

# RÉUNION MINISTÉRIELLE DE L'OCDE SUR LA SANTÉ

Session 2  
Faire le choix de la santé



« Couverture © Medioimages/Photodisc/Getty Images et Scott Hales/Shutterstock.com »

# **Faire le choix de la santé**

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



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET  
DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES



## Faire le choix de la santé

### 1. La charge croissante des maladies chroniques

*L'amélioration de la santé et de l'espérance de vie a été spectaculaire...*

Le XX<sup>e</sup> siècle a été marqué par une amélioration sans précédent de l'état de santé de la population des pays de l'OCDE. Ainsi, l'espérance de vie a augmenté en moyenne de 25 à 30 ans. La plupart des maladies infectieuses ont été éradiquées, tandis que les taux de mortalité infantile ont été fortement réduits. La taille et le poids de la population ont également augmenté, un grand nombre d'individus étant sortis de la sous-nutrition. La croissance économique a joué un rôle déterminant dans ces progrès, de même que les politiques publiques dans les domaines de l'éducation, de l'hygiène, de la santé publique et du développement des systèmes de protection sociale.

*... mais le tribut payé aux maladies chroniques demeure très lourd.*

Toutefois, l'industrialisation et la prospérité se sont accompagnées d'une progression de l'incidence d'un certain nombre de maladies chroniques. Dans certains cas, les progrès de la médecine ont empêché que cette incidence croissante n'entraîne une mortalité plus élevée. Néanmoins, les sociétés industrialisées sont confrontées à une charge de plus en plus lourde en termes d'invalidité, qui pèse sur les dépenses de soins de santé. Les choix de mode de vie ont largement influencé cette évolution.

*La charge représentée par les maladies chroniques devrait continuer à s'alourdir...*

Les maladies chroniques non transmissibles sont la principale cause d'invalidité et de décès à travers le monde. Cette catégorie hétérogène, qui inclut notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, touche tous les âges et toutes les classes sociales, encore que ces pathologies soient plus fréquentes chez les personnes âgées et dans les catégories socialement défavorisées (OMS, 2002). Sur les 58 millions de décès recensés dans le monde en 2005, près de 35 millions, soit 60 %, étaient dus à des causes chroniques. La plupart étaient imputables aux maladies cardiovasculaires et au diabète (32 %), au cancer (13 %), et aux maladies respiratoires chroniques (7 %) (Abegunde *et al.*, 2007). La situation devrait s'aggraver au cours des prochaines années : selon une étude de l'OMS, les décès mondiaux vont encore augmenter de 17 % sur la période 2005-2015, ce qui signifie que sur les 64 millions de décès prévus en 2015, 41 millions seront dus à une maladie chronique (OMS, 2005).

*... six décès sur sept leur étant imputables en Europe.*

Les maladies chroniques ont des conséquences encore plus néfastes dans les pays de l'OCDE. En 2002, 86 % des décès recensés dans la zone européenne leur étaient imputables (OMS, 2004). Toutefois, dans certains pays comme les États-Unis, la prévalence de la plupart de ces pathologies, comme les maladies du système circulatoire, les maladies digestives ou respiratoires, était bien moindre à la fin du XX<sup>e</sup> siècle qu'au début (Fogel, 1994). La mortalité due aux maladies cardiovasculaires a diminué de plus de 50 % aux États-Unis pendant la seconde moitié du siècle dernier, après la fin de la Seconde Guerre mondiale. Les décès ont encore reculé de 13 % entre 1996 et 2006, le taux de mortalité clinique ayant chuté de près de 30 %. Dans de nombreux pays, la mortalité a diminué plus rapidement dans les milieux favorisés. Dans des pays

comme la Finlande, la Norvège, le Danemark, la Belgique, l'Autriche et l'Angleterre, les disparités sociales en termes de mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires et à la plupart des cancers se sont creusées (Mackenbach, 2006).

***La baisse de la mortalité et le vieillissement de la population entraînent une augmentation de la morbidité due aux maladies chroniques.***

La mortalité a beau avoir considérablement diminué, ce n'est pas le cas de l'incidence des maladies. Si l'on y ajoute une augmentation générale de l'espérance de vie, on obtient une hausse substantielle de la morbidité associée aux maladies chroniques au cours de ces dernières années. Au Danemark, on estime que 40 % de la population souffre de maladies chroniques (OMS Europe, 2006). Aux États-Unis, la majorité des septuagénaires présentent au moins une maladie chronique, les seules maladies cardiovasculaires touchant 40 % des hommes (Adams *et al.*, 1999). Les recherches menées par l'OCDE montrent une hausse généralisée de la prévalence du diabète parmi les personnes âgées. Des tendances alarmantes ont été observées dans des pays pourtant traditionnellement peu touchés par cette maladie. Au Japon par exemple, l'incidence du diabète a augmenté de 5.3 % par an en moyenne entre 1989 et 2004 (Lafortune et Balestat, 2007).

Les comorbidités augmentent également avec l'âge. Or les populations vieillissent rapidement dans la zone de l'OCDE. En Europe occidentale, le nombre de personnes de plus de 64 ans a plus que doublé au cours des 60 dernières années, tandis que la population des plus de 80 ans a quadruplé. Par conséquent, de nombreuses personnes doivent vivre avec plusieurs maladies chroniques. Au moins 35 % des hommes âgés de plus de 60 ans souffrent d'au moins deux maladies chroniques (OMS Europe, 2006), et sur les 17 millions de personnes atteintes de maladies chroniques au Royaume-Uni, 70 à 80 % ont besoin d'une assistance au quotidien (Watkins, 2004).

## 2. Mode de vie et maladies chroniques

***Le mode de vie dépend de l'environnement et de facteurs sociaux.***

Le mode de vie ne doit pas être considéré uniquement comme le résultat de choix individuels. Ces choix sont en effet souvent influencés, voire contraints, par des facteurs liés à l'environnement comme les structures sociales, les conditions culturelles et politiques, l'environnement physique et la conjoncture économique. Quelle qu'en soit la raison, il apparaît évident que de nombreuses maladies chroniques sont liées au mode de vie.

***Un mode de vie sain peut diminuer la mortalité de non moins de 75 %.***

Dans les pays à haut revenu, on estime que le tabagisme est responsable à lui seul de 22 % des maladies cardiovasculaires, et de la grande majorité de certains cancers et maladies respiratoires chroniques. L'abus d'alcool serait à l'origine de 8 à 18 % de la charge de morbidité totale chez les hommes, contre 2 à 4 % chez les femmes. Le surpoids et l'obésité représentent 8 à 15 % de la charge de morbidité dans les pays industrialisés, et l'hypercholestérolémie, 5 à 12 % (OMS, 2002). Chaque facteur de risque lié au mode de vie a des conséquences différentes sur la santé et sur le plan social et peut nécessiter des mesures spécifiques.

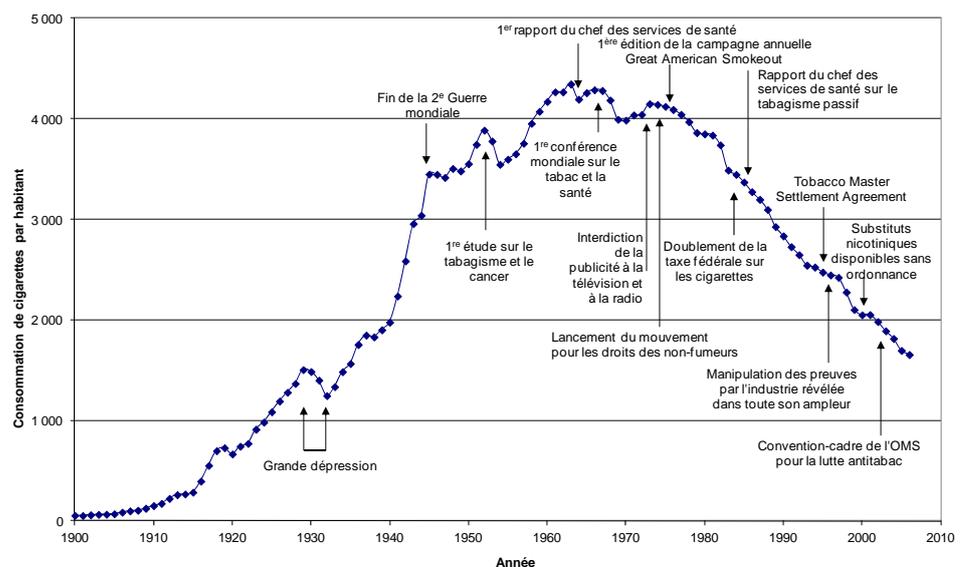
Les personnes qui mènent une vie physiquement active, ne fument pas, boivent de l'alcool avec modération et mangent beaucoup de fruits et de légumes présentent un risque de décès qui n'atteint pas le quart du risque de décès auquel s'exposent les personnes ayant des habitudes de vie malsaines (Khaw

*et al.*, 2007). En Irlande, près de la moitié de la baisse de la mortalité liée aux cardiopathies ischémiques enregistrée entre 1985 et 2000 chez les 25-84 ans était due à la diminution du nombre de fumeurs, ainsi que des niveaux moyens de cholestérol et de pression sanguine (OMS, 2006). Le projet Carélie du Nord, un programme de prévention d'une durée de 25 ans visant à améliorer la santé des hommes adultes en Finlande, a entraîné une baisse de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires de 68 %, aux cardiopathies ischémiques de 73 %, au cancer de 44 %, au cancer du poumon de 71 %, et des décès de toutes causes de 49 % (Puska *et al.*, 1998).

**Le tabagisme est responsable de 18 % des décès ; le taux de tabagisme culminait à 50 % dans les années 60 et 70.**

La consommation de tabac était un phénomène négligeable au début du XX<sup>e</sup> siècle, mais les taux de tabagisme ont progressé régulièrement au fil des ans, avec la production en masse des cigarettes. Cette hausse a été particulièrement marquée entre les années 30 et 60. Dans les années 60 et 70, le taux de tabagisme a culminé à 50 % ou plus dans de nombreux pays de l'OCDE, avant de commencer à décliner (graphique 1).

**Graphique 1. Évolution de la consommation annuelle de cigarettes aux États-Unis à partir de 1900**



Les preuves concrètes des méfaits du tabac sur la santé datent au moins des années 50. En 1964, aux États-Unis, le Surgeon General a publié un rapport qui a fait date sur les différents risques de santé associés au tabagisme. Toutefois, de nombreuses années se sont encore écoulées avant que la dépendance créée par le tabac et les dangers du tabagisme passif ne soient pleinement reconnus.

**L'obésité est en passe de devenir le problème de santé publique numéro un.**

L'épidémie d'obésité est plus récente. La taille et le poids n'ont cessé d'augmenter depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle dans la plupart des pays de l'OCDE, principalement du fait de la croissance économique, mais le rythme de progression de l'indice de masse corporelle (IMC) s'est récemment accéléré. Par exemple, l'IMC moyen des hommes américains a augmenté de 3.6 points entre 1910 et 1985-88, et presque d'autant au cours des 25 années suivantes.

En 15 ans, l'IMC moyen a augmenté de 1.5 point en Angleterre, du début des années 90 au milieu des années 2000, et d'un point en France sur la même période. Avant 1980, les taux d'obésité étaient généralement bien inférieurs à 10 %. Depuis lors, ils ont doublé, voire triplé dans de nombreux pays, et dans près de la moitié des pays de l'OCDE, 50 % ou plus de la population est en surpoids. L'augmentation du poids ralentit la progression de l'espérance de vie.

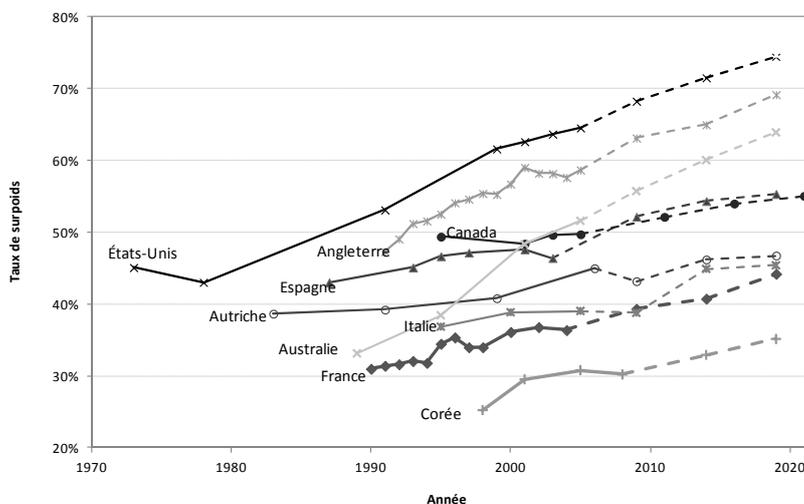
*L'épidémie d'obésité pose également problème dans les économies émergentes.*

L'épidémie d'obésité ne concerne pas uniquement les pays à haut revenu. En Chine par exemple, le taux de surpoids a doublé, passant de 13.5 à 26,7 % entre 1991 et 2006. Les obèses demeurent minoritaires, mais leur nombre a triplé sur la même période (Lu et Goldman, 2010). Un rapport récent estime que la prévalence du diabète est aussi élevée en Chine qu'aux États-Unis, avec plus de 92 millions de cas (Yang *et al.*, 2010). Au Brésil, le taux d'obésité a été multiplié par trois chez l'homme et pratiquement par deux chez la femme entre 1975 et 2003 (Monteiro *et al.*, 2006). Une légère progression du surpoids a été enregistrée en Inde (le taux de surpoids est passé de 10.6 à 12.6 chez les femmes entre 1998-99 et 2005-06), mais cette hausse a été beaucoup plus marquée dans les zones urbaines occidentales, où les taux ont pratiquement doublé en moins de dix ans pour avoisiner les 40 % au début des années 2000 (Wang *et al.*, 2009).

*Lutter contre l'obésité grâce à un régime alimentaire équilibré et à l'activité physique est un véritable défi.*

L'existence d'une corrélation entre le poids corporel et la mortalité a été mise en évidence dès le début des années 50, mais les effets néfastes de certains nutriments ont été beaucoup plus difficiles à établir. Une nette corrélation entre les acides gras (trans) insaturés, comme les huiles hydrogénées, et les cardiopathies ischémiques n'a été établie que récemment. Il est particulièrement difficile de déterminer la composition d'un régime alimentaire équilibré, surtout lorsqu'il faut tenir compte des différences entre les individus et les pays. Il est tout aussi difficile de déterminer le régime d'activité physique idéal, bien que l'on connaisse depuis longtemps les risques pour la santé associés à un mode de vie sédentaire.

**Graphique 2. Le surpoids dans les pays de l'OCDE : taux observés par le passé et évolution attendue**



### 3. Les pouvoirs publics peuvent-ils influencer les modes de vie ?

*Les stratégies de prévention les moins intrusives par rapport aux choix de vie individuels sont également les plus coûteuses.*

La plupart des gens aspirent à rester en bonne santé, mais ce n'est pas leur unique objectif. Ils souhaitent pratiquer des activités censées leur apporter du plaisir, de la satisfaction ou contribuer à leur épanouissement, même si ces activités nuisent à leur santé. Ils n'apprécieront jamais qu'on les empêche ou qu'on les dissuade de pratiquer ces activités. En revanche, des interventions plus « intrusives », c'est-à-dire qui façonnent l'environnement dans lequel les gens prennent leurs décisions au lieu d'avoir une vocation purement informative, sont généralement moins coûteuses que les autres.

La nature complexe des maladies chroniques, leurs multiples déterminants et mécanismes causaux suggèrent que des efforts intenses et soutenus et des stratégies globales impliquant un grand nombre de mesures et d'acteurs sont nécessaires à une prévention efficace. Toutefois, les pouvoirs publics ne consacrent en réalité qu'une petite partie de leur budget de santé à la prévention, dans le meilleur des cas. Il est rare qu'ils déploient véritablement des efforts intégrés ou qu'ils coordonnent les actions entre les différents ministères. Au contraire, il n'est pas inhabituel que des mesures susceptibles d'avoir un effet négatif sur le mode de vie des individus et sur l'état de santé de la population (par exemple, politiques dans le domaine agricole, dans les transports, dans l'urbanisme, etc.) soient adoptées sans aucune coordination avec le ministère de la Santé.

#### **Encadré 1. ActNow British Columbia, la démarche adoptée à l'échelle de toute l'administration au Canada**

ActNowBC, en Colombie britannique, est une démarche innovante entreprise à l'échelle de l'ensemble de l'administration pour promouvoir la santé, qui fixe des objectifs à long terme (2005-15) vis-à-vis des principaux facteurs de risque. L'objectif est de concevoir et de promouvoir des programmes, dans tous les secteurs de la société, qui facilitent le choix d'un mode de vie plus sain, qui renforcent les capacités nécessaires pour aboutir à des collectivités en meilleure santé, plus durables et plus viables sur le plan économique et qui diminuent les pressions exercées sur le système de soins de santé. L'initiative ActNowBC repose sur quatre piliers : activité physique, alimentation saine, lutte contre le tabagisme et consommation d'alcool responsable, en particulier durant la grossesse.

Toutes les administrations de la Colombie britannique doivent envisager leur mandat sous l'angle de la promotion de la santé et proposer des services favorisant la création d'environnements sains, selon les quatre axes indiqués plus haut. Les ministères travaillent en partenariat avec les collectivités locales, les organisations non gouvernementales et les acteurs du secteur privé pour étendre la responsabilité de la santé de la population au delà du secteur de la santé.

*En matière de lutte contre le tabac, il aura fallu 30 ans pour passer des campagnes d'information à l'interdiction de fumer.*

Bien que le lien entre tabagisme et cancer soit connu au moins depuis les années 50, il aura fallu attendre la seconde moitié des années 60 pour que les premières mesures visant à décourager les fumeurs soient prises aux États-Unis. Les premières initiatives prenaient la forme de mises en garde et consistaient à fournir des informations sur les risques liés au tabagisme. Toutefois, des mesures plus incisives ont été prises dans les années 70, lorsque la publicité pour le tabac a été interdite à la télévision et à la radio et que des campagnes antitabac ont été organisées aux États-Unis. Des mesures similaires ont été prises au niveau européen à partir des années 80, bien que des initiatives fussent déjà en place dans certains États membres. Les taxes sur le tabac existent depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, mais ce n'est que depuis peu que

l'augmentation de ces taxes est considérée comme un moyen de lutter contre le tabagisme et, plus récemment encore, de financer les initiatives antitabac. Les interdictions de fumer dans les lieux publics n'ont été adoptées par un certain nombre de pays qu'au cours des années 2000. Non seulement elles protègent les non-fumeurs contre le tabagisme passif, mais elles contribuent également à faire baisser le nombre de fumeurs.

***Les politiques de lutte contre l'obésité n'en sont qu'au tout début.***

Au cours des cinq dernières années, les pays membres de l'OCDE ont activement tenté d'améliorer les régimes alimentaires et de promouvoir l'activité physique. Les autorités ont pris des mesures en réponse aux appels lancés par les organisations internationales et aux pressions exercées par les médias et le milieu de la santé publique, bien que jusqu'à présent, on n'ait pu déterminer avec certitude quelles sont les mesures les plus efficaces. La plupart des gouvernements ont adopté des initiatives visant les enfants d'âge scolaire et consistant à modifier l'environnement scolaire et les menus des cantines, et à intégrer au programme scolaire des cours sur la santé et les modes de vie. Deuxième solution privilégiée par les pays de l'OCDE : la diffusion de directives nutritionnelles et autres messages sanitaires par le biais de campagnes de promotion de la santé. Un certain nombre de pays affichent un intérêt croissant envers certaines formes de réglementation et de mesures financières, bien qu'elles aient été relativement peu utilisées dans l'objectif avoué de lutter contre l'épidémie d'obésité. Dans certains cas, l'industrie des produits alimentaires et des boissons a mis en place des programmes volontaires.

#### **4. Que faut-il attendre de la prévention ?**

***La prévention contribue surtout à améliorer la santé et la longévité.***

Les pouvoirs publics fondent de grands espoirs sur la prévention. Ils espèrent qu'elle contribuera à diminuer les dépenses de santé et à gommer les inégalités, tout en améliorant la santé des populations. De nombreux programmes de prévention améliorent la santé et l'espérance de vie de manière efficace et efficiente. Il convient néanmoins d'avoir des attentes réalistes. La prévention peut améliorer notre santé et notre qualité de vie et afficher un rapport coût-efficacité aussi bon, voire meilleur que celui de la plupart des formes reconnues de soins de santé. Toutefois, les dépenses ont lieu aujourd'hui, alors que les bénéfices de la prévention ne seront souvent visibles qu'après de nombreuses années ou décennies, lorsque les personnes qui auraient dû souffrir de diabète ou d'une autre maladie chronique continueront d'afficher une santé resplendissante. Ce décalage important entre le moment où les dépenses de prévention ont lieu et celui où l'on en récolte les fruits rend les programmes de prévention particulièrement vulnérables lorsque les budgets de santé sont serrés.

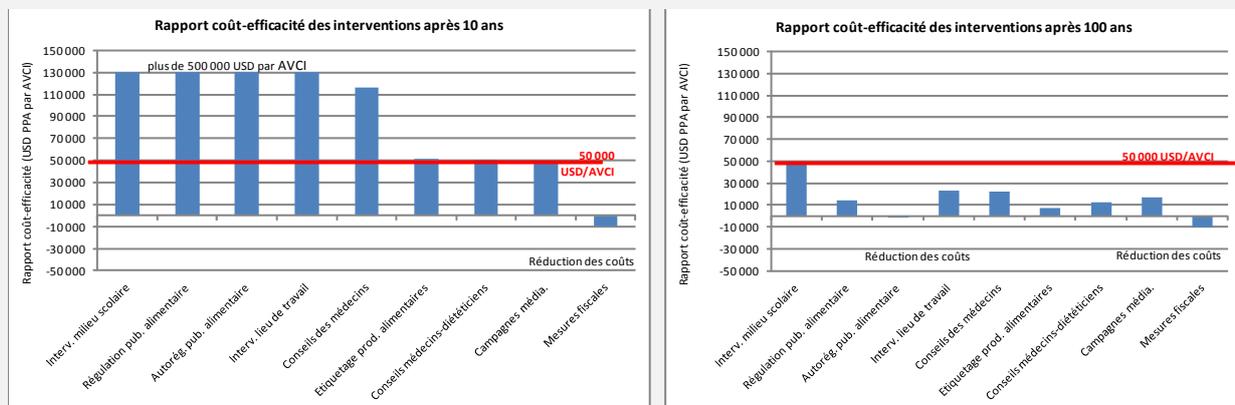
***Elle ne doit pas être considérée comme un moyen de réaliser des économies.***

Les programmes de prévention des maladies chroniques permettent principalement de retarder l'apparition de la maladie, voire de la prévenir totalement. L'espérance de vie est ainsi allongée de plusieurs années d'une vie en bonne santé, ce qui diminue les coûts des soins de santé. Toutefois, les avantages de la prévention en matière de santé sont tels que les individus vivent aussi plus longtemps avec des maladies chroniques et que l'espérance de vie des personnes âgées est sensiblement allongée, ce qui accroît les besoins de soins. En conséquence, la réduction des dépenses de santé ne doit

pas être considérée comme l'objectif principal de la prévention, puisque la plupart de ces programmes n'aboutiront pas à des résultats probants dans ce sens. Les travaux de l'OCDE ont montré que les interventions visant à améliorer les habitudes alimentaires et à promouvoir l'activité physique génèrent au mieux une diminution de 1 % des dépenses de santé consacrées aux principales maladies chroniques. Dans le même temps, la plupart de ces interventions affichent un coût qui annule les éventuelles économies réalisées. Les gains de productivité potentiels sont plus élevés que les coûts d'intervention pour de nombreuses formes de prévention. Cependant, ces gains dépendent en grande partie de la capacité du marché du travail à absorber l'accroissement de l'offre de main-d'œuvre.

### Encadré 2. Lutter contre l'obésité : le rapport coût-efficacité de la prévention

L'OCDE, en association avec l'OMS, a évalué l'impact économique et sanitaire d'un ensemble de stratégies de prévention des maladies chroniques liées à un régime alimentaire malsain, un mode de vie sédentaire ou à l'obésité. Les interventions évaluées peuvent permettre de gagner chaque année entre 39 000 (campagnes de masse) et 490 000 années de vie corrigées de l'incapacité (conseils approfondis dans le cadre des soins primaires) dans la zone européenne, pour une charge globale imputable au surpoids et à l'obésité supérieure à 3.6 millions d'AVCI dans cette même région. La plupart des interventions affichent un rapport coût-efficacité favorable (inférieur à 50 000 dollars par AVCI) par rapport à la stratégie consistant à traiter les maladies au moment de leur apparition. Les interventions les plus efficaces se situent en dehors du secteur de la santé (par ex. étiquetage des produits alimentaires, mesures financières). Le conseil aux individus à risque dans le cadre des soins primaires peut avoir un fort impact sur l'obésité et les maladies chroniques associées, mais c'est aussi la stratégie la plus coûteuse parmi celles évaluées par l'OCDE. Il est probable que les interventions ciblant les plus jeunes n'aient pas d'effet significatif sur la santé avant plusieurs décennies. Les interventions préventives coûtent, par habitant, entre 0.10 dollar (autorégulation par l'industrie elle-même de la publicité sur les produits alimentaires en direction des enfants) et plus de 15 dollars (intense activité de conseil dans le cadre des soins primaires). La diminution des dépenses de santé compense peu le coût de ces interventions. Les deux graphiques ci-dessous illustrent le rapport coût-efficacité de différentes interventions au bout de 10 ans (graphique de gauche) et à très long terme (graphique de droite). Les stratégies qui s'appuient sur des interventions multiples peuvent améliorer la couverture de la population en ciblant des tranches d'âge différentes et tirer ainsi profit des synergies entre les interventions. Les analyses de l'OCDE donnent à penser que ces stratégies polyvalentes pourraient s'avérer jusqu'à deux fois plus efficaces par rapport à la seule intervention la plus efficace, pour un rapport coût-efficacité comparable.



***La prévention peut favoriser une réduction des inégalités en matière de santé.***

La morbidité et la mortalité liées à la plupart des maladies chroniques sont prépondérantes chez les plus défavorisés. Ainsi, la prévention peut contribuer à réduire les inégalités sociales. Toutefois, les plus nécessiteux sont souvent difficiles à atteindre, du moins dans la même mesure que les catégories sociales plus favorisées et, parfois, les programmes de prévention sont moins efficaces auprès des populations défavorisées et au faible niveau d'instruction. Les travaux de l'OCDE montrent qu'en vertu d'un certain nombre d'hypothèses, les interventions visant à améliorer les habitudes alimentaires et à promouvoir l'activité physique renforceront dans une certaine mesure l'égalité en matière de santé, mais n'élimineront pas les disparités entre les différents groupes socioéconomiques en termes de santé et d'espérance de vie.

***La prévention peut améliorer l'emploi, la productivité et les salaires.***

Enfin, la prévention peut contribuer à améliorer la productivité et le niveau de vie. Les personnes ayant de mauvaises habitudes de vie et les personnes obèses ont moins de chances de trouver un emploi et risquent davantage de le perdre si elles en ont un, en partie à cause de la stigmatisation sociale dont elles sont victimes. Lorsqu'elles travaillent, ces personnes ont systématiquement des salaires inférieurs, car elles sont plus souvent absentes de leur travail pour des raisons de santé et leur productivité est moins bonne.

#### ***4.1. Prévention dans le cadre des soins primaires***

***Les conseils prodigués aux individus à risque dans le cadre des soins primaires constituent l'un des moyens les plus efficaces pour améliorer la santé...***

Les recommandations des médecins généralistes en matière de sevrage tabagique figurent invariablement en haut des tableaux comparatifs du rapport coût-efficacité, car elles constituent l'une des interventions les plus efficaces des services de santé. Les conseils prodigués aux patients à risque dans le cadre des soins primaires peuvent être l'un des moyens les plus efficaces de changer les comportements et de faire reculer l'obésité, surtout si ces conseils proviennent à la fois de médecins et de praticiens non médecins (par ex. diététiciens). À long terme, le nombre d'AVCI gagnées pourrait être dix fois supérieur aux gains générés par des mesures telles que l'étiquetage alimentaire ou la promotion de la santé sur le lieu de travail, et le nombre d'années de vie gagnées pourrait être 2 à 4 fois supérieur, avec des économies en matière de dépenses de santé supérieures à celles engendrées par la plupart des autres interventions. Ces conseils sont susceptibles de générer un gain annuel d'une année d'espérance de vie supplémentaire pour 12 personnes au sein d'une population, ou d'une année de vie corrigée de l'incapacité pour 10 personnes. Toutefois, les conseils prodigués aux individus à risque dans le cadre des soins primaires sont également coûteux, et ce coût peut se révéler bien supérieur aux économies réalisées en matière de dépenses de santé.

***...mais les capacités sont restreintes.***

La plupart des pays de l'OCDE doivent faire face à de fortes contraintes de capacité en matière de soins primaires, et les demandes urgentes ont tendance à prendre le pas sur la prévention. Les médecins généralistes bénéficient de plus en plus de systèmes de rémunération mixtes associant capitation et paiements incitatifs, dans une tentative d'améliorer l'efficacité des soins primaires dans la poursuite des objectifs de santé à plus long terme. Un certain nombre d'incitations financières et non financières se sont révélées efficaces pour développer les services de prévention dans le cadre des soins primaires. Toutefois, il est difficile de comprendre comment ces incitations pourront

conduire à des conseils systématiques sur le mode de vie aux personnes qui risquent le plus de souffrir de maladies chroniques si elles ne sont pas couplées à des mesures visant à remédier aux contraintes de capacité.

#### 4.2. *Utiliser la réglementation et les leviers fiscaux pour influencer les modes de vie*

***La réglementation et les mesures fiscales peuvent réussir là où la motivation explicite et la responsabilisation échouent à faire évoluer les modes de vie.***

Un large éventail de mesures réglementaires et fiscales ont été mises en place dans de nombreux pays de l'OCDE pour freiner la consommation de tabac et d'alcool. Un âge minimal a été fixé pour l'achat de cigarettes et de boissons alcooliques, dont les étiquettes comportent souvent des messages avertissant des risques pour la santé. La publicité fait l'objet de restrictions sévères et la consommation de ces deux produits est lourdement taxée. Toutes ces mesures ont contribué à endiguer la consommation et les travaux de l'OMC ont montré que la plupart d'entre elles présentent un profil coût-efficacité très favorable.

#### **Encadré 3. Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool**

En mai 2010, les 193 États membres de l'OMS ont approuvé une résolution visant à lutter contre l'usage nocif de l'alcool, à l'issue d'un processus de deux années débuté en mai 2008 qui a réuni des représentants des organisations intergouvernementales, des professionnels de la santé, des ONG et des acteurs économiques. L'objectif de cette résolution consiste à mettre en place un cadre général en vue d'encourager et de favoriser l'élaboration de politiques de santé publique à l'échelon régional et national. Tout au long du document, un accent particulier a été mis sur les catégories de population les plus fragilisées par l'usage nocif de l'alcool, comme les enfants, les femmes enceintes et allaitantes et les catégories socioéconomiques défavorisées. Les possibilités d'action sont fondées sur les données disponibles quant à l'efficacité et au rapport coût-efficacité des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Les interventions proposées se décomposent en dix domaines cibles : i) sensibilisation et engagement ; ii) action des services de santé ; iii) action communautaire ; iv) politiques de lutte contre la conduite en état d'ivresse et contre-mesures ; v) disponibilité de l'alcool ; vi) commercialisation des boissons alcoolisées ; vii) politiques de prix ; viii) réduction des conséquences négatives de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ; ix) réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ; et x) suivi et surveillance.

***Il est difficile de concevoir et de mettre en œuvre des incitations financières justes et applicables, mais elles peuvent avoir rapidement un impact bénéfique sur la santé.***

Plusieurs études laissent apparaître que les taxes sur les produits alimentaires sont susceptibles d'avoir un impact sur la consommation d'aliments malsains et le poids des personnes. Une analyse récente par l'OCDE de l'impact d'une stratégie consistant à taxer les produits trop gras tout en subventionnant les fruits et légumes a montré que ce type de mesures peut permettre de gagner davantage d'espérance de vie et d'années de vie corrigées de l'incapacité que la plupart des autres interventions, à court comme à long terme. En outre, les coûts associés à la mise en œuvre de ces mesures seraient inférieurs aux économies qu'elles généreraient en matière de dépenses de santé. Toutefois, les mesures fiscales visant spécifiquement à changer les comportements sont difficiles à concevoir et à mettre en œuvre ; leur impact est imprévisible étant donné que l'élasticité-prix de la demande varie en fonction des individus et des groupes de population ; elles peuvent peser plus lourdement sur les groupes à faible revenu que sur ceux à haut revenu, et les effets de substitution ne sont pas toujours évidents.

En Alabama, les fonctionnaires qui participent à un programme de bien-être ou qui s'engagent à réduire leur IMC, leur tension artérielle, leur cholestérolémie et leur glycémie, et donc les risques associés, ont droit à une réduction de 25 dollars sur leur assurance-maladie. Cet État propose également une incitation de même nature aux non-fumeurs. Au Japon, les assureurs ont été mandatés pour dépister le « syndrome métabolique » chez 56 millions de personnes âgées de 40 à 74 ans, et pour orienter les personnes à risque vers un programme de bien-être efficace, sur la base d'incitations financières. Les incitations de ce type sont jugées plus équitables, voire plus efficaces que les taxes sur certains aliments et boissons, bien que la plupart des données empiriques existantes ne semblent pas confirmer l'hypothèse selon laquelle les incitations financières pourraient favoriser une perte de poids durable.

#### **Encadré 4. Bilans de santé obligatoires et activité de conseil au Japon**

Au Japon, le système des bilans de santé et des conseils en santé impose aux organismes d'assurance-maladie de mettre en place des dispositifs de dépistage et de conseil dans le but de prévenir les maladies induites par le mode de vie. Ce programme est ciblé sur le « syndrome métabolique » chez les plus de 40 ans. Les personnes diagnostiquées comme atteintes par le syndrome métabolique ou qui présentent des risques de le développer lors de l'examen de santé bénéficient de conseils de santé afin d'encourager un changement de comportement et une amélioration du mode de vie. Une amélioration du mode de vie peut contribuer à une meilleure qualité de vie et à une réduction de la croissance des dépenses de santé à moyen-long terme. Une évaluation préliminaire donne à penser que le programme a, en effet, permis de réduire le nombre de personnes présentant un syndrome métabolique, ou à risque élevé de présenter ce syndrome, après six mois de suivi.

### **4.3. Cibler les enfants**

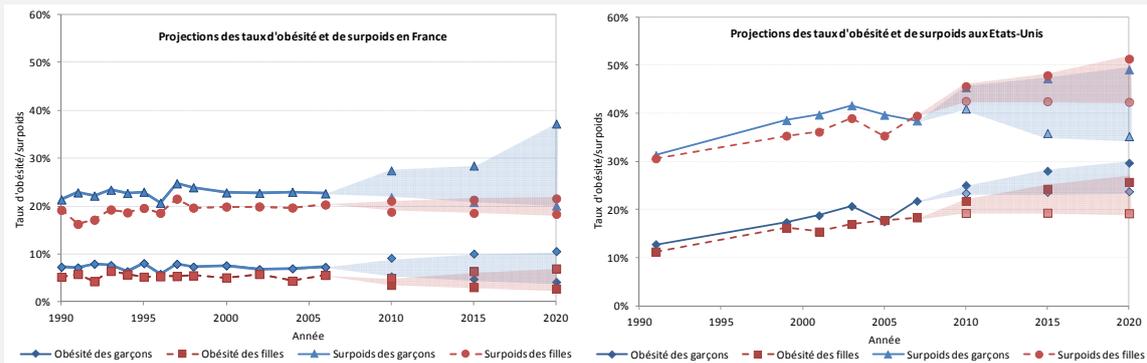
*Pour les pays de l'OCDE, il est impératif de protéger les enfants contre l'obésité, même si les bénéfices pour leur santé ne se concrétiseront que bien plus tard.*

La protection de l'enfance est une priorité essentielle pour l'ensemble des pays. Dans la lutte contre les comportements addictifs, comme le tabagisme ou l'abus de drogues, certaines mesures susceptibles de susciter un malaise ou de l'opposition lorsqu'elles visent les adultes ont tendance à être considérées comme appropriées et souhaitables lorsque les enfants sont concernés. C'est également le cas lorsqu'il s'agit de lutter contre l'obésité.

#### **Encadré 5. Progression de l'obésité infantile**

La croissance choquante de l'obésité infantile est l'un des aspects les plus inquiétants de l'épidémie d'obésité actuelle. Le taux d'obésité infantile a été multiplié par quatre dans la plupart des pays de l'OCDE depuis les années 60 (Lobstein *et al.*, Obesity Reviews, 2004). Cette hausse est principalement imputable à l'évolution du mode de vie des adultes – moins les parents sont actifs, moins leurs enfants le sont, et si les parents suivent un régime alimentaire malsain, leurs enfants en font également les frais. Toutefois, les dernières données sur l'évolution de l'obésité infantile envoient tout de même quelques signaux positifs. Les taux de surpoids et d'obésité infantiles semblent s'être stabilisés dans certains pays, comme les États-Unis et la France, et certains signes

indiquent même un possible déclin dans des pays comme l'Angleterre et le Japon. Les graphiques ci-dessous présentent les taux de surpoids et d'obésité infantiles de ces 20 dernières années, ainsi que les prévisions de l'OCDE jusqu'en 2020, fondées sur les données du National Health Examination Survey (États-Unis) ou de l'enquête santé (France). Les fourchettes prévisionnelles reflètent l'incertitude statistique quant à l'évolution des taux. On peut espérer que les campagnes telles que « Let's move » aux États-Unis et « Mangerbouger » en France rencontreront davantage de succès et se révéleront plus efficaces que les tentatives lancées précédemment pour changer le comportement des enfants.



Presque tous les pays de l'OCDE ont mis en place des programmes scolaires à l'échelle nationale ou locale. Il s'agit de loin de la stratégie la plus utilisée dans la lutte contre l'obésité, bien que l'analyse de l'OCDE montre que ses effets sur la santé sont relativement modestes et ne porteront véritablement leurs fruits qu'environ 50 ans après sa mise en œuvre initiale.

#### Encadré 6. Initiatives visant à limiter la publicité pour les produits alimentaires à destination des enfants

L'International Food and Beverage Alliance (IFBA) regroupe neuf des principales multinationales du secteur agroalimentaire (General Mills, Grupo Bimbo, Kellogg's, Kraft, Mars, Nestlé, PepsiCo, Coca-Cola Company, Unilever), qui se sont engagées auprès de l'OMS en mai 2008 à soutenir la Stratégie mondiale 2004 pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Les entreprises qui adhèrent à l'IFBA ont lancé des programmes nationaux dans le monde entier, conçus pour mettre en œuvre une politique responsable en matière de publicité à destination des enfants. L'IFBA a demandé à la société d'audit Accenture d'évaluer l'impact de certains de ces engagements. Au sein de l'Union européenne, entre 2005 et 2009, Accenture a fait état d'une baisse générale de l'exposition des enfants à la publicité des entreprises de l'IFBA (pour l'ensemble des produits), notamment d'un recul de 61 % des programmes destinés à un public composé majoritairement d'enfants de moins de 12 ans et d'une contraction globale de 30 % (pour tous les programmes sur toutes les chaînes et sur l'ensemble de la période).

***On a notamment cherché à restreindre l'exposition des enfants à la publicité.***

De nombreux pays ont également choisi d'imposer des restrictions à la publicité pour les produits potentiellement malsains pour les enfants. La publicité pour les produits alimentaires ne fait pas exception, puisque ces restrictions concernent majoritairement des produits à forte densité énergétique et sans intérêt nutritionnel, dont la consommation excessive est considérée comme l'un des vecteurs de l'épidémie d'obésité. Dans des pays comme la Suède, le Royaume-Uni et la province canadienne du Québec, les pouvoirs publics ont pris le parti d'interdire purement et simplement la publicité pour les produits alimentaires destinés aux enfants. Une évaluation récente du

programme britannique montre que le nombre de publicités pour des aliments potentiellement malsains vues par les enfants âgés entre 4 et 15 ans a diminué de près d'un tiers entre 2005 et 2008. L'industrie alimentaire s'est opposée avec vigueur à l'interdiction de la publicité, mais s'est engagée de son côté à limiter la publicité pour les enfants, voire à l'éliminer totalement. Se fondant en grande partie sur les résultats obtenus au Royaume-Uni, l'OCDE a calculé que les bénéfices sanitaires de la réglementation de la publicité pour les produits alimentaires seraient légèrement supérieurs à ceux des interventions menées dans les écoles, dans des délais analogues et pour un coût bien inférieur.

#### **Encadré 7. Limiter les acides gras trans, un exemple de bonne pratique pour prévenir l'obésité infantile**

Conformément au plan global de gestion de la sécurité alimentaire pour les enfants élaboré en 2007 et à la Loi sur la gestion de la sécurité alimentaire pour les enfants adoptée en 2008, les autorités coréennes imposent d'indiquer, sur l'étiquette des produits alimentaires pour enfants, leur contenu en acides gras trans. Les pouvoirs publics ont également soutenu la mise au point « d'acides gras peu saturés non trans » en subventionnant les projets de R-D au sein du secteur et en aidant la Korea Food and Drug Administration (KFDA) à acquérir les brevets concernés, permettant ainsi aux acteurs du secteur de partager les technologies. Cette stratégie s'appuie sur une collaboration entre industrie, universités, instituts de recherche et pouvoirs publics.

Ces efforts se sont traduits par une baisse du contenu en acides gras trans : dans les biscuits, ils sont ainsi passés de 0.8g à 0.1g. Dans les produits chocolatés, ils ont diminué de 1g à 0.1g et de 0.8g à 0.1g dans les produits destinés à être consommé en dehors des repas.

## **5. Conclusions**

Il est possible et d'un bon rapport coût-efficacité de s'attaquer aux maladies chroniques par le biais d'interventions destinées à modifier les facteurs de risque liés au mode de vie, et il est vraisemblable que cela permette de réduire les inégalités en matière de santé au sein des pays. Afin de freiner l'essor des maladies qui ont pratiquement atteint le statut d'épidémie au cours du XX<sup>e</sup> siècle, un changement radical des normes sociales qui régissent les comportements individuels et collectifs s'impose. Ces changements ne pourront être amorcés que par des stratégies de prévention de large portée, axées sur plusieurs déterminants de la santé.

L'une des premières priorités des pays de l'OCDE en matière de santé publique est de mettre un frein à l'obésité. Bien que les initiatives les plus efficaces soient prises en dehors du secteur de la santé, ce sont les systèmes de santé qui ont le plus d'impact sur l'obésité et les maladies chroniques associées, car ils ciblent plus particulièrement les individus à risque.

La croissance de l'obésité infantile ne laisse rien présager de bon pour l'avenir en matière de santé publique. Il est peu probable que les interventions ciblant les plus jeunes aient des effets visibles sur la santé de la population avant de nombreuses années. Toutefois, les pays doivent absolument prendre des mesures pour protéger les enfants contre l'évolution du mode de vie des adultes, et favoriser des modes de vie plus sains. Nous devons agir pour ne pas léguer l'obésité en héritage aux générations futures.

Tous les pays font des efforts pour améliorer l'éducation et l'information en matière de santé. Il semble toutefois peu probable que ces interventions aient un véritable impact sur l'obésité. En outre, leur rapport coût-efficacité n'est

pas particulièrement favorable. Des mesures plus strictes, comme la réglementation de la publicité ou des mesures de taxation, portent davantage atteinte aux choix individuels et sont plus susceptibles de générer un conflit entre les différentes parties prenantes, mais il est en revanche probable qu'elles pèseront moins lourd sur les finances publiques et produiront des résultats plus rapidement. La solution la plus efficace contre l'obésité consiste à inciter les médecins et les autres professionnels impliqués dans les soins primaires à faire davantage d'efforts pour conseiller les personnes ayant des comportements à risque, mais elle est plus coûteuse. Ces efforts doivent donc être soigneusement ciblés.

Ainsi, une bonne stratégie de lutte contre l'obésité devra au minimum protéger les enfants, informer les adultes et prévoir des efforts supplémentaires ciblés sur les plus vulnérables. Il pourrait être nécessaire de tenter d'influencer davantage le comportement des adultes, à condition que cela soit politiquement acceptable. Comment structurer ces efforts ? À la lumière des tentatives (finalement) fructueuses de limiter le tabagisme, il est tentant de tout miser sur la réglementation de la publicité, les taxes sur la consommation, et l'interdiction des modes de consommation les plus nuisibles. Toutefois, il existe de bonnes raisons de croire que cette approche ne sera pas aussi efficace pour modifier les comportements alimentaires. Par exemple, la taxation ou la réglementation d'un seul type de produit peut inciter les gens à modifier leurs habitudes alimentaires sans que cela ait beaucoup d'impact sur la santé globale. Les personnes qui font davantage d'exercice peuvent consommer plus de calories sans que cela nuise à leur santé – alors pourquoi devraient-elles être pénalisées ? Sur bien d'autres aspects, les conditions qui ont conduit au succès de la lutte antitabac ne sont pas transposables au problème bien plus complexe de la lutte contre l'obésité.

L'industrie alimentaire et des boissons a apporté une contribution potentiellement importante à la lutte contre les régimes alimentaires nocifs pour la santé et contre la sédentarité, souvent en coopération avec les organismes publics et les organisations internationales, montrant qu'elle peut être un partenaire au sein d'une alliance contre l'obésité. Si l'industrie ne perçoit pas l'étiquetage ou l'encadrement de la publicité comme une menace, elle sera sans doute beaucoup plus encline à s'associer aux responsables publics pour opérer les changements souhaitables. Il existe un nombre croissant d'exemples de collaboration entre les industriels, l'administration et d'autres acteurs importants de la société comme les employeurs, les médecins généralistes, les écoles et les urbanistes, qui s'engagent côte à côte dans une stratégie multi-parties prenantes pour lutter contre l'obésité. Une telle approche rendrait les interventions plus acceptables, et peut-être plus efficaces. Les pouvoirs publics conserveraient la maîtrise d'ensemble des initiatives en faveur de la prévention des maladies chroniques tout en encourageant l'engagement et les contributions du secteur privé. Il faut admettre que les intérêts en jeu entrent souvent en conflit. Néanmoins, aucune partie n'est en position de remédier significativement au problème de l'obésité et des maladies chroniques associées sans la coopération pleine et entière des autres parties prenantes. Les générations futures risqueraient de payer cher l'échec de la lutte contre l'obésité.