

L'obésité, maladie de « pauvres »

En France, les obèses sont quatre fois plus nombreux chez les enfants d'ouvriers que de cadres. Une urgence sociale autant que de santé publique.

L'épidémie d'obésité se propage dans le monde, entraînant une augmentation des maladies chroniques associées : diabète, maladies cardio-vasculaires, certains cancers. C'est même l'une des premières causes avancées du fléchissement de l'espérance de vie aux Etats-Unis. En France, le surpoids et l'obésité sont restés stables entre 2006 et 2015, selon le volet nutrition de l'Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (étude Esteban), rendu public mardi 13 juin. Si cette stabilisation est une bonne nouvelle, l'obésité et le surpoids restent à des niveaux élevés.

Surpoids pour un adulte sur deux

Un adulte sur deux (54 % des hommes et 44 % des femmes) était en surpoids en 2015, et un sur six obèse. Le surpoids touche 17 % des enfants de 6 à 17 ans et l'obésité 4 % (1 % de plus qu'en 2006). La mise en place du Programme national nutrition santé (PNNS) en 2001 par le ministère de la santé semble avoir des effets. Sa quatrième version est en cours. Cette stabilité ne doit toutefois pas masquer de fortes inégalités sociales en termes de corpulence, une réalité qui frappe tous les pays développés.

« Si la prévalence du surpoids chez l'enfant reste globalement stable en France depuis les années 2000 et relativement faible par rapport à ses voisins européens, je m'interroge - depuis longtemps sur les raisons pour lesquelles les inégalités sociales sont si marquées », questionne ainsi Sandrine Lioret, chercheuse en épidémiologie à l'Institut national de la

santé et de la recherche médicale (Inserm).

Il fut un temps, lors des disettes médiévales, où les « clerics bien gros et gras » étaient valorisés, comme le décrit l'historien Georges Vigarello (Ecole des hautes études en sciences sociales, CNRS), dans *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité* (Seuil, 2010). Le « gras » était alors - synonyme d'opulence, bien loin de la dictature actuelle de la minceur. Aujourd'hui encore, être trop gros peut être un marqueur social, mais qui pointe à l'inverse plus souvent les populations défavorisées.

De fait, l'étude Esteban montre que les personnes les moins diplômées sont plus fréquemment obèses. Ainsi 60,8 % des hommes dont le niveau d'études est inférieur au baccalauréat sont en surpoids, contre 42 % de ceux de niveau bac + 3. Même tendance chez les femmes, avec 53,4 % de celles n'ayant pas le bac en surpoids contre 29,6 % des femmes de niveau bac + 3. De même, chez les enfants, ceux dont le père ou la mère n'avaient pas de diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat étaient plus souvent en surpoids ou obèses.

Fortes disparités régionales

Ces résultats confirment les tendances observées par la cohorte épidémiologique Constances en 2016, avec de fortes disparités régionales : 25,6 % dans le département du Nord, 10,7 % à Paris, zone la moins tou-

chée. Là encore, il est montré que le taux d'obésité est inversement proportionnel au niveau socio-économique.

Un chiffre : un peu plus de 30 % des femmes dont le revenu mensuel est inférieur à 450 euros sont obèses, ce taux chutant à 7 % chez celles qui disposent de plus de 4 200 euros par mois. « Il y a une trajectoire biologique, psychologique et sociale de l'obésité qui s'impose à la personne concernée », résume le professeur Olivier Ziegler, coordinateur du Centre spécialisé de l'obésité de Nancy.

Ces écarts sont visibles très tôt : les enfants de grande section de maternelle souffrant d'obésité sont quatre fois plus nombreux (5,8 %) chez les ouvriers que chez les cadres (1,3 %), selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Les disparités sont fortes sur les habitudes alimentaires. Les élèves vivant dans des familles de catégories professionnelles supérieures mangent plus de légumes (42 % contre seulement 27 % chez les ouvriers), sont moins nombreux à consommer tous les jours des boissons sucrées (8 % chez les enfants de cadres contre 31 % des enfants d'ouvriers). Concernant l'activité physique, les niveaux sont globalement insuffisants au regard des recommandations et varient aussi fortement selon le niveau de diplôme.

Causes multifactorielles

Comment expliquer ces disparités ? « Une personne accaparée par les difficultés du quotidien aurait peu de place pour gérer ses choix alimentaires et un accès plus difficile à une alimentation saine et variée », explique Anne-Juliette Serry, responsable de l'unité nutrition à Santé publique France. C'est aussi plus facile d'aller vers des aliments gras et sucrés.

Pour Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention de Santé publique France, « les personnes qui ont peu d'argent préféreraient acheter des aliments à haute densité calorique ». « C'est très compliqué pour des parents en détresse économique et sociale, la nourriture est souvent le seul moyen de faire plaisir à leur enfant », explique la pédiatre Véronique Nègre, présidente de l'Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (APOP).

Or, une alimentation inadaptée, de même que la sédentarité et le manque d'activité physique restent les facteurs majeurs de la prise de poids.

« Même si cela n'explique pas la susceptibilité individuelle, notamment génétique, à l'obésité, tellement variable d'un sujet à l'autre », avertit Olivier Ziegler, rappelant que les causes de cette maladie sont multifactorielles : « Outre les facteurs socio-économiques (la précarité), psychologiques (le stress), culturels, les facteurs biologiques sont également impliqués. Ainsi, certains polluants de notre environnement, comme les perturbateurs endocriniens, pourraient jouer un rôle particulier. L'obésité est comprise comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs de prédisposition génétique ou épigénétique et des facteurs

de l'environnement, ce qu'on appelle maintenant l'exposome. »

Disparités dès la vie in utero
Ces disparités montrent leurs effets dès la vie in utero. « L'exposition fœtale à certains perturbateurs endocriniens ou polluants pourrait favoriser l'apparition de maladies métaboliques et de l'obésité à l'âge adulte par des mécanismes épigénétiques », pointe Olivier Ziegler. Cette programmation précoce peut concerner le nombre d'adipocytes (cellules stockant la graisse) ou le fonctionnement de certains circuits du cerveau contrôlant le comportement alimentaire.

De même, le taux de prématurité ou le petit poids de naissance sont plus élevés dans les foyers à faible revenu. Or, un retard de croissance intra-utérin peut favoriser l'obésité. Même chose pour l'allaitement ou la diversification alimentaire : dès la première année de vie, les populations favorisées sont généralement plus proches des recommandations nutritionnelles.

« Des travaux antérieurs ont montré que les habitudes alimentaires à 2 ans tendaient à persister jusqu'à 5 ans, qu'elles soient proches des recommandations nutritionnelles ou, au contraire, caractérisées par le choix d'aliments transformés de type snacking/fast-food », détaille Sandrine Lioret.

Le suivi de plus de 800 enfants dans la cohorte Eden corrobore l'impact de ces déterminants dès la petite enfance. Ainsi, « plus les garçons passent de temps devant des écrans à 2 ans, plus ils ont un pourcentage de masse grasse corporelle élevé à 5 ans. Chez les filles, ce sont celles qui passent le moins de temps à jouer en plein air à 2 ans qui présentent un risque accru de développement de la masse grasse », souligne Sandrine Lioret, qui a coordonné ces travaux.

Agir le plus tôt possible

Le temps passé devant les écrans diffère aussi selon le statut socio-économique : 43 % des enfants d'ouvriers disposent d'un ordinateur fixe ou d'une télévision dans leur chambre, contre seulement 26 % des enfants de cadres. Le temps passé devant les écrans a aussi des effets sur le temps de sommeil, dont la réduction est corrélée à l'obésité, selon de nombreuses études. Un récent rapport de l'OMS a tiré la sonnette d'alarme pour lutter contre le marketing agressif des industriels qui inondent écrans et réseaux sociaux, ciblant enfants et adolescents.

Dans ce contexte, comment prévenir l'obésité chez l'enfant et l'adolescent ? Dès 2002, l'International Obesity Task Force, structure chargée des politiques de l'Association internationale pour l'étude de l'obésité, appelait à un sursaut mondial en faveur des enfants et des adolescents. Il faut agir le plus tôt possible.

L'enjeu est notamment de s'intéresser de près à l'âge du rebond d'adiposité : le moment où l'indice de masse corporelle (IMC) repart à la hausse après être passé par son point le plus bas.

« Il intervient généralement vers 6 ou 7 ans, mais s'il se produit plus précocement, c'est prédictif d'obésité ultérieure », explique le docteur Laurent Fidalgo, spécialiste en obésité de l'enfant et de l'adolescent, membre du Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (Reppop-IDF). Selon lui, « on a les moyens de dépister 95 % des enfants à risque de devenir obèses avant l'âge de 6 ans ».

Prise en charge trop tardive

A chaque fois, le docteur Fidalgo s'insurge de voir arriver pour une première consultation une adolescente de 17 ans de 125 kg : « On a perdu douze ans ! » « C'est plus difficile de

faire changer le comportement à 17 ans qu'à 5 ans », insiste la pédiatre Patricia Lubelski. Les adolescents comme les adultes d'ailleurs sont parfois des victimes de régimes à répétition, qui ne marchent pas et sont délétères pour la santé.

« Ces dernières années, nous sommes de plus en plus souvent amenés à prendre en charge des adolescents présentant des situations psychosociales complexes, des enfants confrontés à des événements graves, placés en foyers ou venant d'établissements médico-sociaux, ainsi que des enfants en situation de handicap », explique la pédiatre Hélène Thibault, du Centre spécialisé de l'obésité (CSO) pédiatrique au CHU de Bordeaux, coordinatrice du Reppop.

Des accompagnements à la parentalité sont préconisés par les acteurs de terrain, notamment pour les obésités précoces. Ainsi, les pleurs d'un enfant ne sont pas toujours synonymes de faim, expliquent les pédiatres. L'objectif sera de soutenir les parents. Des projets de recherche sont en cours. Mais « la conception et l'évaluation d'interventions permettant de réduire les inégalités sociales de santé face à l'obésité sont des sujets émergents chez les chercheurs », note Pierre Arwidson.

L'école peut aussi constituer une très bonne porte d'entrée. Le docteur Nègre a mis en place dans le cadre du Reppop-FC des ateliers dans une cinquantaine d'établissements de Franche-Comté en périurbain et dans des zones rurales pauvres, financés par l'Agence régionale de santé, destinés aux enfants de CP et à leurs parents. Objectif : une amélioration des comportements en termes de nutrition (alimentation et activité phy-

sique) et de mode de vie. « Nous militons pour les généraliser, explique le docteur Nègre, l'école devant jouer le rôle d'éducation à la santé. »

Agir sur l'individu, l'environnement et au niveau sociétal

Environ 850 actions en milieu scolaire ont été répertoriées, note Anne-Juliette Serry, selon une étude de Santé publique France à paraître en juin. Actions d'autant plus efficaces que les parents sont impliqués. La mise en place du Nutriscore, logo destiné à mieux informer les consommateurs sur la qualité nutritionnelle, est encore plus efficace pour les consommateurs les plus défavorisés.

Comme pour l'alcool, le tabac ou les politiques de dépistage, le défi est d'agir auprès des personnes en vulnérabilité sociale, qui ne sont pas forcément touchées par les messages de prévention. « On manque de données, car les études en population générale ont tendance à sous-représenter ces populations », souligne Sandrine Lioret.

Pour mieux cibler les populations à risques, l'équipe de Philippe Froguel, professeur d'endocrinologie au CHU de Lille, a conçu fin 2012 un outil permettant d'évaluer le risque d'obésité ultérieure des nouveau-nés, comprenant entre autres l'IMC des deux parents avant la grossesse, le poids du bébé à la naissance, la profession de la maman, le tabagisme pendant la grossesse, etc. Le but, repérer en amont.

Face à l'obésité, le professeur Arnaud Basdevant, coordonnateur du Plan obésité en 2010, a toujours insisté sur la nécessité d'agir sur trois niveaux : l'individu, l'environnement (la famille, l'école, la cantine, l'entreprise) et le niveau sociétal.

« Il est primordial de déculpabiliser le patient »

Dans tous les cas, « il faut mettre en place un traitement personnalisé de l'obésité, basé sur l'éducation thérapeutique du patient », prône Olivier Ziegler. Pour y parvenir, l'enjeu est de bien évaluer cette maladie, et notamment les comorbidités, et de définir de nouveaux critères, en allant au-delà de l'IMC. Une perte de 5 % à 10 % de son poids peut fortement améliorer la santé.

De même, « il est primordial de déculpabiliser le patient qui est né avec une faculté génétique à faire des réserves et vit dans un environnement obésogène (pléthore alimentaire et sédentarité) », insiste le docteur Fidalgo, qui prône un accompagnement bienveillant et une rééducation du comportement à long terme. Il connaît lui-même bien le sujet, car en plus de sa formation, il a été un enfant, un adolescent et un adulte obèse.

« Il faut aussi déculpabiliser les parents, souvent démunis », estime Claudine Canale, présidente de l'association Les Poids Plumes. Les techniques de pleine conscience, de cohérence cardiaque peuvent aussi aider, comme l'ont montré de nombreux travaux.

Enjeu de santé publique, notamment vers les populations défavorisées, l'obésité est aussi un défi économique : le Trésor a récemment évalué le « coût social » de la surcharge pondérale à environ 20 milliards d'euros. De quoi faire réfléchir et inciter à allouer plus de moyens. La nouvelle ministre de la santé a récemment insisté sur le virage de la prévention.

■

