

Obésité :

Quels moyens d'action contre l'épidémie du XXI^e siècle ?

SOMMAIRE

Les causes de l'épidémie au cœur de notre société	p. 2
Peut-on guérir l'obésité ?.....	p. 5
La prévention chez l'enfant : le bon moment pour agir	p. 7
Les réponses à vos questions	p.10
Pour en savoir +	p.16

Propos recueillis à l'occasion d'un débat grand public organisé par la Fondation Recherche Médicale et France Info dans le cadre des "Rencontres santé". Jeudi 8 avril 2004, à la Maison de la Radio (Paris). Débat animé par Michel Cymes, chroniqueur médical de France Info et animateur TV sur France 5.

Document disponible sur le site de la Fondation Recherche Médicale www.frm.org

Publication : mai 2004.

Crédits photos : Radio France / C. Abramowitz

Avec la participation de :

> **Docteur Marie -Aline Charles**,
Médecin épidémiologiste à l'Hôpital Paul-Brousse et directeur de recherche à l'Unité Inserm 258 de « Epidémiologie cardiovasculaire et Métabolique » à Villejuif.

> **Professeur Bernard Guy-Grand**,
Professeur de nutrition à la Faculté Pitié-Salpêtrière (Paris VI), consultant dans le service de nutrition de l'Hôtel-Dieu. Co-auteur avec le Professeur Arnaud Basdevant du livre « la médecine de l'obésité ».

> **Docteur Chantal Simon**,
Professeur de nutrition – Praticien hospitalier à la Faculté de médecine de Strasbourg (Université Louis Pasteur).

Michel Cymes – « *L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'obésité comme un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé. Si l'OMS parle d'obésité, c'est bien parce qu'il ne s'agit plus seulement d'un problème esthétique touchant quelques milliers ou centaines de milliers de personnes dans chaque pays, mais d'une véritable maladie.*

Un milliard d'adultes sont en surpoids dans le monde et 300 millions de personnes sont obèses. Un Américain sur quatre est obèse, et en 2005, l'obésité sera la première cause de mortalité aux Etats-Unis devant le tabac. Au Japon, l'obésité chez l'enfant a augmenté de 53 % en quelques années. En Grande-Bretagne, on compte parfois plus de 65 % d'augmentation de l'obésité sur certaines tranches d'âge. Selon les études, seule la Finlande a réussi à stabiliser l'obésité infantile grâce à un programme de prévention. L'obésité ne touche pas seulement les pays riches : dans les pays pauvres, et principalement dans les zones urbaines, les populations consomment de plus en plus de plats gras et sucrés, qui sont plus faciles et moins chers à préparer que les plats traditionnels.



En ce qui concerne la France, les 34 kilos annuels de sucre consommés par chaque Français représentent 11 kilos de plus qu'il y a cinq ans. On compte 4,2 millions d'obèses, et le pourcentage d'enfants en surpoids est passé de 6 à 15 % en vingt ans. On estime qu'en 2020 en France, un enfant sur quatre sera en surpoids et que l'obésité sera multipliée par cinq en vingt ans. Enfin, 55 000 décès par an en France seraient liés à l'obésité. »

Les causes de l'épidémie au cœur de notre société

Docteur Marie-Aline Charles,
Médecin épidémiologiste à l'Hôpital Paul-Brousse (Paris) et directeur de recherche à l'Unité 258 de l'Inserm « Epidémiologie cardiovasculaire et métabolique » à Villejuif.

> Les chiffres de l'épidémie

Pour quelles raisons parle-t-on « d'épidémie » dans le domaine de l'obésité ?

En France, on comptait dans les années 80 environ 6 % d'adultes atteints d'obésité, pour 6,5 % dans les années 90. Ce chiffre est monté à 8,5 % en 1997, 10 % en 2000, pour atteindre 12 % en 2003. Les chiffres des années 1980 et 1990 ont fait croire à une relative stabilité, alors qu'ailleurs l'on commençait déjà à parler d'épidémie. Pourtant, depuis six ou sept ans, la fréquence de l'obésité a doublé en France par rapport aux années 1980.



Ces chiffres en eux-mêmes sont assez

préoccupant. Dans les années 1970, les Etats-Unis possédaient déjà 15 % d'obèses. À présent, quasiment un adulte américain sur trois est obèse. L'augmentation est linéaire, et l'inquiétude vient du fait qu'il n'y a aucun signe de fléchissement de l'évolution, malgré une importante prise de conscience du phénomène. En Angleterre, les mêmes évolutions que celles observées en France dans les années 90 se sont passées dans les années 80 : une relative stabilité, puis une augmentation qui a conduit à doubler la fréquence d'obèses dans les années 80. D'une manière générale, tous les pays d'Europe de l'Ouest (France, Espagne) ont vu leur pourcentage d'obèses augmenter. Ces chiffres donnent l'impression d'une vague venant de l'Ouest, et qui a d'abord touché les Etats-Unis, puis l'Angleterre, et maintenant les pays d'Europe de l'Ouest. En ce qui concerne l'Europe de l'Est, l'évolution est différente dans la mesure où la fréquence de l'obésité était déjà importante.

> Les facteurs d'obésité

Afin de comprendre le phénomène, il faut examiner les pays en voie de développement, dans lesquels l'obésité était extrêmement rare et qui pourtant ne sont pas épargnés par

l'épidémie actuelle. Dans ces pays, l'obésité est quasiment inexistante dans les zones rurales : c'est dans les zones urbaines que la fréquence de l'obésité augmente. L'urbanisation est donc un facteur important de l'apparition de l'obésité. Cette urbanisation conduit à une disponibilité alimentaire plus importante qu'elle ne l'est dans les zones rurales, à l'exercice de métiers davantage sédentaires, et à l'utilisation de transports en commun au détriment du déplacement à pied. Il apparaît que l'augmentation de la fréquence de l'obésité est quasiment indissociable de l'augmentation du niveau socio-économique. Parmi les pays pour lesquels des chiffres sont disponibles, seule la Russie affiche une diminution de sa fréquence d'obèses. Ce pays a subi, dans les années 90, des changements socio-économiques majeurs. Si le mode de vie lié à l'urbanisation joue un rôle important dans l'apparition de l'obésité, il n'explique pas l'importante augmentation de la fréquence de l'obésité en France dans les années 90. D'autres aspects de notre mode de vie urbanisé favorisent l'obésité. Dans nos sociétés dites « développées », quelles sont les personnes qui réussissent à rester minces ? Le niveau social semble être un facteur déterminant. En effet, dans tous les pays développés, davantage de cas d'obésité apparaissent chez les sujets vivant dans des conditions sociales défavorisées, alors que l'effet inverse s'observe dans les pays en voies de développement, où les sujets les plus riches sont les plus gros. Pour rester mince dans le contexte actuel qui favorise le développement de l'obésité, il faut présenter un certain nombre de caractéristiques : avoir un certain niveau d'éducation pour comprendre le phénomène, mais également posséder les moyens financiers permettant d'avoir une alimentation saine et équilibrée (fruits et légumes, viandes peu grasses, poissons) et de pratiquer des activités physiques. Le mode de vie et le niveau socio-économique sont donc des déterminants très importants.

Il faut également mentionner la pression sociale qui s'exerce dans nos pays pour rester mince, et notamment sur les femmes. La différence observée quant à la fréquence de l'obésité en fonction du niveau socio-économique et du niveau d'éducation est beaucoup plus manifeste chez les femmes que chez les hommes.

Par ailleurs, l'inégalité face à l'obésité trouve probablement une origine génétique. Les différences individuelles sont extrêmement importantes, et elles font l'objet de nombreuses pistes de recherche. Ainsi, les gènes qui

prédisposent à, ou protègent de l'obésité sont-ils recherchés et étudiés, même si ces recherches restent éminemment complexes.

> L'obésité chez les enfants

En ce qui concerne l'enfant, la prévalence de l'obésité a également augmenté de manière importante, en France comme ailleurs. Il faut toutefois noter quelques différences entre ce que l'on observe chez l'adulte et ce que l'on constate chez l'enfant. Les chiffres donnent l'impression que l'augmentation galopante de la fréquence de l'obésité chez l'enfant a débuté avant celle relevée chez l'adulte. Même si les informations sont parcellaires, il semble que l'obésité infantile a commencé à s'accroître dès les années 60. Actuellement, on estime que 15 % des enfants sont en surpoids en France. Dès la fin de l'école maternelle, un grand nombre de surpoids se sont déjà constitués. Ainsi, 15 % d'enfants de cinq à six ans sont déjà en surpoids, contre 17 % d'adolescents en moyenne. Il semble donc que la plupart des surpoids se constituent très tôt. Si certains facteurs d'obésité sont communs aux adultes et aux enfants, il est possible que des facteurs soient spécifiques à l'enfant. Ces derniers sont encore peu connus et font l'objet de recherches. L'aide de la Fondation Recherche Médicale joue ici un rôle particulièrement important.

M. Cymes – « *Sait-on aujourd'hui si les enfants en surpoids deviendront systématiquement des adultes en surpoids ?* »

Dr M-A. Charles - En ce qui concerne les jeunes enfants (avant l'adolescence), la probabilité de devenir un adulte obèse se situerait entre 20 et 50 % selon les études. Les adolescents obèses auraient une probabilité de 70 ou 80 % de devenir des adultes obèses. Cependant, il est nécessaire de suivre les enfants pendant un minimum de 15 à 20 ans afin d'évaluer cette probabilité. Toutes les données dont on dispose aujourd'hui reposent donc sur des études antérieures à l'augmentation actuelle de l'obésité infantile. Il est probable qu'être un enfant obèse dans les années 60-70 ne signifie pas la même chose qu'être un enfant obèse dans les années 1990-2000. Les données manquent encore pour évaluer le phénomène.

M. Cymes – « *Nombre de parents estiment que leur enfant « profite » et que son surpoids est un signe de bonne santé. Pourtant, dès le plus jeune âge, l'obésité de l'enfant influence l'état de ses artères. Un enfant de cinq ans en*

surpoids ou obèse présentera plus de risques d'avoir un infarctus vers 40, 50 ou 60 ans. »

Dr M-A. Charles - Rares sont les études qui permettent d'établir une relation directe entre le fait d'être un enfant ou un adolescent obèse et le fait de présenter par la suite des risques de maladies cardiovasculaires. Chez les garçons, le surpoids infantile augmente effectivement le risque de souffrir de maladies cardiovasculaires par la suite. Ceci est un peu moins net chez les filles. Il faut préciser toutefois que ces études reposent sur des données antérieures à la situation actuelle. Chez un enfant obèse de cinq à six ans, on peut déjà repérer certains paramètres (taux élevé de certains lipides) dont on sait qu'ils prédisposent ou favorisent le développement d'anomalies artérielles comme l'artériosclérose.

M. Cymes – « *Dans la mesure où le taux lipidique se mesure dans le sang, peut-on savoir si les artères de ces enfants sont déjà porteuses d'athérome ?* »

Dr M-A. Charles - Une étude française récente, menée chez des adolescents présentant une obésité massive, a montré qu'ils présentaient déjà des anomalies artérielles.

M. Cymes – « *Le thème de l'obésité infantile sera abordé avec le Docteur Chantal Simon dans le cadre de la prévention. On voit des campagnes de communication axées sur l'obésité qui mettent en garde adultes et enfants sur les risques liés au diabète et sur les conséquences sur leur santé : une campagne présentant un enfant obèse en indiquant qu'il risque de faire un infarctus à 45 ans pourrait-elle avoir un impact fort ?* »

Dr M-A. Charles - Reconnaissons que ce style de campagne « coup de poing » a été efficace sur la consommation de tabac.

Pr Bernard Guy-Grand - Dans ce domaine, le terrorisme n'a jamais été efficace. Une telle campagne effrayerait les gens sans pour autant modifier leurs habitudes. De nombreux patients savent que leur hygiène alimentaire est mauvaise et viennent consulter pour leur santé, mais estiment que le fait de montrer un enfant obèse est par ailleurs éthiquement indéfendable. Des campagnes de communication sont menées et doivent être accentuées, sans qu'il soit nécessaire d'affoler la population. Toute la difficulté des campagnes de prévention et d'information vient du fait qu'elles sont à double tranchant : elles peuvent

alors devenir contre-productives, notamment avec les enfants et les adolescents. Si les médecins devaient annoncer à leurs patients qu'ils risquent de mourir s'ils ne perdent pas 15 kilos dans les six prochains mois, ils seraient certains d'échouer ! Cette attitude est médicalement et éthiquement indéfendable. La démarche doit être beaucoup plus souple et progressive.

M. Cymes – *« En dépit des campagnes de sensibilisation menées aux Etats-Unis depuis plusieurs années, la proportion d'obèses ne cesse d'augmenter dans ce pays. Il semble donc qu'il soit nécessaire de durcir les messages passés dans ces campagnes. Le principe est le même que pour la consommation d'alcool et de tabac. Dans le cas de la sécurité routière, aucune campagne n'a été plus efficace que celle où l'on a montré des accidents. »*

Pr B. Guy-Grand - Il est possible de vivre sans fumer, mais pas sans manger !

Dr Chantal Simon – Dans le cas de l'alcool et du tabac, les cations qui se sont révélées efficaces ont souvent été assorties de mesures coercitives ou de nature financières. Une telle démarche est plus difficile à envisager dans le domaine de l'obésité, même si certaines assurances-vies commencent à « taxer » les obèses.

M. Cymes – *« Sans le cautionner, on peut citer l'exemple de médecins australiens qui refusent d'opérer les malades atteints de pathologies dues à leur tabagisme. »*

Dr C. Simon - Malgré les campagnes d'information, le tabagisme a augmenté chez les jeunes et chez les femmes. Les problèmes cardiovasculaires ont augmenté chez les femmes parce qu'elles fument de plus en plus. L'information seule ne suffit donc pas.

Dr M-A. Charles - Les Américains s'interrogent également sur l'inefficacité de leurs campagnes. Actuellement, ils changent d'orientations et mettent l'accent sur les différences sociales, dont il a été précédemment question. Si l'éducation ne suffit pas, il est possible que certains éléments empêchent les gens ayant reçu l'information de la mettre en pratique. Ainsi, des revenus faibles ne permettent pas d'adopter un comportement permettant de prévenir l'obésité.

M. Cymes – *« Revenons sur le rôle du facteur génétique. Le terme « gène de prédisposition » employé précédemment par le Docteur Charles désigne le gène de susceptibilité à une pathologie. Si une personne fumeuse possède une prédisposition génétique à développer un cancer du poumon, il est très probable qu'elle développe ce cancer. Si la personne fumeuse ne possède pas cette prédisposition, elle a peu de chance de développer un cancer du poumon (ce qui ne l'empêchera pas de connaître des problèmes cardiovasculaires). Les probabilités sont-elles les mêmes dans le cas de l'obésité ? Le fait de posséder le gène est-il une prédisposition à devenir obèse si l'alimentation n'est pas saine, ou bien l'obésité est-elle systématique dès que ce gène est présent ? Les recherches sur le sujet sont très complexes... »*

Dr M-A. Charles - La difficulté des recherches vient du fait qu'il n'y a pas un, mais de multiples gènes impliqués. Certains individus, en raison de leur patrimoine génétique, prendront beaucoup de poids s'ils mangent beaucoup et se dépensent peu. D'autres individus, ayant un patrimoine génétique différent, pourront avoir le même mode de vie sans prendre de poids. Il y a bien une interaction entre le patrimoine génétique et le mode de vie. L'évolution de l'homme ne l'a pas protégé contre l'obésité. Pendant des millénaires, le fait de prendre du poids ou de manger en grande quantité lorsqu'il y avait de la nourriture à disposition était un bon comportement, dans la mesure où le principal risque à craindre était de manquer de nourriture. Il est possible que le patrimoine génétique humain se soit même enrichi au cours des siècles en gènes de susceptibilité à l'obésité.

M. Cymes – *« Les animaux peuvent-ils être obèses dans leur milieu naturel ? »*

Pr B. Guy-Grand - Non. L'animal est dans l'obligation de rechercher sa nourriture, de la chasser ou d'échapper aux prédateurs : il n'a donc pas de raison de devenir obèse. Un être humain placé dans les mêmes conditions ne développerait pas non plus d'obésité. L'homme n'est pas préparé à affronter les évolutions sociétales actuelles : l'accent est trop mis sur l'alimentation, alors que la sédentarité et l'absence d'activité physique jouent un rôle capital. Les changements qui se sont produits au cours des vingt ou trente dernières années montrent que la réduction de l'activité physique est nettement plus importante que l'augmentation de la consommation alimentaire.

Le sucre et les graisses sont des boucs émissaires, et ne sont pas consommés de la même manière par les uns et les autres. Il est donc difficile de prendre des mesures coercitives générales.

Certains pensent que l'évolution de l'espèce humaine vers l'obésité est normale et physiologique, bien qu'elle soit pathologique, compte tenu du milieu dans lequel elle vit.

Dr Chantal Simon - Les chiens et les chats domestiques sont, eux, également touchés par une épidémie d'obésité, liée à la sédentarité.

Peut-on guérir l'obésité ?

Professeur Bernard Guy-Grand

Professeur de nutrition à la Faculté Pitié-Salpêtrière (Paris VI), consultant dans le service de nutrition de l'Hôtel-Dieu, Paris.

> L'ambiguïté de l'obésité et ses implications en termes de soins

L'obésité est dotée d'un statut ambigu : d'une part, elle a de telles conséquences sur la santé qu'on ne peut pas ne pas la considérer comme une maladie, mais d'autre part, elle est une adaptation normale et un symptôme de l'évolution sociétale.

La première conclusion est qu'il ne faut pas stigmatiser les patients obèses, car ils se comportent normalement, compte tenu de leur patrimoine génétique et de l'environnement



dans lequel ils sont placés. La seconde conclusion est que les médecins sont en porte-à-faux, dans la mesure où ils souhaiteraient soigner mais ne le peuvent pas car l'environnement ne le permet pas.

« Peut-on alors soigner l'obésité ? » Cela dépend des conditions et du but que l'on s'assigne. S'il s'agit de rendre minces toutes les personnes un peu grosses, la réponse est « non ». S'il s'agit d'aider les patients atteints de surcharge pondérale à perdre un peu de poids, ce qui aura des conséquences importantes sur leur futur état de santé, la réponse est « sans doute oui pour un certain nombre ». Enfin, si l'objectif est d'éviter qu'une personne obèse ne le devienne encore plus, la réponse est « oui ». La mortalité est un

phénomène inéluctable, aussi convient-il mieux de parler de surmortalité ou de mortalité précoce.

> Modifier les comportements : le traitement de base

En partant du principe de base selon lequel il faut avoir mangé davantage que ce que l'on a dépensé pour prendre du poids, les médecins conseilleront aux patients obèses de manger moins et de bouger davantage pour leur permettre de contrôler leur poids ou de perdre quelques kilos. Le principe est énoncé, mais son application reste ardue : il est en effet difficile de modifier un comportement alimentaire et des habitudes prises largement en amont du problème. Les composants cognitifs et conditionnés d'un comportement alimentaire jouent un rôle déterminant : les patients savent qu'ils adoptent un mauvais comportement, mais ne réussissent pas à le modifier.

Le travail d'éducation du médecin sera donc d'informer les patients sur ce qu'ils consomment. Il n'est cependant pas possible de faire ses courses avec une « calculatrice à calories » : ceci représenterait un insupportable appauvrissement de la vie intellectuelle et libidinale. Nombre de troubles du comportement alimentaire (grignotage, compulsions, crises de boulimie, ...) possèdent des connotations psychologiques et sont des réponses comportementales à un trouble qui n'a rien de nutritionnel. Il ne suffit donc pas de dire simplement quels aliments manger pour régler le problème. Une obésité constituée est rarement réversible en totalité, dans la mesure où l'obésité elle-même a créé des courts-circuits biologiques et psychologiques qui entretiennent le problème et ne mènent pas vers sa réversion.

Les médecins tentent de modifier les comportements sans être trop restrictifs, afin d'éviter le syndrome du « yo-yo » (succession de pertes et de reprises de poids) qui aggrave les situations. Les patients âgés d'une cinquantaine d'années et qui ont enchaîné une quinzaine de régimes « farfelus », dont le résultat net est une prise de poids de 20 à 30 kilos, pensent eux-mêmes qu'ils auraient dû s'abstenir d'essayer de maigrir lorsqu'ils avaient 25 ans.

Le second point important concerne l'activité physique, à tort confondue avec l'activité sportive. Il faut réussir à pratiquer une activité physique quotidienne d'intensité modérée. La récente campagne du Programme National Nutrition Santé préconise ainsi de marcher au moins 30 minutes par jour. Cette activité a

clairement fait la preuve de son efficacité en terme de prévention de maladies cardiovasculaires, même si elle n'est probablement pas suffisante pour la prévention et le traitement de l'obésité.

Les personnes obèses, stigmatisées et rejetées par la société, ressentent très durement les jugements déficitaires émis par le public à leur rencontre. Cette pesanteur du regard de l'autre sur leur corps est contre-productive, car elle engendre des dépressions, des troubles du comportement alimentaire et une aggravation de l'obésité.

> Les autres remèdes à l'obésité

Il est nécessaire de prendre en compte toutes les dimensions psychologiques, génétiques et familiales de l'obésité. Il faut agir très tôt avant que l'obésité soit constituée, au risque de la rendre en partie irréversible. Les médicaments présentent un effet faible mais net chez certains individus, et il serait dommageable de les mettre à l'index dans la mesure où l'obésité est une maladie chronique qui doit bénéficier d'une pharmacothérapie. La chirurgie de l'obésité existe pour les patients présentant un surpoids très important et qui risquent des complications mettant en jeu leur pronostic vital à très court terme (anneaux gastriques, courts circuits digestifs, ...). Il s'agit à l'heure actuelle de la seule mesure permettant de perdre du poids durablement, même si les résultats ne sont pas aussi probants que l'on souhaite le faire croire. Le traitement de l'obésité est donc difficile, et la prévention joue un rôle majeur : il est plus facile de ne pas grossir que de maigrir. Il est important de rappeler que les restrictions alimentaires abusives font le lit de l'obésité. L'accent a été beaucoup trop mis sur l'importance de la silhouette et de la minceur. À présent, on parle également de ce qui se passe avant même la naissance : des modifications nutritionnelles chez la mère peuvent entraîner des modifications durables chez l'enfant, qui pourront s'exprimer sous la forme d'une obésité apparaissant plus tard dans sa vie. Cette obésité aura été programmée, dans la mesure où les gènes ne fonctionnent pas tous en même temps : pour qu'un gène s'exprime (produise un effet biologique), il doit être « allumé ». Certains gènes s'allument seuls, mais l'allumage d'autres gènes peut être déclenché par des événements nutritionnels qui peuvent être précoces et intervenir pendant la grossesse de la mère. Ceci est un champ de recherche majeur, de même que la science du comportement, domaine qui jusqu'à présent n'a pas été beaucoup servi et qui compte

beaucoup sur la Fondation Recherche Médicale.

M. Cymes – « *Lorsque des médicaments ont été mis sur le marché, l'opinion publique a considéré qu'il allait être possible de traiter cette maladie et de pouvoir maigrir en les prenant régulièrement...* »

Pr B. Guy-Grand - Actuellement, deux médicaments sont commercialisés en France, mais une dizaine d'entre eux sont testés dans les industries pharmaceutiques. À partir du moment où une affection concerne 15 à 20 % de la population, elle devient un marché potentiel considérable. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille jeter la pierre à ces industries.

Le problème de l'obésité est tellement contraignant et péjoratif pour les personnes atteintes qu'elles sont à l'affût de tout ce qui pourrait les soulager sans effort. Chaque nouvelle molécule ainsi mise sur le marché laisse croire à un miracle. Ces médicaments n'ont pourtant rien de miraculeux : ils présentent une certaine efficacité chez un certain nombre de personnes. Ils permettent d'améliorer la situation, en ayant une activité correcte chez environ un tiers des personnes qui les prennent, ce qui est bien meilleur que les régimes qui échouent à 95 % à échéance de cinq ans. Il ne s'agit à l'heure actuelle que de mesures complémentaires, comme ceci est le cas dans toutes les maladies chroniques. L'obésité n'est pas guérissable comme une angine ou une appendicite. Elle est chronique comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Aussi, il est normal que les médicaments ne fassent pas définitivement maigrir les obèses.

M. Cymes – « *Combien de personnes obèses prennent-elles ces médicaments ?* »

Pr B. Guy-Grand - Le chiffre est difficile à connaître. Le battage médiatique contre ces médicaments a été tel que les gens le considèrent comme très dangereux, et que les médecins sont réticents à le prescrire. Ils sont par ailleurs chers et non remboursés, dans la mesure où le traitement de l'obésité est considéré comme un traitement de confort. Certains abus ont également eu lieu, et ces médicaments ont été utilisés pour améliorer la ligne. Les autorités publiques ont été très réticentes, car certains médicaments anciens étaient potentiellement dangereux et ne devaient pas être diffusés massivement. Dans le cas de l'isoméride, ce médicament n'a pas eu bonne presse : *Le Monde* a grandement

exagéré en titrant « le médicament qui tue ». On a exigé des médicaments contre l'obésité beaucoup plus qu'ils ne pouvaient donner, en reprochant de ne faire perdre que 3 ou 4 kilos de plus qu'un placebo.

L'anneau gastrique quant à lui est remboursé, même si la Caisse nationale d'assurance maladie commence à s'inquiéter des dépenses que cela génère et des interventions faites malgré les contre-indications. Si un médicament générerait 0,1 % de mortalité, il ne serait jamais lancé sur le marché. Or c'est le taux de mortalité des interventions gastriques. Celles-ci ne doivent donc se faire que chez les personnes atteintes d'obésité morbide et dangereuse, et sous la houlette d'équipes multidisciplinaires et compétentes.

Actuellement, des cliniques chirurgicales pratiquent chaque jour une dizaine de poses d'anneaux gastriques. Cette intervention est relativement facile à réaliser techniquement. La prise en charge d'un patient obèse nécessite cependant un suivi prolongé, qui ne peut pas être assuré par le seul médecin spécialiste mais par l'ensemble du système de santé.

Le problème de l'obésité est en grande partie un problème de politique générale et d'organisation de la cité, sur laquelle on pourrait dire beaucoup. Il s'agit également d'un problème lié à l'offre alimentaire. Des progrès doivent encore être réalisés au niveau de la densité énergétique (nombre de calories par gramme) qui pousse à la surconsommation calorique. L'estomac a besoin d'être plein avec des aliments denses en calories : il faut donc davantage de calories pour atteindre le volume nécessaire à la satiété. La composition en graisses intervient également.

Les portions alimentaires sont au centre des débats, notamment aux Etats-Unis. Afin de prouver que Mac Donald était un empoisonneur, un homme a consommé le menu « *Hamburger super size* » à chacun de ses repas pendant un mois : il a pris 8 kilos dans le mois et a doublé son taux de cholestérol. Mac Donald a protesté mais a enlevé cette offre de son menu. Le danger est d'accuser trop rapidement Mac Donald® ou Coca-Cola®, qui pour être des acteurs du problème, ne sont pas les seuls. On ne peut réagir contre l'obésité qu'en appliquant une politique globale et cohérente, associant la totalité des acteurs.

La prévention chez l'enfant : le bon moment pour agir

Docteur Chantal Simon

Nutritionniste et endocrinologue à l'Hôpital Hautepierre, centre hospitalier de Strasbourg.

> La prévention pour juguler la croissance de l'obésité chez l'enfant

La France, elle aussi, est touchée par une augmentation de l'obésité ; l'enfant est particulièrement concerné, et cela a des conséquences à l'âge adulte mais également sur la santé de l'enfant. Si les gènes sont impliqués, il reste encore beaucoup d'inconnues concernant leur identité et leur rôle exact. L'environnement est également fortement impliqué.

Les critères utilisés aujourd'hui pour définir l'excès de poids infantile donnaient 3 % d'excès



de poids chez les enfants en France dans les années 70.

Aujourd'hui, ce pourcentage est de 15 %, et cela dès l'âge de 6 ans. En 30 ans, le chiffre a été

multiplié par cinq. Il est peu probable qu'une mutation génétique brutale en soit à l'origine : l'environnement a certainement joué un rôle important. Dans la mesure où le traitement et le retour au poids normal restent difficiles, il est indispensable de prévenir l'obésité. Cette prévention doit être réalisée au moment de l'enfance et de l'adolescence, lors de la mise en place des comportements et des habitudes de vie. On ne s'est pas toujours intéressé à l'obésité en termes de prévention, car le domaine médical s'intéresse davantage à la thérapeutique. Il est toutefois possible de tirer quelques leçons de ce qui a déjà été réalisé.

> Un déficit d'activité physique

Notre environnement actuel favorise la prise de poids. Aujourd'hui, l'alimentation est moins importante qu'au début du siècle, et nous dépensons en moyenne de 500 à 600 calories de moins qu'au début du siècle. Pourtant, l'obésité augmente. Notre dépense physique quotidienne a donc encore plus diminué que notre alimentation : la balance résiduelle est positive. Même si l'activité sportive de loisir est plus importante qu'au début du siècle, nous bougeons beaucoup moins au cours de notre vie quotidienne et professionnelle.

Ceci est également vrai chez l'enfant, et pas seulement aux États-Unis. Une étude a été menée en 2001 auprès de 4 000 adolescents de 12 ans dans le Bas-Rhin : seul un tiers d'entre eux va à pied ou en vélo à l'école pour un trajet de 20 minutes sur l'ensemble de la journée. 70 % font moins de 20 minutes d'activité physique quotidienne. En France, les élèves font 3 heures d'éducation physique hebdomadaires au collège et au lycée, et un peu moins à l'école primaire (une réflexion doit être menée à ce sujet) mais 25% des garçons et 35 à 40 % des filles ne pratiquent pas d'autres activités physiques que celles proposées à l'école. Les recommandations chez l'adolescent ne sont pas d'une demi-heure de marche quotidienne, mais bien d'une demi-heure d'activité physique quotidienne : il leur manque donc bien 3 à 4 heures hebdomadaires pour atteindre le niveau d'activité physique minimal qui serait bénéfique en terme de poids, mais également dans une perspective de prévention cardiovasculaire et de cancer. Ce n'est pas par manque de temps que les adolescents ne font plus assez de d'activité physique : s'ils y consacrent en moyenne, 2 heures par semaine pour les garçons et 1h30 pour les filles, ils passent aussi 2 h par jour devant la télévision et 45 minutes devant les jeux vidéos ou l'ordinateur. Force est de constater que la société a évolué. Face à cette évolution, il n'est pas question de revenir en arrière et de supprimer les moyens de transport ou la télévision. Une réflexion doit être menée collectivement et aller au-delà de la question d'éducation, afin de faciliter la mise en mouvement des individus. Or aujourd'hui, dans les lieux publics par exemple, les ascenseurs sont beaucoup plus faciles à trouver que les escaliers, qui servent d'issues de secours. Comme le soulignait le Docteur Charles, on observe davantage d'excès de poids dans les milieux moins éduqués, moins informés ou moins riches, car les autres font peut-être plus d'efforts pour trouver des solutions.

> **Changer les comportements à long terme**

Les études de prévention sont rares, notamment chez l'enfant, et montrent que la seule information ne suffit pas. Ceci est vrai pour les comportements impliqués dans la prise de poids comme pour la consommation d'alcool et de tabac, ou pour la sécurité routière. Dans quelques études menées à court terme, l'augmentation de l'éducation physique et sportive obligatoire dans les écoles a permis de modifier le poids des adolescents. Cependant, ceci n'a pas conduit les enfants à modifier leurs habitudes quotidiennes. Les actions de

prévention doivent donc viser à changer le comportement de l'adolescent non seulement lors de la mise en place de l'action, mais également dans le long terme. Pour cela, il est nécessaire d'agir également sur leur environnement. Il faut donc mener une réflexion avec les industriels de l'agroalimentaire, et également sur l'activité physique. Il faut par exemple une certaine disponibilité des parents pour emmener leurs enfants faire du sport, et un panel d'activités accessibles à tous. Si tous les acteurs s'associent (médecins, collectivités, parents, collèges, éducateurs, associations), il est possible d'avoir un impact à long terme sur le comportement de ces adolescents et sur leur santé. Dans le Bas-Rhin, une action menée actuellement tente de montrer qu'il est possible de modifier l'activité physique des adolescents, et que cela s'accompagnera de modifications sur leur santé.

Des expériences sont également menées dans le domaine de l'éducation alimentaire. Là encore, cela ne suffit pas et il est nécessaire de mener une réflexion plus globale. La situation en France est originale, car de nombreuses actions sont menées à différents niveaux, et leur conjonction laisse espérer qu'il sera possible de modifier l'évolution des comportements et de l'obésité. Dans les écoles, il faut par exemple rendre l'eau disponible dans les distributeurs de boissons, afin d'éviter que seules les boissons sucrées ne soient accessibles. Le fait de prendre non seulement l'enfant ou l'adolescent, mais également leur environnement comme cibles, devrait permettre d'avoir un impact plus général.

Une autre expérience est en cours dans huit collèges. Dans quatre d'entre eux (collèges « action »), tous les moyens ont été mis en place pour modifier le niveau d'activité physique dès septembre 2002 alors que les autres gardaient leur rythme habituel (collèges « témoins »). Au bout de six mois d'intervention, le pourcentage d'enfants ne pratiquant pas d'activité physique en dehors de l'école a diminué de moitié dans les collèges « action ». Parallèlement, nous avons observé qu'ils passaient en moyenne 10 minutes de moins devant la télévision. L'impact sur la santé sera étudié dans les mois qui viennent.

Des expériences sont également menées dans le domaine de l'éducation alimentaire. Là encore, il est maintenant bien établi que l'information ne suffit pas et qu'il est probablement nécessaire de mener une réflexion plus globale.

De ce point de vue, la situation en France est originale, car de nombreuses actions sont menées à différents niveaux, notamment dans le cadre du PNNS, et leur conjonction laisse espérer qu'il sera possible de modifier l'évolution des comportements et de l'obésité. Dans les écoles, on peut par exemple favoriser l'accès à l'eau afin d'éviter que seules des boissons sucrées ne soient accessibles. Le fait de prendre non seulement l'enfant ou l'adolescent, mais également leur environnement comme cibles, devrait permettre d'avoir un impact plus général.

Dr M-A. Charles - On peut également évoquer ici les raisons pour lesquelles les enfants développent des surpoids très précoces. On sait que le diabète maternel pendant la grossesse favorise ultérieurement le développement du surpoids de l'enfant. Des scientifiques s'interrogent actuellement sur le rôle de l'état nutritionnel et métabolique des femmes enceintes dans l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant. L'obésité augmente chez les jeunes femmes, or on sait qu'elle favorise des troubles proches du diabète. Ces troubles pourraient avoir un rôle sur le surpoids futur de leur enfant. Chez le nourrisson, il semble également que la prise de poids très précoce, dans les quatre premiers mois de vie, prédise l'existence d'un surpoids vers l'âge de 7 ans. Cette prise de poids précoce est-elle liée à la manière dont nous alimentons les nourrissons, à l'expression d'une prédisposition génétique très précoce, à un comportement alimentaire conditionné par des événements se déroulant avant la grossesse ? Ces questions soulèvent autant de voies de recherche.

Grâce au soutien de la Fondation Recherche Médicale, l'étude EDEN a débuté en France et se déroule depuis janvier 2003 dans les maternités de Nancy et de Poitiers. Son objectif est d'évaluer les relations entre ce qui se passe avant la naissance et pendant les premiers mois de vie avec le développement et la santé de l'enfant. L'obésité, le développement des allergies et d'autres problèmes courants de la santé de l'enfant seront examinés au cours de cette étude.

Les réponses à vos questions

La satiété et la diversification alimentaire

« L'intervention de la satiété est-elle automatique ? Pour quelles raisons n'agit-elle pas automatiquement et allons-nous au-delà de nos besoins ? L'expérimentation animale peut-elle apporter des réponses à ces questions ? »

Pr Bernard Guy-Grand - L'estomac n'est pas le seul impliqué dans le mécanisme de la satiété, la prise alimentaire étant un phénomène extrêmement complexe. D'une manière simplifiée, le comportement alimentaire remplit trois fonctions. La première consiste à apporter des calories et de l'énergie à l'organisme. La deuxième fonction est affective et hédonique. Enfin, la troisième fonction est d'ordre social, et relève de la convivialité. Un individu bien réglé mange lorsqu'il a faim et s'arrête lorsqu'il est rassasié. Des déterminants non énergétiques conditionnent également la prise alimentaire ; ainsi, un besoin de consommation peut ne pas être lié à un besoin de calories. Le fait de grignoter entre les repas ou de manière compulsive est une manière de résister à la dépression.

La qualité de la nourriture joue également : une personne mangera moins si on lui présente une nourriture monotone, et davantage si différentes saveurs lui sont présentées. La satiété est spécifique : le fait d'être rassasié d'un aliment donné ne signifie pas que l'on est rassasié d'un autre aliment. Ce n'est pas un hasard si le sucre, qui possède une forte valeur hédoniste dès la naissance, est présenté en dessert, lorsque la faim est moins forte. Les expérimentations animales existent depuis une cinquantaine d'années, notamment sur le comportement alimentaire. Il est évident qu'elles contribuent grandement à la compréhension des mécanismes complexes de la prise alimentaire.

Dr Chantal Simon - La monotonie alimentaire diminue l'appétit : la diversité alimentaire, et la variété des repas d'un jour sur l'autre participent au phénomène actuel. Les aliments actuels apportent beaucoup de calories dans un petit volume. Ainsi, lorsque notre estomac est plein, nous avons déjà consommé plus de calories que nécessaires. Auparavant, l'alimentation apportait davantage de volume et

contenait des glucides lents, des fibres, des fruits et des légumes. La sensation de satiété survenait pour un apport calorique correspondant à un apport calorique moindre.

M. Cymes – *« On note une contradiction : il semble que la diversification alimentaire conduise à une surconsommation, alors qu'il est conseillé de diversifier l'alimentation des enfants afin de leur faire prendre de bonnes habitudes alimentaires. L'exemple de la grande mode des Oméga 3 est révélateur. Il s'agit de ces acides gras que l'on trouve surtout dans l'huile de colza et qui sont censés protéger le cœur et prévenir la dépression. »*

Pr B. Guy-Grand - Les pédiatres ont actuellement tendance à retarder la diversification alimentaire chez les enfants, notamment en raison des allergies alimentaires. En ce qui concerne les acides gras Oméga 3, il estime que l'on donne trop souvent la parole aux « fous » qui en parlent mal. Le public est noyé sous la diversification des messages nutritionnels qui sont parfois contradictoires (huile d'olive versus huile de colza) et qui proviennent de nombreuses sources (industries, nutritionnistes spécialisés sur l'humain ou sur les animaux, gourous, ...).

« Est-il vrai que le fait de faire un régime provoque un rétrécissement de l'estomac ? Toutes les personnes ont-elles un estomac de même taille ? »

Pr B. Guy-Grand - L'estomac ne rétrécit pas au cours d'un régime. Si rétrécissement il y a, il est certainement moins important que la réduction du volume de l'estomac provoquée par un anneau gastrique. L'idée répandue d'un rétrécissement de l'estomac au cours d'un régime vient probablement du fait que lorsque l'alimentation est réduite, la sensation de remplissage survient plus rapidement. Cette sensation est peut-être davantage sous-tendue par un mécanisme psychologique que physiologique. D'autre part, certains régimes coupent l'appétit et donnent l'impression d'avoir moins faim qu'auparavant. L'environnement dans lequel évoluent les personnes joue également un rôle, à tel point qu'il faudrait parfois que les obèses puissent changer d'environnement pour réussir à perdre du poids.

La taille de l'estomac n'intervient probablement pas. Les mécanismes de la satiété et du rassasiement varient beaucoup selon les individus, et en fonction d'une série de facteurs qui dépendent davantage de leur « tête » que de l'estomac. Lorsqu'un anneau gastrique est posé et que le volume de l'estomac est réduit à 50 ml, si l'individu consomme de grosses quantités de nourriture malgré l'anneau, il dilatera la poche gastrique et l'œsophage, ce qui entraînera des vomissements et une augmentation de la pression, et fera éventuellement glisser l'anneau. Cela dit, l'estomac est un muscle contractile doué d'une certaine élasticité.

La ménopause

« Comment ne pas grossir lors de la ménopause ? »

Pr Bernard Guy-Grand - La ménopause est traitée par une substitution hormonale. À la ménopause, un tiers des femmes maigrit, un tiers ne change pas de poids, et un tiers grossit. Les raisons pour lesquelles les femmes grossissent au moment de la ménopause sont extrêmement variables : hormonales, psychologiques ou environnementales. Chez la femme, les prises de poids s'observent en moyenne à chaque changement d'identité : l'enfant qui devient femme, la femme qui devient mère, la mère qui devient grand-mère (en moyenne au moment de la ménopause). Une femme peut grossir à chacun de ces

événements ou seulement au moment de l'un d'entre eux. En ce qui concerne l'hérédité, beaucoup de femmes grossissent à la ménopause comme leurs mères l'ont fait. Ceci montre que ces personnes présentent une sensibilité particulière à certains types de privations hormonales, ou à l'augmentation des hormones androgènes.

Dr Marie-Aline Charles - La fréquence de l'obésité augmente avec l'âge, mais exactement au même rythme chez l'homme et chez la femme : il y a une similitude de la progression des deux courbes en fonction de l'âge, mais les kilos ne se situent pas aux mêmes endroits. Au moment de la ménopause, on assiste à une redistribution des graisses qui s'installent au niveau des fesses, des hanches et sur le ventre. Le tour de taille se modifie, et cela est lié à la disparition des hormones féminines.

Pr B. Guy-Grand - Cette forme d'obésité est la plus dangereuse sur le plan des complications métaboliques (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires). Il s'agit d'un système où l'aspect esthétique et l'aspect médical mènent le même combat.

L'indice de masse corporelle (IMC)

« Comment évaluer son propre Indice de masse corporelle (IMC) et sa corpulence ? Quel doit être l'écart entre le poids et la taille ? »

Docteur Marie-Aline Charles - L'IMC = poids (en kg) / [taille² (en m)]. On parle d'obésité si l'indice est supérieur à 30 (1,70 m pour 90 kg), valeur à partir de laquelle on observe 50 % d'excès de mortalité à un âge donné. Il est difficile d'arrêter un écart idéal entre le poids et la taille.

Professeur Bernard Guy-Grand - Il est préférable de ne pas se focaliser sur son IMC. Les critères sont en effet fondés sur le risque, or l'IMC n'est pas le seul à générer le risque : une série de facteurs est associée, et notamment la répartition des tissus adipeux. Une personne ayant beaucoup de graisse sur le ventre et présentant un IMC à 27 courra plus de risques pour sa santé qu'une personne ayant un IMC à 33 et de la graisse localisée sur les cuisses et les fesses. Il faut bien relativiser, d'autant plus que le « poids de forme », notamment pour les jeunes femmes, est inférieur à la norme.

« Les portions vendues dans le commerce (fromages, etc.) correspondent-elles à une taille particulière ? Dans les statistiques, les personnes grosses sont-elles davantage des personnes de petite taille que de grande taille ? »

Pr B. Guy-Grand - Les petites tailles sont défavorisées dans le mode de calcul de l'IMC. Les portions alimentaires commercialisées n'ont jamais été élaborées en fonction des besoins de l'individu qui les consomme. Une personne de petite taille aura des besoins énergétiques inférieurs à ceux d'une personne de plus grande taille. Plus l'IMC est élevé, plus les besoins énergétiques sont élevés. Les obèses sont donc obligés de manger plus que la moyenne pour assurer leurs besoins, car ils présentent un excès de dépenses de l'ordre de 15 à 20 %.

Les Etats-Unis, où les portions sont quasiment supérieures de 50 % aux portions moyennes françaises, sont préoccupés par ce problème et entament une démarche auprès de l'industrie agroalimentaire afin de diminuer les portions. Il ne faudrait pas que ce phénomène progresse en France : après les yaourts de 100 ml, on voit apparaître des contenances de 125 voire 250 ml. Ceci ne peut qu'entraîner une surconsommation du produit, dans la mesure où nous avons appris à terminer nos assiettes, même quand nous n'avons plus faim !

Dr Chantal Simon - Nous vivons dans un environnement qui nous pousse à consommer plus que nos besoins, d'autant plus que les repas sont de plus en plus souvent pris à l'extérieur de chez soi. Les besoins dépendent non seulement de la taille, mais également de l'activité physique : en restauration collective, les mêmes portions seront servies à des personnes dont les activités physiques seront différentes (manutentionnaire ou secrétaire).

Les conséquences de l'obésité

« Pour quelles raisons les personnes obèses sont-elles essouffées lorsqu'elles prennent la parole ? »

Dr Chantal Simon - Les personnes obèses sont essouffées du fait que leur surpoids exige de leur cœur et de leurs poumons de fournir un effort plus important. L'essouffement peut également être lié à des complications

pulmonaires plus sévères de l'obésité : il est alors conseillé de consulter un médecin.

M. Cymes – Il peut également y avoir des complications cardiaques, dans la mesure où le cœur d'un obèse doit davantage travailler que le cœur d'une personne sans surcharge pondérale, ce qui augmente sa fatigabilité.

Pr Bernard Guy-Grand - Un obèse de 150 à 160 kilos peut avoir au repos un débit cardiaque (volume de sang qui passe dans le cœur par minute) de l'ordre de celui d'un coureur cycliste du Tour de France. Le cœur doit en effet envoyer du sang dans tout le corps : si la masse est importante, il est nécessaire d'irriguer tous ces tissus en envoyant davantage de volume sanguin. La masse sanguine augmente, ce qui oblige le cœur à fournir un effort considérable et à être en surpression permanente : ceci se termine généralement par une insuffisance cardiaque. *« Actuellement, l'artériosclérose, qui est une des conséquences de l'obésité, est traitée par l'administration de statines. Les statines sont très efficaces à dose élevée, mais elles présentent des effets secondaires notamment sur le foie et la fonte musculaire. À l'étranger, et notamment en Floride, un traitement consiste à associer des statines à faibles doses à des pectines de pamplemousse. Pour quelle raison ce traitement n'est-il pas à l'étude dans les laboratoires français, alors qu'il intéresse un certain pourcentage de la population ? En ce qui me concerne, avec un cholestérol initial à 2,60 g/l, et une statine à faible dose (pravastatine) à 10 mg/jour, mon cholestérol descendait à 2,20 g/l, alors qu'avec deux cuillerées à soupe quotidiennes de pectine de pamplemousse, mon cholestérol descendait à 1,40 g/l. »*

Professeur B. Guy-Grand - Ce traitement aux pectines est « commercial ». Jusqu'à présent, aucun traitement n'a surpassé celui des statines à fortes doses. De grandes études épidémiologiques qui viennent d'être publiées montrent que chez des personnes qui les supportent mal, le traitement intensif par les statines à fortes doses a des effets bien plus élevés que les doses mineures sur le cholestérol et les événements cardiovasculaires. Les pectines de pamplemousse ont effectivement une action hypocholestérolémiante, mais sans commune mesure avec l'efficacité des statines. En plus de la diminution du cholestérol, les statines ont également des actions anti-inflammatoires, anti-angiogéniques, etc. Du point de vue

économique, le coût serait extrêmement élevé s'il fallait traiter toutes les personnes à risque par de fortes doses de statines.

A l'écoute des chiffres donnés, on peut vous féliciter et supposer que vous avez simultanément modifié votre comportement alimentaire. Il est difficile de statuer sur les cas individuels : les réactions à un produit donné sont très variables d'une personne à l'autre.

Les aspects pratiques du traitement de l'obésité

« Que faut-il faire, pratiquement, contre l'obésité ? La consultation d'un diététicien n'est pas remboursée, et les repas équilibrés qu'il préconise sont fastidieux à préparer : les ménages ne disposent pas du temps nécessaire à leur élaboration. De plus, l'éducation des parents paraît également très difficile. »

Pr Bernard Guy-Grand - Ce problème est extrêmement difficile, et il faut ajouter aux aspects collectifs du problème la responsabilité de chacun. Où chercher l'information ? Comment la respecter ? Quel est le degré de liberté par rapport à l'environnement ? Actuellement, les espoirs sont non pas de réduire le nombre d'obèses mais de faire cesser la progression du nombre d'obèses. Aussi, le Programme National de Nutrition et Santé s'est donné comme objectif chez l'enfant d'arrêter, voire d'atténuer, la progression de l'obésité. Un phénomène qui correspond en effet au développement socio-économico-culturel de nos pays. Il faut avoir confiance dans les possibilités de la science : à l'heure actuelle, les deux médicaments sur le marché ont une activité certaine mais faible. Lorsque j'étais étudiant en médecine, l'hypertension artérielle était traitée avec le régime sans sel. Ensuite sont arrivés les diurétiques, les bêta-bloqueurs, etc. À présent, cinq ou six classes de médicaments traitent l'hypertension. Si nous ne misons pas sur la recherche, nous ne serions pas ici et nous ne nous intéresserions pas à la Fondation Recherche Médicale. La recherche est financée par l'argent public, qui ne suffira jamais assez, et par l'argent privé. Pourquoi ne pas faire un « obésithon » ?

« Les obstacles et quelques solutions concernant les enfants et les adolescents ont été énumérés. Quelles sont les solutions pour les adultes ? »

Pr Bernard Guy-Grand - Il n'y a pas une solution, mais des solutions particulières qui relèvent de la responsabilité du public. On s'abrite parfois derrière les obstacles pour ne pas prendre d'initiatives : manque de temps, utilisation de la télévision comme « baby-sitter »... Une partie de l'épidémie de l'obésité est également liée à la distension des liens familiaux et à la carence de l'autorité parentale.

Le rôle des médias en matière de nutrition

« Le Parlement débat actuellement de la question des messages nutritionnels et de la responsabilité des médias, en particulier auprès des enfants. Il examine la possibilité de faire passer des messages d'avertissement dans les publicités concernant les aliments pour enfants (« attention, cet aliment risque de faire grossir votre enfant »). Un lobbying important s'est créé afin que cette loi ne passe pas. »

Pr Bernard Guy-Grand - Les médias même pourraient faire partie de ce lobbying, dans la mesure où cette loi toucherait leur budget publicitaire. Sans sous-estimer les effets délétères de la publicité, il n'est pas certain que cette méthode (l'application de messages d'avertissement sur les publicités), soit grandement efficace si elle est isolée. Dans l'exemple du tabagisme, les avertissements inscrits sur les paquets de cigarettes existent déjà depuis un certain temps, mais ont été moins efficaces sur la consommation que l'augmentation du prix du paquet ! Ces méthodes ont par ailleurs des conséquences économiques.

Il n'est donc pas efficace de raisonner de manière ponctuelle, alors que le problème relève d'un réseau extrêmement complexe d'interactions diverses. Il faut mettre en place une politique globale impliquant tous les acteurs, car il s'agit d'un problème de société global qui dépasse de très loin le cadre de la médecine, et dans lequel les consommateurs auront un rôle important à jouer. Après tout, ce sont eux que l'autorité publique écoute ! Les consommateurs doivent réclamer les instruments de leur prévention. L'Angleterre a par exemple examiné l'éventualité de taxer les produits gras : mais où mettre la barre ? Une barre chocolatée sera nocive si elle est mangée en trois exemplaires devant la télévision, mais

pas si elle l'est pendant une course en montagne.

Dr Marie-Aline Charles - Depuis que l'on commence à parler du problème de l'obésité, un certain nombre d'initiatives « globales » et non plus isolées ont été prises. On en trouve concernant la publicité pour les enfants, dans les villes afin de réaliser certains aménagements, ou encore au niveau du Plan National Nutrition Santé. L'industrie agro-alimentaire commence également à réfléchir. Les réflexions ne sont peut-être pas aussi concertées qu'elles devraient l'être, mais c'est un début. Les médias et la diffusion des connaissances et des problèmes, comme le fait cette émission, participent beaucoup à cette prise de conscience collective.

Pr B. Guy-Grand - L'expérience menée à Fleurbaix-Laventie, est un succès mais on peut s'interroger sur l'extrapolation de ses résultats à de plus grands ensembles. On assiste à un mouvement global de sensibilisation, et la France est plutôt à la pointe dans ce domaine : il n'y a pas d'équivalent du Plan National Nutrition Santé dans les autres pays européens. La France a réalisé il y a quelques années un rapport sur une politique nutritionnelle en y incluant l'activité physique, ce qui en soit est déjà remarquable. Néanmoins, sans dénigrer les actions qui sont menées, il ne faut pas se focaliser sur des actions trop ponctuelles.

M. Cymes – *« L'émission « J'ai décidé de maigrir » diffusée sur M 6 propose un concept initial selon lequel des personnes en surpoids suivent différentes méthodes de régime et les compare, n'est pas stupide. Cependant, compte tenu de la manière dont cette émission est réalisée, on peut se demander quel est son impact sur les gens en surpoids par rapport à toutes les méthodes qui leur sont proposées. »*

Pr Bernard Guy-Grand - J'ai fait partie l'année dernière des auteurs d'un article s'insurgeant contre le fait que cette émission faisait des patients obèses des animaux de foire, que le principe de l'émission trahissait le secret médical, que la plupart des personnes à qui on proposait de maigrir n'en avaient pas besoin, et que les méthodes employées étaient farfelues. Le concept de l'émission est contre-productif, car c'est une erreur de centrer le problème de l'obésité uniquement sur la perte de poids. L'objectif « perte de poids » n'est pas l'objectif prioritaire de la prise en charge des problèmes de poids. Le rapport de 1997 de l'Organisation

mondiale de la santé a bien indiqué que l'objectif premier est le maintien du poids. Le deuxième objectif est de soigner les maladies associées des personnes obèses, la perte de poids ne venant qu'au troisième rang des objectifs.

La pluridisciplinarité

Une diététicienne présente dans la salle souligne les propos tenus par le Professeur Guy-Grand, selon lequel « l'obésité est un problème pluridisciplinaire, qui ne peut pas être traité par le seul médecin. Les personnes sont noyées sous les nombreuses campagnes de prévention, aussi est-il nécessaire d'intervenir au niveau individuel. Une solution efficace serait de rencontrer des personnes à même de les conseiller correctement, et d'éviter les écueils des messages farfelus qui contribuent davantage à leur faire prendre du poids qu'à en perdre. Les diététiciens sont d'ailleurs les seuls paramédicaux ayant un diplôme reconnu pour exercer dans cette branche. »

M. Cymes - Pardon de ne pas encore avoir fait référence aux diététiciens depuis le début du débat : le travail des diététiciens est totalement complémentaire de celui des nutritionnistes, et plus accessible.

Pr Bernard Guy-Grand - *Stricto sensu*, les diététiciens n'ont pas le statut de paramédicaux, mais sont considérés comme des rééducateurs, ce qui est une aberration. Le débat sur le statut des diététiciens et de leur formation se prolonge depuis vingt ans et n'a toujours pas abouti. Or, on ne pourra pas développer une politique nutritionnelle en France sans un corps professionnel de diététiciens bien formés – ce qui n'est pas toujours le cas actuellement –, bien considérés et acceptés en tant que paramédicaux. Leurs prestations doivent être considérées comme une activité médicale - donc remboursée. Cette intervention est donc bienvenue dans la problématique de l'obésité.

« Comment faire en sorte que la pluridisciplinarité soit une richesse et n'entrave pas la carrière des jeunes ? Le Professeur Guy-Grand connaît-il les mêmes problèmes dans sa spécialité ? »

Pr Bernard Guy-Grand - Non, dans la mesure où l'organisation du Conseil National des

Universités pour la médecine est assez différente de celle de la discipline d'où vous êtes issue. La médecine est organisée en sous-sections spécialisées. Il y a donc une sous-section spécialisée en nutrition, qui par définition est pluridisciplinaire car transversale.

Au sein même de la nutrition, certains se spécialisent sur des problèmes donnés, mais cela ne nuit pas aux carrières. Cependant, en tant que domaine de la médecine, la nutrition a été ignorée pendant de nombreuses années, et il n'y a pas assez de spécialistes de la nutrition dans les hôpitaux français. Au regard de l'état des finances de la santé publique en France, il est difficile de créer des postes.

La nutrition commence à émerger en France depuis moins d'une dizaine d'années. Cette émergence est corrélée à la nouvelle préoccupation de la puissance publique en matière de politique nutritionnelle, dans la mesure où les enjeux de santé publique de la nutrition ont enfin été perçus. Ces enjeux deviennent en effet majeurs : Michel Cymes a ainsi annoncé que *« l'obésité était en passe de devenir une des premières causes de mortalité »*, même s'il s'agit d'extrapolations. En 1997, lors de la conférence de presse organisée par le laboratoire Roche à la suite de la première étude épidémiologique menée sur l'obésité (OBEPI), j'avais prononcé la phrase *« l'obésité tue plus que les accidents de la route et le sida réunis »*, et indiqué que l'on pouvait estimer, par déduction par rapport aux Etat-Unis, entre 30 000 et 35 000 morts par an dues à l'obésité en France. On m'avait alors accusé de noircir le tableau et d'être à la solde de l'industrie pharmaceutique.

Pour en savoir +

L'obésité : une épidémie sociale ?



Dossier spécial de « Recherche & Santé » n°98, la revue de la Fondation Recherche Médicale, avril 2004.

> http://www.frm.org/informez/info_rs_numero.php?revue=25

Retrouvez également un dossier complet sur l'obésité, sur le site web de la Fondation Recherche Médicale :

> http://www.frm.org/informez/info_ressources_dossiers_article_sommaire.php?id=23

Obésité : une véritable épidémie ?



Par Arnaud Basdevant.

Collection « Les enquêtes de Marie-Odile Monchicourt », éditions Platyus Presse santé.

www.obesite.com



Un site français sur l'obésité. Sa vocation ? Délivrer des informations concernant la vie au quotidien des sujets obèses : régimes, vie affective, stigmatisation sociale, prévention, chirurgie, médicaments...

> <http://www.obesite.com>

www.inpes.sante.fr



Site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Dans l'espace « nutrition », vous pourrez télécharger le guide alimentaire « la santé vient en mangeant ».

> http://www.inpes.sante.fr/espace_nutrition/guide/index.htm

Enquête ObEpi 2003

L'obésité et le surpoids en France

> http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/poli_nutri122.pdf