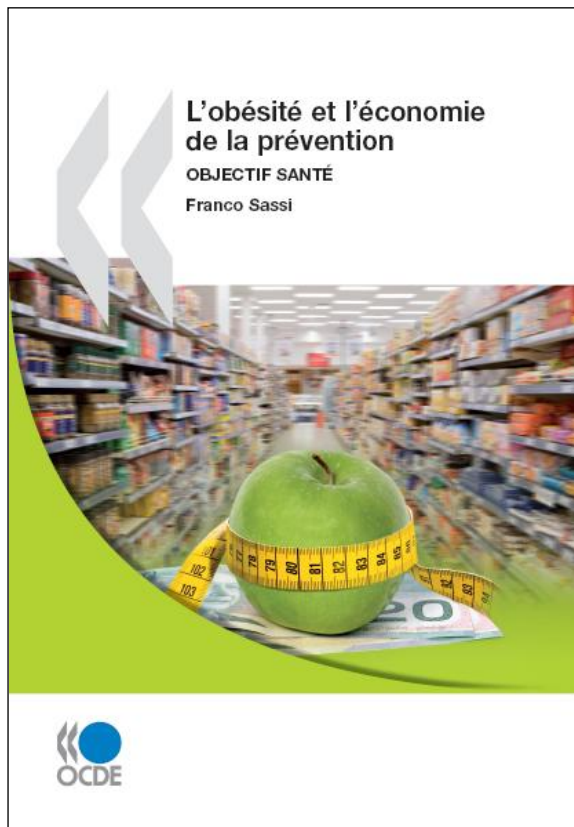


# L'OBÉSITÉ ET L'ÉCONOMIE DE LA PRÉVENTION: OBJECTIF SANTÉ



**Un nouveau rapport de l'OCDE examine l'étendue et les caractéristiques de l'épidémie d'obésité actuelle, les rôles et influences respectifs des forces de marché et des pouvoirs publics, et l'impact des interventions pour lutter contre l'obésité.**

**Le rapport présente pour la première fois des analyses et des comparaisons de données détaillées sur l'obésité disponibles pour 11 pays de l'OCDE. Il contient une analyse unique de l'impact sur la santé et l'économie d'une série d'interventions visant à lutter contre l'obésité dans 5 pays de l'OCDE, travail conjointement mené par l'OCDE et l'Organisation Mondiale de la Santé.**

**Les Ministres de la Santé discuteront de ce rapport au cours d'une réunion tenue à l'OCDE les 7-8 octobre 2010.**

L'obésité devient l'ennemi public numéro un dans la plupart des pays de l'OCDE. Les personnes sévèrement obèses meurent 8-10 ans plus tôt que celles de poids normal, tout comme les fumeurs, 15 kilos supplémentaires augmentant le risque de mort prématurée d'environ 30 %. Dans dix pays européens, une recherche montre que l'obésité double le risque de ne pas pouvoir avoir une vie active normale.

L'obésité est coûteuse et elle est un fardeau pour les systèmes de santé. Au cours d'une vie, les dépenses de soins de santé pour une personne obèse sont au moins 25 % plus

élevées que celles pour une personne de poids normal et elles augmentent d'autant plus rapidement que les individus deviennent plus gros. Cependant, la réduction de l'espérance de vie est tellement grande que les personnes obèses encourent des coûts de soins de santé plus faibles sur un cycle de vie complet (13 % de moins, selon une étude néerlandaise) que les personnes de poids normal – mais plus que les fumeurs, en moyenne. On estime que l'obésité est responsable de 1 % à 3 % des dépenses totales de santé dans la plupart des pays (5 % à 10 % aux États-Unis) et les coûts augmenteront rapidement dans les années à

venir puisque les maladies liées à l'obésité s'installent.

### Évolution en matière d'obésité – tendances passées et futures

Jusqu'en 1980, moins d'une personne sur 10 était obèse. Depuis, les taux ont doublé ou triplé dans beaucoup de pays, et dans presque la moitié des pays de l'OCDE une personne sur deux est maintenant en surpoids ou obèse. Si les récentes tendances se maintiennent, les projections indiquent que plus de deux personnes sur trois seront en surpoids ou obèses dans plusieurs pays de l'OCDE dans

### Qui est affecté par l'obésité et quelles sont les conséquences sociales?

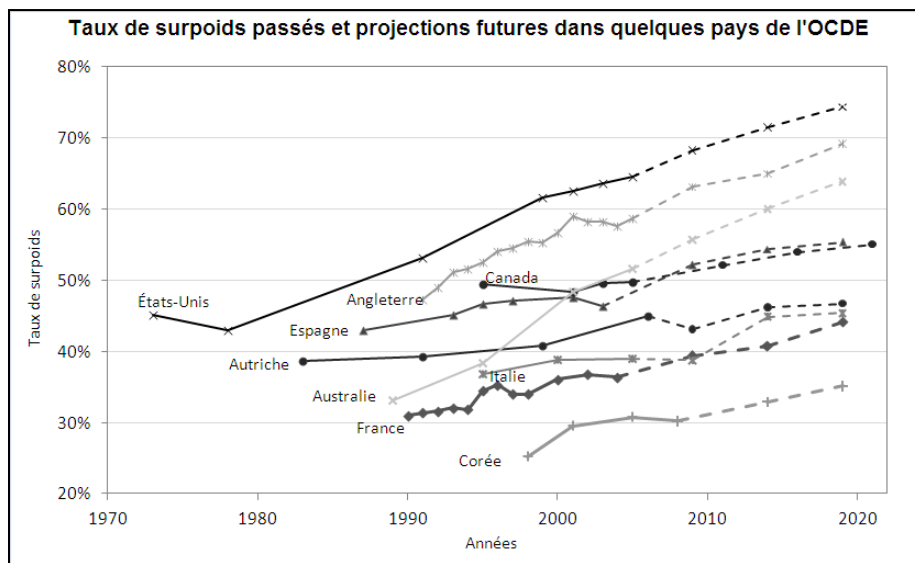
Les femmes sont plus souvent obèses que les hommes, mais les taux d'obésité des hommes augmentent plus rapidement que ceux des femmes dans la plupart des pays de l'OCDE.

L'obésité est plus courante chez les pauvres et les moins éduqués. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les femmes peu éduquées ont 2 à 3 fois plus de risques d'être en surpoids que les plus éduquées, mais de telles disparités ne sont pas ou peu observées chez les hommes.

Les disparités sociales s'observent aussi chez les enfants (chez les garçons et les filles) en

Angleterre, en France et aux États-Unis, mais pas en Corée.

Les enfants qui ont au moins un parent obèse ont 3 à 4 fois plus de risques d'être eux-mêmes obèses. Ceci est en partie génétique, mais les enfants partagent en général les régimes alimentaires nocifs des parents et les modes de



les 10 prochaines années (graphique ci-dessus).

La taille et le poids sont en augmentation depuis le XVIIIe siècle, les niveaux de revenu et d'éducation et les conditions de vie s'étant progressivement améliorés. Si la prise de poids a été largement bénéfique à la santé et la longévité de nos ancêtres, un nombre alarmant de personnes ont désormais franchi la ligne au-delà de laquelle la prise de poids est dangereuse.

vie sédentaires, une influence qui a joué un rôle important dans la propagation de l'obésité.

Une mauvaise santé va de pair avec une faible probabilité de travailler pour de nombreuses personnes obèses. Les employeurs préfèrent des candidats de poids normal plutôt qu'obèses, du fait notamment qu'ils s'attendent à une moindre productivité. Ceci contribue à des écarts d'emploi et de salaire – aux États-Unis, plus de 40 % des femmes

blanches sévèrement obèses sont inactives contre à peine plus de 30 % dans l'ensemble des femmes. Les personnes obèses gagnent jusqu'à 18 % moins que les personnes de poids normal. Elles ont besoin de prendre plus de jours de congés, recourent davantage aux prestations d'invalidité, et ont tendance à être moins productives dans l'emploi que les personnes de poids normal. Dans les pays de l'Europe du Nord, les personnes obèses reçoivent jusqu'à trois fois plus de pensions d'invalidité que les autres, et aux États-Unis, elles ont un risque majoré de 76 % de souffrir d'incapacité de courte durée. Quand les pertes de production sont ajoutées aux coûts des soins de santé, le coût de l'obésité représente plus de 1 % du PIB aux États-Unis.

### **Comment l'obésité est-elle devenue un problème?**

Il n'y a pas de preuve irréfutable qui explique l'épidémie d'obésité, mais une accumulation de changements a priori négligeables mais qui réunis peuvent mener à la catastrophe. L'offre alimentaire croissante associée aux grands changements intervenus dans les techniques de production des aliments et à un recours constant et sophistiqué à des actions de promotion et de persuasion, ont réduit le prix des calories de façon spectaculaire et ont rendu les aliments faciles à consommer trop disponibles. Parallèlement, les changements dans les conditions de travail et de vie ont conduit au fait que moins de personnes préparent les repas comme autrefois à partir d'ingrédients bruts. La réduction de l'activité physique au travail, la plus grande participation des femmes à l'activité, les niveaux plus élevés de stress et de précarité de

l'emploi, et l'allongement de la durée du travail sont les facteurs contribuant directement ou indirectement aux modifications du mode de vie qui ont engendré l'épidémie d'obésité.

Les politiques gouvernementales ont involontairement, également joué un rôle. On peut donner comme exemple les subventions (par exemple dans l'agriculture) et les mesures fiscales qui influent sur le prix de l'alimentation ; les politiques des transports qui incitent à l'utilisation des moyens de transport privés et font de la marche pour aller au travail une curiosité ; les politiques d'urbanisme qui rendent ordinaires les transports pour aller au travail, et conduisent à la création de zones urbaines défavorisées sans épiceries, avec de nombreux fast-foods et peu de terrains de jeu et de sport.

### **Que peuvent faire les pouvoirs publics et les marchés pour promouvoir une meilleure santé ?**

Les pouvoirs publics peuvent aider les individus à modifier leur mode de vie en ouvrant de nouvelles possibilités, favorables à la santé, ou en rendant les possibilités existantes plus accessibles physiquement et financièrement. Ils peuvent aussi recourir à la persuasion, à l'éducation et à l'information pour rendre plus attrayants les choix positifs pour la santé. Cette méthode « douce » est plus coûteuse, difficile à mettre en œuvre et à suivre. Une approche plus contraignante, utilisant des mesures de régulation et des mesures financières, est plus transparente mais elle frappe tous les consommateurs sans discrimination, et donc peut avoir un coût politique et en termes de bien-être plus élevé.

Elle peut aussi être difficile à organiser et à mettre en œuvre et avoir des effets régressifs.

Un tour d'horizon des politiques nationales couvrant les pays de l'OCDE et certains pays de l'Union européenne montre que les pouvoirs publics intensifient leurs efforts visant à promouvoir des comportements alimentaires sains et un mode de vie actif. La plupart ont des initiatives en direction des enfants d'âge scolaire, tels que des changements dans les repas servis en milieu scolaire et les distributeurs de boissons et friandises, de meilleurs équipements sportifs, et une éducation à la santé. Beaucoup diffusent aussi des lignes directrices sur la nutrition et des messages pour la promotion de la santé tels que l'incitation aux modes de déplacement actifs -vélo et marche- et des loisirs actifs. Les pouvoirs publics hésitent à recourir aux leviers de la réglementation et aux mesures financières en raison de la complexité du processus réglementaire, des coûts d'application et du risque d'une confrontation avec les industries clés.

Le secteur privé, notamment les employeurs, l'industrie des produits alimentaires et des boissons, l'industrie pharmaceutique et l'industrie du sport, ont un rôle à jouer. Les pouvoirs publics insistent pour que l'industrie des produits alimentaires et des boissons prennent des mesures : reformuler la production alimentaire pour éviter en particulier des ingrédients nocifs pour la santé (ex. graisses saturées et trop de sel) ; réduire la taille des portions excessives et fournir des alternatives de menu sain ; limiter la publicité, en particulier en direction des groupes vulnérables comme les enfants ; informer les consommateurs sur la teneur des aliments.

### **Quelles sont les interventions qui marchent le mieux et à quel coût ?**

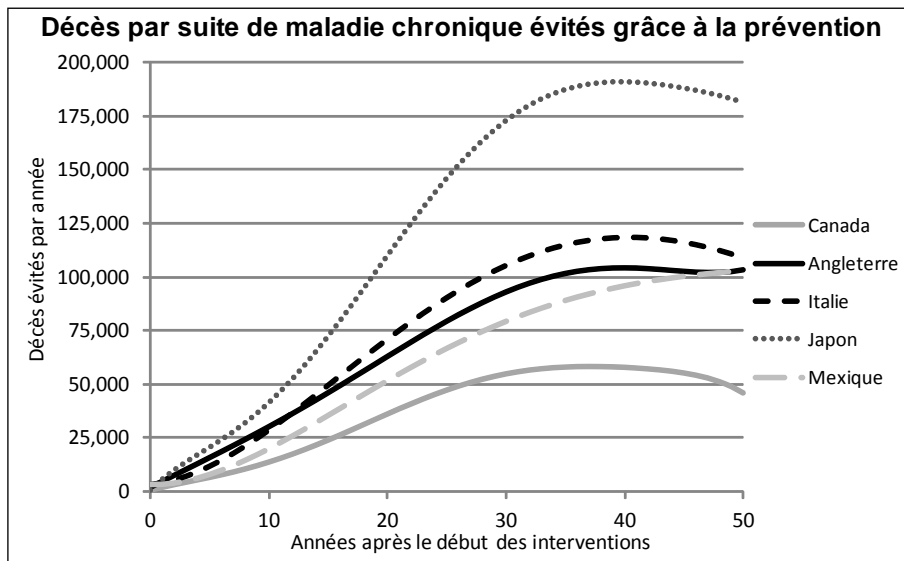
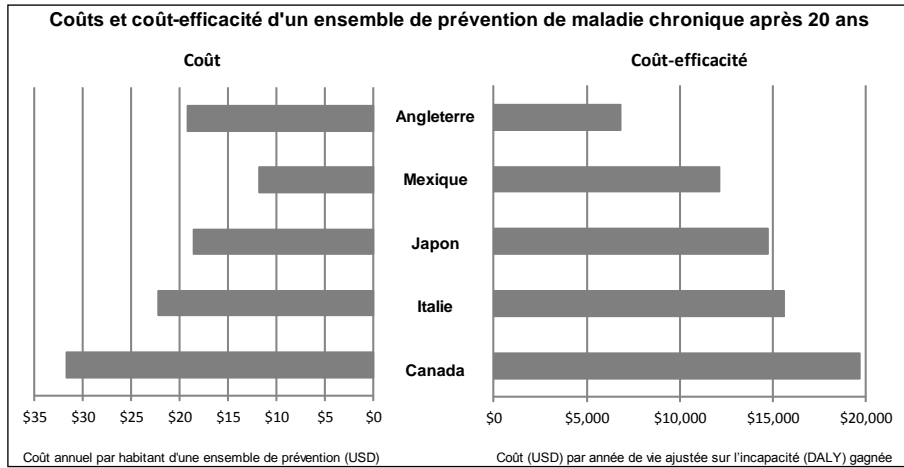
Les actions des pouvoirs publics visant à lutter contre l'obésité –l'éducation à la santé et la promotion de la santé, les mesures réglementaires et financières et les conseils sur les modes de vie délivrés par le médecin de famille– sont un meilleur investissement que beaucoup de traitements délivrés actuellement par les systèmes de santé des pays de l'OCDE. La conjugaison de ces interventions dans le cadre d'une stratégie complète de prévention, ciblant en même temps différents groupes d'âge et déterminants de l'obésité, constituerait une solution abordable et coût-efficace, améliorant significativement le gain global en termes de santé relativement aux actions isolées.

Le prix de la lutte contre l'obésité serait seulement de 12 USD par habitant au Mexique, 19 USD au Japon et en Angleterre, 22 USD en Italie et 32 USD au Canada (premier graphique ci-dessous). Ceci est une petite fraction des dépenses de santé dans ces pays et ne représente qu'une faible part des 3 % du budget de la santé que les pays de l'OCDE consacrent actuellement à la prévention. Une stratégie complète éviterait chaque année, 155 000 décès par suite de maladies chroniques au Japon, 75 000 en Italie, 70 000 en Angleterre, 55 000 au Mexique et 40 000 au Canada (second graphique ci-dessous). Elle retarderait ou préviendrait l'apparition de maladies chroniques, réduisant l'invalidité et améliorant la qualité de vie. L'intervention, seule, la plus efficace de cet ensemble est le conseil individuel par un médecin de famille, bien que la régulation par les pouvoirs publics, les taxes

et les subventions puissent générer des gains de santé à moindre coût.

de santé et pourront, au mieux, engendrer des réductions de l'ordre de 1 % des dépenses totales occasionnées par les grandes maladies

chroniques Ceci dit, l'objectif premier de la prévention est d'améliorer la santé et la longévité de la population, et nos résultats montrent que les interventions gouvernementales peuvent être efficaces.



### Peut-on espérer un futur pour l'Objectif Santé ?

Tout comme il n'y a pas de preuve irréfutable de la cause de l'obésité, il n'y a pas non plus de remède miracle pour la traiter. Il y a 20 ans, l'épidémiologiste Geoffrey Rose a estimé que si le poids moyen dans un groupe de population donné

Les interventions offrent des années de vie supplémentaires en bonne santé aux individus, ce qui réduit le coût de la santé. Cependant, elles impliquent aussi que les individus vivront plus longtemps ce qui ajoute des années de vie à l'espérance de vie des groupes les plus âgés, ce qui accroît le besoin en soins de santé. Il en résulte que les politiques de prévention de l'obésité efficaces ont peu de chances de réduire considérablement les dépenses totales

diminuait de 1.25 % (soit moins de 900 g pour une personne pesant 70 kg), le nombre de personnes obèses dans ce même groupe serait réduit d'un quart. Malheureusement, aucune des stratégies essayées jusqu'à présent ne peut, seule, permettre d'obtenir un tel succès aussi petit soit-il. Une stratégie de prévention efficace doit combiner des atouts complémentaires : les approches en population –campagnes de promotion de la santé, taxes et subventions, ou réglementations

gouvernementales— et les approches individuelles telles que le conseil par un médecin de famille, pour faire évoluer ce que les individus perçoivent comme la norme dans les comportements sains de santé.

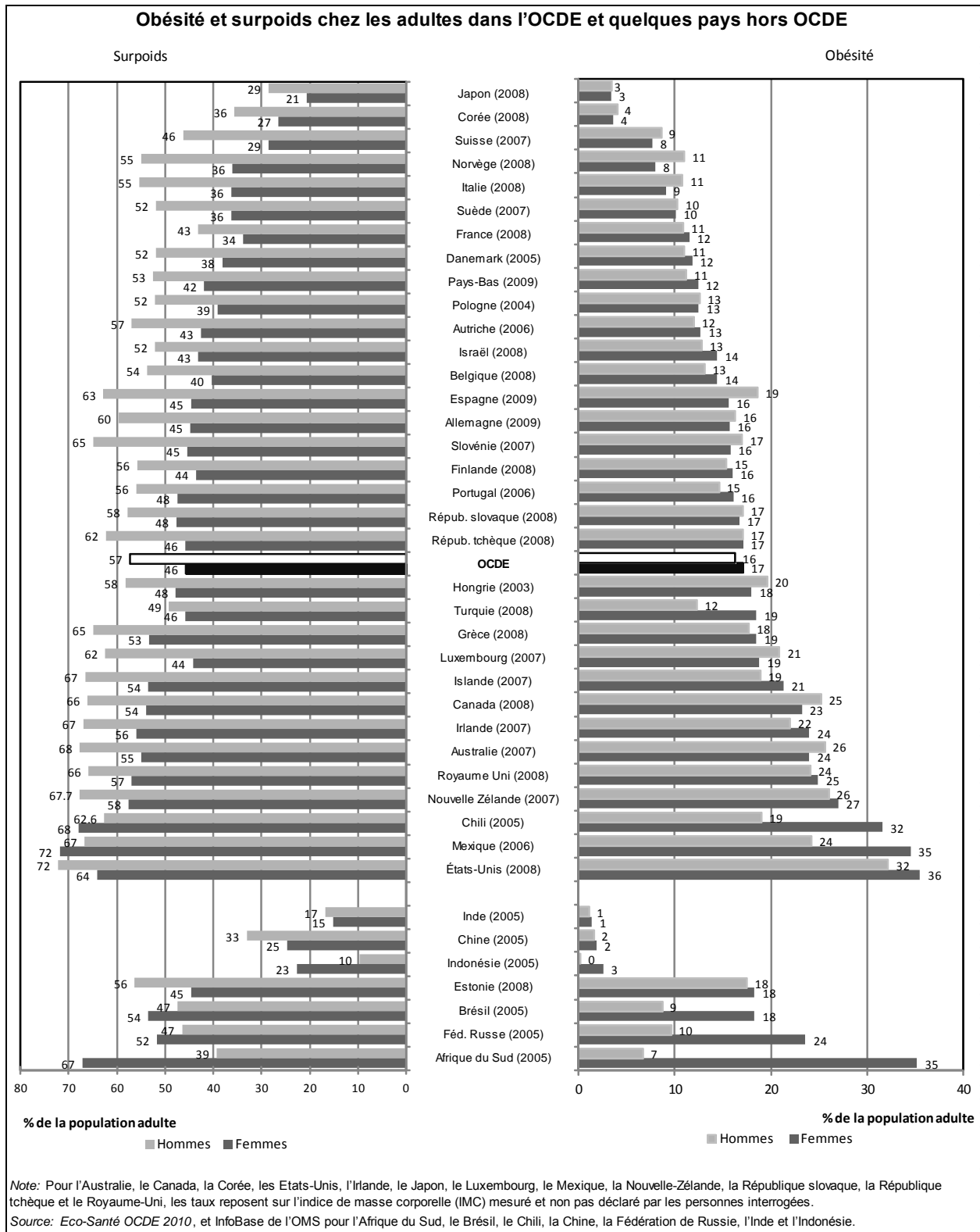
Adopter une approche « multi-parties prenantes » est un moyen judicieux d'œuvrer— les pouvoirs publics gardent le contrôle sur les initiatives visant à prévenir des maladies

chroniques et incitent l'engagement et la contribution du secteur privé. Combattre l'obésité et les maladies chroniques associées exigera une pleine coopération avec les autres parties prenantes. Mais les nombreux conflits d'intérêts supposent qu'un compromis est nécessaire, et qu'il y aura des perdants. Un échec imposerait de lourds fardeaux pour les générations futures.

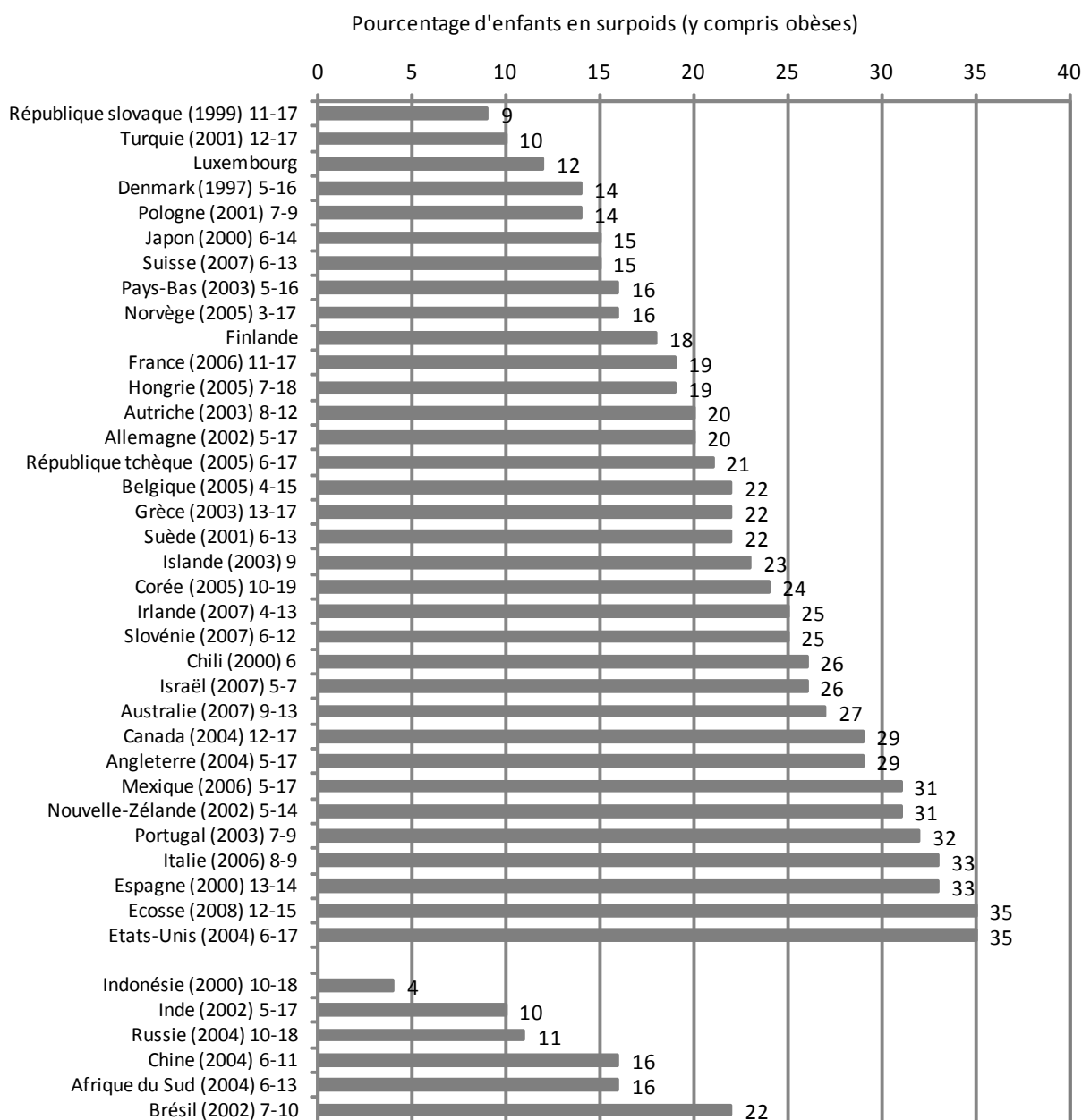
## **Résumé des indicateurs-clés sur l'obésité et l'économie de la prévention**

- Une personne sur deux est aujourd'hui en surpoids ou obèse dans presque la moitié des pays de l'OCDE. Les prévisions indiquent que les taux vont encore augmenter et que dans certains pays, 2 personnes sur 3 seront obèses dans les 10 ans à venir.
- Une personne obèse encourt des dépenses de santé supérieures de 25% comparé à une personne de poids normal quelque soit l'année. L'obésité est responsable de 1-3% des dépenses totales de santé dans la plupart des pays de l'OCDE (5-10% aux États-Unis).
- Une personne sévèrement obèse risque de mourir 8-10 ans plus tôt qu'une personne de poids normal.
- Les femmes faiblement éduquées ont une probabilité 2 à 3 fois supérieure d'être en surpoids que celles ayant des niveaux d'éducation élevés, mais presque aucune disparité n'est observée chez les hommes.
- Les individus obèses gagnent jusqu'à 18% moins que les individus non-obèses.
- Les enfants qui ont au moins un parent obèse, ont 3 à 4 fois plus de risque d'être obèses.
- Une stratégie complète de prévention éviterait, chaque année, 155 000 décès par suite de maladies chroniques au Japon, 75 000 en Italie, 70 000 en Angleterre, 55 000 au Mexique et 40 000 au Canada.
- Le coût annuel d'une telle stratégie serait de 12 USD par habitant au Mexique, 19 USD au Japon et en Angleterre, 22 USD en Italie et 32 USD au Canada. Le coût par année de vie gagnée grâce à la prévention est de moins de 20 000 USD dans ces 5 pays.

# Taux d'obésité dans les pays de l'OCDE et quelques pays non-OCDE



## Prévalence estimée du surpoids chez les enfants dans les pays membres de l'OCDE et les pays associés



Source : Chiffres pour la Finlande et le Luxembourg de l'enquête Health Behaviour in School Children (HBSC), 2005-2006, de l'Organisation mondiale de la Santé (enfants de 11 ans, poids et taille autodéclarés), et des enquêtes nationales disponibles les plus récentes sur les enfants, où le poids et la taille ont été mesurés.



## **Contacts**

### *Bureau des Medias de l'OCDE*

Helen Fisher

☎ +33-1-4524 8097 ✉ [helen.fisher@oecd.org](mailto:helen.fisher@oecd.org)

### *Division de la Santé de l'OCDE*

Franco Sassi – Économiste principal de la santé et auteur principal du rapport

☎ +33-1-4524 9239 ✉ [franco.sassi@oecd.org](mailto:franco.sassi@oecd.org)

Marion Devaux – Statisticienne et co-auteur

☎ +33-1-4524 8261 ✉ [marion.devaux@oecd.org](mailto:marion.devaux@oecd.org)

Isabelle Vallard – Secrétariat de la Division de la Santé

☎ +33-1-4524 1961 ✉ [isabelle.vallard@oecd.org](mailto:isabelle.vallard@oecd.org)

## **Liens utiles**

Site web de la publication: [www.oecd.org/health/fitnotfat](http://www.oecd.org/health/fitnotfat)

Division de la Santé de l'OCDE: [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)

Projet sur l'Économie de la prévention de l'OCDE:

[www.oecd.org/health/prevention](http://www.oecd.org/health/prevention)

Réunion ministérielle de la santé de l'OCDE, 7-8 octobre 2010:

[www.oecd.org/health/ministerial](http://www.oecd.org/health/ministerial)