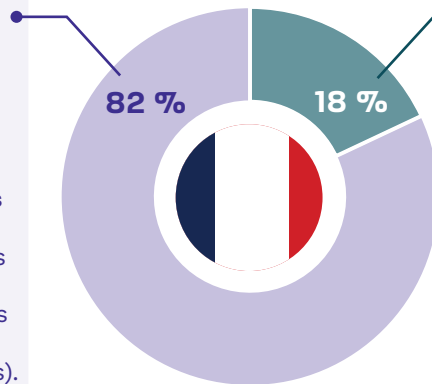


L'Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé coûte à la France environ 23,3 milliards d'euros par an (343 euros par habitant).

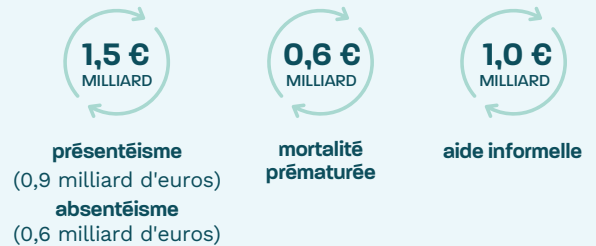
19,2 milliards d'euros
de coûts directs (82 %)

Les coûts directs sont principalement liés aux **maladies musculosquelettiques** (6,9 milliards d'euros), au **diabète de type 2** (4,9 milliards d'euros), aux **maladies cardiovasculaires** (3,2 milliards d'euros) et aux **maladies digestives** (1,0 milliard d'euros).

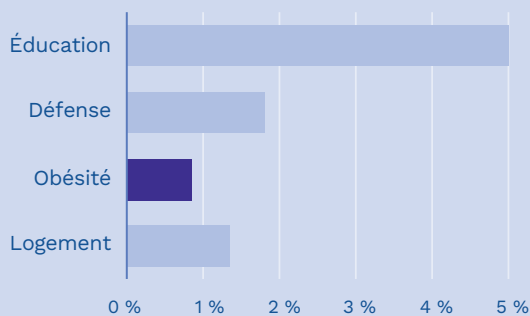


4,1 milliards d'euros
de coûts indirects (18 %)

Du côté des coûts indirects, **l'inactivité économique** constitue la composante la plus importante, à hauteur de 1,1 milliard d'euros, suivie par :



Dépenses totales en % du PIB



Source : OHE/EFPIA (2026), Le fardeau du surpoids et de l'obésité en Europe. Recherche sous contrat commandée et financée par l'EFPIA.

Au total, les dépenses liées à un IMC élevé représentent environ **0,8 % du Produit Intérieur Brut (PIB)**, soit approximativement la moitié du budget de la défense.

La part des coûts indirects en France est particulièrement faible par rapport à celle des coûts directs, en raison de plusieurs facteurs. Selon la NCD Risk Factor Collaboration (Phelps et al., 2024a), la prévalence d'un IMC élevé en France est la plus faible parmi les pays étudiés. Toutefois, des sources nationales, dont la Feuille de route obésité 2026-2030, font état d'une prévalence de l'obésité chez les adultes plus élevée en France, pouvant atteindre 18 % sur la base de données déclaratives, contre environ 10 % selon les estimations fondées sur des données mesurées utilisées dans la présente analyse. La tendance observée pour les femmes françaises dans les données de la NCD-RisC a également fait l'objet de débats (Ezzati et al., 2024 ; Czernichow et al., 2024). Afin de préserver la comparabilité entre les pays, nous retenons les estimations de la NCD-RisC. Toutefois, si les données nationales reflètent plus fidèlement la prévalence actuelle, les estimations du fardeau présentées pour la France pourraient être sous-estimées. Cela pourrait notamment concerner les travailleurs les plus âgés, chez qui la prévalence d'un IMC élevé est la plus importante. Néanmoins, les taux d'emploi diminuent sensiblement chez les personnes âgées de 55 à 69 ans, ce qui limite les coûts de productivité associés à un IMC élevé (INSEE, 2026, section « Enquête Emploi 2025 »).

Contexte politique

La France a publié la Feuille de route pour la prise en charge des personnes vivant avec l'obésité 2026-2030, confirmant l'obésité comme une priorité majeure de santé publique et reconnaissant son statut de maladie chronique nécessitant une prise en charge structurée et pluridisciplinaire (Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2026). Cette stratégie vise à remédier à la fragmentation des soins et aux inégalités d'accès identifiées dans les plans précédents. Elle se concentre sur la prévention secondaire et tertiaire, tandis que la prévention primaire relève du Programme National Nutrition Santé (PNNS). La France propose également des bilans de prévention dans le cadre du dispositif « Mon Bilan Prévention », entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie pour les assurés appartenant à certaines tranches d'âge (l'Assurance Maladie, 2026). Elle a par ailleurs récemment instauré un « parcours coordonné renforcé obésité » (PCR), destiné aux personnes présentant des formes complexes de la maladie. Ce dispositif permet aux patients éligibles d'accéder à des consultations de diététiciens, de professionnels de l'activité physique et de psychologues (Légifrance, 2026). Il nécessite une prescription médicale et s'étend sur une période de deux ans. Enfin, la France a été le premier État membre de l'Union européenne (UE) à mettre en place le remboursement de médicaments destinés aux personnes présentant un IMC ≥ 35 avec comorbidité, ou un IMC ≥ 40 (Jacobsen et al., 2026).

Des obstacles subsistent néanmoins. Le parcours de soins coordonné est actuellement réservé aux personnes présentant une obésité complexe (Légifrance, 2026), tandis que le remboursement des médicaments est limité aux prescriptions initiées par des centres spécialisés de niveau 2 ou 3 (Service Public, 2026). Ce remboursement intervient en seconde intention, après échec documenté de la prise en charge nutritionnelle (Légifrance, 2026). Cette organisation concentre la demande sur des services spécialisés déjà sous tension et peut limiter l'accès rapide aux soins pour les personnes vivant dans des zones sous-dotées, dans un contexte marqué par la persistance des « déserts médicaux » en France (Légifrance, 2026 ; Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2026 ; Queneau et Ourabah, 2023). Par ailleurs, la formation des professionnels de santé à la prise en charge de l'obésité reste largement insuffisante, bien qu'elle constitue l'un des objectifs centraux de la Feuille de route 2026-2030, dont la mise en œuvre devrait intervenir dans les prochaines années (Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2026). Le recours au dispositif « Mon Bilan Prévention » demeure également limité : seule une faible proportion de la population éligible en a bénéficié entre 2024 et 2026 (Le Houerou, 2026). Parallèlement, la France compte parmi les pays européens où la chirurgie bariatrique est la plus développée : plus de 600 000 personnes ont été opérées, soit environ 1 % de la population adulte (Paccou et al., 2022). L'accès à cette chirurgie demeure néanmoins inégal, marqué par des disparités socio-économiques et territoriales (Benamran et al., 2024).