

COMMENT LUTTER CONTRE L'OBÉSITÉ ?

N° 208 | juillet 2020

Édito

La prévalence de l'obésité a considérablement augmenté ces 20 dernières années, en particulier au sein des populations ayant tendance à consommer des aliments ultra-transformés. Si l'on se base sur les tendances actuelles, l'obésité devrait toucher 18 % des hommes et 21 % des femmes d'ici 2025. Dans ce numéro d'Equation Nutrition, Jean-Michel Lecerf s'inspire d'une publication de Jaacks LM pour présenter les quatre grandes étapes de l'évolution de l'obésité depuis 1975. Conscients de cette crise sanitaire émergente, les membres de l'Assemblée mondiale de la Santé ont défini, en 2013, l'objectif suivant : « pas d'augmentation de la prévalence de l'obésité ou du diabète chez l'adulte d'ici 2025 par rapport aux niveaux de 2010 ». Pour y parvenir, les gouvernements sont encouragés à envisager un ensemble d'interventions à grande échelle visant à améliorer les comportements liés à la santé et à réduire l'obésogénicité de l'environnement. Naser Alsharairi analyse les interventions en milieu scolaire visant à changer les habitudes des enfants, qui jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'obésité. Plusieurs pays ont déjà mis en place de telles interventions (ainsi que d'autres actions efficaces) et mesuré leur impact. Les interventions en milieu scolaire peuvent être compliquées à pérenniser mais, si elles sont efficaces, elles peuvent permettre d'améliorer considérablement la santé de plusieurs générations successives. Elles ne doivent toutefois pas être mises en place de manière isolée, mais intégrées à une stratégie globale à grande échelle.

Pour finir, Thierry Gibault présente la publication de D'Innocenzo S. qui rappelle l'importance du régime méditerranéen. Bien plus qu'un simple type d'alimentation, il s'agit en effet du régime le plus efficace pour prévenir l'obésité et d'autres maladies chroniques : un véritable mode de vie pour les personnes qui souhaitent rester en bonne santé sur le long terme.

Tim Lobstein

Association Internationale pour l'Etude de l'Obésité, Londres, Royaume -Uni



REVUE

juillet 2020

Transition et obésité

Aujourd'hui, on parle beaucoup de transition : transition alimentaire, transition énergétique ... Ce terme traduit en fait des changements profonds, subis ou non, en termes de santé ou de comportement.

L'épidémie d'obésité, au niveau mondial, peut être analysée sous l'angle de la transition. Parmi les 84 facteurs de risque évalués dans le « fardeau » global des maladies, des accidents et des facteurs de risque, l'obésité est celui dont la prévalence a augmenté le plus depuis 1990, se retrouvant au « top » des 5 facteurs responsables des décès et d'altération de l'espérance de vie.

Bien que la prévalence de l'obésité (IMC > 30 kg/m²) au niveau mondial soit d'une très grande variabilité selon les pays (allant de 0,2 % chez les femmes vietnamiennes à 65,3 % chez les femmes américaines des Iles Samoa, dans le Pacifique en 2016), on peut cependant identifier des facteurs d'évolution de la prévalence d'obésité, ce que l'on appelle la transition, ceci afin d'en tirer des politiques de prévention.

Ce travail a analysé les 30 pays les plus peuplés au monde, représentant 7,5 milliards d'individus, soit 77,5 % de la population mondiale. Les auteurs décrivent une évolution en 4 stades.

Stade 1 : prévalence de l'obésité plus élevée chez les femmes de classe sociale plus aisées

En 1975, 16 des 30 pays les plus peuplés avaient une prévalence d'obésité inférieure à 5 %.

A cette époque, plusieurs avaient déjà une prévalence de l'obésité comprise entre 5 et 20 % : **c'est le stade 1**, avec une prévalence 2 à 9 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et chez les femmes une prévalence plus élevée dans les classes sociales plus aisées, alors que ceci n'a pas d'impact chez les hommes. On y trouve, en 1975, des pays comme le Mexique, la Colombie, le Brésil, l'Egypte, la Turquie, l'Iran, la Russie et l'Afrique du Sud. Quarante ans plus tard, en 2016, seul le Vietnam parmi les pays étudiés n'est pas rentré dans la transition avec moins de 5 % d'obèses. Aujourd'hui, tous les pays très peuplés et de faible revenu sont rentrés dans le stade 1 (5 à 20 % d'obèses) incluant le Bangladesh, le Pakistan, l'Inde, la RD du Congo, l'Ethiopie, le Kenya, le Nigéria, la Tanzanie et l'Afrique sub-saharienne. Dans ces pays, la prévalence de l'obésité est de 5 à 14 % chez les femmes et de 4 % chez les hommes. Elle reste faible chez les enfants avec une prévalence de 2 %.

Stade 2 : augmentation de la prévalence de l'obésité chez les adultes et les enfants dans les classes sociales aisées

Le stade 2 de la transition est caractérisé par une augmentation très importante chez les adultes, atteignant 25 à 40 % chez les femmes, environ 20-25 % chez les hommes et 10 % chez les enfants. La prévalence est plus élevée dans les classes sociales aisées. Tous les pays qui étaient au stade 1 en 1975 sont au stade 2 en 2010. On note quelques pays qui ne sont pas encore entrés en stade 2, comme le Japon, la Corée du Sud et la Chine. Le Brésil est une exception avec une diminution entre 1989 et 1998 chez les femmes de classes socio-économiques élevées tandis qu'elle continue à augmenter chez les femmes de classe sociale moins aisée et chez les hommes quelle que soit leur situation socio-économique.

Stade 3 : prévalence de l'obésité plus importante dans les milieux moins aisés

Le stade 3 est caractérisé par une prévalence identique à celle du stade 2 tant pour les hommes que chez les femmes, mais il existe une inversion des différences socio-économiques avec une plus grande prévalence dans

les milieux moins aisés. De plus, il existe une accélération de la prévalence dans les populations de faible IMC lors du stade 2. La prévalence de l'obésité continue à augmenter chez les enfants aux alentours de 15 %. En 2016, cela concerne les USA et tous les pays européens étudiés (France, Espagne, Italie, Allemagne) avec une prévalence nettement plus élevée dans les classes sociales de faible revenu. Entre 1990 et 2010 dans la plupart des pays européens, l'augmentation de prévalence est plus élevée chez les hommes et chez les femmes de niveau éducatif plus bas.

Stade 4 : prévalence de l'obésité en déclin surtout chez les enfants et dans les classes sociales aisées

Le stade 4 annonce un déclin. Il commence par les enfants, surtout dans les classes sociales élevées. Chez les adultes, la baisse est plus forte dans les classes sociales plus aisées. On peut postuler que l'inversion chez les adultes sera plus la conséquence de l'absence d'entrée dans l'obésité adulte, que la conséquence d'une inversion du poids des adultes. L'inégalité sociale persistera, voire s'accroîtra encore. Les facteurs sous-tendant ces évolutions sont multiples : socio-culturels (image du corps, cuisine, ...), économiques, réglementaires, ou environnementaux (urbanisme, ...), liés au mode de vie (travail, transport, ...).

Modificateurs de la transition de l'obésité

Le cas des pays de l'Asie de l'Est, peu ou pas concernés par l'obésité, est intéressant : il pourrait suggérer des facteurs génétiques mais aussi culturels car l'IMC des migrants de faible poids ne change guère. La norme sociale est aussi un facteur important, par exemple au Japon. Mais il reste une inégalité entre pays et dans les pays (par exemple en Inde). En particulier, les populations indigènes confrontées de façon brutale à une transition de mode de vie et d'alimentation sont très exposées à une augmentation rapide de la prévalence de l'obésité.

On ne peut cependant occulter l'existence simultanée d'autres transitions qui sont favorables : déclin de la mortalité, diminution de la sous-nutrition et des maladies transmissibles, réduction du travail physique pénible, élévation de l'espérance de vie. Parallèlement, la fertilité et la natalité baissent.

Nul ne sait si le surpoids et l'obésité deviendront « la norme », comme le prix à payer des autres changements, ou si un nouvel équilibre assorti d'une diminution de l'IMC surviendra. Et s'il survient, sera-t-il la résultante d'une diminution du nombre de personnes souffrant d'obésité ou d'une diminution de l'IMC dans certaines classes ?
Affaire à suivre.

Réflexion sur la mise en place de programmes de lutte contre l'obésité dans les écoles du Queensland

Les programmes de promotion de la nutrition et de l'activité physique ont prouvé leur efficacité dans le cadre de la lutte contre l'obésité dans les écoles. L'obésité, dont la prévalence a considérablement augmenté ces dernières années, constitue un réel problème de santé publique chez les enfants du Queensland (Qld). Cette augmentation est due, entre autres, à de mauvaises habitudes alimentaires, à un niveau insuffisant d'activité physique ou à une combinaison des deux. Pour faire face à ce fléau, il est essentiel de développer des programmes efficaces de promotion de la nutrition et de l'activité physique.

Le gouvernement du Qld a déjà mis en place un ensemble d'initiatives, en encourageant par exemple la fourniture de boissons et d'aliments sains ou en augmentant le niveau d'activité physique dans les écoles. Il reste toutefois beaucoup à faire car de nombreux enfants continuent de consommer des aliments gras et sucrés et demeurent sédentaires. Pour lutter contre ce phénomène, le gouvernement du Qld devrait s'impliquer davantage en développant des campagnes axées sur la nutrition/l'éducation physique et/ou l'implication des parents dans les programmes scolaires de nutrition, qui pourraient être considérées comme de stratégies susceptibles de réduire l'obésité dans les écoles. En outre, ce travail vise à discuter des options politiques potentielles qui pourraient réduire l'obésité dans les écoles du Qld Cette analyse sera particulièrement utile pour les décideurs et autres professionnels travaillant dans le domaine de l'obésité infantile.

Les campagnes en milieu scolaire : une stratégie qui a fait ses preuves

Les politiques scolaires qui pourraient être efficaces pour réduire l'obésité chez les enfants sont l'éducation nutritionnelle, l'éducation physique, ainsi que l'implication des parents dans la promotion de la nutrition et de l'activité physique. Des campagnes ont montré qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer les habitudes alimentaires et sportives des enfants dans les pays occidentaux (notamment les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et l'Australie). Des interventions, incluant une sensibilisation à la nutrition et à l'utilité du jardinage, ont non seulement permis d'augmenter la consommation de F&L, mais aussi d'améliorer les connaissances, habitudes, préférences et attentes relatives à ces produits. Elles ont également encouragé de nombreux enfants à augmenter d'eux-mêmes leur consommation de F&L et de produits laitiers et à réduire le grignotage. Il a été démontré que l'implication des enseignants dans l'éducation et les activités physiques était un élément clé à la réussite des programmes. Enfin, grâce à ces interventions en milieu scolaire, les enfants ont appris à découvrir, apprécier et adopter diverses activités physiques. Certains programmes ont souligné l'impact considérable de l'implication des parents dans l'éducation à la santé sur la réussite des interventions. Les programmes qui ont demandé aux parents de participer à diverses activités en classe se sont révélés particulièrement efficaces pour améliorer les habitudes alimentaires et l'activité physique des enfants.

Mise en place d'un plan d'action dans le Qld : une piste prometteuse

Il n'existe pour le moment aucune preuve de l'impact des campagnes de prévention contre l'obésité en milieu scolaire, axées sur l'éducation nutritionnelle/physique et l'implication des parents dans le Qld. En effet, les décideurs n'ont jusqu'à maintenant accordé que peu d'attention à la promotion de la nutrition et de l'activité physique chez les enfants. Il est donc aujourd'hui essentiel d'investir dans la mise en place de programmes efficaces basés sur des recherches solides. Le plus important est de définir *les priorités* en matière *d'investissement* afin de pouvoir mettre en place des interventions durables et efficaces. La lutte contre l'obésité doit désormais être une vraie priorité pour le gouvernement du Qld qui doit mettre en place des actions visant à financer efficacement la mise en place de programmes d'éducation en matière de nutrition et d'activité physique. Pour être efficaces, ces mesures gouvernementales devront se concentrer sur le développement d'un plan d'action complet, incluant des phases d'évaluation, de mise en place et de bilan.

Les décideurs peuvent jouer un rôle important dans la mise en place d'interventions efficaces et d'actions

stratégiques visant à promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière. Ils peuvent également aider à développer des théories et à acquérir une meilleure connaissance des relations qui existent entre les facteurs personnels/environnementaux et les pratiques observées lors des interventions.

Encourager l'implication des principaux acteurs et décideurs

Pour lutter efficacement contre l'obésité dans les écoles du Qld, il faut encourager l'implication des principaux acteurs et décideurs afin d'atteindre les objectifs suivants : (1) développer des programmes d'éducation en matière de nutrition et d'éducation physique afin d'améliorer les habitudes alimentaires des enfants ; (2) mettre en œuvre des stratégies visant à impliquer les parents dans les activités du programme afin d'améliorer l'alimentation et le niveau d'activité physique de leurs enfants.

Obésité et régime méditerranéen

Divers facteurs socio-économiques ont conduit une large part de la population à adopter des habitudes alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle. Même si le Régime Méditerranéen (RM) présente de nombreux avantages pour la prévention de nombreuses pathologies, dont l'obésité, son adoption est supplantée par des modèles alimentaires liés à des changements socioculturels.

Le modèle méditerranéen : quand les preuves parlent

Le RM est l'un des modèles alimentaires les plus efficaces en termes de prévention des maladies liées à l'obésité. Il se caractérise par :

- une forte consommation de F&L, fruits à coque, céréales complètes et huile d'olive,
- une consommation modérée de poisson et de volaille,
- et une faible consommation de sucre, de viande rouge et de produits laitiers.

Pauvre en graisses saturées, riche en graisses mono insaturées et avec un rapport équilibré en acides gras essentiels n-6 / n-3, il fournit une grande quantité de fibres et d'antioxydants. Il est associé à un risque plus faible de mortalité due aux maladies cardiovasculaires, aux maladies coronariennes, à l'obésité, au diabète de type 2 et au syndrome métabolique.

Cette revue identifie les publications sur les stratégies existantes pour accroître l'adhésion au régime méditerranéen et combattre la propagation de l'obésité.

L'obésité en tant que maladie mondiale

L'obésité est due à un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, menant à un excès d'adiposité. Un mode de vie sédentaire et de mauvaises habitudes alimentaires, associées à une prédisposition génétique y contribuent.

L'IMC moyen et la prévalence de l'obésité ont augmenté dans le monde entier chez les enfants et les adolescents de 1975 à 2016. Une transition vers la consommation d'aliments de mauvaise qualité nutritionnelle peut entraîner une prise de poids chez cette population qui augmente les risques d'hypertension artérielle, d'insulino-résistance, de dyslipidémie, de stéatose hépatique, d'apnée du sommeil et des complications psychologiques et sociales.

Le choix : régime méditerranéen vs. régimes occidentaux

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les enfants de la région méditerranéenne se détournant du RM ont un poids corporel plus important que leurs homologues suédois, qui dès leur jeune âge s'habituent à un RM composé de plus de poissons et de légumes.

L'adoption du RM a commencé à diminuer entre 1961 et 1965, période marquée par l'industrialisation avec une plus grande disponibilité d'aliments transformés, de viande rouge et de sucre, au détriment des légumes et des céréales. Les femmes travaillant, le temps de préparation des repas s'est réduit et les achats de plats cuisinés sont devenus courants. De nos jours, l'occidentalisation de l'alimentation est particulièrement évidente, en particulier chez les plus jeunes générations.

Les obstacles à suivre le RM

Les principaux freins sont le coût, une incompatibilité avec le goût, les préférences et la croyance que cela prend trop de temps. L'amélioration de la qualité de l'alimentation consiste à inclure des aliments à moindre coût au

sein du patrimoine culturel, augmentant la commodité et l'accessibilité des aliments à moindre coût sans sacrifier le goût ni le plaisir.

Stratégies fiscales pour un mode de vie plus sain : fonctionnent-elles ?

Les taxes sur la « malbouffe » pour modifier les choix alimentaires suscitent souvent de vifs débats. Par exemple, les gouvernements imposent des taxes pour réduire la consommation des boissons sucrées. Pourtant, il n'existe pas de preuve que la fiscalité conduise à une réelle amélioration de la santé de la population. Même si les sodas ne représentent qu'une petite partie de la « malbouffe », on peut se demander si les taxes sur le sucre ou le sel peuvent vraiment représenter une solution réaliste dans un contexte où le véritable objectif est d'encourager les citoyens à adopter volontairement une alimentation saine. Ainsi, l'OMS recommande l'utilisation d'incitations financières dans un contexte politique complet et cohérent.

Le rôle de l'industrie des aliments et boissons

L'évaluation de la valeur nutritionnelle des aliments ultratransformés reste difficile par les consommateurs. Ces derniers comptent généralement sur la réputation de la marque pour faire leur choix. Le gouvernement peut intensifier l'information, la communication et l'éducation des groupes de consommateurs les plus défavorisés notamment pour les sensibiliser et promouvoir leur connaissance sur ces aliments. Le médecin a un rôle à jouer dans la promotion d'une alimentation saine à ses patients. Les enfants sont sensibles à la persuasion par une publicité intelligente et influencés par la pression des pairs. La publicité concerne principalement les aliments de mauvaise qualité nutritionnelle, ce qui a conduit à la réglementer dans de nombreux pays européens. Cependant, selon l'OMS, les mesures existantes sont insuffisantes.

Choix individuels et actions à mettre en œuvre

L'alimentation, l'activité physique et les modifications de comportement restent les bases de la gestion de l'obésité, avec un ensemble des politiques publiques structurées pour accroître leur diffusion dans un système de différents niveaux d'intervention. Le RM prévient de nombreuses maladies. Encourager les gens à l'adopter ne sera pas seulement bénéfique pour la santé publique, mais surtout une mesure concrète d'intervention en termes de durabilité économique.

Résultats à long terme du suivi du régime méditerranéen après Sleeve Gastrectomie

Le régime méditerranéen est associé à une espérance de vie accrue en raison de la réduction du risque de développer diverses maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers. La pyramide alimentaire méditerranéenne moderne a été définie en 2009 et est actuellement bien connue. Cependant, des chercheurs italiens ont proposé une amélioration de cette pyramide (Diète Méditerranéenne Italienne DMI) avec quelques changements. À la base de la pyramide, on trouve des céréales riches en fibres, telles que le pain de blé complet au levain, les pâtes complètes, le riz brun et les céréales complètes. Au sommet, sont placés des aliments céréaliers pauvres en fibres, comme le pain blanc, le riz blanc, le couscous blanc, des pâtes blanches et les pommes de terre.

La place croissante de la chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique)

Actuellement, la chirurgie bariatrique est considérée comme le traitement le plus efficace de l'obésité morbide et des comorbidités qui y sont liées. La Sleeve Gastrectomie (SG) est la technique la plus répandue dans le monde car elle laisse la continuité du tube digestif intacte. Après la SG, la satiété et la capacité gastrique sont réduites d'environ 15 % avec une conséquence sur l'apport alimentaire. Cependant, si elle influence le volume de nourriture consommé, elle n'améliore pas nécessairement la qualité des aliments. En outre, au décours d'une SG, les patients doivent respecter des recommandations en matière d'activité physique et de compléments vitaminiques pour prévenir les complications à long terme.

Cependant, le suivi dans le temps reste limité et aucune étude n'a été menée jusqu'à présent pour évaluer le respect des recommandations de la DMI à long terme après une SG.

Une étude prospective de cohorte sur 4 ans

Les chercheurs ont évalué sur 4 ans de manière prospective, les habitudes alimentaires, le poids, le statut en micronutriments, l'évolution des comorbidités, l'utilisation de compléments alimentaires et la fréquence de l'activité physique chez 74 patients ayant eu une SG en 2014. Le succès de la chirurgie a été défini comme une perte d'excès de poids de plus de 50 % alors que la reprise de poids a été définie comme une reprise d'au moins 15 % du poids perdu initialement après la SG. Un poids stable a été défini comme un gain de < 15 % du poids maximal initialement perdu.

Tous les participants ont consulté individuellement un nutritionniste et ont reçu une formation spécifique pour noter de manière aussi précise que possible tous les aliments et boissons consommés : quantité/taille des portions, marque des aliments, recettes, mode de préparation ou cuisson.

Des recommandations modérément suivies

Les pourcentages des participants ayant suivi les recommandations de la DMI portant sur les fruits, légumes, glucides complexes, lait/produits laitiers, huile d'olive, volaille, poisson/ crustacés, œufs, légumineuses, viande rouge/transformée et charcuterie sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1: % des participants ayant suivi les recommandations de la DMI portant sur certains groupes d'aliments

Groupe d'aliment	% des participants ayant respecté les recommandations de la DMI
Viande rouge et transformée	87,8
Huile d'olive	85,1
Poisson/crustacés	75,7
Œufs	67,6
Charcuterie	55,4
lait/ produits laitiers	54,1
Volaille	44,5
Glucides complexes	40,5
Fruits	40,5
Légumineuses	35,1
Légumes	35,1

37,8 % des participants ont repris du poids alors que 54 % rapportaient pratiquer une activité physique.

Des carences en vitamines B12, D, folates, en fer et une anémie ont été constatées respectivement chez 6,8 %, 8,1 %, 24,3 %, 33,8 % et 59,5 % des participants. Seuls 18,9 % prenaient des compléments alimentaires.

L'amélioration ou la rémission du diabète de type 2, de l'hypertension ou des apnées du sommeil était respectivement de 73,3 %, 64,7 % et 100 %.

Une consommation insuffisante de F&L

Les patients qui subissent une SG ont souvent une faible consommation de F&L. Ces derniers offrent un large éventail de micronutriments qui jouent un rôle essentiel dans de nombreux processus physiologiques (faim, métabolisme de base, digestion et absorption des nutriments, métabolisme des acides gras et des glucides, fonctions hormonales, activités du système central nerveux....)

Il est connu que les SG ont tendance à causer moins de carences en micronutriments que les procédures malabsorptives, tels que le by-pass gastrique. Cependant, ces patients sont quand même exposés à un risque à long terme de carences en micronutriments.

Dans cette cohorte prospective, les chercheurs ont constaté une consommation insuffisante de F&L, de volaille et de glucides complexes selon les recommandations de la DMI. La fréquence de l'activité physique et l'utilisation de compléments alimentaires était également insuffisante. Ceci peut contribuer à la reprise de poids et aux carences en micronutriments à long terme.

Pour maintenir les avantages de la chirurgie et atteindre un état nutritionnel optimal, des changements dans les habitudes alimentaires (consommation plus importante de F&L notamment), des modifications du mode de vie en termes d'activité physique, une supplémentation en vitamines et minéraux tout comme l'évaluation nutritionnelle à long terme et le suivi sont obligatoires.