

LE GRADIENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DE L'OBÉSITÉ

par Nicole **Darmon**¹

La France est l'un des pays européens les moins touchés par l'obésité, mais c'est aussi un de ceux où les inégalités sociales d'obésité sont les plus prononcées.

Quelle que soit la façon de mesurer la situation sociale (niveau de revenu, de diplôme, catégorie socioprofessionnelle), la prévalence de l'obésité est d'autant plus élevée que le statut socio-économique des personnes est faible. Cette relation inverse entre statut socio-économique et obésité est présente dès l'enfance. Chez l'enfant comme chez l'adulte, le pourcentage d'obésité augmente de façon progressive à chaque fois que le niveau de revenu diminue. Cette relation linéaire est dénommée "gradient social de l'obésité"; elle est de type effet-dose, ce qui suggère une relation de cause à effet entre statut socio-économique et obésité. De plus, plusieurs études françaises témoignent d'une aggravation du gradient social de l'obésité chez les adultes. Cette augmentation s'explique par le fait que l'obésité progresse dans la plupart des catégories sociales mais pas dans les catégories les plus aisées, où la prévalence stagne, voire diminue. Ainsi, selon l'étude Obépi, en 2009, il y avait 22% d'obèses chez les plus pauvres (revenu/foyer < 900 €/mois) et 6% chez les plus riches (revenu/foyer > 5300 €/mois), soit un risque 4 fois plus élevé chez les personnes les plus défavorisées, alors qu'en 1997, le risque était « seulement » 2,5 fois plus élevé.

Les inégalités sociales d'obésité sont expliquées par le fait qu'à tous les âges de la vie, les facteurs de risque – connus ou supposés – d'obésité et de surpoids sont plus fréquents dans les populations défavorisées.

Pendant la période pré et périnatale, le risque est plus élevé pour un nouveau-né issu d'un foyer de faible statut socio-économique d'avoir un parent obèse, d'avoir été exposé au tabac *in utero*, d'avoir un petit poids de naissance, de ne pas avoir été allaité, et d'avoir été nourri trop précocement avec du lait de vache, autant de facteurs connus pour augmenter le risque d'obésité future.

Pendant l'enfance, l'adolescence et tout au long de la vie, la consommation de portions trop grandes, une activité physique insuffisante, trop de temps passé devant la télévision et le fait de manger en regardant la télévision sont des déterminants de l'obésité plus fréquemment observés dans les populations défavorisées.

De plus, les aliments recommandés pour la santé, tels que les fruits et légumes, le pain complet, les viandes maigres et les poissons et crustacés, sont sous consommés dans ces populations, dont l'alimentation est principalement à base de féculents raffinés. Les enfants issus de foyers défavorisés consomment aussi plus de boissons sucrées. Ainsi, ce qui caractérise l'alimentation des populations défavorisées, c'est sa faible teneur en nutriments essentiels et sa forte densité calorique, ce qui rend plus difficile la régulation des apports énergétiques par rapport aux besoins, et augmente donc le risque de prise de poids.

Une faible connaissance du lien alimentation-santé et un faible intérêt pour la santé à long terme par les personnes de faible statut socio-économique ne suffisent pas à expliquer le gradient social de l'obésité.

Des facteurs structurels, physiques, économiques et socioculturels sont également impliqués dans les comportements défavorables à la santé (tabagisme, sédentarité, déséquilibres alimentaires), associés à un faible statut socio-économique. Indépendamment des facteurs de risque individuels de l'obésité, le fait de résider dans un territoire marqué par une précarité socio-économique constitue aussi un facteur de risque d'obésité. Une difficulté d'accès aux commerces proposant une offre alimentaire de qualité à un prix correct,

¹ UMR Nutrition humaine, INSERM 1062 / INRA 1260, Université Aix Marseille, Faculté de Médecine de La Timone, Marseille (Courriel : nicole.darmon@univmed.fr)

,et l'insuffisance de lieux propices à l'activité physique dans les quartiers pauvres sont suspectés contribuer respectivement aux déséquilibres alimentaires et à la sédentarité observée dans les populations défavorisées.

Outre ces barrières géographiques, des barrières économiques sont également impliquées. L'alimentation est le poste budgétaire le plus facilement compressible. Une simple analyse du rapport entre le prix des aliments et leur contenu en calories montre que les aliments les plus riches en calories (corps gras, sucre, biscuits, biscottes, chocolat ...) sont aussi les sources de calories les moins chères, par rapport aux produits frais (fruits et légumes, poisson, volailles, pain ...). Acheter des aliments de forte densité calorique revient donc à acheter plus de calories pour moins cher, ce qui représente un avantage évident pour les familles pauvres. De plus, ces aliments sont pauvres en eau, et donc légers, ce qui facilite le transport et le stockage, et limite le gaspillage...

Des facteurs psycho-sociaux entrent également en jeu. Notamment, la pauvreté s'accompagne souvent de solitude, d'ennui et de dépression, ce qui conduit à augmenter le temps passé devant la télévision : un fort capital social (repères culturels, tissu social et soutien social) limite le risque de mal s'alimenter alors que la vulnérabilité sociale (acculturation, isolement et dévalorisation de soi) l'augmente. Ceci s'observe particulièrement quant on examine les conséquences de la pression de l' « environnement alimentaire » et la perméabilité à la publicité, mais aussi éclaire certains paradoxes : refus d'allaiter lié à une dévalorisation de soi, achats d'aliments « de marque » dans un but de socialisation et d'intégration des enfants.

Les relations causales entre niveau socio-économique et obésité existent dans les deux sens.

Non seulement, un faible statut socioéconomique favorise l'installation d'une obésité ; mais l'obésité peut limiter la progression sociale. Ainsi, lorsqu'elles sont obèses, les femmes perdent plus souvent leur travail et ont plus de difficultés à retrouver du travail. On assiste donc, dans les catégories sociales les plus défavorisées, à un cumul de l'ensemble des facteurs de risque s'aggravant de génération en génération. Pour s'opposer à cette tendance, il conviendrait de développer des programmes spécifiques d'éducation nutritionnelle intégrant la richesse des cultures traditionnelles et une connaissance objective du rapport qualité-prix des aliments. Mais ceci ne saurait être efficace que si des interventions structurelles facilitent l'accès géographique et financier à des produits de qualité (produits frais, féculents complets).