

CORPULENCE ET SANTÉ

Arnaud Basdevant

Le discours médical sur le fil du rasoir

Les organisateurs de cette réunion nous incitent à la réflexion transdisciplinaire. Il s'agit de confronter les points de vue des sciences humaines et médicales sur la «norme», à propos de la corpulence. Le médecin est un praticien confronté à l'individu. Il est chargé de prévenir, guérir, panser ou soulager la souffrance. Il doit agir. C'est ce que la société et l'individu lui demandent. Il doit bâtir son action sur un système de référence.

LA NORME : FONDEMENT DE LA « MÉDECINE MODERNE »

La production de norme est un des fondements de la médecine moderne, une nécessité pour bâtir une médecine préventive. Ainsi sont définies des normes de glycémie, de pression artérielle, de corpu-

lence, de différents paramètres de nutrition servant de référentiels.

Ce modèle a été remarquablement opérant pour l'hypertension artérielle et le diabète. Différentes études démontrent le bien-fondé d'une réduction de ces facteurs de risque et l'intérêt de rapprocher la moyenne de la population des valeurs de référence. Il était logique d'appliquer ce modèle à la corpulence. La définition médicale moderne de l'obésité est basée sur l'approche probabiliste des compagnies d'assurance nord-américaines. Dans les années 1950-60, les assureurs ont identifié l'obésité comme un facteur de risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire. En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), tenant compte du développement épidémique mondial de

l'obésité et de ses conséquences, a décidé de classer l'obésité parmi *les maladies* car elle met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu. Mais cette définition connaît deux limites majeures :

- sa valeur prédictive individuelle est faible : un excès de poids voire une authentique obésité peuvent être tolérés sur le plan somatique et psychologique;
- son caractère normatif risque d'enfermer la réflexion médicale dans le cadre, arbitraire, du «poids idéal théorique».

LA PRÉVENTION : UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE

En France, on estime en moyenne à 10 à 12 % la fréquence de l'obésité dans la population. La fréquence de l'obésité double tous les 15 ans chez les enfants : 6% étaient obèses en 1990, 13% en 2003. Le coût économique de l'obésité et de ses conséquences représente de 2 à 5 % des dépenses de santé dans les pays riches. Face à la progression épidémique de l'obésité et à la difficulté de son traitement, la prévention s'impose. De nombreux pays se sont engagés récemment dans des politiques de prévention dont les résultats ne pourront être évalués que dans plusieurs années. En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS), mis en place en 2001 par le Ministère de la Santé, place la prévention de l'obésité parmi ses priorités. C'est indiscutablement une étape importante pour la politique de prévention nutritionnelle dans notre pays.

La prévention est enthousiasmante.

LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA PRÉVENTION

Chez l'enfant, différentes études montrent qu'il est possible de réduire la progression de l'obésité. D'une manière générale, il ressort de ces études que les actions préventives doivent associer

plusieurs stratégies, concerner l'alimentation et l'activité physique. Chez l'adulte, des études récentes sur les effets de la modification des styles de vie ont fourni des résultats positifs. L'exemple type est l'étude «Finnish Diabetes Prevention Study», visant la prévention du diabète par des actions sur les styles de vie : réduire les apports lipidiques à moins de 30%, augmenter la consommation de fibres, de fruits et légumes, d'amidons ; augmenter l'activité physique. Les sujets ont été suivis plus de 3 ans. Le poids moyen a diminué de 4,2 kg dans le groupe intervention vs 0,8 kg dans le groupe contrôle. La proportion de sujets chez qui le diabète est apparu a été de 3% par an dans le groupe intervention et 6% dans le groupe contrôle.

La prévention basée sur des modifications des styles de vie est donc possible. Une certaine humilité est de rigueur car ces campagnes s'appuient sur un savoir scientifique qui ne constitue pas une vérité immuable et des effets secondaires sont observés, voire des dérives.

La médicalisation de la corpulence n'est pas sans risque.

LA DÉRIVE NORMATIVE

Nous connaissons les dérives, parfois graves, auxquelles mène la restriction cognitive, génératrice de désordres du comportement alimentaire, de stigmatisation sociale, voire d'inconvénients pour la santé.

Le cercle vicieux de la restriction a fait l'objet de nombreuses études et communications ces dernières années. La séquence est connue : restriction/désinhibition, interdit/transgression. Soumis aux «consommez/soyez mince», le mangeur moderne a de quoi «craquer» et c'est ce qu'il fait. De là au développement des toxicomanies alimentaires, le cap est souvent franchi.

Le discours médical alimente la pression sociale autour de la minceur et s'en imprègne. C'est ainsi que l'on assiste à une projection accusatrice vis-à-vis du «gros», à une tendance à considérer l'homme moderne comme un délinquant nutritionnel dans un discours linéaire qui cherche à chaque problème une cause univoque. C'est le retour d'un discours hygiéniste et moralisateur. Le monde médical n'est pas exempt de cette dérive en contribuant au discours des « amaigrisseurs ». La société s'empare de la norme pour stigmatiser l'aliment, l'alimentation, le mangeur et le système alimentaire. Les boucs émissaires sont légions : la famille, les professeurs, la cantine, la télévision, l'industrie, les fast food, les distributeurs. Et si l'on s'interdisait l'aliment...? Cette position connaît des adeptes que le système hospitalier accueille pour de longs séjours de renutrition.

C'est un véritable exercice de funambule auquel les médecins sont contraints entre les données épidémiologiques préoccupantes qui les poussent à plaider pour des mesures préventives et les limites que connaît ce type d'approche. Une voie médiane est à trouver entre un enthousiasme naïf et un renoncement désabusé.

LES ORIGINES D'UNE IMPASSE

Les origines de cette impasse sont nombreuses. La première raison est une dérive de l'utilisation de la norme : il s'agit d'une notion statistique qui ne peut s'imposer de manière arbitraire à l'individu. La seconde est un renversement de l'objectif : il ne viendrait à l'idée de personne de mettre tout le monde en hypotension ou en hypoglycémie pour prévenir l'hypertension ou le diabète : on corrige la déviance, on ne cherche pas à en provoquer une autre. Pour le poids, c'est différent : le discours médical alimente la pression sociale autour de la minceur et s'en imprègne. Il ne s'agit pas seulement de réduire l'obésité maladie mais de prôner la minceur universelle. Quitte à oublier les extraordinaires bénéfices de l'alimenta-

tion moderne en termes de réduction de la mortalité précoce et d'allongement de la longévité.

Une autre raison tient à la définition des maladies quantitatives. La fracture du col ou le diabète insulino-dépendant sont des situations qualitatives facilement identifiées : l'os est cassé, le pancréas hors d'usage. Les maladies quantitatives telles que l'hypercholestérolémie ou l'obésité connaissent inéluctablement une fluctuation de leur définition avec une tendance inexorable vers l'abaissement des seuils de définition.

La dernière raison est d'ordre conceptuel. Subrepticement, le modèle cybernétique de la régulation des réserves énergétiques (pondérostat, adipostat), a été étendu au comportement alimentaire. Confondant système réglé et système réglant, bon nombre de nutritionnistes ont considéré que les conduites alimentaires étaient une valeur réglée, donc « normable ». Autrement dit, est apparue l'idée que l'on pouvait décrire une norme alimentaire comme l'on pouvait définir une norme tensionnelle ou glycémique, voire pondérale. En réalité, les conduites alimentaires ne sont pas régulées mais au service d'une régulation complexe. Ceci nous renvoie aux fondements de l'acte alimentaire et de ses finalités.

INTÉGRITÉ SOMATIQUE, HÉDONISME ET RELATION À L'ENVIRONNEMENT

Les conduites alimentaires ont une fonction homéostatique et allostatique. Elles contribuent à l'intégrité biologique de l'individu tout en étant un des vecteurs majeurs de sa relation à l'environnement. Les fonctions nutritionnelle, hédonique et symbolique du comportement alimentaire ont un rôle homéostatique au sens large : équilibre biologique, équilibre psychologique, adaptation du sujet au sein de son environnement. Ces trois fonctions, interdépendantes, sont tout aussi essentielles et aucune n'est suffisante.

Les conduites alimentaires sont déterminées par une série de facteurs métaboliques, neuro-hormonaux, psycho-physiologiques, socio-économiques et culturels, qui agissent en interaction les uns avec les autres. Nous sommes dans un système de contraintes, d'interactions, d'interdépendances. Le biologique génère du comportement et du social et le social du biologique. La question clé est celle de l'adaptation à l'écosystème : « l'être vivant se nourrit non seulement d'énergie mais d'organisation complexe ». On considère que l'individu est en « bonne santé » quand ces facteurs s'intègrent harmonieusement, les uns compensant éventuellement les distorsions des autres, aboutissant ainsi à un comportement adapté. Un comportement pathogène peut résulter d'un défaut d'intégration ou d'une anomalie non compensée d'un ou de plusieurs de ces facteurs.

La question n'est pas de savoir si le comportement est normal mais s'il est adapté.

MUTATION NUTRITIONNELLE

Nous sommes dans une période d'ajustement des comportements à des modes de vie qui connaissent une évolution inédite et accélérée. Celle-ci ne laisse pas le temps aux apprentissages et aux conditionnements de se mettre en place. La question est de gérer la transition. La réponse est collective, la médicaliser serait une erreur, la démedicaliser également.

Comme le souligne E. Morin : « La démence de sapiens est la rupture des contrôles mais le génie, c'est de ne pas être totalement prisonnier des contrôles, ni de l'environnement, ni du code génétique, ni de la culture, ni de la société. C'est de pouvoir contrôler ces contrôles l'un par l'autre ». Il n'y a pas d'épicentre.

OBÉSITÉ : SOLUTION OU PROBLÈME

En arrière-plan de la discussion de la norme de corpulence, se profile celle concernant le statut même de l'obésité. Le débat n'est pas théorique. Ce n'est

pas de l'épistémologie subalterne. Certains considèrent que l'obésité est une adaptation bienvenue à une société de pléthore. N'est-ce pas la seule solution biologique à un environnement de pléthore et de disponibilité alimentaire? L'inflation de la masse corporelle s'accompagne en effet d'une augmentation des dépenses énergétiques de repos en 24 h. Un sujet obèse dépensant plus de calories qu'un sujet non obèse peut donc en consommer plus.

Le médecin doit se déplacer dans la diversité de ces points de vue, apparemment contradictoires qui ont chacun leur part de vérité.

EN CONCLUSION

La nécessité du dialogue transdisciplinaire s'impose devant la complexité croissante des problèmes de santé émergents qui résultent de l'interaction de déterminants biologiques, comportementaux et sociaux. La norme médicale n'est qu'un élément autour duquel doivent se faire les ajustements. La « norme » renvoie à des décisions éthiques : concilier les intérêts collectifs et les spécificités individuelles n'est pas simple.

C'est à l'individu vivant en société de décider quel poids accorder à la norme médicale et non à la norme médicale de définir la société.

BIBLIOGRAPHIE

AFERO, ALFEDIAM, SNDLF, « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité », dans *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 1998, suppl. 2, et dans *Diabetes & Metabolism*, 1998, 2 4, suppl 2, 1-48.

BASDEVANT, A., LE BARZIC, M., GUY-GRAND, B., « Les Obésités », dans *Traité de Nutrition Clinique de l'Adulte*, Flammarion Médecine Sciences, Paris, 2001

CORBEAU, J.-P., POULAIN, J.-P., *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*, Éditions Privat, Toulouse, 2002, 209 p.

Expertise Collective INSERM, *Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant*. Éditions Inserm, Paris, 2000

KOPLELMAN, P.G., « Obesity as a medical problem », dans *Nature*, 2000, 404, 635-643.

LE BARZIC, M., WAYSFELD, B., POUILLON, M., GUY-GRAND, B., « De l'obésité psychosomatique à la psychosomatisation de l'obèse », dans *Psychologie médicale*, 1985, 17, 783-85

LEVY, E., LEVY, P., LE PEN, C., BASDEVANT, A., « The economic cost of obesity : the French situation », dans *J. Obes.* 1995, 19 : 788-792.

MORIN, E., *Le paradigme perdu*, Seuil, Paris, Coll. Points - Essais, 1973, 250 p.

POULAIN, J.-P., « La modernité alimentaire, pathologie ou mutations sociales? », dans *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 1998, 33, 351-358

TUOMILETHO, J., LINDSTRÖM, J., ERIKSSON, J.G., VALLE, T.T., HÄMÄLÄINEN, H., ILANNE-PARIKKA, P., KEINÄNEN-KIUKAANIEMMI, S., LAASKO, M., LOUHERANTA, A., RASTAS, M., SALMINEN, V., UUSITUPA, M., for the Finnish Diabetes Prevention Study Group, « Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance », dans *N Engl J Med* 2001; 344; 1343-5

World Health Organization (WHO), *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*, Geneva, 3-5 june 1997 (WHO/NUT/NCD/98.1): 1998