Compte rendu du webinaire du conseil scientifique du 4 décembre 2025

L'obésité, si on en parlait ?

Synthèse

Au cours de ce webinaire, organisé par le Conseil Scientifique de Trisomie 21 France, ont été présentées les définitions, les causes et conséquences de l'obésité et les approches d'accompagnement des personnes en situation de surpoids. La discussion finale a surtout porté sur des interrogations concernant la spécificité de la trisomie 21 par rapport aux accompagnements à mettre en place. Le constat d'un déficit d'information sur ce thème a été effectué, incitant les représentants du Conseil Scientifique à continuer les recherches sur cette question.

Nadège GINEZ , médecin nutritionniste à Clermont-Ferrand , actrice dans le réseau du CSO-Caloris commence par des définitions :

- Depuis 1997, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique par l'OMS[1], c'est une **maladie multifactorielle** et parfois le combat de toute une vie.
- L'obésité est un **excès de masse graisseuse corporelle** pouvant nuire à la santé.
- **L'IMC (indice de masse corporelle**) est un indicateur dont le calcul est : Poids /taille au carré) Cet indicateur permet de constater et de qualifier l'obésité
    - IMC entre 25 et 30, on parle de surpoids
    - IMC compris entre 30 et 35, obésité de grade 1
    - IMC compris entre 35 et 40, obésité de grade 2
    - IMC supérieur à 40, obésité de grade 3

[1] OMS – Organisation Mondiale de la Santé, institution spécialisée de l'ONU créée en 1948.

- Il est toutefois important **d'associer à cet indicateur d'autres mesures** : tour de taille, composition corporelle. Un sportif de haut niveau par exemple va avoir une masse musculaire importante qui se traduit en poids, sans être en état d'obésité.
- Les femmes ont plus de masse graisseuse que les hommes
- Hommes et femmes prennent plus de masse graisseuse en vieillissant.

Il est important de suivre la courbe de poids dès la toute petite enfance, par comparaison avec les courbes moyennes (différentes selon le sexe) on peut suivre la trajectoire pondérale de l'enfant et être alerté s'il entre dans les zones de surpoids ou d'obésité.

L'étude épidémiologique « Ofeo 2024 » donne la prévalence de l'obésité (selon l'indicateur IMC) pour la France métropole et territoires d'outre-mer. Près de 50% des adultes (48.8%) sont en situation de surpoids ou d'obésité. L'incidence de l'obésité varie selon le positionnement économique et social. L'incidence est plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres, plus élevée dans les foyers avec difficultés économiques que dans les foyers « à l'aise ».

En 2022, dans le monde, une personne sur 8 était obèse : il s'agit d'une pandémie. Le nombre d'adultes obèses a doublé depuis 1990 et pour les enfants et adolescents, ce nombre a été multiplié par 4.

Sur le plan physiologique, notre état énergétique (déplétion, équilibré, en surplus) est renseigné par des voies nerveuses et hormonales. Ces messagers renseignent sur le besoin ou non de prise alimentaire. Les 2/3 environ des besoins énergétiques sont liés au métabolisme de base[2].

Les **causes communes de l'obésité** sont multiples. Il s'agit d'une maladie multifactorielle relevant de facteurs :

- **Somatiques** : prédisposition génétique, perturbateurs endocriniens, microbiote intestinal, état bucco-dentaire
- **Psychologiques** : stress, traumatisme
- **D'habitudes de vie** : sédentarité, alimentation trop riche, trop transformée, supérieure aux besoins énergétiques
- **Restriction cognitive** : succession de régimes, phénomène de yoyo et altération du métabolisme de base

Les **causes secondaires** de Prise de Poids :

- **Certains médicaments** (psychotropes, antidépresseurs, contraceptifs, médicaments anti-inflammatoires, insuline)
- **Certaines atteintes cérébrales** (traumatismes)
- **Rares syndromes génétiques** (quelques syndromes assez rares dont le Prader willi)
- **Une origine hormonale** (hypothyroïdie, hypercorticisme)

[2] Le métabolisme de base est la dépense énergétique dont le corps à besoin au repos pour maintenir ses fonctions vitales

Les **conséquences de l'obésité** sont multiples. Elles affectent :

- Le **psychisme** et la **qualité de vie** (dépression, image de soi)
- Le **somatique** (AVC*3, infarctus*2, hypertension*3, diabète de type 2*3, dyslipidémies*2, insuffisance veineuse et lymphatique et varices*1.5, cancers*1.5, vergetures, apnées du sommeil, arthrose…
- Et renvoient à une **discrimination** liée à la « grossophobie » stigmatisation particulièrement forte sur les réseaux sociaux, mais aussi dans le milieu scolaire, le travail, voire l'univers médical.

L'alimentation remplit **3 fonctions** (énergétique, relationnelle et émotionnelle). Ces 3 fonctions sont normales. Les restrictions alimentaires liées à des régimes affectent l'exercice de ces 3 fonctions. En fait, on ne mange pas que lorsqu'on a faim mais aussi pour d'autres raisons (habitude, horaire, gourmandise, contrariété).

Une des causes de surpoids est liée à la **dérégulation de notre système** : sensation de faim, prise de nourriture et signal de rassasiement puis de satiété (état neutre). Il est important d'apprendre à écouter nos signaux corporels. On accuse fréquemment la « malbouffe » comme facteur de surpoids, alors qu'il s'agit souvent de « surbouffe » : trop d'alimentation au regard des besoins énergétiques, les 2 aspects (quantitatif et qualitatif) peuvent aussi être associés. La référence à « ce qu'on mange » reste toutefois importante pour le maintien d'une variété alimentaire et d'une bonne santé.

En ce qui concerne les régimes (restriction cognitive pour contrôler son alimentation afin de maigrir ou ne pas grossir), il est à souligner qu'ils favorisent l'apparition de pulsions, voire de troubles du comportement alimentaire. Le fait de se priver, engendre des envies encore plus fortes.

L'accompagnement d'une personne en situation d'obésité relève d'une approche globale, conciliant un accompagnement sur l'alimentation et sur l'activité physique sans négliger les références au bien-être, à l'estime de soi, au sommeil et au plaisir. Il est important d'écouter la personne avec bienveillance, l'écoute est plus efficace qu'une diversité d'injonctions. Aborder les choses de façon factuelle, savoir expliquer, orienter la personne… l'idée est d'aller vers une « modification thérapeutique du mode de vie », possibilité de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique du patient en sachant que c'est un processus long et qu'il faudra du temps.

Au final, quelques messages clé en lien avec les recommandations de l'HAS :

- Mesurer l'IMC tout au long de l'enfance afin de dépister et diagnostiquer les risques de surpoids ou d'obésité
- Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire, sauf complications pas de pratiques restrictives
- Proposer des soins et un accompagnement dès diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité
- S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle

- Assurer la continuité du parcours, penser à la transition vers l'âge adulte dès l'adolescence.
- Une évolution est à venir avec l'apparition de nouvelles thérapeutiques.

Lisette CHABAUD, mère d'une personne de 47 ans avec trisomie 21, a partagé ses observations sur les tendances à l'obésité, le surpoids qui s'installe vers 25-30 ans et la tendance à manger avec gourmandise comme une compensation difficile à contrecarrer. Pour le moment, cela n'empêche sa fille ni de travailler, ni d'avoir une activité physique… mais elle s'interroge sur les conséquences futures de ce surpoids s'il s'accentuait. Cette inquiétude est retrouvée concernant de nombreuses adultes de même âge. Ne faudrait-il pas un cadre à destination des personnes et des familles, cadre peut-être à mettre en place dès l'enfance afin d'apprendre à mieux gérer leur alimentation ? Y a-t-il un problème hormonal ? génétique ?

Pour **Nadège GINEZ**, a priori il n'y a pas dans la littérature de preuve d'obésité génétique spécifique à la trisomie 21, les causes sont similaires à celles des personnes non trisomiques (trop manger, pas assez bouger, compenser parce qu'on n'est pas bien). Les fréquentes difficultés de déglutition et de mastication liées à l'hypotonie faciale sont toutefois à retenir ainsi que la nécessité d'un accompagnement souvent plus complexe pour une alimentation plus équilibrée.

Comment faire pour amener les personnes avec trisomie à s'alimenter plus lentement, d'une façon moins impulsive (les empêcher d'avaler tout rond) ? à mieux gérer leur alimentation par rapport à leur poids ?

Manger vite n'est pas spécifique à la trisomie et il y a une grosse part d'habitude. Certaines astuces peuvent aider : les fourchettes connectées[3], l'illustration de la quantité à ingérer concrétisée par une cuillère, un bol, une petite assiette. Il faut apprendre à baisser son rythme, à se focaliser sur le temps présent. La méditation de pleine conscience peut aussi permettre d'être plus réceptif aux sensations alimentaires. Chez le bébé ces signaux sont fonctionnels : le bébé n'absorbe pas de nourriture au-delà de ce qui lui est utile. En grandissant, on s'habitue à ne pas respecter ces signaux, on mange pour plein d'autres raisons (sociales, émotionnelles). Il faut se réhabituer à écouter son corps. Des tests de « jeûne » peuvent être utiles, non pour maigrir mais pour apprendre à reconnaître ces signaux. C'est tout un apprentissage à mettre en place et c'est long. Ne surtout pas engager les gens dans des attitudes de contrôle mais renvoyer des messages simples : leur apprendre à s'interroger sur le ressenti (plus faim ? encore faim ?), leur apprendre à ne pas culpabiliser suite à une impulsion alimentaire mais à la « compenser » en régulant au repas suivant (= attendre que le signal de faim se manifeste), apprendre à ne pas terminer son assiette quand on n'a plus faim…

Il faut essayer de concilier l'équilibre alimentaire et la gestion du poids, mais le surpoids et l'obésité renvoient prioritairement à une question de quantité et de gestion émotionnelle.

[3] https://www.slowcontrol.com/

[3]M. Hennequin : Pour la fourchette connectée attention, le signal informe du délai où il faut garder l'aliment en bouche. Il ne s'agit pas d'avaler vite et ensuite d'attendre le signal pour prendre une autre bouchée. L'objectif est de garder l'aliment en bouche

Il faut se faire plaisir régulièrement pour éviter frustration et compulsion, mettre en place d'autres pratiques que l'alimentation pour apaiser la souffrance et le stress. Ce peut être, la relaxation, la connaissance et l'acceptation de soi… l'alimentation compensatrice des frustrations de la vie n'est pas spécifique aux personnes avec trisomie, en revanche elles ont peut-être moins que d'autres accès à une diversité de moyens pour exprimer leur malaise.

Fanny LENORMAND, personne concernée explique comment elle gère activité et alimentation pour ne pas entrer en surpoids. « *Mais je bouge pour aller au travail. Je fais la danse le vendredi après-midi. Je fais une alimentation équilibrée et saine* » « *Après le travail et l'effort on peut se faire plaisir un peu, quelquefois je craque un petit peu* ».

Hydratation, difficulté à boire de l'eau rencontrée par certains enfants et adultes.

La soif, c'est différent. Quand on a soif, c'est qu'on est déjà déshydraté (on aurait dû boire un peu avant). Ce qui est conseillé, ce sont des prises d'eau régulières pour s'hydrater tout au long de la journée. Il faut sensibiliser, inciter par la mise à disposition de petites gourdes, de distributeurs d'eau en divers endroits, de pauses dédiées à la boisson à divers moments de la journée.

Les nouveaux traitements

Viennent d'apparaître sur le marché **2 traitements médicamenteux** de l'obésité qui bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché : **le Wegovy et le Mounjaro**. Ces traitements jouent sur les hormones intestinales. Le but de ces médicaments, c'est de permettre un rassasiement plus précoce. On va manger, et arrêter de manger parce qu'on n'aura plus de sensation de faim, cela diminue aussi l'impulsivité alimentaire. Les effets secondaires sont digestifs (nausées, vomissements, inconfort digestif) et peuvent disparaître. Ces médicaments ne sont pas actuellement remboursés par la Sécurité Sociale (environ 200€ voire 300 mensuels) , ils le seront probablement à partir de l'an prochain pour des patients présentant certains critères d'IMC et de comorbidité. L'agence du médicament a donné des indications pour les prescripteurs, et on attend les recommandations de l'HAS. **Pour l'instant, nous ne les préconisons qu'en seconde intention, à la suite d'un suivi comportemental où le patient aura appris à écouter son corps.**

Qu'en attendre ? Pour le Wegovy, environ 10% de perte au bout de 6 mois, un peu plus pour le Mounjaro, à 1 an respectivement plutôt 15% et 20%. C'est un traitement qui pourra être prescrit au long cours , en revanche il est à arrêter si on ne constate pas d'effet sur le poids. Ces nouveaux traitements auront vraisemblablement dans les années qui viennent un impact important sur le traitement de l'obésité.

En complément, regarder la vidéo : « L'obésité de l'adulte : en parler avec mon patient ».