les produits présentant une mauvaise qualité nutritionnelle. Des avancées sont encore à opérer, néanmoins, en ce qui concerne la lisibilité de la liste des nutriments située au dos des emballages ainsi que par rapport aux éléments référentiels utilisés pour évaluer la quantité de nutriments présents. En l'état actuel, les fabricants sont autorisés à choisir comme référentiel pour le calcul des nutriments et d'autres ingrédients cent grammes ou l'unité de portion. Ces éléments référentiels représentent aussi une entrave à la lisibilité. Pour ce qui est des logos, le caractère facultatif du Nutri-score réduit son omniprésence dans les rayons et diminue, par conséquent, le score de la France dans le secteur de l'étiquetage.

En matière d'accessibilité financière, la France a une fois de plus mis en œuvre deux des trois leviers potentiels : des taxes ou tarifs préférentiels et des subventions ciblées (par exemple pour les jeunes) afin d'améliorer l'accessibilité financière des ménages à faible revenu à une offre de qualité. En effet, depuis 2012, les boissons contenant des sucres ajoutés sont soumises à une taxe destinée à augmenter leur prix d'achat. Concernant les aides et les subventions pour les aliments sains, en France, depuis septembre 2019, les repas scolaires sont limités à un euro pour les enfants des ménages à revenus modestes. Des programmes d'éducation nutritionnelle au sein des écoles ont également été mis en place. Le seul levier qui n'est pas activé en France est celui des subventions ou des aides pour les ménages à faible revenu afin d'accéder à une offre alimentaire de qualité plus générale, en dehors de la restauration scolaire. Les perspectives d'amélioration dans ce domaine pour la France résident dans le fait que les subventions ou aides offertes ne ciblent pas clairement

les aliments "sains". Le repas à un euro en France n'est pas obligatoirement un repas "sain" à un euro.

Graphique 4 : profil politique France / politiques sur-ingestion calorique



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

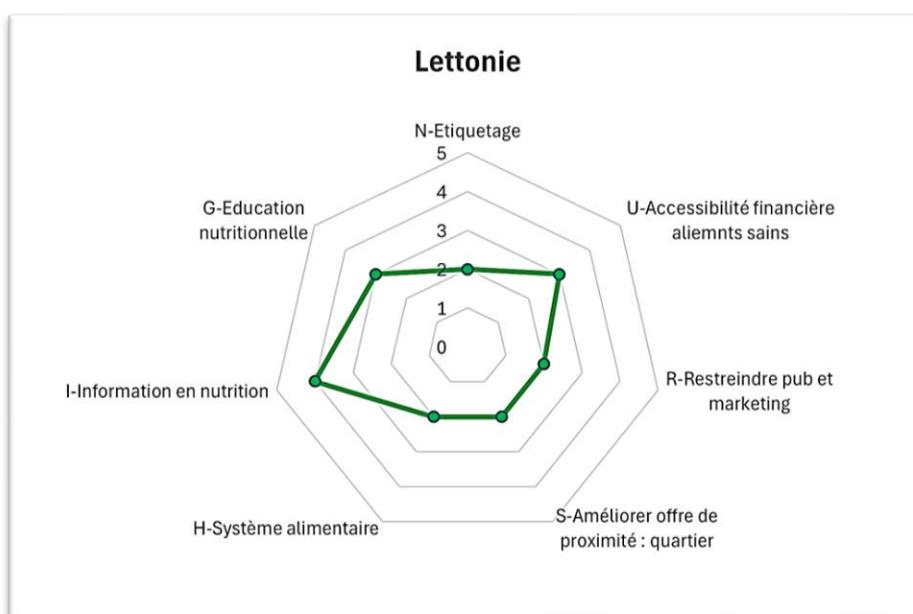
Le cinquième et dernier groupe regroupe un petit nombre de pays qui affichent des scores relativement élevés dans l'ensemble des sept domaines. Effectivement, dans ce groupe, aucun score "0" n'est à déplorer et les rares scores de "1", lorsqu'ils se manifestent, se concentrent dans deux domaines d'action : l'amélioration de l'offre de proximité et une intervention sur le système alimentaire. Dans les cinq autres domaines d'action, les scores atteints sont au minimum de "2", et souvent de "3" (17/35). Du point de vue visuel, ces pays, dont la surface résultant de la projection

des scores dans les sept domaines dans un graphique radar, prennent l'apparence d'un rectangle, témoignage de l'homogénéité de leurs scores dans les différents domaines. La situation de la Lettonie est un exemple pertinent illustrant ce type de profil.

Comme illustré dans le graphique 5, la Lettonie est active dans les sept domaines d'action étudiés, avec des scores minimums de "2". Ce chiffre réfère spécifiquement à quatre domaines d'action : l'étiquetage, la limitation de la publicité, l'intervention dans le système alimentaire et l'amélioration de l'offre à proximité. Pour les trois domaines restants, la Lettonie obtient des scores de "3" et "4"—"3" pour les politiques d'accessibilité financière et d'éducation nutritionnelle, et "4" en ce qui concerne l'information nutritionnelle. Jetons un coup d'oeil plus précis sur les politiques d'éducation de ce pays balte, puisqu'il est le seul à obtenir le score le plus élevé parmi tous ceux que nous avons analysés. En réalité, dans notre échantillon, seuls trois pays atteignent un tel score : la Lettonie, l'Irlande du Nord et les Pays-Bas.

La Lettonie met en œuvre quatre des six types d'actions possibles dans le domaine de l'éducation nutritionnelle : intégration de la nutrition dans les programmes scolaires, formation des professionnels de santé, formations pour apprendre à cuisiner des repas « sains » et formation nutritionnelle pour les professionnels de la restauration collective. Les deux actions qui ne sont pas prises en compte par le pays balte sont la création de jardins potagers dans les écoles et une formation nutritionnelle destinée aux éducateurs. La Lettonie se distinguant particulièrement dans l'intégration de la nutrition dans les programmes scolaires et dans la formation des professionnels de la restauration collective. En fait, en Lettonie, les questions de santé (incluant la nutrition) sont intégrées dans le programme d'études de diverses matières, comme la biologie, le sport, le design et la technologie. Ces sujets de santé sont inclus à tous les niveaux, de l'école primaire au secondaire. Les normes d'éducation sont établies par le Centre National de l'Éducation. Les compétences culinaires sont enseignées dès l'école primaire, dans le cadre du programme de design et technologie. En 2018, le ministère de la Santé a lancé une formation pour les employés et les clients des institutions de garde d'enfants sur les questions de nutrition. Cette formation consistait à fournir des directives au personnel impliqué dans la préparation des repas dans ces établissements, en vue de l'élaboration de menus plus sains. Cette formation est dirigée par des nutritionnistes dans le cadre des initiatives « Promotion de la santé complexe et prévention des maladies » mises en place par le ministère de la Santé.

Graphique 5 : profil politique Lettonie politiques sur-ingestion calorique



Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Les politiques de lutte contre la sous-dépense calorique

Les mesures de lutte contre la sous-dépense calorique obtiennent, tout comme les politiques visant l'excès calorique, en moyenne en Europe, une cote "passable". En effet, la note moyenne est de 41,7 sur 100. Cette note est supérieure de trois points à celle attribuée pour les mesures visant la sur-ingestion calorique, ce qui indique une préférence des pays analysés pour les politiques visant la promotion de l'activité physique. En examinant les scores obtenus de manière cumulative par les actions ciblant l'offre et celles ciblant la demande, nous constatons une préférence des pays européens pour ces dernières. En effet, la note obtenue par les actions ciblant l'offre est de 41,3 sur 100, tandis que celle concernant la demande est de 42,6 sur 100. Cette tendance avait déjà été observée dans le cas des politiques de lutte contre l'excès calorique.

En ce qui concerne les domaines d'engagement les plus investis, ils sont répartis en deux catégories: ceux qui obtiennent un score modéré – situé entre 50 et 75 - et ceux qui obtiennent un score acceptable - entre 25 et 49. Dans la première catégorie, nous trouvons des actions de promotion de l'activité physique locale - dans les quartiers, les écoles, les centres de loisirs, etc. -, des actions de communication et d'information pour promouvoir l'activité physique et la promotion

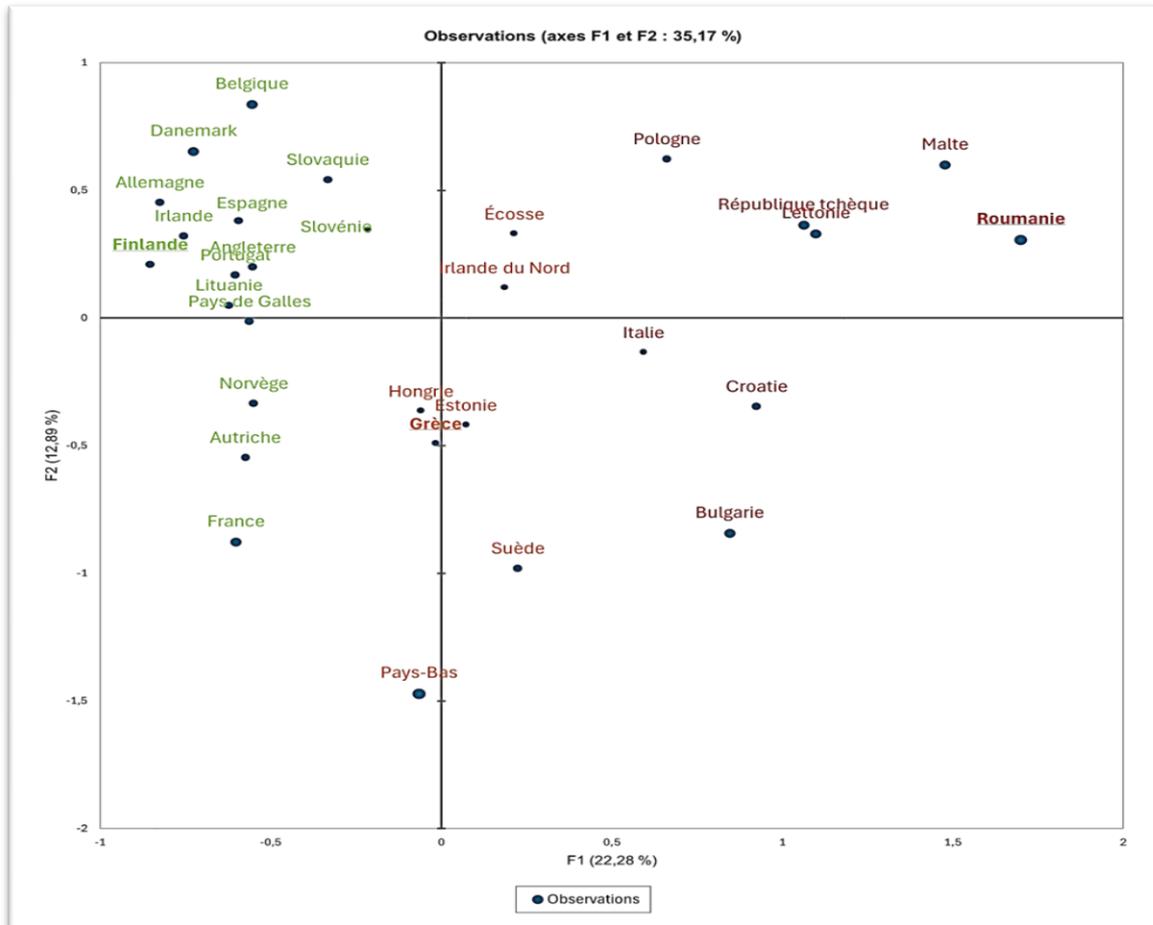
de l'activité physique sur le lieu de travail. Dans la deuxième catégorie, nous trouvons des actions liées à la promotion de la mobilité active - vélo, marche, etc. - les actions d'intégration de l'activité physique dans les soins médicaux et, enfin, le score le plus bas est attribué aux actions liées à la conception d'un environnement urbain - bâtiments, rues, planification urbaine, etc. - facilitant l'activité physique.

Lorsque l'on examine la qualité et la quantité des initiatives prises dans le domaine de l'activité physique, on observera que nombre de pays effectuent un travail louable - ces derniers obtenant un score modéré (coloré en jaune sur la carte). Ces pays sont beaucoup plus nombreux (11 sur 30) que ceux ayant mis en place des politiques contre la surconsommation de calories (4 sur 30). De plus, ces scores relativement favorables ont tendance à se concentrer dans les pays de l'ouest de l'Europe, ce qui permet de postuler une amélioration qualitative et quantitative de ces politiques selon une trajectoire est-ouest.

infrastructures de transport public (I), communication autour de l'activité physique (N), intégration de l'activité physique dans la formation des professionnels de santé et dans le système de soins (G).

Les résultats de l'analyse de correspondances multiples (ACM) indiquent que le profil des pays en ce qui concerne les politiques de promotion de l'activité physique n'est pas structuré par les variables "offre" et "demande", mais plutôt par l'intensité et la qualité des politiques mises en œuvre dans l'ensemble des domaines d'action. Autrement dit, les différences entre les pays sont principalement une question de quantité et de qualité, et non de spécialisation. Lorsqu'un pays décide d'intervenir en matière d'activité physique, il le fait sur les six domaines, et, inversement, quand il intervient peu, il est discret sur l'ensemble des six domaines d'action possibles. À partir de l'ACM, nous pouvons distinguer trois grands groupes de pays en fonction de l'intensité et de la qualité de leur action pour la promotion de l'activité physique.

Diagramme 3 : distribution des pays selon leur profil / politiques sous-dépense calorique



Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

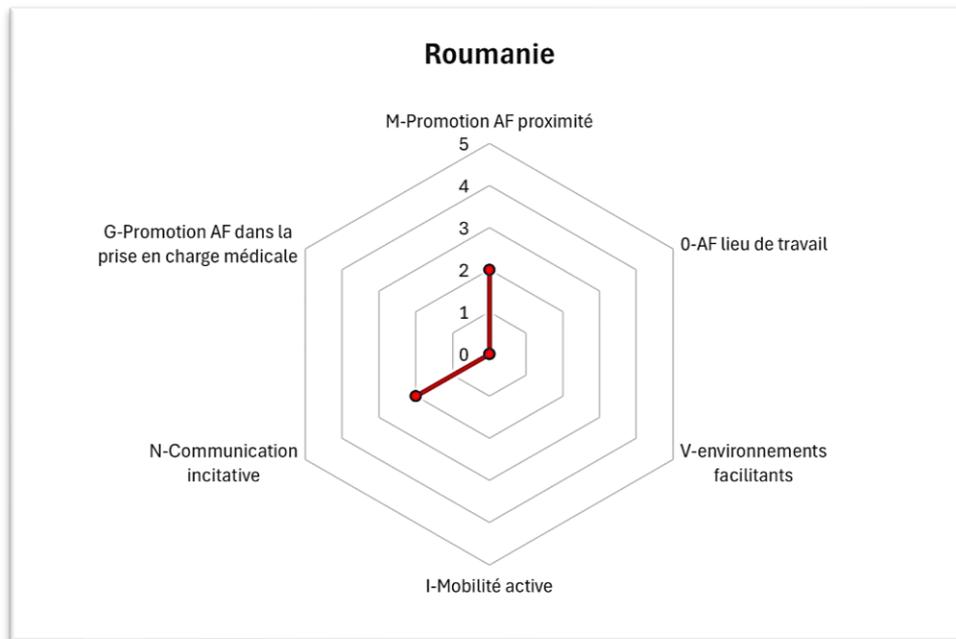
Le premier groupe est constitué par les pays les moins disant en matière d'action pour l'activité physique. Ces pays comprennent la Bulgarie, la Croatie, la République Tchèque, l'Italie, la Lettonie, Malte, la Roumanie et la Pologne, qui sont positionnés à droite de l'axe horizontal de l'Analyse des Correspondances Multiples. La Roumanie illustre parfaitement ce premier groupe. En effet, ce pays obtient un score de "0" dans quatre des six domaines d'action possibles : la promotion de l'activité physique sur les lieux de travail et la promotion de la formation en activité physique pour des professions hors du domaine de la santé (O), les environnements urbains favorisant l'activité

physique (V), la promotion de la mobilité active (I) et enfin l'intégration de l'activité physique dans la formation des professionnels de santé et dans le système de soins (G).

Dans les deux autres domaines d'action - la promotion de l'activité physique dans les écoles, les communautés et les centres de loisir (M), la communication autour de l'activité physique (N) - la Roumanie n'obtient qu'un niveau "passable", le niveau le plus bas de l'échantillon car aucun autre pays n'a une performance moins bonne. La Roumanie a en effet mis en œuvre une politique pour promouvoir l'activité physique dans les quartiers et les écoles. Cependant, elle est absente sur trois des six critères d'évaluation utilisés pour coter un pays dans ce domaine d'action : la promotion de l'activité physique en dehors des horaires scolaires, la promotion de l'activité physique dans les quartiers et les incitations financières pour promouvoir l'activité physique. Elle obtient un score "pauvre" sur le quatrième critère : la promotion de l'activité physique pour toutes les catégories d'âge et de capacités physiques.

Néanmoins, la Roumanie mène des actions de qualité dans la promotion de l'activité physique, notamment dans les écoles, en instaurant l'activité physique comme obligation pour tous les niveaux scolaires et en proposant des "pauses actives" dans les écoles, telles que la "gymnastique quotidienne rafraîchissante" et le "temps de rafraîchissement pendant les cours" comme activités périscolaires.

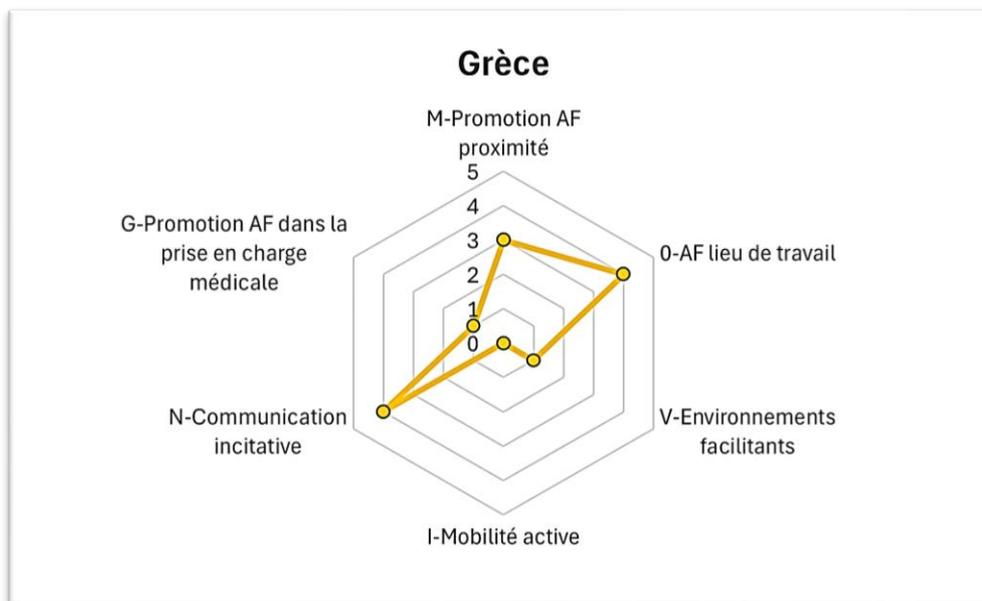
Graphique 6 : profil politique Roumanie politiques sous-dépense calorique



Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Le deuxième groupe est celui dont les valeurs prises pour les six domaines d'action analysés alternent de valeurs bas avec de valeurs élevées et avec des valeurs intermédiaires. Ils sont à l'intersection des deux autres groupes. On retrouve dans ce groupe des pays comme l'Irlande du Nord, l'Écosse, la Suède, l'Estonie, la Grèce, la Hongrie et les Pays-Bas. Pour exemplifier ce type de profil, considérons la Grèce. Elle présente des scores élevés ainsi qu'un score "satisfaisant" dans les mesures encourageant l'activité au lieu de travail tout en ayant un score de "0", s'expliquant par l'inexistence d'une politique, pour les initiatives visant à promouvoir une mobilité active. Pour les notes intermédiaires, nous avons notamment le score médian dans les mesures promouvant l'activité physique dans les écoles et les quartiers (3), ainsi que pour les initiatives cherchant à créer des environnements urbains favorables à l'activité physique (1).

Graphique 7 : profil politique Grèce politiques sous-dépense calorique



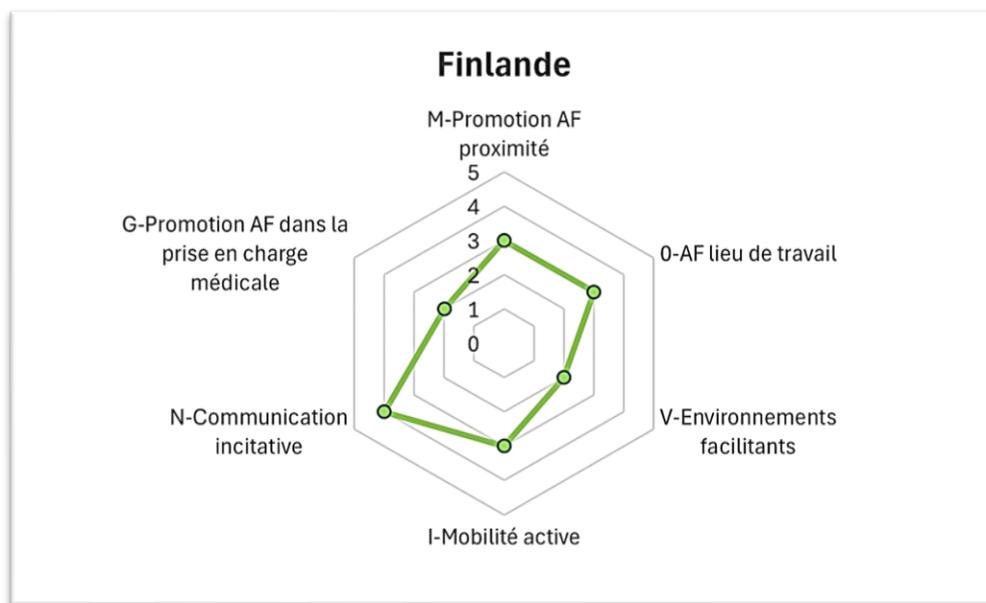
Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Le dernier groupe est composé de pays qui affichent les scores les plus élevés au sein de l'échantillon, et non en termes absolus, dans les domaines d'action liés à la promotion de l'activité physique. Ce groupe comprend le Pays de Galles, l'Espagne, la Slovénie, la Slovaquie, le Portugal, la Norvège, la Lituanie, l'Irlande, l'Allemagne, la France, la Finlande, l'Angleterre, le Danemark et l'Autriche. La Finlande illustre parfaitement ce type de profil. Ce pays nordique affiche les scores les plus élevés de notre échantillon dans quatre des six domaines possibles (VING). Elle affiche le deuxième score le plus élevé de l'échantillon pour les deux premiers domaines (MO). La Finlande est un cas intéressant en ce qui concerne la communication pour promouvoir l'activité physique. Elle obtient un score de "bon" dans ce domaine. En effet, la Finlande a mis en place des politiques de qualité dans les deux sous-domaines pris en compte pour élaborer le score en matière de communication. Elle mène des campagnes d'information qui utilisent le marketing social et élabore régulièrement des recommandations officielles en matière d'activité physique. Ainsi, le programme "Adults on the Move" a lancé une campagne sur leur site web, leurs réseaux sociaux et sur Radio Rock, encourageant les gens à envoyer leurs meilleures excuses pour ne pas faire d'exercice. L'objectif de la campagne était d'exploiter l'humour afin de sensibiliser la population au nombre important d'excuses que nous invoquons quotidiennement pour éluder nos responsabilités..

En outre, la Finlande personnalise ses campagnes en fonction des divers publics cibles afin d'augmenter les chances de transmission efficace du message, un signe indéniable de la qualité de

sa communication sociale. Par conséquent, le pays met en place des recommandations spécifiques en matière d'activité physique adaptées à différents groupes d'âge (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées) et à différentes situations (femmes enceintes, femmes tout juste accouchées, etc.).

Graphique 8 : profil politique Finlande politiques sous-dépense calorique



Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

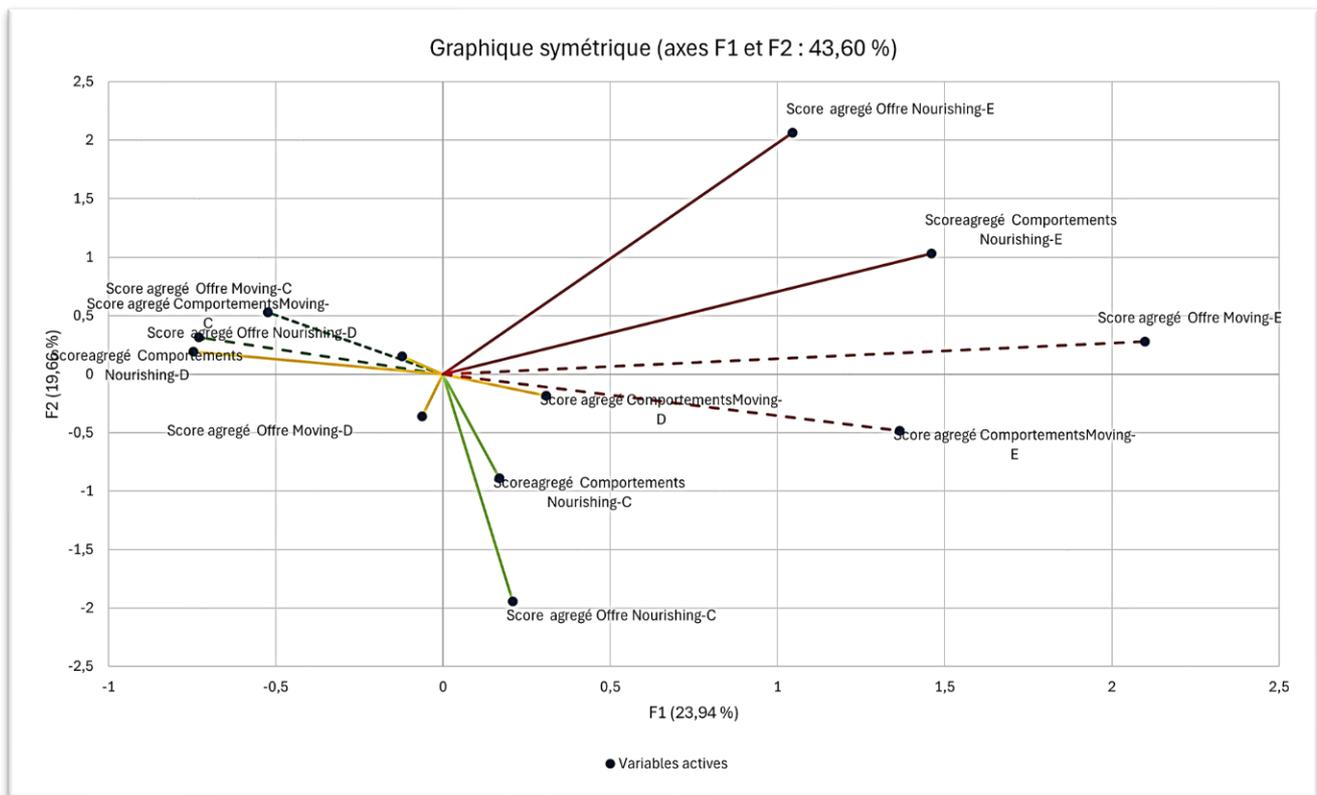
Une typologie des pays européens en matière de lutte contre l'obésité

Après avoir examiné tout ce qui précède, il est temps de procéder à une analyse globale des trente pays étudiés en ce qui concerne l'ensemble des politiques qui peuvent être mises en œuvre pour lutter contre l'obésité. La question est de savoir si les pays se spécialisent ou non dans un type de politique, à savoir la lutte contre la surconsommation calorique ou la lutte contre le manque d'activité physique, ainsi que dans un type d'approche : des politiques axées sur l'offre ou la demande/comportements. À cette fin, nous avons créé quatre variables : une variable avec les scores obtenus pour chaque pays en matière de politiques de lutte contre la surconsommation

calorique axées sur l'offre, une variable avec les scores obtenus pour chaque pays en matière de politiques de lutte contre la surconsommation calorique axées sur la demande, une variable avec les scores obtenus pour chaque pays en matière de politiques de lutte contre le manque d'activité physique axées sur l'offre, et une variable avec les scores obtenus pour chaque pays en matière de politiques de lutte contre le manque d'activité physique axées sur la demande.

L'analyse des correspondances multiples exécutée en tenant compte de ces quatre variables nous révèle qu'il n'existe pas de spécialisation selon les approches adoptées, que ce soit l'offre ou la demande, mais plutôt en fonction du type de politique : surconsommation calorique ou sous-dépense calorique. Pour simplifier, les "excellents élèves" dans la lutte contre la surconsommation calorique sont tout aussi efficaces dans les approches ciblant l'offre et la demande. Il en va de même pour les "excellents élèves" en matière de promotion de l'activité physique, que ce soit dans les actions ciblant l'offre ou le comportement. En fait, si nous examinons le Diagramme 4, nous constatons que les modalités correspondant aux scores les plus bas "E" en matière d'activité physique, tant pour les approches de l'offre que de la demande, se situent à droite de l'axe vertical, ce qui implique qu'ils sont corrélés et fonctionnent de concert. Les modalités correspondant aux scores élevés "C" en matière d'activité physique, tant pour les approches de l'offre que de la demande, se situent à gauche de ce même axe. De même, les modalités correspondant aux valeurs élevées des politiques de lutte contre la surconsommation calorique, offre et demande, se situent en bas de l'axe vertical et sont donc également corrélées. Les valeurs négatives pour ces mêmes variables se trouvent en haut de l'axe vertical.

Diagramme 4 : distribution des différentes politiques et approches dans la lutte contre l'obésité



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Cette structuration de l'information permet de distinguer quatre profils ou groupes de pays. Le premier groupe est constitué de pays qui se sont spécialisés dans les politiques de promotion de l'activité physique. Comme nous l'avons précisé, cela ne signifie pas qu'ils négligent la lutte contre l'excès d'ingestion de calories, mais qu'ils sont plutôt performants dans la promotion de l'activité physique. En effet, ils présentent des valeurs que nous pouvons qualifier de médianes en ce qui concerne les variables liées aux politiques de lutte contre l'excès d'ingestion de calories. Dans ce premier groupe - pays situés à l'extrême gauche de l'axe horizontal - se trouvent la Belgique, le Danemark, la Lituanie, l'Allemagne, la Finlande, le Portugal, pays de Galles, la Grèce, la Slovénie, l'Italie et l'Irlande.

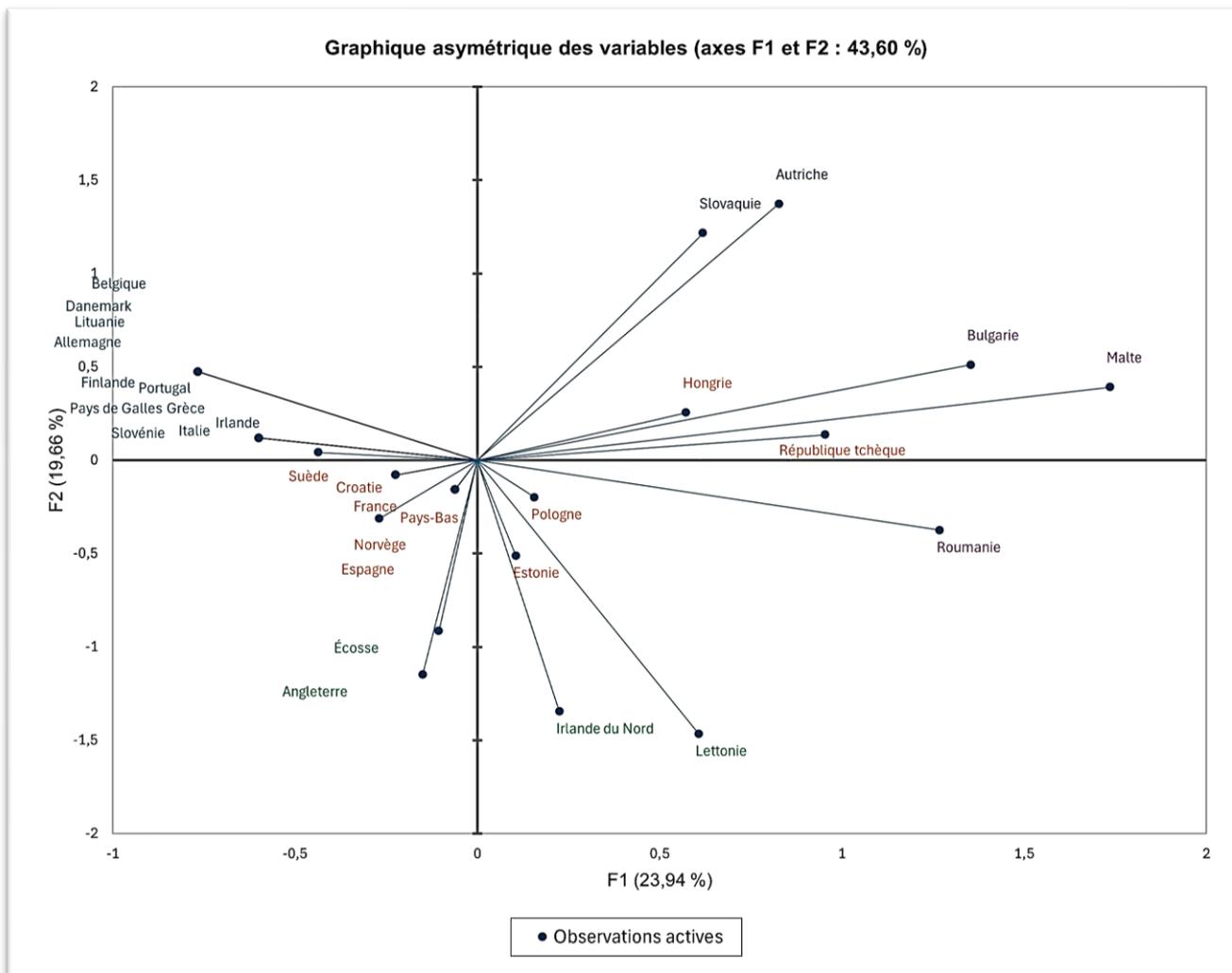
Le second groupe est formé par des nations qui affichent les meilleures performances en matière de politiques de lutte contre la surconsommation calorique. Ils se positionnent à l'extrémité inférieure

de l'axe vertical du diagramme 5. Ces nations comprennent l'Écosse, l'Angleterre, l'Irlande du Nord et la Lettonie. Ce groupe présente des scores relativement moyens en ce qui concerne la promotion de l'activité physique.

À côté de ces deux groupes de pays spécialisés, il existe trois groupes de pays dont la caractéristique principale est l'absence de spécialisation. Ces derniers se distinguent notamment par leurs piètres performances dans l'un des deux domaines politiques examinés - la surconsommation calorique ou la promotion de l'activité physique - ou par le fait qu'ils obtiennent des scores plutôt moyens dans l'ensemble des politiques étudiées.

Les pays affichant des résultats très bas en matière de promotion de l'activité physique, bien que leurs scores ne soient pas totalement désastreux dans la lutte contre la surconsommation calorique, incluent Malte, la Bulgarie et la Roumanie (situés à l'extrême droite de l'axe horizontal). Dans la catégorie des pays affichant de piètres résultats en terme de politiques de lutte contre la surconsommation calorique, tout en étant moins mauvais en matière d'activité physique, nous retrouvons l'Autriche et la Slovaquie. Enfin, les pays ayant tendance à obtenir des scores moyens, ou du moins pas les plus déplorables, en matière de politiques globales sont : la Hongrie, la République Tchèque, la Pologne, l'Estonie, l'Espagne, les Pays-Bas, la Norvège, la Croatie, la Suède et, bien sûr, la France. Ces pays sont situés autour du centre des deux axes du diagramme.

Diagramme 5 : distribution des pays en fonction du type de politique mise en oeuvre



Source : auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

ZOOM SUR LA FRANCE : LES MARGES DE PROGRESSION DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE L'OBESITE

Dans cette section, nous nous proposons d'examiner de manière approfondie l'ensemble des éléments - les benchmarks - qui constituent la politique française de lutte contre l'obésité, afin de proposer des pistes d'amélioration. Ainsi, nous identifierons d'abord les initiatives politiques où la France a des opportunités de progrès et proposerons des pistes d'amélioration en nous inspirant des politiques en vigueur dans d'autres pays européens et extra-européens. Cet exercice sera réalisé en deux phases. Dans un premier temps, notre attention se portera sur les politiques visant à lutter contre la surconsommation calorique et ensuite, nous nous concentrerons sur les politiques visant à contrer la dépense calorique insuffisante. Il est important de préciser que cette évaluation ne repose pas sur l'analyse de la mise en œuvre des politiques que nous avons étudiées, mais plutôt sur la qualité de leur conception, telle que définie par les standards de qualité proposés par le World Cancer Research Fund.

Les politiques de lutte contre la suringestion calorique

La qualité des politiques de lutte contre l'excès calorique est évaluée à travers les actions mises en place par la France dans les dix domaines d'action préalablement décrits, nommés NOURISHING. La performance des actions réalisées dans chacun de ces dix domaines est mesurée à l'aide d'un ensemble d'indicateurs quantitatifs. Pour être plus précis, quarante et un indicateurs sont utilisés pour évaluer chacun de ces domaines d'action.

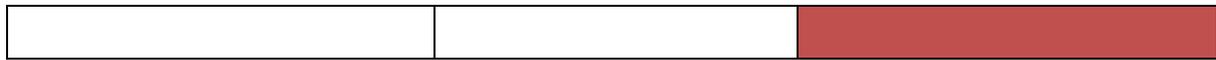
Pour évaluer la politique française, nous examinerons donc le nombre d'initiatives dans lesquelles la France est active, parmi les quarante et une initiatives possibles, ainsi que la manière dont ces actions se présentent : engagement politique, niveau de contrainte, qualité technique des mécanismes, qualité démocratique de l'action, et portée horizontale et verticale des actions.

La France est engagée dans presque tous les domaines d'action étudiés, à l'exception de ceux visant à l'offre d'aliments « sains » de proximité. Cependant, les actions proposées sont de qualité plutôt médiocre, voire insuffisante ou faible (voir tableau 1). Les raisons de cette qualité politique plutôt modérée sont diverses, comme nous le verrons lorsque nous analyserons chaque domaine d'action en termes de politique de lutte contre la surconsommation calorique.

Tableau 1 : Qualité de la politique française dans la lutte sur-ingestion calorique

Acronyme domaine d'action	Domaines d'action	Qualité France
<i>N</i>	<i>Normes et réglementations concernant l'étiquetage nutritionnel et l'utilisation d'allégations sur les produits alimentaires</i>	<i>Modérée</i>
<i>O</i>	<i>Offrir de la nourriture saine et établir des normes dans les institutions publiques</i>	<i>Modérée</i>
<i>U</i>	<i>Utiliser les outils économiques pour aborder les questions de l'accessibilité financière à une alimentation saine</i>	<i>Modérée</i>
<i>R</i>	<i>Limiter la publicité alimentaire et d'autres formes de promotion commerciale</i>	<i>Pauvre</i>
	<i>Améliorer la qualité nutritionnelle de</i>	

I	<i>l'ensemble de l'offre alimentaire</i>	Bonne
S	<i>Etablir des incitations et des règles pour créer un environnement de vente au détail et de service alimentaire sain.</i>	Pas d'action
H	<i>Exploiter la chaîne d'approvisionnement pour garantir une alimentation saine</i>	Pauvre
I	<i>Informers les gens sur la nourriture et la nutrition à travers des campagnes de communication du public</i>	Bonne
N	<i>Conseils et accompagnement en nutrition dans les établissements de santé.</i>	Passable
G	<i>Donner une éducation et des compétences en nutrition.</i>	Passable

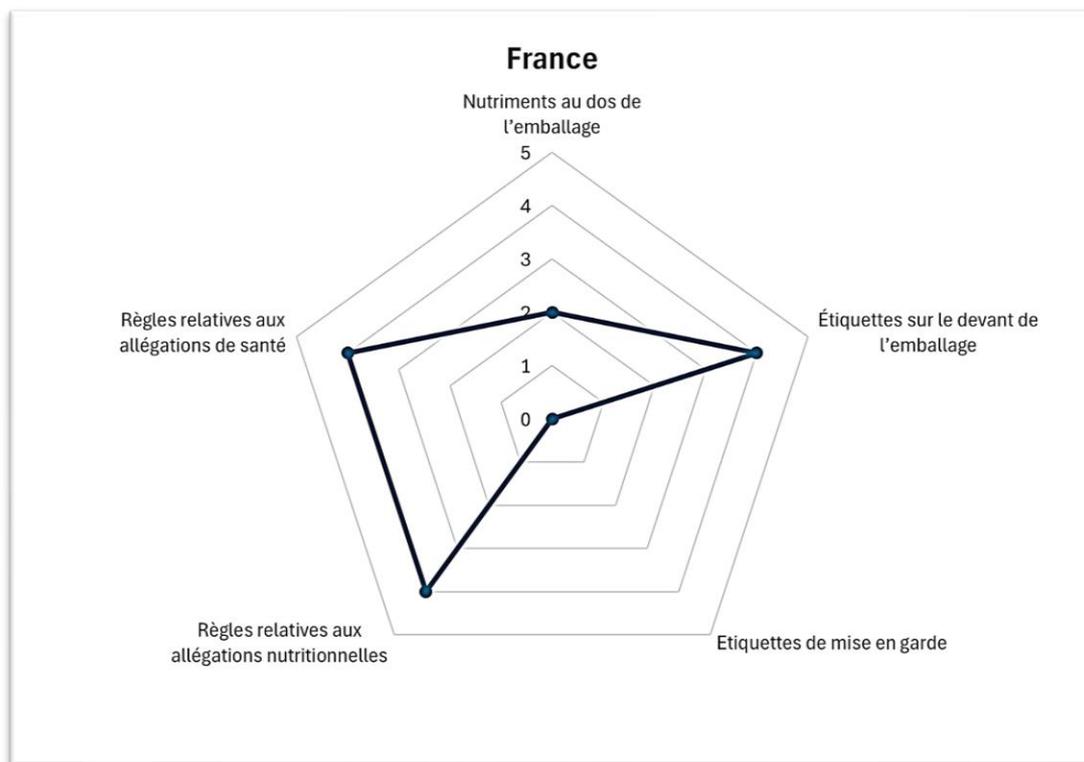


Source : World cancer research fund

Pour évaluer les actions menées en matière d'étiquetage nutritionnel (N), nous disposons de cinq indicateurs : les nutriments figurant à l'arrière de l'emballage, les étiquettes placées à l'avant de l'emballage, les étiquettes d'avertissement, les règles relatives aux allégations nutritionnelles, et les règles relatives aux allégations de santé. La France, comme le montre le graphique 9, affiche de bons résultats sur trois de ces indicateurs. Cependant, elle dispose d'une importante marge de progression dans les domaines de l'étiquetage des nutriments à l'arrière des emballages et des avertissements sanitaires apposés sur les emballages des produits alimentaires. En ce qui concerne les listes de nutriments à l'arrière des emballages, des améliorations peuvent être apportées en termes de lisibilité et de compréhension des informations par le consommateur. En effet, ces listes de nutriments peuvent être complexes et difficiles à comprendre. Les informations sont souvent présentées en termes de grammes, pourcentages et valeurs de référence, ce qui peut rendre leur lecture complexe. Par ailleurs, les listes de nutriments ne fournissent pas toujours suffisamment de contexte - elles omettent par exemple souvent de préciser si un nutriment est bénéfique ou nuisible pour la santé.

Le second problème identifié au sujet de ces listes en France réside dans le fait qu'elles n'exigent pas l'inscription des sucres ajoutés, des fibres ainsi que des acides gras trans. Il convient d'ajouter que les ventes en ligne demeurent en marge de cette réglementation. Les législations belge et irlandaise pourraient servir de référence en la matière. L'Argentine et le Brésil proposent également des approches intéressantes, ces pays contraignant les fabricants à indiquer la teneur en acides gras trans dans les listes de nutriments.

Graphique 9 : scores France qualité politiques étiquetage nutritionnels



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

En ce qui concerne les logos d'avertissement sanitaire, la France, à l'instar d'une grande majorité de pays européens, n'applique aucune action. Il est impératif de se tourner vers d'autres continents pour trouver des sources d'inspiration sur cette question. Ainsi, en Israël par exemple, des étiquettes rouges sont apposées sur les emballages alimentaires pour indiquer les produits contenant des teneurs élevées en sodium, en sucre ou en graisses saturées. Au Mexique, des étiquettes noires sont apposées sur la face avant de l'emballage, accompagnées d'un texte alertant le consommateur que le produit en question contient un excès de sucres, de sel ou de graisses.

Image 1 : avertissements sanitaires Mexique



Source : informador.mx

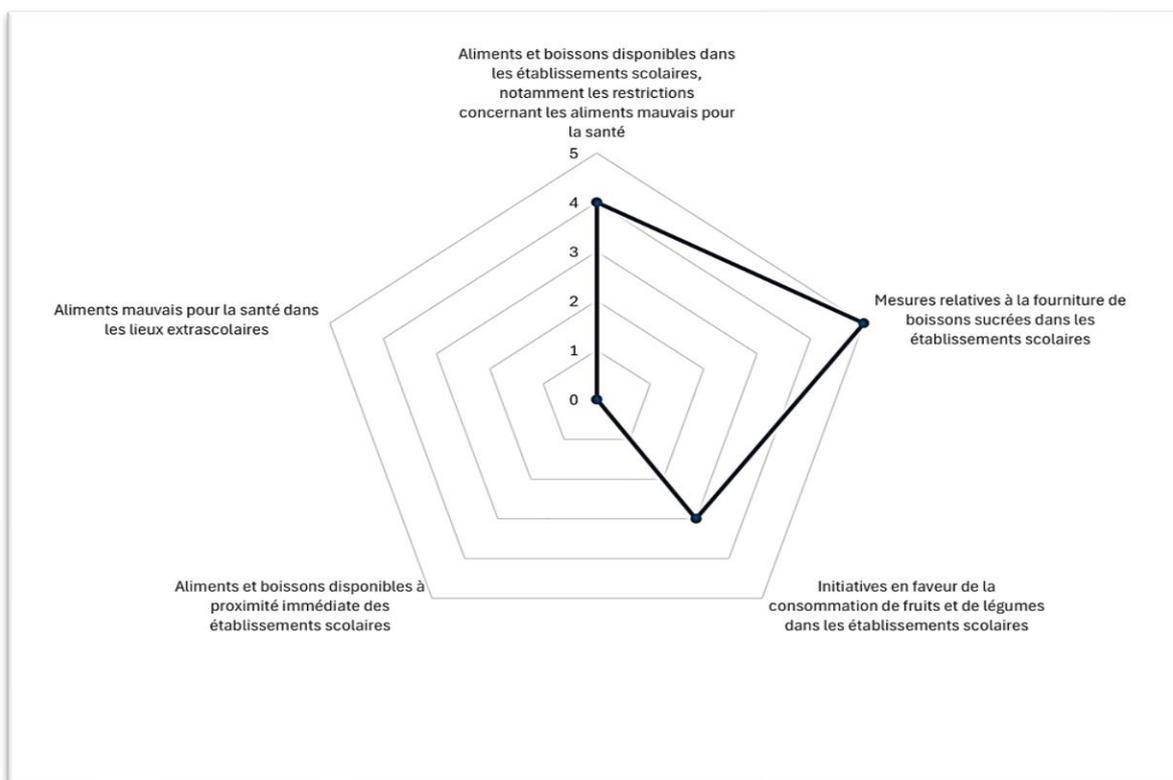
Dans les démarches visant à fournir des nourritures salubres et à établir des normes dans les institutions publiques et autres contextes de consommation (O), nous distinguons cinq types d'actions qui nous permettent de construire un score pour la France dans ce domaine : des restrictions dans les écoles concernant les aliments nuisibles à la santé, des mesures relatives à la distribution de boissons sucrées dans les écoles, des initiatives favorisant la consommation de fruits et de légumes dans les écoles, des aliments et des boissons saines disponibles à proximité immédiate des écoles, la restriction des aliments « nuisibles à la santé » dans les lieux d'activités périscolaires.

La France se distingue favorablement, voire de manière excellente, dans les deux premières catégories d'actions : la limitation des aliments et boissons peu « sains » dans les écoles. Elle dispose d'importantes opportunités d'amélioration en ce qui concerne l'encouragement de la consommation de fruits et de légumes dans les écoles, et elle doit encore tout mettre en œuvre pour réguler les aliments et boissons peu nutritifs à proximité des établissements scolaires et dans les lieux d'activités périscolaires.

En matière de promotion des fruits et des légumes au sein des établissements scolaires, la France a adopté le schéma européen intitulé « fruits et légumes », dont l'objectif principal est d'encourager la consommation de fruits et légumes par les élèves européens. Cependant, ce programme n'est pas obligatoire pour toutes les écoles et, par conséquent, seulement 7% des écoles primaires ont

participé à ce programme au cours de l'année scolaire 2017-2018. Cette faible participation constitue le principal point faible de la France concernant ce programme.¹⁶

Graphique 10 : scores France qualité politiques offre des aliments sains dans les institutions publiques



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Comme nous l'avons souligné, la France n'entreprend aucune action visant à réguler la présence d'aliments et de boissons de qualité nutritionnelle médiocre à proximité des établissements scolaires et dans les lieux où se déroulent les activités extrascolaires. À cet égard, la Corée du Sud offre un exemple intéressant. En 2010, la Corée a établi des Zones Alimentaires Vertes, interdisant la vente d'aliments énergétiques et pauvres en nutriments, dont la restauration rapide et les sodas, dans les enceintes scolaires et les commerces situés à moins de 200 mètres des écoles. L'Australie est un autre exemple marquant de politique d'interdiction de produits alimentaires néfastes pour la santé

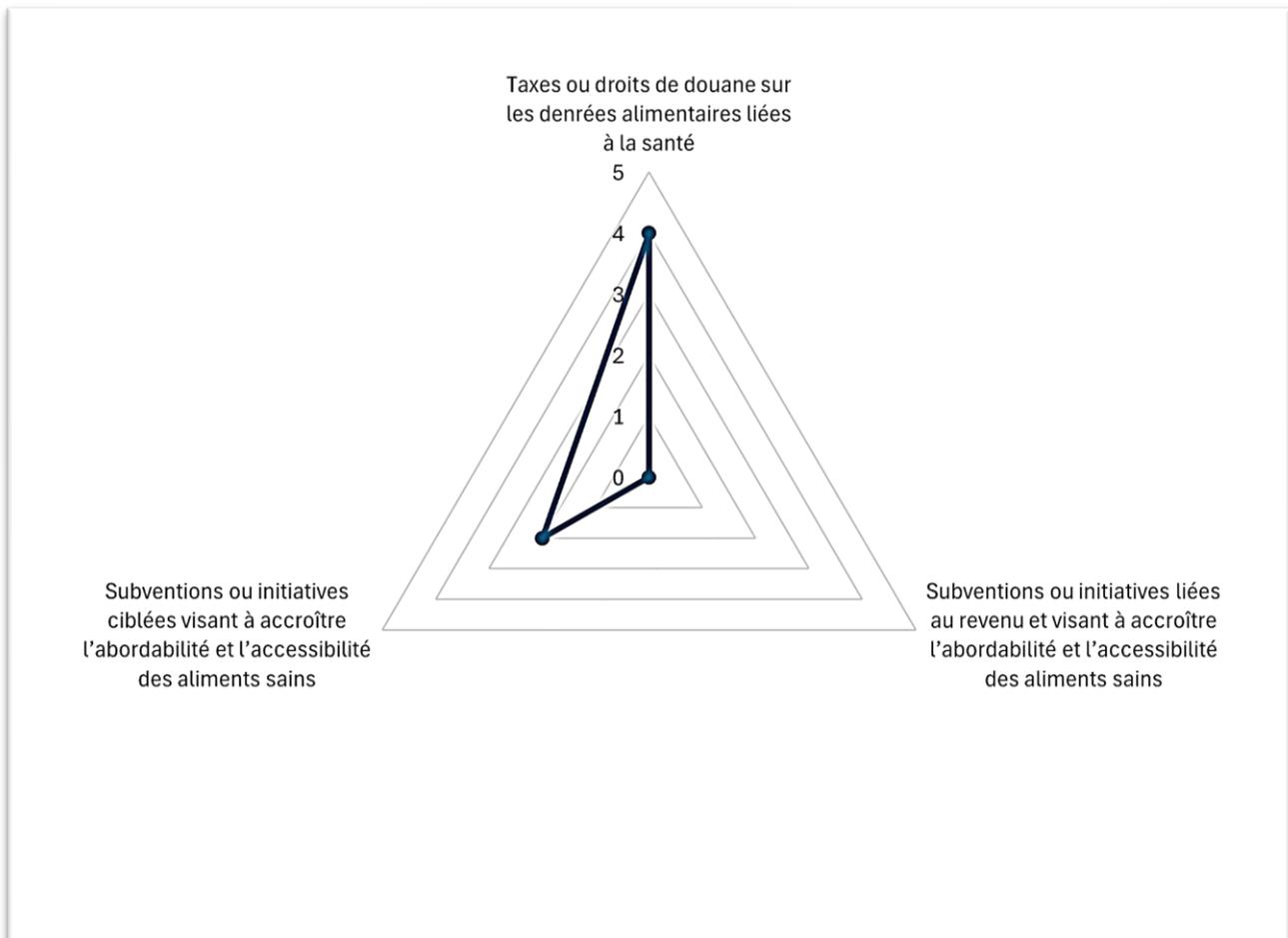
¹⁶ European Commission, Directorate-General for Agriculture and Rural Development (2012) Evaluation of the European School Fruit Scheme Final Report. European Commission, Brussels.

dans les établissements de santé du pays. En 2017, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud a publié le cadre "Healthy Food and Drink in New South Wales Health Facilities for Staff and Visitors". Ce cadre vise à établir des directives de meilleures pratiques pour fournir des aliments et boissons sains dans les établissements de santé de NSW afin de prévenir le surpoids et l'obésité. La politique concerne tous les aliments et boissons, y compris les aliments et boissons conditionnés, y compris ceux préparés hors site. La politique s'étend aux : cafés, cafétérias, kiosques et chariots à café, distributeurs automatiques, magasins de commodité et marchands de journaux, autres lieux commerciaux loués qui vendent de la nourriture ou des boissons, tels que les fleuristes et les pharmacies, ainsi qu'au service de restauration fourni lors de fonctions, réunions et événements spéciaux, par exemple des réunions avec des partenaires externes ou des ateliers.

Dans les initiatives propulsées par des outils économiques afin d'accroître l'accessibilité financière et physique aux aliments nutritifs et de promouvoir leur achat (U), nous dénombrons trois catégories d'actions nous permettant d'établir un score pour la France dans ce secteur spécifique: des taxes ou tarifs douaniers sur les aliments en fonction de leurs effets sur la santé; des subventions ou initiatives liées au revenu visant à améliorer l'accessibilité financière aux aliments nutritifs ; des subventions ou initiatives ciblant spécifiquement l'amélioration de l'accès physique à de la nourriture saine. La France obtient un bon score pour la première catégorie d'actions, mais dispose de vastes marges de progression pour les deux autres. Effectivement, à compter du 1er janvier 2012, la France a instauré une taxe spécifique sur les boissons contenant des sucres ajoutés et des édulcorants artificiels ; cela inclut les sodas, les jus de fruit, les eaux aromatisées et les boissons "light" (Loi n° 2011-1977). À partir du 1er juillet 2018, la France a mis en place une taxe proportionnelle à la teneur en sucre des boissons sucrées. En date du 1er janvier 2021, le taux d'imposition sur les boissons sucrées s'élève à 3,63 € pour 2 kg de sucre ajouté par hectolitre de boisson. Ces taxes sont appliquées aux boissons non-alcoolisées contenant des sucres ajoutés, indépendamment de leur quantité (jus de fruits ou de légumes, sodas, eau aromatisée par exemple). Quand la boisson contient à la fois des sucres ajoutés et des édulcorants, deux taxes sont appliquées à la vente. Le bon score obtenu grâce à ces mesures est dû au fait que le paiement de la taxe est obligatoire, qu'elle a été définie en se basant sur des critères nutritionnels, que son montant augmente avec la teneur en sucre et qu'il n'existe pas d'exemptions injustifiées.

Comme nous avons déjà souligné, en France, depuis septembre 2019, les repas scolaires sont limités à un euro pour les enfants des ménages à revenus modestes. Ces repas sont accompagnés d'outils pédagogiques pour promouvoir une meilleure alimentation. En plus de ces repas à un euro, les repas sont également subventionnés en fonction des revenus des ménages. Cependant, il n'existe pas de subventions ou d'aides pour permettre aux ménages modestes d'accéder généralement à une offre alimentaire de qualité.

Graphique 11 : scores France qualité outils économiques pour accroître l'accessibilité financière aux denrées alimentaires saines



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Dans le domaine des restrictions de la publicité et du marketing (R), la France affiche des scores très décevants. Plusieurs leviers d'action peuvent être activés dans ce domaine, parmi lesquels : les restrictions de la publicité destinée aux jeunes, les limitations du marketing direct ciblant les jeunes, l'encadrement du parrainage marketing à destination des jeunes, les restrictions de la publicité dans les points de vente visant les jeunes, les limitations du placement de produits marketing à destination des jeunes, les contraintes en matière de conception et d'emballage de produits destinés aux jeunes, et les restrictions du marketing dans les établissements scolaires et à proximité de ceux-ci.

Concernant les actions liées à la restriction de la publicité destinée aux jeunes, la France obtient un score de « passable », et un zéro sur le reste des items mentionnés.

Les mesures relatives à la restriction de la publicité pour les produits alimentaires de qualité nutritionnelle médiocre sont définies par la loi Gattolin, promulguée le 20 décembre 2016. Cette législation vise à limiter la diffusion de publicités lors des programmes principalement destinés aux enfants de moins de douze ans à des messages génériques relatifs à des biens ou services liés à la santé et au développement des enfants ou à des campagnes d'intérêt général, et à les supprimer sur les chaînes de télévision publiques. Cette restriction s'applique pendant la diffusion des programmes et pendant une période de quinze minutes avant et après cette diffusion. Elle s'étend également à tous les messages diffusés sur les sites web de ces mêmes services de télévision nationaux qui proposent des programmes principalement destinés aux enfants de moins de douze ans. Un amendement voté à l'Assemblée Nationale envisage la suppression de la publicité dans les programmes pour enfants sur France Télévisions à partir du 1er janvier 2018. Cette politique est classée comme « passable » car elle cible les enfants de moins de douze ans plutôt que ceux de moins de dix-neuf ans, elle vise à réguler plutôt qu'à interdire, l'interdiction ne s'applique qu'aux chaînes de télévision publique, et elle ne concerne que la publicité destinée au jeune public plutôt qu'à l'ensemble de la publicité à laquelle les jeunes sont exposés.

En fin de compte, ces restrictions ne s'appliquent pas nécessairement aux réseaux sociaux ou autres médias par lesquels les jeunes accèdent : smartphones, tablettes, etc. Le cas irlandais représente un exemple intéressant pour pallier les lacunes de la législation française en matière de publicité pour les produits alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle en direction des enfants. En effet, en Irlande, le Code de la communication commerciale pour les enfants de 2009 (tel que modifié en 2010) interdit de présenter des célébrités dans la publicité alimentaire destinée aux enfants de moins de dix-huit ans, et de faire appel à des personnages et des personnalités issus des programmes pour enfants dans la publicité alimentaire destinée aux enfants de moins de quinze ans. Le code a été mis à jour en 2013 pour inclure la publicité, le parrainage, le téléachat et le placement de produit pour les aliments riches en gras, en sucres et en sel, tels que définis par un modèle de profilage nutritionnel, qui sont interdits pendant les programmes de télévision et de radio pour enfants lorsque plus de 50 % de l'audience a moins de 18 ans.

En Irlande, la promotion, le sponsoring, le téléachat et le placement de produits alimentaires riches en graisses, en sucre et en sel, tels que décrits par un profil nutritionnel, sont interdits lors des programmes de télévision et de radio destinés aux enfants lorsque plus de 50% de l'audience a moins de 18 ans (Code de la Communication Commerciale pour les Enfants, révision de 2013). De surcroît, il est instauré une limite globale sur la publicité de ces types de produits à n'importe quel moment de la journée, celle-ci ne devant pas excéder 25% du temps publicitaire vendu, et ne devrait représenter qu'une publicité sur quatre. Les publicités restantes visant les enfants de moins de 13

ans ne doivent pas faire valoir des allégations nutritionnelles ou de santé, ni inclure de personnages sous licence.

La Norvège se positionne en deuxième lieu pour sa politique de restriction de la publicité selon une évaluation de performances ; cette réussite est notable. Le dispositif législatif s'articule, notamment, autour de l'article 3-1 de la Loi sur la communication audiovisuelle. Ce texte législatif stipule une interdiction de diffuser de la publicité en lien avec des programmes destinés aux enfants, et en particulier, de la publicité ciblant explicitement ces derniers (moins de 18 ans) à la télévision ou via les services audiovisuels à la demande. Cette prohibition s'étend à tous les produits, englobant également les aliments et boissons. Par ailleurs, l'article 3-6 du Règlement sur la communication audiovisuelle offre des directives sur les critères permettant de déterminer si une publicité vise spécifiquement les enfants de moins de 18 ans. Parmi ces critères figurent : l'intérêt manifesté par les enfants pour le produit ou le service promu, l'utilisation d'animation ou d'autres techniques de présentation qui attirent particulièrement les enfants, l'horaire de diffusion de la publicité, et l'apparition d'enfants de moins de 13 ans dans le contenu publicitaire. Il est aussi proscrit de faire appel à des individus ou des personnages ayant exercé une influence significative dans des programmes de radio et de télévision destinés aux enfants et adolescents diffusés en Norvège au cours de la dernière année, à des fins publicitaires. En outre, le placement de produits ainsi que le *branding* sont également interdits.

Graphique 12 : scores France qualité des politiques de restriction de la publicité alimentaire et les autres formes de promotion commerciale



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la France ne possède point d'emprise sur les autres leviers qui pourraient être utilisés pour préserver la jeune population et les enfants de leur exposition à la publicité et au marketing des produits alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle. Il serait opportun de s'inspirer de l'exemple Norvégien pour pallier ces manquements manifestes de notre Hexagone. La Norvège se distingue particulièrement dans la régulation du marketing direct, du parrainage et pour le placement de produits ou le branding. Elle possède plusieurs lois opérant dans ces secteurs spécifiques.

D'abord, la Loi sur le contrôle du marketing définit les mineurs (ceux âgés de moins de 18 ans) comme étant un groupe de consommateurs vulnérables nécessitant une protection particulière face au marketing. L'article 20, par exemple, régule les pratiques commerciales déloyales visant les enfants et souligne que l'accent doit être mis sur le fait que ces pratiques commerciales sont spécifiquement orientées vers les enfants. Même si la pratique commerciale n'est pas explicitement dirigée vers les enfants, l'impact potentiel de la pratique ou du produit sur les enfants doit être pris

en considération, ainsi que la vulnérabilité particulière des enfants face à cette pratique. Est prohibée l'inclusion dans la publicité d'appels directs incitant les enfants à acheter les produits promus, ou à convaincre leurs parents ou d'autres adultes de faire cet achat à leur place. La publicité se trouvant dans des textes ou des images fixes (comme sur des blogs ou des réseaux sociaux, par exemple) est également assujettie à cette loi régulant le marketing.

La Loi de 2007 sur l'Éducation précise explicitement que les responsables d'établissements scolaires ont pour obligation de s'assurer que les élèves ne subissent aucune forme de publicité qui pourrait exercer une pression commerciale sur eux, ou qui pourrait influencer considérablement leurs attitudes, comportements et valeurs. Cette disposition s'applique entre autres aux établissements et terrains sportifs, aux terrains de jeux scolaires, ainsi qu'aux manuels et autres ressources pédagogiques utilisés pour l'enseignement. Le terme "publicité" est à comprendre dans son sens le plus large, incluant les publicités diffusées et non diffusées, le parrainage et les autres formes de promotion. Quant à la Loi de 2003 sur les Écoles Privées, elle stipule que les mêmes restrictions en matière de publicité s'appliquent à ces établissements.

Les actions de marketing ciblant les points de vente et intégrées dans les emballages de produits alimentaires sont quasiment absentes dans les trente pays étudiés. Seuls les Pays-Bas se distinguent dans ce domaine. Leur accord national de prévention stipule que l'emploi de personnages de dessins animés sous licence sur les emballages de produits destinés aux enfants de moins de 13 ans ainsi que les dispositifs marketing - panneaux, animations, etc. - aux points de vente seront limités sur la base de critères nutritionnels. Ainsi, les supermarchés réduiront l'usage de personnages de dessins animés sur les emballages de leurs marques propres de produits pour enfants, conformément aux critères établis par l'Organisation mondiale de la Santé.

Un autre moyen de lutter contre la surconsommation de calories consiste à limiter ou interdire l'utilisation d'ingrédients nocifs pour la santé contenus dans les produits alimentaires (1) : sel, sucres, acides trans, etc. En 2007, dans le cadre de la deuxième phase du Programme National Nutrition Santé (PNNS) de la France, un document de référence a été élaboré afin de permettre la signature d'engagements nutritionnels volontaires par les membres de l'industrie alimentaire (par exemple, les producteurs, les entreprises de l'industrie alimentaire, les distributeurs et les traiteurs). Le document de référence standard décrit neuf principes que l'on utilise dans le processus d'approbation des chartes.

Les engagements pris dans les chartes doivent répondre à certains critères et couvrir la composition et les caractéristiques nutritionnelles du produit alimentaire (par exemple, réduction des quantités de graisses, de sucre, de sel ; augmentation des quantités de fibres) et/ou une intervention sur la consommation (par exemple, action sur les tailles des portions ou le marketing). Un comité de volontaires experts du secteur public (par exemple, instituts de recherche, hôpitaux, universités et

écoles publiques) examine les chartes proposées. À ce jour, plus de 35 entreprises ont pris des engagements volontaires, qui sont révisés et approuvés par un comité externe d'experts pour s'assurer qu'ils sont « significatifs ». Les chartes d'engagement volontaire approuvées pour l'amélioration nutritionnelle sont signées par l'industrie alimentaire et surveillées par l'Observatoire de la Qualité Alimentaire (créé en 2008). En 2022, les acteurs de la filière boulangerie se sont engagés à réduire d'environ 10% la teneur en sel du pain en moins de 4 ans. Malgré l'intérêt de ces actions, il s'agit d'engagements volontaires. Cette absence de contrainte fragilise le score obtenu par la France dans ce domaine d'action en se limitant à un score « modéré ».

Nous n'avons pas un modèle exemplaire au niveau européen ou mondial concernant les restrictions et interdictions d'ingrédients spécifiques dans la composition alimentaire. Les pays qui interviennent, même ceux qui appliquent un niveau élevé de contrainte, se focalisent sur un ingrédient spécifique—le sel, les acides gras trans, ou les sucres—ou un produit en particulier, et non pas sur l'alimentation globale. Cela nous force à recourir à divers pays pour chaque ingrédient. Pour ce qui est des limitations du volume de sel dans les aliments, nous devons allumer notre regard vers l'Argentine, qui présente un exemple remarquable.

En 2013, le gouvernement argentin a approuvé une loi visant à promouvoir la réduction de la consommation de sodium parmi la population, instaurant des plafonds obligatoires de sodium dans les viandes et leurs dérivés, les pains et produits de boulangerie, les soupes, les snacks, les biscuits, les vinaigrettes, les sauces tomate et les conserves (Loi no. 26.905 sur les niveaux maximums de consommation de sodium). Les grandes entreprises devaient respecter ces objectifs de sodium d'ici décembre 2014, et les petites et moyennes entreprises d'ici juin 2015. Les producteurs et importateurs en infraction peuvent être pénalisés, avec des amendes pouvant atteindre 1 million de pesos et en cas de récidive, jusqu'à 10 millions de pesos, et la fermeture de l'entreprise pour une durée maximale de cinq ans. La loi s'applique aussi aux niveaux de sel dans les plats de restaurant. Elle prévoit en outre des campagnes de sensibilisation, des avertissements sur les sachets de sel concernant l'excès de consommation de sel, la réduction de la taille des sachets de sel disponibles dans les restaurants et l'introduction de sel faible en sodium dans les salières des restaurants.

Il est à noter que l'Argentine se distingue en tant que parangon d'une politique exceptionnellement robuste en matière de restriction des acides gras trans. En 2010, le Code alimentaire argentin a subi une modification en imposant des limites sur le contenu des graisses trans autorisées dans les aliments (Article 155 tris), avec une mise en œuvre exhaustive par le secteur agroalimentaire prévue pour le 10 décembre 2014. Selon cette modification, la teneur en graisses trans ne doit pas excéder 2% du total des graisses végétales contenues dans les huiles et margarines, et 5% du total des graisses contenues dans tous les autres aliments. En 2018, l'article 155 tris a fait l'objet d'une nouvelle modification pour intégrer la limite de 5% de graisses totales dans les matières premières. Puis, en 2022, il a été à nouveau modifié pour harmoniser les limites avec les normes internationales proposées par l'OMS. Ainsi, la teneur en graisses trans ne doit pas dépasser 2% du total des

graisses dans tous les aliments (avec une période d'adaptation de 2 ans) y compris les matières premières et les ingrédients, (avec une période d'adaptation de 3 ans) et l'utilisation d'huiles partiellement hydrogénées est interdite (avec une période d'adaptation de 4 ans).

En ce qui concerne la limitation des sucres, c'est à Malte que nous observons la réglementation la plus pertinente en termes de normes de qualité établies dans ce rapport. La législation maltaise définit les conditions d'utilisation des édulcorants dans la préparation des aliments ou comme substituts de sucre de table. Il est interdit d'utiliser des édulcorants dans les aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants.

En Europe, c'est la Norvège qui a la politique de restriction des ingrédients néfastes pour la santé la plus prononcée. Ce pays est ambitieux dans ses objectifs, couvrant un vaste panel d'ingrédients et tous les types d'aliments. Toutefois, son ambition repose encore principalement sur l'engagement volontaire des industriels. Le Partenariat pour une Alimentation Plus Saine est une convention conclue entre les autorités sanitaires norvégiennes et l'industrie alimentaire (organismes liés à l'alimentation et au commerce, producteurs d'aliments et de boissons, détaillants d'aliments et secteur des services alimentaires). Ce partenariat a été signé le 6 décembre 2016 et se prolonge jusqu'au 31 décembre 2021. L'objectif global est d'accroître la proportion de la population ayant une alimentation équilibrée, conformément aux recommandations diététiques, et de participer à l'atteinte des objectifs fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé en vue de réduire de 25% d'ici 2025 la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles. Il est aussi question de faciliter pour les consommateurs le choix d'une alimentation plus saine. L'accord comporte des objectifs spécifiques, tels que la réduction de la consommation de sel (le Partenariat pour le Sel), de sucre ajouté et de graisses saturées, et l'augmentation de la consommation de fruits et de baies, de légumes, d'aliments à base de céréales complètes, de poisson et de fruits de mer dans la population.

La France affiche également des performances particulièrement faibles en matière de mise en œuvre d'actions favorisant la construction d'une offre alimentaire de qualité dans les lieux de vente au détail et les services de restauration (S). Elle se voit attribuer un score de zéro - politique inexistante - pour l'ensemble des actions possibles dans ce domaine : restrictions dans la planification urbaine concernant les établissements de restauration rapide offrant une alimentation de qualité nutritionnelle médiocre à proximité des établissements scolaires, restrictions dans la planification urbaine concernant les établissements de restauration rapide offrant une alimentation de qualité nutritionnelle médiocre, initiatives visant à augmenter la disponibilité des aliments plus sains dans les magasins vendant des produits alimentaires et les établissements de restauration.

Les pays d'Europe demeurent relativement inactifs dans ces trois domaines. Seules quelques initiatives, certes timides mais ayant le mérite d'exister, nous permettent de mettre en évidence des perspectives potentielles pour la France. Malgré leurs imperfections et une dépendance excessive à l'égard des moyens et de la volonté des autorités locales, la diversité des initiatives anglaises

mérite d'être soulignée. En effet, en Angleterre, pas moins de trois programmes visent à augmenter l'offre de produits sains dans le commerce de détail et la restauration commerciale, y compris autour des établissements scolaires. Tout d'abord, la Politique Nationale d'Aménagement du Territoire stipule que les politiques et décisions d'aménagement doivent viser à créer des lieux de vie sains, inclusifs et sûrs qui encouragent et soutiennent un mode de vie sain, y compris par un accès à une alimentation plus saine.

Les directives nationales d'aménagement permettent aux autorités locales de limiter l'ouverture de nouveaux points de vente de plats chauds à emporter à proximité des écoles et dans les zones de surconcentration et de taux d'obésité élevés, lorsqu'il y a des preuves à l'appui. Les politiques et directives locales d'aménagement visant à contrôler la surconcentration et la prolifération des points de vente de plats chauds à emporter doivent faire partie d'une démarche globale de lutte contre l'obésité de l'autorité locale et impliquer une variété de départements et d'acteurs différents. Environ 15 autorités locales au Royaume-Uni ont développé des documents de planification supplémentaires concernant le développement des points de vente de plats chauds à emporter. Ces politiques excluent généralement les points de vente de plats chauds à emporter d'une zone de 400 m autour du lieu cible (par exemple, les écoles primaires). En 2009, le Conseil Local de Waltham Forest, à Londres, a mis en place une politique de planification excluant le développement des points de vente de plats chauds à emporter des zones situées à moins de 10 minutes à pied des écoles, des parcs ou d'autres centres de jeunesse.

En Angleterre, l'encouragement gouvernemental vers les municipalités est orienté vers l'élaboration de programmes et de récompenses pour favoriser une restauration plus saine dans les zones urbaines. Ces initiatives incitent les établissements à opter pour des ingrédients, des menus et des techniques culinaires plus saines, basés sur les directives de Public Health England (PHE) pour une restauration plus saine et plus durable. L'accent est mis notamment sur la réduction de la consommation de sel, de matières grasses et de sucre, l'adoption de portions plus petites, l'incorporation de plus de fruits et légumes et la fourniture d'informations sur les calories. En général, ces programmes sont dirigés et gérés par le personnel des équipes de santé environnementale ou des normes commerciales des autorités locales qui peuvent capitaliser sur leurs relations établies avec les établissements locaux. Ils se basent souvent sur l'économie comportementale, en incitant les consommateurs à faire des choix plus sains, par exemple en favorisant la vente de nourriture dans des contenants plus petits ou en mettant des boissons plus saines à hauteur des yeux. En 2020,

Le programme Change4Life Convenience Stores est un partenariat entre le Département de la Santé en Angleterre et l'Association des Magasins de Proximité dont l'objectif est d'accroître la disponibilité des fruits et légumes frais dans les magasins de proximité. Les magasins pilotes ont commencé à opérer en 2008, avec une implémentation complète du programme couvrant chaque

région anglaise en 2011. À Londres, les autorités gouvernementales locales gèrent le programme Healthier Catering Commitment for London, lancé en 2012, pour encourager les entreprises à s'engager à offrir des options plus saines aux clients. Les entreprises doivent remplir des conditions et exigences spécifiques pour obtenir un engagement en matière de restauration saine. Les entreprises qui remplissent l'engagement peuvent afficher un autocollant spécial sur leur vitrine.

Le Conseil Municipal de Brighton & Hove, en collaboration avec Food Partnership, a instauré le "Healthy Choice Award" en 2008. L'objectif de ce prix est d'inciter les points de vente à préparer, cuisiner et servir des repas plus sains. Pour être éligible au "Healthy Choice Award", les entreprises doivent respecter certaines normes nutritionnelles (révisées en 2015) et obtenir une évaluation satisfaisante en matière d'hygiène alimentaire. Les entreprises qui remplissent ces critères peuvent alors afficher un autocollant sur leur vitrine et recevoir un certificat. De plus, les détails concernant les récipiendaires du prix sont répertoriés sur le site web du conseil. Le programme "Healthy Choice" est ouvert aux points de vente à emporter, aux cafés et aux restaurants. Il s'adresse également aux points de vente situés dans les structures accueillant des enfants en bas âge et des personnes âgées.

Un autre procédé visant à influencer l'approvisionnement alimentaire consiste à le faire de manière plus structurée, en se rendant à la source et en instituant des outils d'intervention qui encouragent les activités de production, de transformation et de distribution alimentaire de produits sains (H). Plusieurs leviers peuvent être utilisés : mesures destinées à soutenir les producteurs, les transformateurs et les distributeurs de denrées alimentaires pour accroître le nombre de denrées alimentaires saines dans la chaîne d'approvisionnement, instauration de structures de gouvernance inclusives permettant une participation multisectorielle/multipartite, mise en œuvre de normes nutritionnelles pour les marchés publics - cantines publiques, etc., aide à l'agriculture urbaine/locale dans le cadre des politiques d'aménagement du territoire, promotion de la production vivrière communautaire.

Comme c'était le cas pour les politiques visant à améliorer l'offre alimentaire locale, la France a une grande marge de progression puisque les scores obtenus dans les différents types d'actions que nous venons de mentionner sont de zéro ou d'un en ce qui concerne la mise en place de structures de gouvernance multipartites. Ces résultats peu encourageants pour la France sont toutefois une tendance générale pour l'ensemble des pays analysés. Seule la Lettonie semble faire exception et, par extension, constitue un exemple intéressant à examiner de près. Dans ce pays balte, deux normes intègrent la qualité nutritionnelle dans les critères structurant les appels d'offres publics pour les services de restauration collective. La loi sur les marchés publics et le règlement du Cabinet n°353 stipulent que les critères d'achats publics verts doivent être appliqués à tous les services de restauration et d'alimentation. Ces critères incluent l'agriculture biologique, la distance par rapport au lieu de production, la conformité avec les exigences du régime national de qualité alimentaire, la

saisonnalité, le transport respectueux de l'environnement. Cette politique est obligatoire pour tous les marchés publics. Les normes nutritionnelles sont incluses dans le règlement n° 172. Le règlement sur les normes nutritionnelles s'applique aux écoles, aux jardins d'enfants, aux établissements de soins de santé ainsi qu'aux institutions de soins sociaux à long terme.

La Lettonie s'est également dotée de deux instances de coordination et de consultation en matière de nutrition, qui rassemblent toutes les parties prenantes concernées, y compris une large représentation des acteurs de la santé publique. Le Conseil de Nutrition est une institution de coordination et de consultation dont l'objectif est de promouvoir la mise en œuvre de la politique nutritionnelle en analysant les problèmes de santé publique liés à la nutrition et en apportant des suggestions pour résoudre ces problèmes. Le conseil est composé de 17 représentants de différentes institutions et ONG : Ministère de la Santé, Ministère de l'Éducation et de la Science, Ministère du Bien-être social, Association des Diététiciens de Lettonie, Université lettone des biosciences et technologies, Union des gouvernements locaux de Lettonie, Fédération des entreprises alimentaires lettones, Association pédiatrique lettone, Université de Lettonie, Société lettone des spécialistes en sciences de la nutrition, Association hôtelière et restaurant de Lettonie, Service alimentaire et vétérinaire, Université de Stradins de Riga, Centre de prévention et de contrôle des maladies, Ministère de l'Agriculture, Association des spécialistes de l'alimentation et de la nutrition de Lettonie.

Le Conseil de l'industrie alimentaire est une institution consultative et coordonnatrice établie dans le but de stimuler le développement d'un secteur alimentaire compétitif et durable. Le Conseil est constitué du Ministre de l'Agriculture (président du conseil), du président du Conseil de la Fédération des entreprises alimentaires lettone, de représentants du Ministère des Finances, du Ministère de l'Économie, du Ministère de l'Agriculture, du Ministère de la Protection de l'Environnement et du Développement régional, du Ministère de la Santé, du Service de l'alimentation et vétérinaire, de la Fédération des entreprises alimentaires lettone, du Conseil de coopération des organisations de producteurs, de l'Association des coopératives agricoles de Lettonie, de l'Assemblée des agriculteurs, de l'Association des commerçants de produits alimentaires lettons, de l'Association de la santé publique lettone, de la Chambre de commerce et d'industrie de Lettonie.

En ce qui concerne l'intervention sur la demande, les comportements alimentaires, les campagnes d'information et de sensibilisation sur un régime "sain" ainsi que l'élaboration de recommandations nutritionnelles sont des leviers d'action clés (I). La France obtient un score satisfaisant en matière de communication et de sensibilisation, ainsi que dans le domaine des recommandations nutritionnelles. En effet, la France est très active depuis des années dans la diffusion de messages encourageant la consommation de fruits et légumes, du fait maison et une réduction de la consommation de produits riches en graisses trans ou sucres. Le programme "manger bouger" fournit des informations et des outils pratiques - recettes personnalisées, calendriers avec les

produits de saison, etc. - pour "manger mieux" et adaptés à chaque âge de la vie. De plus, la campagne en 2-2 cible spécifiquement les jeunes et leur propose des outils pour "manger mieux", y compris avec un petit budget.

Cette capacité à cibler différents publics et à personnaliser les messages et informations permet à la France d'obtenir des résultats satisfaisants selon les normes de qualité établies par le World Cancer Research Fund. De même, les visuels utilisés par la France sont considérés comme clairs et compréhensibles. Cependant, des améliorations pourraient être apportées en matière d'utilisation des réseaux sociaux, et plus particulièrement des influenceurs, pour augmenter l'impact des messages auprès des jeunes. A cet égard, le Danemark est un exemple inspirant. Ce pays a fait appel à l'influenceuse Charlotte Rebecca Dahl pour réaliser une série de vidéos sur YouTube où elle prodigue des conseils nutritionnels basés sur les recommandations des autorités sanitaires du pays. De même, les autorités danoises ont produit des vidéos sur le même réseau social pour offrir des informations sur ce qui est vrai et ce qui est faux dans ce qui est dit sur les réseaux sociaux en matière de nutrition.

Si la France réussit à obtenir de bons résultats en termes d'actions d'information auprès de la population, elle possède de vastes opportunités d'amélioration en ce qui concerne les conseils et l'accompagnement nutritionnels au sein des établissements de santé (N). Deux types d'actions ont été pris en compte pour établir le score : premièrement, l'existence de services d'orientation et de conseil en nutrition dans le cadre des soins primaires ; deuxièmement, la présence de services d'orientation et de conseil en nutrition dans les services de santé des établissements scolaires. La France obtient un score satisfaisant en matière de conseils et d'orientation en nutrition au sein des soins primaires mais ne présente aucune action existante concernant la nutrition au sein des services de santé des établissements scolaires. En effet, les programmes d'éducation thérapeutique, tels que le programme "Ma santé", offrent une prise en charge pluridisciplinaire proposant aux enfants les outils nécessaires à un changement de comportement favorable à la perte de poids. Cependant, nous n'avons pas pu identifier de bonnes pratiques en matière de conseils et d'orientation nutritionnelle au sein des services de santé des établissements scolaires.

Le dernier levier dans la lutte contre l'obésité implique l'éducation nutritionnelle (G). L'objectif de ce domaine d'action est de fournir des compétences en nutrition à la population générale ainsi qu'à divers professionnels : professionnels de la santé, traiteurs, éducateurs. Les types d'actions possibles sont les suivants : incorporation de l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires, formation des enseignants, formation des professionnels de santé, inclusion de compétences culinaires dans les programmes scolaires, enseignement de la production de cultures vivrières dans les établissements scolaires et formation des traiteurs. La France obtient un score "modéré" en ce qui concerne l'éducation nutritionnelle dans les écoles, mais échoue dans les autres actions mentionnées. En fait, en France, il est prévu que les élèves de l'école primaire reçoivent une

formation sur l'alimentation et le goût. Cette formation est proposée au niveau du primaire et du secondaire, mais elle n'est pas obligatoire et dépend donc de la volonté des directions des établissements. Le cadre réglementaire est incitatif, non contraignant, et la marge de manœuvre laissée aux établissements en termes de nombre d'heures consacrées à ces activités est l'un des points faibles signalés par le World Cancer Research Fund. La Norvège offre un exemple intéressant pour compenser ces faiblesses françaises.

En Norvège, deux matières interdisciplinaires en lien avec l'alimentation et la santé sont dispensées dans tous les établissements scolaires du primaire et du secondaire : la santé et les compétences de vie, et le développement durable. Un total de 114 heures consacré à ces deux matières sont obligatoires pour les élèves du primaire, et un total de 83 heures sont requises pour le secondaire.

En termes de formation destinée aux enseignants, la France ne possède pas de système prédéfini à l'échelle nationale. Comme cela a été mentionné, les contenus sont optionnels. Les enseignants qui souhaitent les mettre en œuvre peuvent s'appuyer sur les Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). Autrement dit, les enseignants ne sont pas formés sur les questions relatives à la nutrition, ils peuvent accéder à des ressources pédagogiques, mais ne bénéficient pas nécessairement d'une formation spécialisée. Il en va de même pour tout le personnel support du corps enseignant - AVS, surveillants, etc. Pour pallier ces faiblesses, les Pays-Bas offrent un exemple édifiant.

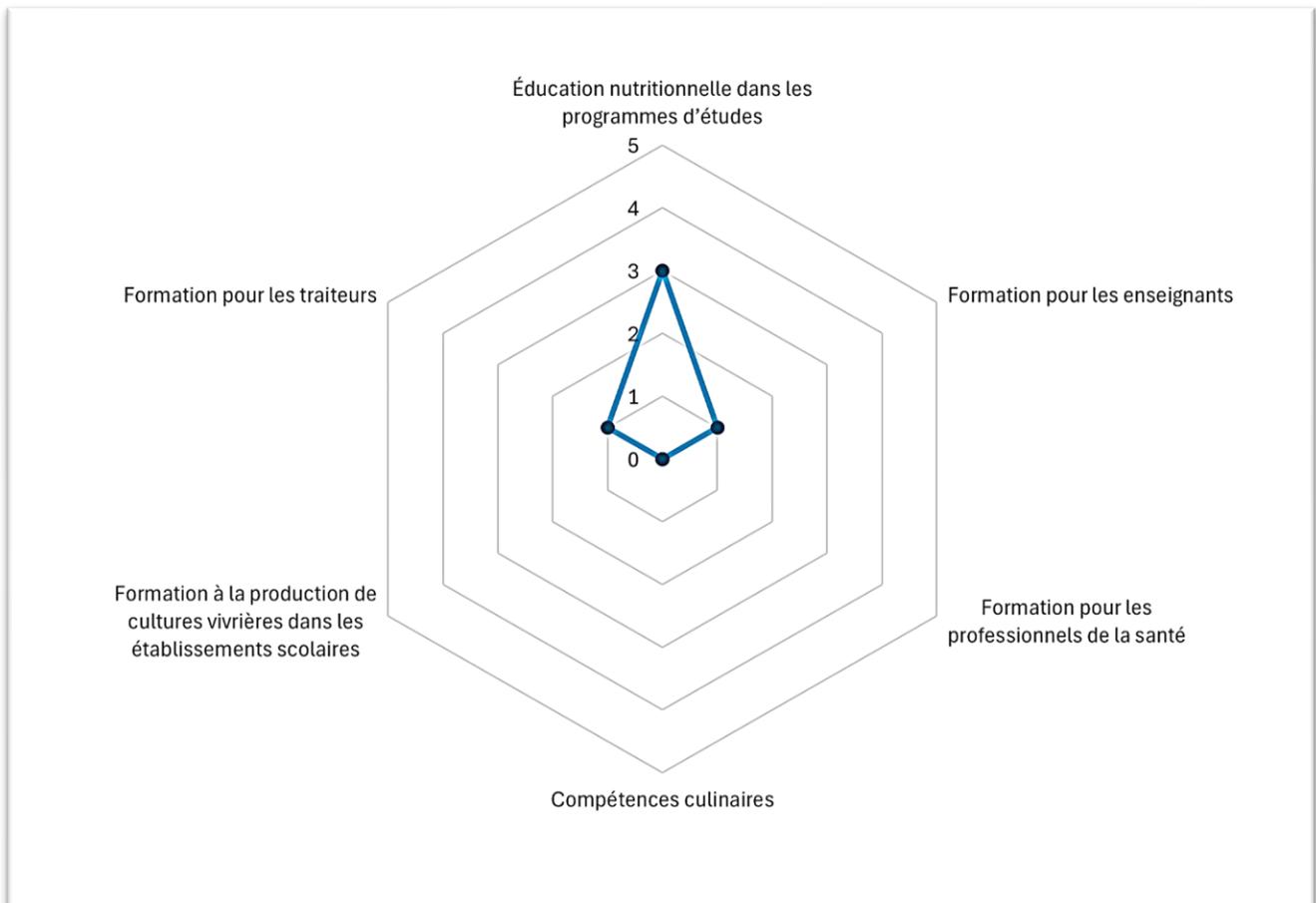
Le programme "La Petite Enfance Saine" est une initiative des ministères de la Santé, du Bien-être et du Sport, ainsi que des Affaires Sociales et de l'Emploi. Ce programme offre un soutien aux écoles et organismes de garde d'enfants afin de faciliter l'adoption par les enfants d'un mode de vie sain, y compris une alimentation équilibrée. Pour ce faire, les instituts nationaux de connaissance et de recherche collaborent sur cette démarche, avec le support de diverses organisations associées. La coordination de ce programme est assurée par l'Institut National de Santé et Environnement (RIVM) ainsi que le Centre Nutritionnel.

La formation "Un départ sain" se présente comme une initiative de formation des enseignants visant à préparer le personnel pédagogique à devenir un coach de "La Petite Enfance Saine". Cette formation met l'accent sur la nutrition, intégrée dans quatre modules thématiques (nutrition, exercice, comportement sain et sécurisé & un environnement sûr). Ainsi, le coach formé devient le référent en matière d'hygiène de vie saine au sein de de l'institution et assume la responsabilité de former ses collègues à la philosophie d' "Un Départ Sain".

La nutrition n'est pas une matière obligatoire dans les formations des professionnels de santé en France. À l'opposé, des nations comme l'Estonie ont statué sur la nécessité d'intégrer cette matière dans le curriculum de formation de tous les professionnels de santé. Les aptitudes culinaires ne font pas non plus partie des curriculums scolaires en France. L'Irlande du Nord, cependant, a incorporé

l' "économie domestique" dans le curriculum scolaire. Ce cours obligatoire vise à fournir aux jeunes les compétences nécessaires pour développer un régime alimentaire sain et pour développer des aptitudes pratiques pour une utilisation sûre, hygiénique, saine et créative de la nourriture, pour planifier, préparer, cuisiner et servir des repas. Dans ce même pays, deux programmes, "Growing food in schools" et "Growing for the future", encouragent la culture d'aliments dans les écoles maternelles et primaires en vue de sensibiliser les enfants à l'origine de la nourriture tout en leur apprenant à identifier et à cultiver des aliments sains. L'Irlande du Nord s'est également distinguée en instaurant une action qui fait défaut en France : la formation en nutrition pour les traiteurs intervenant dans les établissements scolaires. En effet, tous les traiteurs sont formés en nutrition et aux standards requis en matière de restauration scolaire.

Graphique 13 : scores France qualité des politiques de promotion de l'éducation, la formation et les compétences en nutrition



Source : Auteurs, logiciel Xlstat 2022.4.1

Les politiques de lutte contre la sous-dépense calorique

Nous entreprenons désormais une étude approfondie de la politique française dans sa croisade contre la sous-dépense calorique de sa population. Notre focus se portera sur l'évaluation qualitative de cette politique. Pour ce faire, une analyse des actions entreprises sur le territoire national dans ce domaine spécifique est requise, en observant leurs étendues et leurs formes. De manière précise, le world cancer research fund a distingué six domaines majeurs, résumés dans l'acronyme MOVING. Chaque domaine d'action se subdivise de manière variée. Au total, le WCRF a recensé vingt-trois types d'actions. Il est important de souligner que la qualité de la politique dans chaque des six domaines résidera dans le nombre d'actions dans chaque domaine ainsi que leur leadership politique, et leurs étendues horizontales et verticales. En termes d'étendue horizontale, le ciblage d'actions visant les enfants, les jeunes, les personnes à mobilité réduite ainsi que les individus particulièrement vulnérables du fait de leur situation économique ou d'âge constitue un indice significatif quant à la qualité de la politique contre la sous-dépense calorique.

La France est active dans l'ensemble de domaines d'action liés à la lutte contre la sous-dépense calorique mais propose des actions dont la qualité est assez moyenne sauf pour les actions liées à la promotion de l'activité physique dans le lieu de travail. Cette qualité générale moyenne est plutôt liée à l'absence de ciblage des actions entreprises pour certains groupes de population. Ce sont souvent des actions qui visent la population générale plutôt que les groupes particulièrement concernés par la sédentarité et le manque d'activité : enfants et jeunes, personnes âgées, personnes à mobilité réduite, personnes vulnérables socialement.

La France déploie des efforts considérables dans une multitude de secteurs en rapport avec la lutte contre la sous-dépense calorique. Néanmoins, elle offre des initiatives d'une qualité relativement moyenne, à l'exception des actions favorisant l'activité physique sur le lieu de travail. Cette qualité globalement moyenne est principalement due à l'absence de ciblage spécifique des actions mises en œuvre pour certains groupes de population. En effet, ces initiatives ciblent fréquemment la population en général plutôt que les groupes particulièrement affectés par la sédentarité et le manque d'activité tels que les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les personnes en situation d'handicap et les individus en situation de pauvreté ou précarité.

Tableau 2 : Qualité de la politique française dans la lutte sous-dépense calorique

Acronyme d'action	domaine	Domaines d'action	Qualité France
<i>M</i>		<i>Créer des opportunités et des initiatives qui favorisent l'activité physique dans les écoles, la communauté et le sport et les loisirs.</i>	<i>Modérée</i>
<i>O</i>		<i>Offrir des opportunités d'activité physique sur le lieu de travail et une formation à la promotion de l'activité physique dans plusieurs professions</i>	<i>Excellente</i>
<i>V</i>		<i>Concevoir et mettre en œuvre des infrastructures et des environnements qui favorisent l'activité physique.</i>	<i>Passable</i>
<i>I</i>		<i>Mettre en œuvre des infrastructures de transport qui soutiennent des sociétés actives</i>	<i>Passable</i>

Source : World cancer research fund.

Une analyse détaillée par domaine nous permettra d'identifier les fragilités de la politique française ainsi que les pistes d'amélioration.

(M-Favoriser l'activité physique de proximité) - Pour encourager l'activité physique dans les écoles et les quartiers, il est possible d'employer six leviers : intégrer l'activité physique dans les programmes scolaires, insérer l'activité physique pendant les heures de cours et en dehors du programme de cours, favoriser l'activité physique pour les écoliers, collégiens et lycéens à l'extérieur du contexte scolaire, encourager l'activité physique dans les quartiers pour l'ensemble de la population, faire la promotion de l'activité physique auprès de la population en général, mettre en œuvre des incitations financières individuelles pour stimuler l'activité physique.

La France présente une performance particulièrement positive en ce qui concerne l'intégration du sport dans les programmes scolaires, la promotion de l'exercice physique au sein des communautés et la mise en place d'incitations financières. En effet, les heures dédiées à l'éducation physique font partie intégrante des programmes éducatifs nationaux. De plus, de multiples initiatives, telles que les Maisons Sport Santé, contribuent activement à promouvoir la pratique sportive dans les quartiers. Le programme Passsport constitue un outil financier stimulant pour la promotion de l'activité physique auprès des groupes socialement vulnérables. Néanmoins, il existe des marges d'amélioration importantes pour la France en termes d'intégration de l'activité physique dans le cadre scolaire hors du temps dédié à l'éducation physique. Il en va de même pour la promotion de l'activité physique pour les écoliers, les collégiens et les lycéens hors des établissements scolaires, ainsi que pour la population générale à grande échelle par le biais d'initiatives populaires au niveau national.

En France, la stimulation à l'activité physique des étudiants du primaire et du secondaire se limite souvent aux cours d'EPS et à l'initiative récente « 30 minutes d'activité physique quotidienne en école primaire ». Il y a moins de motivation pour encourager ces élèves à être actifs physiquement en dehors de l'enceinte scolaire. Cependant, le modèle belge offre une source d'inspiration significative. En Belgique, une approche différenciée est adoptée, où les élèves sont incités à pratiquer des exercices physiques régulièrement en dehors des cours d'éducation physique. Le Programme Luuk est un exemple typique - il éduque les élèves à accomplir une série d'exercices physiques pendant les heures de cours pour contrer les effets négatifs de la position assise prolongée. Le programme Megamaf moev, dans une veine similaire, guide les écoliers à travers une chorégraphie à effectuer tout au long de la journée pour maintenir leur niveau d'activité physique. Le Daily Mile est une autre initiative, où les élèves sont encouragés à marcher en plein air pendant quinze minutes avec leur professeur, pour revitaliser leur corps.

En Belgique, le programme Sportsnack vise à connecter les enfants âgés de six à douze ans avec les clubs sportifs locaux proches de leur école, dans le but de leur présenter les différentes

disciplines sportives qu'ils ont la possibilité de pratiquer hors du cadre scolaire. Pour faciliter cela, les après-midis du mercredi sont dédiés à la pratique sportive pour les élèves. Des compétitions sportives sont également organisées au niveau national entre les écoles pour promouvoir la découverte du sport, y compris des disciplines comme la course de cross et le vélo.

En termes de promotion de l'activité physique (AF) par le biais d'événements populaires et nationaux, qui ciblent spécifiquement les groupes démographiques les plus sédentaires, la France a récemment initié le programme "Sentez-vous sport" en préparation aux Jeux Olympiques de 2024. Cependant, ce programme est actuellement restreint à un événement isolé et exceptionnel. Pour que la France puisse exceller dans ce domaine, des initiatives récurrentes à l'échelle nationale sont nécessaires. À cet égard, l'Irlande pourrait fournir des suggestions précieuses. Cette nation organise effectivement plusieurs événements nationaux visant à encourager l'AF parmi certains groupes de population. Par exemple, les Go for life games, tenus en juin, sont une journée consacrée à des activités sportives récréatives à travers tout le pays et visent spécifiquement à inciter les personnes âgées à s'engager dans l'AF. De plus, le programme Women in Sport, actif tout au long de l'année, vise à augmenter le nombre de femmes non seulement participant à des sports, mais aussi occupant des rôles clés dans le monde du sport, tels que les arbitres, les gérants d'équipes sportives et les entraîneurs. En outre, le gouvernement irlandais est très actif en ce qui concerne la promotion et la sensibilisation du sport adapté.

(O-Faire avancer l'AF sur le lieu de travail et dans certaines professions) - Les initiatives visant à mettre l'AF en avant sur le lieu de travail ont deux aspects. Le premier se rapporte aux méthodes permettant d'intégrer l'AF dans la journée de travail des employés. Le second se rapporte à l'incorporation des compétences liées à l'AF dans l'éducation académique des urbanistes, architectes, paysagistes et toutes autres professions liées à la création et à l'aménagement des espaces de vie. La France a de bons résultats pour ces deux aspects.

Concernant l'intégration de l'AF sur le lieu de travail, la loi du 2 août 2021 renforçant la prévention en santé au travail stipule que les services santé au travail ont également pour mission de participer à "des actions visant à promouvoir la santé sur le lieu de travail, y compris des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions visant à sensibiliser aux vertus de l'activité physique et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap sur le lieu de travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L1411-1-1 du Code de la santé publique" (La loi n°2021-1018 du 2 août 2021).

En ce qui concerne la formation académique pour les concepteurs d'espaces de vie et d'autres professions, comme les animateurs, les coachs sportifs, etc., la France intègre les questions d'accessibilité dans les programmes d'études des architectes, urbanistes et autres métiers liés à la conception de l'espace. Elle intègre également des compétences en AF dans les différents diplômes ou formations qualifiantes liées à l'animation et au sport.

(V- Des environnements propices à l'Activité Physique) - Il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures afin de concevoir et de créer des environnements qui favorisent l'Activité Physique. Cela peut être réalisé en établissant des directives architecturales pour des infrastructures actives, des instructions pour la conception des extérieurs des bâtiments actifs, et des recommandations pour la création d'espaces verts et de zones récréatives actives. L'adoption d'un urbanisme mixte et intégré, ainsi que la promotion de l'accès à des espaces verts et à des zones de loisirs sont également des mesures fondamentales. Dans tous ces domaines, la France a de grandes opportunités de progrès. Plus particulièrement, l'établissement de directives - ou de normes nationales - dans la conception des extérieurs des bâtiments, des espaces verts et des zones de loisirs actives est crucial. Il est tout aussi important de définir des normes d'urbanisme favorisant un urbanisme intégré, par opposition à l'urbanisme spécialisé qui prédomine dans de nombreuses municipalités et villes du territoire hexagonal.

La France ne possède pas de normes spécifiques concernant la conception des espaces extérieurs des bâtiments pour encourager l'activité physique. En réalité, très peu de pays possèdent de telles normes. Un seul exemple provient du Royaume-Uni, sous la forme des directives "NICE". Ces normes de conception fournissent des orientations pour la conception des espaces extérieurs des bâtiments qui favorisent l'activité physique, par exemple en prévoyant systématiquement des rues piétonnes dans les quartiers, des infrastructures sportives et des terrains de jeux à proximité des bâtiments.

En ce qui concerne l'existence de directives pour les espaces verts favorisant l'activité physique, le code de l'urbanisme français impose une distance minimale de trois mètres entre les habitations et la plage ou zone côtière pour permettre l'aménagement de promenades destinées aux piétons. Cependant, ces directives ne ciblent pas spécifiquement les populations les plus vulnérables, notamment les personnes handicapées et les jeunes. De plus, ces dispositions ne s'appliquent qu'aux zones côtières. En comparaison, la Norvège intègre la santé publique dans ses normes de planification urbaine. Les plans d'urbanisme doivent ainsi veiller à promouvoir la santé des citoyens. C'est pour cette raison que l'urbanisme norvégien tend vers une conception de la ville plus mixte et intégrée, où les fonctions urbaines ne sont pas physiquement séparées, favorisant ainsi les mobilités douces et, par conséquent, l'activité physique.

Dans les trois autres domaines, la France obtient des scores moyens, signe manifeste de l'activité des autorités hexagonales, tout en laissant entrevoir des marges de progression non négligeables. En ce qui concerne l'existence de directives structurantes dans la conception des bâtiments favorisant l'AF, le Code de la construction et de l'habitation stipule des règles à observer en ce qui concerne la création de stationnements à vélos pour les nouveaux bâtiments résidentiels ou de bureaux. Ces dispositions, bien qu'importantes, n'intègrent pas les populations les plus vulnérables, ni les jeunes. On retrouve ce défaut dans les mesures favorisant la marche et le vélo. Le schéma

national des voies cyclables françaises n'inclut pas de dispositions spécifiques pour les personnes les plus fragiles, les jeunes ou les personnes à mobilité réduite, contrairement à d'autres pays européens plus avant-gardistes en la matière. Ainsi, en Irlande, par exemple, les lignes directrices pour la création de sentiers de randonnée - les critères de Walking trail - sont pensées pour faciliter l'accès de tous à ces sentiers, avec une attention particulière portée aux enfants et aux personnes à mobilité réduite. Enfin, le code de l'environnement français énumère toute une série de mesures destinées à faciliter l'accès de la population à des espaces verts et à l'air libre, interdisant dans certaines zones le passage de machines à moteur, sur terre comme dans l'eau, pour favoriser la marche, le vélo et les loisirs de plein air. Cependant et malgré le fait que ces dispositions soient incluses dans un cadre environnemental, elles ne comprennent pas de mesures spécifiques pour les populations les plus vulnérables, les jeunes ou les personnes à mobilité réduite.

(I-Mobilité active) - La promotion de la mobilité active s'incarne à travers quatre types d'actions : encourager l'usage des transports en commun, garantir la sécurité des piétons et des cyclistes, communiquer pour promouvoir l'utilisation des transports en commun, créer des événements favorisant les mobilités actives. La France obtient des scores moyens, voire bons, dans la promotion des transports en commun et les événements encourageant la mobilité active, mais peut faire nettement mieux en matière de sécurité des cyclistes et des piétons, ainsi que dans la communication promouvant l'utilisation des transports en commun.

En effet, il est constaté une absence de mesures spécifiques en France visant à améliorer la sécurité des cyclistes et des piétons face aux risques routiers. Des initiatives de sensibilisation sont régulièrement mises en place en Irlande et en Allemagne, encourageant les usagers de vélos à porter des casques, ainsi que des lumières et des gilets réfléchissants. Concernant la promotion des transports en commun, des mesures innovantes existent en Europe qui pourraient inspirer la France. Par exemple, en République tchèque, les autorités organisent des campagnes de communication régulières pour instaurer une perception positive des transports en commun parmi la population. Cette campagne repose principalement sur des vidéos mettant en avant sept raisons majeures d'opter pour les transports publics : sécurité, commodité, rapidité, fiabilité, et le fait qu'ils sont plus sains et plus rentables. En Autriche, la campagne "abstinence automobile" incite les citoyens à privilégier les alternatives à l'usage de la voiture du 17 février au 3 avril. Cette initiative a un aspect ludique, les citoyens étant invités à partager leurs témoignages relatifs à leur expérience de l'"abstinence automobile".

La France excelle en ce qui concerne la conception de l'accessibilité aux transports en commun grâce à la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. L'article 45 de cette loi stipule que la chaîne de déplacement - incluant l'environnement construit, les voies de circulation, les améliorations de l'espace public, les systèmes de transport et leur intermodalité - est organisée afin

de garantir l'accessibilité à tous, y compris aux personnes handicapées ou à mobilité réduite. Si pour une raison technique il s'avère impossible de rendre les réseaux de transport existants accessibles, des moyens de transport adaptés aux besoins des personnes handicapées ou à mobilité réduite doivent être mis à leur disposition. Ces derniers sont organisés et financés par l'autorité de transport compétente dans un délai de trois ans. De plus, le coût du transport alternatif pour les utilisateurs handicapés ne peut excéder le coût des transports publics existants.

Dans l'organisation d'événements ou l'élaboration de mécanismes pour favoriser la mobilité active pour les trajets domicile-école et domicile-travail, la France a récemment mis en place des dispositifs économiques pour promouvoir l'utilisation du vélo. Par exemple, elle a instauré une aide à l'achat de vélos électriques plafonnée à 200 euros maximum. Les entreprises peuvent également bénéficier de déductions fiscales si elles fournissent des vélos à leurs employés. Cependant, ces mesures n'abordent pas les groupes vulnérables ou les jeunes. En outre, la France ne dispose pas d'événements ludiques identifiés pour stimuler les mobilités douces.

L'Irlande est à nouveau un modèle intéressant à plusieurs égards. Ce pays organise une compétition entre entreprises pour favoriser l'usage du vélo au travail. Les employés d'une entreprise peuvent former une équipe et réaliser des trajets à vélo qui leur permettent d'accumuler des points. Les équipes qui cumulent le plus de points remportent la compétition. Ce dispositif permet également aux équipes de partager leurs expériences, vidéos, etc. sur une plateforme dédiée à cet effet. L'Irlande organise aussi la "Walk to school week" (semaine de marche à l'école). Pendant une semaine, tous les écoliers du pays, les enseignants et les parents sont invités à se rendre à pied à l'école.

(N- Communication incitative) - La promotion de l'activité physique fait également place à la mise en œuvre de campagnes d'information et de communication destinées au grand public et à l'élaboration et la diffusion de recommandations officielles en matière d'AF. En ce qui concerne la communication et le marketing social, la France organise la Journée nationale du sport scolaire, une journée festive permettant de découvrir divers sports et d'inciter les enfants et les jeunes à pratiquer un sport scolaire. De même, la Semaine de la marche et du vélo se tient en France en septembre, durant laquelle des activités ludiques sont organisées sur l'ensemble du territoire pour faire découvrir ces deux activités au plus grand nombre. Cependant, ces actions ne ciblent pas particulièrement les populations vulnérables, les jeunes ou les personnes à mobilité réduite, ce qui en diminue l'impact.

La Belgique offre à nouveau des perspectives intéressantes pour renforcer la politique française dans le domaine de la communication et du marketing social en matière d'activité physique, avec une attention particulière portée aux jeunes et aux personnes à mobilité réduite. Les autorités belges sont à l'origine de multiples événements nationaux visant à promouvoir l'AF, tels que le "Survival trophy" pour les enfants, la "Flemish Running Week", qui porte une attention particulière aux

personnes handicapées, ou encore des activités visant à faire découvrir l'handisport dans les écoles du pays.

La France formule des directives officielles concernant l'activité physique. Cependant, celles-ci ne font pas l'objet de campagnes de communication intensives et ne sont pas accompagnées d'outils pratiques facilitant leur mise en œuvre pour les citoyens, ce qui en limite l'impact. Des leçons pourraient être tirées de l'expérience finlandaise pour renforcer les initiatives françaises. Le pays nordique propose des recommandations liées à l'activité physique pour différents groupes de populations, prenant en compte l'âge et différentes situations - grossesse, maladie, etc. De plus, des conseils très pratiques sont proposés afin que ces recommandations puissent être adoptées par les groupes visés. Il s'agit souvent de créer et de diffuser des supports visuels présentant les exercices à effectuer, adaptés aux différents lieux de vie : maison, écoles, travail, etc.

(G- l'AF dans le système de soins) - L'ultime recours pour combattre le sous-dépense calorique des populations est d'implémenter l'AF dans le système de soins. Ce peut être accompli en formant les professionnels de santé en AF, en incluant l'AF dans le traitement des patients dans les structures de santé ou à l'extérieur de celles-ci. La France a un long chemin à parcourir dans ces trois domaines. En effet, il n'y a pas de formation spécifique en AF dans les programmes de formation dans les filières de santé. Au Royaume Uni, contrairement à la France, le programme Moving Medicine permet aux soignants d'incorporer l'AF dans leurs soins quotidiens. Ce programme vise à intégrer la promotion du sport et de l'activité physique au sein du NHS, afin qu'elle devienne la norme. Le programme tente de surmonter les obstacles systémiques et culturels qui empêchent cela de se produire grâce à une série de formations dirigées par des pairs, de ressources et d'interventions. En Espagne, le programme « Activate, aconseja salud » propose une formation en ligne gratuite pour les professionnels de santé des soins primaires afin d'intégrer l'AF dans leur pratique professionnelle.

La France a intégré l'activité physique (AF) dans l'offre de soins grâce au dispositif « Sport sur ordonnance ». Ce programme vise principalement les patients souffrant de maladies chroniques. Cependant, les enfants ou les jeunes ne sont pas particulièrement ciblés par ce dispositif, ce qui le rend fragile selon les critères du Cancer World Research Fund. Le Royaume-Uni, pour sa part, propose des formations pour les professionnels des soins de santé primaires afin de suivre et de conseiller les enfants et les jeunes sur l'AF. Pour finir, en ce qui concerne la formation et l'offre d'AF en dehors des établissements de santé - centres d'hébergement, centres d'accueil, maisons de retraite, etc. - la France pourrait s'inspirer de l'Irlande. Le pays celtique, à travers son programme "CarePale", propose une formation pour le personnel des établissements d'accueil hors des établissements de santé, afin qu'ils proposent des activités physiques régulières à leurs résidents. Les candidats à la formation sont acceptés si leur employeur s'est engagé à introduire l'AF dans l'offre d'activités de l'établissement.

III. RAISONS, USAGES & TENSIONS DU DISPOSITIF “ARTICLE 51”

Depuis le début des années 2000, le secteur de la santé a connu une augmentation du modèle expérimental dans les processus d'action publique (Jatteau 2013). Les premières expérimentations visant à transformer le système de soins et le secteur médico-social ont émergé autour de la coopération interprofessionnelle (Berland et Bourgueil 2006). En ce qui concerne la prévention et la prise en charge de l'obésité, un premier projet expérimental, appelé "Mission retrouve ton cap" (MRTC), a été initié par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2015. Dirigé par la CNAM, ce projet visait à déterminer la faisabilité et les avantages en termes de santé individuelle, d'une prise en charge précoce, multidisciplinaire et sans frais pour les enfants de 3 à 8 ans en surpoids et leur famille. Suite à l'avis favorable du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) en 2022 pour sa généralisation, le projet MRTC est actuellement en cours de déploiement dans tout le pays, avec des ajustements recommandés par le CSIS¹⁷ : l'extension jusqu'à 12 ans de l'accès à ce parcours de soins, entièrement financé par l'assurance maladie obligatoire et sans avance de frais pour les familles, s'adresse aux enfants en surpoids avec un risque d'obésité ou ceux déjà atteints d'obésité sans critères de complexité et de sévérité.

Plus récemment, les dispositifs expérimentaux déployés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS de 2018 tests in vivo de nouvelles modalités d'organisation de soins, conçues depuis les territoires (Morize et al. 2021). Reposant sur des modes de financement inédits (Beaussier et al. 2022), ces innovations organisationnelles s'attellent à évaluer « en vie réelle », dans quelle mesure les parcours de soins envisagés depuis le terrain, à partir de l'existant, permettent d'améliorer la pertinence des traitements et l'accès aux soins, tout en cherchant à rendre le système de santé plus efficient.

Parmi les 122 expérimentations dites "article 51", dix projets centrés sur le thème de l'obésité ont été mis en place, sous l'appellation "parcours de soins innovants". Depuis la mise en œuvre de cette mesure incitative à l'innovation organisationnelle et technologique, l'obésité fait partie des maladies les plus communément représentées. Cela s'explique par le fait que l'obésité est une

¹⁷ Dans l'argumentaire de son avis favorable, le CSIS met de relief des effets positifs du parcours de soins pour une majorité des enfants qui ont participé au programme MRTC, et plus particulièrement pour ceux issus de familles confrontées à des conditions de vie très défavorables. Fondée sur un mode opératoire « aller vers » les personnes en besoin de soins mais éloignées des dispositifs de prise en charge, l'expérimentation MRTC serait ainsi parvenue à enrôler une majorité d'enfants en situation d'obésité à l'inclusion, n'ayant jamais bénéficié d'un suivi spécifique auparavant, notamment en raison du frein que le coût financier d'une telle prise en charge constitue pour leurs familles.

maladie qui, depuis sa mise sur l'agenda politique lors des débats parlementaires de la loi de santé publique de 2004, est considérée par les autorités publiques comme un enjeu majeur de santé publique. De plus, l'obésité est un exemple emblématique des maladies chroniques pour lesquelles le droit commun ne répond que partiellement aux exigences de la complexité de leur prise en charge, et face auxquelles les acteurs sur le terrain sont fortement mobilisés. En raison de ces caractéristiques, l'obésité s'inscrit pleinement dans le cadre du dispositif "art. 51".

En dirigeant l'attention aussi bien sur le côté des décideurs politiques que sur celui des expérimentateurs, ce chapitre se penche sur la genèse, les raisons et les modalités d'utilisation de l'expérimentation pour prévenir l'obésité et traiter les complications cardiométaboliques qui lui sont associées. Nous traiterons d'abord des motivations qui ont amené l'État à créer un dispositif destiné à tous les acteurs de l'écosystème de soins, afin de les encourager à recourir à l'expérimentation pour innover en matière de santé. Nous analyserons également les effets des cadres réglementaires, institutionnels et méthodologiques qui régissent le dispositif de l'"article 51" sur les pratiques des acteurs qui souhaitent s'impliquer dans la réforme du système de santé.

Ensuite, la deuxième section de ce chapitre brosse un portrait des principales utilisations de l'appareil "art. 51" en ce qui concerne l'obésité et ses complications cardiométaboliques. Il ressort de l'examen de ces utilisations par les professionnels qui mènent ces expériences, un activisme de la base visant à intervenir directement dans les processus de changement d'une action publique qui les concerne inévitablement. Nous démontrerons que, pour ce qui est des projets élaborés dans le sillage de la ligne d'action programmatique née du PNNS1 et renforcée par le Plan Obésité, les promoteurs mettent dans cette initiative expérimentale l'espoir de parvenir à convaincre les autorités publiques des facettes et de la manière de gérer les ressources publiques pour améliorer le système de soins.

Enfin, notre dernière partie examine principalement la tension qui émerge intrinsèquement des expériences déployées entre le caractère dérogatoire du droit commun et l'objectif de généralisation qui caractérise ce dispositif innovant en matière de santé. En effet, la co-construction expérimentale de parcours de soins, où les acteurs de ces territoires sont encouragés à participer, a pour but de « généraliser » les parcours qui seront identifiés au préalable par le système d'évaluation ad hoc de l'article 51 comme étant les plus « pertinents ». À ce titre, nous nous efforçons, en nous basant sur nos données empiriques, de démontrer l'hypothèse selon laquelle cette tension est inhérente à une méthode expérimentale de construction d'action publique, conçue pour répondre aux attentes de légitimité scientifique et de décentralisation des processus de décision et déployée dans un contexte de forte centralisation de l'administration française (Le Lidec 2020), tout en étant régie par une application uniforme du principe de l'égalité de traitement territorial.

INNOVER A PARTIR DE L'EXISTANT

Introduit le 30 décembre 2017 par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018, le dispositif "article 51" représente un canal de transformation du système de santé, émanant de la mise en œuvre d'expérimentations innovantes, découlant du terrain¹⁸. Ce dessein a été exposé par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé (17 mai 2017 - 16 février 2020), dans la circulaire sur le sujet du 13 avril 2018 : "l'objectif de ces expérimentations, dont la durée maximale est de 5 ans, est de promouvoir, de soutenir et d'accélérer le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement afin d'inciter à la coopération entre les acteurs."¹⁹. Cette circulaire fait comprendre que les expérimentations innovantes en santé de l'article 51 ont pour but de tester in vivo des projets de réformes annoncés par le gouvernement en février 2018 sous l'étiquette "Stratégie de transformation du système de santé" et précisés par le président de la République, Emmanuel Macron, dans son discours du 18 septembre 2018 sur le plan de réforme "Ma Santé 2022".

Par ailleurs, le dispositif "article 51" s'inscrit dans une dynamique de transfert de politique (Dolowitz et Marsh 2000), adaptant à la réalité du système sanitaire français, la création d'un dispositif d'envergure nationale centralisant les innovations en santé, déjà instauré dans de nombreux pays comme les États-Unis, l'Allemagne ou le Royaume-Uni (Compte-rendu au CSIS, 04/2018). Dans la conception de nouveaux modes d'organisation et de financement des soins, l'influence des politiques de ces trois pays à cet égard est notable, notamment par le biais des retours d'expérience réalisés avec les équipes expérimentatrices²⁰, telles que l'Innovations fonds (Allemagne) mis en place en 2016 ; l'Academic Health Science Network - AHSN (Royaume-Uni) lancé en 2013 et le Centre for Medicare and Medicaid Innovation - CMMI (États-Unis) créé en 2010.

¹⁸ L'article 51 est présenté en 2017 comme le cœur des réformes sanitaires du nouveau gouvernement : « Il s'agit probablement de l'article le plus important de ce PLFSS » (Agnès Buzyn, séance publique, Assemblée nationale, 10/2017).

¹⁹ Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, p. 2. C'est également ce qu'indique le rapport d'étape sur l'application de « l'article 51 » en 2018 : « le dispositif s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financements pour améliorer la pertinence et la qualité des prises en charge. Il permet aux acteurs de santé de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants ». Cf. Expérimentations innovantes en santé – Mise en œuvre du dispositif en 2018, Rapport au conseil stratégique, p. 4.

²⁰ En janvier 2021 s'est tenue une série de trois séminaires internationaux co-organisés par la Cnam, l'équipe nationale Article 51 et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. L'objectif était d'échanger sur les stratégies d'innovation organisationnelle en santé (sélection, accompagnement, évaluation, généralisation des expérimentations). Rapport au parlement en 2022.

Plus spécifiquement, comme l'indique la ministre à l'origine de cette initiative, l'objectif du dispositif "article 51" est d'améliorer la pertinence et la qualité des soins dispensés, en mettant en place des parcours de soins coordonnés et centrés sur les besoins du patient. En conséquence, la priorité est accordée aux projets axés sur la coordination des parcours de santé, la pertinence et la qualité des soins sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, la structuration des soins ambulatoires et l'accessibilité aux soins médicaux et paramédicaux.

« Le dispositif article 51 a été pensé pour construire une prise en charge cohérente, pour arrêter d'avoir des prises en charge qui étaient des trajets personnels des gens et uniquement liées à ce qu'on était capable de payer ou de ne pas payer. Donc c'est vraiment parce que j'avais comme obsession de favoriser de bonnes prises en charge, c'est-à-dire ce que j'appelle la pertinence des parcours de soins. » (Agnès Buzyn).

Ayant comme contexte l'accroissement des politiques publiques expérimentales (Jatteau 2013) et la systématisation de l'évaluation des politiques publiques dans une approche de politiques basées sur des preuves (Cairney 2016), initiées durant les années 2000, ce dispositif se distingue par le fait qu'il sollicite tous les acteurs du secteur de la santé à contribuer directement à la recherche de solutions. Ces innovations organisationnelles de l'offre de soins, financées de manière temporaire durant la phase d'expérimentation, pourraient, à la suite de leur évaluation et de l'avis favorable du CSIS²¹, être mises en œuvre sur l'ensemble du territoire français.

« Et donc je me suis dit : « voilà, on va créer l'article 51, on va proposer à tous les gens qui ont des idées de parcours de prise en charge innovants de penser les parcours et on y allouera un budget, et on verra à la fin si ce mode de financement tient la route, apporte un bénéfice, a un impact à l'arrivée avec un bon indicateur de résultats et peut rentrer dans le mode de tarification ». Et donc j'ai voulu que progressivement, on passe d'une tarification à l'acte vers une tarification au parcours de prise en charge. Et l'article 51 permettait de créer une façon d'innover sur le terrain et d'être capable d'évaluer derrière. » (Agnès Buzyn)

Dans le cadre de ce mouvement de réorganisation du système de santé, c'est principalement l'approche segmentée du mode de financement des soins, qui varie selon qu'ils sont dispensés en ville ou dans un établissement hospitalier ou médico-social, qui est remise en question. Ainsi, l'expérimentation de nouvelles modalités de financement est envisagée dès le départ comme un

²¹ Le décret du 21 février 2018 précise les modalités de mise en œuvre expérimentale du dispositif, dont les grandes orientations sont définies par le conseil stratégique de l'innovation en santé. Installé le 5 avril 2018 par Agnès Buzyn, ce conseil suit en outre les expérimentations et, in fine, se prononce sur l'opportunité de leur généralisation.

moyen de permettre que la coordination des parcours de santé et les coopérations interprofessionnelles puissent devenir une réalité (Morizet et al. 2021).

« En fait, j'ai toujours considéré grâce à mon parcours professionnel que beaucoup de mauvaises prises en charge étaient liées au mode de tarification des soins : ça induisait énormément de mauvaises pratiques chez les professionnels de santé, parce qu'ils étaient payés à l'acte par exemple ; et des parcours de soin totalement mal pensés parce qu'en fait, certaines actions indispensables n'étaient pas financées et d'autres actes de soin très peu probants étaient très bien financés. Et donc je me disais que la pertinence de nos prises en charge dans le champ de la Sécu était trop déterminée par ce qu'on payait et ce qu'on ne payait pas aux acteurs et qu'il fallait complètement renverser la table, c'est-à-dire définir ce qu'était une bonne prise en charge et ensuite lui allouer un budget. » (Agnès Buzyn)

Cependant, l'article 51 de la LFSS repose également sur deux autres leviers d'importance non négligeable pour introduire de l'innovation dans des organisations très réglementées et compartimentées. D'une part, il est question de l'inventivité des forces vives locales de l'écosystème de la santé et, d'autre part, d'une réorganisation institutionnelle menée de manière à entraîner les différentes administrations sanitaires à adopter une démarche ascensionnelle ou bottom-up (centrant les processus d'action publique autour des professionnels des organisations de santé), conjuguée à la mise en place d'un mode de travail collaboratif entre les administrations concernées, dans le but de "faire équipe" dans le développement d'innovations en santé.

Tout d'abord, le décloisonnement des interventions et leur mode de financement innovant permettent d'allouer un pouvoir décisionnel et d'action accru aux territoires. De cette façon, les acteurs locaux du système de santé, qu'ils soient établissements de santé (publics ou privés), professionnels de santé libéraux, associations ou entrepreneurs, ont la possibilité de s'approprier le cadre établi par l'article 51 LFSS pour s'organiser et expérimenter des formes de prise en charge coordonnées et réalistes qui n'ont pas leur place dans le système actuel et qui nécessitent la dérogation aux règles de droit commun pour leur mise en œuvre.

« Cette ouverture à des propositions et à des acteurs locaux, pour qu'ils puissent proposer des choses qu'ils avaient très longtemps souhaité mettre en place et qu'ils n'avaient pas pu parce que faute de financement et faute de cadre, parce que certaines idées nécessitent vraiment une dérogation ; vous savez que le système de santé français est très, très cadré, réglementairement. Donc il y a beaucoup de propositions qui nécessitent de sortir justement du cadre. Et d'ailleurs pour transformer et pour rénover, on a besoin de sortir du cadre, des dérogations au cadre du droit commun » (Chargé mission CNAM, équipe art.51 « obésité »).

De plus, la mise en place d'une structure de gouvernance fondée sur une collaboration étroite entre la CNAM et les administrations centrales, avec une personne à la tête de ce dispositif "expérimentation-évaluation", est présentée comme la solution "pour bousculer les pratiques des administrations à la DSS, aux ARS, à la DGOS, etc. ; afin que celles-ci se saisissent progressivement de l'innovation de terrain provenant des acteurs" (Agnès Buzyn). En effet, le cadre réglementaire et méthodologique a été élaboré de manière à "faire la place à l'innovation organisationnelle et à l'accompagner" (Natacha Lemaire - Rapport CSIS 2021). Il présente donc le défi, pour tous les acteurs concernés, de penser hors du cadre établi et de s'affranchir des règles en vigueur (notamment des processus législatifs et de négociation conventionnelle, de conception et de mise en œuvre des politiques publiques) et d'imaginer de nouvelles méthodes de travail au service de la co-construction des expérimentations, "en mobilisant l'initiative territoriale, l'intelligence collective et le co-développement par tous les acteurs" (Natacha Lemaire - Rapport CSIS 2021). À cet égard, l'article 51 impose une dynamique de travail plus entrepreneuriale, avec l'introduction d'un mode de fonctionnement concentrique, allant du centre vers la périphérie et inversement.

*« On a un fonctionnement un peu en toile d'araignée où il y a un cercle vraiment très restreint autour du rapporteur général, qui est Natacha Lemaire, qui a une équipe dédiée. On est sept chargés de mission seniors pour aider Natacha. (...) Et après, autour, d'une manière concentrique, on a tout un réseau de travail collectif. Donc on a tout un cercle qui s'élargit, plusieurs niveaux de cercles collectifs de personnes qui travaillent sur le dispositif. D'abord les différents bureaux de l'administration centrale, différents référents du ministère. Et dans ce même cercle, différentes directions de la CNAM. Et après, dans un cercle plus élargi encore, des référents au niveau des ARS, et de l'Assurance maladie au niveau local. »
(CNAM équipe d'appui article 51 « obésité »)*

L'adhésion à cette évolution dans les méthodes professionnelles n'est pas automatiquement acquise. En effet, elle perturbe ou, au minimum, interrompt, pendant la durée de l'expérimentation, le mode de travail courant des employés de l'administration centrale, qui est de nature exécutive et suit une hiérarchie verticale.

« Ce changement de comportement a pu susciter des incompréhensions, et nécessite une acculturation des acteurs. Il n'est pas toujours simple, pour des porteurs de projets du terrain, habitués à des règles énoncées par les régulateurs, de devoir proposer eux-mêmes une nouvelle organisation. Inversement, les régulateurs ont dû apprendre à mobiliser en mode projet, et se mobiliser d'une autre manière que par l'édiction de normes. » (Natacha Lemaire – Rapport CSIS 2021)

Enfin, bien qu'il établisse un espace d'interaction qui renouvelle les relations entre les autorités publiques et les professionnels de la santé de manière à les impliquer davantage dans les réformes (Morizet et al 2021), le système d'innovations en santé n'est pas exempt de contraintes institutionnelles et techniques. Tout d'abord, son déploiement reste très centralisé : les expériences sélectionnées ne sont mises en place qu'après obtention d'une autorisation par arrêté interministériel pour les expériences nationales ou par décision du directeur général de l'ARS pour les expériences régionales, après l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé. Ensuite, comme l'a précisé l'équipe de l'article 51 de la CNAM en charge de l'accompagnement des expériences sur la question de l'obésité :

« Le dispositif article 51 est assez ouvert dans la mesure qu'il permet beaucoup de dérogations au droit commun. Cependant, il s'agit en même temps d'un dispositif assez encadré : c'est-à-dire qu'on fournit les types d'outils qui ont été identifiés : des processus pour modifier l'existant, des dérogations bien précisées dans les textes de la loi, quelques outils comme ça qui n'étaient pas à disposition des acteurs locaux. »

En deuxième lieu, les équipes nationales et régionales de la CNAM et des ARS interviennent dès le dépôt de la lettre d'intention, voire en amont de la rédaction de cette lettre en suivant une démarche « aller vers » les acteurs locaux déjà repérés pour leur esprit entrepreneurial.

« On a commencé en 2015 à travailler sur le numérique. L'idée, c'était de sortir l'éducation thérapeutique des murs de l'hôpital, de faire de l'éducation thérapeutique digitale. À ce moment-là, on pensait monter notre société. Et dans le même temps, le DG de l'ARS qui vient me voir et qui me dit : « ce que vous faites, c'est intéressant, il y a un article loi qui vient de sortir, article 51, ça peut rentrer ». (...) Et on a été la première, juin 2018 à envoyer notre lettre d'intention à l'équipe article 51 de la CNAM. Et finalement, ils ont construit aussi la démarche article 51 un petit peu avec nous. C'est-à-dire qu'on a fait plein d'allers-retours. Moi je n'ai pas eu les accélérateurs, je n'ai pas eu tout ça. Et on est passé en comité technique nationale en décembre 2018. ». (Porteur EMNO).

L'élaboration des projets est "accompagnée" par un référent national CNAM pour les expérimentations menées à l'échelle nationale ou par un référent régional de l'ARS et de la CPAM dans le cas de celles déployées dans un périmètre régional. Ce référent est responsable de "l'instruire dans un premier temps pour déterminer si nous autorisons ou non ; et une fois autorisé, nous accompagnons le porteur jusqu'à la fin, jusqu'à la fin de la formation" (Equipe CNAM art 51 "obésité"). Ainsi, le processus "est pris" de manière précoce :

« En fait, on prend le processus beaucoup plus tôt, ce qui veut dire que du coup il y a toute une phase supplémentaire. Et selon le degré de maturité du projet quand ils viennent présenter la lettre d'intention, car parfois il y a des choses qui ont été plus ou moins déployées sur le territoire par d'autres méthodologies, donc là, les temps d'instruction sont beaucoup plus courts. Par contre, quand la lettre d'intention n'est manifestement pas assez mature, ça va nécessiter un certain temps de travail. » (Équipe CNAM art 51 « obésité »).

Enfin, l'élaboration des projets suit, en effet, une approche de co-construction avec les acteurs locaux, donnant lieu à la rédaction d'un "cahier des charges". Ainsi, par le biais de ce processus d'écriture, la conception de l'innovation suit un formatage spécifique à l'univers symbolique du domaine organisationnel administratif, qui n'est pas évident, même pour des expérimentateurs ayant précédemment mis en œuvre d'ambitieux projets de recherche ou structuré une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée au sein de leur établissement, comme c'est le cas pour l'ensemble des projets portant sur l'obésité. Plus concrètement, le langage de l'administration est caractérisé par une performativité pragmatique, qui restreint l'imaginaire de l'innovation à l'opérationnalité des changements et leur modélisation économique.

« Les porteurs qui ont déposé et qui ont l'habitude de la recherche clinique, ils ont un autre format dans leur tête : ils écrivent 20 pages de contexte et mentionnent 40 millions de références bibliographiques pour expliquer le rationnel. Nous, on est beaucoup plus pragmatiques. Par contre, on veut connaître très clairement et rapidement le contexte, ce qui les empêche de mettre en œuvre leur projet, donc le besoin de dérogation, et assez clairement, ce qu'ils proposent pour répondre aux besoins. Mais pratico-pratique : quels sont les intervenants, comment ils vont travailler, sur quels aspects, comment ils vont voir au départ les patients, comment est-ce qu'ils vont les identifier pour les inclure, comment ils vont les suivre. C'est vraiment l'opérationnel qui nous intéresse. Et puis après, effectivement, il y a la partie modélisation économique (les tarifs, les coûts, les taux horaires, le temps passé) dont ils n'ont actuellement pas l'habitude de réfléchir. Et quand on dit : « ça, c'est hors de prix », « c'est un tarif trop élevé », « ça, on trouve que ce n'est pas pertinent de financer tel type d'activité », effectivement, c'est trop en difficulté. » (Équipe CNAM art 51 « obésité »)

Par ailleurs, pour éviter ce délai marqué par les allers-retours des différentes versions révisées du cahier des charges jusqu'à l'aboutissement de la version approuvée, l'équipe nationale a instauré des journées dénommées "accélérateurs de projets". Ces journées invitent les expérimentateurs à se rassembler et à bénéficier d'un accompagnement express de type conseil dirigé par un cabinet de consultants. Elles incluent également la participation de référents de l'équipe nationale de soutien

de l'article 51 et d'autres agents de l'administration centrale (CNAM, DGS, DGOS). Cette centralisation du processus d'élaboration de l'innovation répond aux besoins d'évaluation en termes d'efficacité et d'efficience des actions innovantes. Elle vise également l'objectif de faisabilité et de généralisation des expérimentations. De plus, cela permet d'évoluer dans la mise en œuvre de la mesure de l'article 51 grâce à la connaissance expérientielle acquise par l'administration en contact direct avec la réalité du terrain.

« Toutes les expérimentations font aussi écho à toutes celles qui sont arrivées avant. Il y a là une tentative d'harmonisation, d'apprendre des autres expérimentations avant d'en déployer une nouvelle. Donc, effectivement, ça peut fortement allonger le temps d'instruction, mais ce temps d'instruction, c'est un temps d'instruction qui existe quoi qu'il arrive, c'est juste que nous on intervient dès le début. » (Équipe CNAM art 51 « obésité »)

Revenons à ces dix expériences de l'article 51 consacrées à l'« obésité » pour comprendre leur particularité au sein du dispositif expérimental global et leur place dans l'histoire des actions publiques visant à prévenir l'obésité et à prendre en charge ceux qui en souffrent. Cela depuis que l'obésité a été reconnue comme un problème public et a été inscrite à l'ordre du jour politique autour des années 2000.

- Dans quelle mesure ces expérimentations ont-elles été conçues dans le sillage de l'action programmatique (Genieys et Hassenteufel 2021) de la coalition d'acteurs experts mise en mouvement autour de la création du premier PNNS (2001-2005) et consignée plus tard dans le Plan Obésité de 2010-2013 ?
- Dans quelle mesure révèlent-elles les obstacles que rencontre la mise en œuvre de cette action programmatique ?

Dans la section suivante, nous nous concentrons spécifiquement sur les professionnels qui mènent et/ou coordonnent ces expérimentations. Notre objectif est d'identifier les motivations, intentions et espoirs qui sous-tendent la construction de ces projets, et de mettre en lumière ce que ces projets sont en train de modifier ou de consolider dans les pratiques professionnelles de ces acteurs et dans leurs visions de l'organisation des soins.

LES PRINCIPES STRUCTURANT LES EXPERIMENTATIONS EN « OBESITE » ARTICLE 51

L'obésité est l'une des « maladies chroniques » les plus marquantes abordées dans le cadre de l'article 51, depuis son application, notamment en raison de la difficulté de sa gestion et de l'engagement des acteurs sur le terrain (professionnels de la santé, scientifiques et associations de patients) auprès des autorités publiques. Dans leur ensemble, les expérimentations « obésité » couvrent les trois populations traditionnellement différenciées par l'actuel système de répartition de la prise en charge des complications cardiométaboliques de cette maladie : enfants et adolescents (PRALIMAP-INÈS, OBEPEDIA, TOPASE, PROXOB), adultes (EMNO, GPSO, Timéo ; PROXOB) et les patients ayant subi une chirurgie bariatrique (PACO, BARIA UP, OBEPAR, EMNO). Ces démarches proposent des initiatives innovantes qui, en plus de répondre au "Plan d'action pour la prise en charge de l'obésité" et au plan "Priorité prévention", se situent à l'intersection de trois stratégies nationales en matière de santé (à savoir : "Ma santé 2022", "Sport santé" et "Numérique en santé") et s'inscrivent également dans le cadre du "Plan d'action pour la santé mentale et la psychiatrie".

Les expérimentations de l'obésité partagent une méthode commune qui consiste à tester une série de parcours standardisés pour un suivi et un accompagnement à long terme. Ces itinéraires sont conçus autour d'un programme graduel d'éducation thérapeutique, dans le but d'inculquer, dans la vie quotidienne des patients, des habitudes de vie (nutrition, activité physique, sommeil, bien-être psychologique, parentalité) favorisant un état de santé optimal, tout au long de leur existence. La construction de ces chemins de suivi prolongé, voire à vie, nécessite l'intervention de professionnels non conventionnés, dont les services ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie : psychologues, diététiciens, éducateurs d'activité physique adaptée en libéral. Pour permettre une gestion coordonnée du patient à long terme, ces expérimentations font également appel à un coordinateur qui est chargé d'établir le lien entre tous les professionnels qui interviennent de manière collective et pluridisciplinaire auprès du patient, et aussi d'être le point de contact privilégié du patient pour toutes sortes de questions et problématiques relatives à sa santé et à son suivi.

Ces deux fonctions de coordination (la mise en relation des professionnels et la liaison avec le patient) sont facilitées par l'utilisation d'outils numériques (plateforme et télésurveillance). En fin de compte, toutes ces expérimentations visent à répondre à la même question : "Comment éviter de perdre le patient et comment éviter de perdre le bénéfice" (Équipe CNAM art 51 "obésité"), en utilisant de manière alternative un ou plusieurs leviers, en fonction du stade du processus de soins où chaque expérimentation se trouve.

Les parcours de soins consacrés à la problématique de l'obésité sont pensés afin de proposer des prises en charge « cohérentes » et « pertinentes » en fonction des nécessités des individus souffrant d'obésité. Les mesures inscrites dans les cahiers des charges illustrent que l'accomplissement effectif de l'objectif de placer le patient au cœur de l'organisation des soins nécessite de démanteler certaines des cloisons qui organisent le système de santé : la polarité « prévention / soins curatifs » et la dichotomie « hôpital – ville ». D'un côté, ce constat révèle un enjeu bien connu des divers intervenants du domaine de la santé : la mutation de l'organisation du système de santé qui se déroule depuis la mise en place des CPTS, des DAC et autres mécanismes (les CSO et REPOPOP, par exemple) afin d'inculquer autant de coordination que possible entre les professionnels de la santé.

« C'est un fil rouge qui existe dans la plupart des expérimentations 51. C'est quasiment un volet à part entière (...) S'il y a une question sur laquelle les expérimentations 51 vont pouvoir apporter beaucoup de choses, je pense que c'est celle-là : le rôle des organismes de coordination sur le territoire pour arriver à mettre en place des parcours qui tournent autour du patient, au lieu de tourner autour d'un professionnel ou une pathologie » (Équipe CNAM art 51 « obésité »).

D'une part, les expérimentations construites autour de la notion d'« obésité » sont enracinées dans cette même nécessité de décroisement. Par conséquent, elles poursuivent dans la continuité de l'action programmatique des acteurs experts de la prise en charge nutritionnelle de l'obésité. Plus précisément, les différents cahiers de charges « parcours de soins innovants - obésité » ont en commun le fait d'opérationnaliser les deux principes constitutifs des « Mesures concernant la prise en charge des maladies » proposées par le Professeur Arnaud Basdevant en novembre 2013²² : 1) le principe de la prévention en continuum intégrée dans les parcours, et 2) le principe de la déclinaison pluriprofessionnelle et territoriale.

²² Présenté en seconde partie du Rapport « Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé » commandité par Marisol Touraine aux porteurs du PNNS et du PO, le « Rapport Basdevant de 2013 » tient compte des réflexions et recommandations sur l'organisation des soins en nutrition émises par un groupe d'experts représentant 31 sociétés savantes, et consignées dans le rapport « Les 40 propositions pour le PNNS 2011-2015 », dirigé par François Bourdillon (SFSP), Dominique Türck (SFP), Noël Cano (SFNEP) et Jacques Delarue (SFN). Le « Rapport Basdevant de 2013 » s'inscrit dans le sillage des recommandations de la HAS sur le parcours de soins, et des échanges lors du séminaire sur le parcours de soins organisé en 2013 par l'Institut Curie et l'Université Paris Dauphine qui confrontait les points de vue de directeurs d'ARS, du ministère de la santé, de la mutualité, du collège de médecine générale, du collectif inter associatif sur la santé.

Le principe du continuum prévention-prise en charge intégré dans les parcours de soins

Tout d'abord, l'objectif de rattachement entre curatif (prise en charge médicale et paramédicale) et préventif (action sur les modes de vie et l'environnement des patients et de leurs proches) est basé sur l'articulation de ce continuum de prévention avec les dispositifs de prise en charge, présents dans chacune des expérimentations de l'article 51 "obésité", et sur la création d'un continuum reliant les différentes phases de la prévention, concrétisé par l'ensemble de ces projets. En considérant l'ensemble, les différents parcours de soins "obésité" intègrent des actions couvrant les quatre niveaux de prévention : le primaire (PRALIMAP-INÈS, TOPASE, ProxOb, GPSO), le secondaire (Pralimap, TOPASE, ProxOb, GPSO, EMNO, Timéo), le tertiaire (OBEPEDIA, EMNO, Timéo) et enfin, le quaternaire (actions pour diminuer le risque de réintervention chirurgicale : PACO, BARIA UP, OBEPAR). Ces actions de prévention font également partie intégrante de ces parcours de soins. De plus, les acteurs programmatiques plaident en faveur d'une gouvernance unique associant les mesures de prévention (direction du PNNS par la DGS) et celles de l'organisation des soins (direction du Plan obésité par la DGOS²³). Leur argumentation repose sur l'évaluation qu'ils font de la mise en œuvre des mesures "organisation des soins" du Plan Obésité 2010-2013, jugé fragmentaire et sans financement spécifique, ainsi que sur la conviction qu'une action publique intégrée est plus à même de répondre à la complexité d'une "maladie chronique" pouvant survenir à tout moment du parcours de vie.

Pour illustrer notre argument, examinons l'expérimentation PRALIMAP-INÈS. L'objectif de ce projet est de relier les préventions primaire et secondaire à travers des parcours coordonnés et durables, commençant dans le milieu scolaire et se dirigeant vers le milieu du soin, afin de réduire la surcharge pondérale et la prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire en Guadeloupe et dans les îles du Nord, sans aggraver les inégalités sociales de santé. Pour ce faire, le programme de sensibilisation et d'éducation à la santé déployé auprès des élèves de quatrième année commence par un dépistage du surpoids et de l'obésité, mené conjointement avec la médecine scolaire (mesures anthropométriques et passation de questionnaires sur les habitudes alimentaires et l'activité physique et la sédentarité). Cette première étape est suivie de cinq séances collectives de type ETP, de deux heures pour tous les élèves, réalisées en milieu scolaire par une équipe

²³ Rapport « Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé : Mesures concernant la prise en charge des maladies » rédigé par le Pr Arnaud Basdevant en novembre 2013 ; entretien au Pr Arnaud Basdevant, 4 juillet 2022.

pluriprofessionnelle (diététicien, EAPA et psychologues) formée au référentiel « PRALIMAP²⁴ », afin de perfectionner les connaissances des collégiens en matière d'alimentation et d'activité physique, d'améliorer leur capacité à faire des choix favorables à la santé et de renforcer leurs compétences psychosociales. Cette expérimentation comprend un troisième volet d'action basé sur le principe de l'universalisme proportionné, qui vise à offrir aux élèves en situation d'obésité (notamment sévère) et issus de milieux sociaux moins favorisés, un parcours personnalisé de soins (médecin traitant, réseaux de soins spécialisés et services hospitaliers, notamment CSO) ; mais aussi à structurer et coordonner, à l'interface prévention/soin, un réseau d'acteurs formés et capables de prendre en charge les élèves en situation de surpoids et d'obésité à travers un parcours de soins coordonné afin de pérenniser cet accompagnement.

« En 2018-2019, il n'y avait pas énormément encore de choses très structurées. Il y avait un besoin de mettre une dynamique ; de faire de la coordination de soins, le relais avec l'ensemble des acteurs... Et avec l'opportunité d'un financement article 51 c'est vrai que nous, là on a redynamisé : pour toutes nos obésités sévères, on a des rendez-vous dédiés pour faire des diagnostics médicaux, puisque derrière les obésités sévères, il y a besoin d'une prise en charge médicale déjà même à l'âge de 14 ans. Donc on dépiste, on déroule les programmes PRALIMAP-INÈS en 4^{ème} et on a aussi la possibilité de prescrire en passant par une réunion de concertation pluridisciplinaire, un suivi, soit diététicien, soit psychologue, soit professionnel APA soit les deux ou les trois. Après, il peut encore être nécessaire de poursuivre la prise en charge, donc de réorienter vers le système de soins. » (Porteuse PRALIMAP)

Le déploiement de ce continuum de prévention, qui s'articule autour des dispositions à la frontière du préventif et du curatif, appelle à une vision holistique du parcours de santé. Celle-ci implique l'engagement d'acteurs autres que le personnel de santé, comme les travailleurs sociaux, l'éducation nationale, les éducateurs d'activité physique adaptée, les associations communautaires, etc. Cette perspective requiert également l'adoption d'une approche populationnelle du territoire. Cette logique nous conduit au second principe que défend l'action programmatique, dont la concrétisation a été facilitée par l'article 51.

²⁴ <https://www.cnam-istna.fr/nos-actions/recherches-/pralimap-ines/> ; Briançon, S., Bonsergent, E., Agrinier, N. et al. PRALIMAP: study protocol for a high school-based, factorial cluster randomised interventional trial of three overweight and obesity prevention strategies. *Trials* 11, 119 (2010).

Le principe de la déclinaison pluriprofessionnelle et territoriale de soins accessibles à toute personne

Ces initiatives expérimentales partagent une approche similaire, où des systèmes de soins sont mis en place en fonction des compétences des multiples professionnels impliqués. La localisation géographique des dispositifs ainsi que la garantie d'un accès aux soins tout en considérant les aspects médicaux et sociaux de la maladie sont également pris en compte. En fait, ces projets testent en situation réelle des parcours de soins multidisciplinaires et personnalisés. Ces essais s'inscrivent dans la continuité d'un travail entamé depuis la mise en place des REPPPOP (PNNS1) et plus récemment, la création des 37 Centres spécialisés de l'obésité (Plan Obésité). Ces actions visent à mettre en œuvre un suivi gradué et spécialisé de l'obésité, soutenu par la création d'un réseau territorial.

« Enfin, tout ce qui a été écrit en 2011 est toujours d'actualité. Il n'y a pas grand-chose qui a évolué en termes de fond, autour de la prise en charge. Le constat qu'on fait quand même, c'est que depuis 2003, ça fait 20 ans qu'on a ce modèle RéPPOP qui est plébiscité un peu partout. On a peine à comprendre comment, pourquoi il n'est pas généralisé et pourquoi il faut passer maintenant à nouveau par des articles 51, par expérimenter des choses. Alors bien sûr, il y a des petites finesses dans ce qui est présenté : par exemple, PROXOB est un modèle de prise en charge familiale à domicile qui apporte des éléments complémentaires au modèle RéPPOP de base : la prise en charge pluridisciplinaire de proximité financée avec des ressources d'expertise et une coordination régionale rattachées au CSO, pour aider à former les gens et à organiser les parcours. Autre exemple, OBEPEDIA apporte une prise en charge pour des obésités complexes qui nécessitent plus de moyens. » (Co-porteuse OBEPEDIA)

Diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé, par l'accès aux soins pour tous et le gouvernement des conduites

L'évaluation de ces innovations "en cours" concernant le problème de l'obésité suggère que la question pratique de comment rendre les soins accessibles à tous est une préoccupation transversale à tous les projets. Qui plus est, les professionnels engagés dans ce domaine généralement travaillent dans des services qui sont confrontés à un recours tardif de la part des

populations en situation de pauvreté et de précarité sociale. Les solutions envisagées soulignent néanmoins les contraintes de cette méthode expérimentale pour l'élaboration de l'action publique. Conçu pour répondre aux attentes de légitimité scientifique et de décentralisation des processus de décision, l'article 51 attribue davantage de pouvoir décisionnel et de flexibilité aux initiatives provenant du terrain (Conseil d'État 2019). Cela dit, leur champ d'intervention reste limité strictement aux soins et à l'accompagnement de ces populations dans l'adoption de changements de comportement liés à la santé (en se concentrant sur l'alimentation, l'activité physique et le sommeil).

Comme dans le cadre du projet ProxOb, l'objectif est également d'amener les bénéficiaires à développer des dynamiques intrafamiliales plus harmonieuses. Cela consiste à créer des liens par l'apprentissage expérientiel de la commensalité et la construction "en famille" d'un projet commun de bien-être :

« Se rapprocher des familles, créer du lien, c'est mettre en place un accès à l'information en général, parce qu'on sait qu'ils ne sont pas toujours au courant des dispositifs, de l'offre, des aides financières, par exemple, pour pratiquer des activités physiques. C'est aussi travailler sur les freins à la participation par rapport aux soins. »

Ou encore, comme c'est le cas pour PRALIMAP-INEs Guadeloupe et îles du Nord, les expérimentateurs axent leur action "aller vers" sur la transmission d'informations pratiques et adaptées, ainsi que sur un travail de motivation, d'autonomisation individuelle, voire générationnelle :

« Dans ces familles, il y a parfois une motivation difficile à maintenir chez les adolescents parce qu'il y a des problématiques financières et culturelles, par exemple le devoir de s'occuper de la fratrie. Pour les aider, nous travaillons sur la construction de la motivation et à ce qu'ils restent motivés tout au long de la prise en charge. Par exemple, l'autre jour, en réunion de concertation pluridisciplinaire, une intervenante nous a remonté : « Il va déjeuner chez la nanny, qui lui met des quantités énormes avec l'obligation à finir son assiette. Et ça, il l'avait analysé. Et donc là il a réussi à dire : « non, il faut m'en servir moins ». Sa famille est là, mais notre intervention s'adresse à l'adolescent. Elle est basée sur l'autonomie de l'adolescent : c'est lui qui doit prendre ça en main. C'est lui donner les clés pour l'avenir. C'est notre dernière chance, puisque si l'obésité s'installe, à l'âge adulte c'est plus compliqué. »

En effet, comme nous le développerons dans la section suivante, du point de vue des expérimentateurs interrogés, l'enjeu de l'appareil "Article 51" représente notamment une occasion favorable pour concevoir et mener directement des actions novatrices qui, susceptibles de durer, affecteront à la fois l'accessibilité et la qualité des soins qu'ils prodiguent et leurs conditions de

travail. S'inscrivant dans la continuité de la ligne d'action programmatique née autour du PNNS1 et renforcée avec le Plan Obésité, les expérimentateurs placent dans ce dispositif expérimental d'action publique, l'espoir de convaincre les autorités publiques de leur vision pour améliorer le système de soins. Enfin, en réponse aux facteurs socio-structurels et culturels qui traversent l'expérience de l'obésité, les expérimentateurs mettent en avant deux leviers de lutte contre les inégalités sociales de santé : l'accès aux soins spécialisés (médicaux et paramédicaux) sans contribution économique de la part des bénéficiaires et l'orientation des patients vers des soins de proximité, dispensés par des professionnels des secteurs des soins et du médico-social préalablement sensibilisés et formés aux problématiques de l'obésité grâce aux programmes pédagogiques testés dans ces expérimentations article 51.

INNOVATIONS ENDOGENES A L'ACTION PROGRAMMATIQUE

En prenant en compte le projet défendu par les élites programmatiques du Plan "Nutrition-Obésité", l'examen des essais sous l'article 51 "obésité" révèle cinq aspects novateurs que les dérogations légales et réglementaires de l'art.51 LFSS ont permis : la reconnaissance administrative de la fonction de coordination des parcours ; le tissage territorial des acteurs de soins et de protection sociale nécessaire pour un suivi à moyen/long terme ; la régulation des prises en charge par le biais de la forfaitisation des parcours, la standardisation des parcours personnalisés grâce à un profilage multicritère des patients et, enfin, le rôle des acteurs privés (industriels et associatifs) dans l'accompagnement au changement des pratiques. Enfin, bien que les modes de financement du dispositif art.51 LFSS n'incluent pas le développement d'outils de e-santé, une grande partie des innovations financières et organisationnelles sont soutenues par le développement de systèmes d'information numérisés et d'outils numériques.

Reconnaissance administrative de la fonction de coordination

Tout d'abord, les soins proposés sont orchestrés par un "référént de parcours" ou "coordinateur de parcours de patients". Comme nous l'avons précédemment montré, l'un des principaux enjeux de la disposition "article 51" est d'institutionnaliser la coordination à travers la définition d'un cahier des charges et de budgétiser son financement. Prenons l'exemple concret de GPS-Obésité. Cette expérimentation vise à structurer les soins précoces et le suivi à long terme des adultes obèses, par des professionnels de première ligne (soins de proximité) et à organiser le

réseau territorial d'une offre de soins cohérente, basée sur des équipes pluridisciplinaires de proximité travaillant en coordination avec les acteurs des secteurs sanitaires et sociaux.

« Pour les professionnels c'est enfin la reconnaissance de méthodes de coordination et la cotation qui va avec, le financement qui va avec. C'est aussi le travail sur un ancrage territorial et de mise en lien de l'ensemble des acteurs du parcours, pour une prise en charge visible, suivie et dans la proximité, et financée. » (Coord GPS-O)

« La principale idée de ce forfait « coordination de parcours » était d'inclure dans l'organisation du parcours de la coordination à tous les niveaux pour pouvoir effectivement faciliter l'accès des personnes en situation d'obésité dans leur proximité à ce parcours. Il s'agit de renforcer effectivement la relation de confiance entre le patient et l'équipe, au travers d'une coordination de « parcours patient » personnalisée pour faciliter le lien, le suivi, l'évolution en fonction des besoins. Et aussi d'intégrer le plus longtemps possible, pendant ce parcours au long terme, le patient ; l'inclure dans toutes ces actions éducatives, avec l'idée qu'il puisse trouver son autonomie, trouver son savoir-faire, trouver son projet de vie » (Co-porteuse GPS-O)

En ce qui concerne les trois expérimentations OBEPAR, BARIA UP et PACO, qui sont centrées sur la préparation et le suivi du patient obèse opéré avant et après la chirurgie bariatrique, la mission de coordination de parcours comprend également une dimension de "surveillance rapprochée". Cette surveillance est destinée non seulement à l'observance des patients, mais aussi à l'engagement des services hospitaliers, tant publics que privés, vis-à-vis de la prise en charge recommandée par l'HAS, avant et après l'intervention chirurgicale :

« L'idée, c'est que les « coordinateurs parcours patient » rappellent les patients, qu'ils vérifient qu'ils ont bien fait leur bilan, qu'ils fournissent au médecin traitant les documents nécessaires pour faire les bons bilans, etc. et que l'hôpital les reprenne en charge s'il y a des problèmes. » (Porteuse OBEPAR)

Compte tenu des divers cahiers des charges des expériences de l'article 51 « obésité » et des entretiens menés auprès des expérimentateurs, il apparaît clairement une nécessité absolue d'un professionnel mandaté pour la coordination des parcours. Cette nécessité découle de l'idée d'une prise en charge dite "graduée" qui s'articule autour de plusieurs séquences de soins, constituant un suivi à moyen ou long terme (ou même "à vie" pour les patients ayant subi une chirurgie bariatrique). Comme conçue dans ces expériences, la fonction de ce coordinateur est soutenue par un réseau territorial des différents acteurs intervenant dans la chaîne de soins.

Maillage territorial des acteurs du soin et du social, pierre angulaire du suivi de la maladie chronique

Le maillage territorial détaillé dans les expérimentations de l'article 51 sur l'obésité s'incarne dans l'interaction entre la ville et l'hôpital. Il est principalement conceptualisé comme une « délégation de soins » structurée (le transfert vers les médecins en ville du suivi postopératoire à partir de 18 ou 24 mois après l'intervention) vers les soins de proximité.

« Alors, le parcours bariatrique est très complexe puisqu'il fait intervenir beaucoup d'acteurs. C'est assez complexe parce qu'il faut une vraie coordination. Et surtout, c'est sur un temps long parce qu'un patient obèse opéré doit être suivi à vie. Et les centres hospitaliers ne peuvent pas suivre le patient à vie, mais la ville, le médecin généraliste, oui. » (Coordinatrice nationale, Baria Up)

« Une des raisons d'OBEPAR, c'est l'accessibilité aux soins postopératoires de proximité. À l'hôpital, il y a trois mois de délais, c'est loin de chez soi, en journée, donc on est obligé de poser une journée de travail. Voilà, les gens ils sont perdus de vue de l'hôpital, mais pas du médecin traitant. Le problème, c'est que le médecin traitant, il n'est pas forcément formé et il ne connaît pas quels sont les recours. Donc l'idée dans cette expérimentation est d'apporter une réponse avec des coordinateurs de parcours et le développement des relais en ville. » (Porteuse OBEPAR)

L'interaction entre la ville et l'hôpital peut également se manifester sous la forme d'une "prise en charge partagée", via des ateliers ETP mis en place en ville, en collaboration avec des CPTS, des maisons de santé et des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) associés à l'expérimentation. Ce type d'organisation ville-hôpital se retrouve dans les expérimentations qui testent une prise en charge des individus en situation de surpoids ou d'obésité modérée, dans les régions où l'accès à des soins spécialisés en nutrition et obésité est difficile (cf. ProxOb, Timéo, EMNO, TOPASE).

« TOPASE a été mis en place sur la région, où on est en manque de médecins spécialisés à l'hôpital pour s'occuper des patients en situation d'obésité, que ce soit de la pédiatrie ou de l'adulte. Donc l'idée, effectivement, c'était de développer ce réseau de premier recours de médecins généralistes, de les former pour qu'ils soient en mesure de prendre en charge les patients en situation soit de surpoids ou d'obésité modérée. Donc il s'agit d'intervenir en

amont pour éviter d'arriver à une situation d'obésité complexe, qui sera traitée toujours à l'hôpital. Donc là, on cherche à développer le maillage territorial, à former les médecins, à mettre en place un travail pluriprofessionnel et en équipe en ville. Parce que même dans une maison de santé pluriprofessionnelle, on n'a pas forcément la totalité des professionnels regroupés et ils ne sont pas forcément habitués à travailler vraiment ensemble, à mettre en place des ateliers en collectif. (...) Et il faut aussi une mise en place et des locaux adaptés pour pouvoir recevoir une dizaine ou une quinzaine de patients ensemble pour faire, par exemple, une séance d'activité physique. » (Coordinatrice TOPASE)

De plus, étant donné qu'elles touchent principalement des populations vivant dans des conditions de précarité sociale, la plupart étant éloignées ou en rupture de soins, voire en situation d'isolement social, les expérimentations art. 51 "obésité" misent sur l'augmentation des compétences des patients et de leurs proches comme principal moyen pour améliorer la santé de ces populations. Dans les zones où il existe une pénurie de médecins et de professionnels paramédicaux formés à la prise en charge de l'obésité, ces expérimentations cherchent à rendre ces populations socialement défavorisées proactives en tant qu'acteurs de la santé et usagers des services de soins. Ainsi, toutes les expérimentations axées sur l'obésité proposent un accompagnement vers "l'autonomisation du patient", composé de séances d'éducation thérapeutique et de modules de formation, ainsi que d'un soutien plus individualisé basé sur la transmission d'informations et de conseils adaptés au cas spécifique du patient concerné.

Certains projets expérimentaux ont développé un cadre de référence sur les différents soins recommandés (par la HAS et l'AFERO), en fonction des besoins exprimés par le patient et ses proches ou identifiés par les équipes des projets (EMNO, Baria Up, PACO, OBEPAR), ainsi que des outils de motivation conçus pour surmonter les obstacles et obtenir ces soins (GPS-O, TOPASE, OBEPEDIA, ProxOb). L'idée sous-jacente est de donner aux patients et aux professionnels les moyens de mettre en place des soins dans une relation de partenariat entre soignant et soigné.

« J'ai pris le parti de ne pas me baser sur la pathologie pour créer mon programme, mais de me baser sur la personne qui vit la pathologie. Et j'ai mis en place des parcours d'éducation thérapeutique qui s'intéressaient à faire en sorte que les patients acquièrent toutes les connaissances et les compétences, même complexes. Pour vraiment comprendre pourquoi le parcours de soins est fait comme ça, pourquoi on demande telle ou telle chose, et aussi avec cette dynamique de patient-ressource ou patient-partenaire. » (Porteur EMNO)

« Dans les problématiques d'obésité, il faut sortir du cercle « sport pour maigrir » et « régime pour maigrir ». Avec nos cinq ateliers, un bilan et six séances à domicile, l'idée est de travailler plus sur les leviers et les freins à la pratique, suivant le principe de l'éducation thérapeutique et de l'autonomie : voir ce qu'ils font déjà, ce qu'ils peuvent faire ou pas,

pourquoi il y a des freins, quels seraient les éléments clés de la motivation au changement, qu'est-ce qu'ils peuvent mettre en place de pas trop compliqué et durable autour de chez eux, dans leur quotidien. » (Porteur PRoxOb)

Tel qu'il est énoncé dans l'ensemble de ces expérimentations, l'autonomie visée est celle d'une participation accrue des patients dans leur parcours de soins. Cette notion d'autonomie comporte implicitement le paradoxe d'acculturer le patient à s'impliquer dans une prise en charge qui est, au préalable, fortement réglementée par les cahiers des charges des expérimentations.

La forfaitisation comme mode de régulation des prises en charge pluridisciplinaire et à proximité

En utilisant des financements dérogatoires du droit commun, ces projets expérimentent diverses modalités de forfaits. Ces financements forfaitaires sont calculés pour récompenser le travail de coordination, mais également les fournisseurs de traitements considérés comme "de première intention" (principalement, consultations paramédicales ou ateliers d'éducation thérapeutique en diététique, en soutien psychologique et en activité physique adaptée) qui, bien qu'ils soient dispensés en dehors du cadre d'un hôpital de jour, ne sont cependant pas conventionnés avec la CNAM²⁵.

« Quand vous êtes hors de l'hôpital, vous êtes remboursés pour des consultations de médecin, mais celles avec une psychologue, une infirmière d'éducation thérapeutique, ou diététicienne sont à la charge du patient, alors qu'on sait très bien qu'il faut absolument une équipe pour aborder différentes problématiques, prendre en charge l'obésité. » (Porteur EMNO)

De plus, certains examens biologiques, tels que la mesure du dosage de la vitamine B1, sont soumis à une dérogation au paiement à l'acte (dérogation à l'article 162-1 du Code de la sécurité sociale).

²⁵ Les dérogations organisationnelles issues du Code de la santé publique concernent le partage d'honoraire, la biologie médicale (lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens), la possibilité pour un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé et la possibilité de redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire. Les dérogations les plus utilisées concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale. Tous les projets expérimentaux « obésité » autorisés élargissent le champ des frais couverts par l'Assurance Maladie en dérogeant aux alinéas 1, 2 et 6 de l'article L. 160-8.

« C'est ce qu'on fait tous les jours ici à l'hôpital. Par contre, l'innovation est dans le fait de pouvoir le reconnaître et de financer des choses qui ne sont pas encore financées, notamment de la coordination et du temps hors patients, des bouts de bilans biologiques, pour l'adulte du temps psycho, de diét', d'EAPA... Ce qu'on fait, nous, un peu de nouveau c'est le côté « à domicile », mais bon il n'y a rien de fou... Et avec l'article 51, on a l'espoir, un jour, que ça soit financé. » (Porteur ProxOb)

Particularité des investigations portant sur la chirurgie bariatrique, la forfaitisation de la prise en charge est aussi illustrée comme un mécanisme devant permettre la standardisation et l'harmonisation des soins pour les rendre de facto pluridisciplinaires. C'est dans cette perspective que sont évalués des dispositifs financiers destinés aux centres hospitaliers et cliniques privées désirant implémenter le parcours préopératoire et le suivi postopératoire préconisés depuis 2009 par la HAS. Ces derniers sont associés à une mesure de répression passant par le non-remboursement des prestations relatives à la chirurgie bariatrique pour les établissements de santé dont la prise en charge est défaillante :

« Il s'agit d'un levier un peu combinatoire. Dans l'expérimentation, on voulait inclure l'acte chirurgical dans les forfaits pour que le remboursement de l'acte opératoire soit conditionné par le fait que le patient ait fait le parcours complet avant. Et puis l'autre levier pour arriver à faire que les centres fassent correctement le suivi pré- et postopératoire, c'est de leur en donner les moyens : un remboursement des diététiciennes et des psychologues en ville, de manière que même s'il n'y a pas le personnel sur place, dans leur structure, il puisse faire appel à des professionnels de ville pour mettre en place ce circuit. Parce qu'à l'heure actuelle, pour des patients qui sont en situation défavorisée pour la plupart, le coût des consultations diététique et psychologue en ville est assez rédhibitoire. » (PUPH, porteuse OBEPAR)

Portée par une préoccupation de régularisation de la pratique de la chirurgie bariatrique, l'expérimentation PACO teste également un label distinct qui confère une garantie officielle de qualité à la prise en charge pratiquée par le service qui le soutient :

« En PACA, il y a deux problèmes de pertinence de soins : Il y a trop de coloscopies, et il y a proportionnellement, beaucoup trop de chirurgies bariatriques par habitant par rapport à notre taux d'obésité et par rapport à ce qui se passe dans le Nord. Et surtout, on a décelé parmi les patients opérés, des malades psychiatriques qui font partie des contre-indications à la chirurgie, et des patients qui n'ont pas reçu le bon suivi. On a donc défini la pertinence des soins selon les recos HAS de 2009 pour la labellisation « PACO de pertinence des soins » des services : c'est-à-dire ne pas opérer en cinq minutes les patients, mettre en place

des RCP, un programme d'éducation thérapeutique, une équipe de suivi... et les patients sauront qu'ils vont dans un centre qui ne fait pas n'importe quoi. » (PUPH, PACO)

En conclusion, diverses expérimentations d'Article 51 sur l'obésité mettent à l'essai un modèle de financement des parcours de santé, incluant une part variable, similaire aux modèles de financement de pays anglo-saxons et nordiques. Ces modèles ont pour but de récompenser, au travers d'un bonus ou d'une prime, la qualité de l'assistance médicale. Prenons comme exemples les expérimentations Baria Up et EMNO. Ces deux projets testent chacun un modèle différent de forfait basé sur le profil de complexité de chaque patient, complété par un modèle de rémunération au rendement. Tandis que, dans le projet Baria Up, la part variable a pour but de récompenser les zones où l'on a obtenu de bons résultats par rapport à la réduction des patients perdus de vue, le projet EMNO modifie cette prime selon le progrès du patient dans son parcours de soins. Un autre exemple est fourni par OBEPEDIA, avec la mise en place d'un forfait spécifique de motivation pour les professionnels (médecins et paramédicaux), liée à la bonne exécution du parcours de soins, mesurée sur la base d'indicateurs du suivi du patient dans son parcours, de la régularité des interactions avec la famille et du bon déroulement des interventions programmées (RCP, consultations).

La standardisation des parcours personnalisés via le profilage multicritère des patients

L'une des innovations significatives des parcours de soins « obésité » testés dans le cadre de l'article 51 consiste à adapter la gestion des soins selon une gradation basée sur un profilage multicritères des patients. Cette approche est plus complexe que la segmentation traditionnelle réalisée par les établissements de santé, qui est basée sur l'âge (enfance, transition pédiatrique vers des soins pour adultes, adultes et patients séniors) et l'Indice de Masse Corporelle (IMC), avec ou sans comorbidités. Les tests en cours introduisent des indicateurs de précarité socio-économique. Ils tiennent compte des ressources disponibles près du lieu de vie du patient et de sa situation familiale, dépassant ainsi les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2023 sous la forme de guides de parcours de soins « Surpoids et obésité chez l'adulte ». L'expérimentation PROXOB, qui travaille avec toute la famille d'un enfant en surpoids, en est un exemple frappant. Ce projet, qui base son programme de soutien sur l'aide à la parentalité et inclut des actions menées à domicile, considère le patient non seulement en tant qu'individu, mais aussi comme membre d'une famille dont les dynamiques peuvent contribuer à l'obésité.

« Alors avec ProxOb on approfondit la réflexion sur le fait d'avoir une prise en charge avec les parents et d'aller à domicile pour impliquer les parents. Car le problème c'est le contexte de vie et agir le plus tôt. Pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination intrafamiliales, il faut impliquer tout le monde, pouvoir les rendre acteurs. Ce qu'on expérimente aussi ici c'est l'effet de groupe dans les ateliers, mais aussi que dans les séances à domicile, le groupe c'est la famille. De fait, la parentalité est travaillée dans les ateliers parentalité, mais aussi en transversal dans les autres ateliers. Ce qui, à mon sens, manquait, c'était de coupler la dimension alimentation et la dimension de la parentalité : sortir du régime destiné à l'enfant et travailler ensemble les sensations alimentaires, les rythmes de vie : manger à table ensemble, faire des trucs ensemble, discuter ensemble, dormir comme il faut. » (Porteur PRoxOb).

Parmi les expérimentations actuelles en matière d'"obésité", trois visent à moduler, voire à graduer, la prise en charge en fonction des besoins du patient qui ont été préalablement catégorisés par les initiateurs des projets. A l'image des deux autres expérimentations liées à la chirurgie bariatrique, Baria Up propose un parcours de soins articulé en trois étapes (préparation à la chirurgie ; acte chirurgical et première année de suivi postopératoire ; et suivi à partir de la deuxième année postopératoire), associé à trois forfaits de prise en charge. Néanmoins, cette expérimentation se distingue des autres car elle personnalise son parcours de soins multidisciplinaire en fonction d'un profilage du patient, basé sur des critères de "complexité", tant cliniques qu'en relation avec la capacité d'acquisition de compétences médico-chirurgicales, psychosociales, diététiques et physiques, incluant un indicateur de précarité (le score EPICES). Par ailleurs, les expérimentations Timéo et EMNO proposent chacune un parcours de soins basé sur un profil de "complexité" du patient, recueilli à travers des questionnaires et gradué différemment. D'une part, EMNO définit une typologie de quatre profils (obésité 1, obésité 2, obésité 3, chirurgie bariatrique, TCA) en fonction du type d'intervenants sollicités (médecin nutritionniste, IDE, diététicienne et psychologue) et d'un nombre de consultations recommandées.

« On profile la personne en fonction de son comportement, parce qu'on est sur une maladie comportementale. Notre méthode de profilage inclut 32 questions. Dans le cahier des charges vous avez : la sévérité de l'IMC, les complications, l'environnement social, mais vous ne voyez pas notre manière de profiler parce qu'elle est propre à nous, j'en ai globalement la paternité. Elle permet de générer une gradation du parcours qui fait intervenir diét' et psy, infirmière et médecin avec des intensités différentes. Ce parcours est forfaitisé, payé par l'assurance maladie. Cela donne les cinq profils et les trois forfaits, suivant une logique pour faire en sorte que plus un patient va bien, plus le forfait permet de gagner de l'argent. »

En revanche, l'expérimentation Timéo, ciblant spécifiquement les patients atteints d'obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²), personnalise le parcours de soin. Cela se fait sur la base d'un algorithme qui détermine le nombre de séances d'accompagnement requises, abordant les aspects psychologiques et / ou diététiques et / ou d'activité physique, adaptées aux nécessités de chaque patient. Quatre niveaux de besoin d'accompagnement sont définis en fonction de la gravité des indicateurs de santé : allant du besoin de niveau 0, qui bénéficieraient simplement d'encouragements et de conseils sous forme orale ou écrite, jusqu'aux besoins de niveaux 1 (premier seuil de gravité), 2 (détérioration plus importante) et 3 (détérioration sévère). Ces derniers nécessitent l'intervention d'enseignants en activités physiques adaptées, de diététiciens ou de psychologues. L'algorithme est complété par le score EPICE de précarité sociale afin d'évaluer si le patient doit être orienté vers un travailleur social :

« Notre volonté, c'est de s'appuyer sur cette évaluation et de ne pas financer la même chose pour tout le monde. On a une gradation de la prise en charge qui est un petit peu poussé à l'extrême dans le projet et encore simplifiée par rapport à ce que c'était : il y a quatre niveaux de prise en charge APA, zéro, un, deux ou trois ; quatre en diét', et deux en psy, et puis trois niveaux en pluri. Donc on arrive à 15 forfaits différents dans notre programme. On utilise aussi le score EPICE avec notre algorithme, pour déclencher l'intervention d'assistantes sociales de l'établissement. »

Ainsi, les expérimentations de l'article 51 permettent de formuler la demande d'essayer des parcours standardisés qui, au moyen d'un système de graduations, cherchent également à intégrer une vision médicale axée sur la personne malade, plus attentive à son entourage familial et à son environnement quotidien :

« L'émergence de PROXOB est venue du contact avec nos patients adultes, à l'écoute des prises en charge qu'ils avaient eues ou pas, et de leurs difficultés et problématiques liées à au contexte familial et à leurs histoires de vie. Et de créer une offre de soins qui n'existait pas, au plus près des gens pour les impliquer. Intervenir à domicile pour vraiment considérer leur mode de vie, leur origine culturelle, le lieu où ils habitent, l'accès à leur propre façon de fonctionner, pour aller échanger de petites choses en lien avec leur façon de fonctionner, et ne pas imposer un truc qui ne serait pas applicable en fait, donc avec toute la démarche d'éducation thérapeutique. »

Ce rapprochement à la vie quotidienne des patients se manifeste également par des prises de position engageantes en regard de leur contexte social. En occurrence, les réponses formulées dans ce sens par les expérimentations de l'article 51 "obésité" s'appuient sur des formations visant à sensibiliser et à éduquer les professionnels de soins de proximité afin de les équiper pour aider les

patients concernés à aborder les problèmes médicaux, familiaux et sociétaux liés à leur obésité. Il s'agit ici d'apprendre à susciter une demande d'aide et à l'accompagner. Ainsi, ces expérimentations de l'article 51 s'attaquent au problème de la "grossophobie médicale" et, plus crucial encore, elles impulsent une approche proactive pour inciter les professionnels libéraux (médecins et paramédicaux) à jouer un rôle en tant qu'acteurs locaux en matière de santé publique.

« Notre enjeu à nous, c'était vraiment de faire du lien ville-hôpital, de se dire : « il y a peu de soignants, peu d'équipes formées sur le territoire à la prise en charge de l'obésité ». On a encore des professionnels, qui font au mieux avec leurs patients, mais qui parfois malheureusement font mal, en prescrivant par exemple des régimes respectifs. » (Timéo)

« Notre job c'est aussi de former les professionnels et de sensibiliser les familles, les patients pour faciliter la démarche de soin. Communiquer au niveau des professionnels et directement auprès du grand public pour qu'ils aient connaissance de l'offre de soins existante. Et puis, certains médecins traitants n'abordent pas forcément la question de l'excès de poids par manque de temps, de formation, d'information ou de difficultés personnelles à aborder le sujet. C'est vraiment un gros travail de changer les regards, de les former à sortir du cercle « sport pour maigrir » et « régime pour maigrir » et des restrictions. Certains professionnels ont des messages inadaptés, voire grossophobes et contre-productifs. Donc la formation dirigée aux professionnels (infirmières, médecins généralistes, dentistes) vise surtout à les aider à aborder le sujet et à travailler leur bienveillance, leur empathie et cette écoute active. » (ProxOb)

Enfin, dans le but d'assurer une communication directe avec le public, l'équipe en charge de l'expérimentation ProxOb s'est consacrée à l'élaboration de communiqués de presse. Ces derniers ont été diffusés dans des médias locaux tels que la radio et la presse écrite ainsi que sur une radio nationale. En collaboration avec l'Université Clermont-Auvergne, ces expérimentateurs ont également investi les réseaux sociaux en créant leur propre chaîne YouTube. Des brochures ont été rendues disponibles dans les pharmacies et les lieux d'animation lors de l'événement de la semaine de la parentalité. Enfin, un projet de communication par le biais de bulletins municipaux est en cours, grâce à un partenariat avec le service de communication de l'ARS AURA²⁶.

²⁶ LE rapport de mi-parcours de la première année de ProxOb recense 10 interviews sur les radios locales (France Bleu Pays d'Auvergne et radioscoop, RCF Puy-de-Dôme, Radio RJFM et radio coquelicot pour l'Allier, Radio Craponne pour la Haute-Loire, RCF Drôme, radio Totem et Radio Jordanne pour le Cantal), d'un reportage sur 1 radio nationale (France Inter) et de 8 articles de presse locale (La Montagne et Reflet d'Allier) ; 3 vidéos en motion-design en partenariat avec l'Université Clermont-Auvergne, postées sur les réseaux sociaux et la chaîne YouTube du CSO CALORIS.

Le rôle du numérique en santé

L'articulation entre la ville et l'hôpital, qui est au centre des expérimentations de l'article 51 "obésité", est soutenue par des systèmes d'information mutualisés entre les différents intervenants des soins à l'essai. En plus de fournir un support à la fois pour la facturation et le règlement des frais forfaitaires, ainsi que pour l'évaluation des expérimentations, l'importance accordée par les expérimentateurs à l'utilisation du numérique dans les parcours de soins réside principalement dans son rôle facilitant la transmission des données et la communication directe entre les professionnels de santé hospitaliers et ceux des soins primaires, ainsi qu'entre le référent du parcours et les patients. De fait, ces systèmes d'information servent d'outil pour harmoniser les pratiques professionnelles et les modes de travail entre les équipes de soins. Nous observons cette tendance notamment dans la démarche de régulation de la chirurgie bariatrique :

« On a créé un système d'information où les professionnels sont obligés de rentrer pleins d'informations. C'est aussi pour l'évaluation, mais ça permet surtout d'avoir une RCP détaillée, c'est-à-dire, qui ne soit pas juste « pas de contre-indication ». Ainsi on voit vraiment ce que les patients ont. Et nous, on est plus axé sur le fait que les partenaires éducatifs participent à la RCP, qu'il y ait vraiment un psychologue ou un psychiatre qui dise : « oui, c'est bon ». Et, entre la « petite diète » qui a fait deux ans d'étude et le chirurgien qui se croit merveilleux, il faut vraiment qu'il y ait un respect de l'équipe. » (Porteuse PACO)

Ces systèmes d'information ad hoc ont pour objectif la performance et l'ergonomie, facilitant ainsi la collecte, la transmission et le partage des données. Le processus de conception est considéré par les expérimentateurs comme une des démarches les plus élaborées, en raison de la disponibilité importante et l'engagement significatif qui leur ont été demandés. En effet, ni les concepteurs des projets expérimentaux, ni les équipes de soutien de l'administration centrale n'avaient anticipé le temps et les ressources nécessaires, ni même la stabilité précaire des start-ups technologiques sur lesquelles repose la construction de ces systèmes d'information.

Dans le cas de l'expérimentation nationale OBEPEDIA, en cours de déploiement sur neuf territoires de santé (Nancy, Bordeaux, Angers, Lille, Lyon, Toulouse, Nice, Région Ile de France, La Réunion), l'idée initiale était de travailler avec un outil unique, appelé « AVIITAM ». Cependant, lorsque la start-

up responsable de son développement a été mise en liquidation judiciaire, six des onze CSO participants ont finalement opté pour l'utilisation de leur propre système d'information régional, financé par leur ARS. Cette situation s'explique, en dehors de l'impact de la crise sanitaire du COVID-19, par l'une des phases ayant entraîné des retards significatifs dans le démarrage des projets. Ainsi, pour le cas de OBEPAR, dont le cahier des charges a été approuvé fin décembre 2020, la porteuse de cette expérimentation, lors de notre entretien en juin 2022, a exprimé le désarroi de son équipe face à la durée du processus de livraison de leur système d'information partagé.

« On avait dit qu'on ne démarrait pas sans système d'information dédié parce que c'est trop compliqué à gérer sans. Le système informatique n'est pas encore complètement finalisé. (...) Donc, on va se fixer comme objectif de démarrer avant la fin de l'année. Et je pense très honnêtement que si ce n'est pas le cas, on va dire qu'on arrête puisque... enfin, je veux dire, on travaille dessus depuis trois ans. » (Porteuse OBEPAR).

Dans les projets expérimentaux axés sur les obésités sévères et la chirurgie bariatrique (OBEPEDIA, PACO, BARIA UP, OBEPAR, EMNO), l'utilisation du numérique se manifeste également par une télésurveillance des patients, principalement par le biais de la fonction de traçabilité des actes de soins. Considérons le cas de l'expérimentation Baria Up, où la télésurveillance repose sur une application mobile, également disponible sous la forme d'une plateforme web, développée par une start-up :

« Notre choix s'est porté pour l'application Maela. L'équipe de Lyon la connaissait déjà et je crois que c'était un peu moins cher que les concurrents. Cette application permet quatre choses : 1) lancer des questionnaires pour pouvoir récupérer des données pour l'évaluation, 2) pousser du contenu thérapeutique en fonction des centres, à des moments voulus, 3) une communication : par exemple, le patient peut écrire un tchat à la coordinatrice ou au fil rouge du centre, et 4) pour Baria Up, ils ont développé un outil d'automatisation pour que les centres puissent facturer. Et en fait, ça nous permet à chaque centre de se dire « est-ce que le patient a été bien présent à la session ? » Et de récupérer cette donnée pour pouvoir après l'envoyer à la plateforme de l'article 51 et se dire : « bon bah le patient a bien été présent. Donc, voici le forfait auquel on a droit », etc. » (Coordinatrice nationale, Baria Up)

La plateforme digitale employée par Baria Up offre à l'équipe médicale une tour de contrôle vis à vis de l'ensemble des patients. Cela rend accessible un suivi précis de l'observance du parcours patient à n'importe quel moment, portant sur les résultats de ses bilans biologiques et les données cliniques, ainsi que sur les données relatives à l'acquisition de connaissances et de compétences communiquées par le patient. Le but de cette organisation est de faciliter la détection de complications et d'appuyer la prise de décisions éclairées. Cette tour de contrôle comporte un

système d'alerte pour l'équipe médicale et assure la traçabilité des actions effectuées sur le dossier du patient par auteur et par date.

Par ailleurs, ces applications et plateformes numériques offrent également un espace aux patients pour renseigner leur expérience au travers de questionnaires autoadministrés et fermés, intégrant des indicateurs validés par le biais de méthodes statistiques (par exemple, le questionnaire HAS Expérience patient dans le cas de Baria UP). De manière générale, la prise en compte du vécu des patients répond à des objectifs d'évaluation des expérimentations. Néanmoins, certains projets, comme EMNO, l'intègrent dans leur démarche d'amélioration continue des réponses apportées, à l'occurrence par le biais de questionnaires de satisfaction à chaque étape du parcours du patient.

En conclusion, l'un des projets expérimentaux sur l'"obésité" se démarque par l'utilisation du numérique pour soutenir le développement de l'autonomie du patient dans son projet de modification de ses comportements de santé. L'accompagnement pédagogique dématérialisé testé dans le projet EMNO est emblématique de l'utilisation du numérique comme outil d'éducation thérapeutique du patient (e-ETP) en dehors des murs de l'hôpital. L'originalité de cet outil réside dans le fait qu'il offre aux professionnels de santé (en particulier aux médecins généralistes) la possibilité de personnaliser le parcours e-ETP en sélectionnant les modules pédagogiques et en organisant leur séquence temporelle en fonction de la situation du patient. Il permet également de suivre leur progression dans le parcours de soins, ou d'optimiser le temps que le professionnel consacre à l'évaluation de l'ETP à partir de l'option de traçabilité des actions que permet l'outil. Cette expérimentation conjugue en fait deux systèmes d'information qui ont été conçus par le porteur de l'expérimentation en collaboration avec son équipe pluridisciplinaire de collaborateurs :

« Nous avons développé un système d'information d'e-parcours avec l'ARS, qui s'appelle eTICSS EMNO, où l'on fait la traçabilité de la consultation standard. Pour l'instant, on ne l'utilise que dans le cas de l'expérimentation EMNO. Et puis, on a notre plateforme qui vient se greffer dessus qui s'appelle Nuvée, un outil pédagogique d'e-ETP, assez disruptif, qu'on a conçu comme je vous l'ai dit avec la société que j'ai montée et qui est en train de s'ouvrir sur d'autres secteurs, d'autres thématiques (diabète de type 2, nutrition maternité, endométriose) parce que le principe fonctionne. »

Parmi les différentes trajectoires que propose l'outil e-ETP Nuvée, celle intitulée « Nutrition et Surpoids – Obésité » vise à engager les utilisateurs vers des « habitudes saines » par l'intermédiaire d'ateliers numériques offrant de l'information sur les mécanismes de l'obésité. Ce parcours est complété par la possibilité de rejoindre une communauté spécialisée pour partager des « astuces » et découvrir une multitude de recettes « saines et savoureuses ». En complément, le parcours Nuvée

Chirurgie bariatrique, conçu comme un outil d'accompagnement avant et après la chirurgie, vise à prévenir la prise de poids. Il propose à ses utilisateurs un référentiel contenant des « informations fiables, des conseils adaptés » qu'ils peuvent partager directement avec les membres de leur entourage, ainsi qu'un espace virtuel pour échanger des expériences au sein d'une communauté modérée par une infirmière en éducation thérapeutique.

« Les patients ont quand même une certaine peur du numérique. On a fait une étude pour comprendre pourquoi ils utilisent Nuvee : ils ont confiance dans l'information qui y est donnée. Et avec l'entourage ça fonctionne aussi : il ne fera pas tous les ateliers, mais le patient pourra lui transmettre avec l'appli en main, un certain nombre d'ateliers pour que l'entourage comprenne les prescriptions faites. » (Porteur EMNO)

Nous noterons également la fierté des concepteurs d'un outil déjà en fonctionnement qui fait ses preuves, mais surtout leur anxiété face à l'incertitude de la possible généralisation des expérimentations de l'article 51. L'important investissement en ressources humaines et matérielles nécessaire pour la création des outils numériques visant à une assistance pédagogique dans le cadre d'une maladie chronique, le fait que d'autres expérimentations testent en parallèle des outils alternatifs avec des fonctionnalités similaires (voir par exemple, la similitude des outils e-santé testés dans les expérimentations EMNO et Baria Up) se traduit à la fois par un manque de reconnaissance de l'innovation déjà en service sur le terrain, et par le risque pour le modèle économique, toujours fragile, de ces innovations en e-santé.

« Et puis on est reconnu par la DGOS comme outil ETP. C'est un outil qui fonctionne à un endroit, qui est opérationnel depuis 2019, qui fait ses preuves dans les articles 51, on est soutenu par la DGOS, on travaille avec l'ARS, on est sur la centrale d'achats des établissements publics, on est sur le RESAH, enfin bref on n'a pas fait les choses n'importe comment. On a quand même 15 collaborateurs, j'ai des développeurs qui ont tout analysé. Maintenant, il y en a qui vont réinventer la roue, qui vont vouloir faire un outil ETP avec des petites vidéos, enfin bref. Mais enfin ça, c'est un problème en France. » (Porteur EMNO)

L'article 51 de la LFSS ne fournit aucun financement pour le développement des outils e-santé. C'est le cas des expérimentations comme ProxOb qui, faute d'avoir obtenu un financement supplémentaire pour le développement de l'application ou plateforme numérique envisagée comme support au programme de motivation, utilisable individuellement et collectivement au sein d'une même famille, s'orientent finalement vers la mise en place d'ateliers en visioconférence animés en direct et alternativement par les intervenants du projet. Cependant, cet obstacle est plutôt perçu comme une opportunité de se rallier à l'une des leçons acquises au cours de la crise sanitaire du COVID-19 : le mode d'interaction plus direct a un impact plus marqué sur les familles, tant en ce qui concerne leur observance que leur adhésion progressive aux recommandations nutritionnelles et à l'accompagnement parental :

« La crise sanitaire a favorisé le fort développement du digital mais elle a aussi montré ses limites. L'interaction avec une application numérique seule ne semble pas probante. En fait, ça ne marche pas avec les familles du projet. On le voit : c'est l'interaction entre les individus en personne qui a le plus d'impact. »

Cette supposition semble plus crédible pour l'équipe de ProxOb, car parmi les 56 familles (soit un total de 208 individus) qui ont été incluses durant la première année de mise en œuvre du projet, une proportion significative provient de milieux socio-économiques défavorisés et est éloignée de soutiens médicaux. On estime à peu près que 50% d'entre elles sont précaires selon l'échelle EPICES, alors que 70% éprouvent des difficultés financières en ce qui concerne la nourriture ou leur mode de vie.

Selon l'analyse effectuée sur les usages principaux du mécanisme « article 51 » concernant l'obésité et ses complications cardiométaboliques, il est clairement constaté en amont que le désir des expérimentateurs et de l'administration centrale est d'impulser via l'expérimentation un changement radical de paradigme dans la façon dont est abordée la question de l'obésité. Il s'agit de faire évoluer l'angle d'approche d'une logique exclusivement centrée sur la pathologie vers une prise en compte plus large de l'expérience des patients et de leur entourage, que ce soit en termes de maladie chronique ou d'offre de soins. Le « article 51 » est de même employé en vue d'une démarche collective visant à transformer de l'intérieur les pratiques professionnelles, l'idée maîtresse étant de mettre en place une prise en charge collaborative entre les services hospitaliers et les soins de proximité. Dans le cas présent, on assiste à l'instauration de soins partagés, à la routine dans le rôle de coordination des parcours de soins, et à l'harmonisation des connaissances et des compétences. Pour finir, ce dispositif induit un développement des compétences dans divers domaines (cognitif, clinique, organisationnel, relationnel) pouvant être transposé au-delà du seul champ de l'obésité chez les professionnels y prenant part.

Cependant, face à la question concernant les motivations qui ont poussé les expérimentateurs à utiliser un dispositif expérimental pour transformer l'organisation des soins, deux visions s'affrontent. D'un côté, on observe une position d'acceptation agacée vis-à-vis de la démarche expérimentale à laquelle les pouvoirs publics les obligent. Cette perspective est largement partagée par des praticiens hospitaliers travaillant dans des CHU et impliqués depuis longtemps activement dans divers espaces de réflexion sur la recherche clinique et l'organisation des soins.

« L'idée c'est de généraliser l'article 51, sauf que l'expérimentation va prendre déjà cinq ans. Et je trouve que c'est un peu gonflé de nous rajouter cinq ans sur un truc dont on connaît le résultat. (...) Je trouve que mettre une espèce de truc hyper lourd à gérer alors qu'en fait, il faut juste

identifier les personnes-ressources, les faire se rencontrer et donner des moyens. » (Présidente AFERO et membre de OBEPAR).

D'une autre part, nous observons l'enthousiasme provoqué par un mécanisme qui confère un pouvoir d'action aux intervenants locaux. Les expérimentateurs en font usage pour se conformer aux processus de conception et de mise en œuvre d'innovations, tout en esquivant la tentation de conditionner la diffusion de leurs innovations à leur évaluation. Cette attitude est adoptée par des médecins jusqu'alors peu connus de l'administration centrale, car ils sont à l'écart des réseaux de sociétés scientifiques et exercent dans des structures privées situées en province :

« C'est un dispositif qui permet de faire évoluer le système, de l'innover, mais vraiment avec des gens qui sont dedans. (...) Mais alors, moi, je n'attends pas l'évaluation. Nous, on a déjà commencé à dupliquer le modèle. On a différents partenaires comme le service Santé des Armées, aussi en Belgique. Voilà, on ne va pas attendre la fin de l'expérimentation article 51 pour... » (Porteur EMNO)

En effet, pour les nouvelles générations de praticiens exerçant dans le secteur privé, à la périphérie des Centres Hospitaliers Universitaires des grandes métropoles, le portage d'une expérimentation conformément à l'article 51 leur confère une notoriété sans précédent auprès des divers organismes de l'administration centrale (CNAM, DGOS) et des agences de santé (SpF, HAS). Au fur et à mesure des contacts établis avec ces institutions, fort de leur expérience sur le terrain, ces praticiens obtiennent une reconnaissance à l'échelle nationale. Le porteur de l'expérimentation EMNO, aujourd'hui identifié comme l'un des experts en matière d'innovation organisationnelle par le déploiement du numérique en santé, en est l'exemple le plus notable :

« J'ai plusieurs casquettes à mon actif. J'ai été référent du groupe Ramsay Santé pendant huit ans où j'ai structuré les figures de soins au niveau national. J'ai monté une structure de prise en charge de l'obésité en 2012, et cofondé une société dont l'objectif est d'accompagner les patients et leur entourage dans leurs parcours de soins, en développant l'éducation thérapeutique digitale. Je suis aussi copilote du parcours « nutrition santé » de mon ARS depuis 2017. Et, depuis 2019, je suis porteur de la toute première expérimentation article 51 « nutrition obésité » de France, la seule sur cette thématique qui mélange chirurgie bariatrique et obésité médicale. (...). Nous, l'article 51 nous permet d'apprendre plein de choses, d'expérimenter, d'évaluer. Ça apporte une crédibilité qui est quand même... Et puis le fait d'être article 51, je sais, ça nous a ouvert des portes, celles de la HAS par exemple, car je suis expert à la HAS pour le guide du parcours de prise en charge de l'obésité et je fais partie du groupe

de relecture des recommandations en niveaux 2 et 3. Je ne serais jamais entré à la HAS si je n'avais pas été article 51, parce que je suis dans le privé. » (Porteur EMNO)

Jusqu'à présent, notre attention a été focalisée sur l'aspect dérogatoire du droit commun et sur l'approche ascendante en matière de production d'initiative et de conception d'innovation, qui sont les traits distinctifs de l'instrument de l'article 51. Il est temps maintenant de nous pencher sur l'objectif de généralisation qui est au cœur de cet instrument d'innovation organisationnelle dans le domaine de la santé, et sur la tension qui découle précisément du rapprochement entre cet objectif et le caractère dérogatoire de l'article 51.

LE DEFI D'ARTICULER LE CARACTERE DEROGATOIRE DU DISPOSITIF ET L'OBJECTIF DE GENERALISATION DES EXPERIMENTATIONS

La finalité ultime de l'article 51 est de « généraliser » les modalités de parcours de soins et leur mode de financement, identifiés comme étant les plus « pertinents » et « performants » par le biais d'une évaluation ad hoc menée par la CNAM. La « généralisation », selon ce dispositif, fait référence au processus d'introduction d'innovations dans le cadre du droit commun, innovations dont la mise en œuvre a nécessité de sortir du cadre et dont les résultats se sont avérés satisfaisants au regard du CSIS. Selon l'administration centrale, l'objectif de généralisation est présenté comme ce qui confère à ce dispositif d'incitation à l'innovation en santé un caractère unique au niveau international.

« Il y a des dispositifs similaires dans d'autres pays, en Europe, en Allemagne, aux États-Unis, mais ce n'est pas à ce niveau, de cette ampleur-là, avec un objectif vraiment clairement de pouvoir être généralisé et rentrer dans le cadre du droit commun en un espace de temps assez court en fait. Parce que nos expérimentations, en moyenne c'est trois ans, pour l'obésité, elles sont toutes à cinq ans. Mais transformer le droit commun en cinq ans, c'est quelque chose d'assez rapide. » (Équipe CNAM article 51 « obésité »)

Entendu de cette manière, l'objectif de généralisation impose d'emblée une limite à la fois à la portée de l'action des acteurs du territoire et à l'objet et à l'étendue des dérogations. D'une part, le processus de construction de l'expérimentation dans laquelle les acteurs locaux sont encouragés à

participer suit une démarche de co-construction avec les administrations de santé, et est orienté par la CNAM et le CSIS. Il s'agit de contraindre les acteurs de l'écosystème de santé à s'engager dans une démarche ascendante des processus d'action publique, tout en restant le plus près possible des conditions réelles de déploiement au niveau national de ces innovations.

« Parce qu'il s'agit d'un dispositif qui expérimente quelque chose qui a vocation à être généralisée, déployée et rentrée dans le droit commun, l'expérimentation prépare justement, prend le soin de s'approcher le plus possible des conditions de déploiement, que ça soit au niveau tarifaire, que ça soit au niveau mécanique, des flux financiers, des facturations, etc. Parce que c'est assez complexe en fait. » (Équipe CNAM article 51 « obésité »)

Considérons l'exemple de la demande d'exemption soumise par OBEPAR pour un remboursement de la supplémentation en vitamines indispensable pour la gestion postopératoire recommandée par la HAS depuis 2009, qui augmenterait par ailleurs l'observance du traitement, voire le maintien dans le circuit de soins des patients qui ne peuvent pas les payer. Ce traitement n'est pas inclus parmi les 150 dérogations possibles en vertu de l'article 51 LFSS, donc le financement direct des vitamines par l'assurance maladie, ou par les ARS, ne peut pas être inclus dans une expérimentation en vertu de l'article 51 car le but est d'expérimenter dans des conditions aussi proches que possible des conditions réelles de mise en œuvre.

« Si une ARS s'engage à soutenir une expérimentation sur un territoire, à partir du moment où on parle de généralisation, ça devrait dire que toutes les ARS doivent inclure de façon pérenne en fonctionnement de leur fief, de soutenir toutes les expérimentations de cette façon-là.

En fait, plus on est hors cadre au droit commun, plus l'ampleur de la dérogation est longue, et moins la reproductibilité est imaginable, surtout quand on touche à des règles qui ne sont pas clairement identifiées, avec des méthodologies qu'on avait clairement identifiées.

Donc ça, c'est pour illustrer l'impossibilité de déroger si ce n'est pas dans le cadre de la liste déjà explicite de dérogations possibles. » (Équipe CNAM article 51 « obésité »)

Or, dans le cas de OBEPAR, le coût de l'apport en vitamines est finalement intégré dans le forfait. Cette décision est le résultat des discussions entre les chercheurs et l'équipe de soutien "article 51" de la CNAM, qui ont duré deux ans jusqu'à l'obtention de la version approuvée du cahier des charges. L'option de la dérogation n'étant pas viable d'un point de vue juridico-administratif, c'est la combinaison de l'argument d'autorité et de l'appel à l'évidence qui a finalement aidé à trouver "l'astuce" pour obtenir le remboursement des compléments vitaminiques en les incluant dans la forfaitisation du parcours de soins post-chirurgie.

« Mais bon, pour les vitamines, on a utilisé une ruse en mettant en avant que c'est vraiment quelque chose qui est recommandée par la HAS et qu'il faudrait vraiment trouver un moyen de faire de sorte que les vitamines dans l'avenir, pour ces indications très précises, soient effectivement remboursées. » (Équipe CNAM article 51 « obésité »)

« Les vitamines non remboursées vont être remboursées dans le forfait puisque les patients ne font pas leur bilan puisque ça leur coûte trop cher et certains ont du mal à payer les vitamines. Donc, ce forfait permet de faire les bilans en ville, de rembourser les vitamines, que les patients soient pris en charge. Aussi, on a souhaité inclure un certain nombre de données dans notre système d'information comme les carences en vitamines, les complications, pour l'évaluation. Ce qu'on voudrait montrer, c'est que le fait d'avoir un meilleur suivi, du fait du forfait avec les remboursements, etc., diminue les pertes de vue ainsi que les complications à long terme. » (Porteuse OBEPAR)

Pour la généralisation des innovations expérimentées, l'article 51 de la LFSS impose une évaluation systématique plus concentrée sur la faisabilité des parcours de soins. Dans cette logique de transformation des cadres existants, la CNAM met l'accent sur l'observation de l'opérationnalité des changements et sur l'analyse des conditions de reproductibilité. La généralisation est également soumise aux preuves d'efficacité et d'efficience fournies par l'évaluation :

« C'est une évaluation en vie réelle, de constat, de comment ça marche en fait. On cherche tout d'abord la faisabilité. Donc des choses très concrètes et opérationnelles : ce que les acteurs arrivent vraiment à mettre en œuvre de l'expérimentation telle qu'elle est proposée théoriquement dans les cahiers des charges ; et comment ils les mettent en place, comment ils adaptent, quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent. Deuxièmement, évidemment, on regarde l'efficacité et l'efficience, pour voir si l'état de santé s'améliore, la qualité des soins est améliorée, l'accès aux soins est facilité ; et puis s'il y a un gain économique pour les systèmes de soin. Et puis, on regarde les conditions pour le déploiement, c'est ce qu'on appelle la reproductibilité : identifier les conditions de succès pour essayer de voir quels sont les facteurs qui permettraient de déployer le même modèle testé dans un territoire ou certains territoires ailleurs, avec d'autres équipes, et dans un autre lieu, tout en respectant les conditions générales de l'expérimentation. »

À la lumière des résultats de notre enquête, il ressort du dispositif article 51, un cadre d'interaction renouvelé entre les pouvoirs publics et les professionnels (Morizé et al. 2021), beaucoup plus attentif aux acteurs sur le terrain concernant les innovations envisagées depuis les territoires. Cependant,

ce cadre d'interaction reste sous contrainte. Cela est d'autant plus notable que le dispositif d'évaluation et la mise en œuvre de la généralisation des expérimentations qui ont fait leurs preuves sont exclusivement placés sous la responsabilité de l'administration centrale.

« Il y a plusieurs niveaux d'intervention, et ce n'est pas gênant. Après, au moment de généraliser quelque chose, ça serait à nous de voir exactement en quoi un parcours proposé par le premier recours est différent d'un parcours proposé par le deuxième recours et le troisième recours ; quelles sont les indications, quelle est la différence d'indications, et les différences des profils des patients ? » (Équipe CNAM article 51 « obésité »)

L'image mise en avant des ressorts de ce dispositif d'incitation à l'innovation est celle d'un « bac à sable idéal pour aller piocher, soit la confirmation de certaines orientations, soit des idées pour de nouvelles orientations, etc., c'est une mine d'or d'informations, le 51. » (Équipe CNAM article 51 « obésité »)

Parmi les expérimentateurs, le caractère contraignant du dispositif est, en particulier, ressenti vis-à-vis du système d'évaluation des expérimentations et de l'incertitude qui règne sur la possible généralisation des innovations jugées probantes par le CSIS et leurs modalités de déploiement sur l'ensemble hétérogène et inégal constitué par les territoires de santé. Ceci est clairement synthétisé par Martine Laville (PUPH, DR Inserm, Réseau Force) :

« Alors ce qu'il faut voir, c'est qu'il y a des modèles économiques différents quand même derrière chaque article 51. Par exemple, BARIA-UP, c'est une expérimentation article 51 qui va se faire avec les SSR essentiellement Korian et il y a un prestataire qui fait aussi des dispositifs médicaux, Medtronic, qui vend une sorte de programme ETP qui va être suivi par Korian. Donc si on dit : « c'est top ce truc », le suivi pré- et postchirurgie va être fait avec des sous qui vont aller à Medtronic et à Korian, voilà.

Aussi, comme chacun des projets a été construit de son côté, que les indicateurs sont construits de façon indépendante, que les évaluateurs sont différents et parmi eux beaucoup sont des prestataires externes, on ne pourra pas du tout comparer les modalités d'action. Le problème, c'est que c'est un peu tous azimuts avec des choses qui se ressemblent sans se ressembler. Donc c'est un peu bizarre. Il y aurait eu à la limite tous les gens qui avaient des idées, on aurait peut-être dû les mettre ensemble, chacun prônant une façon de faire du même problème, avec les mêmes indicateurs, ce qui permettrait à la fin de savoir si telle ou telle chose était plus pertinente que telle autre. Mais là, franchement, je ne sais pas ce qu'on saura. Et alors après, est-ce que toutes seront validées et chacun fera ce qu'il veut avec ça ? Ou bien, est-ce qu'on va dire : « celui-là était bien, on l'impose ; celui-là n'était pas bien ; on l'oublie » ? »

Ces différents constats et arguments, nous amènent à formuler l'hypothèse que la tension émanant entre le caractère dérogatoire du dispositif article 51 et son objectif de généralisation est consubstantielle à une méthode expérimentale d'action publique, qui conçoit de manière à répondre à des attentes de légitimité scientifique et de décentralisation des processus de décision est déployée dans un contexte administratif qui demeure très attaché aux modèles centralisés de gouvernance de la transformation du système sanitaire (Le Lidec 2020) et à une conception « scalable » (Lowenhaupt Tsing 2021) du principe de l'égalité de traitement territorial²⁷.

²⁷ Par scalabilité, Anna Lowenhaupt Tsing (2021) entend la capacité d'un projet à s'étendre sans distorsion de la trame de travail, sans transformation du tout dans la nature du projet en expansion.

CONCLUSION

Dans le présent travail, notre intention était de porter une attention précise à la politique de lutte contre l'obésité en France dans toutes ses dimensions et son ampleur, en dressant une sorte de bilan de ses vingt-trois ans d'histoire. L'objectif était de dépasser une perspective, dominante dans la littérature existante, centrée sur les raisons d'une politique fortement orientée vers la modification des comportements plutôt que vers la transformation de l'offre et des environnements alimentaires. Nous avons choisi de nous concentrer sur une approche plus descriptive, mais aussi plus exhaustive, de l'ensemble des éléments qui ont façonné la lutte contre l'obésité en France.

Le regard proposé nous a permis d'observer que la politique de lutte contre l'obésité s'est structurée autour d'un cadrage du problème qui a progressivement évolué. En effet, ce cadrage centré sur les comportements à la fin des années 1990 a, petit à petit, reconnu l'importance du rôle de l'offre alimentaire dans les causes de l'obésité. Le gradient social, ou en d'autres termes, la question d'une distribution sociale inégale de l'obésité en fonction de la position sociale, a également été intégré dans différents documents structurant la politique. Récemment, ces deux éléments de cadrage ont convergé vers une approche que nous pouvons qualifier de syndémique qui souligne la dimension systémique du problème de l'obésité : l'offre, l'environnement, les modes de vie, etc.

Le second élément que nous avons mis en exergue, c'est la résilience de la politique de lutte contre l'obésité. Cette politique, bien que généralement confinée au ministère de la Santé, a su résister au fil des changements politiques tout au long de son histoire. Nous pensons que cette tenace pérennité peut s'expliquer par la cohérence et les ressources scientifiques de la coalition programmatique qui a encouragé et mené la bataille contre l'obésité en France. Cette coalition, composée essentiellement de médecins et de spécialistes de la santé publique, a réussi à s'adapter aux rapports de force défavorables auxquels ils ont été confrontés, tout en profitant des fenêtres d'opportunité qui se sont ouvertes à eux dans certaines situations politiques, pour avancer dans les mesures visant l'offre alimentaire.

Cette coalition programmatique a également triomphé, sans doute grâce à leur expertise politique acquise au fil des années, en élevant la question de l'obésité de l'ombre du ministère de la Santé à la lumière du débat public, englobant la presse et les discussions au sein de l'Assemblée nationale. Cependant, la propagation de la problématique de l'obésité dans des sphères autres que celle de la santé publique n'a pas réussi à se présenter comme un sujet structurant le champ politique et électoral. Dans ces domaines, le sujet demeure largement en marge.

Le troisième type d'enseignements que nous avons identifié concerne l'action tangible en matière de lutte contre l'obésité. D'abord, grâce à une analyse comparative, nous avons démontré que la France se positionne plutôt favorablement dans le contexte européen. En fait, elle fait partie des

pays considérés comme assez actifs en la matière. Cependant, il reste des améliorations à apporter, notamment en ce qui concerne la transformation de l'offre alimentaire locale et nationale ainsi que la focalisation de ses politiques sur les groupes de population les plus touchés par le problème de l'obésité. En ce sens, la France, à l'instar des autres pays européens, a du travail à faire pour adapter ses politiques de prévention et de prise en charge aux normes et valeurs des populations concernées. L'intégration des connaissances sociologiques relatives au décalage entre les normes véhiculées par les politiques de prévention, notamment les injonctions à bien manger et à pratiquer une activité physique, et celles propres à certaines populations en fonction de leur classe sociale et/ou de leur genre, est nécessaire.

En dernier lieu, nous avons démontré que les expérimentations de l'article 51 sur la question de l'obésité ont été conçues comme un moyen pour les décideurs publics de faire collaborer l'administration centrale et la CNAM dans la transformation du système de santé, afin de se rapprocher autant que possible des réalités locales et régionales. C'est ainsi que l'article 51 de la LFSS encourage la co-construction de parcours de soins coordonnés et centrés sur les besoins des patients, à partir des initiatives émergeant des territoires et testées par les acteurs qui les ont conçues, dans le but d'augmenter l'efficacité et l'efficience de l'organisation des soins. Les cadres réglementaires, institutionnels et méthodologiques qui régissent le mécanisme de l'article 51 ont pour effet de contraindre les acteurs de terrain qui souhaitent s'engager dans la réforme du système de soins, à expérimenter en sortant du cadre du droit commun, tout en restant dans un périmètre d'actions potentiellement généralisables. De plus, l'attribution du pilotage de l'évaluation des expérimentations à la CNAM et de l'avis de généralisation au CSIS, oriente le mécanisme de l'article 51 de la LFSS vers un mode de fonctionnement centralisé.

Malgré leur participation dans un environnement où l'exception est strictement réglementée par l'administration publique, le défi pour les expérimentateurs consiste moins à éclairer le processus décisionnel qu'à diriger, bien que partiellement, le changement dans les actions publiques de santé. Ces actions auront finalement un impact tant sur l'accessibilité et la qualité des soins qu'ils fournissent que sur leurs pratiques professionnelles et leurs conditions de travail. Enfin, en ce qui concerne les projets qui ont été construits dans le sillage de l'action programmatique née du PNNS1 et consolidée avec le Plan Obésité, les expérimentateurs placent dans ce dispositif "expérimentation-évaluation" l'espoir de convaincre les autorités publiques, des forces vives du territoire auxquelles ils appartiennent, sur où et comment allouer les ressources pour améliorer le système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Batz, C., Faucon, F., & Voynet, D. (2016). *Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS3) et du plan obésité 2010-2013*. Rapport, Inspection générale des affaires sociales.
- Beausssier, A.-L., Girault, A., Petit dit Dariel, O., et al. (2022). French-style bundled payments. Feedback on an experiment in episode-based payment in orthopaedics and oncology to improve coordination.
- Bezes, P. (2012). État, experts et savoirs néo-managériaux : les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970. *Actes de la recherche en sciences sociales, 193*(3), 16-37.
- Bergeron, H., Castel, P., & Nouguez, E. (2014). Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs.
- Bergeron, H., Castel, P., & Boubal, C. (2016). Sciences du comportement et gouvernement des conduites : la diffusion du marketing social dans la lutte contre l'obésité. Dans *Gouverner les conduites* (pp. 157-192). [Lieu de publication inconnu] : Presses de Sciences Po.
- Bergeron, H., & Nathanson, C. (2014). Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004. *Sciences sociales et santé, 32*(4), 5-32.
- Bergeron, H., Castel, P., Tabuteau, D., et al. (2010). *Regards croisés sur l'obésité : [séminaire tenu en 2008 et 2009] *. Paris : Editions de Santé Presses de Sciences Po.
- Benamouzig, D. (2022). *Des lobbys au menu : les entreprises agro-alimentaires contre la santé publique*. Paris : Raisons d'agir éditions.

- Berland, Y., & Bourgueil, Y. (2006). *Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » *. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé.
- Bossy, T. (2010). *Poids de l'enjeu, enjeu de poids : la mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*. Thèse de doctorat, IEP, Paris.
- Boubal, C. (2018). *Des savoirs sans effet : l'espace controversé de la nutrition*. Paris: Sciences Po.
- Cairney, P. (2016). *The politics of evidence-based policy making*. Springer.
- Chantal, D., Brigitte, D., & Michelle, M. (2022). *Rapport d'information sur la lutte contre l'obésité*. Sénat.
- Cour des comptes. (2019). *La prévention et la prise en charge de l'obésité. Communication à la Commission des affaires sociale de l'Assemblée nationale*.
- Dolowitz, D. P., & Marsh, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policymaking. *Governance, 13*(1), 5-23.
- Dubuisson-Quellier, S. (2016). Introduction. Le gouvernement des conduites comme modalité d'intervention de l'État sur les marchés. Dans *Gouverner les conduites* (pp. 15-58). Presses de SciencesPo : Paris.
- Étilé, F. (2013). *Obésité : santé publique et populisme alimentaire*. Paris : Éditions Rue d'Ulm.
- Grassler, M., Knobé, S., & Gasparini, W. (2019). Les parcours de prévention par le sport de l'obésité chez les enfants d'un quartier populaire strasbourgeois : transmissions familiales et rapports à l'activité physique. *Movement & Sport Sciences-Science & Motricité*, (1), 75-88.
- Hassenteufel, P., & Genieys, W. (2021). The programmatic action framework: An empirical assessment. *European Policy Analysis, 7*, 28-47.

- Haut conseil de la santé publique. (2017). *Pour une politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021. Avis et Rapports*.
- Hercberg, S. (2006a). *Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France*. Ministère de la Santé et des solidarités.
- Hercberg, S. (2006b). *Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France. Éléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) *. Rapport de recherche, INSERM.
- Hercberg, S. (2022). *Mange et tais-toi : un nutritionniste face aux lobbys agroalimentaires*. Paris: HumenSciences.
- International Obesity Task Force (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation on Obesity*. OMS, Genève.
- Jatteau, A. (2013). Expérimenter le développement ? Des économistes et leurs terrains. *Genèses, 93*(93), 8-28.
- Knobé, S. (2020). Des formes différenciées de réception d'actions de prévention de l'obésité. L'exemple d'un programme de sport-santé à destination d'étudiants obèses. *Revue française des affaires sociales*, 51-67. <https://doi.org/10.3917/rfas.203.0051>
- Knobé, S. (2023). Participer à un programme de prévention de l'obésité : rapports aux normes et appropriations différenciées. *Émulations. Revue de sciences sociales*, (45), 57-74.
- Laville, M. (2023). *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité*. Ministère de la Santé et de la prévention.
- Lavoipierre, S. (2023). *RÉSUMÉS DES ÉTUDES RELATIVES AUX POLITIQUES ET TRAITEMENTS CONTRE L'OBESITÉ*. Chaire Santé, Sciences Po, Paris.
- Le Lidec, P. (2020). Entre desserrement et resserrement du verrou de l'État. *Revue française de science politique, 70*(1), 75-100.

- Leszczak, É. (2023). *Des familles vulnérables-responsables : les effets de la médicalisation de l'obésité infantile*.
- Letoux, C. (2021). *Trajectoires d'adolescents en obésité dans le Nord et Pas-De-Calais comme reflets du processus des inégalités et de la stigmatisation* (Doctoral dissertation, Université de Lille).
- Lowenhaupt Tsing, A., & Julien, L. (2021). Vers une théorie de la non-scalabilité. *Multitudes, (1)*, 65-71.
- Marcellini, A., Perera, É., Rodhain, A., & Ferez, S. (2016). Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité. *Santé Publique, 1*, 117-125. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0117>
- Merlaud, F. (2014). *La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence* (Doctoral dissertation, Université de Toulouse, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
- Ministère de l'Agriculture. (2013). *Le Programme national pour l'alimentation (PNA), Rapport au Parlement*.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006). *Deuxième programme national nutrition santé -2006-2010*.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2010a). *Programme national nutrition santé 2011-2015, Plan Obésité 2010-2013 : en direction des populations d'Outre-mer*.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2010b). *Programme national nutrition santé 2011-2015*.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2010c). *Plan obésité 2010-2013*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Bilan à mi-parcours du Programme national nutrition santé 2019-2023*.

- Morize, N. (2022). Des dispositifs participatifs au service d'une vision extensive de la santé : la division du travail de participation au sein de maisons de santé. **Sciences sociales et santé, 40*(1), 41-66.*
- Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation : Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. **Revue française de sociologie, 50*, 747-773.* <https://doi.org/10.3917/rfs.504.0747>
- Seid, R. P. (1988). **Never Too Thin: A History of American Women's Obsession with Weight Loss**. Prentice Hall Press.
- Verdot, C., Salanave, B., & Deschamps, V. (2020). **Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007**. Bull Epidemiol Hebd.

SciencesPo
CHAIRE SANTÉ

28, rue des Saints-Pères
75007 Paris