



Chapitre un

L'UNE DES MENACES POUR LA SANTÉ DONT LA CROISSANCE EST LA PLUS RAPIDE AU MONDE

Messages clés

- Le surpoids et l'obésité subissent une augmentation rapide partout dans le monde, chez les adultes comme chez les enfants, riches et pauvres, et dans toutes les sociétés. Ils constituent un facteur de risque majeur pour un certain nombre de cancers communs, sachant que la prise de poids en accroît les risques
- Les forces motrices de l'obésité incluent la consommation d'aliments plus riches en énergie, la mondialisation de la chaîne alimentaire mondiale, l'urbanisation, une utilisation accrue d'appareils facilitant le travail, des formes sédentaires de transport et de divertissements
- Le contrôle du poids devrait commencer dès l'enfance et continuer tout au long de la vie. Les établissements scolaires et écoles supérieures sont des zones d'influence importantes
- Limiter la consommation d'aliments et de boissons riches en calories, peu nutritifs, et pratiquer une activité physique suffisante, jeux, sports et activités de plein air inclus
- Être aussi mince que possible au sein de la plage normale de poids corporel

Le surpoids et l'obésité constituent une menace de taille pour la santé de la population du monde entier. Comment définissons-nous le surpoids et l'obésité, quelle est l'envergure du problème, et quels en sont les facteurs? S'agit-il d'un problème concernant les personnes fortunées dans les pays riches et d'un signe de simple excès ou bien d'un phénomène plus systématique? S'agit-il d'un problème concernant les enfants paresseux, gâtés, consommant trop d'aliments ou de boissons à base de graisse ou de sucre, ou touche-t-il autant les riches que les pauvres, adultes comme enfants? Peut-être peut-il se résoudre par le biais de la discipline personnelle. Mais si l'obésité est entraînée par des changements de situation sociale, une approche de plus grande portée est alors nécessaire pour effectuer des changements. Nous devons clairement mieux cerner le problème.

Le rapport entre excès de poids, obésité et cancer

L'excès de poids est sans aucun doute associé aux cancers de l'œsophage (adénome), des reins, de l'utérus, du pancréas, du sein (post-ménopause) et de l'intestin chez les adultes. La graisse corporelle et abdominale est également probablement en liaison avec le cancer de la vésicule biliaire (FMRC 2007).



Généralement, la relation entre le surpoids et les formes variées de cancer est une relation «dose-effet»: plus l'excès de poids est important, plus les risques sont élevés. Pour certains types de cancers moins courants, comme le cancer des reins et de l'utérus, les effets sont de grande envergure. Tous les cinq points IMC supplémentaires (5kg/m²), le risque de cancer des reins est multiplié par deux (risque relatif de 2.04, basé sur une méta-analyse) et le risque de cancer de l'utérus augmente d'une fois et demie (RR= 1.52) (FMRC 2007). Ceci signifie que le surpoids est certainement responsable d'une grande proportion de ces cancers. Environ 25% des cancers des reins et environ 39% des cancers de l'utérus sont dus à l'obésité (Bergstrom et al 2001).

La proportion des cancers plus courants pouvant être attribués à l'obésité est fois faible. Par exemple, environ 11% des cancers du colon et 9% des cancers du sein post-ménopausiques ont été jugés comme étant dus au surpoids (Bergstrom et al 2001). Comme il s'agit cependant ici de formes plus courantes de la maladie, il est d'autant plus important d'atteindre un poids idéal pour prévenir le cancer.



Ces estimations concernant les effets du surpoids et de l'obésité sur les risques du cancer sont soigneusement différenciées des effets indépendants dus à l'inactivité physique et à une nutrition inadaptée. Une nutrition inadaptée augmente certainement le risque de certains cancers. Il en va de même pour le manque d'activité physique. Ces deux facteurs sont également les inducteurs principaux contribuant au surpoids, mais être en surpoids est associé à un risque de cancer accru, indépendamment des effets de l'inactivité ou d'une nutrition inadaptée.

Qu'est-ce qu'un poids idéal?

L'organisation mondiale de la santé définit le surpoids et l'obésité comme «l'accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé» (OMS 2008a). L'indice de masse corporelle (IMC) est une méthode généralement utilisée pour évaluer le surpoids et l'obésité.

L'IMC est calculé comme suit: poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille de la personne (en mètres).

- Une personne avec un IMC de 30 et plus est considérée comme obèse
- Une personne avec un IMC de 25 à 30 est considérée en surpoids
- Une personne avec un IMC de 18,5 à 25 est considérée comme possédant un poids idéal
- Une personne avec un IMC en dessous de 18,5 est considérée en sous-poids

Il convient de noter que ces seuils retenus de l'IMC pourraient être inférieurs ou supérieurs pour certains groupes ethniques spécifiques.

Ces catégories ont été critiquées comme étant imparfaites et pas idéalement adaptées pour mesurer des individus (Romero-Corra et al 2008), avec des études récentes suggérant que la mesure du tour de taille est un indice fort des risques de maladie (Welborn et Dhaliwal 2007). Ceux qui recommandent le recours à cet indice préconisent un tour de taille de 102cm (40 pouces) ou moins chez les hommes et de 88cm (35 pouces) ou moins chez les femmes (NHLBI 2009). Il convient de noter cependant que ces mesures ne sont pas adaptées à toutes les groupes ethniques, en particulier à ceux d'origine asiatique.

Néanmoins, tout bien considéré, l'IMC reste un instrument de santé publique efficace pour évaluer le poids corporel (Stevens 2008).

Poids idéal chez les enfants

Nous espérons de nos enfants qu'ils grandissent et pren-



Âge	Equivalent adulte IMC	IMC (garçons)	IMC (filles)
5		a) 14-16.6 b) 16.6-18.3 c) 18.3+	a) 13.9-16.9 b) 16.9-18.8 c) 18.8+
10	a) Poids idéal (18.5-25) b) Surpoids (25-30) c) Obésité (30+)	a) 14.9-18.5 b) 18.5-21.4 c) 21.4+	a) 14.8-19 b) 19-22.6 c) 22.6+
15		a) 17.6-22.7 b) 22.7-27 c) 27+	a) 17.8-23.5 b) 23.5-28.2 c) 28.2+

Tableau 1: Valeurs des indices de masse corporelle aux âges mentionnés et par sexe, identifiant des seuils de sous-poids, de poids idéal, de surpoids et d'obésité (OMS 2006b, 2007a). Ces standards sont susceptibles d'être modifiés localement pour permettre aux médecins d'identifier et gérer sur le plan clinique l'obésité chez les enfants et adolescents pays par pays

nent du poids au fur et à mesure de leur croissance. Ce qui est susceptible d'être le poids idéal d'un enfant de 14 ans n'est pas un poids idéal pour un enfant de 8 ans. Les garçons et les filles se développent différemment, le sexe est donc également à prendre en compte dans la détection des enfants en surpoids ou obèses. La race joue également un rôle important dans ce qui est considéré comme un poids idéal ou inadapté. Tandis que ces éléments sont identifiés, il est nécessaire d'adopter un standard de référence international en termes de mesure des niveaux de surpoids et d'obésité.

L'OMS a publié des tableaux et des graphiques définissant le poids idéal, le surpoids et l'obésité chez les enfants, comportant des mesures des enfants du monde entier, prenant l'âge et le sexe en considération. Ils reposent sur l'indice de masse corporelle (IMC) décrit ci-dessus mais fournissent différentes plages pour des âges et des sexes différents. A titre d'illustration, le tableau 1 présente des IMC pour les garçons et les filles âgés de 5, 10 et 15 ans, considérés a) de poids idéal, b) en surpoids et c) obèses, avec les catégories équivalentes pour les adultes.

Quelle est l'envergure du problème?

L'OMS estime qu'en 2005, environ 1.6 milliards d'adultes – personnes âgées de 15 ans et plus – souffraient de surpoids partout dans le monde, et que parmi ceux-ci, au moins 400 millions étaient obèses. Au moins 20 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans étaient en surpoids. D'ici à 2015, environ 2.3 milliards d'adultes seront en surpoids, avec plus de 700 millions d'entre eux souffrant d'obésité (OMS 2006a).

Des informations fournies par l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE 2008) présentent une tendance claire et constante à l'augmentation du nombre d'adultes souffrant d'obésité, comme l'illustre la figure 1.

Avant 1989, l'on croyait que l'obésité dans les pays en dé-

veloppement était un problème touchant les classes socio-économiques supérieures. Plus récemment, il a été prouvé qu'avec l'accroissement de la richesse nationale – mesurée par le PNB (produit national brut) –, le problème de l'obésité s'étend également aux classes socio-économiques inférieures, avec des taux d'obésité généralement croissants chez la femme avant l'homme (Monteiro et al 2004).

La hausse rapide du surpoids et de l'obésité dans les pays en développement mérite une attention spéciale. Certaines informations suggèrent que le taux de croissance de l'obésité est supérieur à celui des pays à revenu moyen. Par exemple, le taux de croissance de l'obésité est supérieur en Jamaïque qu'au Nigeria ou aux USA (Durazo-Arvizu et al 2008).

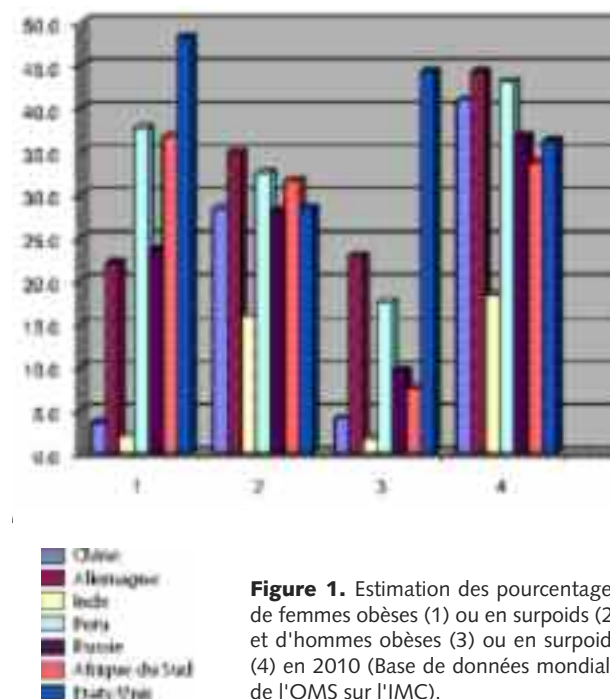


Figure 1. Estimation des pourcentages de femmes obèses (1) ou en surpoids (2) et d'hommes obèses (3) ou en surpoids (4) en 2010 (Base de données mondiale de l'OMS sur l'IMC).



dans certains de ces mêmes pays reste un défi majeur. Tandis que le surpoids et l'obésité constituent une préoccupation importante et croissante, beaucoup trop de personnes ne mangent aujourd'hui pas toujours à leur faim.

La sous-alimentation débute là où la consommation énergétique alimentaire est en permanence inférieure aux besoins énergétiques alimentaires minimaux, servant à conserver une vie saine et à pratiquer une activité physique légère. L'organisation pour l'alimentation et l'agriculture estime que 14% de la population mondiale souffre de sous-alimentation (FAO 2006). L'un des objectifs du développement du millénaire est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes souffrant de la faim; mais la hausse des prix alimentaires menace les modestes résultats obtenus à ce jour en matière de réduction de la sous-alimentation des enfants (UNDESA 2008).

Des niveaux importants de sous-alimentation et suralimentation coexistent dans bon nombre de pays pauvres. Il est souvent fait référence au double fardeau de la malnutrition. Le Vietnam et la Jordanie ont récemment été cités comme exemples (Khan et Khoi 2008; Madanat et al 2008).

Tandis que la proportion des personnes sous-alimentées semble diminuer, certaines régions d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud restent principalement vulnérables à la sous-alimentation (FAO 2008). Aux côtés d'autres organisations de santé internationales, l'UICC déplore la distribution inéquitable des ressources nutritionnelles dans le monde qui conduit à cette tragédie actuelle.

Inducteurs de l'obésité

Le mouvement allant d'une population nettement sous-alimentée à une population présentant des difficultés majeures de surpoids et d'obésité est caractérisé de transition nutritionnelle. La transition nutritionnelle implique la consommation croissante d'aliments riches en graisse et en sucre, aux valeurs nutritionnelles souvent faibles, et a été associée, en partie, à la mondialisation de la chaîne alimentaire internationale (Hawkes 2006).

La mondialisation est «un processus d'intégration plus appuyée au sein de l'économie mondiale par des mouvements de biens et de services, de capital et de technologie et (dans une mesure plus faible) du travail, conduisant de plus en plus à des décisions économiques influencées par des conditions mondiales» – ou en résumé, à l'émergence d'un marché mondial (Labonte et Schrecker 2007).

Cette mondialisation accentuée des marchés alimentaires mondiaux, en particulier dans les pays à revenu moyen, a trois effets principaux. Elle a tout d'abord influencé la production et le commerce de produits agricoles, avec une protection réduite de la production alimentaire locale et une dépendance accrue à des aliments plus homogènes, moins nutritionnels et plus énergétiques. Le second effet est lié à l'investissement direct à l'étranger dans l'industrie alimentaire et la vente. Ici, de gros volumes de vente et de faibles coûts de production entravent la qualité et augmentent le volume des produits alimentaires consommés. Troisième effet, la publicité et la promotion alimentaire mondiale stimulent la demande, normalisant ainsi la consommation d'ali-

Composition des régimes alimentaires	Réductions de l'activité physique
• L'apport d'aliments de source animale (viande, poisson et lait) augmente rapidement • La densité énergétique des régimes alimentaires augmente rapidement • La consommation d'huile alimentaire a augmenté rapidement • Les produits alimentaires du marché mondial sont plus sucrés qu'auparavant • Réduction considérable du temps de préparation des aliments et consommation accrue d'aliments à l'extérieur du domicile • Les portions ou les rations alimentaires servies augmentent	• Changement majeur du travail manuel ou du travail hautement physique (par ex. l'agriculture) à des métiers sédentaires (par ex. secteur tertiaire) • Réduction globale de l'activité physique associée à la plupart des métiers • Passages du transport physique (marche, bicyclette, transport public) au transport motorisé (voiture/moto) • Mécanisation accrue des tâches domestiques • Manque d'installations destinées à l'activité physique et aux loisirs dans les villes surpeuplées

Tableau 2: Inducteurs environnementaux de l'obésité dans les pays en développement (adapté de Popkin 2005)

ments mauvais pour la santé et d'habitudes alimentaires inadéquates ((Hawkes 2006)). La publicité et la promotion encouragent les enfants et les adolescents des pays moins développés à imiter les comportements des pays développés.

Tandis que de nombreux facteurs entrent clairement en jeu dans la croissance inquiétante du taux d'obésité des pays en développement, les inducteurs primaires (résumés dans le tableau 2) incluent l'agriculture subventionnée, les entreprises multinationales fournissant des composants alimentaires à bas prix, hautement énergétiques et hautement raffinés tels que des huiles, des graisses et des glucides, des appareils de transport motorisés et facilitant le travail, entraînant une baisse de l'activité physique professionnelle, et un accès facile aux loisirs sédentaires tels que regarder la télévision (Prentice, AM 2006). Autre facteur associé: le changement radical de la proportion de la population mondiale vivant dans des environnements urbains. Voici une caractéristique flagrante du style de vie des personnes vivant dans des pays plus affluents.

Une augmentation rapide du taux de surpoids et d'obésité dans les pays qui sont passés d'une économie planifiée à une économie de marché est également formellement établie (Baillie 2008). C'est clairement le cas pour de larges populations telles que la Russie et la Chine.

Le concours du surpoids et de l'obésité à des maladies chroniques est devenu un thème économique et de santé majeur dans les pays en développement. Les maladies chroniques étaient responsables de 50% de la charge de morbidité dans 23 pays en développement en 2005 et coûteront 84 milliards de dollars à ces pays d'ici 2015, si rien n'est entrepris pour ralentir leur croissance (Nugent 2008).

Être aussi mince que possible au sein de la plage normale de poids du corps

La première recommandation dans *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A global perspective* (FMRC 2007) est «d'être aussi mince que possible au sein de la plage normale de poids du corps».

Selon ce rapport, «l'un des indices les plus persuasifs dans l'ensemble du domaine de l'alimentation, la nutrition et l'énergie physique montre que la base de la prévention contre le cancer devrait consister en une approche sur une vie entière, démarrant au début de la vie, voire même lors de la préparation maternelle à la grossesse.»

Parents, aidants et communautés devraient s'assurer que les enfants restent à proximité de la limite inférieure de la plage normale de poids du corps au cours de leur enfance et

de leur adolescence. A partir de 21 ans et au-delà, nous devrions viser à conserver un poids du corps au sein de la plage normale, et éviter des prises de poids et de taille à l'âge adulte. (Comme expliqué ci-dessus, la «plage normale» se rapporte à des plages appropriées publiées par l'OMS ou les gouvernements nationaux.)

Les pays devraient se fixer deux objectifs de santé publique: atteindre un IMC d'adulte moyen situé entre 21 et 23, dépendant de la plage normale relative aux différentes populations, afin de minimiser la proportion de la population en dehors de la plage normale ; et une proportion de la population en surpoids ou obèse qui ne dépasse pas le niveau actuel – ou soit idéalement en-dessous – dans 10 années (FMRC 2007).

Les personnes actuellement en surpoids devraient être encouragées et soutenues dans leurs efforts pour perdre du poids, ainsi que des schémas de croissance équilibrée chez les enfants et les jeunes devrait être proposés.

Quelle direction suivre sur cette base?

Tandis qu'il pourrait être utile de comprendre les facteurs étendus influençant les taux croissants d'obésité, il est encore plus important de se concentrer sur des solutions. Celles-ci nécessiteront sans doute des interventions innovantes, plutôt que de renverser simplement le mouvement en direction de la mondialisation (Sacks et al 2008). Relever ces défis requiert une action de la part du gouvernement; mais aussi la «société civile» – des organisations comme l'UICC – devront également jouer un rôle actif dans la communication publique, la représentation et la mise en œuvre de programmes.

Une meilleure compréhension des moyens effectifs permettant d'arrêter la tendance à la prise de poids partout dans le monde constitue la première étape essentielle. C'est seulement alors qu'il sera possible de se diriger vers un effort international afin de renverser la tendance, de maîtriser le poids des hommes du monde entier et de le maintenir dans la plage de poids idéal, et de minimiser l'augmentation anticipée du fardeau du cancer.