



2012

Enquête
épidémiologique
nationale sur le surpoids
et l'obésité

Une enquête INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE

ObÉpi 2012

Éditorial

Corinne Le Goff – présidente Roche SAS

Depuis 15 ans, à l'initiative de Roche, l'étude ObÉpi analyse tous les trois ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Réalisée en collaboration avec l'Inserm, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Kantar Health, cette enquête épidémiologique nationale est conduite sous la direction d'un comité scientifique indépendant. L'étude est toujours très attendue par la communauté scientifique, médicale et institutionnelle et doit sa notoriété à la reproductibilité de sa méthodologie et au suivi au long cours de l'obésité et du surpoids en France. Les résultats font l'objet de publications internationales.

Cette sixième édition de l'enquête ObÉpi-Roche, réalisée de janvier à mars 2012, porte sur un échantillon de plus de 25.000 personnes âgées de 18 ans et plus, représentatif des ménages ordinaires.

ObÉpi-Roche 2012 offre un nouvel éclairage sur la situation française de l'obésité et du surpoids et leur évolution depuis 1997. L'étude inclut une analyse des facteurs socio-économiques, régionaux, générationnels. Elle met en évidence un ralentissement de la progression de l'indice de masse corporelle et du tour de taille moyens. L'existence de vastes disparités inter-régionales, avec un gradient décroissant nord-sud et un gradient décroissant est-ouest, est confirmée.

L'édition 2012 s'est enrichie de nouvelles données comme le lien entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du tour de taille et les difficultés financières déclarées. Les données d'ObÉpi-Roche constituent une source unique d'informations sur l'impact qu'ont le surpoids et l'obésité sur la santé. L'enquête apporte en effet des enseignements importants pour la santé publique, l'organisation du système de soins et contribue à sensibiliser les Français à ce problème de santé majeur.

Avec l'enquête ObÉpi, Roche renouvelle son engagement durable auprès des professionnels de santé impliqués dans la lutte contre l'obésité et les facteurs de risque associés (diabète, dyslipidémie, HTA...).

Parce qu'il est urgent de faire de nouvelles découvertes pour répondre aux besoins médicaux non satisfaits, Roche s'investit dans le domaine des maladies cardiovasculaires et métaboliques, notamment au travers de partenariats scientifiques avec la recherche académique française (IHU ICAN et université Paris Descartes).

Comité scientifique

- **Docteur Eveline ESCHWEGE**

Le Docteur Eveline Eschwège, Directeur de Recherche Emérite à l'INSERM a consacré son activité essentiellement à l'épidémiologie du diabète et de l'insulino-résistance : diagnostic et dépistage, facteurs de risque dont le surpoids et l'obésité, complications rétinienues et cardio-vasculaires, évaluation de l'efficacité et de l'utilité des médicaments. Directeur de l'Unité 21 de l'INSERM de 1986 à 1998 –Recherche clinique et épidémiologique, métabolisme, mode de vie, elle a initié et permis le développement de cette recherche en France. Auteur ou co-auteur de plus de 250 publications originales, elle a reçu en 1997 le prix Daniel Beauperthuy de l'Académie des Sciences et en 2000 le Kelly West Award de l'American Diabetes Association et le prix Maurice Dérot des Journées de Diabétologie de l'Hôtel Dieu en reconnaissance de ses travaux. Son intérêt pour l'évolution du diabète et de l'obésité en termes de Santé Publique la conduit à toujours participer aux enquêtes ObÉpi ainsi qu'aux enquêtes ENTRED sur l'état de santé de la population diabétique en France conduites par l'Institut National de Veille Sanitaire.



- **Docteur Marie-Aline CHARLES** (*Inserm, Villejuif*)



Médecin et épidémiologiste, le Docteur Marie-Aline CHARLES est directeur de recherche à l'INSERM, actuellement directrice de l'équipe Epidémiologie de l'obésité, du diabète et des maladies rénales: approche vie entière au Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) de l'Inserm. Elle dirige également l'unité mixte Ined-Inserm qui sert de support à la première grande cohorte nationale d'enfants, ELFE. Ses thèmes de recherche concernent l'épidémiologie de l'obésité et de ses conséquences pathologiques.

- **Professeur Arnaud BASDEVANT**
(*Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris*)



Professeur de Nutrition à l'Université Paris VI, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Médecin des Hôpitaux, le Professeur Arnaud Basdevant a consacré l'essentiel de son activité à la médecine de l'obésité, aux programmes de santé publique destinés à la prévention et à l'organisation du système de soins dans ce domaine. Il est actuellement responsable du service de nutrition de l'hôpital de Pitié-Salpêtrière à Paris.

Il est membre de l'Institut Hospitalo-Universitaire, ICAN dirigé par le Pr Karine Clément.

Dr Christine MOISAN

Responsable médicale cardio-métabolisme
Département Médical - ROCHE

Geneviève BONNÉLYE

Directrice de Département
KANTAR HEALTH

Chantal TOUBOUL

Directrice de Clientèle
KANTAR HEALTH

Nilam Goulhamousen

Chef de Groupe
KANTAR HEALTH

Amandine CRINE

Chargée d'études
KANTAR HEALTH

Sommaire

- Editorial :** *Corinne le Goff, présidente de Roche SAS*
- Chapitre I :** *Objectifs et méthodologie*
- Chapitre II :** *La population étudiée*
Le commentaire de l'expert : Dr Marie-Aline CHARLES
- Chapitre III :** *Surpoids et Obésité de l'adulte en 2012. Résultats et Évolutions*
Le commentaire de l'expert : Dr Marie-Aline CHARLES
- Chapitre IV :** *Analyses régionales*
- Chapitre V :** *Obésité et facteurs de risques cardio-vasculaires*
 - ♦ *Hypertension artérielle*
 - ♦ *Dyslipidémie*
 - ♦ *Diabète*
 - ♦ *Tabagisme*
 - ♦ *Les éléments du syndrome métabolique**Le commentaire des experts : Pr Arnaud BASDEVANT et Dr Eveline ESCHWEGE*
- Chapitre VI :** *Personnes âgées de 65 ans et plus*
- Chapitre VII :** *Informations Nouvelles*

CHAPITRE I

Objectifs et méthodologie de l'étude ObÉpi 2012

L'enquête ObÉpi 2012 poursuit les précédentes enquêtes conduites en 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009. Ses principaux objectifs sont d'évaluer :

- la prévalence du surpoids ($25 \leq \text{IMC}^* < 30 \text{ kg/m}^2$) et de l'obésité ($\text{IMC}^* \geq 30$) chez les français de 18 ans et plus en 2012 ;
- l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 1997 ;
- la prévalence des facteurs de risques cardio-métaboliques en fonction de l'indice de masse corporelle, et leur évolution depuis 15 ans ;
- la situation spécifique des personnes âgées de plus de 65 ans ;
- le lien entre la perception individuelle de la situation financière et le statut pondéral.

L'enquête ObÉpi 2012 a été réalisée de janvier à mars 2012 auprès d'un échantillon de 27 131 individus âgés de 15 ans et plus, représentatif de la population française.

Les résultats présentés ici concernent 25 714 individus de plus de 18 ans.

* IMC = Indice de Masse Corporelle

ObÉpi 2012: L'enquête

L'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 20 000 foyers représentant la population des ménages ordinaires français issus de la base permanente de KANTAR HEALTH et excluant les sujets vivant en institution, en foyer, en résidence en communauté, ou sans domicile fixe.

Il est entendu par « foyer », toute famille vivant sous un même toit ou toute personne habitant seule. Les personnes ont été interrogées par un questionnaire auto administré, adressé par voie postale. Son contenu a été élaboré en concertation avec le Comité Scientifique de l'étude.

Le panel a été constitué selon la méthode des quotas au niveau foyer, après une double stratification région / habitat.

En dehors des questions habituelles portant sur le sexe, l'âge, la profession et le revenu, il a été demandé aux individus interrogés de préciser leur taille, leur poids, leur tour de taille et les traitements en cours pour hypertension artérielle, dyslipidémie (excès de cholestérol ou de triglycérides) et diabète.

Les personnes possédant un pèse-personne devaient se peser avant de répondre et les sujets de moins de 20 ans se faire mesurer, par un membre de leur entourage, debout adossés au mur.

Il a ainsi été possible de déterminer la valeur de l'indice de masse corporelle [IMC = poids (kg)/taille² (m)] de chacun des répondants.

Le tour de taille a été mesuré par les répondants, selon une procédure qui leur était mentionnée.

Pour l'enquête 2012, le questionnaire initial a été enrichi de questions inédites portant sur :

- les traitements cardiovasculaires, hypolipémiants, antidiabétiques ;
- les traitements pris pour l'asthme, l'apnée du sommeil, l'arthrose (hanche et genou, le cancer) ;
- la présence de manifestations d'incontinence urinaire ;
- les antécédents éventuels de chirurgie pour l'obésité et/ou consultations pour un problème de poids ;
- enfin, la perception de la situation financière du foyer

Les questionnaires, une fois remplis, ont été soumis à une relecture systématique afin d'écarter ceux qui n'étaient pas exploitables puis ils ont fait l'objet d'une double saisie pour minimiser les risques d'erreurs.

Sur 20 000 envois concernant 39 538 individus de 15 ans et plus, 14 705 foyers ont retourné leur questionnaire, soit un taux de retour de 73,5%.

Classification	1997	2000	2003	2006	2009	2012
...présents dans le panel	40 123 100%	41 693 100%	40 992 100%	40 052 100%	38 904 100%	39 538 100%
...présents dans les foyers ayant retourné leur questionnaire	30 921 77,1%	28 752 69,0%	27 435 66,9%	24 885 62,1%	27 243 70,0%	27 594 69,8%
...pour lesquels le calcul de l'IMC est impossible	28 017 69,8%	26 982 64,7%	25 770 62,9%	23 747 59,3%	26 741 68,7%	27 131 68,7%
...avec IMC et tour de taille renseignés	25 981 64,7%	24 218 58,1%	22 274 54,4%	20 002 49,9%	22 749 57,7%	22 646 57,3%

Tableau 1 : Taux de retour et d'exploitation des questionnaires de 1997 à 2012

Les questionnaires de 25 714 individus adultes de 18 ans et plus étaient complets pour les données du poids et de la taille (soit 65% des individus à qui ces derniers avaient été adressés). Le tour de taille était renseigné chez 21 449 individus.

Depuis 2008, les répondants se sont vus attribuer des points cadeaux¹ de valeur symbolique pour chaque questionnaire renvoyé, ce qui explique l'amélioration du taux de retour depuis 2009.

¹ Chaque page remplie donne droit à 5 points cadeau, à partir de 1 300 points cumulés, le panéliste peut utiliser son crédit en choisissant un cadeau dans un catalogue

Une méthodologie commune à toutes les enquêtes de 1997 à 2012

ObÉpi 2012 fait suite à cinq enquêtes réalisées en 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009, toutes réalisées selon une méthodologie identique.

Ces six enquêtes permettent d'estimer l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte, en France, de manière globale, et par région.

Les catégories de corpulence sont établies selon les critères classiques à partir de l'Indice de Masse Corporelle

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m}^2\text{)}}$$

Classification	
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25,0 - 29,9
Obésité classe I	30,0 - 34,9
Obésité classe II	35,0 - 39,9
Obésité classe III	≥ 40,0

² Au sein de l'obésité, trois grades sont définis :

- l'obésité de grade I (ou classe I ou type I) : modérée ou commune
- l'obésité de grade II (ou classe II ou type II) : sévère
- l'obésité de grade III (ou classe III ou type III) : massive ou morbide

World Health Organization. BMI classification2004.http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

CHAPITRE II

La population étudiée

L'analyse des résultats porte sur l'ensemble des individus âgés de 18 ans et plus à l'exclusion des femmes enceintes.

Pour le calcul de l'IMC, la prévalence de l'obésité et le rapport de celle-ci avec les facteurs de risque, la base de calcul est de 25 714 individus de 18 ans et plus ayant répondu aux questions concernant leur taille et leur poids.

Pour l'analyse du tour de taille et le rapport de celui-ci avec l'IMC et l'obésité ainsi que les facteurs de risque, la base de calcul est de 21 449 individus de 18 ans et plus ayant répondu à la question de la taille, du poids et du tour de taille.

L'échantillon complet 2012 a été pondéré sur les critères sexe, âge, profession de l'individu, catégorie d'agglomération, répartition régionale de façon à être strictement représentatif des individus français adultes vivant dans les ménages ordinaires.

Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites dans les figures suivantes et comparées à la référence nationale (Source : INSEE : Enquête Emploi 2010 redressée 2012).

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ADULTE ÉTUDIÉE

Les données présentées ci-après sont des données non redressées

SEXE

Base : 25 714 individus de 18 ans ou plus

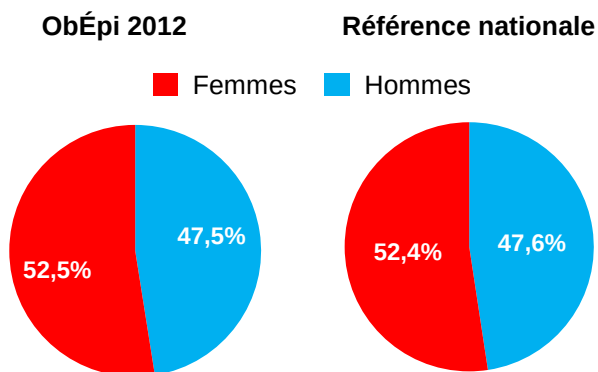


Figure 1 : Répartition de la population par sexe

Une répartition hommes/femmes conforme à la référence nationale

AGE

Base : 25 714 individus de 18 ans ou plus

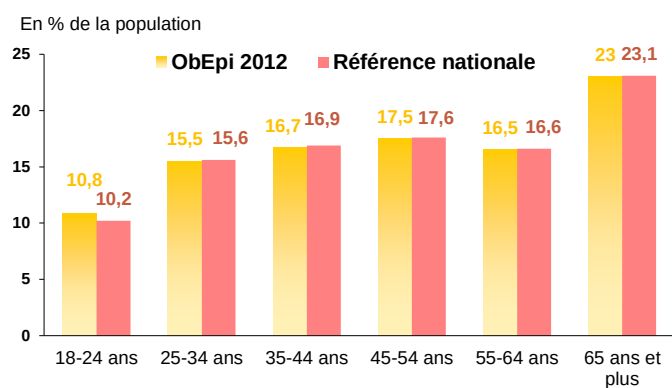


Figure 2 : Répartition de la population selon l'âge

Comme dans les années précédentes, on note parmi les répondants une sur-représentation des 55 ans et plus et une sous-représentation des 18-24 ans.

CATÉGORIE D'AGGLOMERATION

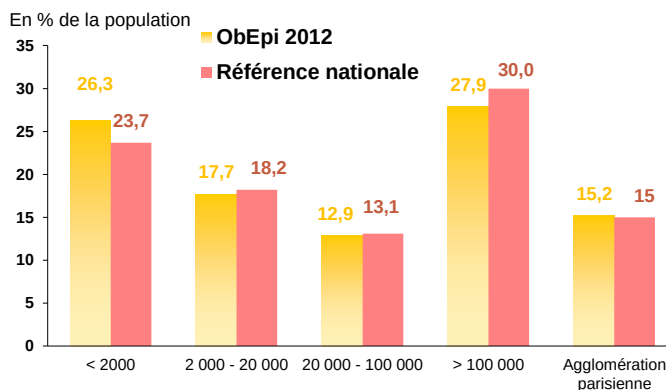


Figure 3 : Répartition de la population selon la taille des villes (en nombre d'habitants)

L'agglomération parisienne est légèrement sous-représentée. Les communes de moins de 2000 habitants sont sur-représentées.

PROFESSION DE L'INDIVIDU

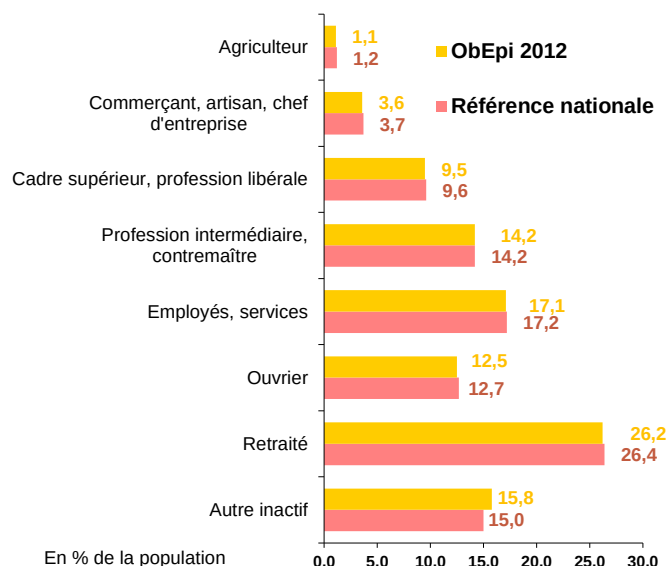


Figure 4 : Répartition de la population par catégorie socio-professionnelle

De la surreprésentation des 55 ans et plus découle celle des retraités parmi les répondants.

NIVEAU D'INSTRUCTION

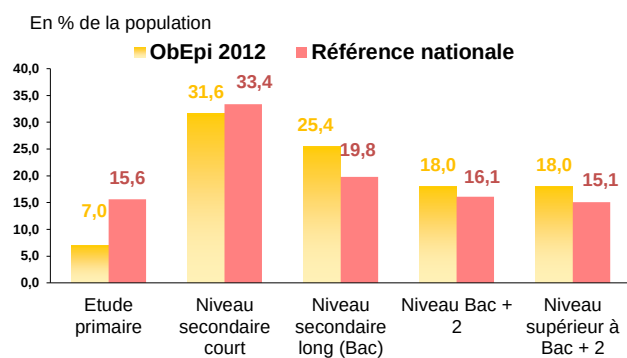


Figure 5 : Répartition de la population selon le niveau d'instruction

La nette sous-représentation des niveaux d'étude primaires relève en partie de la méthodologie : questionnaire auto-administré.

NOMBRE DE PERSONNES AU FOYER

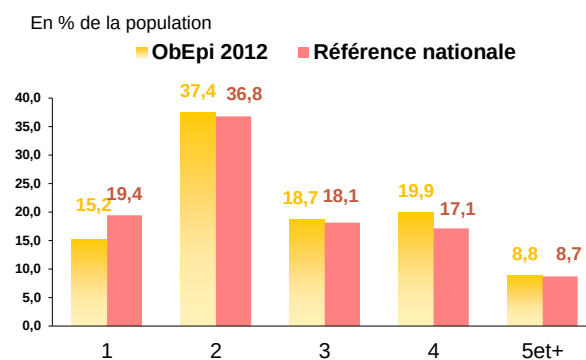


Figure 6 : répartition de la population selon le nombre de personnes au foyer

Les foyers de 2 ou 3 ou 4 personnes sont plus représentés que les foyers uniques

RÉPARTITION RÉGIONALE DE L'ÉCHANTILLON

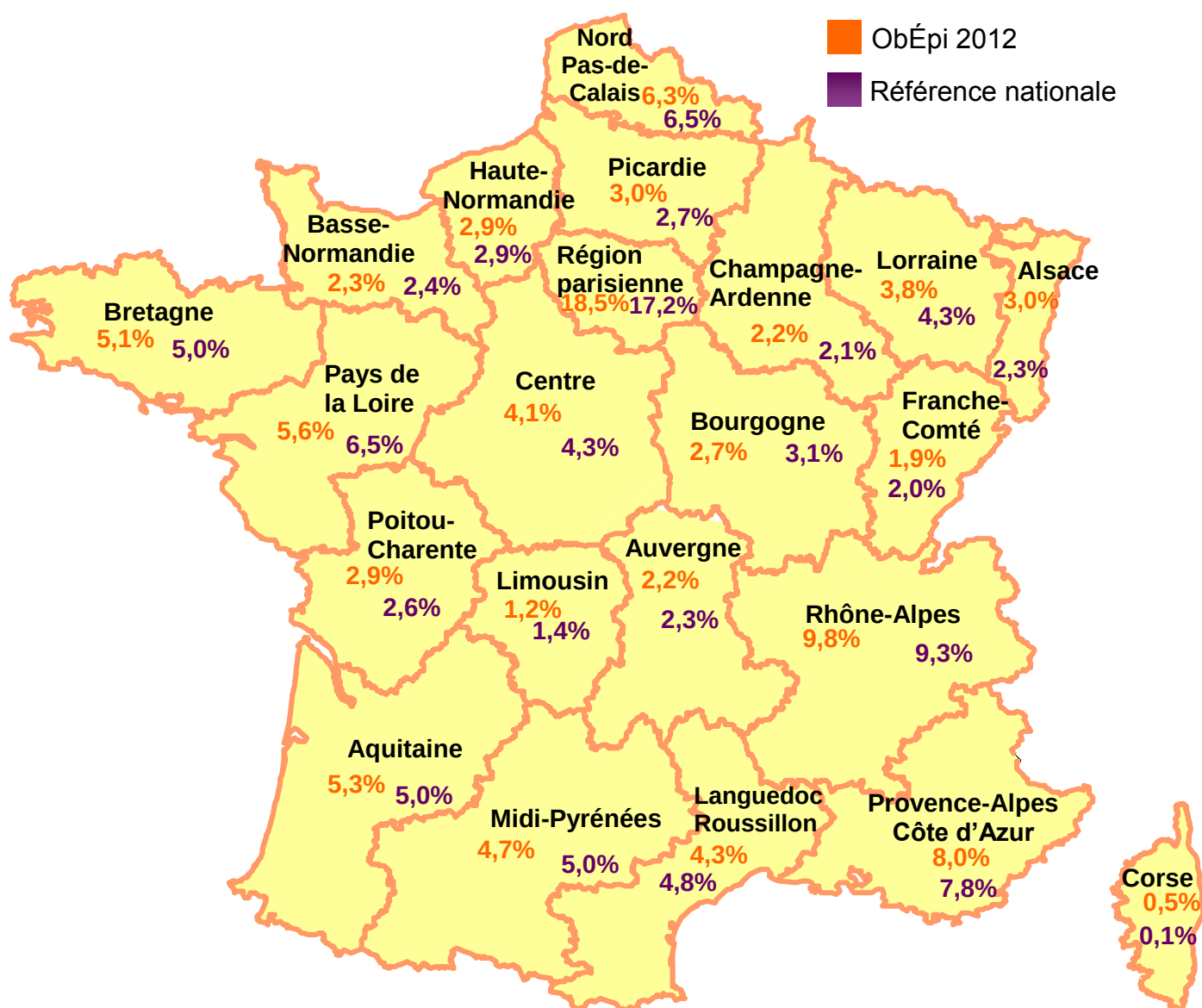


Figure 7 : répartition de la population étudiée par région

La répartition régionale des répondants à l'enquête ObÉpi 2012 est la même que celle de l'ensemble des Français adultes de 18 ans et plus.

Le commentaire de l'expert : *Dr Marie-Aline CHARLES*

Comme lors les éditions précédentes de l'étude ObÉpi, l'étude 2012 repose sur l'interrogatoire par TNS-HEALTHCARE-SOFRES (KantarHealth) d'un panel de 20 000 foyers représentatifs par quota de la population française. Entre les études 1997 et 2006, nous avons assisté à une diminution progressive du taux de répondants, non spécifique à ObÉpi mais observé pour l'ensemble des études que réalisait de cette façon KANTAR HEALTH. Cette diminution était probablement liée à une augmentation de la sollicitation directe croissante des foyers pour des études et sondages, souvent à caractère commercial. Pour pallier à ce problème, KANTAR HEALTH a mis en place un politique d'incitation à la réponse, en récompensant annuellement les ménages du panel ayant répondu à la plupart des questionnaires qui leur ont été envoyés. Par ailleurs, avec le questionnaire ObÉpi, une lettre a été adressée aux membres du panel rappelant l'implication des partenaires de la recherche publique (Inserm, Université Paris 6) dans cette étude et son importance pour la santé publique. L'effet conjugué de ces mesures a été très net ce qui permet d'avoir une proportion de questionnaires retournés et exploitables en 2012 de 69% voisins de celui de 1997 alors qu'il avait chuté à 59% en 2006.

La principale différence entre répondants et non répondants, la surreprésentation des personnes de plus de 55 ans, observée dès 1997 et la sous-représentation des 18-24 ans ainsi que des personnes les moins éduquées et foyers les plus nombreux. Les résultats de l'étude sont redressés pour en tenir compte et rétablir la représentativité de la population française mais les caractéristiques des non-répondants peuvent néanmoins rester une source de biais dans les résultats.

La prévalence du surpoids et de l'obésité est calculée dans les études ObÉpi à partir de données rapportées et non mesurées. Il est bien admis que cette méthodologie aboutit à une sous-estimation de la prévalence de l'obésité. En 2006-2007, l'institut de Veille Sanitaire a mené pour la première fois une Étude Nationale Nutrition Santé portant sur plus de 5 000 sujets de 18 à 74 ans tirés au sort auxquels on a proposé des mesures de poids et de taille, soit à domicile, soit dans un centre de santé. Ces mesures n'ont cependant pu être réalisées que pour 46% des personnes contactées, avec les mêmes biais principaux de surreprésentation des personnes de plus de 55 ans et de sous-représentation des faibles niveaux d'étude. Après redressement, la prévalence de l'obésité dans l'étude ENNS était de 16,9% (intervalle de confiance : 14,8%-18,9%), à comparer à 13,1% (12,7%-13,5%) chez les sujets de plus de 18 ans dans ObÉpi 2006. La plus grande exactitude de la mesure des poids et taille dans l'étude ENNS est contrebalancée par la relativement petite taille de l'échantillon et le biais induit par la sélection des personnes qui acceptent ou peuvent se rendre disponibles pour être mesurés.

Chacune des méthodes d'enquête a ses avantages et ses inconvénients et il est important de disposer dans un même pays d'enquête à méthodologies variées pour vérifier la concordance des résultats. L'un des avantages de la méthodologie d'ObÉpi est surtout sa facilité de réalisation qui permet depuis 1997 de suivre à intervalle rapproché la tendance évolutive de la prévalence de l'obésité de l'adulte en France.

CHAPITRE III

Surpoids et Obésité de l'adulte en 2012 : Résultats et évolution

*En 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en **surpoids** ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et 15% présentent une **obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).*

- Le poids moyen de la population française a augmenté, en moyenne, de 3,6 kg en 15 ans alors que la taille moyenne a augmenté de 0,7 cm.
- *Le tour de taille de la population augmente, passant de 85,2 cm en 1997 à 90,5 cm en 2012, soit +5,3 cm au total en 15 ans.*
- *La prévalence de l'obésité était de 14,5% en 2009, elle est de 15 % en 2012. Cette différence n'est pas statistiquement significative, elle correspond à une augmentation relative de 3,4% du nombre de personnes obèses au cours des trois dernières années. Elle est significativement inférieure aux années précédentes : +18,8% entre 1997-2000, +17,8% entre 2000-2003, +10,1% entre 2003-2006 et +10,7% entre 2006-2009.*
- *Le nombre de personnes obèses en 2012 est estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.*
- *L'IMC moyen passe de 24,3 kg/m² en 1997 à 25,4 kg/m² en 2012 ($p < 0.05$) : augmentation moyenne de l'IMC de 1,1 kg/m² en 15 ans.*
- *En 2012, comme depuis 2003, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7% versus hommes : 14,3% ; $p < 0.01$). L'augmentation depuis 15 ans est plus nette chez les femmes notamment chez les 18-25 ans.*

- *Il persiste un très net gradient social de l'obésité mais les différences de prévalence entre les catégories socio-professionnelles n'ont pas subi d'évolution majeure.*
- *La prévalence de l'obésité reste inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération.*

Depuis 2000, le taux de sujets présentant un tour de taille supérieure au seuil NCEP¹ est passé de 25,3% à 35,5% en 2012.

¹ Différents seuils ont été établis pour analyser le tour de taille, le seuil IDF où le sujet ne doit pas grossir (94 cm pour l'homme et 80 cm pour la femme) et le seuil NCEP où le sujet doit perdre du poids (102 cm pour l'homme et 88 cm pour la femme).

ObÉpi-2012 en chiffres

TAILLE DES FRANÇAIS

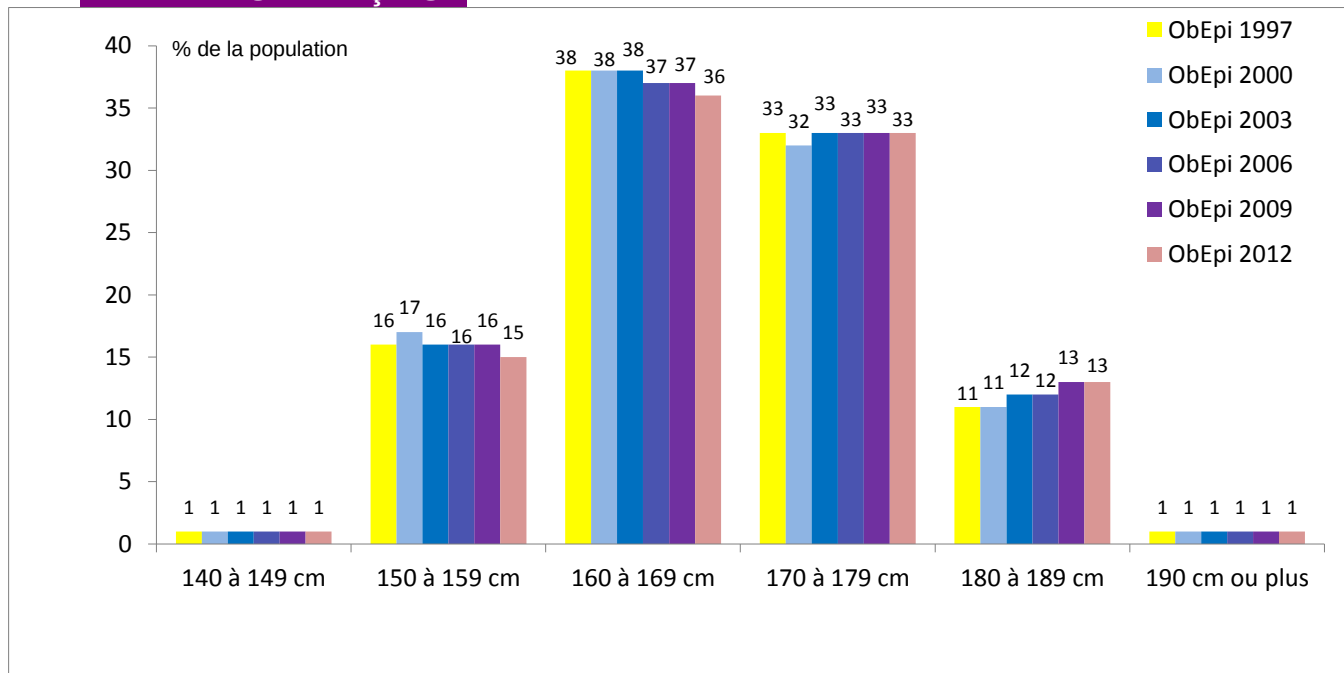
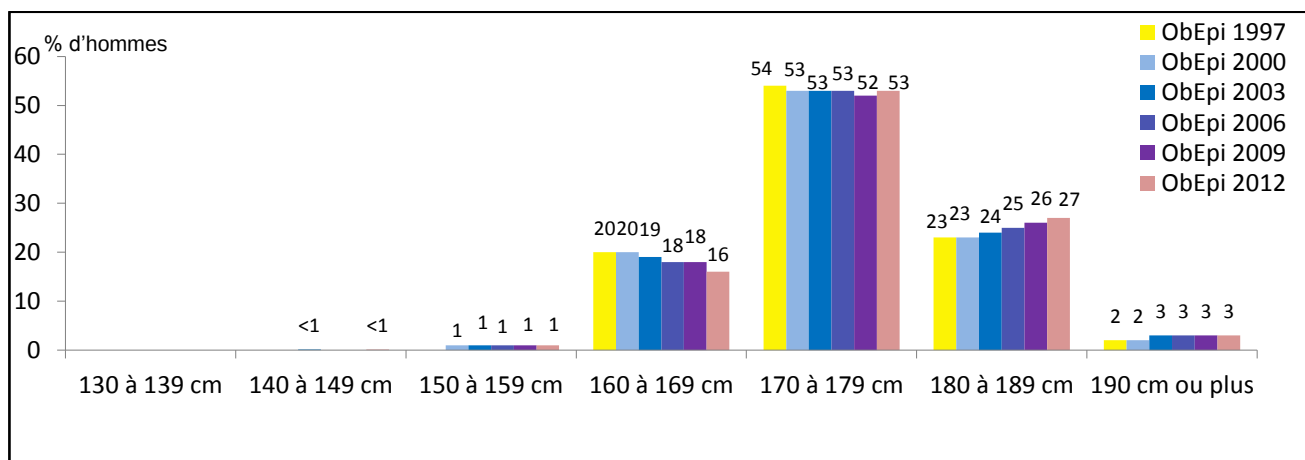


Figure 8 : Répartition de la population en fonction de sa taille

La taille moyenne des Français de 18 ans et plus est de 168,7 cm. Elle a augmenté en moyenne de 0,7 cm depuis 1997.

La taille moyenne des adultes de 18 ans et plus est de 168,7 cm



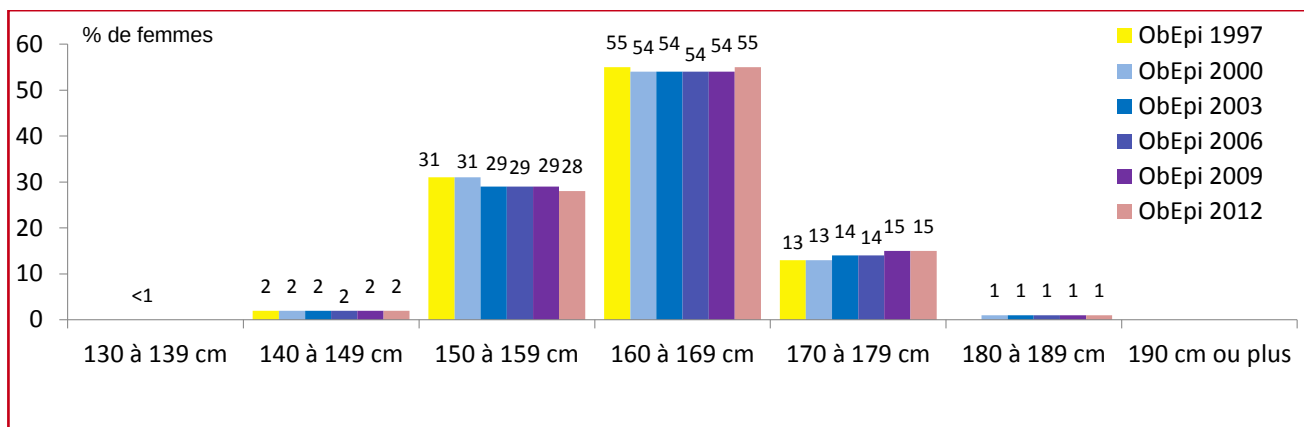


Figure 9 : Répartition des hommes et des femmes en fonction de leur taille

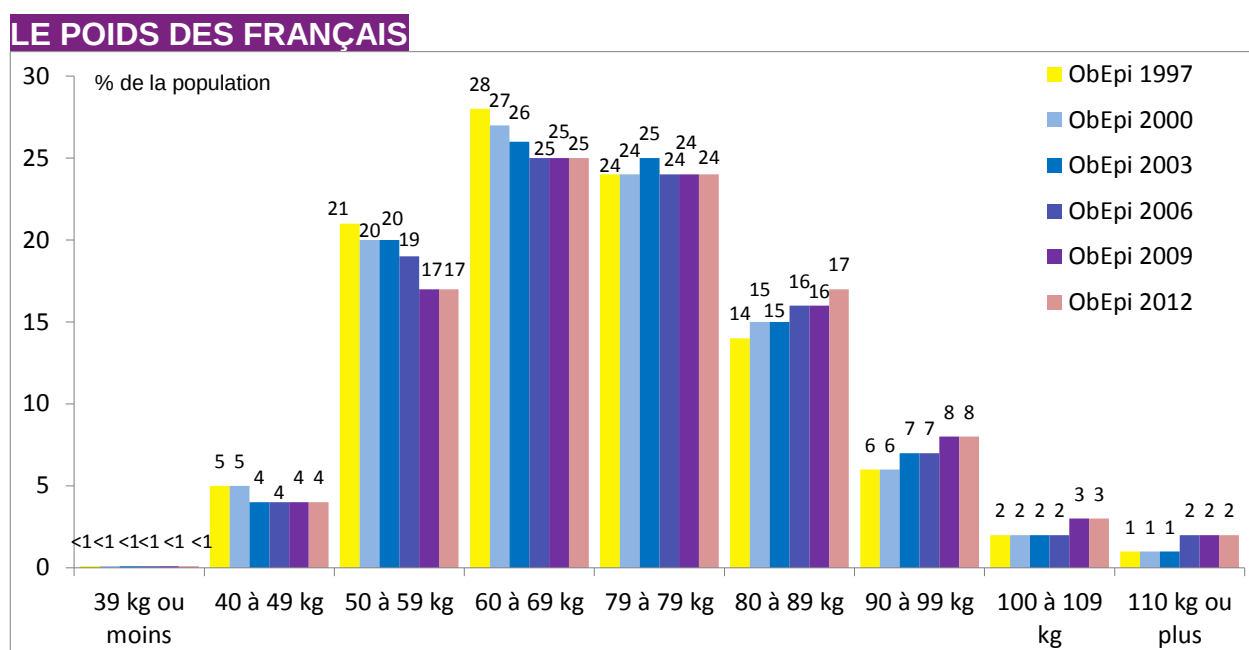


Figure 10 : Répartition de la population en fonction de son poids

De 2009 à 2012, le poids moyen de la population française a augmenté de 0,5 kg et de 3,6 kg au cours de 15 dernières années.

Le poids moyen des Français a augmenté de 0,5 kg en 3 ans

Année	Poids
-------	-------

2012	72,5 ± 15,6 kg
2009	72,0 ± 15,3 kg
2006	71,1 ± 14,9 kg
2003	70,7 ± 14,6 kg
2000	69,7 ± 14,0 kg
1997	68,9 ± 13,7 kg
	(p < 0,01)

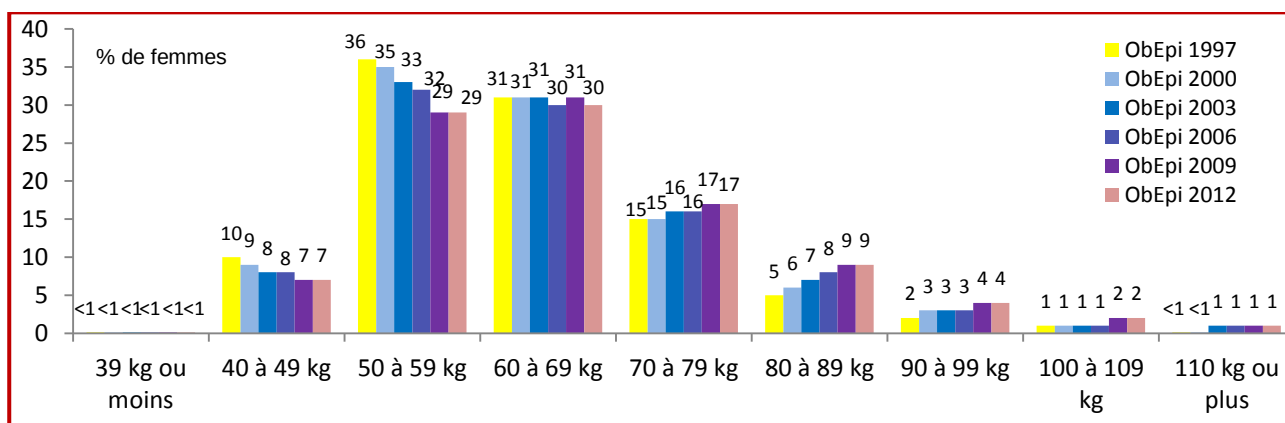
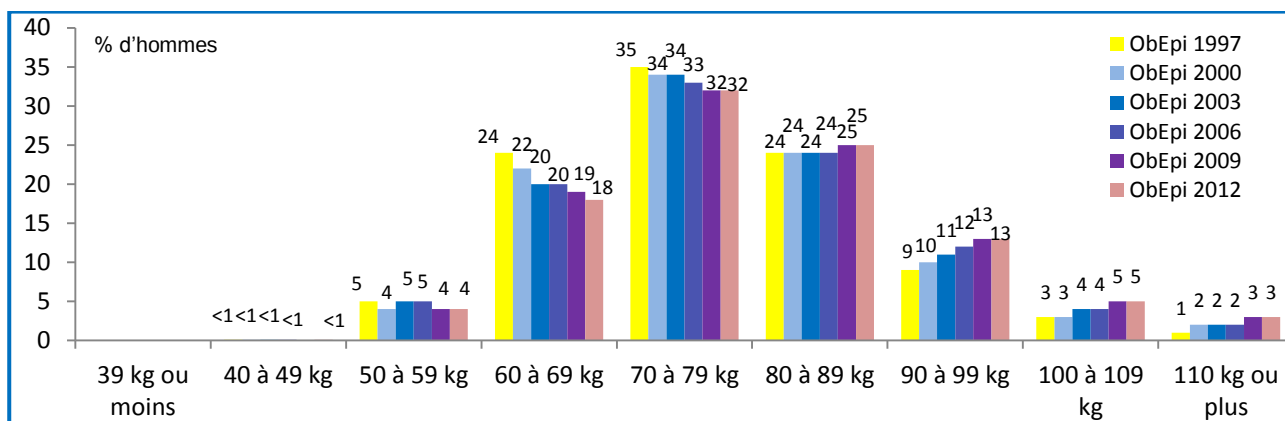


Figure 11 : Répartition des hommes et des femmes en fonction de leur poids

L'IMC DES FRANÇAIS

L'IMC moyen est passé de $24,3 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$ en 1997 à $25,4 \pm 4,9 \text{ kg/m}^2$ en 2012 ($p < 0.01$) soit une augmentation moyenne de $1,1 \text{ kg/m}^2$ depuis 1997.

RÉPARTITION DES NIVEAUX D'IMC EN 2012

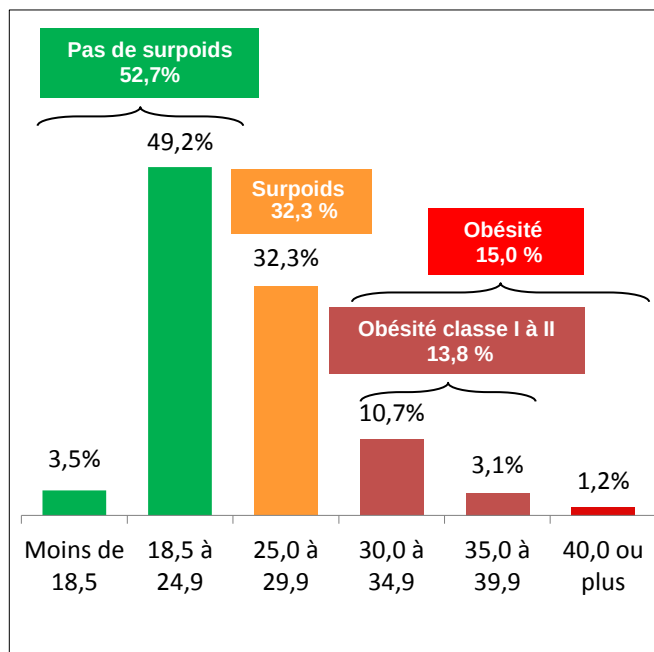


Figure 12 : Répartition de la population en fonction du niveau d'IMC

En 2012, 15 % des Français présentent une obésité et 32,3% un surpoids

ÉVOLUTION DES IMC PAR CLASSE DEPUIS 1997

En 2012, la prévalence de l'obésité chez les adultes est de 15 % ($\pm 0,4\%$). Elle était de 14,5% en 2009, de 13,1% en 2006, de 11,9% en 2003, de 10,1% en 2000 et de 8,5% en 1997.

La prévalence de l'obésité classe III est passée de 0,3% ($\pm 0,1\%$) de la population en 1997 à 1,2% ($\pm 0,1\%$) en 2012.

Le pourcentage des Français sans surpoids est passé de 62% en 1997 à 53% en 2012.

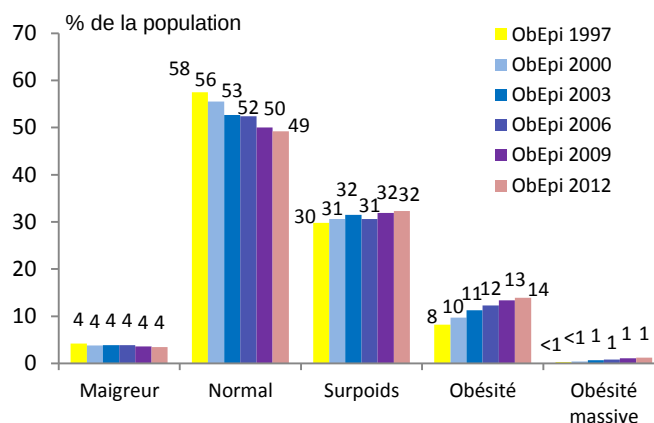


Figure 13 : Répartition de la population en fonction de son niveau d'IMC depuis 1997

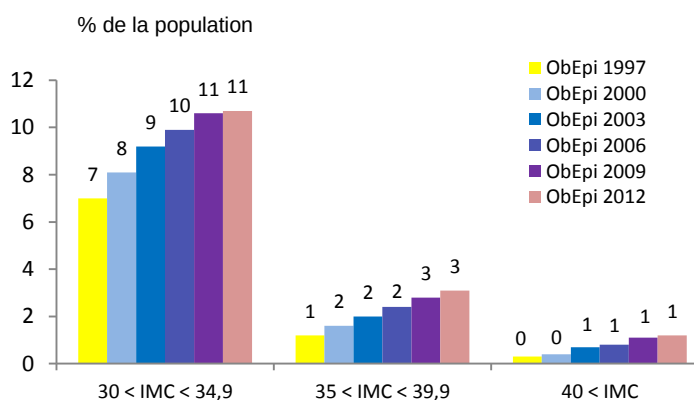


Figure 14 : Évolution des différentes classes d'obésité depuis 1997

Une augmentation modeste de la prévalence de l'obésité entre 2009 et 2012 correspondant à un ralentissement significatif de sa progression

EXTRAPOLATION DES DONNEES OBEPI 2012 A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION FRANÇAISE EN FRANCE

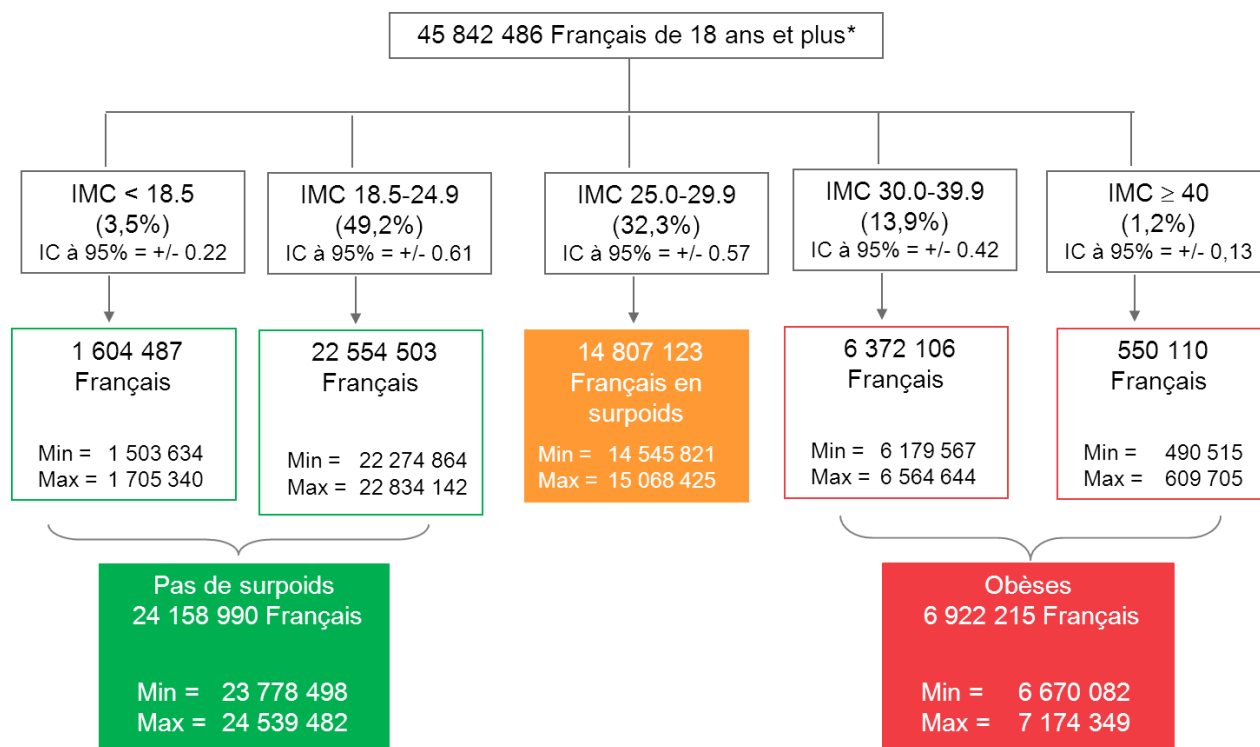


Figure 15 : Extrapolation des données ObÉpi 2012 à l'ensemble de la population française

TOUR DE TAILLE

La mesure du tour de taille est un autre moyen d'apprécier l'adiposité abdominale qui est associée à un risque accru de maladies cardio-métaboliques, d'insulino-résistance et de certains cancers. Dans cette enquête, le sujet a mesuré son tour de taille en position debout et en prenant la mi-distance entre la base thoracique et la crête iliaque (en regard du nombril).

Chez les hommes, le tour de taille moyen a augmenté de 3,8 cm en 15 ans, passant de 91,3 cm en 1997 à 95,1 cm en 2012. Ce tour de taille a augmenté tous les ans depuis les premières études ObEpi : 91,3 cm en 1997, 92,6 en 2000, 93,5 en 2003, 93,8 en 2006, 94,8 en 2009 et 95,1 en 2012.

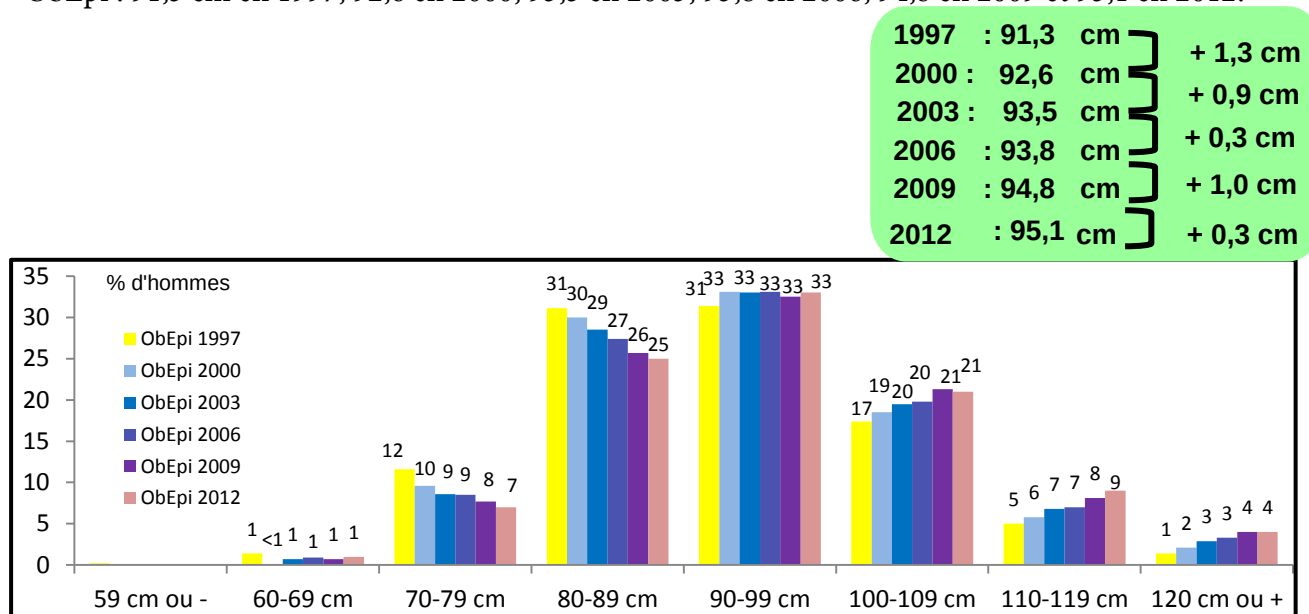


Figure 16 : Répartition du tour de taille chez les hommes

Chez les femmes, le tour de taille moyen a augmenté de 6,7 cm en 15 ans, passant de 79,8 cm en 1997 à 86,5 cm en 2012. Ce tour de taille a augmenté tous les ans depuis les premières études ObEpi : 79,8 cm en 1997, 81,8 en 2000, 82,9 en 2003, 83,7 en 2006, 85,5 en 2009 et 86,5 cm en 2012.

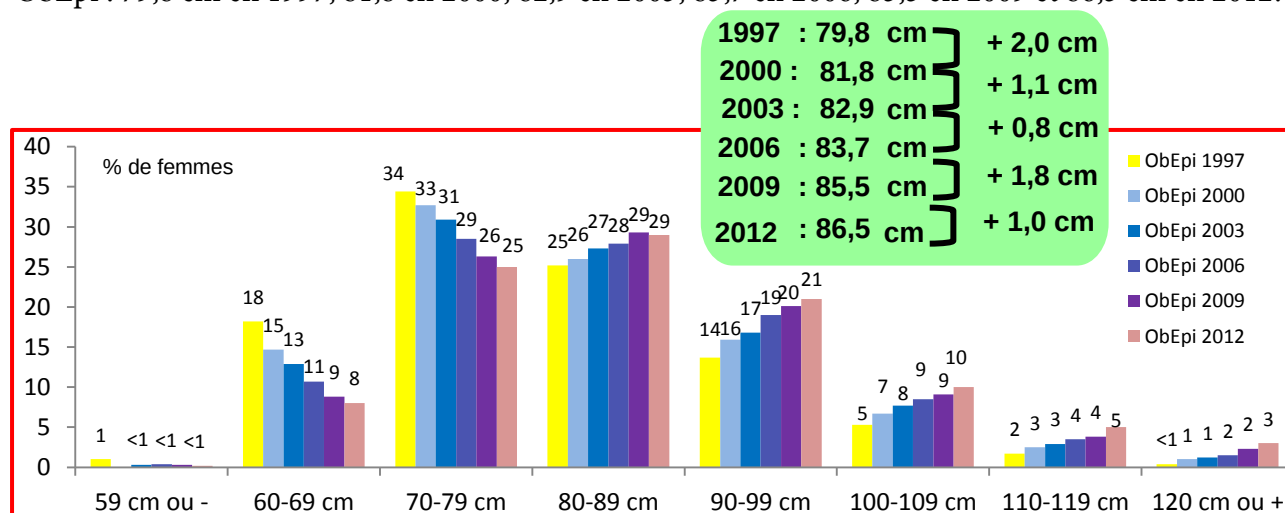


Figure 17 : Répartition du tour de taille chez les femmes

TOURS DE TAILLES SUPERIEURS AUX SEUILS CONSIDERES A RISQUE

Différents seuils ont été établis pour définir l'adiposité abdominale :

- le seuil IDF parle d'adiposité abdominale pour des valeurs de tour de taille respectivement supérieures à 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme.
- Le seuil NCEP est de 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme.

Un tour de taille situé au-delà de ces seuils est considéré comme un facteur de risque cardio-vasculaire et d'insulino-résistance.

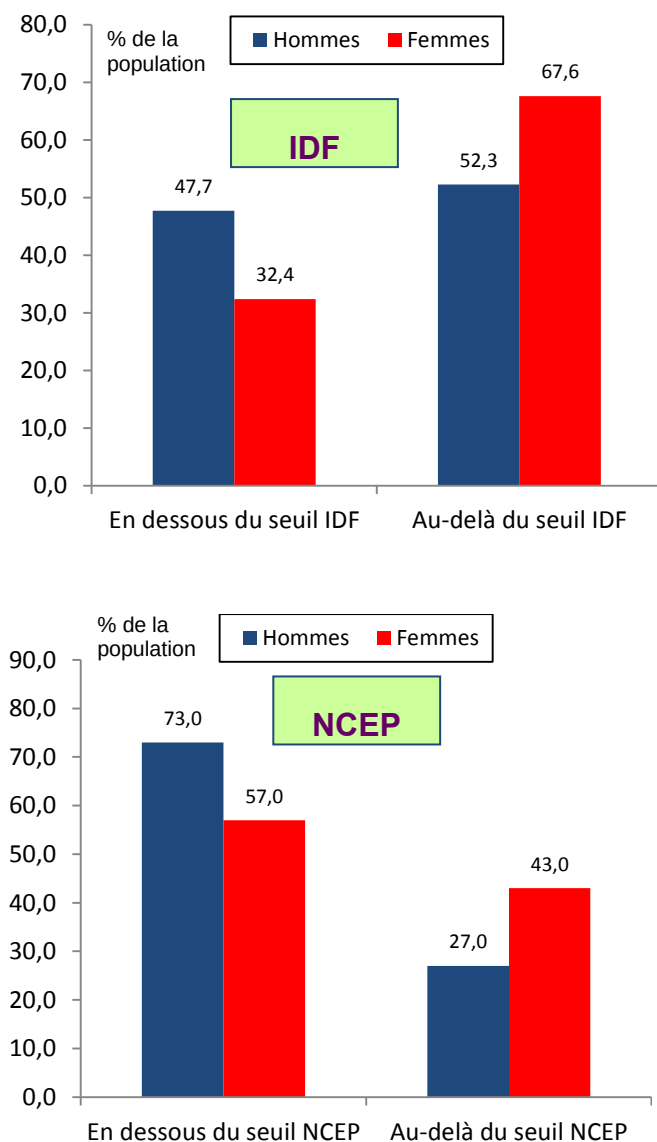


Figure 18 : Répartition de la population en fonction des seuils de tour de taille IDF et NCEP

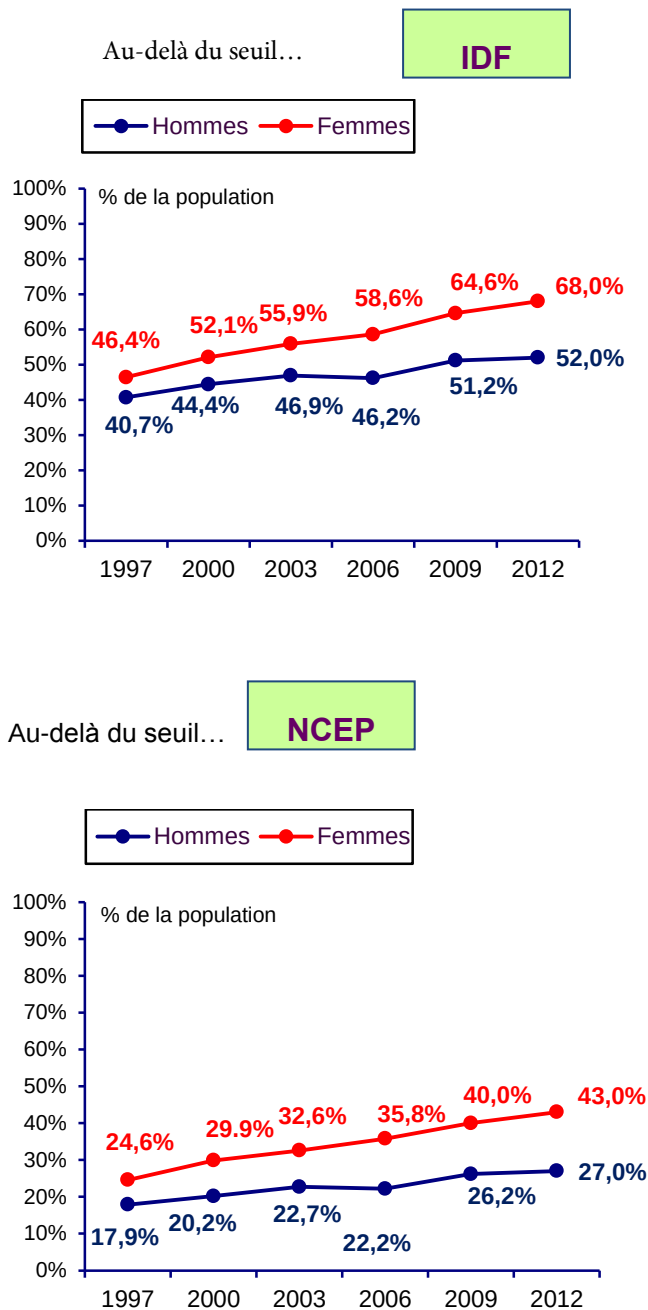


Figure 19 : Évolution des seuils de tour de taille selon le sexe

Quel que soit le seuil considéré, on observe une forte augmentation de la proportion d'hommes et de femmes au-dessus du seuil depuis 1997

ObÉpi-2012 : influence du sexe et de l'âge

L'IMC MOYEN SELON L'ÂGE

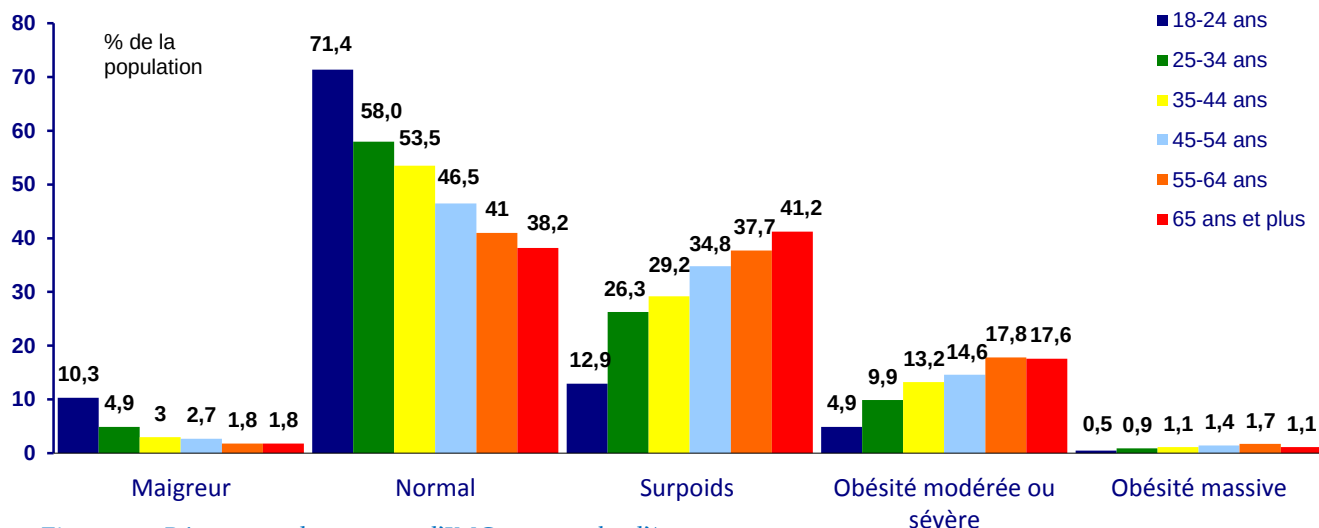


Figure 20 : Répartition des niveaux d'IMC par tranche d'âge

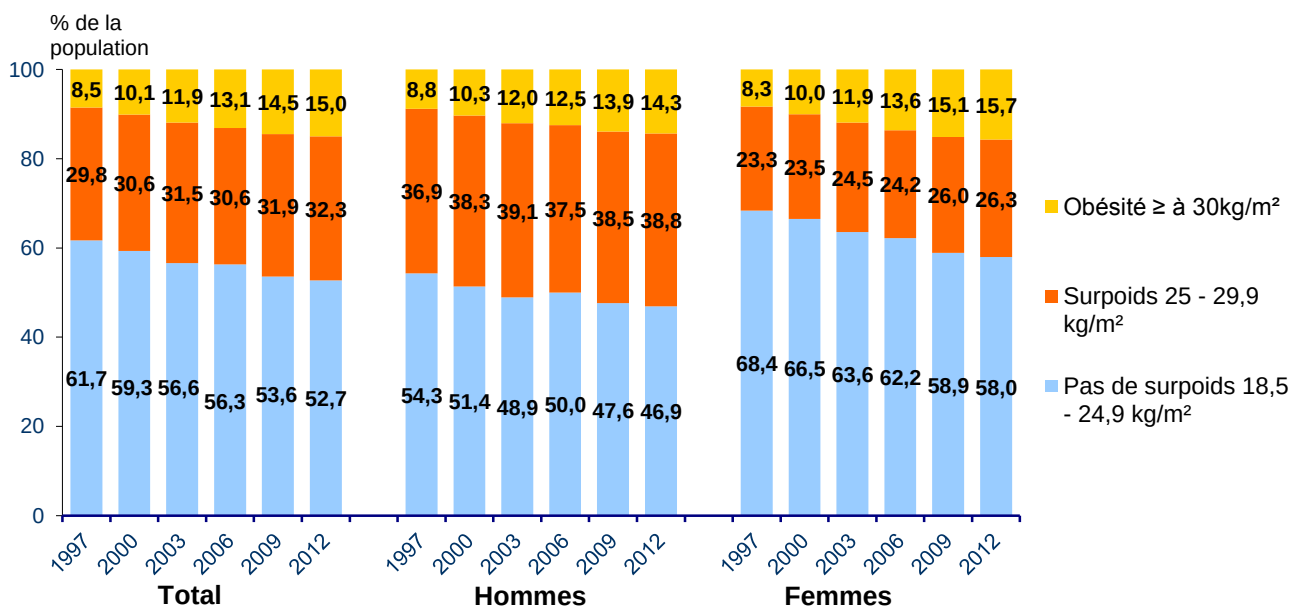
L'IMC moyen augmente régulièrement avec l'âge passant en 2012 de $22,4 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$ pour les 18-24 ans à $26,5 \pm 4,6 \text{ kg/m}^2$ après 65 ans.

L'IMC augmente avec l'âge

	18-24 ans	25-34 ans	34-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et +
IMC moyen	22,4	24,4	25,2	25,8	26,5	26,5

L'IMC EN FONCTION DU SEXE

Figure 21: Répartition de la population masculine et féminine par niveau d'IMC depuis 1997



38,8% des hommes et 26,3% des femmes sont en surpoids

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN FONCTION DU SEXE

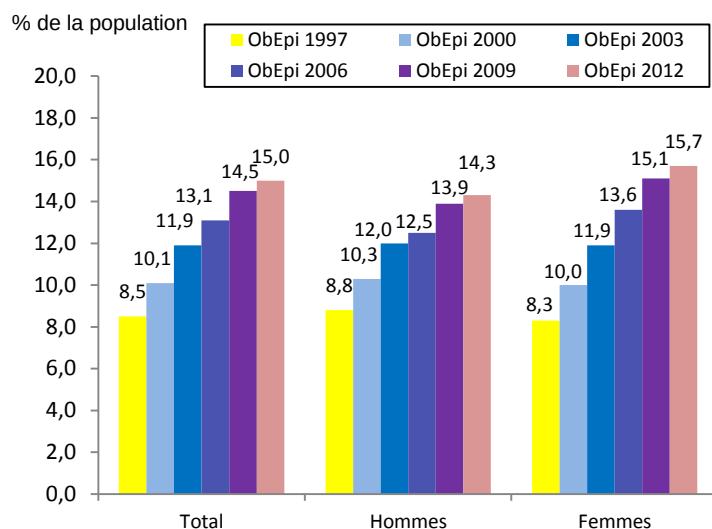


Figure 22 : Répartition des prévalences de l'obésité masculine et féminine depuis 1997

La prévalence de l'obésité a augmenté quel que soit le sexe. Mais l'augmentation relative de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2012 est plus importante chez la femme (+89,2%) que chez l'homme (+62,5%).

La prévalence globale de l'obésité est significativement différente entre hommes (14,3%) et femmes (15,7%, $p < 0.01$).

La tendance à une augmentation plus forte de la prévalence de l'obésité féminine observée depuis 2003 se confirme.

C'est en particulier le cas des obésités de classe II (IMC : 35-39,9 kg/m² ; 2,5% pour les hommes, 3,7% pour les femmes) et de classe III (IMC ≥ 40 kg/m² ; 0,6% pour les hommes, 1,6% pour les femmes).

La prévalence de l'obésité féminine tend à augmenter plus rapidement que l'obésité masculine, mais on observe un ralentissement de la progression chez les deux sexes

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN FONCTION DE L'ÂGE

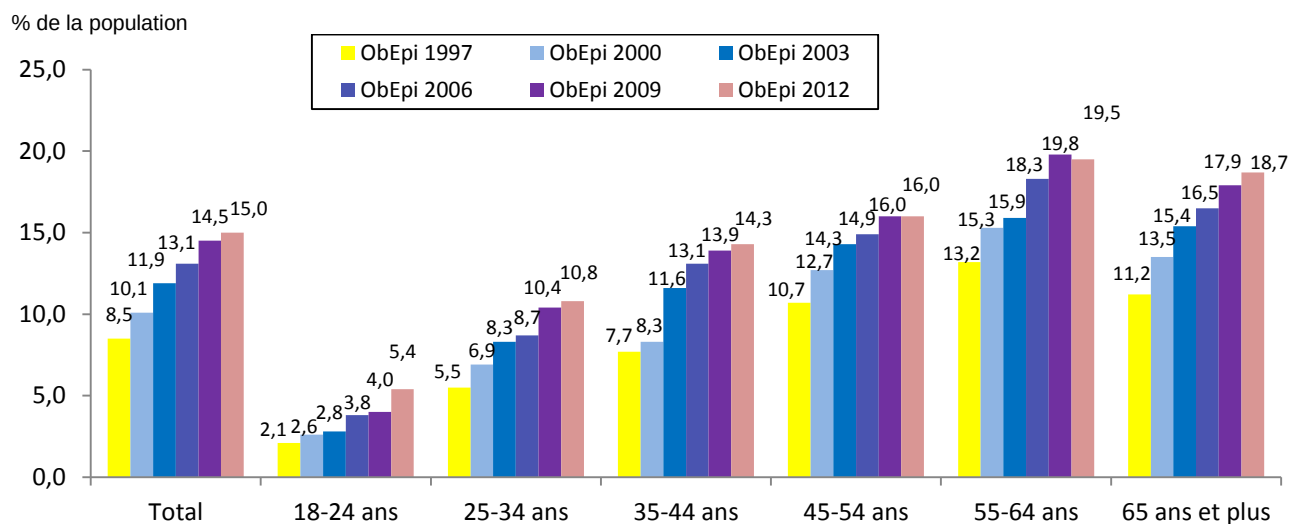


Figure 23 : Répartition de la prévalence de l'obésité par tranche d'âge depuis 1997

La prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge.

L'augmentation la plus importante entre 2009 et 2012 est celle qui touche les 18-24 ans (+ 35%).

La variation dans les autres tranches d'âge se situe entre - 1,5% et + 4,5%.

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ SELON LA GÉNÉRATION

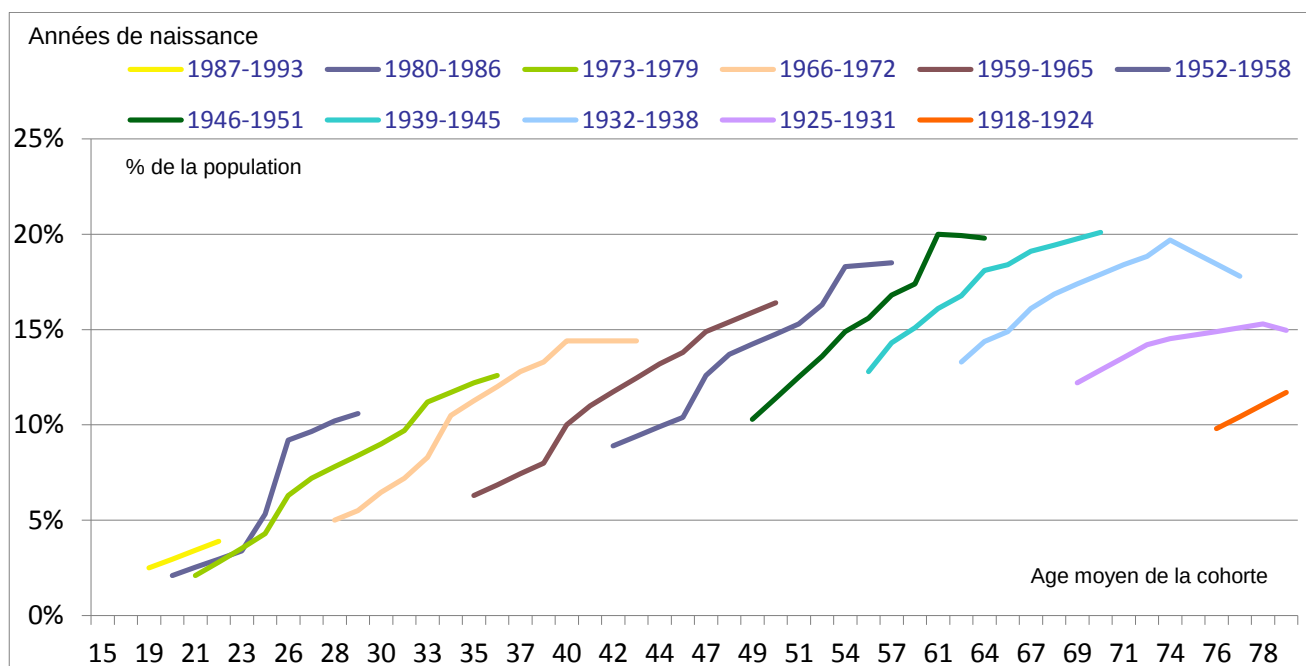


Figure 24 : Evolution de l'obésité depuis 1997 en fonction de l'année de naissance

Plus les générations sont récentes et plus le taux d'obésité de 10% est atteint précocement. Autrement dit, la génération née entre 1980 et 1986 atteint 10% d'obésité vers 28 ans alors que la génération née 20 ans plus tôt atteint 10% d'obésité vers 41 ans.

Date de naissance	1980-1986	1973-79	1966-72	1959-65	1952-58	1946-51
10% de la population obèse	28 ans	32 ans	34 ans	41 ans	45 ans	49 ans

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE EN 2012

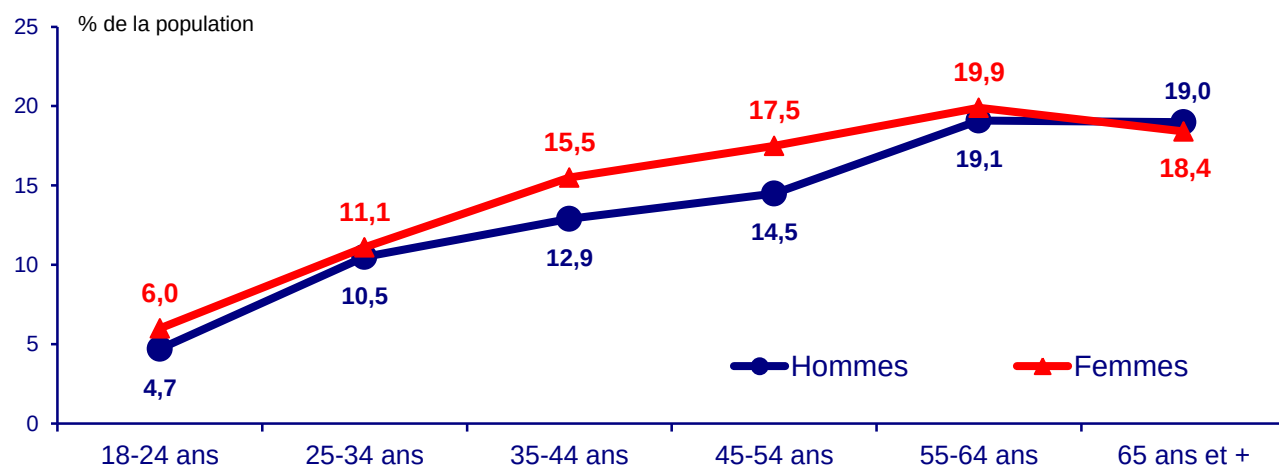


Figure 25 : Répartition de la prévalence de l'obésité par sexe et par tranche d'âge

Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Avant 55 ans, l'obésité féminine est plus importante que l'obésité masculine et cette tendance s'estompe ensuite, les courbes des deux sexes se superposant passé l'âge de la ménopause.

ÉVOLUTION DE L'IMC EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE

• Hommes

Chez les hommes, après l'âge de 25 ans, on observe une augmentation de la prévalence de l'obésité.

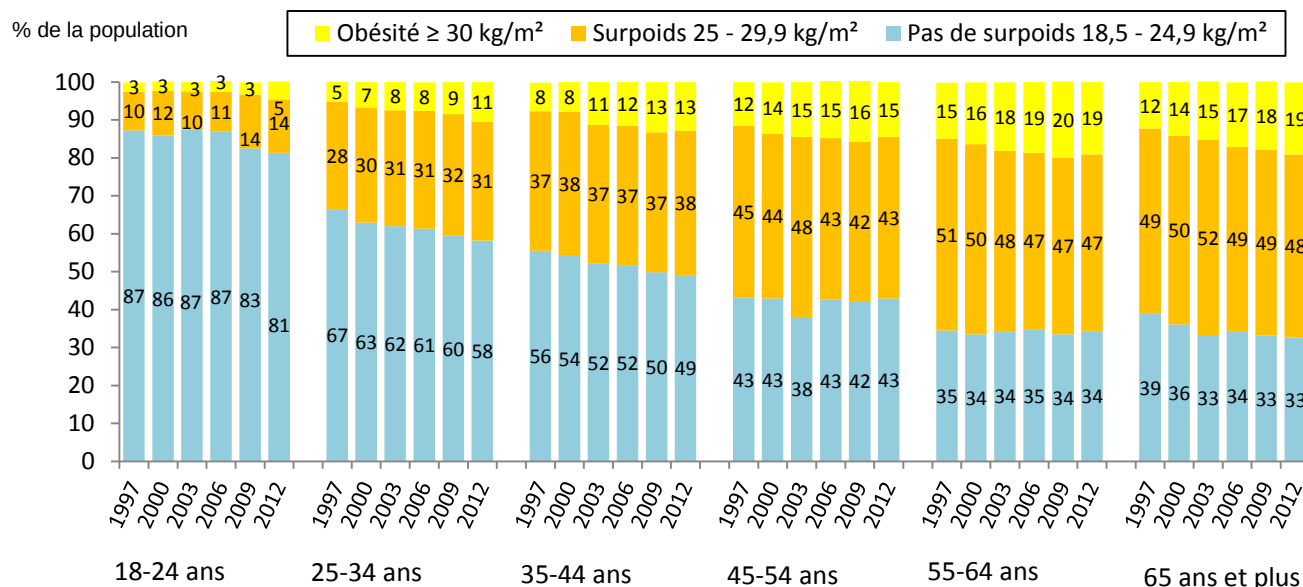


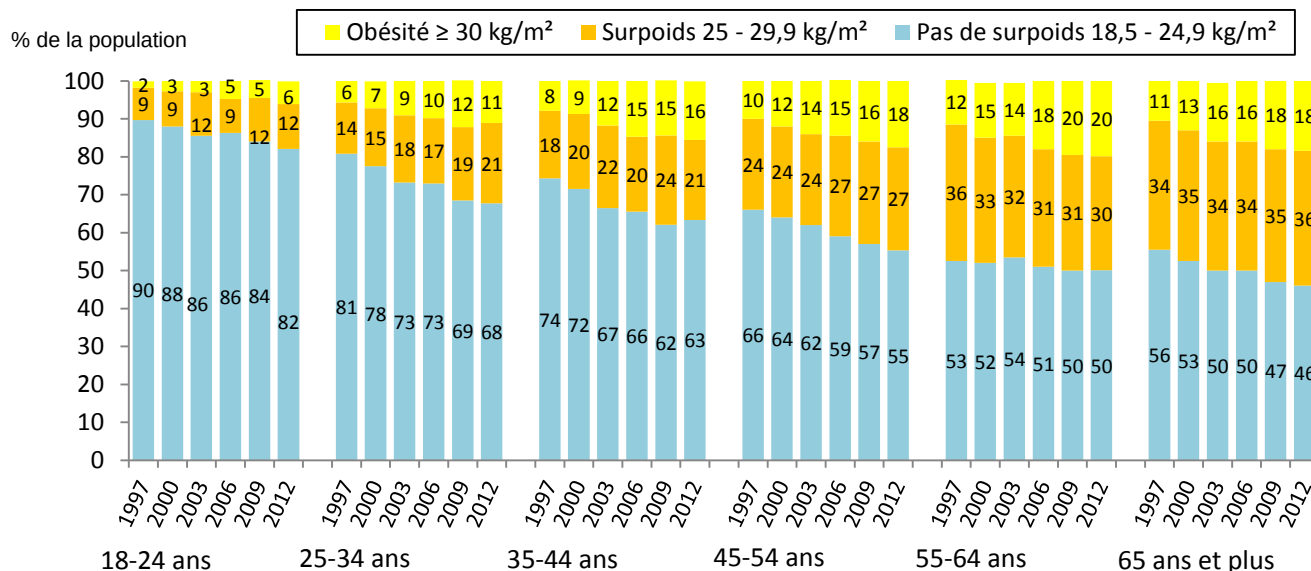
Figure 26 : Répartition de la population masculine par niveau d'IMC et par tranche d'âge depuis 1997

• Femmes

Chez les femmes, l'augmentation concerne toutes les catégories d'âge.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité est de +4% depuis 2009, +15,4% depuis 2006, +31,9% depuis 2003, +57% depuis 2000 et +89,2% depuis 1997.

Figure 27 : Répartition de la population féminine par niveau d'IMC et par tranche d'âge depuis 1997



IMC et données sociologiques

PROFESSION DE L'INDIVIDU

Malgré le ralentissement de la progression de la prévalence de l'obésité, il persiste d'importantes différences de prévalence entre catégories socio-professionnelles.

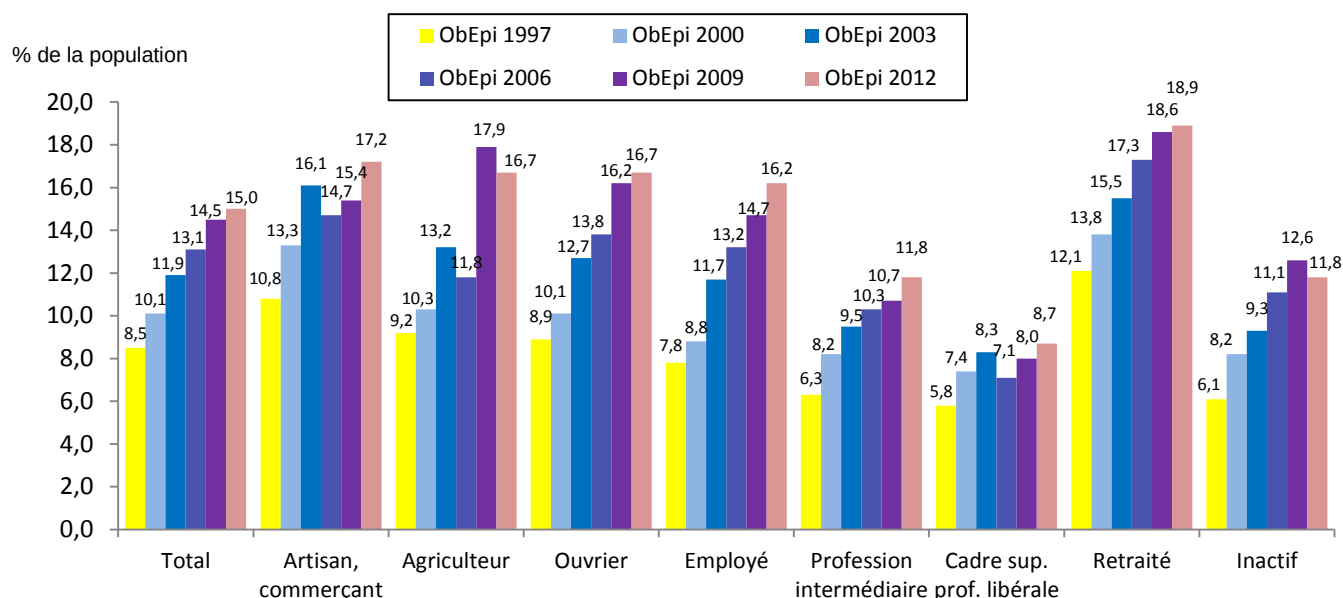


Figure 28 : Répartition de la population adulte obèse par catégorie socio-professionnelle depuis 1997

NIVEAU D'INSTRUCTION DE L'INDIVIDU

En 2012 comme dans chaque étude ObÉpi depuis 1997, niveau d'instruction et prévalence de l'obésité sont inversement proportionnels.

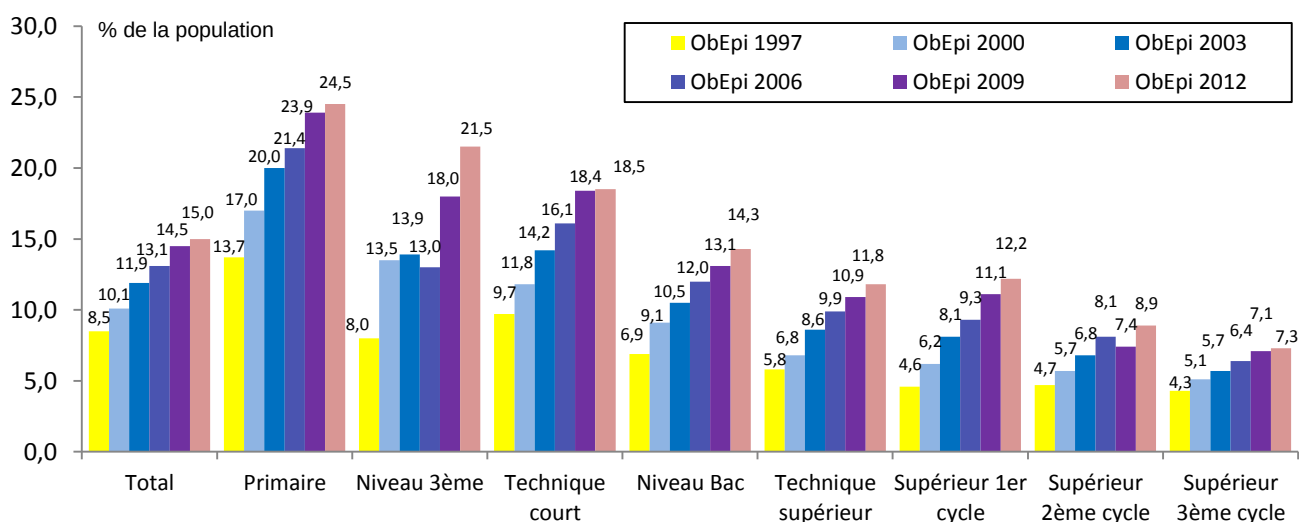


Figure 29 : Répartition de la population adulte obèse par niveau d'instruction depuis 1997

EN FONCTION DES REVENUS DU FOYER

En 2012 comme dans chaque étude ObÉpi depuis 1997, il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité.

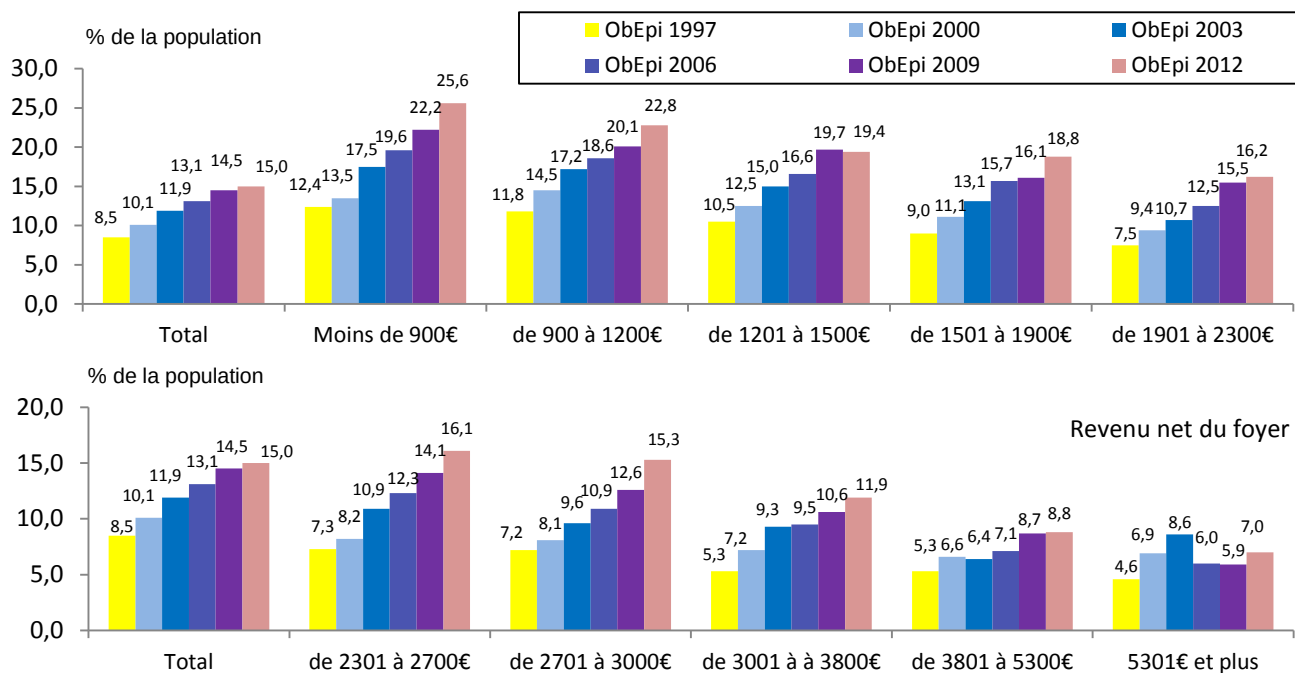


Figure 30 : Répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997

CATÉGORIE D'AGGLOMÉRATION

C'est dans les plus petites agglomérations que la zone rurale et 15,5% dans les villes de 2 000 à 20 000 habitants).

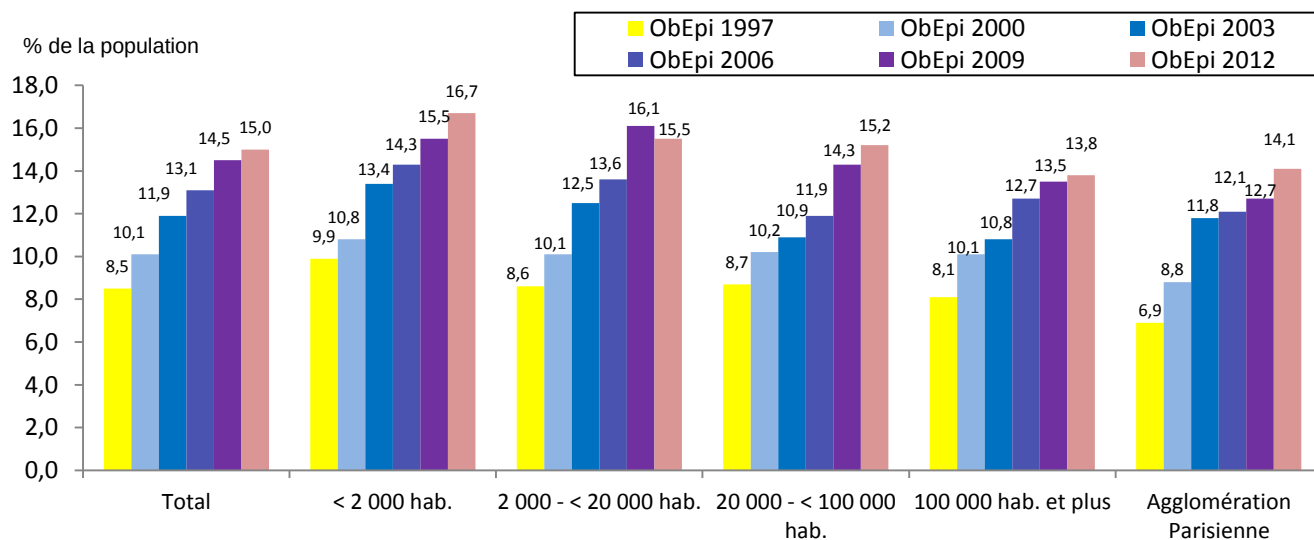


Figure 31: Répartition de la population adulte obèse par catégorie d'agglomération depuis 1997

La prévalence de l'obésité est stable dans toutes les catégories d'agglomérations

Le commentaire de l'expert : *Dr Marie-Aline CHARLES*

L'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuit dans notre pays mais avec une tendance significative à la décélération. L'augmentation estimée entre 2009 et 2012 n'est que de 0,5 %, alors qu'elle avait toujours dépassé 1 % sur la période de 3 ans séparant deux études ObÉpi jusqu'à présent. On observe en parallèle un ralentissement de la progression de l'indice de masse corporelle et du tour de taille moyens. Les disparités régionales, sociales qui étaient présentes en 1997 n'en sont cependant pas bouleversées. L'augmentation de la prévalence de l'obésité a touché entre 1997 et 2012 toutes les catégories de revenus ou d'éducation, même si elle a été moins nette dans les catégories supérieures. La décélération ne s'observe pas uniquement dans les catégories supérieures. La tendance se retrouve même dans les classes de revenus moyens. La même tendance s'observe par contre dans toutes les régions.

Depuis 2006, la prévalence de l'obésité qui était en 1997 voisine chez les hommes et les femmes est devenue significativement supérieure chez les femmes. La décélération s'observe cependant dans les deux sexes.

Il faut cependant bien souligner que la tendance évolutive de la prévalence de l'obésité est évaluée à partir d'une suite d'estimations successives par les différentes études ObÉpi. Il reste possible que des biais d'échantillonnage, de réponse voire même le hasard amènent à conclure de façon erronée à un ralentissement de la progression de la prévalence de l'obésité. Une confirmation par des études avec une méthodologie différente sera importante pour emporter la conviction. On peut cependant noter que l'on n'observe plus d'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant dans notre pays depuis les années 2000² et que dans d'autre pays comme les USA, on a observé au cours de la dernière décennie, une stabilisation de la prévalence de l'obésité chez les femmes, certes à un niveau très élevé de 35 % et une augmentation modeste chez les hommes³.

L'étude ObÉpi ne peut apporter d'élément sur la ou plus probablement les causes de cette décélération.

² Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007 — Institut de veille sanitaire

³ JAMA. 2012;307(9):970-971. doi:10.1001/jama.2012.262

CHAPITRE IV

Analyses régionales

ANALYSE PAR GROUPES DE RÉGIONS (RÉGIONS UDA8)

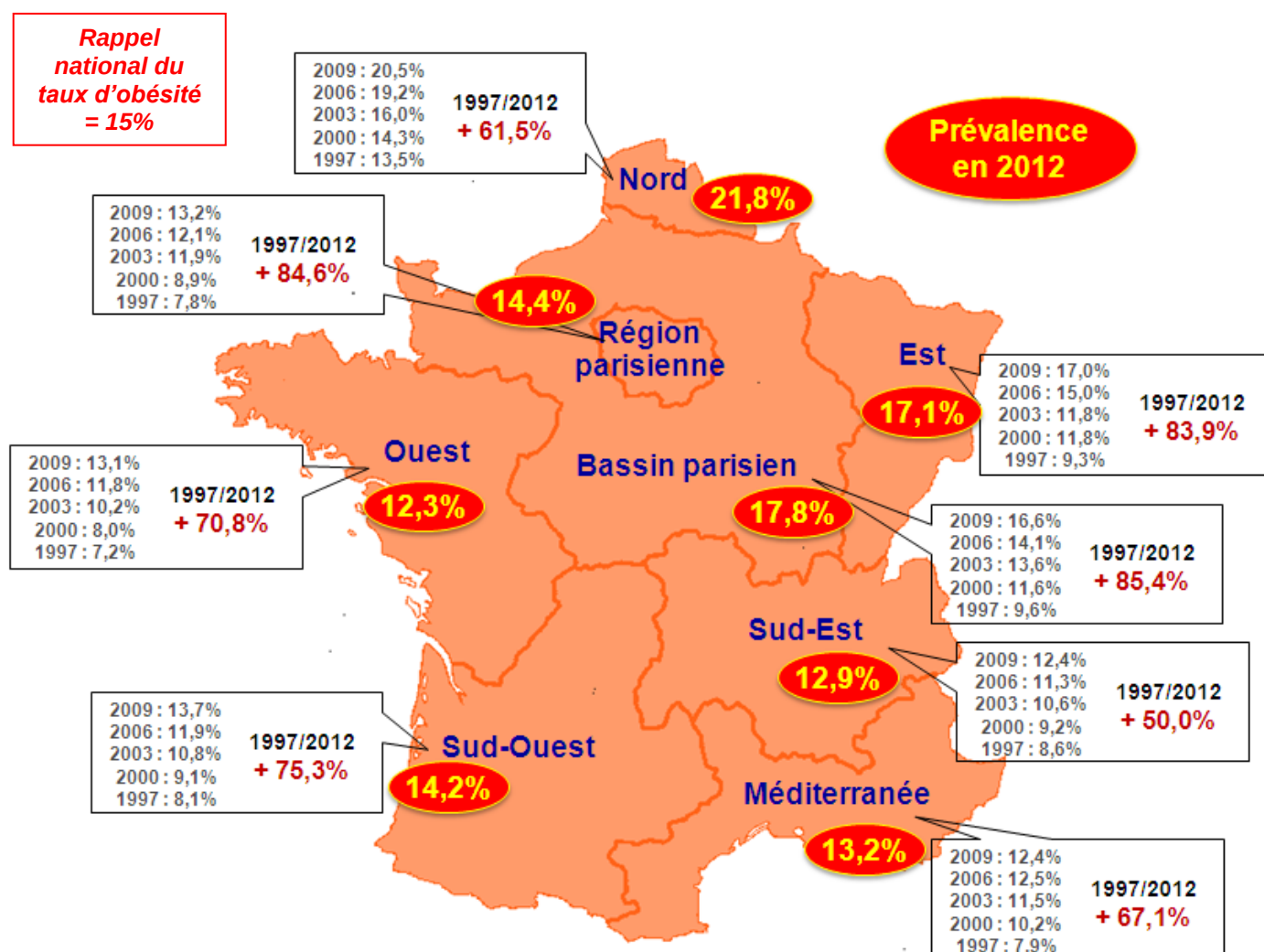


Figure 32 : Prévalence de l'obésité par région et son évolution depuis 1997

Exemple : le Nord - prévalences de l'obésité entre 1997 et 2012

2012 : 21,8% - 2009 : 20,5% - 2006 : 19,2% - 2003 : 16,0% - 2000 : 14,3% - 1997 : 13,5%

Dans cette région, la prévalence de l'obésité a augmenté de 61,5% entre 1997 et 2012

Parmi les régions UDA8, le Nord est la région à la plus forte prévalence d'obésité en 2012 (21,3%). Suivent le Bassin Parisien (17,8%) et l'Est (17,1%).

Les 5 autres régions ont des prévalences de l'obésité relativement semblables et toutes inférieures à la moyenne nationale.

Les régions subissant les plus fortes évolutions de l'obésité entre 1997 et 2012 sont la Région Parisienne avec 84,6% d'augmentation, le Bassin Parisien avec + 85,4% et l'Est avec + 83,9%.

Le Sud-Est, quant à lui, a la plus faible augmentation de prévalence ces 15 dernières années. Alors que cette région était en 1997 proche du niveau de prévalence de la moyenne nationale,

son augmentation de prévalence en 15 ans est de seulement 50% et elle compte, en 2012, 12,9% de personnes obèses (vs 15% au niveau national).

ANALYSE PAR REGIONS UDA8)

Guide de lecture des cartes régionales : exemple du Bassin Parisien

9,6 – 17,8 = Dans cette région la prévalence de l'obésité ($IMC \geq 30$) est passée de 9,6% en 1997 à 17,8% en 2012, différence significative (lorsque les chiffres sont encadrés).

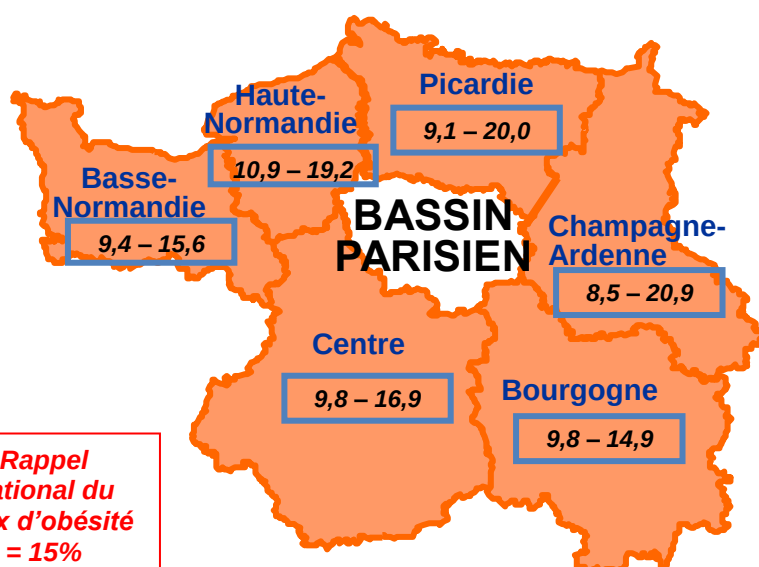
Guide de lecture des cartes régionales : exemple de l'Auvergne

11,1 – 14,4 = Dans cette région la prévalence de l'obésité ($IMC \geq 30$) est passée de 11,1% en 1997 à 14,4% en 2012, différence non significative (non encadré).

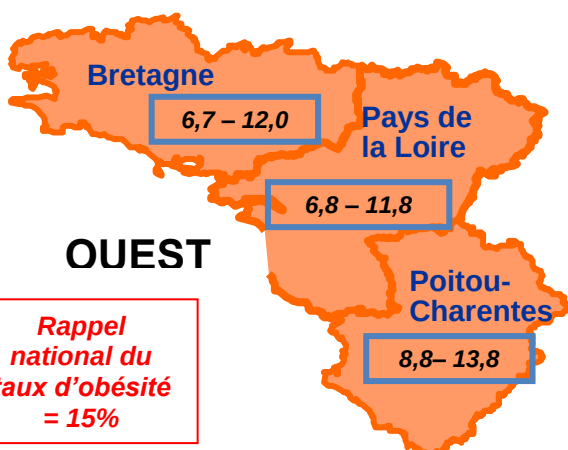
BASSIN PARISIEN

La prévalence de l'obésité est supérieure à la moyenne nationale dans toutes les régions du Bassin Parisien.

Les taux les plus élevés concernent les régions Champagne-Ardenne et Picardie où la prévalence atteint respectivement 20,9 % et 20 %.



OUEST



Les 3 régions de l'Ouest ont toutes des prévalences de l'obésité inférieures à la moyenne nationale.

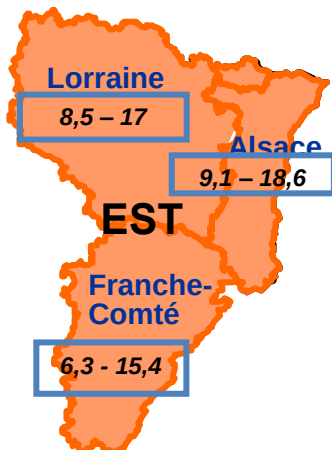
En 2012, la Bretagne compte 12 % d'obèses, les Pays de la Loire 11,8% et le Poitou-Charentes 13,8%.

EST

En 1997, la Franche Comté avait le plus faible taux de prévalence d'obésité de France, la Lorraine un des plus élevés, l'Alsace se situait un peu au-dessus de la moyenne nationale.

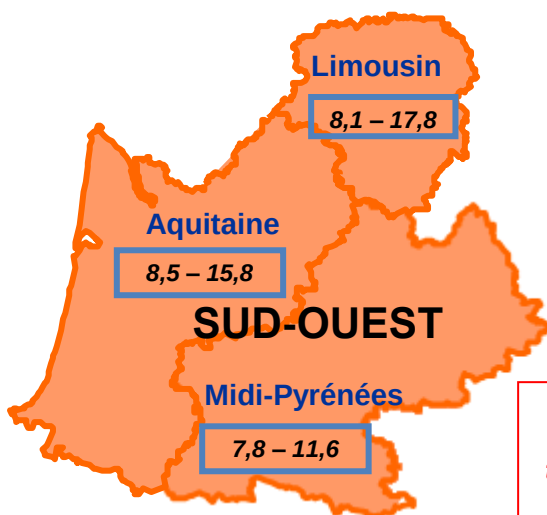
Depuis 1997, la prévalence de l'obésité augmente fortement en Alsace et dans une moindre mesure en Lorraine (respectivement

18,6% et 17 %) mais se situe toujours à un niveau supérieur à celui de la moyenne nationale. Un fort taux d'augmentation est notable en Franche-Comté (même si cette dernière reste proche de la moyenne nationale avec une prévalence de 15,4%).



**Rappel
national du
taux d'obésité
= 15%**

SUD OUEST



**Rappel
national du
taux d'obésité
= 15%**

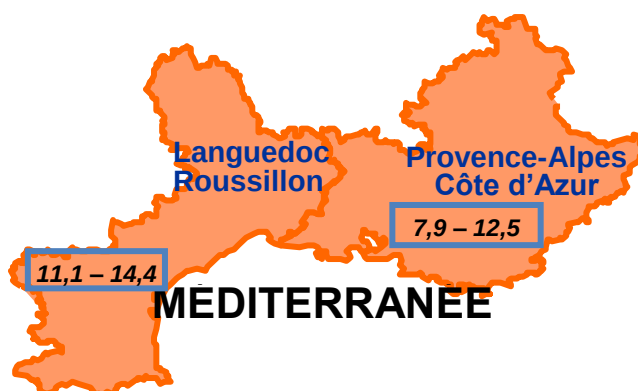
En 2009, les trois régions du Sud-Ouest étaient assez homogènes (entre 13,6% et 13,8%).

En 2012, les prévalences sur cette région sont plus hétérogènes. La prévalence de l'obésité dépasse la moyenne nationale dans le Limousin (17,8%), elle est proche de la moyenne nationale en Aquitaine (15,8%) et très en dessous en Midi-Pyrénées (11,6%).

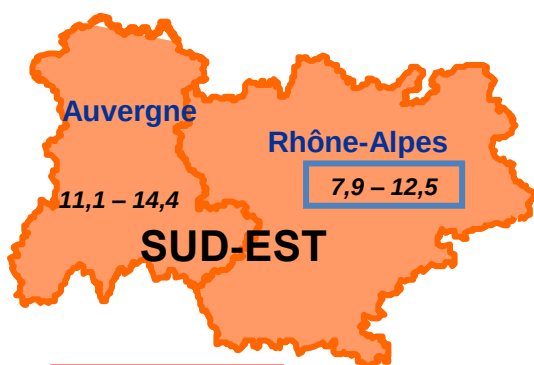
MEDITERRANEE

En 2012, PACA et Languedoc-Roussillon sont en dessous de la moyenne nationale.

*Rappel
national du
taux d'obésité
= 15%*



SUD EST



*Rappel
national du
taux d'obésité
= 15%*

En Auvergne et surtout en Rhône-Alpes les taux de prévalence de l'obésité sont inférieurs à la moyenne nationale.

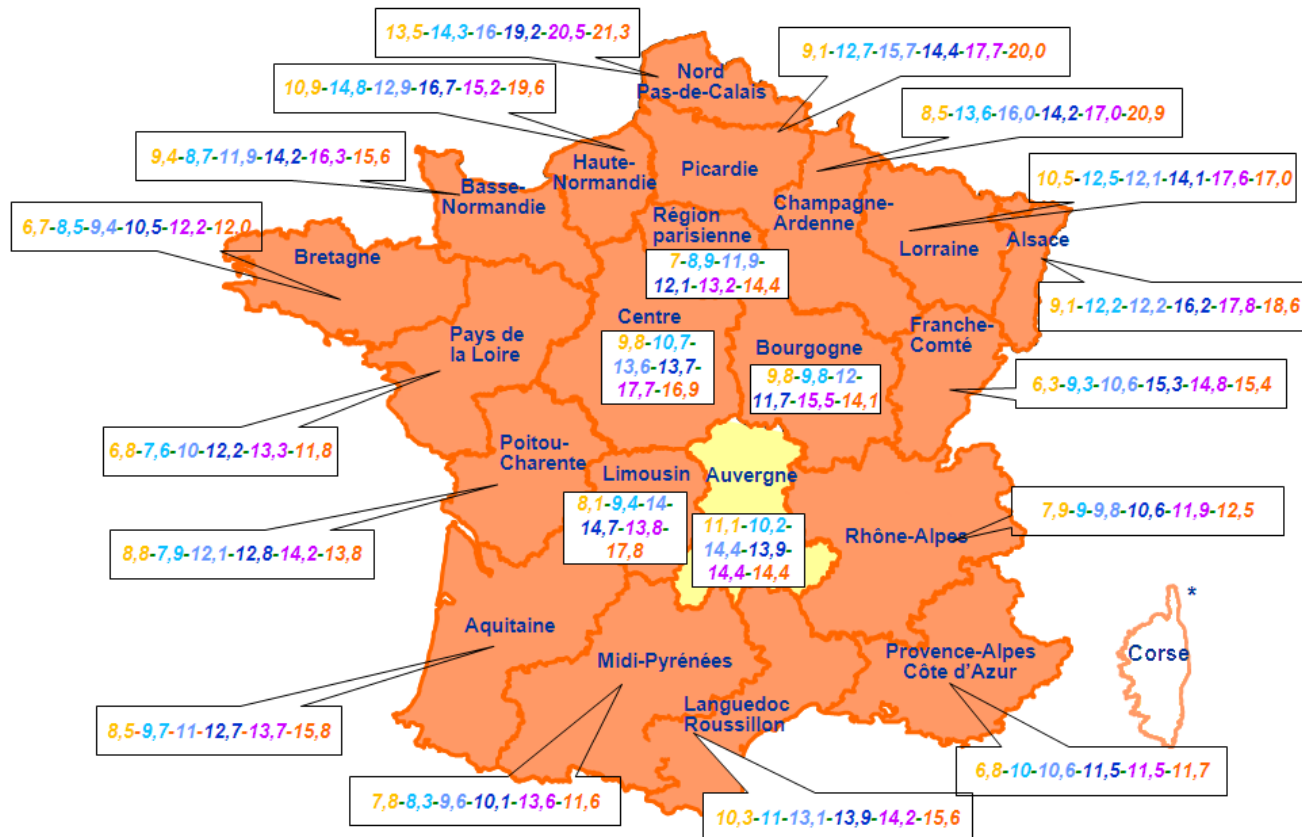
L'Auvergne est la seule région où la prévalence de l'obésité n'a pas évolué significativement depuis 1997.

REGIONS INSEE

**Rappel
national du
taux d'obésité
= 15%**

■ Régions dans lesquelles la prévalence de l'obésité n'a pas augmenté entre 1997 et 2012 (à 5% de marge d'erreur)

■ Régions dans lesquelles la prévalence de l'obésité a significativement augmenté entre 1997 et 2012 (à 5% de marge d'erreur)



Légende : prévalence de l'obésité en ...

1997 2000 2003 2006 2009 2012

Figure 33 : Prévalence de l'obésité par région depuis 1997

*Exemple : le Nord-Pas-de-Calais : 13,5-14,3-16-19,2-20,5-21,3
dans cette région la prévalence de l'obésité est passée de 13,5 en 1997 à 21,3 en 2012*

* En Corse, l'échantillon étudié étant très faible, l'évolution de la prévalence dans cette région n'est pas précisée.

	Prévalence de l'obésité en...						Évolution de la prévalence de l'obésité...					Évolution de la prévalence de l'obésité
	1997	2000	2003	2006	2009	2012	entre 1997 et 2000	entre 2000 et 2003	entre 2003 et 2006	entre 2006 et 2009	entre 2009 et 2012	entre 1997 et 2012
Alsace	9,1%	12,2%	12,2%	16,2%	17,8%	18,6%	+34,1%	+0,0%	+32,8%	+9,9%	+4,5%	+104,4%
Aquitaine	8,5%	9,7%	11,0%	12,7%	13,7%	15,8%	+14,1%	+13,4%	+15,5%	+7,9%	+15,3%	+85,9%
Auvergne	11,1%	10,2%	14,4%	13,9%	14,4%	14,4%	-8,1%	+41,2%	-3,5%	+3,6%	0	+29,7%
Basse Normandie	9,4%	8,7%	11,9%	14,2%	16,3%	15,6%	-7,4%	+36,8%	+19,3%	+14,8%	-4,3%	+66,0%
Bourgogne	9,8%	9,8%	12,0%	11,7%	15,5%	14,9%	0,0%	+22,4%	-2,5%	+32,5%	-3,9%	+52,0%
Bretagne	6,7%	8,5%	9,4%	10,5%	12,2%	12%	+26,9%	+10,6%	+11,7%	+16,2%	-1,6%	+79,1%
Centre	9,8%	10,7%	13,6%	13,7%	17,7%	16,9%	+9,2%	+27,1%	+0,7%	+29,2%	-4,5%	+72,4%
Champagne Ardenne	8,5%	13,6%	16,0%	14,2%	17,0%	20,9%	+60,0%	+17,6%	-11,3%	+19,7%	+22,9%	+145,9%
Franche Comté	6,3%	9,3%	10,6%	15,3%	14,8%	15,4%	+47,6%	+14,0%	+44,3%	-3,3%	+4,1%	+144,4%
Haute Normandie	10,9%	14,8%	12,9%	16,7%	15,2%	19,6%	+35,8%	-12,8%	+29,5%	-9,0%	+28,9%	+79,8%
Languedoc Roussillon	10,3%	11,0%	13,1%	13,9%	14,2%	15,6%	+6,8%	+19,1%	+6,1%	+2,2%	+9,9%	+51,5%
Limousin	8,1%	9,4%	14,0%	14,7%	13,8%	17,8%	+16,0%	+48,9%	+5,0%	-6,1%	+29,0%	+119,8%
Pays de Loire	6,8%	7,6%	10,0%	12,2%	13,3%	11,8%	+11,8%	+31,6%	+22,0%	+9,0%	-11,3%	+73,5%
Lorraine	10,5%	12,5%	12,1%	14,1%	17,6%	17%	+19,0%	-3,2%	+16,5%	+24,8%	-3,4%	+61,9%
Midi-Pyrénées	7,8%	8,3%	9,6%	10,1%	13,6%	11,6%	+6,4%	+15,7%	+5,2%	+34,7%	-14,7%	+48,7%
Nord Pas de Calais	13,5%	14,3%	16,0%	19,2%	20,5%	21,3%	+5,9%	+11,9%	+20,0%	+6,8%	+3,9%	+57,8%
PACA	6,8%	10,0%	10,6%	11,5%	11,5%	11,7%	+47,1%	+6,0%	+8,5%	0,0%	+1,7%	+72,1%
Picardie	9,1%	12,7%	15,7%	14,4%	17,7%	20%	+39,6%	+23,6%	-8,3%	+22,9%	+13,0%	+119,8%
Poitou-Charentes	8,8%	7,9%	12,1%	12,8%	14,2%	13,8%	-10,2%	+53,2%	+5,8%	+10,9%	-2,8%	+56,8%
Région parisienne	7,0%	8,9%	11,9%	12,1%	13,2%	14,4%	+27,1%	+33,7%	+1,7%	+9,1%	+9,1%	+105,7%
Rhône-Alpes	7,9%	9,0%	9,8%	10,6%	11,9%	12,5%	+13,9%	+8,9%	+8,2%	+12,3%	+5,0%	+58,2%
FRANCE	8,5%	10,1%	11,9%	13,1%	14,5%	15,0%	+18,8%	+17,8%	+10,1%	+10,7%	+5,3%	+76,5%

-  Régions dans lesquelles l'augmentation 1997-2012 est significative (à 5% de marge d'erreur)
-  Régions dans lesquelles l'augmentation 1997-2012 n'est pas significative (à 5% de marge d'erreur)

Tableau 2 : Prévalence de l'obésité et son évolution depuis 1997

CARTE DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN 2012

En 2012, 4 régions affichent des taux de prévalence élevés : le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée avec 21,3% (soit une prévalence près de 40% plus élevée que la moyenne) ; la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Haute Normandie avec des prévalences respectives de 20,9%, 20 % et 19,6%.

Juste derrière, deux autres régions ont également de forts taux de prévalence : l'Alsace (18,6%) et le Limousin (17,8%).

Les régions les moins touchées par l'obésité sont les régions Midi-Pyrénées (11,6%), PACA (11,7%) et Pays de la Loire (11,8%).

En résumé, 2012 confirme les disparités inter-régionales : on observe toujours un gradient Nord-Sud : 21,3% dans le Nord-Pas de Calais et 11,6% dans la région Midi-Pyrénées ; de même qu'un gradient Est-Ouest : 18,6% en Alsace et 12 % en Bretagne.

ÉVOLUTION GLOBALE ENTRE 1997 ET 2012

Globalement les régions dans lesquelles la prévalence de l'obésité était, en 1997, inférieure à la moyenne nationale restent en dessous de la moyenne également en 2012 (Bretagne, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, PACA, Région Parisienne et Rhône-Alpes). Seule exception, la Franche-Comté, en dessous en 1997 passe légèrement au-dessus de la moyenne en 2012 mais affiche, en revanche, une des plus fortes augmentations en 15 ans.

Citons également, dans les régions qui connaissent les plus fortes augmentations en 15 ans : l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Région Parisienne.

CHAPITRE V

Obésité et facteurs de risque cardio-vasculaires

HTA

- Dans cette population adulte, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) traitée est de 17,6%. Cette prévalence augmente avec l'âge.
- En 2012, le risque d'être traité pour hypertension artérielle est multiplié par 2,3 chez les sujets en surpoids et par 3,6 chez les personnes obèses par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m².

DYSLIPIDEMIES

- 17,2% des hommes et 14,7% des femmes ($p < 0,01$) déclarent être traités pour un excès de cholestérol ou de triglycérides.
- La prévalence des dyslipidémies traitées est multipliée par 2,2 en cas de surpoids et par 2,7 en cas d'obésité par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m².

DIABETE

- 5,8% des adultes de 18 ans et plus déclarent être traités pour un diabète, régime seul compris ; 0,3% pour un diabète de type 1 ou indéterminé¹, et 5,5% pour un diabète de type 2. Les hommes sont plus fréquemment diabétiques (6,7%) que les femmes (4,9%) $p < 0,01$.

¹ Diabète indéterminé (0.1%) : individu sous insuline seule dont l'âge au diagnostic est inconnu ou individu sous insuline seule diagnostiqué avant 45 ans mais dont le délai entre diagnostic et mise sous insuline est inconnu.

AUTRES FACTEURS DE RISQUE

- En 2012, on recense 17,1% de fumeurs, soit une baisse de 8,1% par rapport à 2009 (18,6%).
- En dehors du tabagisme, la proportion d'individus présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires associés augmente avec l'IMC. La probabilité d'avoir 3 facteurs de risque cardio-vasculaires traités chez les obèses est 14 fois plus importante que chez les sujets de corpulence normale, et 5 fois plus en cas de surpoids.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITEE EN 2012

En 2012, 17,6% de la population globale déclare être traitée pour de l'hypertension artérielle soit une prévalence moindre qu'en 2009 (18,4%, $p < 0,05$) sans différence entre homme et femmes (respectivement 17,4% et 17,9%).

La prévalence de l'hypertension artérielle traitée augmente avec l'âge ; quasi absente chez les 18-24 ans (0,2%), elle concerne 44,3% des 65 ans et plus. Cette augmentation est identique dans les deux sexes (45,7% chez les hommes de 65 ans et plus et 43,1% chez les femmes du même âge).

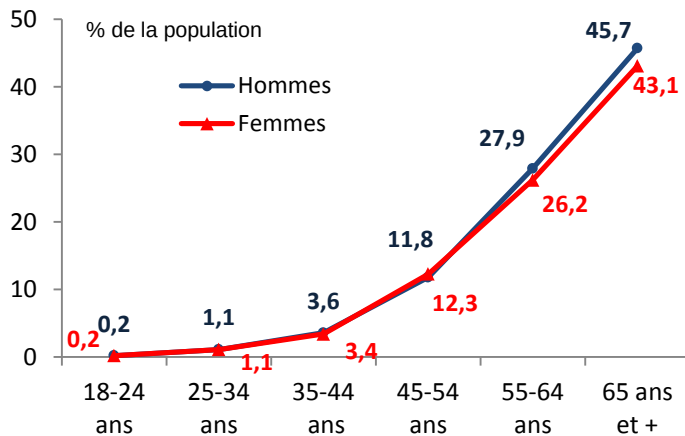


Figure 34 : Prévalence de sujets déclarant être traités pour de l'hypertension artérielle en fonction du sexe et de l'âge

17,4% des hommes et 17,9% des femmes déclarent avoir un traitement pour HTA

PRÉVALENCE DU TRAITEMENT DE L'HTA EN FONCTION DE L'IMC

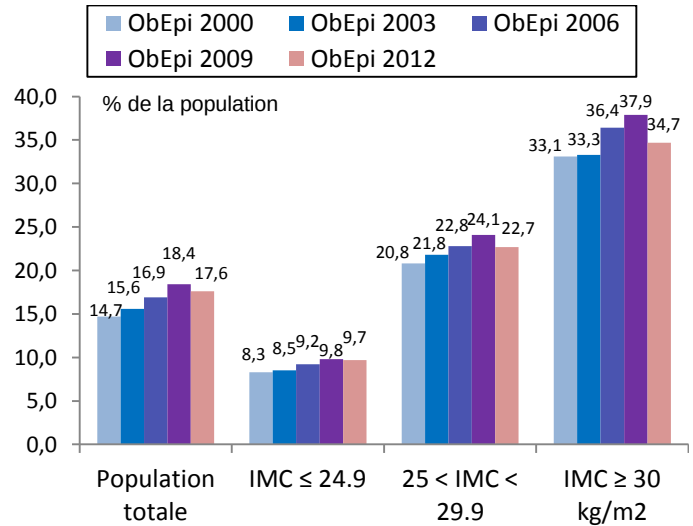


Figure 35 : Prévalence de sujets déclarant être traités pour de l'hypertension artérielle en fonction de l'IMC depuis 2000

Près de 2,3 fois plus de traitement de l'hypertension en cas de surpoids, et 3,6 fois plus en cas d'obésité (par rapport aux sujets avec $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$)

DYSLIPIDEMIES

PRÉVALENCE DES TRAITEMENTS POUR DYSLIPIDÉMIES EN 2012

15,9% de la population déclare être traitée pour une dyslipidémie.

Les hommes sont plus fréquemment traités pour dyslipidémie (17,2% versus 14,7% pour les femmes, $p < 0,01$).

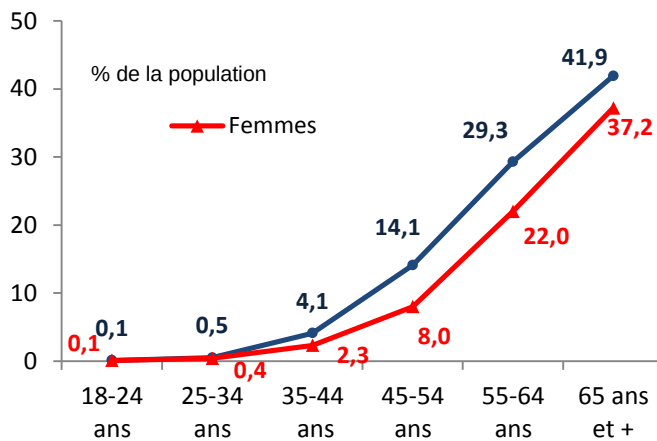


Figure 36 : Prévalence des sujets déclarant être traités pour dyslipidémies par âge et par sexe

17,2% des hommes et 14,7% des femmes déclarent recevoir un traitement pour une dyslipidémie

PRÉVALENCE DES PERSONNES DECLARANT ETRE TRAITEES POUR UNE DYSLIPIDÉMIE EN FONCTION DE L'IMC ET ÉVOLUTION DEPUIS 2000

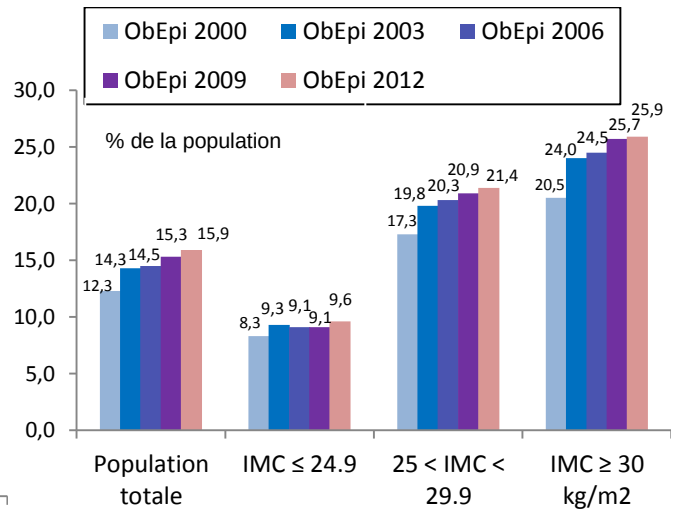


Figure 37 : Prévalence des dyslipidémies traitées déclarées en fonction de l'IMC depuis 2000

2,2 fois plus de personnes déclarent être traitées pour une dyslipidémie en cas de surpoids, 2,7 fois plus en cas d'obésité (versus des sujets de corpulence normale)

DIABETE TRAITE

PRÉVALENCE DES PERSONNES DECLARANT UN TRAITEMENT POUR LE DIABETE EN 2012

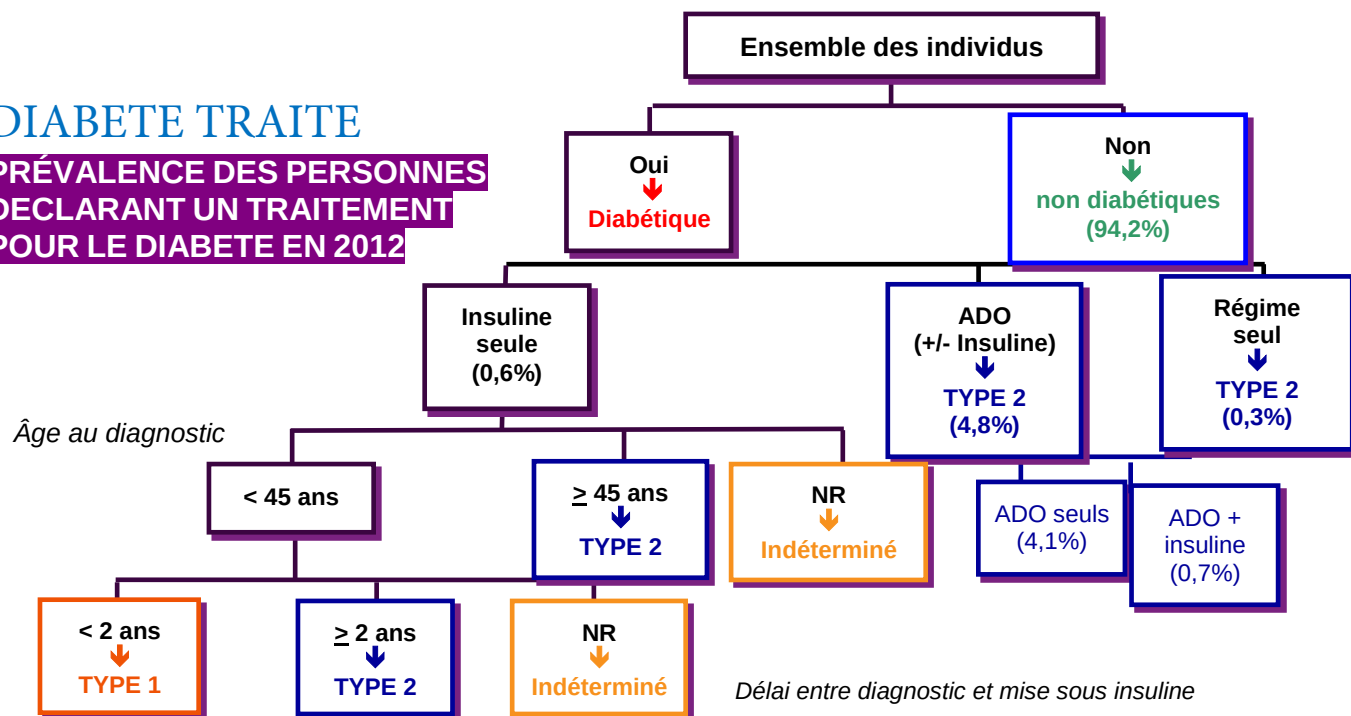


Figure 38 : Méthodologie utilisée pour définir le type de diabète type 1 ou type 2

5,8% des Français déclarent être traités pour un diabète (comprenant aussi ceux traités par régime seul) : 0,3% par régime alimentaire seulement, 4,8% par antidiabétiques oraux (avec ou sans insuline) et 0,7 % par insuline seule (dont 0,4% des diabétiques de type 2)

**Prévalence du traitement du diabète
5,8% de la population,
dont 5,5% de diabétiques de type 2**

Les hommes sont plus fréquemment diabétiques (6,7%) que les femmes (4,9%) $p < 0,01$.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge passant de 0,5% entre 18 et 24 ans à 14,2% à partir de 65 ans.

Si globalement les hommes déclarent plus fréquemment être traités pour le diabète que les femmes, il existe des différences selon les tranches d'âge. Ainsi, la prévalence du diabète augmente plus nettement chez les hommes après 45 ans.

PRÉVALENCE DU TRAITEMENT POUR DIABÈTE EN FONCTION DE L'IMC DEPUIS 2000

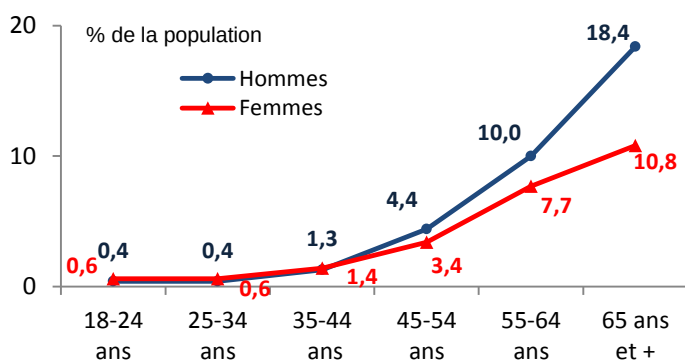


Figure 39 : Prévalence du traitement pour diabète par âge et par sexe

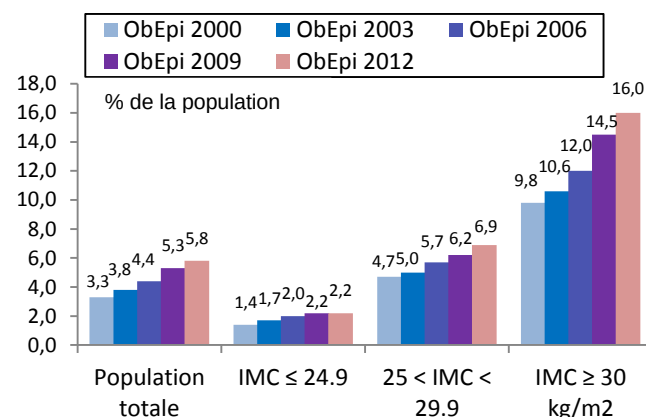


Figure 40 : Prévalence du traitement pour diabète en fonction de l'IMC depuis 2000

Près de 3 fois plus de personnes déclarent un diabète traité ou sous régime seul en cas de surpoids, 7 fois plus en cas d'obésité versus des sujets de corpulence normale

Parmi les diabétiques de type 2, 43,1 % sont obèses. On observe un écart important de ce taux selon le sexe puisque 39,9 % des hommes diabétiques de type 2 sont obèses contre 47 % des femmes diabétiques de type 2.

TABAGISME

TABAGISME PAR SEXE ET AGE

17,1% des adultes français déclarent fumer actuellement.

Le nombre de fumeurs continue de diminuer. Ces derniers représentaient 18,6% de la population en 2009, 19,1% en 2006, 20,3% en 2003 et 20,2% en 2000.

Les hommes sont toujours plus fumeurs (20,6% versus 13,9% pour les femmes, $p < 0,01$). La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (28,7% pour les hommes versus 21,7% pour les femmes). Après 54 ans, la proportion de fumeurs diminue régulièrement.

Les personnes présentant une obésité classe III ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) sont moins souvent tabagiques que les autres : 9,7% de fumeurs versus 17,1% sur le plan national ; un phénomène que l'on observe aussi parmi les obésités de classes I et II, mais dans une moindre mesure : 13,5% de fumeurs.

Moins de fumeurs qu'en 2009 : 17,1% ; mais en 2012, entre 25 et 34 ans, plus d'une femme sur cinq et d'un homme sur quatre déclarent

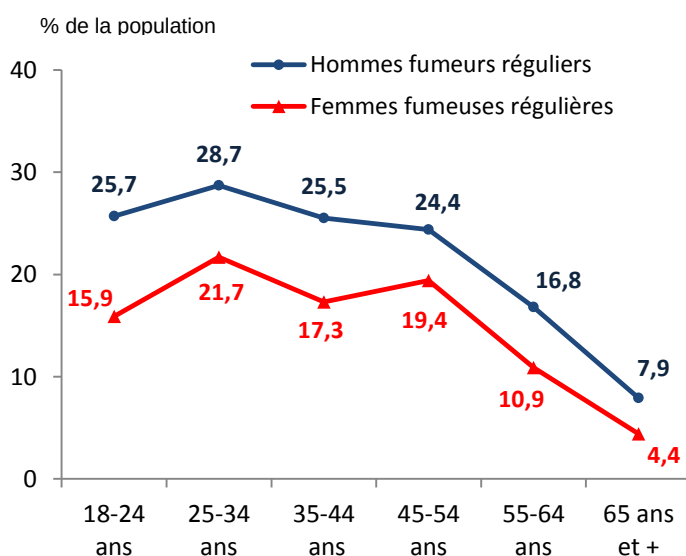


Figure 41 : Prévalence des fumeurs réguliers (déclarés) en fonction de l'âge et du sexe

COMBINAISON ET ÉVOLUTION DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRES EN FONCTION DE L'IMC, HORS TABAGISME DEPUIS 2000

La combinaison de l'association des facteurs de risque traités augmente avec l'IMC dans les mêmes proportions en 2012 que dans les précédentes études.

La probabilité d'avoir l'association de 3 facteurs de risque cardio-vasculaires traités est 14 fois plus importante chez les sujets obèses et 5 fois plus importante chez les sujets en surpoids que chez les individus à corpulence normale.

La prévalence de l'association de deux facteurs de risque traités est près de 4 fois plus importante chez les personnes obèses et 3 fois plus importante en cas de surpoids.

La prévalence de l'association de traitements de 3 facteurs de risque est 14 fois plus élevée en cas d'obésité et 5 fois plus en cas de surpoids

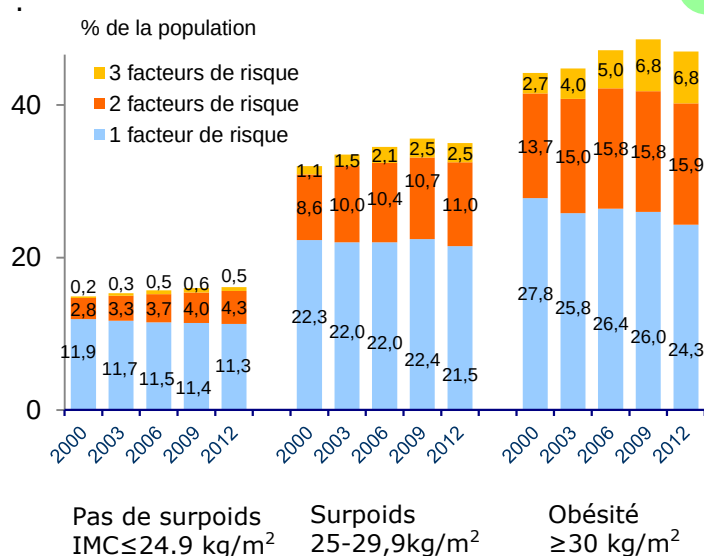


Figure 42 : Prévalence de sujets avec 1, 2 ou 3 facteurs de risque par niveau d'IMC depuis 2000

Le commentaire de l'expert : *Pr Arnaud BASDEVANT*

Les données sur l'association entre le degré de corpulence et les facteurs de risque sont classiques. Elles confortent les préoccupations actuelles concernant l'impact santé et l'impact médico-économique de l'excès de poids. Au-delà de ce constat renouvelé, il faut maintenant à partir des recherches sur les mécanismes fondamentaux qui lient adiposité et pathologie cardiométabolique, ouvrir des voies nouvelles pour la prévention et le traitement qu'il s'agisse d'actions médicales, pharmacologiques ou autres et non médicales sur les modes de vie et l'environnement....

CHAPITRE VI

Personnes âgées de 65 ans et plus

La distribution de l'IMC et les relations entre IMC et facteurs de risque chez les 65 ans et plus ont peu été étudiées. Une originalité de l'étude ObEpi depuis 2003 est de fournir des informations sur cette partie importante de la population. Dans l'enquête ObEpi 2012, ont été analysés ces paramètres dans un groupe représentatif de 5 934 individus âgés de 65 ans et plus, hors institution.

- Cet échantillon des 65 ans et plus inclut une majorité de femmes (55,8%).
- Cette population a un **poids moyen de 72,4 kg équivalent** à l'ensemble des individus âgés de 18 ans ou plus.
- La proportion de personnes **obèses est plus importante** que dans le reste de la population : **18,7%**. Elle est comparable chez les hommes (19%) et les femmes (18,4%).
- **La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge à partir de 65 ans**, elle est de 21,8% chez les 65-69 ans et de 16% chez les 80 ans et plus. Cette diminution est plus marquée chez les hommes (réduction de 9 points) que chez les femmes (réduction de 3 points).
- Comme dans la population adulte générale, on retrouve la relation inversement proportionnelle entre revenus et prévalence de l'obésité.
- **Les régions** où les prévalences de l'obésité sont les plus **élevées** chez les 65 ans et plus sont **l'Alsace : 31,4%** et la **Picardie : 30,9%**.

- Le pourcentage de traitement déclaré de l'hypertension artérielle traitée et de dyslipidémies traitées est respectivement de 44,3% et 39,3% après 65 ans. Un traitement pour le diabète est noté chez 18,4% des hommes et 10,8% des femmes.

RÉPARTITION SELON LE SEXE ET DONNÉES SOCIOLOGIQUES

Les échantillons se composent de 5 934 individus pour l'analyse de l'IMC et des facteurs de risque et portent sur 5 248 individus pour l'analyse du tour de taille.

RÉPARTITION SELON L'ÂGE

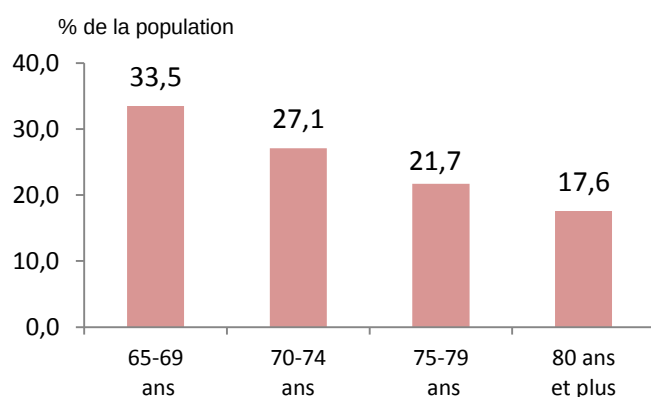


Figure 43 : Répartition par classe d'âge de la population âgée de 65 ans et plus

Dans l'échantillon des 65 ans et plus, on retrouve 55,8% de femmes et 44,2% d'hommes.

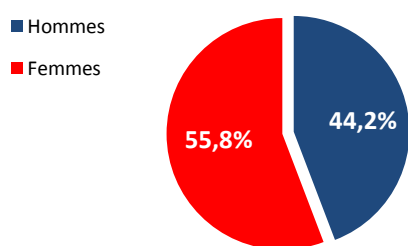


Figure 44 : Répartition par sexe de la population âgée de 65 ans et plus

Les 65 ans et plus habitent pour environ 48% d'entre eux dans des agglomérations de 100 000 habitants et plus, 17,7% d'entre eux ont un niveau d'études supérieures (niveau Bac+2 ou plus). 68,8% sont en couple et 31,2% vivent seuls.

IMC moyen des plus de 65 ans : $26,5 \pm 4,6 \text{ kg/m}^2$

POIDS, TAILLE ET IMC

Ces sujets ont un poids moyen de 72,4 kg, équivalent à celui de l'ensemble des adultes (18 ans ou plus : 72,5 kg).

Leur taille moyenne est de $165,1 \pm 8,6 \text{ cm}$, inférieure à celle de la population des adultes : $168,7 \pm 9,4 \text{ cm}$.

L'interprétation de l'IMC chez les personnes âgées pose problème compte tenu de la diminution de la taille liée à l'ostéoporose surtout chez les femmes. L'interprétation des données doit tenir compte de cette évolution de la taille.

Un poids identique à la population adulte, mais une taille inférieure

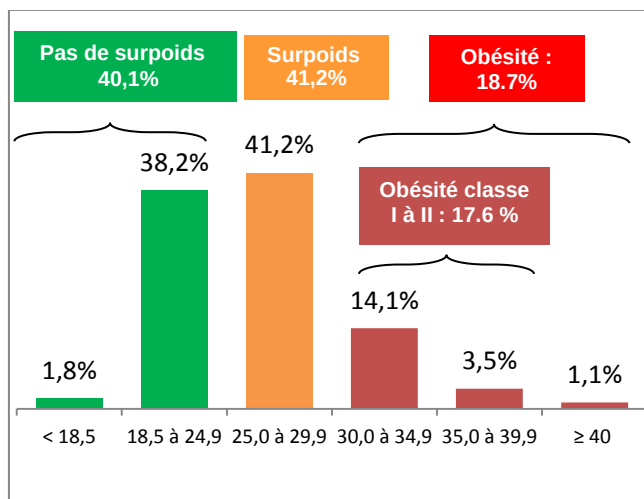


Figure 45 : Répartition de la population âgée de 65 ans et plus en fonction de son niveau d'IMC

18,7% d'entre eux sont obèses ; score comparable chez les hommes (19%) et les femmes (18,4%).

En revanche, 48,3% des hommes sont en surpoids contre 35,6% des femmes ($p < 0,01$).

19% des hommes et 18,4% des femmes de 65 ans et plus présentent un IMC supérieur au seuil défini pour l'obésité chez l'adulte

On note la même tendance que dans la population générale avec une prévalence de l'obésité inversement proportionnelle aux niveaux de revenus.

Les régions où l'obésité des personnes âgées est la plus élevée sont l'Alsace : 31,4%, la Picardie : 30,9%, la Lorraine : 24,8%, le Nord : 24,7% et la Haute Normandie : 24,5%.

IMC EN FONCTION DE L'ÂGE À PARTIR DE 65 ANS

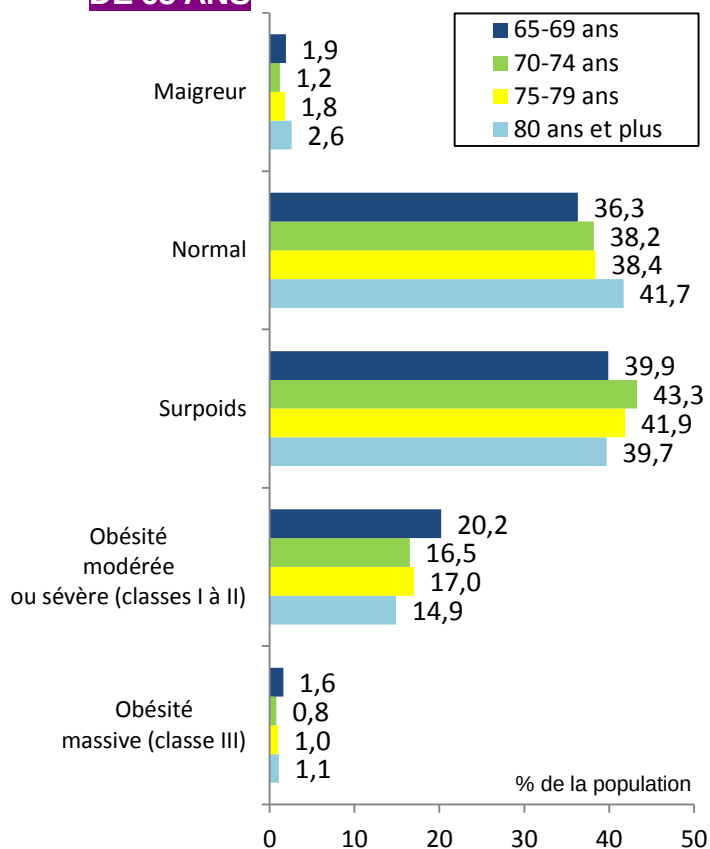


Figure 46 : Répartition par classe d'âge de la population âgée de 65 ans et plus en fonction de son niveau d'IMC

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE

La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge, elle est de 21,8% chez les 65-69 ans et de 16% chez les 80 ans et plus. Cette diminution s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

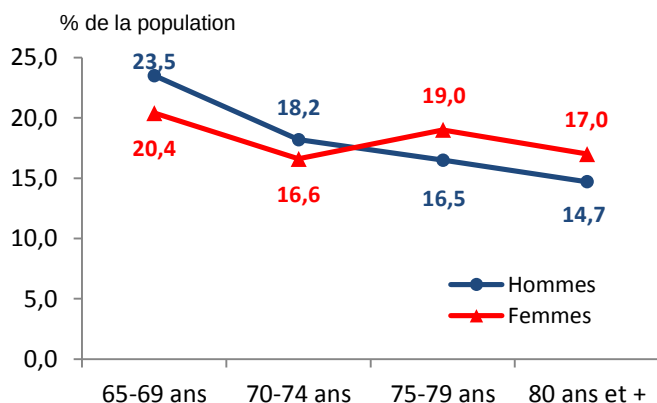


Figure 47 : Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge de la population âgée de 65 ans et plus

TOUR DE TAILLE

Chez les individus de 65 ans et plus, le tour de taille moyen est de $94,2 \pm 13,4$ cm contre $90,5 \pm 14,1$ cm pour l'ensemble des adultes français. Chez les personnes non obèses, on note un tour de taille élevé à $90,9 \pm 11,3$ cm.

75,6% des individus âgés de 65 ans et plus ont un tour de taille au-dessus du seuil IDF et 49,2% au-dessus du seuil NCEP.

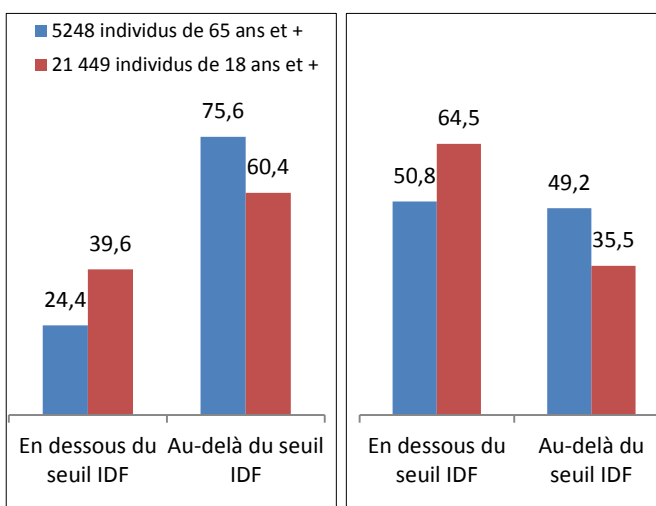


Figure 48 : Répartition de la population adulte/sujets de plus de 65 ans (en %) en fonction des valeurs seuil de tour de taille

FACTEURS DE RISQUE

PRÉVALENCE DU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN 2012

44,3% des sujets âgés de 65 ans et plus déclarent prendre un traitement pour l'hypertension artérielle. La population d'hypertendus traités augmente avec l'âge, passant de 38,9% chez les 65-69 ans à 51% chez les 80 ans et plus. A partir de 75 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle traitée devient comparable entre homme et femme.

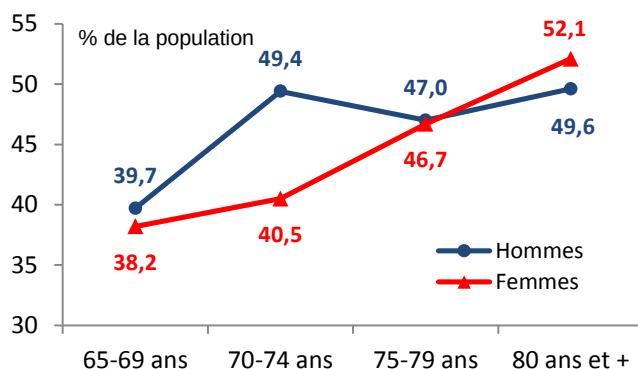


Figure 49 : Prévalence de sujets déclarant être traités pour de l'hypertension artérielle en fonction de l'âge et du sexe dans la population de 65 ans et plus

PRÉVALENCE DES TRAITEMENTS POUR DYSLIPIDÉMIES EN 2012

39,3% des sujets déclarent être traités pour dyslipidémie, dans une proportion plus importante chez les hommes (41,9%) que chez les femmes (37,2%) ($p < 0,01$).

La prévalence des dyslipidémies traitées a tendance à diminuer avec l'âge, en particulier à partir de 80 ans.

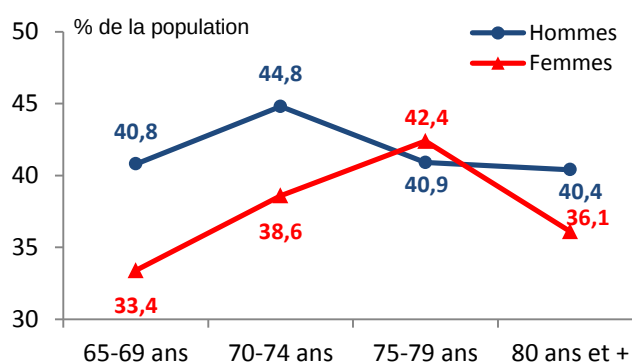


Figure 51 : Prévalence des dyslipidémies traitées déclarées en fonction de l'âge et du sexe dans la population de 65 ans et plus

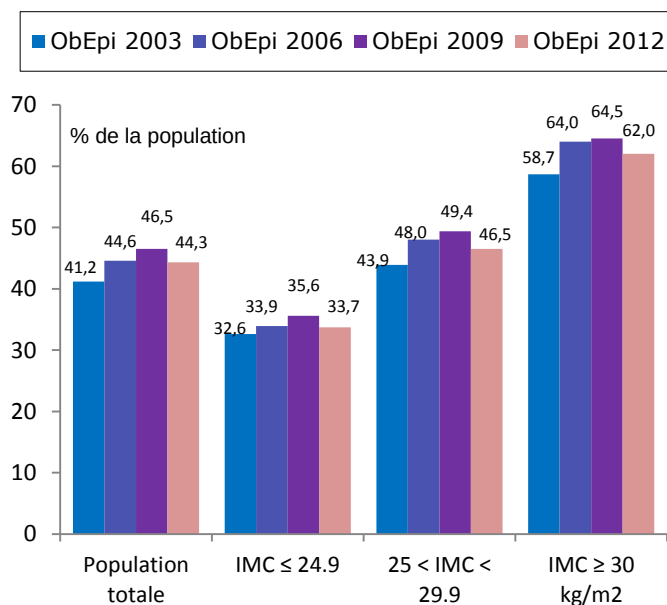


Figure 50 : Prévalence de sujets déclarant être traités pour de l'hypertension artérielle (HTA) en fonction du niveau d'IMC dans la population de 65 ans et plus depuis 2003

L'HTA est le facteur de risque traité le plus courant chez les 65 ans et plus

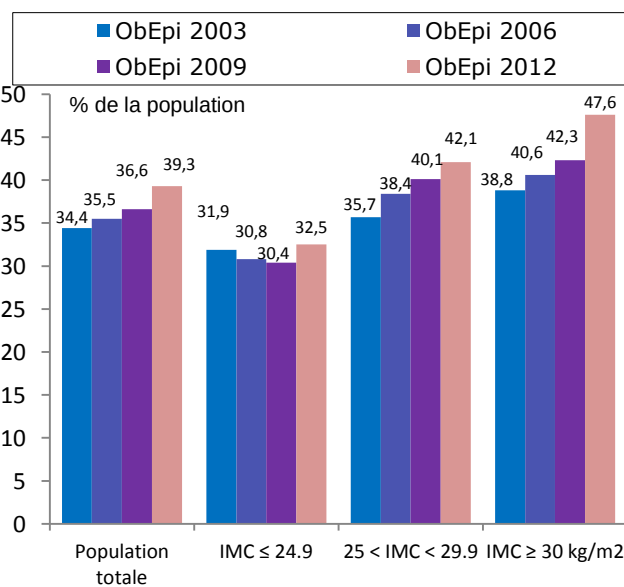


Figure 52 : Prévalence des traitements pour dyslipidémies en fonction de l'IMC dans la population de 65 ans et plus depuis 2003

Une prévalence des dyslipidémies traitées plus importante chez les hommes que chez les femmes et qui baisse à partir de 80 ans (quel que soit le sexe)

PREVALENCE DES PERSONNES DECLARANT UN TRAITEMENT POUR DIABETE

14,2% des plus de 65 ans déclarent être traités pour un diabète : 0,8% suivent seulement un régime diététique, 12,1% prennent un traitement en comprimés (avec ou sans insuline), et 1,3% sont sous insuline seule. Les hommes sont plus fréquemment diabétiques (18,4% vs femmes : 10,8%, $p<0,01$).

Les prévalences des deux types de diabète sont plus importantes chez les hommes : 0,3% versus moins de 0,1% ($p<0,01$) pour un diabète de type 1 et 18% versus 10,8% ($p<0,01$) pour un diabète de type 2.

La prévalence du diabète atteint son plus bas niveau entre 70 et 74 ans (15,2%) chez les hommes tandis qu'il atteint son plus haut niveau chez les femmes après 75 ans (11,5%).

ObEpi 2003 ObEpi 2006
ObEpi 2009 ObEpi 2012

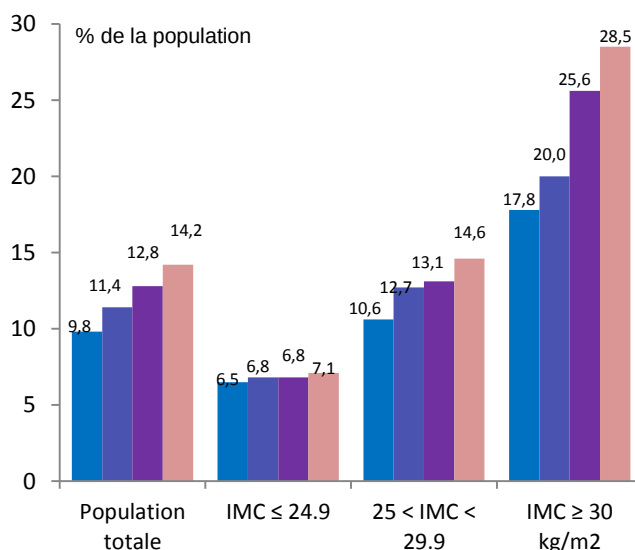


Figure 54 : Prévalence du traitement déclaré pour diabète selon l'IMC depuis 2003

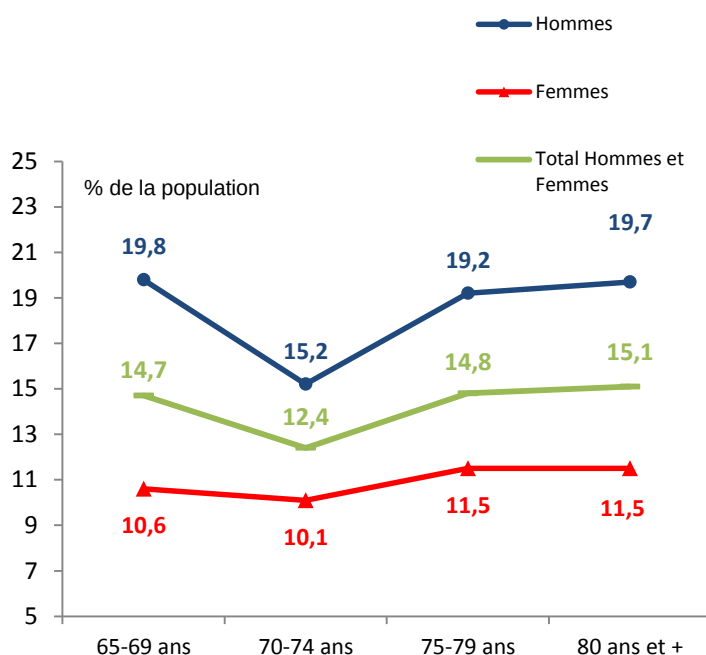


Figure 53 : Prévalence des traitements pour diabète en fonction de l'âge et du sexe dans la population de 65 ans et plus

CHAPITRE VII

Informations nouvelles

L'enquête 2012 a été enrichie d'une série de questions permettant de mieux analyser les relations entre précarité sociale et obésité et la relation entre excès de poids et certaines complications jusqu'à présent non étudiées.

PERCEPTION DE LA SITUATION FINANCIERE DU FOYER - 2012

Au-delà des « revenus » du foyer en €, il est apparu intéressant d'ajouter un nouveau critère, celui de la « perception de la situation économique à l'aide d'une question simple : « Financièrement dans votre foyer, diriez-vous plutôt que... vous êtes à l'aise / c'est juste/ vous y arrivez difficilement / vous ne pouvez y arriver sans faire de dettes/ absence de réponse ? »

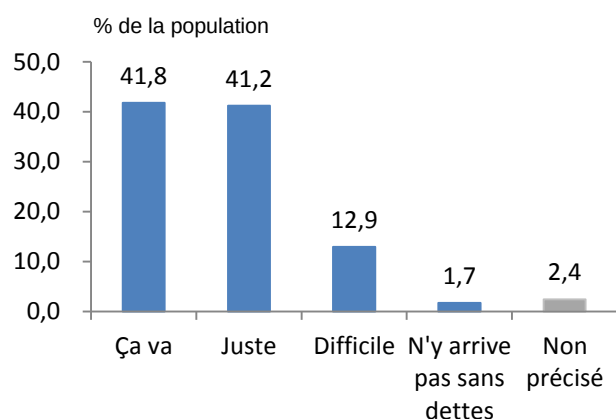


Figure 55 : Perception de la situation financière du foyer – 2012 (population générale)

41,8% des individus se déclaraient « à l'aise » financièrement, 41,2% répondaient « c'est juste », 12,9% disaient « y arriver difficilement » et très peu (1,7%) ne pouvaient pas y arriver sans faire de dettes.

PREVALENCE DE L'OBESITE EN FONCTION DE LA PERCEPTION DE SITUATION FINANCIERE DU FOYER

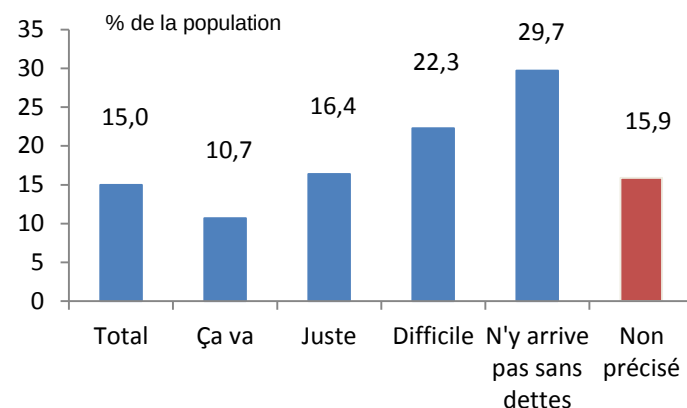


Figure 56 : Prévalence de l'obésité selon la perception de la situation financière du foyer - 2012

La prévalence de l'obésité augmente avec l'appréciation des difficultés financières. Le taux d'obésité est en-dessous de la moyenne nationale chez les individus se déclarant « à l'aise », passe à 30% chez les individus disant « ne pas y arriver sans faire de dettes ».

A l'instar de l'obésité, le tour de taille des individus augmente avec les difficultés financières déclarées.

PREVALENCE DU DIABETE EN FONCTION DE LA SITUATION FINANCIERE DU FOYER

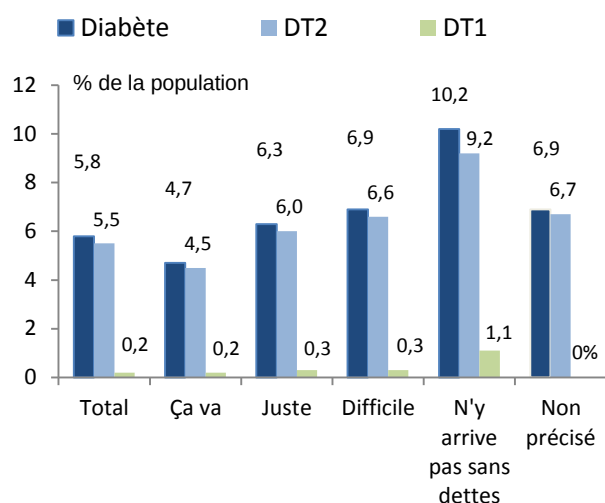


Figure 57 : Prévalence du diabète selon la perception de la situation financière du foyer en 2012

La prévalence du diabète augmente également avec les difficultés financières déclarées. La prévalence du diabète, inférieure à la moyenne nationale (4,7%) chez les individus se déclarant « à l'aise » passe à 6,3% chez ceux répondant « c'est juste », à 6,9% chez ceux disant « y arriver difficilement », enfin à 10,2% chez ceux ne pouvant y arriver sans faire de dettes.

Cette tendance, en revanche, ne se retrouve pas lorsque l'on analyse les autres facteurs de risque (cholestérol ou maladie cardiovasculaire).

PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES DECLAREES ET IMC

	IMC < 30 n=21851	IMC ≥ 30 n=3863
Au moins une complication cardiovasculaire	18,0%	31,7%*
Hypertension artérielle	15,2%	28,8%*
Insuffisance cardiaque	2,0%	2,9%*
Infarctus	1,5%	2,3%*
Angioplastie / pontage	1,5%	2,1%*

*Différence significativement plus élevée

Tableau 3 : Pathologies cardio-vasculaires déclarées en fonction du niveau d'IMC - 2012 – [Résultats ajustés selon le sexe et l'âge](#)

Les complications cardiovasculaires déclarées sont significativement plus fréquentes chez les individus dont l'IMC est supérieur ou égal à 30 (31,7%) comparativement aux individus avec IMC inférieur à 30 (18%), et cela quelle que soit la complication étudiée.

31,7% des individus obèses présentent au moins un problème cardiovasculaire vs 18,0% pour la moyenne nationale

INCONTINENCE URINAIRE DECLAREE CHEZ LA FEMME

	IMC < 30	IMC ≥ 30
Oui	19,6%	35,4%*
Non	77,3%	61,1%

*Différence significativement plus élevée

Tableau 4 : Incontinence urinaire chez les femmes en fonction du niveau d'IMC

L'incontinence urinaire affecte près de deux fois plus les femmes obèses (35,4%) que les femmes non obèses (19,6%).

TRAITEMENTS DECLARES POUR D'AUTRES COMPLICATIONS

	IMC < 30	IMC ≥ 30
Autres complications	8,1%	19,7%*
Arthrose hanche/genou	3,0%	8,8%*
Asthme	3,3%	5,8%*
Cancer	1,6%	2,0%
Apnée du sommeil	0,8%	6,0%*

*Différence significativement plus élevée

Tableau 5 : Autres complications en fonction du niveau d'IMC

Les individus obèses présentent 2,4 fois plus de complications que les individus non obèses (19,7% contre 8,1%). En particulier, **l'apnée du sommeil touche 7,5 fois plus d'individus obèses que d'individus non obèses** (6,0% contre 0,8%). En revanche, le cancer ne touche pas plus les individus obèses (différence non significative).

Sur les 25 714 individus interrogés en 2012, 0,5% ont déclaré avoir subi une opération pour un problème de poids.

SEXE

■ Homme ■ Femme

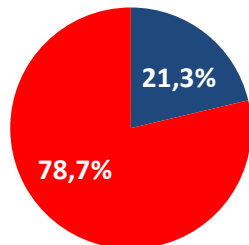
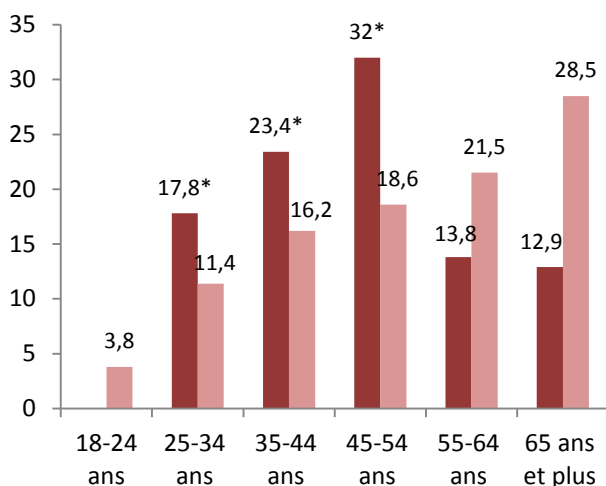


Figure 58 : Répartition de la population par sexe chez les individus ayant subi une opération pour un problème de poids

Les individus ayant eu recours à une intervention chirurgicale pour un problème de poids sont essentiellement des femmes (78,7% vs 54,7% de femmes chez les individus obèses non opérés).

AGE

■ Personnes ayant eu recours à la chirurgie ■ Personnes obèses non opérées



*Différence significativement plus élevée

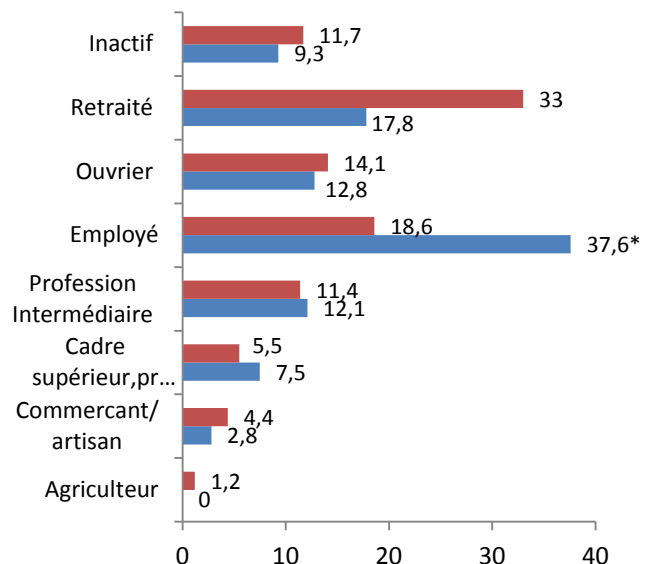
Figure 59 : Profil des individus opérés vs individus obèses non opérés selon âge

Ce sont surtout des personnes de moins de 55 ans.

CATEGORIES PROFESSIONNELLES

■ Personnes obèses non opérées

■ Personnes ayant eu recours à une opération pour un problème de poids



*Différence significativement plus élevée

Figure 60 : Profil des individus opérés vs individus obèses non opérés selon les catégories socio-professionnelles

Les employés sont sur-représentés parmi les opérés (37,6% contre 18,6% chez les obèses non opérés).

CATEGORIES D'AGGLOMERATIONS

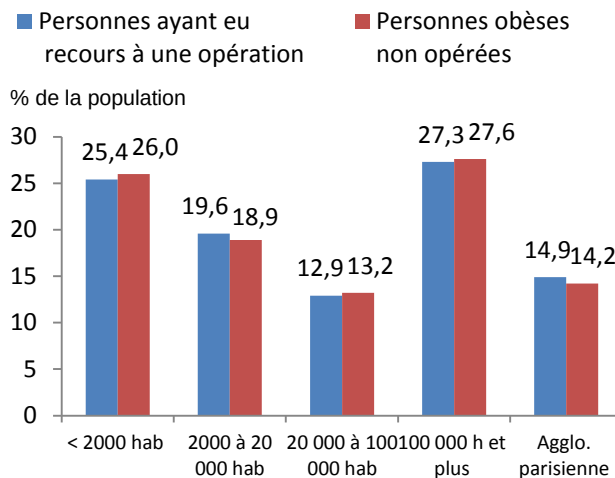
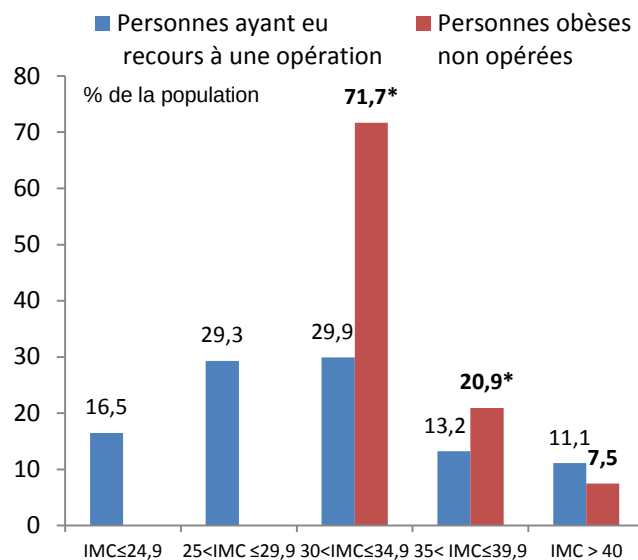


Figure 61 : Profil des individus opérés vs individus obèses non opérés selon les catégories d'agglomérations

IMC APRES INTERVENTION CHIRURGICALE



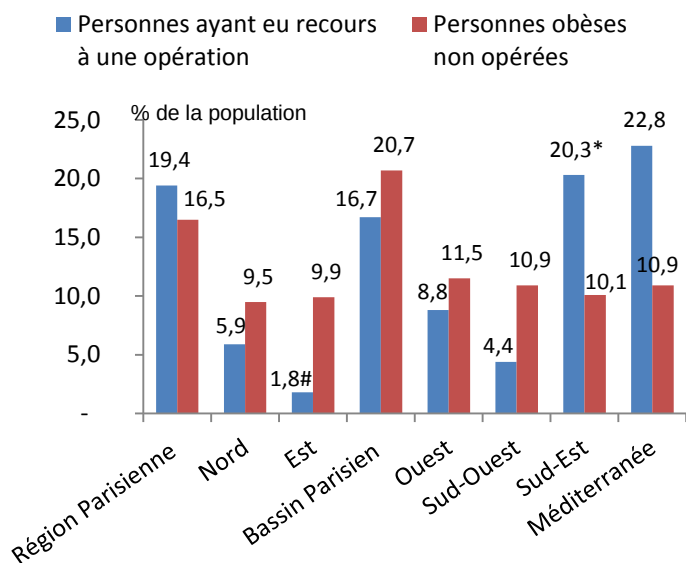
*Différence significativement plus élevée

Figure 63 : Profil des individus opérés vs individus obèses non opérés selon IMC actuel

54,2 % des personnes opérées sont toujours considérées comme obèses après l'intervention chirurgicale.

Mais 16,5% des individus ayant eu recours à une opération pour problème de poids affichent un IMC actuel inférieur à 25

REGIONS UDA



*Différence significativement plus élevée

Différence significativement moins élevée

Figure 62 : Profil des individus opérés vs individus obèses non opérés selon les régions UDA

Enfin, s'il n'y a pas de différence entre les 2 populations selon la catégorie d'agglomération, on observe des disparités régionales importantes avec un quart sud-est concentrant 43,1% des individus opérés.

