

100  
QUESTIONS/RÉPONSES



# L'OBÉSITÉ

Préface du  
Pr Arnaud Basdevant

Philippe Cornet  
Sophie Duverne  
Vincent Miramont



## A. L'OBÉSITÉ PREMIÈRE ÉPIDÉMIE NON INFECTIEUSE DE L'HUMANITÉ

1

**Quels sont les chiffres du surpoids et de l'obésité dans le monde ?**

L'obésité croît dans tous les pays du monde aussi bien industrialisés qu'en voie de développement. Les chiffres de l'obésité dans le monde ont triplé depuis 1975. En 2016, selon l'OMS, 1,9 milliard d'individus adultes (âgés de plus de 18 ans) étaient en surpoids et plus de 650 millions en obésité. (World Health Organisation, 2021). Le surpoids et l'obésité tuent actuellement plus de personnes que la maigreur. En 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses. Globalement, environ 13 % de la population adulte mondiale (11 % des hommes et 15 % des femmes) étaient obèses en 2016. En 2016, 39 % des adultes – personnes de 18 ans et plus – (39 % des hommes et 40 % des femmes) étaient en surpoids. C'est pour cela que l'on parle de « première épidémie non infectieuse de l'humanité ».

## Quels sont les chiffres du surpoids et de l'obésité en France ?

En France, le suivi épidémiologique de l'obésité est régulier et l'on peut avancer qu'elle a également cru régulièrement jusqu'à ces dernières années où elle s'est stabilisée. L'agence nationale Santé publique France, au travers l'étude ESTEBAN (1), a publié en 2018 les derniers chiffres de prévalence de l'obésité. L'Étude nationale Nutrition Santé (ENNS) donne des chiffres équivalents. ESTEBAN est plus large que le suivi de l'obésité et dessine un « portrait plus précis de l'alimentation de la population, de son état nutritionnel, du niveau d'activité physique et de sédentarité, de la prévalence de plusieurs pathologies chroniques et facteurs de risque ainsi que de l'exposition à de nombreuses substances de l'environnement : des informations essentielles pour étayer les décisions de santé publique ». En 2015, 54 % des hommes et 44 % des femmes sont en surpoids ou obèses ( $IMC \geq 25$ ). Cette prévalence augmente avec l'âge. La prévalence de l'obésité adulte ( $IMC \geq 30$ ) est estimée à 17 %, sans distinction entre hommes et femmes.

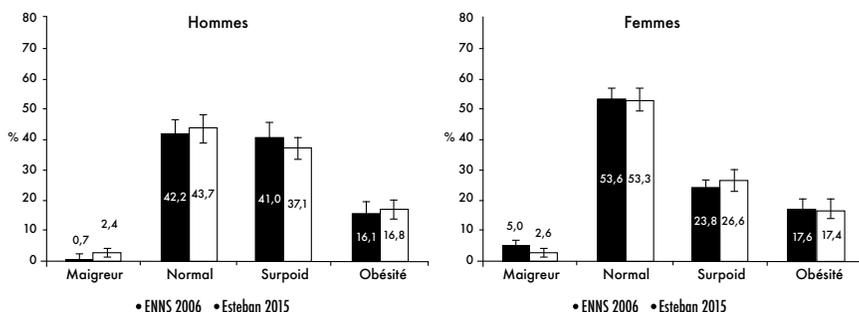
La stabilisation des chiffres est multifactorielle et l'on peut avancer qu'il s'agit de l'effet conjugué des propositions réitérées du Plan National Nutrition Santé qui ont diffusé dans le tissu social, des courants favorables à la consommation réduite des viandes, des graisses et des sucres, celle augmentée des légumes et fruits, et à une plus grande conscience des enjeux en restauration d'entreprise... Les adversaires de cette conclusion en faveur du PNNS retiennent l'hypothèse principale d'une forme de saturation des sujets prédisposés à l'obésité. On obtiendrait ainsi un seuil de saturation (une sorte de plafond de verre) qui se stabiliserait naturellement.

Chez les enfants de 6 à 17 ans les courbes ont également subi une stabilisation autour de 17 % de surpoids et 4 % d'obésité. Mais, si les chiffres sont stables, on a vu augmenter les obésités sévères associées parfois à des complications précoces. Ces obésités importantes touchent principalement les enfants dont les parents appartiennent aux classes sociales les plus défavorisées. Le constat justifie les campagnes de prévention au sein de la restauration scolaire fréquentée par les enfants sans distinction d'origine sociale, et les élus locaux comme les responsables

scolaires s'en sont largement emparés. Ce travail prend tout son sens lorsqu'on le couple avec la promotion de l'activité physique.

Nonobstant les considérations sur le surpoids et l'obésité, l'étude ESTEBAN souligne également l'augmentation de la prévalence de la maigreur chez les enfants, passant de 8 à 13% en 10 ans, notamment chez les filles entre 6 et 14 ans. Ce sont donc les poids aux extrêmes des courbes de distribution des corpulences qui sont touchés par les modifications des comportements alimentaires (1).

**Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, comparaison ENNS 2006/Esteban 2015**



La corpulence rend compte de l'Indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigreur (IMC < 18,5) normal (18,5 ≤ IMC < 25,0), surpoids (25,0 ≤ IMC < 30,0) et obésité (IMC ≥ 30,0).

Figure 1. D'après l'étude ESTEBAN (Santé publique France, 2016)

### Sources :

- (1) ESTEBAN. Une étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition. Publié le 29 avril 2019, Santé publique France. Disponible en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban>
- (2) Étude nationale Nutrition Santé (ENNS), publié le 24 avril 2019 par Santé publique France. Disponible en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/enns-etude-nationale-nutrition-sante>

## Existe-t-il des différences régionales quant à l'obésité ?

Il existe des différences significatives de prévalence de l'obésité entre les différentes régions françaises. Si l'on se réfère à l'étude Obépi de 2020 (1), depuis 1997 la prévalence de l'obésité globale en France a augmenté de 76,5%. Mais si l'on s'intéresse aux régions cette augmentation est de 145% en Champagne Ardennes de + 119% en Picardie, alors qu'elle n'est que de + 56% en Poitou Charentes et de + 29% en Auvergne avec, pour cette région, une stagnation entre 2009 et 2012. On observe des prévalences élevées dans le Nord et l'Est et moindre dans l'Ouest et le Sud de la France. Il existe un gradient Nord-Sud et un autre Ouest-Est de l'obésité. La région parisienne subit une très forte augmentation avec + 105% dans cette période de 15 ans. Même si les chiffres datent de 2012 alors que la prévalence de l'obésité était de 15% en population adulte (vs 17%, ESTEBAN 2016), des études de moindre ampleur ne permettent pas de modifier ce constat et ces tendances en 2020.

### Source :

- (1) Obépi 2021. Disponible en ligne : <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>

## Quelles prévalences de l'obésité dans les DOM-TOM ?

Les populations ultra-marines sont particulièrement touchées par l'obésité. Sa prévalence est supérieure à la France métropolitaine dans tous les territoires avec des conséquences sur l'état de santé de ses populations. Partout il est constaté une disparité homme-femme aux dépens des femmes. Ce constat explique la plus grande fréquence des diabètes gestationnels par rapport aux femmes non originaires des DOM-TOM (voir Question 49).

Alors que la prévalence de l'obésité est de 17 % en France métropolitaine elle est de 31 % à Saint-Martin (1), de 23 % en Guadeloupe et 22 % à la Martinique (2), alors qu'elle est de 32 % chez les femmes et 8 % des hommes à Mayotte (3) et de 40 % en Polynésie.

### Sources :

- (1) Daigre J.-L., Atallah, A., Boissin J.-L., *The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference, in adults and children in the French Overseas Territories: The PODIUM survey – Diabetes Metab*, 2012 Nov; 38 (5): 404-11.
- (2) ARS Martinique, ARS Guadeloupe. Étude KANNARY ; observatoire de la santé, décembre 2015.
- (3) ARS océan Indien, Étude PRAANS 2013-2016.

## Quels sont les dispositifs nationaux de lutte contre l'obésité ?

La situation de l'obésité et du surpoids inquiète depuis de nombreuses années les pouvoirs publics. Après avoir vu monter à l'agenda politique la préoccupation des professionnels de santé dont les médecins, des dispositifs nationaux ont été mis en place dont des programmes de lutte contre l'obésité conjointement avec une promotion pour la santé nutritionnelle. Parmi ces programmes nous pouvons citer le Plan national Nutrition Santé (PNNS), le plan Alimentation et le plan Obésité.

Son instauration découle des orientations stratégiques fixées par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en matière d'objectifs nutritionnels. Il se caractérise par quatre axes prioritaires: la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population, l'augmentation de l'activité physique et la réduction de la sédentarité à tous les âges, l'amélioration des pratiques alimentaires notamment chez les populations à risque et la diminution de la prévalence des pathologies nutritionnelles (1). Nous sommes actuellement au quatrième volet du PNNS.

Premier volet de 2001 à 2005. À l'occasion de la clôture des états généraux de l'alimentation fin décembre 2000, le premier ministre de l'époque annonce le lancement en janvier 2001 du PNNS sous la responsabilité du Pr Serge Hercberg afin de répondre à la nécessité d'instaurer une politique de santé publique incluant un système de surveillance nutritionnelle. Mis en place pour une durée de 5 ans ce plan vise à l'amélioration l'état de santé de la population en agissant sur les habitudes alimentaires et la promotion de l'activité physique, afin de réduire l'incidence des pathologies chroniques en lien avec le surpoids et l'obésité. Un certain nombre de slogans est devenu célèbre à la suite de leur diffusion massive dans les *média*.

Deuxième volet de 2006 à 2010: il poursuit et intensifie les axes stratégiques, multiplie les différents acteurs mobilisés (population générale, professionnels de santé, personnel économique et social, personnel associatif...). Le volet deux définit de nouveaux axes. Ils concernent l'élaboration d'un plan de prise en charge spécifique de l'obésité (PO) avec un dépistage précoce, une prise en charge adaptée, un recours aux réseaux ville-hôpital et aux pôles de références spécialement créés et un encadrement de la chirurgie bariatrique ainsi qu'un ciblage plus spécifique des populations défavorisées et une mobilisation plus importante de tous les acteurs (économiques, professionnels et collectivités). Par ailleurs il s'agit également d'améliorer la qualité alimentaire en agissant sur la composition des aliments préparés par l'industrie agroalimentaire et la restauration collective.

Troisième volet de 2011 à 2015. Il reprend les axes préalablement évoqués dans les deux volets précédents du PNNS pour les approfondir, et rajoute la nécessité d'une multiplication des acteurs mobilisés pour

une meilleure application des recommandations. Par ailleurs il insiste sur la réduction des inégalités sociales de santé ainsi que le renforcement de l'information.

Quatrième volet depuis 2019 jusqu'en 2023. Il reprend et renforce ses objectifs précédents mais aussi entend promouvoir la qualité en restauration collective (restauration scolaire en particulier) ainsi que le Nutri-Score en l'adaptant à l'offre alimentaire industrielle. De plus il se propose de réduire l'usage des plastiques alimentaires.

L'impact du PNNS sur les comportements individuels est très difficile à apprécier, un rapport de 2016 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (2) souligne l'insuffisance de résultats et invite la gouvernance du PNNS, Santé publique France, à tendre vers une diffusion plus locale et plus populaire. Toutefois, l'inflexion de la courbe de prévalence de l'obésité, tant juvénile que chez les adultes, serait peut-être à mettre au crédit du PNNS (3). Ce point est source de débat entre les spécialistes.

#### Sources :

- (1) Dupont E., « Rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé quant à l'application des recommandations du PNNS », Thèse, Sorbonne-Université, 2014
- (2) De Batz C., Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013. Disponible : [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-020R\\_PNNS-VDEF.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-020R_PNNS-VDEF.pdf)
- (3) PNNS. <https://www.mangerbouger.fr/PNNS> (consultation août 2020).