
L'obésité et le diabète de type 2 en France : un défi pour la prochaine décennie

DANIEL RIGAUD
CHU de Dijon

Obésité : définition

L'obésité est définie comme un excès de masse grasse associée à un surcroît de morbidité. En pratique, elle est définie sur la base d'un indice de masse corporelle (IMC = Poids (kg)/taille (m)²).

Il y a 5 classes d'IMC :

Définition	Valeurs seuils d'IMC (kg/(m) ²)
Poids normal	19-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité modérée	30-34,9
Obésité moyenne	35-39,9
Obésité sévère (synonymes : massive, morbide)	≥ 40

Deux types d'obésité ont été décrites :

- ❖ L'obésité androïde, ou tronculo-abdomino-mésentérique
- ❖ L'obésité gynoïde, ou fessio-crurale.

Elles n'ont pas les mêmes types de complications. La première se complique avant tout de maladies cardio-vasculaires dégénératives (HTA et insuffisance coronarienne notamment) et métaboliques (surtout diabète et dyslipoprotéïnémies type baisse du HDL-chol ou hypertriglycéridémie). La seconde est associée à des complications mécaniques (arthrose), biliaire (lithiase), néoplasique (cancer du sein) ou veineuse (thrombose, varices)

Savoir les reconnaître : Il est simple de différencier ces 2 types d'obésité : le rapport de la circonférence de la taille sur celle des hanches : RTH ; d'autres prennent en compte seulement la circonférence de la taille (CT) :

↳ **RTH (rapport des circonférences taille / hanches) :**
Androïde : **RTH > 0,9 chez la femme, > 1,0 chez l'homme**

↳ **Circonférence de Taille (CT) :** Androïde : **> 90 cm chez la femme ; > 100 cm chez l'homme**

Le diabète de type 2 se définit comme une intolérance au glucose en rapport avec un hyperinsulinisme. Dans plus de 2/3 des cas, il apparaît dans un contexte de surpoids ou d'obésité. Le diagnostic en repose maintenant sur une **glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/L (7 mmol/L)** à au moins **trois reprises**. La glycémie post-charge en glucose (75 g) n'est plus requise. La glycémie post-prandiale n'est pas diagnostique.

Le syndrome métabolique se définit comme l'association de 3 parmi les 5 facteurs suivants : une obésité androïde (circonférence de taille > 102 cm), une hypertriglycémie > 1,7 g/L, une hyperglycémie à jeun > 1,10 g/L, un HDL-cholestérol bas (< 0,35 g/L), une pression artérielle maximale ou minimale élevées (max > 140, min > 90 mm Hg).

Epidémiologie de l'obésité

L'incidence de l'obésité est en augmentation partout dans le monde. Elle augmente dans les deux sexes et dans toutes les classes sociales (mais pas parallèlement).

Elle augmente tant dans les pays à haut qu'à bas niveau de vie : Europe, Australie, USA, mais aussi Hawaï, îles Tonga, Tahiti, Colombie, Chine, Côte d'Ivoire...

La fréquence de l'obésité est de l'ordre de 10 à 25 % de la population générale dans beaucoup de pays d'Europe et au Canada. Elle est plus fréquente en Angleterre et dans les pays scandinaves que dans les pays méditerranéens, dont la France. Elle atteint actuellement plus de 33 % de la population adulte et plus de 25 % des enfants aux USA et pas loin de 30 % en Angleterre.

Chez l'adulte, en France, l'obésité frappe plus de 10 % de la population. Elle touche tant les hommes que les femmes (elle est peut-être un peu plus fréquente chez la femme). Elle est plus fréquente dans les couches les moins favorisées de la population que dans les milieux plus riches. L'obésité touche plus les gens ayant fait peu d'études que ceux porteurs de diplômes supérieurs. Il ne semble pas y avoir en France de lien entre IMC et origine ethnique (mais les données sont imparfaites). Toutes les tranches d'âge sont touchées : adultes jeunes, adultes d'âge mûr, sujet de plus de 60 ans. La fréquence de l'obésité varie selon la région : plus fréquente dans le Nord et dans le Grand Est qu'en région parisienne, dans le Centre, l'Ouest ou le Sud (sud-ouest et sud-est).

Chez l'enfant, en France, l'obésité atteint un peu plus de 10 % de la population infantile. Elle touche autant les garçons que les filles. Elle est peut-être plus fréquente dans les classe défavorisées, mais ce n'est pas aussi évident que chez l'adulte.

Chez les adolescents, en France, l'obésité a une fréquence moindre actuellement que dans les autres classes d'âge. Elle touche 6 à 8 % des adolescents. Elle est plus fréquente chez le garçon (7-8 %) que chez la fille (5-6 %).

Epidémiologie des facteurs en cause

Il n'est pas prouvé que les obèses avaient, avant de le devenir, des apports énergétiques aux repas (protides, lipides, glucides) plus élevés que les futurs non obèses.

Il n'est pas prouvé que les obèses avaient, avant de le devenir, un niveau d'activité physique (marche, sport) plus faible ou un niveau d'inactivité physique (sport, télévision, jeux vidéo) plus élevé que les futurs non obèses. Pourtant, la diminution de l'activité physique à notre époque favorise sûrement l'obésité sur un terrain à risque.

Il n'est pas prouvé que les obèses avaient, avant de le devenir, plus de trouble du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie) que les futurs non obèses ; au contraire, ces 2 troubles semblent protéger de l'obésité et du surpoids. En revanche, il est clair que certains (rares) obèses ont eu, avant de le devenir, des compulsions alimentaires sévères qui ont favorisé l'obésité. Un certain nombre de ces compulsions alimentaires sont des complications iatrogènes, en rapport avec des régimes hypocaloriques trop restrictifs et mal conduits.

Epidémiologie des complications

Le diabète de type 2 suit une augmentation parallèle à celle de l'obésité. En effet, plus des deux tiers des diabétiques de type 2 sont obèses. Tout le reste étant identique par ailleurs, les obèses diabétiques sont plus gros que les non diabétiques. Le risque relatif (odd ratio) de diabète de type 2 après 25 ans de suivi était de 14 chez l'homme et de 10 chez la femme en cas d'obésité nette ($IMC > 35 \text{ kg}/(\text{m})^2$), vs $IMC < 25 \text{ kg}/(\text{m})^2$. Les obèses diabétiques, du fait de la résistance à l'insuline, ont plus de mal à maigrir, à régime identique, que les obèses non diabétiques.

Le syndrome métabolique : dans 56 % des obésités moyenne à sévères, existe un syndrome métabolique. Sur 2673 obèses de ce type, les signes les plus fréquents étaient l'HTA (61 %), l'hypertriglycémie (45 %) et le HDL bas (40 %).

On peut s'attendre à ce que la fréquence de toutes les affections statistiquement associées à l'obésité augmente également. C'est vrai aussi pour la stéatose hépatique et l'hépatite pseudo-alcooliques et la cirrhose qui y est associée. Ce sera vrai sans doute pour le reflux gastro-oesophagien, l'oesophagite par reflux et la lithiase biliaire. Ce sera probablement moins clair pour le cancer du colon.

Conclusions

L'obésité est fréquente : 10 % de la population, chez l'adulte comme chez l'enfant. La fréquence de l'obésité est en augmentation partout, dans les deux sexes, dans toutes les tranches d'âge et de classes socio-professionnelles et dans tous les pays, même les pays pauvres. L'obésité androïde augmente parallèlement, ainsi que toutes les affections

associées à ce type d'obésité, métaboliques, cardio-vasculaires, hépatiques et gastro-entérologique.

La lutte contre l'obésité est donc un défi de santé pour la prochaine décennie.

Bibliographie

Groupe d'experts : Obésité : recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement chez l'adulte. Cah Nutr Diét (Paris) 1998 ; 33 (sept 98, supplément 1) : 10-17

Groupe d'experts : Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. Inserm juin 2000, 1-96.

Prevalence of obesity in several countries. Obes Rev 2005 ; 6(3) :113-132 et 183-198.