

# Sur et sous-médicalisation de l'obésité

Force est de constater qu'à l'heure actuelle, le système de santé ne répond pas de manière satisfaisante aux enjeux du diagnostic, de la prévention et du traitement des obésités, singulièrement chez l'enfant. Le fossé s'aggrave entre une recherche fructueuse et des réponses médicales qui restent le plus souvent insuffisantes ou parcellaires quand elles ne sont pas inadaptées voire iatrogènes. Il est temps, sans doute n'est-il pas trop tard en France, de réunir les données qui permettront aux responsables de santé publique non seulement de définir des actions de prévention mais aussi d'adapter la réponse du système de soins.

Toutes les enquêtes aboutissent à un troublant constat. L'obésité est une des rares situations où la majorité des patients atteints ne consultent pas et où la majorité de ceux qui consultent ne sont pas atteints : plus d'un adulte de poids normal sur trois se soumet à un régime pour contrôler son poids ; seuls 30 % des sujets atteints d'obésité franche consultent pour leur excès pondéral. En d'autres termes, certains individus s'imposent ou se voient imposer des contraintes (régimes, médicaments) non médicalement justifiées alors que d'autres négligent un problème médical préoccupant. Il y a lieu de s'interroger sur les origines et les conséquences de ces sur- et sous-médicalisation.

## Origine et conséquences de la surmédicalisation

Contrairement à la glycémie ou à la pression artérielle, l'obésité est un facteur de risque qui se voit, qui est soumis au regard et donc au jugement extérieur. En ce sens, l'obésité se distingue radicalement d'autres facteurs de risques tels que l'hypertension ou le diabète dont l'évaluation n'est pas soumise à une norme psychosociale. Personne n'a, *a priori*, d'avis précis sur le niveau « idéal » de glycémie ou de la pression artérielle. En revanche, tout le monde a un avis sur la corpulence « normale » ! Chaque individu a sa propre perception du poids « souhaitable » qui conditionne son éventuel désir de perdre du poids. Les stéréotypes socioculturels conditionnent le poids « souhaitable ». Ainsi, certaines personnes ne présentent pas d'excès de poids au sens médical du terme, mais souhaitent atteindre un poids plus conforme à leur image idéale. A l'inverse, des individus obèses au sens médical du terme ne se considèrent pas comme malade. Les médecins n'échappent pas à ces jugements de valeur : ainsi sont-ils capables de passer d'un solide activisme anti-poids au déni le plus complet des conséquences de l'obésité.

La surmédicalisation est préoccupante par ses effets iatrogènes : les spécialistes des troubles du comportement alimentaire s'inquiètent depuis longtemps des conséquences désastreuses de l'idéal minceur en termes psychologiques et comportementaux. La diminution volontaire des apports alimentaires dans le but de contrôler le poids définit la restriction cognitive dont les conséquences sont les déséquilibres nutritionnels, les épisodes de désinhibition, d'impulsivité alimentaire, les fluctuations pondérales, les désordres endocriniens, les troubles de l'image de soi, la mésestime voire la dépression. Les messages de santé publique doivent tenir compte de ces risques : il y a sans doute intérêt à centrer les actions de prévention sur la promotion de la santé en général plutôt que de les focaliser sur l'obésité. Préconiser la « maigreur » pour éviter « l'obésité » serait une proposition irréaliste, sans fondement et dangereuse. Il n'existe aucun argument pour définir un poids théorique auquel chacun devrait se référer de manière univoque : la zone de poids recommandable est large. Au risque d'être caricatural, nous proposons de « démedicaliser » les messages de prévention, c'est-à-dire de ne pas faire référence à la maladie mais plutôt au bien-être. Il faut valoriser la culture culinaire et les aspects positifs des modèles alimentaires qui ne favorisent pas l'obésité. Les actions de prévention doivent être multisectorielles en impliquant les consommateurs, les collectivités, les acteurs économiques et le système de promotion de la santé.

## Origine et conséquences de la sous-médicalisation

Les facteurs sociaux jouent sans doute un rôle dans les insuffisances de prise en charge de l'obésité : celles-ci atteignent particulièrement les personnes en difficulté sociale et l'on sait l'importance des inégalités sociales en matière de santé. Mais ce facteur n'est pas le seul en cause. Certaines attitudes et conceptions médicales y contribuent aussi. Pour le système de soins, l'obésité n'existe pas, le sujet obèse encore moins. Les statistiques des systèmes d'information médicale ne retiennent guère le diagnostic d'obésité. Si 80 % de sujets diabétiques sont obèses, aucun diagnostic d'obésité n'apparaît associé à cette complication de l'excès de masse grasse. Même chose pour les 40 % d'hypertendus obèses. La discipline « nutrition » reste anecdotique aussi bien dans le système hospitalier que libéral. Elle n'existe ni pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ni pour le Conseil de l'Ordre des médecins. Plus profondément, elle n'existe pas dans l'esprit des médecins. L'obésité est généralement perçue comme un problème cosmétique, à la rigueur comme le stigmate de la faiblesse morale des sociétés qui « s'américanisent ». Une punition en somme. Le raisonnement médical disparaît pour faire place à un moralisme et à des attitudes thérapeutiques des plus sommaires. A titre d'exemple, le traitement de l'obésité se résume très généralement à un régime restrictif : à ce patient obèse consultant pour des douleurs articulaires, une insuffisance cardiaque ou un syndrome d'apnée du sommeil, il sera proposé un régime à 1200 calories et une vigoureuse injonction « maigrissez, ça ira mieux ». Ni diurétiques, ni

traitement antalgique, ni traitement des apnées : pourquoi traiter ce patient qui manque tant de volonté ! Stupéfiant appauvrissement de la pensée médicale. La situation rappelle celle du diabète de type 2, il y a 40 ans : les sujets diabétiques « n'avaient qu'à manger moins de sucres » ; depuis, il y a eu le laser, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les recherches sur la physiopathologie de l'insulino-résistance, le diabète est une maladie ; le sujet diabétique est un patient que l'on traite même si on ne restitue pas une insulinosécrétion normale. Faudra-t-il attendre encore longtemps pour que la médecine de l'obésité soit reconnue et pratiquée ? Nous appelons médecine de l'obésité cette attitude médicale qui consiste à chercher à réduire l'excès de poids (en tenant compte des limites biologiques, psychologiques et sociales, aux astreintes et contraintes que constitue la restriction calorique chronique) et qui vise à identifier les complications de l'obésité et à les traiter quelle que soit l'évolution pondérale. En est-il autrement pour le traitement du diabète ou de l'asthme ? Qui doute du bien fondé de la prise en charge de ces pathologies alors même que les prises en charge ne modifient en rien les processus étiopathogéniques ? Pourquoi en serait-il autrement pour l'obésité. Ce n'est pas parce que l'on ne dispose pas des moyens de restituer l'insulinosécrétion d'un sujet diabétique que l'on ne le soigne pas. Ce n'est pas parce que nos moyens de lutter contre le dérèglement du système de contrôle de la masse grasse sont limités que l'obésité sort du champ de la médecine.

Situons la juste place de cette pathologie. L'obésité met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu, l'obésité est une maladie. C'est une maladie chronique qui débute de plus en plus tôt dans la vie : sa prévalence chez les enfants est maintenant plus élevée que chez les adultes. Elle est devenue la maladie de la nutrition la plus fréquente dans le monde : l'épidémie ne se limite pas à l'Amérique du Nord, elle atteint l'Europe et les populations en mutation économique et sociale dans le monde entier.

A l'origine de cette spectaculaire progression, des facteurs environnementaux et comportementaux venant révéler une prédisposition génétique : il est vraisemblable que nous descendons d'ancêtres ayant survécu aux disettes grâce à leurs capacités génétiques d'épargne énergétique ; cet héritage, auquel nous devons de vivre dans la société d'abondance, rend nos contemporains vulnérables à la sédentarité et à la disponibilité alimentaire. Nous ne savons pas gérer notre bilan d'énergie en flux tendus, nous stockons, nous thésaurisons sous forme de tissu adipeux. Nos enfants nous dépassent dans cet exercice. Ces rondeurs de l'enfance ont eu, un moment, leur charme. Actuellement, elles inquiètent pour de multiples raisons, plus ou moins bonnes. Personne ne peut contester, en effet, les conséquences sur la santé présente et future : du fait de la progression de la prévalence et de la gravité de l'obésité infantile, le diabète non insulino dépendant devient plus fréquent que le diabète insulino dépendant dans certaines populations d'enfants ; l'excès de poids dans l'enfance a des répercussions à long terme : c'est un facteur de

risque de maladies cardiovasculaires et de cancers à l'âge adulte ; son retentissement se marque aussi durablement en termes psychologiques et sociaux.

Impossible de méconnaître ces risques pour la santé, il est légitime de s'en préoccuper et de réagir. Mais faut-il pour autant entrer dans un activisme « purificateur » ? Allons nous voir se développer envers les enfants, cette mode de la minceur exploitée par les media ? De la phobie du gras à la stigmatisation du gros, la distance est rapidement franchie. Agir sans doute, mais en étant vigilant sur les effets latéraux de nos bien-pensantes démarches. Quitter l'hygiénisme, pour entrer dans la médecine intégrative : somatique, psychologique et sociale ; dans la médecine qui prend en compte les comportements, l'environnement au même titre que les données de la physiologie, de la biologie moléculaire et de la science « dure ».

**Arnaud Basdevant**  
*Service de Nutrition et Centre de diagnostic,  
Hôtel-Dieu, Paris*