

## ÉVOLUTION DE LA CORPULENCE DÉCLARÉE DANS LES BAROMÈTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE DE 1996 À 2017

// SELF-REPORTED CORPULENCE TRENDS IN THE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER SURVEYS FROM 1996 TO 2017

Benoît Salanave<sup>1</sup>, Charlotte Verdot<sup>1</sup> (charlotte.verdot@santepubliquefrance.fr), Hélène Escalon<sup>2</sup>, Arnaud Gautier<sup>2</sup>, Valérie Deschamps<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen), Santé publique France, Université Paris 13, Bobigny

<sup>2</sup> Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 22.02.2024 // Date of submission: 02.22.2024

### Résumé // Abstract

Dans le contexte de l'augmentation de la corpulence qui est observée depuis plusieurs années en population générale en France, les données de poids et de taille déclarées, malgré leur biais de déclaration, permettent de suivre les évolutions du surpoids et de l'obésité sur de longues périodes. La compilation des baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017 a permis de disposer d'une série temporelle sur la corpulence déclarée des adultes sur une période de plus de 20 ans. Chez les hommes, la proportion de personnes se déclarant en surpoids (y compris l'obésité) a augmenté entre 1996 et 2008, passant respectivement de 40% à 48%, et semble depuis s'être stabilisée autour de 48-50%. L'obésité concernait 7% des hommes en 1996 et a augmenté pour dépasser les 14% en 2016, avant d'enregistrer une baisse significative et revenir à 13% en 2017. Chez les femmes, la corpulence a augmenté de façon régulière. Le surpoids (y compris l'obésité) déclaré chez les femmes était inférieur à 25% en 1996 et a atteint 39% en 2017. L'obésité déclarée chez les femmes, qui était inférieure à 6% des femmes en 1996, a atteint 14% en 2017. Ces données anthropométriques déclarées issues des baromètres de Santé publique France nous renseignent sur l'évolution du surpoids et de l'obésité au cours du temps. Ces tendances devront néanmoins être confirmées par le recueil de données anthropométriques mesurées. Toutefois, quelles que soient ces tendances, les niveaux de surpoids et d'obésité des adultes en France restent très élevés et nécessitent l'intensification des politiques de prévention en la matière.

*In the context of increasing corpulence that has been observed for several years in France's general population, data on declared weight and height, despite reporting bias, make it possible to monitor trends in overweight and obesity over long periods. The pooling of data obtained through the Santé publique France Health Barometers from 1996 to 2017 provided a time series on the declared corpulence of adults over a period of more than 20 years. The proportion of men who declared overweight (including obesity) steadily increased from 40% in 1996 to 48% in 2008, before stabilizing around 48-50%. Obesity was declared by 7% of men in 1996, increasing to more than 14% in 2016, before showing a significant decline and returning to 13% in 2017. Among women, corpulence has increased steadily. Overweight (including obesity) was declared by less than 25% of women in 1996 then reached 39% in 2017. Obesity, which less than 6% of women declared in 1996, reached 14% in 2017. These self-reported anthropometric data from the Santé publique France Health Barometers provide us with information on how overweight and obesity have changed over time. These trends must nevertheless be confirmed by collecting measured anthropometric data. Whatever these trends, the levels of overweight and obesity among adults in France remain very high and call for specific prevention policies.*

**Mots-clés :** Corpulence déclarée, Surpoids, Obésité, Tendance, Population générale

// **Keywords:** Declared body size, Overweight, Obesity, Trends, General population

### Introduction

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque majeurs des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers ou le risque de décès prématurés<sup>1</sup>, ainsi que de certaines maladies infectieuses comme cela a pu être mis en évidence lors de la crise Covid-19<sup>2</sup>. La prévention du surpoids et de l'obésité est donc un enjeu majeur de santé publique, qui nécessite une évaluation précise de la situation et un suivi de son évolution au cours du temps. La surveillance des

prévalences du surpoids et de l'obésité constitue ainsi un outil de pilotage et de suivi des politiques publiques mises en place dans la lutte contre l'obésité (feuille de route 2019-2022 sur la « prise en charge de l'obésité », Programme national nutrition santé – PNNS<sup>3</sup>). Cette surveillance épidémiologique s'appuie en France sur des enquêtes nationales représentatives dans lesquelles les participants sont pesés et mesurés par des professionnels de santé selon des procédures et du matériel standards<sup>4,5</sup>. Ces procédures de mesures standardisées représentent le *gold standard* des méthodes

de recueil des données anthropométriques nécessaires au calcul des prévalences de surpoids et d'obésité. Néanmoins, elles nécessitent du matériel, du personnel formé pour réaliser ces mesures et sont de fait coûteuses et moins fréquemment réalisées. D'autres enquêtes, telles que les baromètres de Santé publique France<sup>6</sup>, ont permis de recueillir de façon beaucoup plus rapprochée et sur de longues périodes des données anthropométriques déclarées directement par les individus enquêtés. Ces données sont certes sujettes à certains biais de déclaration qui tendent à sous-estimer le niveau de la corpulence ainsi évalué<sup>7</sup>, toutefois, la répétition fréquente de ces enquêtes permet un suivi longitudinal de la corpulence déclarée sur de longues périodes.

Les baromètres de Santé publique France ont permis depuis plus de 20 ans de recueillir ces données anthropométriques de manière plus ou moins régulière, dans la population des adultes résidant en France métropolitaine. Cet article présente, à partir des données des neuf éditions du Baromètre santé réalisées entre 1996 et 2017, l'évolution de la corpulence déclarée, du surpoids (y compris l'obésité) et de l'obésité en France.

## Méthode

### Protocole des études

Les baromètres de Santé publique France sont des enquêtes téléphoniques réalisées auprès d'un échantillon national représentatif, ayant pour objectif de décrire les connaissances, comportements et perceptions en matière de santé de la population adulte française. Ces enquêtes, réalisées régulièrement depuis plus de 20 ans, couvrent de nombreuses thématiques de santé publique comme le tabagisme, l'alcoolisation, les consommations de drogues, les pratiques vaccinales, le dépistage, la nutrition ou la qualité de vie. Certaines éditions se sont également concentrées sur une seule thématique, comme par exemple les baromètres nutrition. Les données utilisées dans cette étude sont issues des trois baromètres santé nutrition réalisés en 1996, 2002 et 2008 et des baromètres santé de 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017. Chaque protocole de ces enquêtes a reçu un avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Les méthodes détaillées de ces enquêtes sont disponibles sur le site Internet de Santé publique France<sup>6,8</sup>.

### Échantillon

L'échantillonnage repose sur un sondage réalisé par génération aléatoire de numéros de téléphone dont l'objectif est de constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes de 18-75 ans vivant en France métropolitaine, en ménage ordinaire et parlant français. Jusqu'en 2008, seuls les individus disposant d'une ligne téléphonique fixe ont été inclus. À partir de 2010, les échantillons sélectionnés comprennent en plus un échantillon

« Mobile exclusif », permettant d'inclure la population des individus ne disposant que d'une ligne de téléphonie mobile. Les données des différents baromètres ont été pondérées selon le nombre d'individus éligibles et le nombre de lignes téléphoniques par ménage, puis redressées sur les structures de population issues des enquêtes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) des années de recueil selon les variables suivantes : classes combinées d'âge et sexe, région et type d'unité urbaine du domicile, taille du ménage et diplôme de la personne interrogée. Le calcul des pondérations a été réalisé par calage sur marge à l'aide de la macro-SAS<sup>®</sup> CALMAR. Le diplôme de la personne interrogée n'ayant pas été utilisé dans le redressement initial des éditions 1996 et 2002 du Baromètre, des pondérations ont été recalculées pour ces deux années en se calant sur la distribution des diplômes de l'année 2000.

### Données

La présente étude s'intéresse aux données de poids et taille déclarées par les individus lors de l'interview téléphonique. Les variables sociodémographiques utilisées pour les ajustements ont été limitées aux variables communes à l'ensemble des baromètres et définies de façon cohérente et constante sur la période couverte. Il s'agissait du sexe, de l'âge, du revenu du ménage par unité de consommation en 3 terciles (faible, moyen, élevé et « Ne sait pas ou refus »), du diplôme (inférieur au baccalauréat, baccalauréat, supérieur au baccalauréat et « Ne sait pas ») et de la situation professionnelle (emploi, études, chômage, retraite, inactivité) de l'individu interviewé.

### Analyses statistiques

La corpulence a été estimée en calculant un indice de masse corporelle (IMC) déclaré en divisant le poids déclaré en kilogrammes par le carré de la taille déclarée en mètres. Le surpoids est défini par un IMC supérieur ou égal à 25 ; l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30. Les individus pour lesquels les données anthropométriques étaient manquantes ont été exclus des analyses. Les variables continues sont décrites par la moyenne et son erreur-type, les variables catégorielles par des pourcentages. Afin de tenir compte de l'évolution de la structure de la population au cours de la période, les évolutions ont été comparées, sexes séparés, à l'aide de régressions de Poisson ajustées sur l'âge, le revenu du ménage par unité de consommation et la situation professionnelle. Les tests de tendance issus de ces régressions ont été considérés comme significatifs avec un « p » inférieur à 5%. Une standardisation des données a également été réalisée en calculant un nouveau jeu de pondérations, calé sur la structure de la population du Baromètre 2017 comme référence, pour chacune des autres années d'enquête. Les comparaisons entre deux années ont été réalisées par des tests de Pearson « *designed-based* » permettant de tenir compte du redressement et de la pondération des données. Pour permettre une comparaison graphique avec des données mesurées de surpoids

et d'obésité, les prévalences observées dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS<sup>4</sup>) de 2006 et dans l'étude Esteban<sup>5</sup> (Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) de 2015 sont présentées comme références dans les figures. Ces deux études nationales ont été réalisées par Santé publique France et portaient sur deux échantillons aléatoires de personnes adultes (18-64 ans) résidant en France hexagonale. L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel Stata14<sup>®</sup>.

## Résultats

Sur l'ensemble de la période, les pourcentages de données anthropométriques non disponibles étaient de 0,4% chez les hommes et de 1,3% chez les femmes. Les analyses ont donc porté sur 124 541 individus répartis de manière inégale sur les 9 années disponibles (55 356 hommes, tableau 1, et 69 185 femmes, tableau 2).

L'ensemble des variables listées dans les tableaux 1 et 2 fluctuait de manière significative (p de tendance <0,001) sur la période. La baisse quasiment constante de la proportion de personnes avec un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat est notable, aussi bien chez les hommes (de 62,9% en 1996 à 49,6% en 2017) que chez les femmes

(de 59,3% à 47,5%) parmi les répondants au Baromètre. La situation professionnelle a également évolué de façon régulière, avec une augmentation de la proportion de personnes au chômage. Si chez les hommes cette augmentation du chômage (de 3,5% en 1996 à 9,4% en 2017) était compensée par une baisse de l'emploi (de 68,7% à 59,3%), chez les femmes cette hausse (de 6,3% en 1996 à 9,1% en 2017) s'accompagnait d'une augmentation concomitante de la proportion de femmes en situation d'emploi (de 46,9% à 52,4%), alors que la proportion de femmes sans profession (inactives) chutait sur la période de 20,1% à 10,3%.

Les figures 1 et 2 montrent l'évolution sur la période des proportions du surpoids et de l'obésité déclarés, chez les hommes et chez les femmes.

Chez les hommes, la proportion du surpoids déclaré (y compris l'obésité) est passée de 40,2% en 1996 à 50,1% en 2017 (p de tendance <0,001). Après une progression régulière entre 1996 et 2008, le niveau s'est maintenu autour de 48% jusqu'en 2014. Une tendance à l'augmentation (non significative, p=0,101) est observée entre 2014 et 2016, suivie d'une tendance à la baisse entre 2016 et 2017, (non significative, p=0,615). L'obésité déclarée concernait 7,4% des hommes en 1996. Elle a augmenté de manière continue au fil des années, atteignant 14,5% en 2016 (p de tendance <0,001), puis a fini par

Tableau 1

### Distribution des caractéristiques sociodémographiques des hommes par année d'enquête, baromètres de Santé publique France, 1996-2017

Année	Hommes									
	1996	2000	2002	2005	2008	2010	2014	2016	2017	Total
Effectifs	834	5 475	1 188	10 150	1 365	11 134	6 942	6 702	11 566	55 356
<b>Âge (en années)</b>										
Moyenne	41,8	43,7	43,2	44,0	44,2	44,5	44,9	45,1	45,5	44,6
Erreur-type	0,56	0,25	0,51	0,19	0,51	0,17	0,23	0,23	0,18	0,08
<b>Revenu par UC (%)</b>										
1 <sup>er</sup> tercile	32,4	29,9	28,2	30,5	26,8	26,9	29,8	31,7	31,8	29,9
2 <sup>e</sup> tercile	33,8	29,7	29,4	30,6	29,2	31,0	30,6	29,5	30,9	30,5
3 <sup>e</sup> tercile	28,5	34,8	33,2	26,0	36,4	35,4	34,2	35,6	32,0	32,6
Ne sait pas/Refus	5,3	5,6	9,2	12,9	7,6	6,7	5,4	3,2	5,3	7,0
<b>Niveau de diplôme (%)</b>										
<Bac	62,9	60,7	55,8	58,0	60,8	59,2	54,7	53,1	49,6	55,9
Bac	12,3	15,5	17,7	14,8	14,6	17,2	18,7	18,8	19,8	17,3
>Bac	23,1	22,9	25,8	21,0	23,3	23,6	26,4	28,1	30,4	25,3
Ne sait pas	1,7	0,9	0,7	6,2	1,3	0,0	0,2	0,0	0,2	1,5
<b>Situation professionnelle (%)</b>										
Emploi	68,7	63,5	63,3	61,0	65,2	61,0	60,6	57,8	59,3	60,8
Études	7,5	7,6	9,5	7,7	7,3	6,5	5,8	7,3	7,2	7,1
Chômage	3,5	5,7	3,6	7,7	4,4	9,0	10,4	10,9	9,4	8,6
Retraite	17,7	21,2	20,5	20,7	21,1	21,1	19,9	20,5	20,4	20,6
Inactivité	2,6	2,0	3,1	2,9	2,0	2,4	3,3	3,5	3,7	2,9

UC : unité de consommation.

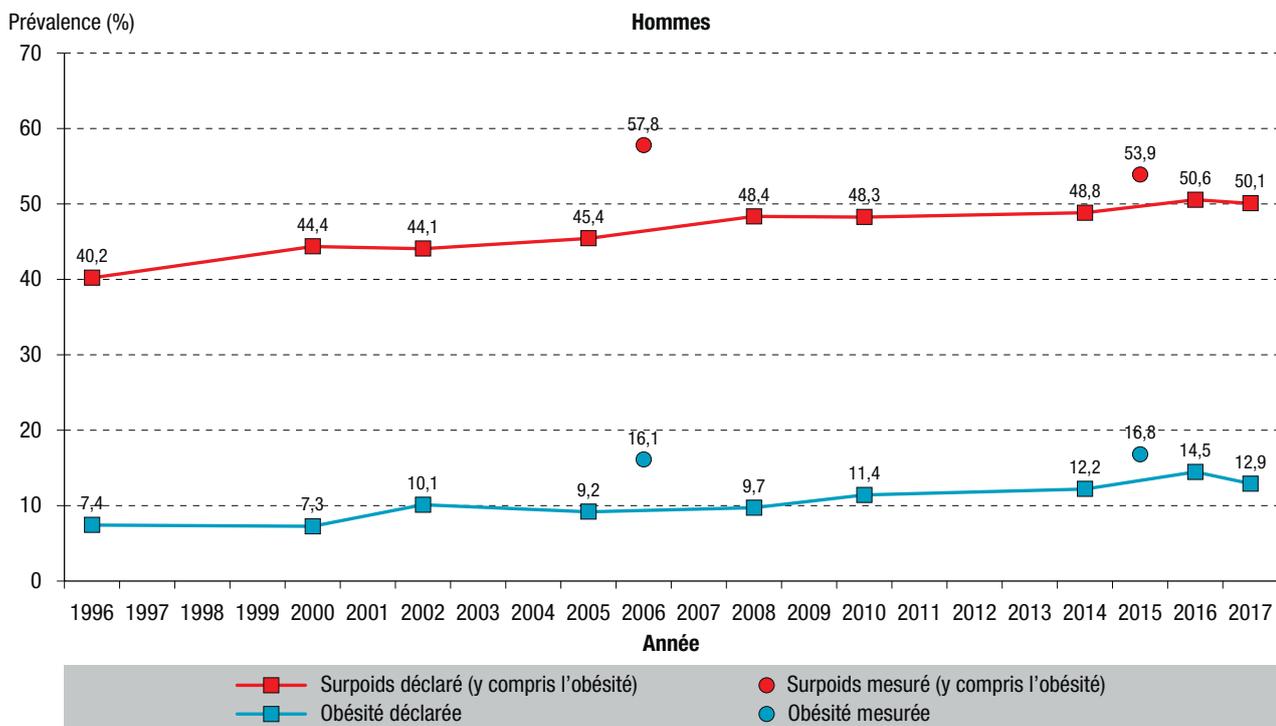
Tableau 2

**Distribution des caractéristiques sociodémographiques des femmes par année d'enquête, baromètres de Santé publique France, 1996-2017**

Femmes										
Année	1996	2000	2002	2005	2008	2010	2014	2016	2017	Total
Effectifs	1 124	7 021	1 654	14 157	1 725	13 648	8 170	8 119	13 567	69 185
<b>Âge (en années)</b>										
Moyenne	43,3	44,0	44,1	44,8	44,6	45,2	45,4	45,6	46,2	45,2
Erreur-type	0,51	0,22	0,43	0,17	0,46	0,16	0,21	0,22	0,17	0,07
<b>Revenu par UC (%)</b>										
1 <sup>er</sup> tercile	33,3	33,3	30,6	35,7	33,2	31,5	31,9	36,5	39,4	34,8
2 <sup>e</sup> tercile	35,7	29,7	32,6	26,8	29,9	31,5	32,5	30,7	31,2	30,4
3 <sup>e</sup> tercile	22,9	29,2	25,9	19,3	27,5	28,5	28,7	28,6	24,0	25,7
Ne sait pas/Refus	8,1	7,8	10,9	18,2	9,4	8,5	6,9	4,2	5,4	9,1
<b>Niveau de diplôme (%)</b>										
<Bac	59,3	60,0	56,1	57,5	54,7	56,2	51,2	48,5	47,5	53,5
Bac	15,7	18,4	19,1	16,7	21,3	19,6	20,9	20,8	20,9	19,5
>Bac	21,3	20,9	22,9	19,2	23,1	24,2	27,7	30,5	31,4	25,4
Ne sait pas	3,7	0,7	1,9	6,6	0,9	0,0	0,2	0,2	0,2	1,6
<b>Situation professionnelle (%)</b>										
Emploi	46,3	49,6	51,3	48,6	55,6	53,8	53,9	52,3	52,4	51,8
Études	7,2	7,0	8,5	8,2	8,6	6,5	6,4	8,4	7,2	7,3
Chômage	6,3	7,8	5,5	9,5	4,7	8,0	9,4	9,4	9,1	8,7
Retraite	20,1	18,7	21,1	19,3	19,2	20,1	20,0	20,3	21,0	20,0
Inactivité	20,1	16,9	13,6	14,4	11,9	11,6	10,3	9,6	10,3	12,2

UC : unité de consommation.

Figure 1

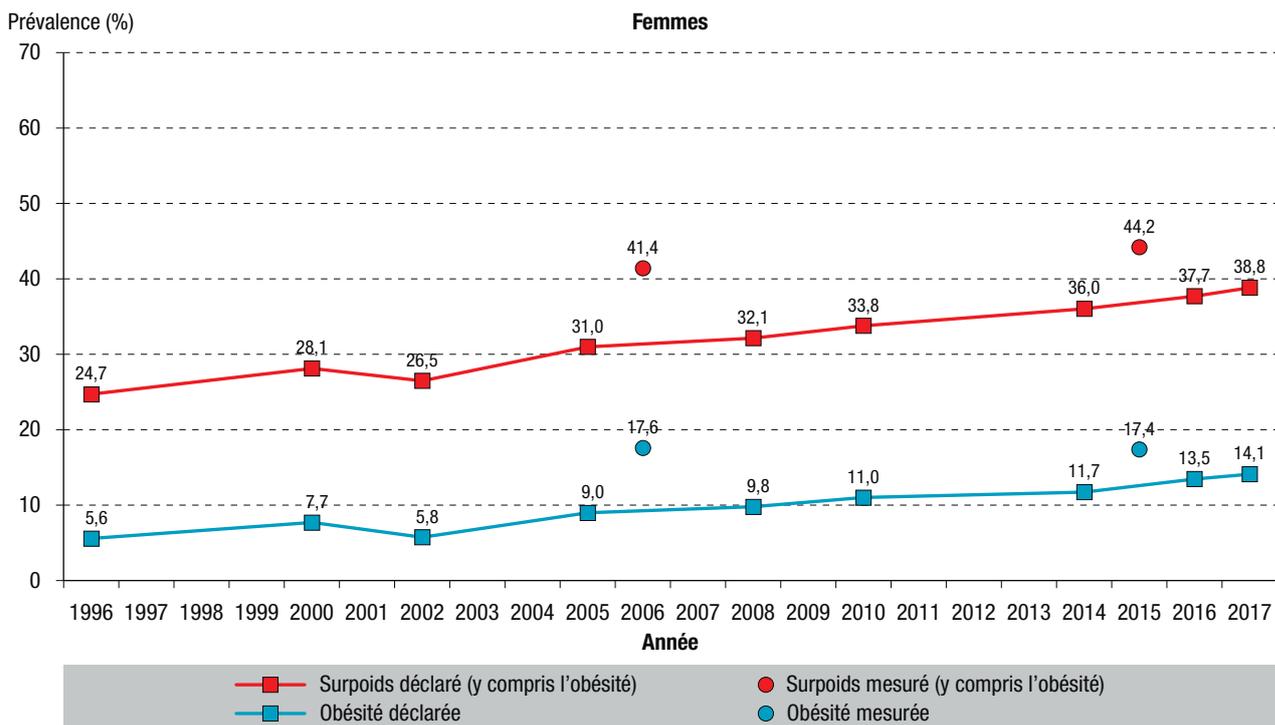
**Évolution chez les hommes des proportions de surpoids et d'obésité déclarés entre 1996 et 2017 (Baromètres) et prévalences mesurées en 2006 (ENNS) et 2015 (Esteban), France**


Données redressées et pondérées.

ENNS : Étude nationale nutrition santé ; Esteban : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition.

Figure 2

**Évolution chez les femmes des proportions de surpoids et d'obésité déclarés entre 1996 et 2017 (Baromètres) et prévalences mesurées en 2006 (ENNS) et 2015 (Esteban), France**



Données redressées et pondérées.

ENNS : Étude nationale nutrition santé ; Esteban : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition.

diminuer en 2017, pour ne concerner plus que 12,9% des hommes. Cette baisse relative de 11% entre ces deux dernières années était statistiquement significative ( $p=0,016$ ).

Chez les femmes, les proportions de surpoids et d'obésité déclarés ont augmenté de manière continue au cours des années. Le surpoids déclaré (y compris l'obésité) concernait 25,3% des femmes en 1996 et 38,8% en 2017 ( $p$  de tendance  $<0,001$ ). Quant à l'obésité déclarée, elle est passée de 5,7% en 1996 à 14,1% en 2017 ( $p$  de tendance  $<0,001$ ).

Les deux figures présentent également les prévalences mesurées du surpoids et de l'obésité chez les hommes et les femmes obtenues dans deux études nationales en population générale, ENNS en 2006 et Esteban en 2015. Ces résultats montrent que les écarts entre les données mesurées et déclarées se réduisent de façon plus notable chez les hommes, tant pour le surpoids (écarts en 2006 de 11 points pour les hommes et 10 points pour les femmes ; et en 2015 de 5 points pour les hommes et 7 points pour les femmes), que pour l'obésité (écart en 2006 de 7 points pour les hommes et 8 points pour les femmes ; et en 2015 de 3 points pour les hommes et 5 points pour les femmes).

La standardisation réalisée en utilisant les pondérations calées sur l'année 2017 pour gommer l'évolution de la structure de la population au cours de la période par un ajustement sur les variables de redressement (résultats non présentés) montre des différences par année non significatives quant aux niveaux des

corpulences déclarées, et aucune différence quant à la significativité des tendances constatées, par rapport aux résultats non standardisés.

### Discussion

Pour la première fois en France, la compilation des baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017 a permis de disposer d'une série temporelle sur la corpulence déclarée des adultes et d'analyser son évolution sur une période de plus de 20 ans. Cette étude montre que sur la période 1996-2017, la corpulence déclarée a globalement augmenté, mais de façon différente selon le sexe et selon que l'on considère le surpoids ou l'obésité. Chez les hommes, la proportion de personnes se déclarant en surpoids (y compris l'obésité) est plus élevée que chez les femmes, mais celle-ci semble avoir atteint un plafond depuis 2008, autour de 48-50%. Chez les femmes en revanche, l'augmentation du surpoids déclaré (y compris l'obésité) est régulière et se poursuit jusqu'en 2017 pour atteindre 39%. Pour ce qui est de l'obésité déclarée, la proportion de personnes obèses a évolué de façon similaire chez les hommes et les femmes pour atteindre environ 14% en 2016. Cependant, si l'augmentation se poursuit chez les femmes entre 2016 et 2017, chez les hommes, une baisse significative est observée sur ces deux dernières années.

Ces données peuvent être comparées à celles de l'étude Obépi<sup>9</sup> dans laquelle ont été réalisées, tous les trois ans, entre 1997 et 2012, des enquêtes par quotas

pour recueillir les poids et tailles déclarés d'un panel d'individus. D'après cette étude, le surpoids (y compris l'obésité) a évolué sur cette période de 45,7% à 53,1% chez les hommes, et de 31,6% à 42,0% chez les femmes. L'obésité, quant à elle, a augmenté de 8,8% à 14,3% chez les hommes, et de 8,3% à 15,7% chez les femmes<sup>10</sup>. Dans l'étude Obépi, les répondants étaient invités à se peser avant de répondre au questionnaire, ce qui peut expliquer les valeurs supérieures à celles recueillies dans les baromètres. Mais les tendances observées sont toutefois identiques à celles constatées dans les baromètres jusqu'en 2012, à savoir : un surpoids (y compris l'obésité) plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, une obésité comparable selon les sexes et globalement, pour le surpoids comme pour l'obésité, des augmentations plus soutenues chez les femmes que chez les hommes. En 2020, la Ligue contre l'obésité a relancé ces enquêtes Obépi en réalisant une enquête selon la même méthodologie que les précédentes. Celle-ci montrait une stabilisation du surpoids (y compris l'obésité) et une augmentation de l'obésité entre 2012 et 2020, en considérant les résultats hommes et femmes confondus<sup>11</sup>.

Les données de notre étude ont mis en évidence cependant la nécessité de regarder ces évolutions par sexe. Le surpoids (y compris l'obésité), certes plus important chez les hommes, semble se stabiliser chez ces derniers alors que son augmentation perdure chez les femmes. Ces différences entre hommes et femmes étaient déjà observées dans les données anthropométriques mesurées des enquêtes ENNS et Esteban. Celles-ci montraient une stabilisation du surpoids (y compris l'obésité) chez les hommes entre 2006 et 2015, mais une augmentation chez les femmes de 40-54 ans<sup>5</sup>. Pour ce qui est de l'obésité, si les niveaux étaient proches entre les deux sexes dans les données longitudinales des baromètres, son augmentation était plus importante chez les femmes et se poursuivait jusqu'à la fin de la période, alors qu'une baisse semblait s'amorcer en 2017 chez les hommes. Les données analysées ici ne permettent pas de mettre en avant des hypothèses explicatives de ces évolutions et de ces écarts entre hommes et femmes. Seul l'ajustement réalisé par le redressement de chaque année de collecte sur la même année de référence, 2017, montre que l'évolution sur la période des variables de redressement ne suffit pas à expliquer l'évolution observée des niveaux de corpulence. La répétition de l'étude Esteban (prévue en 2025 sous le nom Albane – enquête alimentation, biosurveillance, santé, nutrition, environnement) fournira des données permettant d'analyser plus en détail les pratiques différenciées entre hommes et femmes, en matière d'alimentation et d'activité physique pour tenter d'expliquer ces écarts. Ces différences entre sexe doivent néanmoins être interprétées avec prudence, dans la mesure où celles-ci pourraient être dues en partie aux différences observées par ailleurs dans la sous-déclaration du poids, potentiellement plus importante chez les femmes que chez les hommes<sup>7,12</sup>.

Les données anthropométriques déclarées dans les baromètres s'avèrent en effet moins élevées que celles des données anthropométriques mesurées dans les études nationales ENNS en 2006 et Esteban en 2015. La comparaison des deux types de mesures met en évidence une sous-estimation globale du surpoids et de l'obésité dans les données déclarées. Si la mesure objective reste le *gold standard* de l'évaluation de la corpulence, celle obtenue à partir des données déclarées de poids et taille dans les baromètres a permis de décrire l'évolution de la corpulence sur une période de plus de 20 ans. Néanmoins, il apparaît utile de suivre en parallèle sa sous-estimation car celle-ci évolue aussi dans le temps<sup>7,12</sup>. Comme évoqué par Robinson dans sa « théorie de la normalisation »<sup>13</sup>, l'augmentation de la corpulence déclarée pourrait ainsi être le fait de la baisse de la sous-estimation, à la suite de l'évolution des normes sociales relatives aux personnes en excès pondéral ou aux campagnes contre leur stigmatisation par exemple. La comparaison avec les données mesurées, certes ponctuelles, de 2006 et 2015 semble confirmer cette hypothèse avec des écarts qui se sont réduits au cours de la période, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, que ce soit en matière de surpoids (y compris l'obésité) ou d'obésité seule. Il convient donc de considérer les résultats des données anthropométriques déclarées avec précaution.

Par ailleurs, les données décrites ici sont issues de processus de sélection aléatoires qui peuvent être soumis au phénomène de fluctuation d'échantillonnage attaché à ce type d'enquêtes. Mais globalement, cette fluctuation d'échantillonnage est minimisée par des effectifs importants. Sur la plupart des années observées, le nombre de personnes incluses (femmes et hommes séparément) dépasse 1 000 individus, et même 10 000 individus sur trois des années étudiées. Enfin, même si la méthodologie des baromètres a pu quelque peu évoluer sur la période, elle est restée suffisamment stable pour permettre la comparaison de ces données longitudinales au cours du temps.

En conclusion, les données déclarées pendant plus de 20 ans dans les baromètres de Santé publique France nous renseignent sur l'évolution du surpoids et de l'obésité au cours du temps. Ainsi, la corpulence déclarée a augmenté entre 1996 et 2017, et ce malgré l'évolution sociétale prise en compte par les redressements et les ajustements réalisés. Chez les hommes, l'évolution du surpoids et de l'obésité déclarés marque une baisse dans la dernière année étudiée. Chez les femmes, l'augmentation semble cependant se poursuivre. Ces tendances mériteront d'être suivies avec la poursuite de la réalisation des baromètres de Santé publique France qui permettra également d'évaluer l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'évolution de la corpulence. Elles nécessiteront également de s'appuyer sur des résultats issus de recueils de données anthropométriques mesurées pour produire des données objectives de corpulence

et évaluer l'évolution de l'écart entre les niveaux de corpulence déclarée et mesurée, pour faire de l'ensemble de ces données un outil de suivi valide et complet d'évaluation des politiques de santé publique de lutte contre l'obésité. Au vu de ces évolutions, le niveau élevé de la corpulence chez les adultes en France, qu'elle soit déclarée ou mesurée, justifie la poursuite, voire l'intensification, des programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité, en encourageant une alimentation saine et équilibrée, en promouvant la pratique régulière d'une activité physique et en prévenant des effets délétères d'une trop grande sédentarité. ■

## Références

- [1] World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. 220 p. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>
- [2] Caussy C, Pattou F, Wallet F, Simon C, Chalopin S, Telliam C, *et al.* Prevalence of obesity among adult inpatients with COVID-19 in France. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(7):562-4.
- [3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route – Prise en charge des personnes en situation d'obésité. 2019. 38 p. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
- [4] Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006 – Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. 74 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-nationale-nutrition-sante-enns-2006.-situation-nutritionnelle-en-france-en-2006-selon-les-indicateurs-d-objetif-et-les-reperes-du-programm>
- [5] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 43 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement->

la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence

- [6] Santé publique France. Les baromètres de Santé publique France. 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france#block-65431>
- [7] Gorokhova M, Salanave B, Deschamps V, Verdot C. Écarts entre corpulence déclarée et corpulence mesurée dans les études de surveillance en population en France. *Bull Épidémiol Hebd.* 2021;10:166-85. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/10/2021\\_10\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/10/2021_10_1.html)
- [8] Richard JB, Andler R, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. Effects of using an overlapping dual-frame design on estimates of health behaviors: A French general population telephone survey. *J Surv Stat Methodol.* 2017;5(2):254-74. <https://academic.oup.com/jssam/article/5/2/254/2528224>
- [9] Charles MA, Eschwège E, Basdevant A. Monitoring the obesity epidemic in France: The Obepi surveys 1997-2006. *Obesity.* 2008;16(9):2182-6.
- [10] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Kantar Health, Roche. ObÉpi – Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Paris: Inserm; 2012. [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi\\_2012.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf)
- [11] Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot M.C, Foulatier O, Nedelcu M, Nocca D. Prevalence of overweight and obesity in France: The 2020 Obepi-Roche study by the “Ligue contre l'obésité”. *J Clin Med.* 2023;12(3):925.
- [12] Julia C, Salanave B, Binard K, Deschamps V, Vernay M, Castetbon K. Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité. *Bull Épidémiol Hebd.* 2010;8:69-72. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/biais-de-declaration-du-poids-et-de-la-taille-chez-les-adultes-en-france.-effets-sur-l-estimation-des-prevalences-du-surpoids-et-de-l-obesite>
- [13] Robinson E. Overweight but unseen: A review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. *Obes Rev.* 2017;18(10):1200-9.

## Citer cet article

Salanave B, Verdot C, Escalon H, Gautier A, Deschamps V. Évolution de la corpulence déclarée dans les Baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(15):306-12. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/15/2024\\_15\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/15/2024_15_1.html)