

LUTTER CONTRE L'OBESITE DE LA PRISE DE CONSCIENCE A L'ACTION

Rapport **ASTERES**

Février 2018

A S T E R **è** S
p r o d u c t e u r d ' i d é e s

Le présent document a été sponsorisé par l'assureur Covéa pour alimenter la réflexion économique portant sur l'obésité en France. Le cabinet Asterès a bénéficié d'une indépendance complète dans la conduite de ses analyses. **Les opinions exprimées dans cet exposé sont donc celles de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du donneur d'ordre ni celles de ses partenaires.**

ASTERES

81, rue Réaumur
75002 Paris
Tél. : 01 44 76 89 16
contact@asteres.fr
www.asteres.fr

PREAMBULE

L'obésité est une véritable « épidémie » qui, année après année, gagne du terrain. **Entre 15 et 17% de la population française serait aujourd'hui obèse**, contre moins de 10% à la fin des années 1990. Cette évolution prend appui sur de profondes mutations sociétales qui influencent les modes de vie, de travail et de consommation. Les conséquences sont multiformes et fortement préjudiciables, tant pour les individus concernés que pour leur entourage et la collectivité. **Les coûts associés sont à la fois médicaux, sociaux, psychologiques et financiers**. Pour l'assurance maladie, la montée en charge de l'obésité constitue une réelle menace budgétaire.

Pour établir une stratégie nationale à la hauteur des enjeux, **l'Etat doit s'appuyer sur d'autres acteurs**, tels que le monde médical, les associations de patients, les assureurs et les industriels. La prévention des risques est actuellement insuffisante et les parcours de soins doivent être améliorés. **De nouveaux modèles de prévention et de prises en charge doivent donc être pensés, expérimentés et déployés**.

Pour promouvoir une véritable prise de conscience sociétale des enjeux liés à l'obésité, à sa prévention et à sa prise en charge, Covéa et ses partenaires – la Fédération des spécialités médicales (FSM), le Conseil national Professionnel Nutrition, la Société française de nutrition (SFN), le Collectif national des associations d'obèses (CNAO) et l'Institut Diderot – ont souhaité obtenir un rapport économique à la fois court et pédagogique sur le sujet.

Rédacteurs :

Christophe Marques

Economiste chez Asterès

Nicolas Bouzou

Economiste, directeur-fondateur d'Asterès

SOMMAIRE

Préambule	3	
Synthèse	5	
1	L'obésité : un mal sociétal et mondialisé	7
1.1	Une mesure simple, mais non sans limites	
1.2	L'obésité est une épidémie globalisée	
1.3	Entre 8 et 9 millions de Français sont obèses	
1.4	L'obésité progresse avec l'âge	
1.5	Les causes de l'obésité : de l'environnement à la génétique	
1.6	Les populations aux revenus modestes sont les premières victimes	
1.7	L'obésité pourrait concerner près d'un Français sur quatre à horizon 2030	
2	Un fardeau sanitaire, psychologique, social et économique	17
2.1	L'obésité exacerbe la morbidité	
2.2	L'obésité génère une souffrance psychologique	
2.3	La productivité au travail est affectée	
2.4	Une fraction des femmes obèses est exclue du marché du travail	
2.5	Chaque année, l'obésité coûterait plus de 12 milliards d'euros à la société française	
3	Une prévention et une prise en charge perfectibles	23
3.1	Les efforts de prévention ont été insuffisants	
3.2	La prise en charge de l'obésité est perfectible	
4	De la prise de conscience à l'action	28
4.1	L'Etat doit faire de l'obésité une priorité de sa politique sanitaire	
4.2	Propositions pour de meilleures prises en charge	
4.3	Propositions pour une meilleure prévention	

SYNTHESE

L'obésité : un mal sociétal et mondialisé

Qualifiée d'**épidémie globalisée** par l'Organisation mondiale de la santé, l'obésité a dans le monde presque triplé depuis les années 1970. Plus de 650 millions d'individus sont aujourd'hui concernés. **En France, entre 8 et 9 millions de personnes sont obèses, soit 15 à 17% de la population.** Les déterminants sont multiples et interconnectés (génétique, société, environnement socio-économique...), ce qui rend la compréhension et la prévention de cette maladie singulièrement ardues. **Les individus faiblement diplômés et aux revenus modestes sont de loin les premières victimes.** Les déterminants environnementaux de l'obésité étant tenaces, **la maladie pourrait concerner 23% des Français de plus de 15 ans à horizon 2030.**

Un fardeau sanitaire, psychologique, social et économique

Les conséquences sanitaires, psychologiques, sociales et économiques de l'obésité sont graves. L'excès de poids engendre des comorbidités lourdes, telles que des troubles cardiovasculaires et le diabète de type 2. Aux maux corporels s'adjoint souvent **une souffrance psychologique**, nourrie par le rejet social dont sont victimes les personnes obèses. Ces dernières font l'objet de nombreuses **discriminations**, notamment à l'école, sur le marché du travail, ainsi que dans certains établissements médicaux. Suivant d'importantes dépenses médicales induites et de pertes de production imputables aux arrêts de travail et à l'exclusion du marché du travail d'une fraction des femmes obèses, **le coût social de l'obésité a été valorisé par la DG Trésor à plus de 12 milliards d'euros par an.**

Une prévention et une prise en charge perfectibles

Les résultats de la stratégie nationale de lutte contre l'obésité montrent que **des améliorations sont indispensables pour atteindre une meilleure prévention des risques et des prises en charge plus efficaces.** Les Programmes nutrition santé (PNNS) n'ont pas encore atteint tous leurs objectifs : ils n'ont **pas suffisamment touché les populations les plus à risque et n'ont influé qu'à la marge sur l'offre alimentaire.** Des mesures plus ambitieuses s'avèrent nécessaires, notamment en matières **réglementaires, fiscales**, ainsi que sur **l'encadrement du marketing alimentaire.** Sur le versant de la prise en charge, le Plan Obésité 2010-2013 a comblé de graves lacunes. Depuis son implémentation, le système de santé fonctionne globalement mieux pour les personnes en obésité sévère. **Des améliorations demeurent néanmoins indispensables**, à l'hôpital comme en ville.

De la prise de conscience à l'action

La lutte contre l'obésité a aujourd'hui besoin d'une impulsion forte pour passer à un niveau supérieur, avec notamment des mesures fiscales et réglementaires plus ambitieuses et contraignantes. **La reconnaissance formelle par l'Etat français de l'obésité comme priorité de sa politique sanitaire constituerait une poussée favorable en ce sens.** En ligne avec cette reconnaissance, nous proposons **une série de mesures** à déployer pour donner un nouvel élan à la stratégie nationale de lutte contre l'obésité.

LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

Proposition principale

- ⇒ **L'Etat doit reconnaître l'obésité comme une priorité de sa politique sanitaire**

Propositions pour de meilleures prises en charge

- ⇒ **Promouvoir le thème de l'obésité dans la formation des professionnels de santé**
- ⇒ **Contrôler périodiquement la qualité des établissements réalisant des chirurgies bariatriques**
- ⇒ **Réduire le nombre d'établissements pratiquant la chirurgie bariatrique**
- ⇒ **Promouvoir les prises en charge en Maisons de santé pluridisciplinaires**
- ⇒ **Renforcer les moyens des professionnels de santé pour le suivi de l'obésité (paiement forfaitaire + coopération médecins/infirmières)**

Propositions pour une meilleure prévention

- ⇒ **Rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score**
- ⇒ **Dédier le rendement des taxes nutritionnelles au financement de la prévention**
- ⇒ **Encadrer plus strictement le *marketing* alimentaire**
- ⇒ **Multiplier les expérimentations de « *nudges* » en matière de lutte contre l'obésité**

Section 1

L'OBESITE : UN MAL SOCIETAL ET MONDIALISE

Qualifiée d'épidémie globalisée par l'Organisation mondiale de la santé, l'obésité a dans le monde presque triplé depuis les années 1970. Plus de 650 millions d'individus sont aujourd'hui concernés. En France, entre 8 et 9 millions de personnes sont obèses, soit 15 à 17% de la population. Les déterminants sont multiples et interconnectés (génétique, société, environnement socio-économique...), ce qui rend la compréhension et la prévention de cette maladie singulièrement ardues. Les individus faiblement diplômés et aux revenus modestes sont de loin les premières victimes. Les déterminants environnementaux de l'obésité étant tenaces, la maladie pourrait concerner 23% des Français de plus de 15 ans à horizon 2030.

1.1 Une mesure simple, mais non sans limites

L'obésité renvoie à une accumulation anormale de graisse corporelle susceptible de nuire à la santé et d'amoinrir l'espérance de vie des personnes concernées. L'**indice de masse corporelle**, ou IMC, est son premier critère d'évaluation. D'une grande simplicité, cet indicateur permet d'appréhender, à l'échelle d'une population, les risques médicaux liés à l'excès de poids. Sa formule est élémentaire. Elle correspond **au ratio entre le poids d'un individu, en kilogrammes, et sa taille au carré, exprimée en mètres.**¹

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

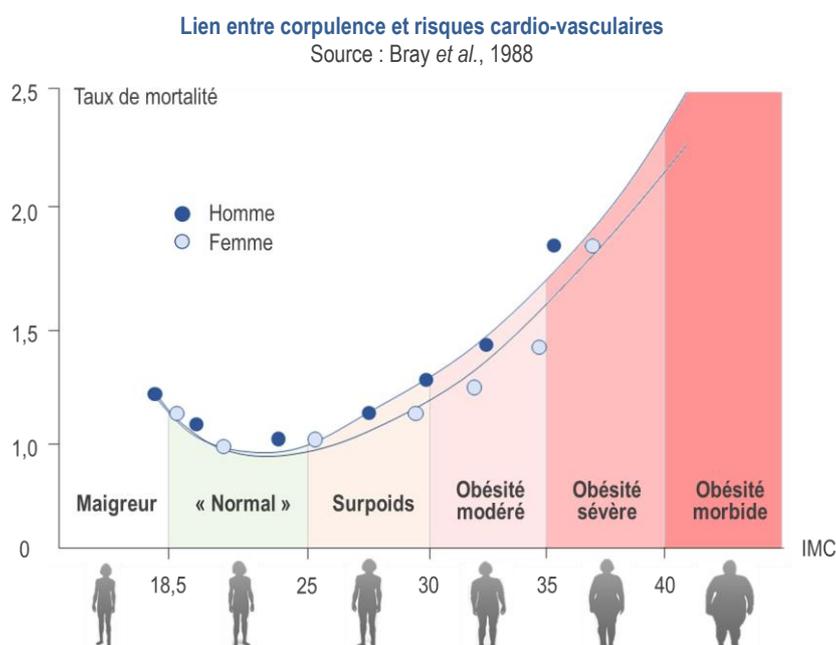
En observant la relation entre l'IMC et la mortalité, principalement cardio-vasculaire, des seuils ont été définis pour constituer quatre grandes classes de risque :

- **Un individu est considéré « obèse » lorsque son IMC excède 30.** Dans le détail, l'obésité est dite « modérée » pour un IMC compris entre 30 et 34,9 (classe I). Elle est qualifiée de « sévère » lorsque cet indicateur est compris entre 35 et 39,9 (classe II). Au-delà, elle est dite « morbide » (classe III). La situation des individus est alors critique et justifie une prise en charge médicale, voire chirurgicale, urgente.²
- **Un individu est jugé en « surpoids » lorsque son IMC est compris entre 25 et 29,9.** En dépit d'une médiatisation omniprésente et alarmiste du surpoids dans les médias, les risques médicaux associés sont modérés. Il est néanmoins essentiel de s'assurer que les individus en surpoids ne basculent pas progressivement vers un état, plus problématique, d'obésité.
- **La corpulence des individus est « normale » lorsque l'IMC s'établit entre 18,5 et 24,9.** Le risque médical lié à la corpulence est alors minimal.

¹ D'autres indicateurs peuvent être employés, tels que différentes versions du ratio poids/taille, le rapport taille/hanches, ou encore l'observation des plis cutanés. Ces indicateurs sont toutefois plus complexes à mesurer que l'IMC et leurs résultats s'avèrent moins probants à l'échelle d'une population. A l'échelle d'un individu, ces indicateurs sont néanmoins essentiels pour confirmer le diagnostic porté par l'IMC.

² L'obésité est également dite « malade » pour un IMC supérieur à 40, ou à 35 en présence de comorbidité.

- Avec un IMC inférieur à 18,5, les personnes sont en état de « maigreur ». Le risque médical s'en trouve légèrement augmenté. Il s'accroît dangereusement lorsque l'IMC descend sous le seuil de 15.



Promu dès la fin des années 1990 par l'Organisation mondiale de la santé, l'IMC s'est imposé comme la mesure universelle de l'obésité. Cet indicateur n'est pour autant pas sans limites notables. D'une part, **sa formule ignore les spécificités liées à l'âge, au sexe, ou encore à la musculature**. Or l'âge, par exemple, modifie sensiblement les risques médicaux associés à chaque seuil d'IMC.^{3,4} D'autre part, bien que communs à tous les pays, **les seuils ont été définis par l'observation de populations caucasiennes et s'avèrent en grande partie arbitraires**. Les comparaisons internationales doivent donc être appréhendées avec précaution. Pour parvenir à des mesures plus justes, certains experts proposent d'abaisser le seuil de l'obésité de 30 à 28 pour les populations asiatiques, et de l'augmenter de 30 à 31, ou 32, pour les populations océaniques.

Malgré ses défauts, **l'IMC constitue un outil de recherche anthropologique simple et performant**. A l'échelle des individus, il s'agit d'un outil de pré-diagnostic utile, bien qu'insuffisant. **L'intervention d'un professionnel de santé demeure essentielle pour confirmer ou invalider un diagnostic posé par l'IMC**. Contrairement aux normes régissant l'interprétation de cet indicateur, les professionnels de santé prennent en considération les spécificités des patients (âge, sexe, musculature, état de santé...) et ont recours à des indicateurs complémentaires, tels que le tour de taille.

³ Childers et Alisons. The "obesity paradox": a parsimonious explanation for relations among obesity, mortality rate and aging? International Journal of Obesity. N° 34. 2010.

⁴ A noter que la mesure du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents intègre le critère de l'âge, contrairement à la mesure chez les adultes.

ENCADRE

Faut-il mettre la moitié de la population française au régime ?

Suivant les normes de mesure en vigueur, **plus du tiers de la population française est en surpoids**. Obésité comprise, **plus de la moitié des Français ont un excès de poids**. En soi, le surpoids ne constitue toutefois pas un défi majeur et grave de santé publique, bien qu'il faille absolument veiller à ce que les sujets concernés ne basculent pas progressivement vers un état d'obésité. Nous y voyons deux raisons :

- 1. Les risques associés au surpoids sont relativement limités**, contrairement à ceux de l'obésité. Pour le traitement du surpoids, la Haute autorité de santé recommande donc aux professionnels médicaux de :
 - de prévenir une prise de poids supplémentaire ;
 - de ne pas inciter un patient en surpoids simple (soit sans comorbidité) à perdre du poids ;
 - d'alerter sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés ;
 - de réduire un tour de taille élevé ;
 - de prendre en charge les comorbidités ;
 - d'éviter tout discours culpabilisant ;
 - et d'adopter une approche psychologique.⁵
- 2. La définition du surpoids ne fait pas consensus**. A la fin des années 1990, la frontière entre « corpulence normale » et « surpoids » a été abaissée d'un IMC de 27 à 25, faisant ainsi basculer du jour au lendemain 35 millions de citoyens états-uniens dans la catégorie « surpoids ». Cette réforme a soulevé des critiques d'experts ; ses fondements scientifiques n'ayant pas été insuffisamment débattus et aucun critère différenciant n'ayant été retenu (âge, sexe, origine ethnique, musculature). Certains y ont vu une volonté délibérée d'accroître la prévalence de l'excès de poids dans la société jusqu'à y inclure plus de la moitié de la population. Le *lobbying* des industries de santé ne serait pas étranger à cette dramatisation du surpoids et à une certaine exacerbation des coûts qui y sont associés ; ceci dans le but de vendre plus cher et en masse des solutions d'amaigrissement.⁶

1.2 L'obésité est une épidémie globalisée

Véritable bombe à retardement sanitaire, **la prévalence de l'obésité s'accroît dangereusement**. Dans le monde, les cas ont presque triplé depuis les années 1970. L'Organisation mondiale de la santé dénombre aujourd'hui plus de 1,9 milliard d'adultes en excès de poids, dont 650 millions sont en situation d'obésité. **Plus d'un dixième de la population mondiale souffre ainsi d'obésité** (13%).⁷ Aux Etats-Unis, où la prévalence est la plus forte des pays de l'OCDE, la situation est alarmante, avec un adulte sur trois en état d'obésité.⁸ Cette situation contribue à expliquer que les Etats-Unis dépensent énormément dans la santé (17% du PIB, contre une moyenne de 9% dans les autres pays de l'OCDE) tout en affichant de piètres performances sanitaires (l'espérance de vie y est de 79 ans, contre une moyenne de 80 ans dans les autres pays de l'OCDE. Sur cet indicateur, la première puissance économique mondiale se classe au 27^{ème} rang des pays de l'OCDE).

Au cours du temps, une élévation du poids moyen a été observée sur tous les continents, pour toutes les tranches d'âge et pour tous les groupes socio-économiques. Dans les sociétés

⁵ Haute autorité de santé. Fiche sur la prise en charge du surpoids.

⁶ Pour obtenir plus de détails, le lecteur peut se référer à l'ouvrage de Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité* (éditions PUF), et plus spécifiquement au chapitre 3 de la deuxième partie : « La mesure complexe de l'obésité » (p173-194).

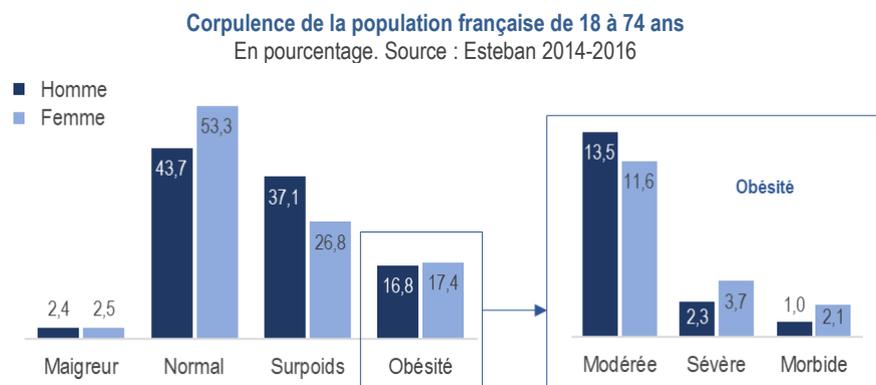
⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

⁸ D'après la base de données OECD Health Statistics 2017, l'obésité concerne aux Etats-Unis 30 à 38% des adultes, suivant que l'on tienne compte des corpulences autodéclarées ou mesurées.

en développement, l'obésité se rencontre davantage dans le haut de l'échelle sociale. Elle y est signe de richesse. Inversement, dans les sociétés développées, c'est au sein des populations populaires qu'elle est la plus fréquente. Elle inspire dans ces pays-ci du dédain et est à l'origine de nombreuses discriminations.

1.3 Entre 8 et 9 millions de Français sont obèses

La situation française est plutôt favorable relativement à celles des autres pays de l'OCDE. Notre pays se classe en effet dans le tiers des pays membres ayant les plus faibles prévalences. Les enquêtes françaises pointent néanmoins **une sensible élévation de l'obésité au cours des vingt dernières années**. On estime aujourd'hui que près d'un Français adulte sur deux présente un excès de poids. De manière plus problématique, **15 à 17% des adultes et environ 4% des enfants et adolescents souffrent d'obésité, soit 8 à 9 millions d'individus**.



Les données françaises sur l'obésité émanent de diverses enquêtes, aux périmètres et aux méthodologies propres.⁹ D'après l'enquête ObEpi, **la prévalence chez les adultes a doublé en quinze ans**, passant de 8,5% en 1997 à 15% en 2012.¹⁰ Les enquêtes INCA 2 et 3 indiquent également une nette élévation, avec un taux passant de 11,6% en 2006 à 17% en 2014. En revanche, les enquêtes ENNS et Esteban renseignent une prévalence récemment stabilisée, à 17% des adultes en 2006 et 2014.

⁹ L'enquête ObEpi, conduite par l'Inserm, Kantar Health et Roche, repose sur des données déclaratives, à l'image des enquêtes Santé de l'Insee, ESPS de l'Irdes ou encore des Baromètres de l'Inpes. Or il est reconnu qu'un risque de sous-évaluation du poids et de surévaluation de la taille existe lors des auto-déclarations. Les enquêtes ENNS et Esteban de l'InVS, INCA de l'Anses, et Constances du réseau des Centres d'examen de santé (CES), s'appuient pour leur part sur des examens de santé, ce qui les préserve de tels biais.

¹⁰ Inserm, Kantar Health et Roche. ObEpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.

Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les adultes en France

En pourcentage. Source : Drees

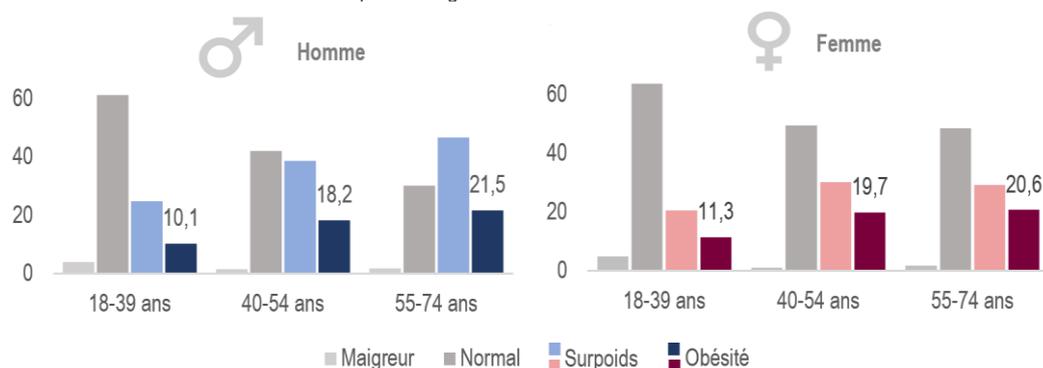
	Année de recueil	Hommes		Femmes	
		Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Enquêtes avec examen de santé					
ENNS	2006-2007	41,0	16,1	23,8	17,6
Esteban (suite ENNS)	2014-2016	37,1	16,8	26,8	17,4
INCA 2	2006-2007	38,9	11,2	24,2	12,0
INCA 3	2014-2015	38,2	16,4	29,5	17,6
Constances	2013	41,0	15,8	25,3	15,6
Enquêtes déclaratives					
ObEpi	1997	36,9	8,8	23,3	8,3
	2000	38,3	10,3	23,5	10,0
	2003	39,1	12,0	24,5	11,9
	2006	37,5	12,5	24,2	13,6
	2009	38,5	13,9	26,0	15,1
	2012	38,8	14,3	26,3	15,7
Enquête Santé (Insee)	1991-1992	32,5	6,1	19,8	6,8
	2002-2003	36,8	10,9	23,9	11,3
	2008	39,1	11,4	24,3	12,8
ESPS (Irdes)	1994	32,5	8,4	19,9	7,5
	1998	35,6	9,2	22,4	8,7
	2002	36,0	10,7	24,6	10,2
	2004	35,8	11,1	22,6	11,2
	2006	37,9	12,2	23,7	11,9
	2008	37,2	12,4	24,5	12,6
	2010	37,9	12,1	25,6	13,5
	2012	36,3	14,4	24,4	14,4
Baromètres Inpes	1996	32,9	7,4	19,6	5,8
	1999	36,6	7,0	19,7	7,1
	2002	34,0	9,9	20,6	5,6
	2005	35,3	8,2	20,2	7,5
	2008	38,6	9,8	22,4	9,8
	2010	36,8	11,5	22,8	11,1

1.4 L'obésité progresse avec l'âge

Plus une personne est âgée, plus sa probabilité d'être obèse est importante. D'après l'enquête Esteban, la prévalence est ainsi deux fois plus élevée chez les hommes âgés de 55 à 74 ans (21,5%) que chez les 18-39 ans (10,1%). Bien que la prévalence soit inférieure chez l'enfant, elle n'en est pas moins problématique : 17,5% des enfants de 6 à 17 ans sont en excès de poids et 3,9% sont obèses. Or **un adolescent obèse présente une probabilité élevée de le demeurer à l'âge adulte.**

Corpulence de la population française, de 18 à 74 ans, par tranche d'âge

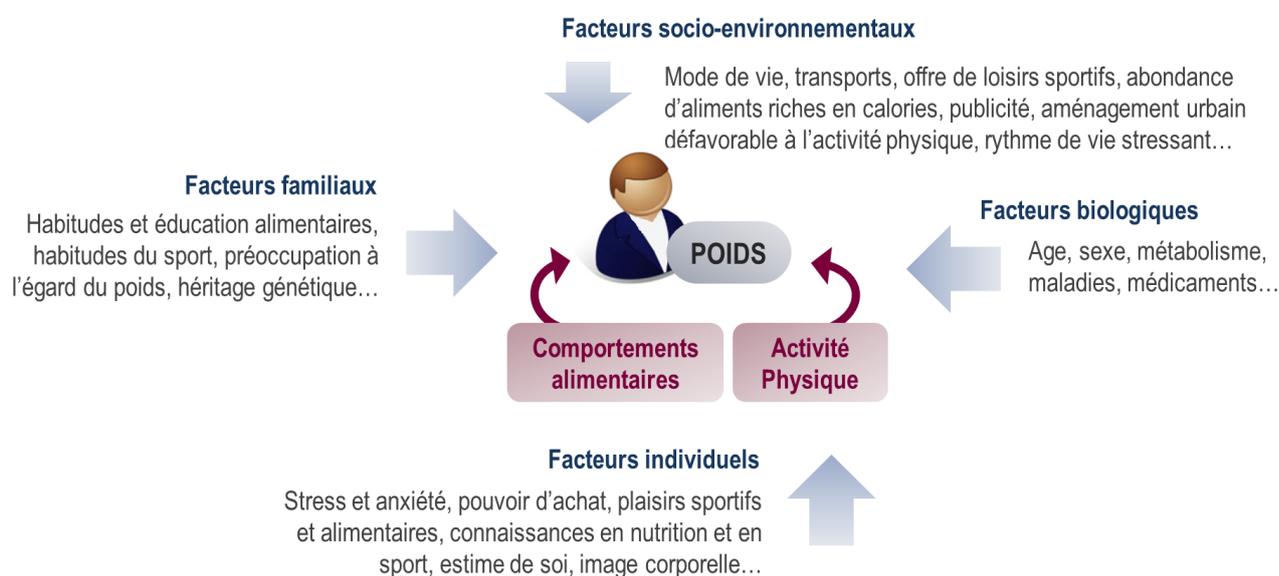
En pourcentage. Source : Esteban 2014-2016



1.5 Les causes de l'obésité : de l'environnement à la génétique

Du point de vue médical, l'origine de l'obésité est en apparence simple : **elle résulte d'un déséquilibre chronique entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques des individus**. Du point de vue socio-économique, les facteurs de risque sont en revanche multiples et interconnectés, ce qui rend la compréhension et la prévention de l'obésité singulièrement ardues.

Caractérisée par une sédentarisation des individus et une abondance d'aliments à haute densité calorique, **notre société est « obésogène »**. Les individus bougent moins qu'auparavant ; privilégient des aliments trop gras, trop sucrés et trop salés ; sont plus stressés et endurent plus régulièrement des troubles du sommeil. Dans cet environnement commode aux prises de poids involontaires, **les individus ne sont pas égaux**. Les personnes ayant une prédisposition génétique à l'obésité, un microbiote intestinal déséquilibré, ou ayant un faible niveau d'éducation et de bas revenus, sont particulièrement vulnérables.



Facteurs impliqués dans le développement de l'obésité

In utero	Génétique Nutrition maternelle	} Sédentarité Apports alimentaires Facteurs psychologiques Environnement Société Publicité Facteurs non nutritionnels Virus ?	} Risque d'obésité
Naissance	Epigénétique Nutrition infantile		
Enfance	Substances exogènes Conditionnement Apprentissages		
Adolescence	Puberté Troubles du comportement		
Adulte	Grossesse Ménopause Médicaments Maladies Stress Sarcopénie		

Source : OMS

1.5.1 Nous brûlons moins d'énergie corporelle qu'auparavant

Nos modes de vie et de consommation sont à l'origine d'**une diminution marquée de nos besoins énergétiques au cours des cinquante dernières années**. Plusieurs raisons sont identifiées :

- La tertiarisation de l'économie s'est accompagnée d'emplois moins éprouvants physiquement, avec notamment un déclin des travaux agricoles et industriels. Par ailleurs, la mécanisation des tâches éreintantes ou répétitives a profondément changé la nature des métiers, tant dans les domaines agricoles et industriels que tertiaires.
- La généralisation du chauffage et de la climatisation dans les bâtiments a réduit l'énergie que nous consacrons à la régulation thermique de nos corps.
- Le développement des moyens de transport individuels et collectifs a écourté les temps de marche. La multiplication des ascenseurs et des escalateurs a diminué les recours aux escaliers.
- Les loisirs sont devenus plus sédentaires, faisant la part belle aux temps passés devant les écrans : télévision, cinéma, jeux vidéo, réseaux sociaux, applications mobiles... Au cours des 7 dernières années, le temps moyen passé sur les écrans, hors activités professionnelles, a augmenté de 20 minutes chez les enfants et d'1h20 chez les adultes.¹¹

1.5.2 Notre alimentation ne s'est pas adaptée

Alors que nos besoins énergétiques ont diminué au cours du temps, **nos apports alimentaires n'ont pas suivi le mouvement**. L'abondance alimentaire n'a jamais été aussi forte. Le temps quotidien dédié à la cuisine ayant diminué, **les consommateurs se sont orientés vers des produits industriels rapides à préparer, mais dont les teneurs en lipides, sucre et sel sont élevées**.

Trois grandes évolutions sociétales expliquent la réduction du temps dédié à la cuisine :

- L'inflation du prix du temps, symbolisée par l'augmentation des salaires horaires, a conduit les individus à privilégier les activités rémunérées et les loisirs leur procurant le plus de satisfaction. Or les tâches domestiques ne sont pas rémunérées et apportent peu de satisfaction. Le temps qui leur est consacré a en conséquence diminué. Les Françaises dédiaient 10 minutes de moins à la cuisine en 2010 qu'en 1999.¹²
- La croissance de l'emploi féminin a réduit le temps disponible pour les tâches domestiques.¹³
- L'allongement des trajets domicile-travail a mécaniquement réduit le temps alloué aux tâches ménagères. Au sein des métropoles, où l'activité économique est la plus dynamique, la concentration de la population a poussé les prix de l'immobilier vers le haut, obligeant de nombreux ménages à s'éloigner de leur lieu de travail au prix de temps de transport allongés.

L'industrie agroalimentaire s'est adaptée en développant une large gamme d'aliments rapides à préparer. Suivant la réduction des coûts industriels, **les prix alimentaires ont sensiblement décliné en termes réels**.¹⁴ Le progrès technique a permis d'optimiser les processus de transformation, de préparation et de conservation. Parallèlement, l'élargissement du marché, porté par une demande favorable aux produits transformés et par

¹¹ Résultats de l'enquête INCA 3 comparés à l'enquête INCA 2.

¹² Ricochet et Roumier. Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'Internet. Insee Première. N°1377. Novembre 2011.

¹³ Le taux d'emploi des femmes âgées de 15 à 64 ans est passé de 50,7% en 1975 à 61,4% en 2016. Sur la même période, le taux d'emploi des hommes est passé de 66,2% à 64,6%. Source : Insee.

¹⁴ Les prix sont dits « réels » lorsqu'ils sont corrigés de l'inflation.

l'internationalisation, s'est accompagné d'importantes économies d'échelle. La concurrence, exacerbée par la montée en puissance de la grande distribution, a garanti aux consommateurs des produits aux meilleurs prix.

La baisse des prix réels ayant été observée surtout pour les préparations industrielles, et moins pour les produits agricoles « bruts », **les prix alimentaires sont devenus inversement proportionnels à la densité calorique**. Les fruits et légumes frais sont ainsi plus onéreux que la plupart des produits transformés à haute teneur en gras, sucre et sel.

Pour soutenir la demande de produits transformés et pérenniser les débouchés de l'agro-industrie, **la pression publicitaire s'est accentuée**. L'importance des budgets consacrés au *marketing* témoigne de son efficacité auprès des consommateurs.

D'autres facteurs expliquent que les choix alimentaires n'aient pas suivi la réduction des besoins énergétiques. Notamment, la fréquentation plus assidue des restaurants s'est accompagnée d'une certaine perte de contrôle quant aux préparations consommées. La lutte contre le tabac a été et demeure une priorité de santé publique. Pour autant, la montée de l'obésité a, dans une certaine mesure, profité d'une perte d'effet coupe faim lié à la nicotine.

1.5.3 Stress, manque de sommeil, médicaments : des facteurs de risque complémentaires

Bien que notre société ne se soit, *a minima* dans les discours, jamais autant soucieuse du bien-être, l'anxiété n'a paradoxalement jamais été aussi prégnante (en temps de paix). **Les sources de détresse psychologique sont nombreuses** : peur du chômage, de l'échec, de l'exclusion, de la maladie, *etc.* Il en résulte une prévalence inquiétante du stress, des troubles du sommeil et des sur-médications ; autant de situations néfastes pour la santé et propices à la prise de poids :

- Signe d'une époque qui fabrique du mal-être, **un quart des salariés français se déclare en état d'hyperstress**.¹⁵ Or, en situation d'angoisse, les individus favorisent les aliments « réconfortants ».
- **Plus de la moitié des Français jugent leur sommeil insuffisant** et près d'un tiers reconnaissent qu'il leur arrive de somnoler durant la journée.¹⁶ Fatigués, les individus bougent moins et privilégient les produits gras et sucrés ; en espérant que l'énergie apportée compensera l'effet du manque de sommeil. Or **un organisme fatigué perd de sa capacité à métaboliser les graisses**. Celles-ci sont alors plus facilement stockées dans les tissus adipeux. L'InVS a mesuré un risque d'obésité augmenté respectivement de 50% et 34% chez les hommes et les femmes dormant moins de 6 heures par nuit, relativement aux individus dormant plus de 8 heures.¹⁷ **La relation est à double sens** : les sujets souffrant d'obésité endurent plus souvent que les autres des troubles du sommeil.
- **Certains médicaments**, tels que des antidépresseurs, des antipsychotiques ou encore des corticostéroïdes, **provoquent une prise de poids s'ils sont consommés sur longue période**.

1.5.4 Génétique et flore intestinale : des individus inégaux face à la prise de poids

Les déséquilibres alimentaires et le manque d'activités physiques sont les premières causes de l'obésité. Pour autant, **le rôle de la génétique et de la flore intestinale ne doit pas être ignoré, ni même sous-estimé**. A environnement comparable, nous ne sommes pas égaux face au risque d'obésité. Pour le chercheur américain George Bray, spécialiste de la question,

¹⁵ Stimulus. Observatoire de la santé psychologique au travail. Evaluation du stress. Novembre 2017.

¹⁶ Suivant une enquête OpinionWay réalisée fin 2016 pour le compte de l'InVS, plus de la moitié des Français âgés de 18 à 65 ans estiment ne pas dormir suffisamment (54%).¹⁶

¹⁷ InVS, MGEN. Journée du sommeil 2015. Sommeil et nutrition. 2015.

« *la génétique arme et l'environnement appuie sur la gâchette* ». A ce jour, les prédispositions génétiques demeurent toutefois mal connues et leurs impacts sont mal appréhendés.

Il existe également un lien entre **le microbiote intestinal**, qui se forme à la naissance et lors des premiers mois de vie, et le risque d'obésité. Un microbiote peu diversifié, avec des firmicutes en quantité et peu de bacteroidetes, favorise le stockage de l'énergie apportée par l'alimentation.

Qu'il s'agisse de déterminants génétiques ou de microbiotes, **le besoin de recherche est crucial** pour étendre les connaissances et perfectionner les politiques de lutte contre l'obésité.

1.6 Les populations aux revenus modestes sont les premières victimes de l'obésité

L'inégalité sociale à l'égard de l'obésité est criante. Bien que toutes les strates de la société soient concernées, **les individus faiblement diplômés et aux revenus modestes sont de loin les premières victimes**. Dans l'enquête ESPS 2014, l'obésité ne concerne ainsi « que » 8% des cadres, mais 15% des employés administratifs, 19% des ouvriers et 20% des agriculteurs. A âge et sexe comparable, les cadres ont une probabilité d'être obèses réduite de 45% relativement à la moyenne française. Inversement, le risque est augmenté de 35% pour les ouvriers non qualifiés.¹⁸

Prévalence de l'obésité par catégorie socio-professionnelle

Source : ESPS 2014

	Prévalence de l'obésité (%)	Indice à âge et sexe comparables
Cadre et profession intellectuelle	8,2	0,55
Profession intermédiaire	12,0	0,83
Employé administratif	15,6	1,06
Artisan, commerçant	17,3	1,08
Employé de commerce	17,6	1,23
Ouvrier qualifié	18,4	1,26
Ouvrier non qualifié	19,1	1,35
Agriculteur	20,1	1,22

Les écarts s'observent dès les âges préscolaires. En grande section de maternelle, 5,8% des enfants d'ouvriers souffrent d'obésité, contre « seulement » 1,3% des enfants de cadres.¹⁹ Cette disparité se perpétue aux âges plus avancés de l'enfance.²⁰

Deux raisons majeures expliquent ces écarts :

- Les ménages aux revenus supérieurs favorisent les fruits, les légumes, les viandes et les poissons frais, dont les prix sont relativement élevés. Inversement, les ménages en situation de précarité consomment, en proportion, plus de préparations industrielles à haute densité calorique, ainsi que plus de boissons sucrées pendant et en dehors des repas.

¹⁸ Irdes. ESPS 2014.

¹⁹ Drees. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge ». Etudes & Résultats. N°920. Juin 2015.

²⁰ Drees. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. Etudes & Résultats. N°993. Février 2017.

- L'éducation et les habitudes familiales des ménages aux revenus aisés les rendent à la fois plus attentifs aux campagnes de prévention sanitaire et moins sensibles aux publicités vantant les aliments fortement caloriques. Ces ménages veillent davantage à l'équilibre des repas, ainsi qu'à leur régularité. Les individus en situation de précarité délaissent quant à eux plus souvent le petit déjeuner et sautent plus régulièrement des repas. Cette irrégularité favorise la prise de poids.

La chaîne de causalité est à double sens. D'une part, le statut social est un puissant déterminant de l'obésité. D'autre part, **l'obésité influence les positions et les dynamiques sociales** du fait des stigmatisations qui affectent les parcours scolaires, l'accès à l'emploi et les trajectoires professionnelles.

1.7 L'obésité pourrait concerner près d'un Français sur quatre à horizon 2030

Les déterminants environnementaux de l'obésité sont tenaces. Sa progression devrait donc se poursuivre au cours de la prochaine décennie. Suivant un scénario central établi par la DG Trésor, **l'obésité pourrait concerner 23% des Français de plus de 15 ans à horizon 2030**, et le surpoids 36%. Six Français sur dix pourraient présenter un excès de poids d'ici une quinzaine d'années. Les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé sont plus alarmantes encore : 25 à 29% des Français pourraient être obèses en 2030. La progression de l'obésité sévère sera marquée, surtout parmi les femmes. Malgré les efforts déjà engagés dans la lutte contre l'obésité, celle-ci demeure donc un défi sanitaire et économique majeur.

Section 2

UN FARDEAU SANITAIRE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE

Les conséquences sanitaires, psychologiques, sociales et économiques de l'obésité sont graves. L'excès de poids engendre des comorbidités lourdes, telles que des troubles cardiovasculaires et le diabète de type 2. Aux maux corporels s'adjoint souvent une souffrance psychologique intense, nourrie par le rejet social dont sont victimes les personnes obèses. Ces dernières font l'objet de nombreuses discriminations, notamment à l'école, sur le marché du travail, ainsi que dans certains établissements médicaux. Suivant d'importantes dépenses médicales induites et de pertes de production imputables aux arrêts de travail et à l'exclusion du marché du travail d'une fraction des femmes obèses, le coût social de l'obésité a été valorisé par la DG Trésor à plus de 12 milliards d'euros par an.

2.1 L'obésité exacerbe la morbidité

Pour ses implications multiples et sévères sur la santé, **l'OMS qualifie l'obésité de « maladie chronique évolutive »**.²¹ Elle est en effet le premier facteur de risque de nombreuses affections critiques, telles que les troubles cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète de type 2, les troubles musculosquelettiques, certains cancers (dont ceux de l'utérus et du colon), ou encore l'apnée du sommeil. S'ajoute à ces maux une souffrance psychologique intense, pouvant elle-même être à l'origine de maladies.

Prévalence de certaines maladies en fonction de la catégorie d'IMC

Source : calculs DG Trésor, à partir des données ESPS 2012

	Diabète	Infarctus	Hypertension artérielle	Dépression	Lombalgie
Maigreur	2,1%	0,3%	3,9%	6,0%	13,9%
Corpulence normale	3,2%	0,3%	6,8%	3,6%	16,2%
Surpoids	9,6%	0,9%	15,6%	5,6%	22,0%
Obésité	19,3%	0,9%	26,7%	7,7%	24,6%
Population générale	6,7%	0,6%	12,9%	4,5%	19,0%

Sans surprise, l'enquête ESPS 2014 indique que **les individus obèses ont une probabilité sensiblement augmentée de se ressentir en mauvais ou en très mauvais état de santé** comparativement à l'ensemble de la population, à structures d'âges et de sexes comparables (respectivement +52% et +118%).

L'obésité accentue les risques de récurrences, de seconds cancers et de mortalité. Dans le cas de cancer du sein, les femmes obèses au moment du diagnostic ont une probabilité de décès augmentée de 30% relativement aux autres femmes.

²¹ Organisations mondiale de la santé. Projet de plan d'action pour la lutte contre Les maladies non transmissibles (2013-2020). 2013.

Le risque de décès prématuré s'accroît avec les kilos en excès. Suivant une étude de grande ampleur, couvrant près de 4 millions de personnes à travers le monde, les sujets en surpoids perdent en moyenne un an d'espérance de vie ; les sujets modérément obèses perdent 3 années et les personnes en obésité sévère peuvent vivre jusqu'à 10 années de moins.²² A noter que les résultats de cette étude contredisent certains travaux selon lesquels il y aurait un avantage sur le plan de la survie à être en surpoids (Takata *et al.*, 2007 ; Diehr *et al.*, 2008).

Maladies dont le risque est significativement accru en cas d'obésité

Sources : CNAO, HAS

Métaboliques	Insulinorésistance, diabète de type 2, dyslipidémie, hyperuricémie, goutte
Cardiovasculaires	Insuffisance coronaire, hypertension artérielle, accidents cardiovasculaires, accidents cérébraux, thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires, insuffisances cardiaques, altération de l'hémostase
Respiratoires	Apnée du sommeil, hypoventilation alvéolaire, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance respiratoire
Ostéo-articulaires	Gonarthrose, troubles de la statique, lombalgies, dorsalgies, sciatiques, coxarthrose
Digestives	Lithiase biliaire, stéatose hépatique, reflux gastro-œsophagien
Cancers	Chez l'homme : prostate, colorectal, voies biliaires Chez la femme : utérus, voies biliaires, ovaires, sein, colorectal
Endocriniennes	Infertilité, dysovulation, hypogonadisme
Rénales	Protéinurie
Psychosociales	Altération de la qualité de vie, difficultés à se mouvoir, discrimination, stigmatisation, préjudice, perte de chance, mésestime de soi, dépression, conséquences de régimes restrictifs
Autres	Handicap, lymphœdème, hypertension intracrânienne, incontinence urinaire, risques opératoires et anesthésiques, complications post-opératoires majorées, hypersudation, mycose des plis

2.2 L'obésité génère une souffrance psychologique

Dans une société où l'image est reine, **l'obésité engendre des conséquences psychologiques graves.** L'incompréhension et l'intolérance contemporaine à son égard alimentent chez certaines personnes en excès de poids une **mésestime de soi**, un **sentiment d'exclusion**, voire **des états dépressifs**.²³ Bien que l'obésité soit causée par les interactions d'un ensemble de déterminants socio-économiques et génétiques, la société tend à considérer les individus en excès de poids comme responsables de leur état. **Le discours dominant, celui de la culpabilisation, ignore les réalités de cette maladie, favorisant ainsi les discriminations.** Les ségrégations sont multiformes. Elles s'observent aussi bien à **l'école**, avec le risque de compromettre la réussite scolaire des enfants ; sur **le marché du travail**, avec un accès à l'emploi dégradé et des niveaux de revenu inférieur, surtout pour les

²² Body mass index and all-cause mortality: individual participant data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. The Global BMI Mortality Collaboration. The Lancet. Volume 388, No. 10046. August 2016.

²³ D'après Luppino *et al.* (2010), dont les résultats sont cités par la Haute autorité de santé dans ses recommandations pour la prise en charge de l'obésité, les personnes obèses présentent un risque de dépression 57% supérieur aux individus de corpulence « normale ».

femmes²⁴ ; que dans **certains établissements de soins**, où les professionnels, à défaut d'une formation adéquate sur le sujet, n'ont pas pleinement conscience que l'obésité constitue une maladie grave. **Il peut en résulter des prises en charge sous-optimales**. A ce jour, les sujets obèses forment l'un des rares groupes pouvant encore être discriminés en toute impunité.

Cette stigmatisation, qui cherche à transformer les victimes en coupables, **exacerbe l'anxiété des personnes en excès de poids**. Ces dernières peuvent se laisser convaincre que le problème émane d'elles, et non de leur environnement. Les victimes peuvent ainsi finir par accepter et intérioriser la dévalorisation, au risque d'entraîner **leur désocialisation**. Leurs comportements alimentaires en sont d'autant plus perturbés. Il s'agit là d'un cercle vicieux complexe à désamorcer.

L'obésité n'a pas toujours été socialement rejetée. Dans de nombreuses cultures, elle fut un temps désirable (ou l'est toujours) au point que certaines personnes s'imposaient une discipline sévère pour parvenir à cet état. Dans les sociétés occidentales, telles que la nôtre, la minceur fut par le passé associée à la maladie, la mélancolie, voire à la stérilité. A l'inverse, les corps en chair étaient un signe de santé et de fertilité. Avec l'évolution des représentations sociétales, ce qui était autrefois valorisé est aujourd'hui condamné.

2.3 La productivité au travail est affectée

A l'origine de maladies chroniques et de souffrances psychologiques, **l'obésité affaiblit la productivité de travailleurs** du fait d'arrêts de travail pour cause médicale plus fréquents et, pour les tâches physiques, d'un dynamisme amoindri relativement aux collègues de corpulence « normale ».

Suivant une étude américaine, conduite en 1998 auprès de près de 11 000 salariés, les travailleurs obèses présentent un risque d'absentéisme dit « élevé » (plus de 6 jours d'absence pour cause médicale au cours des 6 derniers mois), et « modéré » (3 à 6 jours d'absence), augmenté de respectivement 74 et 61% comparativement aux salariés non-obèses.²⁵

Une enquête américaine, portant sur les limitations physiques dans l'industrie, a observé que les ouvriers en situation d'obésité modérée ou sévère rencontraient plus souvent que leurs collègues des difficultés à réaliser certaines opérations manuelles. Les auteurs ont mesuré que les ouvriers obèses étaient associés à une perte de productivité liée à leur état de santé de 4,2%, soit 1,2 point de plus que les autres ouvriers. Sur un an, cela équivaut à une perte de 506 dollars par travailleur.²⁶

²⁴ Coudin et Souletie. Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire. Insee. Economie et statistique. N° 486-487. 2016.

²⁵ Tucker et Friedman. Obesity and absenteeism: An epidemiologic study of 10,825 employed adults. American Journal of Health Promotion. Volume 12, number 3. Janvier 1998.

²⁶ Brehn, Bonnie *et al.* Obesity and Presenteeism: The Impact of Body Mass Index on Workplace Productivity. Journal of Occupational and Environmental Medicine. Janvier 2008.

Impacts de l'obésité et de ses comorbidités sur le marché du travail

Source : OCDE. Health working paper No. 86

	Accès à l'emploi	Salaire	Absentéisme
Obésité	Probabilité d'emploi réduite (Morris, 2007 ; Tunceli <i>et al.</i> , 2006)	Salaires en moyenne moins élevés , surtout pour les femmes (Lundborg <i>et al.</i> , 2010)	Absences pour cause médicale plus fréquentes , surtout pour les femmes (Finkelstein <i>et al.</i> , 2005 ; Cawley <i>et al.</i> , 2007)
Diabète	Probabilité d'emploi réduite (Latif, 2009 ; Seuring <i>et al.</i> , 2014 ; Tunceli <i>et al.</i> , 2005)	Salaires en moyenne moins élevés (Minor, 2013 ; Ng <i>et al.</i> , 2001)	Absences pour cause médicale plus fréquentes (Weng <i>et al.</i> , 2012)
Cancers	Probabilité d'emploi réduite (Bradley <i>et al.</i> , 2007 ; Candom, 2014)	Pas de lien évident	Absences pour cause médicale plus fréquentes (Drolet <i>et al.</i> , 2005 ; Ng <i>et al.</i> , 2001)
Troubles musculosquelettiques	Les personnes souffrant d'arthroses ont une probabilité forte de quitter le marché du travail (Oxford Economics, 2010)	Pas de lien évident	En moyenne, 5 heures de productivité perdues chaque semaine (Stewart <i>et al.</i> , 2003)

2.1 Une fraction des femmes obèses est exclue du marché du travail

En s'appuyant sur l'enquête *Santé et Itinéraire professionnel* (SIP 2010), l'Insee observe que, en moyenne, les hommes obèses sont aussi souvent en emploi que ceux qui ne le sont pas.²⁷ En revanche, **il apparaît que l'obésité des femmes dégrade leur accès au travail** ; les femmes obèses ayant un taux d'emploi inférieur de 10 points à celui des femmes non obèses (71% contre 81%). Hommes et femmes confondus, les salariés obèses perçoivent un salaire horaire moyen 6 à 9% plus faible que celui des autres salariés. **Ces écarts s'expliquent en premier lieu par des différences de compétences observables** :

- Les individus obèses sont en moyenne moins diplômés que la population générale : 25% des hommes obèses (36% des femmes) détiennent au plus le brevet des collèges, contre 18% de ceux qui ne le sont pas (18% des femmes) ;
- Ils sont plus souvent issus de catégories socio-professionnelles modestes. Notamment, la proportion de cadres est plus faible parmi les personnes obèses ;
- L'état de santé déclaré par les individus obèses est globalement moins bon, ce qui peut influencer sur le salaire et l'emploi.

En corrigeant du niveau d'éducation, de l'âge, de la situation familiale, de l'état de santé et de l'origine, **l'Insee observe toujours un net impact de l'obésité sur l'emploi féminin** (effet négatif de 7,1 points sur le taux d'emploi). Toutes choses égales par ailleurs, lorsque l'IMC d'une femme augmente d'un point (+2,7 kg pour 1,6 m), sa probabilité d'être en emploi est réduite de 0,5 point. **Chez les hommes, l'obésité ne semble pas impacter l'employabilité**. Au contraire, une plus forte corpulence serait chez eux associée à une probabilité légèrement augmentée d'être en emploi.

²⁷ Coudin et Souletie. Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire. Insee. Economie et statistiques. N° 486-487. 2016.

A niveau d'éducation, d'expérience, de santé et d'origine comparable, **la corpulence affecte peu la rémunération**. Chez les femmes, lorsque l'IMC augmente d'un point, le salaire ne diminue « que » de 0,3% en moyenne. Aucune différence n'a été relevée chez les hommes.

2.2 Chaque année, l'obésité coûterait plus de 12 milliards d'euros à la société française

L'obésité engendre d'une série **de coûts directs et indirects pour la collectivité** qu'il est complexe d'appréhender quantitativement. Dans une note publiée en septembre 2016, la DG Trésor s'est néanmoins adonnée à l'exercice :

- Elle a estimé **les dépenses de santé** induites par l'obésité à 9,8 milliards d'euros en 2012, dont 8,7 milliards ont été à la charge de la sécurité sociale et 1,1 milliard à la charge des patients et de leurs complémentaires santé.
- Elle a évalué **les pertes de production imputables aux arrêts de travail pour causes médicales dérivées de l'obésité** à 1,2 milliard d'euros ; et celles imputables **à l'exclusion du marché du travail d'une fraction des femmes obèses** à 5 milliards d'euros.²⁸
- Elle a intégré à son raisonnement **les « recettes » de l'obésité** ; à savoir les revenus tirés des taxes nutritionnelles (200 millions d'euros) et les pensions de retraite non versées pour cause de mortalité précoce (400 millions d'euros).

Au global, **la DG Trésor a ainsi estimé le coût social de l'obésité en France à 12,8 milliards d'euros pour l'année 2012, soit 1 300 euros par personne obèse.**

Coût social de l'obésité et du surpoids en 2012

En milliards d'euros. Source : DG Trésor

	Obésité	Surpoids	Total
Surcoût pour l'assurance maladie : soins de ville	2,8	2,7	5,6
Surcoût pour l'assurance maladie : hôpital	3,7	3,3	7,0
Indemnités journalières, maladie	0,5	0,3	0,8
Pensions d'invalidité	1,7	1,9	3,6
Dépenses de prévention	0,1	0,0	0,1
Taxes nutritionnelles	-0,2	-0,2	-0,4
Moindres dépenses de pension de retraite	-0,4	-3,2	-7,2
Coût pour les finances publiques	4,5	4,9	9,5
Pertes de production dues à l'absentéisme au travail	1,2	0,9	2,1
Pertes de production dues à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail	5,0	0,0	5,0
Dépenses de soins non remboursées : soins de ville	0,7	0,6	1,3
Dépenses de soins non remboursées : hôpital	0,4	0,3	0,7
Coût pour le secteur privé	7,3	1,8	9,1
Coût social	12,8	7,7	20,4
Nombre d'individus concernés (en millions)	9,8 M	20,1 M	30,9 M
Coût social par individu concerné (en euros)	1 300 €	360 €	660 €

²⁸ La DG Trésor a pris comme hypothèse que les personnes obèses sont rémunérées au SMIC ; la prévalence étant plus importante parmi les ménages aux revenus modestes. Ce choix tend à minorer l'impact mesuré de l'obésité sur la production.

Bien que les coûts assignés à l'obésité soient élevés, **ils s'avèrent inférieurs à ceux du tabagisme** (26,6 milliards d'euros en 2012, soit 1 990 euros par fumeurs) **et de l'alcoolisme** (15 milliards d'euros, soit 3 950 euros par personnes alcooliques).

Suivant cette évaluation de la DG Trésor, l'excès de poids (qui englobe l'obésité et le surpoids) serait à l'origine d'un coût social de 20,4 milliards d'euros en 2012.

Monique Romon, professeur au CHU de Lille et présidente de la Société française de nutrition, a extrapolé les chiffres de la DG Trésor suivant l'évolution observée et anticipée de la prévalence. Elle obtient ainsi une estimation de la croissance du coût social à horizon 2030. Suivant ses calculs, et en supposant un coût moyen constant, le coût social de l'obésité devrait bondir de 82% entre 2015 et 2030. Le coût social de l'obésité sévère serait quant à lui multiplié par trois.²⁹

²⁹ Monique Romon utilise les résultats de la DG Trésor recalculés suivant le périmètre de coûts de Pierre Kopp (« Le coût social des drogues en France », Note de synthèse, OFDT, 2015). Les coûts des soins non remboursés et les économies liées aux moindres pensions de retraites sont ici exclus. Cela conduit à réévaluer à la hausse le coût social moyen associé à l'obésité d'une personne : 1 730 euros, contre 1 300 euros suivant le champ initialement retenu par la DG Trésor. Compte tenu de cette différence méthodologique, nous avons mis l'accent sur l'évolution mesurée par Monique Romon, et non sur ses estimations du coût social (19 milliards d'euros en 2015 et 34,6 milliards d'euros en 2030).

Section 3

UNE PREVENTION ET UNE PRISE EN CHARGE PERFECTIBLES

Les résultats de la stratégie nationale de lutte contre l'obésité sont insatisfaisants. Les Programmes nutrition santé (PNNS) n'ont pas atteint leurs objectifs : ils n'ont pas suffisamment touché les populations les plus à risque et n'ont influé qu'à la marge sur l'offre alimentaire. Des mesures plus ambitieuses s'avèrent nécessaires, notamment en matières réglementaires, fiscales, ainsi que sur l'encadrement du *marketing* alimentaire. En matière de prise en charge, le Plan Obésité 2010-2013 a comblé de graves lacunes. Depuis son implémentation, le système de santé fonctionne globalement mieux pour les personnes obèses. Des améliorations demeurent néanmoins indispensables.

3.1 Les efforts de prévention ont été insuffisants

Indicateur implacable d'une stratégie en manque d'efficacité, **la prévalence de l'obésité relevée par l'enquête ObEpi est passée de 8,8% de la population adulte en 1997 à 15% en 2012**. A qui la faute ? En France, les mesures de prévention se sont largement reposées sur les successifs **Programmes nationaux nutrition santé (PNNS)**. Initié en 2001, le PNNS a été **une démarche avant-gardiste**, qui sut positionner l'alimentation comme une préoccupation sanitaire de premier plan. **Les résultats ont toutefois été insuffisants**. Dressant un constat d'échec du 3^{ème} PNNS, déployé de 2011 à 2015, **l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a appelé à ne pas reconduire le plan**.³⁰

Les reproches adressés au PNNS sont multiples :

- **Les ambitions du plan étaient surdimensionnées au regard des moyens dégagés.** Le PNNS a voulu couvrir l'ensemble des questions liées à la nutrition (alimentation et activité physique comprises). Il avait vocation à devenir LE programme de référence, en coordonnant autour de lui l'ensemble des acteurs publics et privés engagés dans la lutte contre l'obésité. A défaut d'un portage interministériel, d'une gouvernance clairement définie, d'un ancrage territorial fort et de financements conséquents, **cette ambition est demeurée théorique.**
- **La gouvernance du PNNS est peu transparente.** Sa déclinaison territoriale a largement reposé sur la sensibilité des directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS), sur la réceptivité des collectivités territoriales et des associations, sur la volonté de coopération de différentes structures déconcentrées, ainsi que sur la volonté des préfets d'impulser et de piloter les collaborations. L'Igas relève que les ARS auditionnées n'employaient chacune pas plus de 2 agents en équivalent temps plein pour le portage régional du PNNS. **Par manque de moyens dédiés, la présence territoriale du PNNS s'est avérée trop limitée.**
- **L'accumulation de programmes intervenant sans véritable concertation sur le champ de l'obésité a réduit la lisibilité, la cohérence et l'efficacité de l'action publique.** D'autres plans publics nationaux – à l'image du Plan national pour l'alimentation

³⁰ Batz, Faucon et Voynet. Evaluation du Programme national de nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du Plan Obésité 2010-2013. Inspection générale des affaires sociales. Juillet 2016.

(PNA) et du Plan sport santé bien-être (P2SBE) – et locaux ont été déployés. Présentés à l'origine comme complémentaires au PNNS, ils ont *in fine* fonctionné de manière indépendante. Sur certains aspects, ils se sont révélés en concurrence frontale avec le PNNS.

- **Le PNNS a insuffisamment évolué au cours du temps.** Les reproches adressés au PNNS 1 (2001-2005) ont conduit à une seconde édition plus équilibrée (2006-2010), axée sur les comportements nutritionnels et sur la qualité de l'offre alimentaire. Insuffisamment centré sur les populations les plus fragiles, le deuxième PNNS a toutefois échoué à enrayer la progression de l'obésité dans les milieux défavorisés.³¹ Malgré cette critique, **les améliorations du PNNS 3 ont manqué d'ambition pour véritablement s'attaquer aux racines sociaux-économiques de l'obésité.**
- **Les actions du PNNS 3 en matière d'offre alimentaire sont demeurées trop théoriques, car essentiellement « incitatives » et « volontaires ».** Le PNNS, en recherche de consensus, n'a voulu stigmatiser aucun comportement, aucun aliment et aucun acteur (consommateurs, industriels, distributeurs, écoles, pouvoirs publics...) Cette volonté s'est traduite par des actions manquant d'ambition et une information sanitaire incomplète à destination des consommateurs. L'Igas dénonce notamment **le silence du PNNS 3 en matières réglementaires, fiscales, sur l'encadrement du marketing alimentaire, ou encore sur l'étiquetage nutritionnel.** Bien que le plan ait promu des initiatives volontaires parmi les industriels et les distributeurs, l'Igas estime que leurs engagements ont été très insuffisants. Dans certains cas, il n'aurait s'agit que de « *gagner du temps* ».
- Le PNNS se structure autour d'un grand nombre d'actions, de recommandations, de cibles et d'indicateurs de suivi. Il en résulte une stratégie peu lisible, d'autant que ni les objectifs ni les actions ne sont priorisés. **Les moyens ont ainsi été atomisés sur une multitude d'initiatives, souvent de faible ampleur et sans cohérence d'ensemble.**

3.2 La prise en charge de l'obésité est perfectible

3.2.1 Le Plan Obésité a organisé le parcours de santé

Avant le déploiement du Plan Obésité 2010-2013, la prise en charge des patients obèses souffrait de graves insuffisances. Un grand nombre de patients se trouvaient en errance thérapeutique, ne sachant à qui s'adresser pour bénéficier de soins adaptés. **L'obésité sévère nécessite en effet une prise en charge spécifique, par une équipe pluridisciplinaire** capable :

- de gérer les complications médicales liées à l'obésité ;
- de s'adonner à une éducation thérapeutique spécifique ;
- d'établir un programme d'amaigrissement efficace et d'en assurer le suivi ;
- de déployer un accompagnement psychologique et social dans la durée.

De nombreux établissements de soins ne peuvent accueillir décemment les patients en obésité sévère, à défaut de matériels adaptés à leur prise en charge (lits, brancards, tables d'opération...) et de personnels formés à leurs problématiques.

Le Plan Obésité 2010-2013 a vu le jour pour résoudre ces défaillances. **Ce plan s'est traduit par des parcours plus lisibles et cohérents, par une meilleure coordination des offres**

³¹ Notamment, le PNNS 3 n'a pas adapté ses messages de prévention à la diversité culturelle française. Les millions de résidents issus de l'immigration, dont une proportion non négligeable vit en situation de précarité, présentent des traditions et cultures alimentaires ignorées par les successifs PNNS.

de soins et d'accompagnement, ainsi que par la création de centres de référence labellisés.

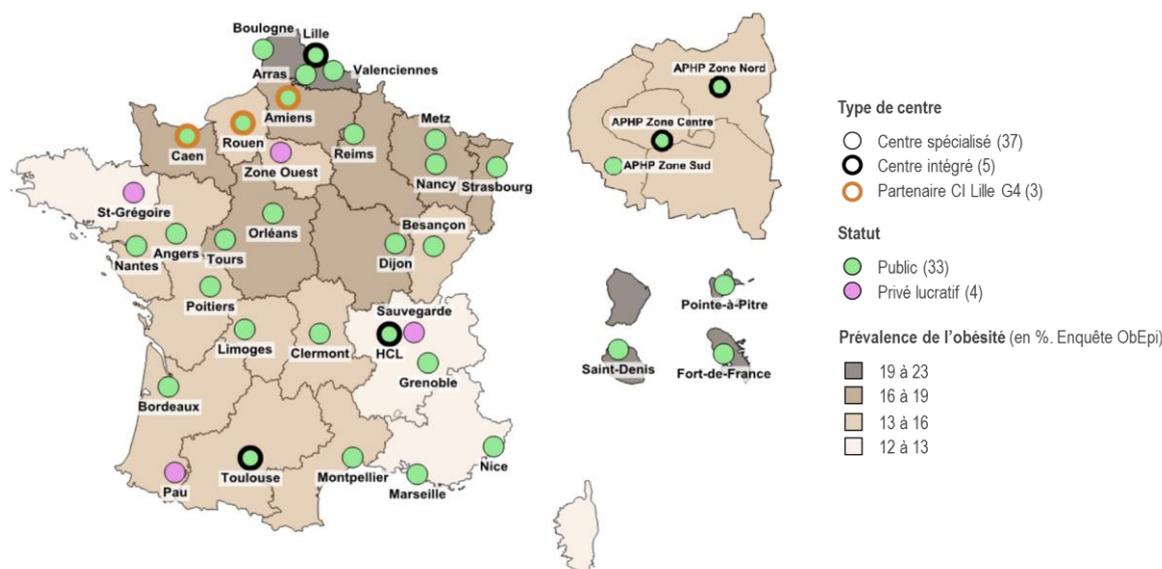
Ce plan a institué une gradation des soins en **trois niveaux de recours** :

1. Les **médecins traitants** et les **pédiatres** réalisent un premier diagnostic, délivrent de premiers conseils et traitements, et orientent les patients obèses vers des professionnels spécialisés.³² Par la suite, ils s'assurent de la cohérence du parcours de soins. Ils remplissent également une fonction de relais des politiques de santé publique, en matière de prévention, de dépistage et d'éducation. Les médecins du travail, scolaires et de PMI contribuent aussi à ce premier niveau de recours.
2. Le deuxième niveau est assuré par des **professionnels de santé spécialisés**, tels que les nutritionnistes, les endocrinologues, les internistes, des chirurgiens et des psychologues. A l'échelle infrarégionale, les établissements de santé assurent une prise en charge médicale, voire chirurgicale, des patients obèses. Ces établissements peuvent solliciter l'expertise et l'appui de centres spécialisés.
3. **Trente-sept centres spécialisés**, consacrés aux cas d'obésité les plus sévères, animent le troisième niveau de recours. Ces centres disposent des expertises et des équipements adéquats pour une prise en charge efficiente des cas complexes (chirurgie, nutrition, endocrinologie, psychologie, diététique...) Ils entretiennent une étroite collaboration avec des spécialités stratégiques, telles que la pneumologie, la cardiologie, l'hépatogastroentérologie, ou encore l'étude du sommeil. Ils s'appuient également sur une équipe de chirurgiens et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisée en chirurgie bariatrique. Outre la prise en charge des patients complexes, ces centres assurent une fonction d'animation et de coordination territoriales. Cette mission implique des actions de sensibilisation, d'information, de formation et de coordination d'acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux.

Cinq centres spécialisés sont dits « intégrés ».³³ Ceux-ci assurent des diagnostics et des traitements hautement spécialisés (génétiques, maladies rares), ainsi que des fonctions de recherche, d'innovation, d'enseignement et de formation.

Carte des 37 centres spécialisés du Plan Obésité

Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, DGOS R4 & USID (2012)



³² Les médecins s'appuient pour cela sur des recommandations de la Haute autorité de santé spécifiques aux patients obèses. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Septembre 2011.

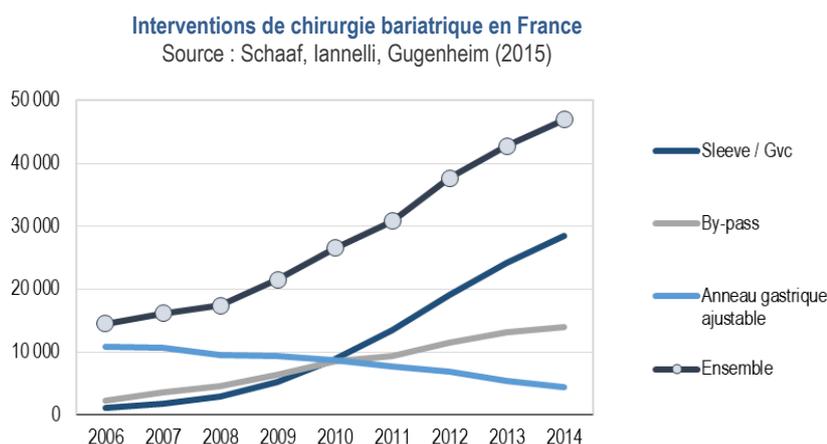
³³ Il s'agit du CHU de Toulouse, de l'AP-HP zone Centre, des Hospices Civils de Lyon, du CHRU de Lille et de l'AP-HP zone Nord.

La nomination et la labellisation des centres spécialisés se sont accompagnées de nettes améliorations dans la prise en charge des patients en obésité sévère ; ces établissements ayant dû s'équiper et former leurs équipes. **Les associations de personnes obèses relèvent néanmoins des insuffisances quant à la qualité des prises en charge dans certains établissements labellisés.** Elles observent que les recommandations formulées par la Haute autorité de santé ne sont pas systématiquement suivies.

Malgré les ambitions du Plan Obésité à l'égard du premier niveau de recours, **la prise en charge des patients en amont de l'hospitalisation, soit en ville, n'est pas structurée en pratique.** Ce besoin d'organisation des soins et du suivi en ville, par des professionnels de santé et des associations exerçant en réseaux, devrait idéalement faire l'objet d'une seconde étape du Plan Obésité.

3.2.2 La chirurgie bariatrique : le traitement privilégié de l'obésité sévère

La prise en charge médicale indiquée pour les cas d'obésité graves est la chirurgie bariatrique. Il s'agit d'une intervention lourde, qui vise à tronquer la capacité de l'estomac. Cette pratique a été associée à plus de **46 800 séjours hospitaliers en 2014, soit trois fois plus qu'en 2005.**



L'intervention est indiquée pour les personnes à l'IMC supérieur à 40, ou bien à 35 en cas de complications associées. Elle n'est envisagée que pour les patients dont l'obésité est installée depuis plusieurs années, qui ont été accompagnés au moins un an pour leur problème de poids, et dont la diététique, le sport et le suivi psychologique n'ont pas eu de résultats probants. **La décision d'opérer est prise de manière collégiale,** entre le patient, son médecin traitant, un chirurgien, son endocrinologue, son nutritionniste et son psychologue (ou psychiatre).

La chirurgie bariatrique entraîne une perte de poids rapide et importante, d'environ 30% du poids initial. Les comorbidités régressent en conséquence. Cette chirurgie n'est toutefois pas sans risques. Plus courantes et bénéficiant depuis 2009 de recommandations de la Haute autorité de santé, ces interventions sont aujourd'hui plus sûres qu'auparavant. De 2006 à 2013, le taux de décès précoces suite à une opération a été divisé par trois.³⁴ **Le taux de mortalité post-opératoire demeure néanmoins élevé,** avec 1 décès pour 1 000 opérations.^{35,36} Le taux de réintervention a cependant doublé en dix ans, passant de 5% en

³⁴ Schaaf, Iannelli, Gugenheim. Etat actuel de la chirurgie bariatrique en France. Académie Nationale de Chirurgie. 2015.

³⁵ Irdes. Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. 2016.

2006 à 10% en 2016.³⁷ La chirurgie bariatrique peut être suivie de complications intervenant aussitôt après l'opération ou plusieurs mois après, telles que des carences nutritionnelles,³⁸ des troubles digestifs, ou encore des problèmes psychologiques.

Un suivi attentif des patients est indispensable. Assuré par une équipe pluridisciplinaire et le médecin traitant, ce suivi se doit d'être assuré la vie durant. La Haute autorité de santé recommande au moins quatre visites de suivi la première année, puis une à deux minimum les autres années.³⁹ L'accompagnement psychologique pré- et post-opératoire est fondamental. Du fait d'un changement corporel majeur et rapide, les rapports des patients à soi, aux autres, à l'alimentation et à leurs habitudes de vie sont bouleversés. L'entourage perçoit aussitôt le changement, avec des réactions pouvant être positives comme négatives. Le patient quitte un groupe d'appartenance stigmatisé et doit trouver un autre positionnement identitaire. **Bien qu'essentiel, le suivi psychologique post-opératoire est toutefois loin d'être systématique.** Parfois, les patients eux-mêmes l'estiment superflu. Deux ans après l'intervention, la plupart des patients ne sont plus suivis.⁴⁰

Pour assurer un accompagnement durable et efficace, la constitution **d'équipes médico-sociales dûment formées et soudées** est nécessaire. Le **mode de financement** doit par ailleurs être adapté, avec des consultations médicales mieux rémunérées et une couverture financière des consultations de psychologie et de diététique.

³⁶ Suivant un article du journal Le Monde, du 22 janvier 2018, citant les propos du professeur François Pattou, la mortalité liée à cette chirurgie a été de 0,3 pour 1 000 en 2015, soit 30 personnes décédées.

³⁷ *Ibid.* Le Monde. 22/01/2018.

³⁸ Le risque élevé de carences nutritionnelles suppose une supplémentation en vitamines. Étonnamment, les vitamines ne sont toutefois pas remboursées par la sécurité sociale et les assurances complémentaires pour les patients ayant subi une chirurgie bariatrique.

³⁹ Haute autorité de santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Janvier 2009.

⁴⁰ *Ibid.* Le Monde. 22/01/2018.

Section 4

DE LA PRISE DE CONSCIENCE A L'ACTION

La lutte contre l'obésité a aujourd'hui besoin d'une impulsion forte pour passer à un niveau supérieur, avec notamment des mesures fiscales et réglementaires plus ambitieuses et contraignantes. La reconnaissance formelle par l'Etat français de l'obésité comme priorité de sa politique sanitaire constituerait une poussée favorable en ce sens. En ligne avec cette reconnaissance, nous proposons une série de mesures à déployer pour donner un nouvel élan à la stratégie nationale de lutte contre l'obésité.

4.1 L'Etat doit faire de l'obésité une priorité de sa politique sanitaire

Pour les nombreux maux sanitaires et psychologiques auxquels elle est associée, **l'Organisation mondiale de la santé reconnaît depuis 1997 l'obésité comme étant une maladie chronique à part entière**. Son modèle répond à un processus pathologique dans lequel l'agent « infectieux » est alimentaire, plutôt que viral ou microbien. Comme nous l'avons vu, cette maladie résulte d'une « toxicité » de l'environnement socio-économique et de ses interactions avec les prédispositions génétiques et microbiennes des individus.

La reconnaissance par l'Etat français de l'obésité comme l'une des premières priorités sanitaires de la Nation, si ce n'est la première, constituerait une impulsion forte pour amorcer un basculement des représentations sociales. Les enjeux sont multiples :

- Il s'agirait de **modifier le regard porté sur la maladie** et d'évacuer les préjugés suivant lesquels les individus sont seuls responsables de leur excès de poids. Moins discriminées, les personnes obèses verraient leurs souffrances psychologiques s'apaiser ; favorisant ainsi les chances de guérison.
- Reconnue comme priorité de la politique sanitaire, **l'obésité serait introduite dans les programmes de formations initiales et continues des professionnels de santé**. Mieux formés et conscients des difficultés inhérentes à cette maladie, les praticiens feraient plus systématiquement preuve de bienveillance à l'égard des patients obèses (qui représenteront 20 à 30% de la population française en 2030). Egalement, les praticiens seraient en mesure d'assurer de meilleures prises en charge médico-sociales.
- **Les efforts de lutte contre l'obésité seraient accentués**, en favorisant notamment les moyens humains et financiers dédiés à la prévention. A moyen-long termes, les retombées positives seront d'ordres sanitaires (moins de malades et de comorbidités) et financiers (moins de dépenses médicales à charge de l'assurance maladie, des complémentaires santé et des patients).

4.2 Propositions pour de meilleures prises en charge

4.2.1 Promouvoir le thème de l'obésité dans la formation des professionnels de santé

Une réflexion sur la place de l'obésité dans la formation des professionnels de santé doit être conduite.

Le thème de l'obésité est insuffisamment abordé dans les formations des professionnels de santé. Alors que 15 à 17% de la population française est obèse, et que ce taux sera de 20 à 30% en 2030, les facultés de médecine n'enseignent que modérément cette problématique aux futurs médecins. Seules quelques heures sont consacrées à la nutrition sur les 9 à 11 années que compte les cursus de formations médicales. Les cursus des pharmaciens, des infirmières, des psychologues et des diététiciens souffrent également d'un manque flagrant de cours sur la prise en charge des patients obèses.

Des avancées liées à la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales ont néanmoins été engagées avec :

- la création d'un diplôme d'études spécialisées (DES) en « Endocrinologie Diabétologie Nutrition » ;
- la mise en place d'une formation spécialisée transversale (FST) en « Nutrition appliquée ». Cette surspécialisation peut être suivies dans le cadre d'un DES.

La formation continue sur la problématique de l'obésité demeure quant à elle négligée.

4.2.2 Contrôler périodiquement la qualité des établissements pratiquant la chirurgie bariatrique

Des insuffisances quant à la qualité des prises en charge ont été relevées dans certains centres pratiquant la chirurgie bariatrique ; dans lesquels les recommandations formulées par la Haute autorité de santé ne sont pas systématiquement appliquées. Notamment, cette autorité a constaté que trois patients sur dix ne bénéficiaient pas d'examens préalables suffisants et qu'un sur cinq n'avait pas reçu les informations minimales (à l'égard, par exemple, des risques de complication ou encore du suivi à vie).⁴¹ Pour cette raison, il est proposé que :

- ces centres puissent faire l'objet de **contrôles inopinés et périodiques** ;
- **les recommandations de la Haute autorité de santé soient plus systématiquement rappelées et suivies.**

4.2.3 Réduire le nombre d'établissements pratiquant la chirurgie bariatrique afin d'assurer une meilleure qualité des prises en charge

La chirurgie bariatrique se pratique en France dans plus de 400 centres, dont un tiers réalise moins de 30 interventions par an.⁴² Il est recommandé de réduire le nombre de ces centres pour :

- **concentrer les moyens humains, matériels et financiers** et assurer ainsi de meilleures prises en charge pré- et post-opératoires ;
- **minimiser les risques associés aux opérations.** On sait en effet que moins un centre pratique une chirurgie donnée, quelle qu'elle soit, plus les risques sont importants.

Une réduction par deux du nombre de ces centres peut être envisagée.

⁴¹ *Ibid.* Le Monde. 22/01/2018.

⁴² En 2015, 433 centres pratiquaient la chirurgie bariatrique. Schaaf, Iannelli, Gugenheim. Etat actuel de la chirurgie bariatrique en France. Académie nationale de chirurgie. 2015.

4.2.4 Promouvoir les prises en charge en Maisons de santé pluridisciplinaires

Les Maisons de santé pluridisciplinaires constituent des structures pertinentes pour le suivi et l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité. **Leur prise en charge requiert en effet l'intervention de différents acteurs aux compétences diverses et complémentaires** : médecin, nutritionniste, infirmière, psychologue, conseiller sportif, assistant social, *etc.* Ce modèle de médecine de ville d'exercice collectif, associée à un service d'assistance sociale, constitue un schéma pertinent pour la prise en charge d'un grand nombre de pathologies.

ENCADRE

Le programme « Changer pour mieux être »

Les centres sociaux sont des lieux de suivi pertinents, comme le démontre le succès du programme « Changer pour mieux être ». Il s'agit d'un dispositif d'éducation thérapeutique délivré depuis 2004 dans les centres sociaux de la métropole lilloise, par l'association Rest'O.

L'initiative s'appuie sur un constat simple : l'obésité touche davantage les populations en difficulté sociale, qui consultent tardivement et développent des obésités sévères. Le programme consiste en **neuf séances hebdomadaires d'éducation thérapeutique, animées par une équipe pluridisciplinaire** composée d'animateurs sociaux, de médecins et de professionnels paramédicaux.

Les évaluations sont positives : les personnes obèses ayant participé au programme⁴³ tendent à modifier durablement leurs comportements et à progressivement perdre du poids, même en l'absence de suivi spécialisé. En ciblant les femmes obèses et en surpoids des milieux défavorisés, le dispositif permet en outre de mieux prévenir l'obésité des enfants.

4.2.5 Renforcer les moyens des professionnels de santé pour le suivi de l'obésité

Le suivi intensif des patients obèses par une équipe pluridisciplinaire (médecin généraliste, spécialistes, diététicien, psychologue, pharmacien, assistant social) **est une mesure de prise en charge élémentaire et efficace**. Trois freins majeurs limitent toutefois la généralisation de ce mode de suivi :

- La régularité des visites induit un coût notable pour la collectivité et les patients ;
- Dans les localités à faible densité médicale, les médecins manquent de temps pour les consultations de suivi ;
- Les professionnels n'ont pas d'incitation financière à assurer un accompagnement dans le temps.

Pour dépasser ces freins, **trois options complémentaires sont à expérimenter** :

- **Etablir un paiement dédié au suivi de l'obésité**. Cela pourrait prendre la forme d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), ou bien d'un paiement forfaitaire par patient obèse (à l'image du forfait pour le suivi des patients atteints d'une affection de longue durée). Une prime au titre du travail en équipe pourrait être introduite dans le forfait. Celle-ci serait activée lorsque le parcours de soins et l'accompagnement sont dûment suivis.
- **Promouvoir la coopération entre professionnels de santé**. Il s'agit à la fois de pallier au manque de médecins dans certaines localités, de réduire les coûts de suivi et d'optimiser

⁴³ De 2004 à 2015, 1 910 patients ont suivi le programme.

les prises en charge. A cet égard, le protocole de coopération développé par l'association Action de santé libérale en équipe (ASALEE) pourrait être généralisé. Ce protocole permet à des infirmières de seconder des médecins dans le suivi de certaines maladies, dont l'obésité des enfants, suivant une délégation préétablie des tâches. Les évaluations de ce mode de suivi sont favorables. En lien avec les médecins, les pharmaciens pourraient assurer certaines tâches déléguées, telles que l'éducation et le suivi thérapeutique. Des entretiens pharmaceutiques individuels pourraient être proposés. De tels entretiens se pratiquent déjà dans certaines officines pour les patients sous anticoagulants oraux⁴⁴ et les patients asthmatiques.^{45,46} Pour assurer un suivi pluridisciplinaire cohérent, les professionnels médico-sociaux et les patients doivent se familiariser avec des outils de coordination (exemple : plateforme numérique de partage de l'information).

- **Déployer un modèle de télé-suivi.** Les outils de la télésanté se développent et autorisent aujourd'hui un suivi à distance des patients. Dans le cas de l'obésité, il pourrait s'agir d'une application dédiée, en lien notamment avec une balance connectée.

La délégation des tâches, dans le cadre d'une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, ainsi que le télé-suivi, devraient permettre de **modérer le coût total** d'un accompagnement.

4.3 Propositions pour une meilleure prévention

4.3.1 **Rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score**

En présence d'informations claires sur les qualités nutritionnelles des aliments, les consommateurs bénéficient d'une capacité renforcée pour agir en faveur de leur santé. **Dûment informés, ils peuvent sciemment privilégier les aliments à fort intérêt nutritionnel et éviter les denrées trop grasses, trop sucrées et/ou trop salées.** Pour les y aider, le tableau des valeurs nutritionnelles est devenu en décembre 2016 obligatoire pour toutes les denrées préemballées.⁴⁷ **De nombreux consommateurs, spécialement les plus vulnérables, peinent toutefois à décrypter convenablement ses informations.** Trop complexe, ce tableau ne permet pas d'orienter efficacement les décisions d'achat d'une majorité de consommateurs.

⁴⁴ Avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique entré en vigueur en juin 2013.

⁴⁵ Avenant n°4 à la convention nationale pharmaceutique entré en vigueur en décembre 2014.

⁴⁶ Ces entretiens pharmaceutiques individuels sont réalisés dans un espace de confidentialité aménagé en officine. Les patients concernés reçoivent par courrier une invitation de la Sécurité sociale à se rendre dans une officine pour un suivi thérapeutique. Ils peuvent également être invités directement par leur pharmacien lors de leurs passages en officine. S'ils acceptent le suivi, les patients sous anticoagulants oraux ou asthmatiques bénéficient de deux rendez-vous gratuits et confidentiels au cours de l'année. Il s'agit pour les pharmaciens d'informer et de conseiller sur le bon usage des médicaments ; de contrôler la bonne observance et l'efficacité du traitement ; d'effectuer, pour les patients sous anticoagulants oraux, un examen biologique de la vitesse de coagulation sanguine ; d'informer, en cas de besoin et avec l'accord des patients, les médecins prescripteurs d'éventuelles complications. En contrepartie de ce service, les pharmaciens perçoivent une rémunération forfaitaire annuelle de 40 euros par patient ayant adhéré au suivi.

⁴⁷ <https://www.economie.gouv.fr/dgcrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/declaration-nutritionnelle-sur-denrees-alimentaires>

Valeur nutritive	
par 175 g	
Teneur	% valeur quotidienne
Calories 130	
Lipides 0,5 g	1 %
saturés 0,3 g + trans 0 g	2 %
Cholestérol 4 mg	
Sodium 125 mg	5 %
Glucides 26 g	8 %
Fibres 0 g	0 %
Sucres 26 g	
Protéines 8 g	
Vitamine A 8 %	Vitamine C 4 %
Calcium 25 %	Fer 0 %

Il convient donc d'adopter et de généraliser un système d'étiquetage suffisamment simple pour être compris instantanément de tous, et présent sur la face avant des produits. Cette proposition, commune à de nombreux rapports, a conduit le gouvernement français à expérimenter en 2016 quatre nouveaux systèmes d'étiquetages ; et à en retenir un, le plus efficace, pour compléter le tableau des valeurs nutritionnelles. **Le Nutri-Score a été sélectionné.** Via une lettre associée à une couleur, cet indicateur permet de positionner chaque produit sur **une échelle à cinq niveaux**, allant du plus favorable sur le plan nutritionnel (noté A) au moins favorable (noté E). Le Nutri-Score s'appréhende donc de la même manière que l'étiquetage énergétique, auquel sont aujourd'hui habitués les consommateurs. Pour autant, **le Nutri-Score doit encore être présenté et expliqué au grand public pour en assurer le meilleur usage possible.**



L'affichage du Nutri-Score est pour l'heure optionnel, ce qui est regrettable. Néanmoins, certains grands groupes de l'agroalimentaire se sont d'ores et déjà engagés à l'employer (Auchan, Intermarché, Leclerc, Danone, Fleury Michon...)

A l'image du tableau des valeurs nutritives, **nous recommandons que son usage soit rendu obligatoire pour toutes les denrées préemballées.**

4.3.2 Dédier le rendement des taxes nutritionnelles au financement de la prévention

A l'instar de la France et de sa contribution sur les boissons sucrées (« taxe soda »), **de nombreux pays de l'OCDE ont adopté une fiscalité nutritionnelle.** L'objectif est d'influencer les choix des consommateurs en élevant les prix relatifs des produits dont la consommation est perçue comme préjudiciable à la santé publique. Si le principe semble de bon sens, **l'application pertinente de ces taxes rencontre toutefois de nombreux freins.** Par ailleurs, l'efficacité n'est généralement pas au rendez-vous :

- **Un léger effet sur la consommation n'est relevé que pour des niveaux de taxation particulièrement élevés** (20%, en deçà l'effet est marginal) ;
- **L'efficacité de ces taxes repose sur les réactions adaptatives des consommateurs.** Or celles-ci sont difficilement prévisibles et peuvent compromettre les effets espérés, voire même aggraver la situation. Confrontés à une augmentation de prix, les consommateurs peuvent adopter un comportement favorable de substitution en reportant leur demande sur des aliments plus sains ; mais ils peuvent également :

- Reporter leur demande sur un produit équivalent mais de gamme inférieure ; moins chère et moins recommandée. Au Danemark, la taxe sur les graisses, introduite fin 2011 et abrogée un an plus tard, a poussé les consommateurs à privilégier les produits gras les moins chers.⁴⁸
- Reporter leur demande sur des aliments tiers moins recommandés. Une réduction de la consommation de sodas taxés peut induire une hausse de la consommation d'autres produits sucrés, tels que les bonbons ou les biscuits ;
- Conserver stable leur consommation et réaliser des économies par ailleurs, en compensation.

A défaut d'efficacité, **les taxes nutritionnelles ne constituent souvent qu'une fiscalité de rendement** qui ponctionne en priorité le pouvoir d'achat des ménages les plus modestes. Les consommateurs « vertueux », qui entretiennent un régime alimentaire globalement équilibré et qui achètent en quantité modérée les produits incriminés, sont également impactés.

Pour influencer favorablement les comportements, **les taxes nutritionnelles doivent être habilement pensées**. A cet égard, la réforme récente de la « taxe soda » va dans le bon sens (suppression des effets de seuil). Cette réforme encourage les industriels à modérer davantage la quantité de sucre dans les sodas (à défaut d'un effet sur la consommation).

En 2016, la contribution sur les boissons sucrées a supporté une recette de 322 millions d'euros pour l'Etat français. **Il nous semble judicieux que ces recettes :**

- soient dédiées au financement de mesures de prévention additionnelles, et notamment associatives ;
- ou bien servent à financer une modération de la fiscalité sur les prix des fruits et légumes frais pour en encourager la consommation (ce qui supposerait une adaptation des règles communautaires quant aux taux de TVA).

4.3.3 Encadrer plus strictement le *marketing* alimentaire ⁴⁹

Le *marketing* alimentaire influence les comportements des consommateurs ; les conduisant notamment à favoriser des produits déconseillés par les autorités sanitaires.⁵⁰ Les enfants sont des cibles particulièrement vulnérables, car crédules et réagissant fortement à l'affectif.⁵¹ Pour les publicitaires, les enfants présentent plusieurs intérêts :

- Ils détiennent un fort pouvoir de prescription au sein de leur famille ;
- Ce sont des consommateurs adultes en puissance ;
- Les habitudes développées à l'enfance et à l'adolescence se perpétuent souvent à l'âge adulte ;
- Le pouvoir d'achat augmente entre les différents âges de la vie (enfance, adolescence, âge adulte).

⁴⁸ Pour obtenir un compte rendu des effets de la *fat-tax* danoise, lire la note économique de l'IEM : Petkantchin. Fiscalité « nutritionnelle » : les coûts de la *fat-tax* au Danemark. Mai 2013.

⁴⁹ Cette sous-section s'appuie sur le rapport de Friant-Perrot et Garde. L'impact du *marketing* sur les préférences alimentaires des enfants. Réalisé pour l'Inpes. 2014.

⁵⁰ Martin *et al.* Association between energy intake and viewing television, distractibility, and memory for advertisements. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89. 2009; Harris, Bargh et Brownell. Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychology*. 2009.

⁵¹ Ezan, Guichard, Gollety et Hémar. De l'influence implicite de la publicité sur les comportements alimentaires des enfants : une confrontation du discours des enfants aux pratiques des publicitaires. *Revue management et avenir*. Volume 37; Derbaix et Brée. The impact of children's affective reactions elicited by commercials on attitudes toward the advertisement and the brand. *International Journal of Research in Marketing*. Volume 14. 1997; Pecheux. Children's reaction to advertising communication: the moderating effect of involvement and mood on advertising processing and effectiveness. Thèse. Facultés universitaires catholiques de Mons. 2001 ; Dagnaud. Enfants, consommation et publicité télévisée. La Documentation française. 2003.

Les liens entre exposition aux publicités et choix alimentaires ont été démontrés par de nombreuses études. L'efficacité du *marketing* repose sur deux éléments :

- L'exposition aux messages (aspect quantitatif) ;
- La force émotionnelle des messages (aspect qualitatif).

Pour l'Organisation mondiale de la santé, des politiques publiques devraient être déployées pour à la fois réduire le nombre et la force des messages commerciaux destinés aux enfants. L'Organisation recommande de :

- **supprimer toute forme de *marketing* dans les lieux accueillant des rassemblements d'enfants** (crèches, écoles, cours de récréation, centres d'accueil périscolaires...) ;
- **réduire l'exposition des enfants aux publicités télévisuelles et numériques** ;
- **limiter la force émotionnelle des messages commerciaux adressés aux enfants**. Par exemple, il peut s'agir de proscrire le recours à des célébrités et à des personnages imaginaires soumis à des accords de licence.

Un nombre croissant d'Etats encadrent le *marketing* alimentaire envers les enfants :

- Le **Québec** a interdit dès 1980 les publicités à but commercial destinées aux enfants de moins de 13 ans. Il en a résulté une moindre consommation de produits de restauration rapide chez les enfants québécois relativement aux enfants du Canada anglo-saxon.
- En 2007, le **Royaume-Uni** a interdit la publicité télévisuelle pour les aliments peu sains pendant les programmes pour enfants de moins de 16 ans et les programmes suivis par un nombre disproportionné d'enfants. Pour restreindre l'engagement émotionnel, le Royaume-Uni limite l'utilisation de célébrités, de personnages de dessins animés et l'offre de jouets. Les allégations nutritionnelles susceptibles d'induire les parents en erreur sont strictement régulées.
- **L'Irlande**, la **Corée du Sud** et le **Mexique** sont d'autres Etats qui régulent les publicités alimentaires ciblées sur la jeunesse.

4.3.4 Multiplier les expérimentations de « *nudges* » en matière de lutte contre l'obésité

Les « *nudges* » ont été à l'honneur en 2017, avec la décision de l'Académie royale des sciences de Suède de décerner le prix Nobel d'économie à **Richard H. Thaler**. Ses travaux portent sur les mécanismes psychologiques et sociaux à l'œuvre dans les choix de consommation et d'investissement, ainsi que sur les stratégies de *nudge* qui y sont liées. Issus de théories *marketing* et de l'avancée des connaissances en neuro-économie, ces « coups de pouce » (traduction littérale des *nudges* en Français) se définissent comme **de petites actions destinées à orienter favorablement les décisions des individus par l'exploitation de leurs biais cognitifs**. Bien que les individus soient inconsciemment encouragés à agir dans un sens déterminé, ceux-ci conservent leur liberté de choix.

Légères et peu coûteuses, ces stratégies d'influence se diffusent dans de nombreux domaines, tels que la santé publique et l'écologie. **Pour encourager des choix alimentaires vertueux, certains *nudges* ont d'ores et déjà été expérimentés**, et parfois déployés de manière pérenne. Voici des exemples de « coups de pouce » implémentés :

- En restauration collective, positionner les salades en amont des plats à haute densité calorique encourage inconsciemment les prises de crudités. Le *nudge* repose ici sur **l'architecture du choix**.
- Des cantines scolaires en self-service rendent volontairement les fruits plus accessibles que les gâteaux. L'effort supplémentaire pour se procurer les gâteaux encourage la consommation de fruits.

- Des cantines américaines ont substitué les bouteilles de sauce « Ketchup » en plastique par des bouteilles en verre. Ces dernières réclament aux jeunes américains plus d'efforts pour obtenir une quantité donnée de sauce.
- Le restaurant de la Commission européenne, à Bruxelles, a expérimenté le paiement d'hors-d'œuvre au poids plutôt qu'à l'assiette. Le bénéfice a été double :
 - Les consommateurs se sont interrogés sur leurs besoins alimentaires ;
 - Les gaspillages ont été sensiblement réduits. Les portions servies étaient consommées à 90%, contre 40% auparavant.

Il pourrait être envisagé d'**afficher le Nutri-score des aliments servis en cantine**. Plus simplement, un indicateur tricolore (« feu » vert, orange ou rouge) pourrait être proposé. Les aliments « rouges » seraient à limiter. Des consignes complèteraient cet affichage. Par exemple : « *ne pas prendre plus d'un feu rouge sur le plateau* ». **Simple et peu coûteuse, cette mesure pourrait améliorer les choix alimentaires des enfants, tout en contribuant à leur éducation nutritionnelle.**

Auteurs

Christophe Marques
Economiste

Sous la direction de :

Nicolas Bouzou
Economiste
Directeur fondateur d'Asterès

Contact

Isabelle Jacquet
ijacquet@asteres.fr

81, rue Réaumur
75002 Paris

www.asteres.fr

Tél. : + 33 1 44 76 89 16

Asterès est un cabinet d'études économiques et de conseil.

Nous proposons aux entreprises et au secteur public des outils de réflexion pour orienter l'action. Notre mission est de mettre l'expertise économique au service du développement de nos clients. Ainsi, nous donnons à l'analyse économique son rôle opérationnel.

Nous réalisons pour nos clients :

- des missions de conseil stratégique ;
- des études ;
- des colloques internationaux.

Nous menons également des missions de conseil en développement & attractivité économique pour le secteur public.

Rinzen Conseil est notre **filiale d'économie quantitative**

Asterès est une entreprise citoyenne et, à ce titre, nous respectons un certain nombre de principes :

- Réalisation d'activités non marchandes, notamment dans le domaine de la pédagogie économique et du conseil aux gouvernements (afin d'éviter tout risque de conflit d'intérêts) ;
- Promotion de la liberté individuelle et de la démocratie, notamment dans le cadre des missions réalisées dans les pays émergents.

Activités de lobbying

Asterès est régulièrement sollicitée par des entreprises et des fédérations professionnelles pour intervenir en amont de leurs activités de *lobbying*, particulièrement lors des débats d'orientation budgétaire. Asterès peut donc être amené à réaliser des travaux financés par des donneurs d'ordres et démontrant l'impact économiquement nocif d'une mesure qui pourrait leur être appliquée.

Dans ce cas, notre démarche répond à une charte éthique stricte. Notre client s'engage à accepter que les travaux menés par Asterès répondent aux principes intangibles suivants :

- Asterès ne peut s'engager sur les résultats d'une étude avant de l'avoir réalisée. Nous ne délivrons nos conclusions qu'au terme de nos analyses.
- Nos travaux suivent une méthodologie standard (top down), qui s'appuie sur l'utilisation de données statistiques publiques, ou conçues ou certifiées par nous-mêmes.
- Si un client souhaite modifier des conclusions de travaux réalisés par Asterès sans une totale approbation de nos consultants, il devient le seul signataire de l'étude, et n'a plus le droit d'utiliser la marque Asterès.
- Les consultants d'Asterès ne défendent dans le débat public que des travaux qu'ils ont réalisés eux-mêmes. En aucun cas ils n'acceptent de se faire le relais de travaux réalisés par d'autres.

Asterès intervient en tant que prestataire externe. Le cabinet ne saurait être tenu pour responsable des interprétations qui pourraient être données de ses travaux ou de leurs conséquences. Asterès est en outre tributaire de la qualité des statistiques utilisées, dont elle n'est pas responsable.