

Le poids de l'obésité

Jean-Marie Brogard

Service de médecine interne, diabète et maladies métaboliques, Clinique médicale B, hôpitaux universitaires de Strasbourg, France

L'obèse présente un surcroît pondéral à l'origine de fréquentes conséquences pathologiques.

Ce surpoids ne s'exprime pas en kilogrammes, mais sous forme d'un indice, l'indice de masse corporelle (IMC) ou *body mass index*, qui s'énonce en kg/m^2 et correspond au rapport du poids sur la taille au carré. Cet indice permet une estimation indirecte de la masse grasse, peut-être approximative, mais *grosso modo* elle est assez fiable et reproductible. On parle de simple surpoids lorsque l'IMC se situe entre 25 et 29,9 kg/m^2 ; d'obésité simple lorsqu'il évolue entre 30 et 39,9 kg/m^2 (type I : 30 à 34,9 kg/m^2 ; type II : 35 à 39,9 kg/m^2) ; d'obésité massive, sévère ou morbide lorsqu'il dépasse 40 kg/m^2 .

Cette approche quantitative de l'excès pondéral mérite d'être complétée par une appréciation qualitative du type d'obésité afin de prendre en compte l'obésité abdominale, qui représente un facteur majeur de risque cardiovasculaire associé. Un tour de taille supérieur à 88 cm chez la femme et à 100 cm chez l'homme caractérise cette adiposité abdominale dangereuse.

Chez l'enfant, l'obésité est définie par un IMC se situant au-delà du 97^e percentile de la distribution pour la classe d'âge concernée.

LE POIDS DE L'HÉRÉDITÉ

Chez l'obèse, le poids de l'hérédité est incontestable. L'exploration du génome n'a cependant révélé que de rares cas de mutation de type monogénique. Ils correspondent en fait à des obésités massives et portent en particulier sur le gène de la leptine ou de son récepteur, sur celui du récepteur de la mélanocortine ou encore, dans le syndrome de Prader-Willi, sur des loci dominants portés par le chromosome 15.

Dans les cas d'obésité commune, qui constituent l'immense majorité, on connaît effectivement de plus en plus de gènes identifiés ou de gènes candidats prédisposant à la surcharge pondérale. Habituellement associées de façon polygénique, mais

variables selon les individus, ces variantes génétiques paraissent favoriser la propension des sujets à prendre du poids dans un contexte environnemental propice.

Ces gènes ne revêtent pas d'expression phénotypique obligatoire. Ils interviennent sur des protéines impliquées aussi bien dans le métabolisme des tissus adipeux, musculaire et hépatique que dans le contrôle de la prise alimentaire, la régulation de la dépense énergétique, voire le comportement général. Mais force est cependant de reconnaître qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de marqueur génétique utilisable en pratique courante.

La théorie du génotype économe, avancée pour expliquer l'obésité du syndrome métabolique, a trouvé ses fondements dans les études épidémiologiques menées chez les Indiens Pimas ou chez les indigènes des îles perdues du Pacifique ; elle reste discutée.

LE POIDS DE L'ENVIRONNEMENT ET DU COMPORTEMENT

Si les facteurs génétiques jouent un rôle important dans le contrôle de la masse corporelle, c'est cependant la charge environnementale et comportementale qui pèse le plus sur le développement de l'obésité et c'est évidemment l'alimentation qui en constitue l'un des éléments les plus déterminants.

L'équilibre pondéral va, de ce fait, être rompu au bénéfice de la surcharge corporelle en cas d'augmentation des apports par consommation alimentaire excessive et/ou de réduction de la dépense physique. Le surplus calorique inutilisé est alors mis en réserve sous forme de masse grasse, mais de manière très inégale selon les individus : le poids des neurohormones et la masse des adipocytes alimentent en effet ces disparités. Les nutriments lipidiques contribuent évidemment de manière prépondérante à la prise pondérale. Parmi les éléments qui sous-tendent la surconsommation figurent entre autres les prises alimentaires extraprandiales avec leurs calories clandestines, l'entraînement dû à l'entourage, les situations de déficit affectif ou d'échec, parfois l'alcoolisme, voire de vrais désordres du comportement alimentaire avec hyperphagie et troubles compulsifs des conduites alimentaires.

Dans le contexte actuel où tout est fait pour réduire les efforts (transports, ascenseurs...), la diminution de l'activité physique, l'augmentation de la sédentarité, les effets nocifs des longues séances passées devant la télévision sur fond de grignotage, les heures d'immobilité devant l'ordinateur, la station assise prolongée en voiture, constituent un véritable phénomène de civilisation et contribuent à accentuer lourdement le déséquilibre de la balance énergétique.

LE POIDS DE LA PAUVRETÉ

L'obésité est par ailleurs liée aux disparités socio-économiques et s'avère plus répandue dans les classes les plus défavorisées de la population : les mauvaises habitudes comportementales, généralement liées à un faible niveau d'éducation en

sont les causes les plus évidentes, de même que le recours aux produits alimentaires sucrés et lipidiques d'origine industrielle, vendus à bas prix mais denses en énergie.

LE POIDS DES DÉSAGRÈMENTS

L'obésité est déjà pesante à supporter *per se*, qu'il s'agisse :

- des moqueries, des plaisanteries blessantes ou des regards lourds de sous-entendus provoqués par l'aspect morphologique, du sentiment d'altération de son image corporelle et de rejet social ressenti par le « gros » et qui peuvent le conduire à la détresse psychologique ;
- de la dyspnée se manifestant même aux faibles efforts ;
- de la limitation de la mobilisation et des déplacements corporels ;
- des discriminations avec difficultés à l'embauche, surprimes d'assurance, réservation de doubles places d'avion...

LE POIDS DES COMPLICATIONS

Mais c'est avant tout le fardeau des complications et de la comorbidité qui « plombe » défavorablement le pronostic vital des obèses. Ainsi leur surmortalité globale augmente-t-elle en fonction de l'importance de l'IMC : l'obésité sévère est considérée aux États-Unis comme une cause de mortalité majeure. Le risque de mortalité précoce des sujets présentant une obésité massive est multiplié par 12 dans la tranche des 25 à 35 ans.

Bien évidemment les pathologies associées, à savoir le diabète, l'hypertension artérielle, les atteintes athéromateuses et les dyslipidémies si souvent présentes dans le cadre du syndrome métabolique jouent un rôle notable dans cette surmortalité.

L'obésité constitue un facteur de risque indépendant de maladies cardiovasculaires, en particulier d'atteintes coronariennes. En cas d'adiposité abdominale, ce risque s'avère 2 à 3 fois supérieur à celui des sujets de corpulence normale. A contrario, une perte de poids de 10 kg peut ramener sur 10 ans le risque cardiovasculaire absolu d'un patient obèse, de 30 % à moins de 10 %. La probabilité de développement d'une hypertension artérielle est quatre fois plus élevée et la prévalence des dyslipidémies cinq fois plus importante chez l'obèse.

Les complications respiratoires liées à l'obésité vont de la simple dyspnée jusqu'à des pathologies lourdes, telles que le syndrome d'apnées du sommeil, voire un syndrome de Pickwick lorsqu'existe une hypoventilation alvéolaire associée.

Les atteintes ostéo-articulaires constituent un lourd fardeau, parfois handicapant, l'excès pondéral étant fréquemment associé aux gonarthroses, aux lombalgies et parfois à la goutte.

Des troubles digestifs sont souvent associés à l'excès de poids : reflux gastro-œsophagien, lithiase vésiculaire, mais aussi stéatohépatite non alcoolique (*NASH*), dont l'évolution peut être redoutable.

L'obésité maternelle peut avoir pendant la grossesse des conséquences défavorables pour la mère et l'enfant.

Enfin, l'obésité s'accompagne d'une augmentation du risque relatif de développement de plusieurs cancers : endomètre, ovaire et sein chez la femme ; prostate chez l'homme ; côlon, rectum et voies biliaires dans les deux sexes.

LE POIDS DU NOMBRE

Tous les rapports d'enquête sont concordants et confirment largement que le poids épidémiologique de l'obésité n'a fait que s'accroître depuis plusieurs décennies, touchant désormais une grande partie de la population mondiale. « Ils ne mouraient pas tous, mais beaucoup étaient frappés ».

Aux États-Unis, l'un des pays les plus touchés, 33 % des adultes sont obèses. Dans la plupart des pays d'Europe, cette prévalence est d'environ 15 % ; elle s'avère plus modérée en France où, comme en Suède et aux Pays-Bas, elle se situe à environ 10 %, mais pour combien de temps encore ? L'obésité continue en effet à progresser rapidement dans la plupart des contrées du monde. Particulièrement alarmante est l'augmentation constante de l'incidence de l'obésité infantile qui est passée dans notre pays, au cours des dix dernières années, de 1,80 % à 4,90 %.

LE POIDS DES TRAITEMENTS

La lourdeur des traitements explique le taux élevé d'échecs thérapeutiques, liés aux contraintes permanentes engendrées par les prescriptions diététiques, aux difficultés à modifier les conduites comportementales, à l'efficacité souvent limitée des substances pharmacologiques parfois non démunies de risques, au caractère agressif des procédures chirurgicales.

LE POIDS ÉCONOMIQUE

Les quelques études ayant pour objectif d'estimer le coût de l'obésité en prenant en compte les dépenses publiques de santé qui lui sont attribuées ont toutes mis en évidence l'importance de cette charge économique. Le coût direct de l'obésité calculé dans ces enquêtes prend en compte les frais de consultation, les soins hospitaliers, les médicaments, ainsi que les dépenses engendrées par les comorbidités relevant de l'excès pondéral.

Aux États-Unis, d'après l'étude du Center for Disease Control (CDC) d'Atlanta, le coût annuel a atteint 75 milliards de dollars en 2003, représentant selon les états

de 4 à 6,7 % des dépenses de santé. Il est estimé dans notre pays à 10 milliards d'euros. Aux Pays-Bas, les dépenses liées à l'obésité représentent 3 % à 4 % du coût total des soins de santé ; en France, ce chiffre se situerait à environ 2 %. Une enquête réalisée par l'Insee en 2002-2003 a révélé que les dépenses de santé des sujets obèses dépassaient de 27 % celles des sujets de poids normal.

À ces frais directs, il convient encore d'ajouter les dépenses sociales provoquées par les arrêts de travail et le chômage des obèses, plus fréquents que dans la population générale, sans oublier le coût engendré par l'attribution de pensions d'invalidité. Une étude française récente a bien montré que la proportion de sujets inactifs est beaucoup plus importante dans la population d'obèses que parmi les sujets à corpulence normale.

CONCLUSION

Ces données et ces constatations particulièrement pesantes sur les plans humain et socio-économique plaident évidemment pour que soient mises en place au plus vite sur le plan national des politiques actives de prévention de l'obésité, seule arme valable de lutte contre la propagation de ce véritable fléau.

Seules les mesures de prévention et leur stricte application peuvent infléchir l'évolution, apparemment quasi inéluctable, qui se dessine actuellement vers un épaississement notable de la silhouette de l'homo dit sapiens.

