

QUE

CHOISIR

+ BANQUE ZOOM SUR VOS DROITS

pratique

Numéro 148 • Juin 2026 • 7,30 €



POIDS & *santé*

EN FINIR AVEC LES **DIKTATS!**

L 13463 - 148 - F: 7,30 € - RD



DROM-COM : 8,50 € / 990 XPF

→ HYGIÈNE DE VIE → PATHOLOGIES → RÉGIMES

Consultez chaque trimestre nos

NUMÉROS PRATIQUES



7,30 €
chaque
numéro

Vous avez entre les mains la toute dernière édition de **Que Choisir Pratique**. Mais ce n'est pas la seule ! Quatre fois par an, nous publions ces hors-séries sur des thèmes aussi variés et spécifiques que **l'alimentation saine, la voiture électrique, les animaux domestiques...**

Véritables encyclopédies de la consommation, les *Que Choisir Pratique* traitent la question abordée de manière approfondie, et sous tous ses aspects.

Ils vous permettent **d'étendre vos connaissances, de mieux orienter vos choix et vos actions**, tout en déjouant les pièges.

POUR COMMANDER

✉ PAR COURRIER

Remplissez, photocopiez ou recopiez sur papier libre le bulletin ci-dessous, et envoyez-le à :

Que Choisir - Service Abonnements
45, avenue du Général-Leclerc
60643 Chantilly CEDEX

@ PAR INTERNET

Kiosque.quechoisir.org



ou en flashant
le QR code
ci-contre



Nom

Prénom

Adresse

Code postal [] [] [] [] [] []

Ville

NUMÉRO COMMANDÉ	QUANTITÉ	PRIX	TOTAL
<input type="checkbox"/> 144 Mémoire - La coacher au quotidien		7,30 €	
<input type="checkbox"/> 145 Labels - Optez pour les vraies garanties !		7,30 €	
<input type="checkbox"/> 146 Vos données - Gardez le contrôle !		7,30 €	
<input type="checkbox"/> 147 L'encyclo du vélo		7,30 €	

Participation aux frais d'expédition

Je commande 1 numéro, j'ajoute **1,50 €**

Je commande 2 numéros ou plus, j'ajoute **2 €**

TOTAL (commande + frais d'expédition) []

Je joins mon règlement par chèque à l'ordre de *Que Choisir*.

Édito

VOTRE SANTÉ A DU POIDS

Notre poids n'est pas qu'une affaire de taille ou d'esthétique. Certes, au cours de l'Histoire, les modes ont influencé les corps et, de fait, les esprits. Les représentations humaines, à travers la peinture ou la sculpture, en témoignent avec, par exemple, le culte du corps sportif dans l'Antiquité ou celui des femmes aux courbes généreuses apparaissant dans les tableaux de Rembrandt au XVII^e siècle. Aujourd'hui, industriels et influenceurs participent largement à la diffusion de nos diktats. Ainsi, la quête de la ligne parfaite nous mène la vie dure ! Pourtant, notre poids a aussi et surtout, il faut le dire, une incidence sur notre santé, tant physique que mentale. À tel point que l'obésité, qui se caractérise par une surcharge pondérale importante et touche plus d'un milliard de personnes dans le monde, a été reconnue comme un enjeu prioritaire par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette pathologie aux causes multiples constitue en effet un facteur de risques accru pour les affections chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou les maladies cardiovasculaires. Anorexie mentale, boulimie, hyperphagie sont, par ailleurs, des troubles du comportement alimentaire trop souvent banalisés, notamment sur les réseaux sociaux, qui valorisent parfois une maigreur extrême. Selon les périodes de notre existence, les besoins varient. Il faut non seulement adapter son alimentation et son hygiène de vie, mais également tenir compte autant de l'impact de la génétique que de celui de sa santé mentale ou de son environnement. Bref, nous cumulons beaucoup d'injonctions contradictoires. Aussi, nous avons bâti ce numéro de *Que Choisir Pratique* afin de vous apporter un regard expert et scientifique sur le sujet, et de vous donner les clés pour ne pas devenir esclave de votre balance ni du regard d'autrui. Et rester en bonne santé, tout simplement.

Pascale Barlet

3 MISSIONS CLÉS

► INFORMER

Offrir à chacun une information claire, fiable, indépendante.

► ACCOMPAGNER

Apporter aux consommateurs des services et des solutions concrètes au quotidien.

► MOBILISER

Faire évoluer les pratiques et les lois pour mieux défendre les consommateurs.

UFC-Que Choisir devient Que Choisir Ensemble afin de mieux exprimer ce que nous sommes aujourd'hui : un mouvement agissant du local au national, au service de l'intérêt collectif des consommateurs.

Rendez-vous sur Quechoisir.org

UN RÉSEAU LOCAL UNIQUE ET ENGAGÉ

► Près de 130 associations locales

► Plus de 4 500 bénévoles

► Près de 120 000 adhérents

Nous accompagnons et représentons les consommateurs au plus près du terrain partout en France

DE NOMBREUSES VICTOIRES QUI CHANGENT LA DONNE

Que Choisir Ensemble est à l'origine de nombreuses avancées concrètes, obtenues grâce à la mobilisation des consommateurs.

► Parmi les victoires récentes: le Nutri-Score comme modèle officiel d'étiquetage français des aliments, la résiliation des contrats d'assurance emprunteur à tout moment, l'interdiction du démarchage téléphonique non consenti...

VOTRE SOUTIEN, NOTRE INDÉPENDANCE

Votre soutien financier est essentiel. Il garantit notre indépendance vis-à-vis des intérêts privés, de l'État et des entreprises. Il nous permet de vous informer, de vous accompagner et de vous mobiliser.

Sommaire



Poids & santé

Interview de Julia Csergo	6
■ De quoi parle-t-on?	8
■ Pourquoi grossit-on?	26
■ Les étapes de la vie	46
■ Pathologies et conséquences	70
■ Vraies et fausses solutions	88
<hr/>	
■ Votre banque en 7 questions	111
Jurisprudence	121
Infos conso	124
Associations locales	129



Interview

JULIA CSERGO Spécialiste des cultures alimentaires,
professeure associée à l'université du Québec à Montréal (Canada)

« LES NORMES DE POIDS N'ONT CESSÉ DE VARIER DANS L'HISTOIRE »

Q C Comment a évolué notre rapport au poids à travers l'Histoire ?

Julia Csergo Dans la Grèce antique, il y avait un véritable culte du corps sportif. L'excès de poids était déjà un peu stigmatisé: on se moquait des gros dans les comédies burlesques. Mais on considérait qu'il fallait un minimum de graisse. Certains textes évoquent son rôle protecteur face aux agressions extérieures, et comme réserve en cas de périodes de manque de nourriture. Par la suite, dans la culture chrétienne, naît la notion de péché afin de désigner la gourmandise: manger trop est associé à un manque de charité. Au Moyen Âge, le gros est celui qui accapare les richesses pour une satisfaction égoïste et ne partage pas avec les autres. On constate également, déjà à l'époque, une vénération de la minceur avec, dans les tableaux, des femmes extrêmement filiformes.

Q C La minceur a-t-elle toujours été désirée ?

J. C. Non, les normes sociales n'ont cessé de varier à travers l'histoire. Au XVII^e siècle, on voit apparaître des femmes aux formes très généreuses dans les peintures de Rembrandt et de Rubens, qui deviennent les nouveaux canons de beauté. Certes, on porte des corsets, pour avoir la taille fine, mais les poitrines et les hanches larges sont encensées; l'embonpoint est alors synonyme de bonne santé. À partir des années 1700, qui marquent la naissance de la gastronomie, on observe même une valorisation

de la grosseur, mais pas de n'importe laquelle: celle du ventre chez les hommes. C'est ainsi que sont représentés les industriels et les financiers. Leur énorme bedaine est un signe de pouvoir et de puissance sociale à une époque où les classes populaires n'ont pas assez d'argent pour manger. Il y a donc eu, au cours des siècles, une variabilité assez paradoxale de la représentation des gros. D'un côté, le corps gros prête à rire et fait l'objet d'un jugement moral – il est associé à un manque de volonté, à l'inaction, à l'incapacité à réfréner ses désirs, donc à une faiblesse mentale. De l'autre, il semble jovial, sympathique, bon vivant, et est allié à une certaine prestance.

Q C Quand le retour de la minceur s'opère-t-il ?

J. C. Il a lieu au début du XX^e siècle, avec l'apparition de l'industrie agroalimentaire et des premières enseignes de grande distribution, qui mettent sur le marché des aliments peu chers, déjà riches en sucres et en substances chimiques. Ces denrées deviennent accessibles au peuple, qui prend alors du poids. En réaction, les élites, qui avaient jusque-là le privilège de la grosseur, se tournent vers des normes de minceur liées à la pratique sportive, à laquelle les classes

« On nous incite à être minces, tout en multipliant les sollicitations alimentaires »



populaires n'ont pas accès. De nombreuses disciplines se développent: automobile, tennis, vélo, ski... On cultive alors une apparence svelte. Dans l'entre-deux-guerres, l'idéal féminin est celui de femmes extrêmement minces, aux hanches étroites et aux fesses plates, tandis que les hommes doivent être athlétiques.

Q C Les normes ont beaucoup varié dans le temps, mais aussi selon les cultures. Qu'en est-il aujourd'hui ?

J. C. Le surpoids est encore valorisé dans certaines cultures. Au Maghreb, par exemple, et dans plusieurs pays d'Afrique, les femmes et les hommes montrent, à travers leur corpulence, qu'ils sont en bonne santé, ce qui témoigne aussi d'un niveau de revenus plus ou moins élevé. Nous traversons toutefois une période de mutation: dans des sociétés de plus en plus multiculturelles, plusieurs normes coexistent. L'idéal de minceur reste prédominant, mais on note en même temps une valorisation de la musculation chez les hommes et, dans une certaine mesure, un droit au surpoids et à l'embonpoint.

Là encore, tout est très contrôlé et dépend largement de la répartition des formes, notamment au niveau des hanches et des fesses.

Q C Avec les années 1990 débute le culte de la maigreur... Comment en est-on arrivé là ?

J. C. Au départ, ce phénomène était propre au domaine de la mode, avant de se diffuser aux jeunes générations. Il y a quelque chose de très symbolique dans l'effacement du corps: il ne faut pas qu'il soit trop présent par rapport au vêtement, qui compte avant tout. Un corps gras, suant, fonctionnel est devenu presque indécent. Cette extrême esthétisation dénie toute corporalité et toute humanité, c'est le gros problème depuis la fin du XX^e siècle. Il y a eu malgré tout de nombreuses réactions, avec l'apparition de mannequins plus en chair et de grandes tailles.

Q C Quid des normes médicales ? Comment cohabitent-elles avec les normes sociales ?

J. C. Les normes médicales sont intervenues au XX^e siècle. Les études ont montré qu'une obésité morbide est préjudiciable pour la santé, en rehaussant les risques de maladies cardiovasculaires et de diabète. Mais avant de devenir obèse, on est en surpoids. Le problème réside dans la définition de ce dernier: est-ce 3, 6, 10 kg de trop ? Où place-t-on le seuil à partir duquel les risques pour la santé augmentent vraiment ? D'autant que l'indice de masse corporelle, utilisé pour l'évaluer, a été mis en place à l'origine par des assurances et non des médecins, et qu'il ne distingue pas la masse grasseuse de la masse musculaire. Ce flou des normes médicales combiné à la perpétuelle évolution des normes sociales entretient une véritable cacophonie. Sans compter les messages contradictoires auxquels nous sommes exposés: on nous incite à être minces, tout en multipliant les sollicitations alimentaires... On pourrait sans doute simplifier les choses si on établissait clairement à partir de quand le poids s'avère réellement dangereux pour la santé. ■



De quoi parle-t-on ?

Bien qu'il s'agisse d'une valeur centrale, le poids ne saurait se résumer à un chiffre sur la balance. Poids de forme ou idéal, masse grasse ou musculaire, indice de masse corporelle ou de masse grasse... Les indicateurs et les formulations se multiplient et se télescopent, au point qu'il est facile de s'y perdre ! Nous avons choisi de commencer par explorer toutes ces données afin que l'on sache de quoi il est question d'abord, et comment évaluer sa situation ensuite. En balayant, au passage, quelques idées reçues et fausses informations qui brouillent nos perceptions sur le sujet.

SOMMAIRE

Réunir les indices pour y voir clair	10
La pesée, un passage obligé ?	15
La composition corporelle, ça compte	16
Le tissu adipeux, c'est quoi ?	18
Les secrets du métabolisme de base	20
Les kilos reviennent-ils après un régime ?	22
Stop aux clichés !	24

RÉUNIR LES INDICES POUR Y VOIR CLAIR

Bien connu, l'indice de masse corporelle n'est ni le seul indicateur ni le plus pertinent pour bien évaluer poids, corpulence et état de santé.

Le poids est un sujet au cœur de nos vies, tant d'un point de vue médical que sociétal. Scruté dès notre naissance, et même estimé avant celle-ci, il constitue un critère central de notre santé. Reste que l'on ne sait pas toujours où se situer, entre poids «de forme» et poids idéal selon sa taille, son âge et son sexe. Pour y parvenir, outre le chiffre qui s'affiche sur la balance, d'autres données sont à prendre en compte. Le but: évaluer son poids, mais plus largement sa corpulence et sa composition corporelle, ainsi que les risques associés.

L'INDICE DE MASSE CORPORELLE, UN INDICATEUR FIABLE ?

De très loin le plus connu, l'indice de masse corporelle (IMC) est simple à calculer: il suffit de diviser son poids (en kilogramme) par sa taille (en mètre) au carré. Cet outil de calcul, mis au point sans arrière-pensée médicale par un mathématicien belge, Adolphe Quetelet, en 1832, est

redécouvert plus d'un siècle après par Ancel Keys, physiologiste américain, qui l'emploie dans ses études épidémiologiques. L'IMC sera ensuite proposé par les autorités de santé, aux États-Unis, pour définir obésité et surpoids. En 1998, l'Organisation mondiale de la santé en fait l'outil standard pour évaluer les risques liés au poids, et détermine plusieurs classes d'obésité à partir de cet indice. Établir l'IMC d'un individu permet de lui donner une fourchette de poids «acceptable» et recommandé selon sa taille, avec une légère variation en fonction des sexes: la corpulence «normale» d'un homme oscille entre 20 et 27 kg/m², contre 18 à 25 kg/m² pour une femme. Ce qui ne signifie nullement que les difficultés surviennent dès 25 à 27 kg/m²... «*Cet indice de masse corporelle est une valeur continue, si bien qu'il faut le voir comme un risque de complications qui augmente progressivement*», conseille le professeur Zoltan Pataky, responsable de la consultation d'obésité chez l'adulte et de l'unité d'éducation thérapeutique du patient aux Hôpitaux universitaires de Genève, en Suisse.

Bien que très étudié et mondialement utilisé, cet outil est reconnu comme imparfait par la communauté scientifique et médicale. Mi-2025, une commission internationale de 58 experts, réunis par la revue *The Lancet*, a proposé une nouvelle définition de l'obésité prenant en compte les défauts de l'IMC. En effet, si l'on ne s'en tient qu'à cet indice, un grand sportif très musclé peut être considéré en état d'obésité, alors même que sa masse grasse est extrêmement faible

Bon à savoir

Elle a bon dos, l'ossature !

«*Mes os sont lourds*», «*J'ai une très grande constitution osseuse*»... Voilà des justifications qui ont tout l'air de fausses excuses ! De fait, l'ossature pèse peu dans le total du poids corporel, puisqu'elle n'en représente qu'environ 15 %. Et ses infimes variations ne peuvent justifier un écart de plusieurs kilos... Il faudra donc trouver d'autres raisons.



IMC LES GRANDS REPÈRES

STADES CORPORELS	IMC EN KG/M ²
Maigre	→ Inférieur à 18,5
Poids normal	→ 18,5 - 24,9
Surpoids	→ 25 - 29,9
Obésité classe I (légère)	→ 30 - 34,9
Obésité classe II (modérée)	→ 35 - 39,9
Obésité classe III (sévère ou massive)	→ Supérieur ou égal à 40

et sa masse musculaire, très élevée. Tandis qu'une personne pourra avoir de la graisse viscérale délétère pour sa santé et une masse musculaire trop faible tout en affichant un IMC «normal»... De fait, ce dernier ne rentre pas dans le détail de la composition corporelle (lire aussi p. 16) et ne dit rien de l'état de santé d'un individu. Il faudrait donc distinguer l'obésité préclinique, basée sur l'IMC seul, de l'obésité clinique, qui s'accompagne de complications augmentant les >>

>> risques cardiovasculaires. En attendant, l'indice de masse corporelle actuel peut induire une surestimation ou une sous-estimation de l'adiposité (masse grasse), mésestimant de fait les risques associés. Chercheurs et médecins n'envisagent toutefois pas de s'en passer. «*C'est sur cet indice que se base toute la recherche, toutes les décisions thérapeutiques, tous les traitements médicamenteux et chirurgicaux*, décrit le Pr Pataky. *Nous sommes tous conscients qu'il a ses défauts, mais nous n'avons pas d'outil 100% parfait à ce stade.*» L'IMC demeure par ailleurs très connu du grand public et facile à calculer, ce qui en fait un élément pédagogique intéressant. Savoir quelles sont ses limites donne du recul et permet d'affiner la prise en charge, grâce à l'intégration d'autres données plus pertinentes ou complémentaires.

L'INDICE DE MASSE GRASSE, UN CONCURRENT IMPARFAIT

Exprimé en pourcentage, l'indice de masse grasse (IMG) mesure la proportion de celle-ci chez une personne en tenant compte de son IMC, mais également de son âge et de son sexe. Cet indice se calcule comme suit selon le sexe (S), dont la valeur est 0 pour une femme et 1 pour un homme: $(1,2 \times \text{IMC}) + (0,23 \times \text{âge}) - (10,8 \times S) - 5,4$. Quoique de plus en plus étudié et plus précis sur le papier que l'IMC, l'IMG s'avère aussi imparfait, notamment parce qu'il n'est plus pertinent après 50 ans. «*Quand on vieillit, des changements physiologiques s'opèrent, dont une diminution de la masse musculaire et du métabolisme de base, ou au repos*, explique le Pr Pataky. *Ces deux phénomènes contribuent à une augmentation de la masse grasse, rendant de fait l'IMG moins fiable.*» Le spécialiste souligne, en outre, que cet outil n'est pas utilisé pour définir l'obésité ni ses complications. «*J'entends qu'il est pertinent pour des buts de recherche mais, dans la pratique clinique, il est très peu utile*», ajoute-t-il. Si, pour une personne, il existe bien des tableaux présentant la fourchette d'IMG dans laquelle se situer selon son âge, les données diffèrent d'une source à une autre, reflétant l'absence de consensus scientifique concernant cet indice. On retiendra que celui de la femme se situe entre 25 et 30%, et celui de l'homme, entre 15 et 20%.



Le poids affiché sur la balance n'est pas le seul élément à prendre à compte.

PEOPLEIMAGES/ADOBE STOCK

LE TOUR DE TAILLE, UNE MESURE INDISPENSABLE

Outre l'IMC et l'IMG, il est possible d'évaluer la corpulence d'un individu et les risques qui y sont associés via son tour de taille. «*Les dernières recommandations de l'Association européenne pour l'étude de l'obésité considèrent qu'en plus du poids de la personne et de son IMC, il faut aussi d'autres indices, notamment la circonférence abdominale*», détaille le Pr Pataky. Laquelle se mesure tout simplement

avec un mètre ruban de couturière, au niveau de la taille, à égale distance entre le bas des côtes et les crêtes iliaques, et à la fin d'une expiration. On juge le tour de taille trop élevé s'il est supérieur ou égal à 80 cm pour une femme et à 94 cm pour un homme. *«Ce périmètre a été comparé au scanner de l'abdomen et ainsi validé, car on observe clairement des liens très étroits entre la quantité de graisse déterminée au scanner dans la cavité abdominale et le tour de taille mesuré au ruban, assure le spécialiste de l'obésité. C'est un très bon indice pour déterminer si la personne souffre d'obésité viscérale, c'est-à-dire d'une accumulation de tissu adipeux au niveau abdominal [autour, voire à l'intérieur des organes internes], laquelle est la plus "dangereuse" sur le plan des risques cardiovasculaires et métaboliques. L'IMC doit donc être combiné au tour de taille pour donner une idée du degré d'obésité viscérale.»* Et de souligner qu'il existe, en effet, des individus très grands à l'IMC élevé mais au tour de taille normal, d'où l'importance de coupler les deux mesures.

LE RATIO TOUR DE TAILLE/HAUTEUR, UN FACTEUR SIGNIFICATIF

Connaître sa circonférence peut aussi servir au calcul du rapport tour de taille/hauteur (*waist-to-height ratio*, ou WHtR), lequel ne doit, idéalement, pas dépasser 0,5. Au-delà, il présume d'un risque accru de problèmes d'ordre cardiovasculaire. À noter que l'on peut avoir un IMC dans les normes tout en ayant un WHtR trop élevé... ou, à l'inverse, un IMC faisant état d'une obésité avec un WHtR inférieur à 0,5, comme chez certains athlètes. Une étude scientifique, parue en décembre 2025 dans *The Lancet Regional Health - Americas*⁽¹⁾, a même estimé que le ratio tour de taille/hauteur serait plus pertinent que l'IMC lorsqu'il s'agit de prédire le risque de maladie cardiaque. L'équipe a analysé les données de santé de 2 721 adultes sans antécédent cardiovasculaire ayant participé à une vaste enquête brésilienne (ELSA-Brasil). *«Un IMC, un tour de taille et un WHtR plus élevés au départ étaient tous associés à un risque accru de développer une maladie cardiovasculaire ultérieurement, jusqu'à ce que nous prenions en compte d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe, le tabagisme, l'activité physique, le diabète,*

LE TRUC DE LA FICELLE

Sachez qu'il existe un exercice simple et ludique à faire chez vous, appelé le défi de la ficelle. Il consiste à mesurer sa taille avec un morceau de ficelle, la couper à cette hauteur (160 cm si on fait 1 m 60, par exemple), puis la plier en deux. On passe ensuite la ficelle ainsi repliée autour de sa taille et on vérifie qu'elle est assez longue pour en faire le tour complet. Si ce n'est pas le cas, c'est le signe d'un excès de graisse au niveau du ventre.

l'hypertension et le cholestérol, a commenté le docteur Thiago Bosco Mendes, spécialiste en médecine de l'obésité et coauteur de l'étude. Après ajustement, seul le rapport tour de taille/hauteur est resté un facteur prédictif significatif.» Il estime par conséquent que ce ratio devrait être utilisé comme outil de dépistage cardiovasculaire, le poids ou l'IMC ne suffisant visiblement pas à bien prédire le risque.

BIO-IMPÉDANCEMÉTRIE ET DEXA SCAN, MOINS ACCESSIBLES

Outre l'IMC, l'IMG et le tour de taille, d'autres outils peuvent servir à mesurer la composition corporelle d'un individu. La bio-impédancemétrie – ou BIA, pour *Bioelectrical Impedance Analysis* – évalue la résistance du corps au passage d'un courant électrique, de façon indolore. *«Avec cette méthode, on colle des électrodes sur les deux bras et sur les deux jambes du patient, afin qu'un très faible courant électrique traverse son corps. Le tissu adipeux, les muscles, les os et les organes n'ayant pas la même conduction électrique, ce courant permet d'évaluer le pourcentage de masse grasse et de masse musculaire de l'organisme»,* détaille le Pr Pataky⁽²⁾. Hélas, cette BIA a également ses défauts: *«Au-delà d'un IMC de 32-35, la bio-impédancemétrie n'est plus significative. Elle peut être faussement élevée ou diminuée par rapport à la quantité réelle de masse grasse»,* prévient le spécialiste.

Encore moins connu, car présent dans peu d'établissements hospitaliers, le DEXA scan, ou absorptionmétrie à rayons X en double énergie, peut >>

>> mesurer la densité minérale osseuse (et donc évaluer l'ostéoporose), mais aussi établir la quantité de masse grasse. Reconnu pour sa fiabilité et sa précision, cet outil est surtout employé par les sportifs professionnels et reste peu accessible au grand public, notamment du fait de son coût élevé (de 30 à 150 € par utilisation, selon l'endroit). Non pris en charge par l'Assurance maladie dans un cadre préventif ou sportif, il l'est uniquement en cas de suspicion d'ostéoporose. Les mutuelles concèdent parfois à une petite participation.

LE POIDS DE FORME, À DIFFÉRENCIER DE L'IDÉAL

Si la formule, facile, qui consiste à ôter 10 à sa taille (par exemple, 60 kg pour 1 m 70) donne un aperçu d'un poids idéal à atteindre, elle ne se fonde pas sur grand-chose scientifiquement et peut s'avérer décourageante. Mieux vaut se tourner vers la notion de poids de forme, défini comme celui dans lequel on se sent bien, qui limite la survenue de maladies chroniques associées au surpoids et à l'obésité, et que l'on maintient sur la durée sans trop de travail. C'est aussi, fréquemment, le plancher atteint lorsque l'on perd du

poids. Si l'on ne réussit pas à mincir davantage malgré nos efforts, c'est que l'on est peut-être parvenu à notre poids de forme. Il se différencie du poids que l'on pense idéal (c'est-à-dire collant aux standards de la société mais souvent loin de notre réalité physiologique et génétique), qui implique en général d'être sans cesse dans la privation côté assiette, et sur le qui-vive côté activité physique. Il y a bien des formules pour calculer son poids de forme, comme celle de Broca (taille en cm - 100) ou celle de Monnerot-Dumaine (taille en cm - 100 + 4 × circonférence du poignet en cm / 2), mais elles restent très théoriques, limitées, et ne bénéficient pas du même consensus scientifique que l'IMC. ■

(1) «Waist-to-height ratio and coronary artery calcium incidence: the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)», *The Lancet Regional Health - Americas* (2025).

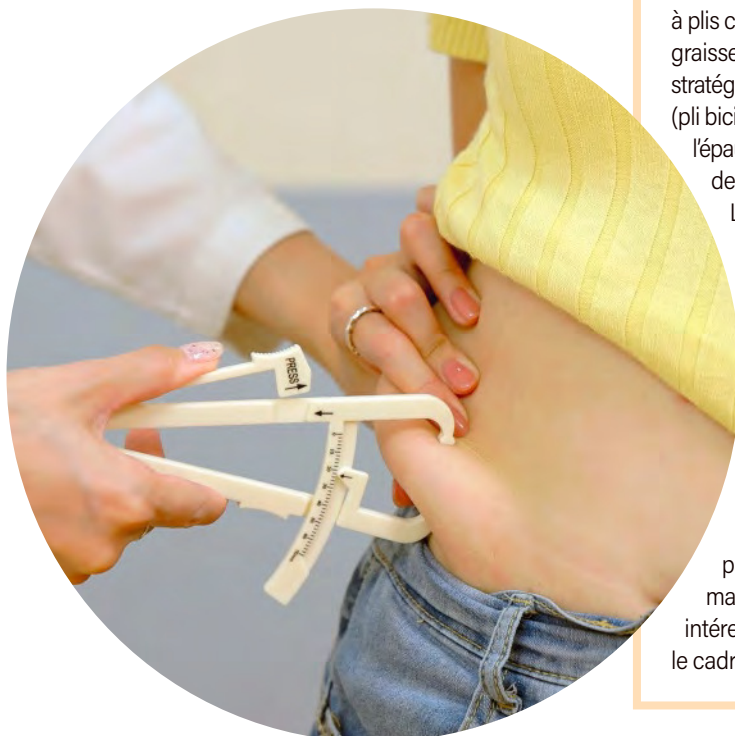
(2) Le P^r Pataky détaille son approche sur Zpataky.com.

UNE MÉTHODE RAPIDE, LA PINCE À PLIS CUTANÉS

Un autre outil existe pour évaluer la masse grasse d'un individu : la pince à plis cutanés. Elle sert à mesurer la graisse sous-cutanée à plusieurs endroits stratégiques du corps : au niveau du biceps (pli bicipital), du triceps (pli tricipital), sous l'épaule (pli sous-scapulaire) et au-dessus de la hanche (pli supra-iliaque).

L'équation de Durnin et Womersley permet ensuite d'obtenir le pourcentage de masse grasse estimé (on trouve des calculateurs en ligne). Il est très facile de se procurer une telle pince sur Internet ou en parapharmacie, pour 4 à 20 € selon les modèles (manuels ou digitaux).

Cette méthode est rapide mais peu précise. Elle ne considère pas la graisse viscérale. Toutefois, malgré ses imperfections, elle s'avère intéressante pour se motiver dans le cadre d'un objectif de perte de poids.



LA PESÉE, UN PASSAGE OBLIGÉ ?

Pour calculer IMC et IMG, encore faut-il connaître son poids. Et, pour cela, monter sur la balance...

Redoutée, la pesée était autrefois réservée au cabinet médical, avant que les balances ne deviennent financièrement accessibles et intègrent nos domiciles. Pour autant, se peser tous les jours n'est pas utile, a fortiori si cela génère de l'angoisse. «*Même en situation d'obésité, il n'est pas conseillé de le faire tous les jours*», assure le professeur Zoltan Pataky, spécialiste de l'obésité à Genève (Suisse). On peut, en revanche, se fier à son ressenti, et le vérifier sur la balance si l'on constate un changement au niveau vestimentaire (habits trop serrés, cran de ceinture qui évolue). On consultera en cas de prise ou de perte de poids soudaine, inexpliquée ou importante. Les visites chez le médecin sont aussi propices à la pesée, car un conseil médical peut s'y ajouter, ainsi qu'une mesure du tour de taille, indicateur important. Mais fixer une fréquence idéale n'a pas de sens ! À chacun de trouver celle qui lui convient, lui permet de savoir où il va ou le rassure, sans inquiéter. Si l'on tient vraiment à se peser régulièrement, on tâchera de le faire toujours au même moment (le matin à jeun, ou après être allé à la selle), nu ou en sous-vêtement, au même endroit et avec la même balance. Et on gardera à l'esprit qu'il existe des variations naturelles du poids, liées à des phénomènes de rétention d'eau, au cycle hormonal chez la femme, à la digestion et au transit, au niveau d'hydratation, etc. Dans ce sens, se peser une fois par mois et établir une moyenne s'avère judicieux pour constater des variations significatives et connaître son «vrai» poids, au-delà de ses petites fluctuations.



Avec une balance connectée, on dispose d'autres informations que le poids. Dotée d'un impédancemètre, elle diffuse, via des plaques métalliques, un très faible courant électrique à travers le corps, ce qui lui permet de calculer les pourcentages de masse grasse, de masse musculaire, de masse osseuse, voire le volume d'eau. Elle transmet les données à une appli pour smartphone via le wifi ou le Bluetooth. On peut ainsi observer leur évolution au fil des pesées. Pour des résultats encore plus personnalisés, il est possible de renseigner âge, taille, sexe et niveaux d'activité physique.

La seule valeur exacte, c'est le poids

Toutefois, une balance de ce type demeure moins sûre et moins précise que la bio-impédancemétrie médicale (lire p. 13), avec des écarts importants. Rappelant que «*la seule valeur précise est le poids*», le P^r Pataky conseille d'utiliser une balance connectée comme une balance classique, en évitant de se peser compulsivement et de tomber dans l'hyper-

contrôle. Elle doit rester un outil pédagogique, qui donne un aperçu de sa composition corporelle, que l'on peut suivre sur la durée. De ce fait, si les valeurs mesurées à un instant T ne s'avèrent pas très fiables, leur évolution l'est davantage. Enfin, gardons en tête, avec cet outil, l'épineuse question des données personnelles, non considérées comme des données de santé au sens réglementaire, et donc moins protégées. ■

5 BALANCES CONNECTÉES

- **Withings** Body Scan (prix indicatif: 399,95 €)
- **Garmin** Index S2 (prix indicatif: 130 €)
- **Withings** Body Smart (prix indicatif: 99,95 €)
- **Beurer** BF 700 (prix indicatif: 65 €)
- **Renpho** impédancemètre Bluetooth (prix indicatif: 30 €)

LA COMPOSITION CORPORELLE, ÇA COMPTE

Le poids doit s'envisager selon la manière dont il se répartit entre graisse, os, muscles et reste du corps, mais aussi en fonction du sexe et de l'âge.

Le chiffre affiché sur la balance ne dit pas tout. Contrairement à l'indice de masse corporelle (IMC), qui ne prend en compte que le poids et la taille pour repérer les situations de surpoids ou d'insuffisance pondérale à l'échelle des populations, la composition corporelle tient compte, elle, des différents composants du corps. Elle distingue ainsi deux grands «compartiments» : la masse grasse et la masse maigre (qui regroupe muscles, os, organes, sang et peau). Cela en fait un meilleur indicateur de l'état de santé que l'IMC, puisque deux personnes peuvent avoir le même poids et la même taille mais une composition corporelle très différente : l'une avec beaucoup de masse musculaire, l'autre avec davantage de masse grasse. Cette approche est donc utilisée par les nutritionnistes, les endocrinologues ou les médecins du sport pour suivre l'évolution du poids, évaluer la dénutrition, l'obésité ou la perte de masse musculaire liée au vieillissement.

L'action des hormones sexuelles

Plusieurs méthodes permettent de mesurer cette composition corporelle. Les balances à impédancemétrie, de plus en plus répandues auprès des particuliers, estiment la masse grasse en mesurant la résistance du corps à un faible courant électrique. Dans un cadre médical, des techniques plus précises peuvent être utilisées, comme le DEXA scan, grâce auquel on parvient à mesurer la densité osseuse ainsi que les masses corporelles maigre et grasse en employant des faisceaux de rayons X (lire également p. 13).

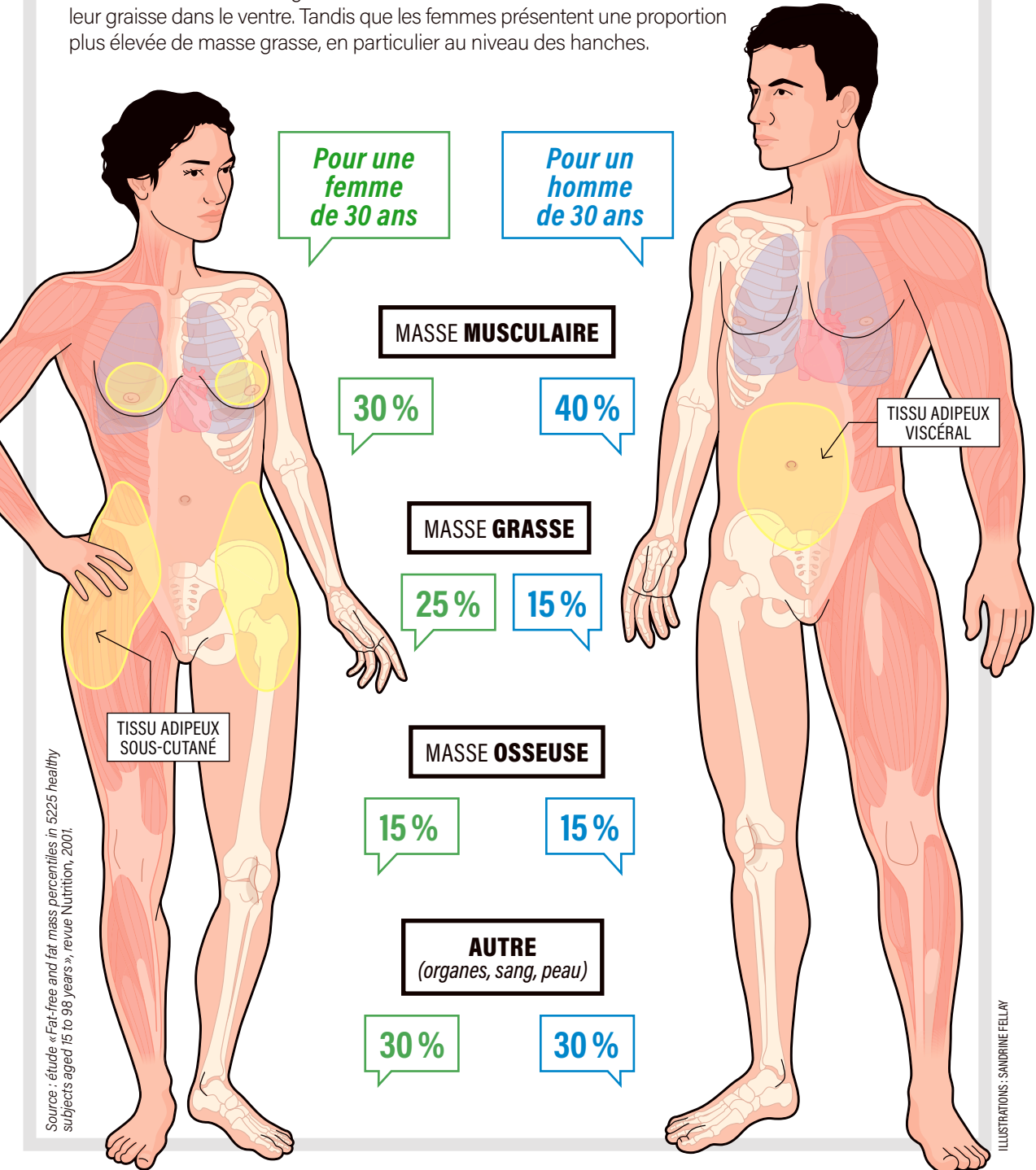
En outre, il faut savoir que la composition corporelle diffère nettement selon le sexe. En moyenne, les femmes présentent une proportion de masse adipeuse plus élevée, de 20 à 30% du poids corporel, contre 10 à 20% chez les hommes. Cette différence s'explique en grande partie par l'action des hormones sexuelles. Les œstrogènes favorisent le stockage de la graisse en vue d'une éventuelle grossesse, en particulier dans certaines zones du corps comme les hanches, les cuisses et les fesses. Cette répartition, qualifiée de «gynoïde», permettrait d'abaisser le centre de gravité afin de stabiliser la locomotion lors de la grossesse et du portage du bébé. Chez les hommes, la testostérone favorise, au contraire, le développement de la masse musculaire, et elle limite le stockage de la graisse. Cette dernière va alors plutôt se concentrer dans la partie supérieure du corps, en particulier dans l'abdomen : une répartition dite «androïde». Lorsque la masse grasseuse excède 25% chez les hommes et 38% chez les femmes, le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et d'hypertension s'accroît.

Chez l'humain, à partir de la trentaine, la masse musculaire tend à diminuer progressivement, tandis que la masse grasse augmente, et cela jusqu'à l'âge de 70 ans environ. Elle passe approximativement de 15% à 25-30% chez les hommes, et de 25% à 35-40% chez les femmes. À la ménopause, la baisse des œstrogènes s'accompagne aussi, généralement, d'une modification de la répartition de la graisse, avec une tendance accrue à l'accumulation au niveau du ventre. La densité osseuse peut également baisser. ■

RÉPARTITION DU POIDS

Les différences femme-homme

À âge égal, la composition corporelle diffère entre les sexes, sous l'influence des hormones. Les hommes ont davantage de masse musculaire et stockent l'essentiel de leur graisse dans le ventre. Tandis que les femmes présentent une proportion plus élevée de masse grasse, en particulier au niveau des hanches.



Source : étude « Fat-free and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15 to 98 years », revue Nutrition, 2001.

ILLUSTRATIONS : SANDRINE FELLAY

LE TISSU ADIPEUX, À QUOI ÇA SERT ?

Nous disposons tous d'une réserve de graisse, répartie à différents endroits du corps, pour nous fournir de l'énergie. Mais comment cela fonctionne-t-il ? Explications.

Après les repas, les graisses et les sucres en excès sont mis en réserve. À cette fin, l'organisme dispose de plusieurs réservoirs d'énergie comme le foie, les muscles ou le tissu adipeux. Celui-ci contient, à lui seul, plus de 100 000 kilocalories en moyenne chez un homme de 70 kg – l'équivalent de 13 kg de beurre ! Ces calories sont stockées sous la forme de triglycérides [lipides fabriqués par le foie, mais également apportés par l'alimentation] dans les cellules adipeuses nommées adipocytes. Huit à seize heures après le repas, ils sont libérés sous l'aspect d'acides gras, afin de pouvoir être transportés vers le sang et distribués comme source d'énergie aux tissus (lipolyse). Ce mécanisme se produit également lorsque l'on pratique une activité physique.

Les hormones sexuelles ont une influence

Le tissu adipeux se niche partout. Deux emplacements sont toutefois privilégiés.

> **Sous la peau** On parle de tissu adipeux sous-cutané. Les femmes ont tendance à l'accumuler au niveau des fesses, sur les hanches et le haut des cuisses, ce qui leur donne une silhouette gynoïde (morphologie en poire).

> **À l'intérieur de l'abdomen** Il s'agit du tissu adipeux viscéral. Il enveloppe tous les organes et représente, selon les individus, entre 5 et 15% de la masse grasse totale.

Les mécanismes contrôlant la croissance du tissu adipeux dans le ventre plutôt que sous la peau ne sont pas tous connus. Mais sa localisation serait influencée par les hormones sexuelles. Les œstrogènes stimulent l'adipogénèse [formation de cellules graisseuses à partir de cellules souches] dans les seins et sous la peau, et les androgènes, notamment la testostérone, favorisent le développement de la

graisse viscérale. Cette disposition sexuée explique que les hommes ont un risque cardiovasculaire plus élevé que les femmes... jusqu'à la ménopause. Enfin, certains gènes joueraient aussi un rôle.

Hypertrophie et/ou hyperplasie

Quand les apports en graisses par l'alimentation dépassent les capacités de stockage, le tissu adipeux s'étend. Il a deux manières de le faire. «*Soit les adipocytes grossissent pour accumuler les acides gras, c'est l'hypertrophie. Soit les pré-adipocytes se multiplient afin de donner naissance à des adipocytes plus jeunes et accroître ainsi les capacités d'expansion du tissu adipeux. On parle alors d'hyperplasie*», détaille la docteure Assia Eljaafari, chercheuse au laboratoire CarMeN, spécialisé dans le domaine des maladies cardiovasculaires, du métabolisme, de la diabétologie et de la nutrition (Inserm/Inrae/université Lyon 1).

Le mode d'extension du tissu adipeux, par hypertrophie et/ou hyperplasie, dépend de nombreux facteurs. De l'âge, d'abord. «*La création de nouveaux adipocytes a lieu surtout entre la naissance et 20 ans environ. Chez l'adulte, ce processus est limité. Leur taux de renouvellement est d'à peu près 10% par an, autant chez les personnes en situation d'obésité que chez celles qui sont minces*», observe Karine Clément, professeuse de nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, et directrice de l'unité Nutriomique: nutriments et obésités, approches systémiques (Inserm/Sorbonne université/AP-HP). Ensuite, de sa localisation. «*Le tissu adipeux sous-cutané peut s'expandre par hyperplasie et hypertrophie des adipocytes. Dans le tissu adipeux viscéral, ces derniers ne peuvent que s'hypertrophier*», précise la docteure Assia Eljaafari.

Le tissu adipeux n'est pas seulement un réservoir de graisse. C'est un organe à part entière composé d'adipocytes (un tiers), de cellules immunitaires,

de vaisseaux sanguins et de terminaisons nerveuses. Et depuis la découverte de la leptine, l'hormone de la satiété, produite par les adipocytes, il est considéré comme un tissu endocrine, indique la D^r Assia Eljaafari. Il est capable de sécréter des adipokines, qui peuvent être des hormones, ou d'autres molécules. De nouvelles adipokines sont repérées régulièrement. Certaines sont pro-inflammatoires et/ou insulino-résistantes, à l'instar de la résistine, et d'autres, anti-inflammatoires et insulino-sensibilisantes, comme l'adiponectine. C'est de cette façon que le tissu adipeux communique avec le cerveau, le cœur, le foie, les muscles, les vaisseaux sanguins, l'intestin et le microbiote intestinal. «*Le tissu adipeux viscéral sécrète davantage de substances susceptibles d'avoir un effet délétère pour le métabolisme que le sous-cutané*», pointe la docteure Eljaafari. C'est le cas, par exemple, du précurseur des angiotensines, qui, en agissant sur la paroi des vaisseaux, augmente la pression artérielle.

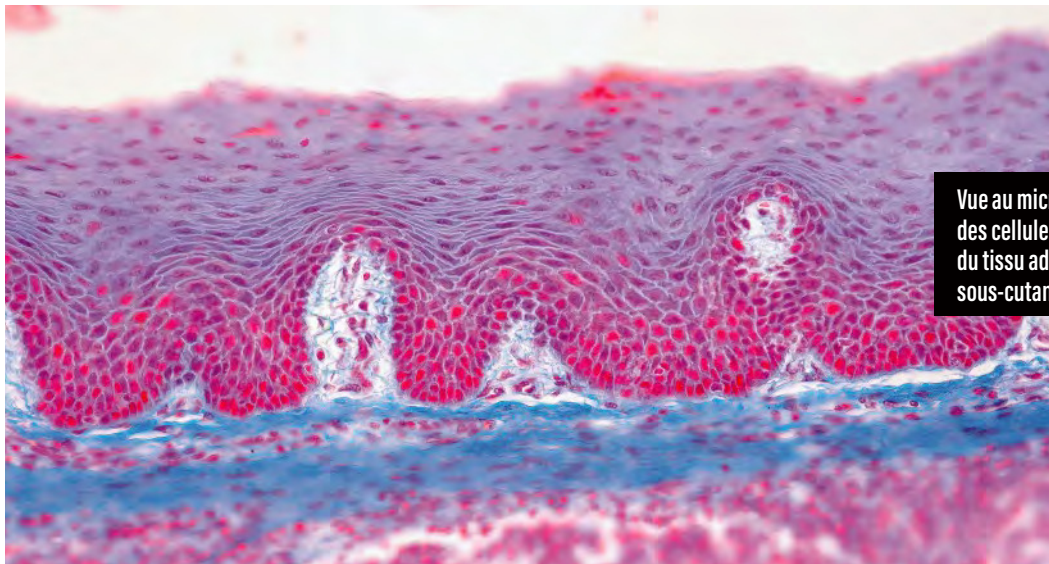
Quand l'excès accroît les risques

L'équipe de la professeure Karine Clément a identifié des cellules qui fabriquent des fibres de collagène entre les cellules grasses dans l'obésité et conduisent à la fibrose. «*Ce processus rend le tissu adipeux "rigide" et altère sa plasticité, décrit-elle. Or, cette dernière est indispensable au bon fonctionnement du tissu, qui repose sur la capacité des cellules grasses*

LES TROIS SORTES DE TISSU ADIPEUX

- > **Tissu adipeux blanc** (95% de la masse grasse). Il stocke de l'énergie.
- > **Tissu adipeux brun** (1 à 2%). Il utilise les acides gras pour générer de la chaleur et aider au maintien de la température corporelle.
- > **Tissu adipeux beige** (difficilement quantifiable). Il résulte de la transformation d'adipocytes du tissu adipeux blanc en adipocytes de type brun à la suite d'une exposition au froid ou de la sécrétion d'adrénaline au cours de l'exercice physique.

à accumuler les lipides ou à les libérer dans l'organisme en fonction des besoins énergétiques.» Et plus les adipocytes enflent, moins le tissu adipeux est oxygéné. Il se nécrose et produit des substances pro-inflammatoires. C'est pourquoi avoir un excès de masse grasse viscérale se caractérise par un risque accru de diabète de type 2, d'atteintes cardiovasculaires et hépatiques et de certains cancers, indépendamment du poids. Une meilleure connaissance de ces molécules et de leur mode d'action pourrait déboucher sur de nouveaux moyens ou stratégies thérapeutiques de l'obésité et de ses complications. ■



Vue au microscope des cellules du tissu adipeux sous-cutané.

LES SECRETS DU MÉTABOLISME DE BASE

Le saviez-vous ? On brûle des calories même avachi dans son canapé. La quantité d'énergie dépensée est notre métabolisme de base, et elle est différente pour chacun.

Le métabolisme de base (MB), aussi appelé basal ou au repos, désigne la quantité d'énergie, exprimée en kilocalories (kcal), que le corps brûle éveillé, allongé, à jeun depuis 12 heures, au calme, dans une pièce à 22 °C. Son but est d'assurer les fonctions vitales : battements cardiaques, respiration, fonctionnement cérébral, régénération des cellules, combat contre les infections et maintien de la température à 37 °C. Il représente 60 à 70% des dépenses énergétiques totales quotidiennes d'une personne plutôt sédentaire. En plus de ce MB, il en existe deux autres.

➤ **Le métabolisme postpandrial** C'est la quantité d'énergie utilisée pour transformer les aliments d'un repas en nutriments capables de passer dans le sang. Il représente environ 10% de la dépense énergétique quotidienne du corps.

➤ **Le métabolisme énergétique** Il correspond à l'énergie brûlée durant les efforts physiques, mais aussi intellectuels – soit 10 à 15% des dépenses

totales du corps. Au quotidien, le cerveau est l'organe qui consomme le plus de calories (20% des dépenses), suivi de près par le foie et le cœur.

VARIATIONS SELON LES PERSONNES ET LES SITUATIONS

Le métabolisme de base diffère considérablement d'une personne à l'autre en fonction de son sexe, de son poids, de son âge, de son niveau d'activité physique (en dehors du repos) et, surtout, de ses gènes. À configuration égale, certains brûlent davantage de calories au repos que d'autres.

Cependant, le MB s'élève...

➤ Pendant la grossesse, où il progresse d'environ 300 kcal par jour, l'organisme ayant besoin d'énergie pour fabriquer un nouvel être.

➤ Quand on est fiévreux, car le cœur bat plus vite, le corps frissonne et produit davantage de chaleur. Le MB augmente de 10 à 12% pour chaque degré supplémentaire au-dessus de 37 °C.

➤ Si la masse musculaire se développe. Car plus on est musclé, plus le corps brûle d'énergie au repos, et par conséquent plus le MB est haut. Certes, la consommation énergétique grimpe à l'entraînement, mais elle est aussi plus importante dans les heures qui suivent, c'est l'effet postcombustion ou *after burn*. Le corps met du temps à revenir au repos après un effort. Il continue à brûler plus d'énergie durant un moment d'autant plus long que l'exercice aura été intense. Des études ont toutefois montré que, in fine, la dépense énergétique totale n'augmentait pas beaucoup en cas d'activité physique régulière ou soutenue, parce que le corps s'adapte en étant plus économe en énergie et/ou en la réduisant ailleurs.

GARE AU STRESS

Hormone dite du stress, le cortisol joue un rôle clé dans la réponse aux agressions, en élevant la vigilance et la libération d'énergie. Il participe à la régulation du taux de sucre dans le sang et au métabolisme des graisses et des protéines. Sa production est régulée par l'hypothalamus et l'hypophyse, qui l'ajustent en fonction des besoins du corps. Un excès chronique (causé par le stress prolongé notamment) peut entraîner baisse du métabolisme de base, prise de poids (au niveau de l'abdomen surtout) et syndrome métabolique.



Bon à savoir

Froid, moi ? Jamais !

Les mammifères se protègent du froid notamment en transformant l'énergie en chaleur grâce au tissu adipeux brun. Chez le nouveau-né humain, il est abondant. Puis il diminue fortement avec l'âge chez la plupart des individus. Mais certaines personnes disposent de plus de tissu adipeux brun et sont donc moins frileuses.

> En cas d'hyperthyroïdie, soit quand la glande thyroïde fabrique trop d'hormones. En situation normale, ces dernières participent à l'équilibre du métabolisme chez l'adulte en stimulant la production d'énergie au repos et lors de l'exercice. Elles favorisent la création de chaleur par les tissus (thermogenèse) et contribuent à la régulation de la prise alimentaire. Mais si elles sont produites en excès, elles génèrent un amaigrissement aux dépens du tissu adipeux et de la masse musculaire, et une hausse des apports alimentaires. La maladie de Basedow (ou *Graves' disease*), affection auto-immune, est la cause la plus fréquente de l'hyperthyroïdie.

> Lorsqu'on prend du poids: le métabolisme de base est un peu plus élevé chez les personnes obèses, parce qu'elles sont plus lourdes.

À l'inverse, le MB s'abaisse...

- > À la ménopause, avec la chute des sécrétions d'oestrogènes.
- > À l'arrêt du sport ou en cas de sédentarité accrue.
- > Lorsque le sommeil est de mauvaise qualité.
- > Si l'on a beaucoup de stress et d'anxiété.

> En cas d'hypothyroïdie – ici, la production d'hormones thyroïdiennes est insuffisante, causant une prise de poids, une frilosité et une hypercholestérolémie.

> Dans le diabète de type 2.

> Après un régime alimentaire extrêmement restrictif.

COMMENT MESURER LE MÉTABOLISME DE BASE ?

Connaître le MB d'une personne en situation d'obésité qui souhaite perdre du poids permet de fixer ses apports énergétiques conseillés. Pour le calculer, différentes formules mathématiques ont été proposées puis évaluées en comparant leurs résultats à ceux de la calorimétrie indirecte – soit la technique de référence pour mesurer le métabolisme de base, mais qui ne peut être réalisée en pratique courante, seulement en milieu médical spécialisé. Voici les deux qui sont les plus utilisées aujourd'hui:

> **La formule de Harris et Benedict** (1919), améliorée par Allan Roza et Harry Shizgal (1984). Le résultat obtenu est exprimé en kilocalorie (kcal).
Pour une femme: $(9,74 \times \text{poids en kg}) + (172,9 \times \text{taille en m}) - (4,737 \times \text{âge}) + 667,051$. Soit, pour un sujet de 70 kg, 1,70 m et 47 ans: $(9,74 \times 70) + (172,9 \times 1,7) - (4,737 \times 47) + 667,051 = 1420$ kcal/jour.

Pour un homme: $(13,707 \times \text{poids}) + (492,3 \times \text{taille}) - (6,673 \times \text{âge}) + 77,607$. Soit, pour un sujet de 70 kg, 1,74 m et 47 ans: $(13,707 \times 70) + (492,3 \times 1,74) - (6,673 \times 47) + 77,607 = 1580$ kcal/jour.

> **L'équation de Black & al** Le résultat obtenu est exprimé en mégajoule (1000 kilojoules) et doit être converti en kilocalories.

Donc MB = [Résultat] $\times (1000/4,1855)$.

Pour une femme: $[0,963 \times \text{poids (kg)}^{0,48} \times \text{taille (m)}^{0,50} \times \text{âge (an)}^{-0,13}] \times (1000/4,1855)$.

Pour un homme: $[1,083 \times \text{poids}^{0,48} \times \text{taille}^{0,50} \times \text{âge}^{-0,13}] \times (1000/4,1855)$.

« Comparées à une mesure objective obtenue par calorimétrie indirecte, ces équations restent imprécises, constate le Dr Cédric Moro, directeur de recherche et chef d'équipe Inserm à l'Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires, à Toulouse. La formule de Harris et Benedict a tendance à surestimer le MB; l'équation de Black s'avère, quant à elle, un peu meilleure, et plus récente dans sa définition. » ■

LES KILOS REVIENNENT-ILS APRÈS UN RÉGIME ?

Lorsqu'on cherche à maigrir, le corps se rebiffe et devient économe en énergie. Le métabolisme de base baisse... et souvent on reprend du poids !

Quelque 80% des personnes qui suivent un régime amaigrissant perdent du poids dans les six premiers mois. «*Mais, au bout de deux ans, seules 5% ont maintenu le poids atteint. Toutes les autres ont repris les kilos perdus, et 40% ont même dépassé leur poids de départ*», observe le docteur Jean-Philippe Zermati, nutritionniste et auteur d'*Osez manger, libérez-vous du contrôle* (éd. Odile Jacob, 2019). Ainsi, quel que soit le type de régime suivi – diète protéinée, régime pauvre en glucides ou en lipides... –, on regrossit. «*Derrière les régimes miracles et les injonctions à "mieux manger" ou à "bouger plus" se cache une réalité scientifique plus subtile: notre corps résiste à l'amaigrissement*», note la D^r Rachel Woods, maîtresse de conférences en physiologie à la Lincoln Medical School (Angleterre), dans un article publié sur le site d'information scientifique *The Conversation* (septembre 2025). Si l'on a du mal à maintenir son poids après avoir minci, ce n'est pas un échec per-

sonnel ni un manque de volonté, mais une réponse physiologique prévisible. En effet, en vertu d'un mécanisme biologique, notre métabolisme s'adapte à la restriction. Il pourrait, en outre, devenir plus ou moins économe en énergie, «*ce qui aurait eu son sens dans notre passé de chasseurs-cueilleurs, marqué par une alternance de périodes d'abondance et de famine*, poursuit la D^r Woods. *Mais aujourd'hui, dans un monde où les aliments ultratransformés et riches en calories sont bon marché et accessibles, cela favoriserait la prise de poids et empêcherait de maigrir.*»

CE QU'IL SE PASSE APRÈS UNE PERTE DE POIDS

«*Le retour à un poids normal s'accompagne d'une augmentation de la masse grasse si on ne pratique pas d'activité physique*, affirme le D^r Cédric Moro, directeur de recherche et chef d'équipe Inserm à l'Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires, à Toulouse. *Tandis que la masse musculaire, qui elle aussi a fondu, ne revient pas à son niveau initial.*» En clair, non seulement on devient souvent plus gras après un régime, mais en plus on est moins musclé. Prenons un exemple: en situation d'obésité, si on perd 14 kg, on y laisse aussi 2 kg de muscles. Or, ces derniers sont plus gourmands en énergie que la graisse, même au repos. Donc quand ils fondent, le métabolisme de base baisse: de 40 kcal par jour pour 2 kg de muscles en moins. Au bout de 8 mois, cela représente plus de 9000 kcal... qui, si l'on a repris ses anciennes habitudes alimentaires et pas fait de sport, seront stockées dans le corps en 1 kg de graisse! En outre, les muscles deviennent moins gourmands; leurs dépenses énergétiques lors des activités quotidiennes baissent.

THE BIGGEST LOSER, L'ENVERS DU SHOW

The biggest loser est une émission de télé-réalité américaine dans laquelle les candidats obèses doivent mincir en 30 semaines, le gagnant étant celui qui a fondu le plus. Des chercheurs ont étudié l'impact du régime très sévère sur le métabolisme de 14 d'entre eux. Ils ont perdu en moyenne 60 kg, mais en ont repris 40 (surtout de la masse grasse) six ans après... Leur métabolisme de base a chuté de 2600 kcal/j avant le jeu à 1800 après, soit une économie de 600 kcal/j – une assiette de paella.

Ce n'est pas la seule explication à la reprise de poids: après un régime, la capacité des cellules adipeuses qui stockent les graisses, dites adipocytes, à les brûler (la lipolyse) est altérée – et plus on multiplie les phases de restriction et de reprise de poids, plus elle l'est. Les adipocytes, eux, qui n'ont pas diminué pendant la diète, se «gavent» dès que l'on mange à nouveau normalement. Enfin, une baisse des apports caloriques envoie un signal d'alarme aux centres de contrôle du poids dans le cerveau: pour éviter la panne sèche, les dépenses énergétiques baissent et la sensation de faim s'accroît, afin de nous inciter à refaire «le plein». L'appétit augmente parce que la sécrétion de leptine, hormone sécrétée par les adipocytes qui contrôle la sensation de satiété, diminue. Elle a aussi pour rôle d'élever la dépense énergétique quand le tissu adipeux grossit, via l'activation de ses récepteurs situés dans le cerveau. Chez les personnes souffrant d'obésité, ces récepteurs ne fonctionnent plus, ils résistent aux messages portés par la leptine. Elle devient ainsi incapable de diminuer la prise alimentaire et de contrôler le poids.

DES MODIFICATIONS IRRÉVERSIBLES

Ces conséquences physiologiques expliquent pourquoi plus on perd du poids, moins on est en mesure d'en perdre. «*Les modifications de la régulation du stockage énergétique peuvent devenir*

irréversibles, en grande partie en raison de la réduction significative du métabolisme de base et de l'augmentation de l'appétit», souligne Aurélie Quillet, coautrice de l'ouvrage *Idées reçues sur l'obésité* (éd. Le Cavalier bleu, septembre 2025). C'est la raison pour laquelle l'obésité demeure, à ce jour, une maladie chronique dont on ne guérit pas. «*Nous commettons une grave erreur en nous obstinant à vouloir contrôler mentalement notre comportement alimentaire, conclut le docteur Jean-Philippe Zermati. Cet entêtement néfaste ne fait qu'exciter le système physiologique qui gouverne nos envies de nourriture. Ce qui, en fin de compte, nous conduit à manger bien au-delà de nos besoins, et aggrave les problèmes de poids.*» ■

Bon à savoir

Le métabolisme innocenté

Notre dépense énergétique atteint son apogée vers l'âge de 1 an, puis elle décroît jusqu'à nos 20 ans. Elle reste ensuite stable jusqu'à 60 ans, âge où elle se met à décliner progressivement, autour de 0,7% par an. C'est ce que révèle une étude publiée dans la revue *Science* en 2021. Une prise de poids à la trentaine ne peut donc pas être liée à la baisse du métabolisme de base avec l'âge. La prévalence de l'obésité et du surpoids passe de 21,9% entre 18 et 24 ans à 40,1% entre 25 et 34 ans, révèle l'enquête épidémiologique nationale conduite en 2024 par Odoxa pour la Ligue nationale contre l'obésité.



Les régimes trop restrictifs sont voués à l'échec, une alimentation saine et équilibrée reste préférable.



STOP AUX CLICHÉS !

Dans nos sociétés très portées sur l'apparence, le poids est un sujet central. Clichés, idées reçues, voire fausses informations circulent à son propos. Cassons-les !

Arrêter le sucre pour mincir, c'est obligatoire ?

Si on entend par là stopper le sucre ajouté et les produits ultrasucrés, il peut en effet y avoir quelques kilos en moins sur la balance quand on entre en déficit calorique (davantage de dépenses de calories que d'apports). Mais l'excès de sucre n'est pas le seul facteur de risque de prise de poids. La sédentarité et les mauvaises graisses (contenues dans la nourriture de fast-food, par exemple) jouent aussi. L'arrêt du sucre doit donc s'accompagner d'un rééquilibrage global de l'alimentation et de l'activité physique pour être pleinement bénéfique. Quant à se priver de sucres complexes, tels ceux renfermés dans le pain, le riz ou les pâtes (dans le cadre d'un régime pauvre en glucides, dit *low carb*, notamment), une perte de poids rapide peut être engendrée, mais cela augmente aussi le risque d'un effet yo-yo et de carences. Mieux vaut privilégier les céréales complètes que de s'en passer totalement.

Pourquoi les végétariens sont-ils plus sveltes ?

C'est vrai, les personnes ayant adopté une alimentation veggie, sans viande ni poisson, sont globalement plus minces que les omnivores, qui

mangent de tout – de nombreuses études le confirment. Mais est-ce vraiment et uniquement lié à leur régime ? Ce dernier fait la part belle aux fruits et légumes, lesquels sont riches en fibres et ont un fort pouvoir rassasiant – en avaler jouerait donc autant sur la satiété que sur l'absorption des graisses. Par ailleurs, même si certains végétariens « peuvent » avoir une mauvaise hygiène de vie, avec une nourriture ultratransformée bourrée d'additifs, dans les faits ils sont plus souvent sensibilisés à une alimentation saine et équilibrée, et plus aptes à adopter un mode de vie sain et une activité physique régulière. Autant de facteurs qui expliqueraient en grande partie leur silhouette svelte.

Le bio fait-il perdre du poids ?

Manger bio ne veut pas forcément dire manger moins calorique ou moins gras. Cela signifie simplement que les aliments consommés répondent au cahier des charges de l'agriculture biologique, et sont par conséquent exempts de produits chimiques de synthèse (pesticides notamment) et d'OGM. Il est donc techniquement possible de manger trop gras, trop sucré, trop salé et trop calorique avec du bio. De même, si les quantités avalées dépassent



A. NAKENKO/ISTOCK; DENIS/ADOBE STOCK; GETTY IMAGES

les besoins énergétiques et ne s'accompagnent pas d'une activité physique suffisante et d'un sommeil de qualité, on peut prendre du poids avec du bio, comme avec toute autre alimentation. Cela dit, une vaste étude⁽¹⁾, publiée en 2017 et menée sur 62224 participants, a révélé une association entre la quantité d'aliments consommés et le risque d'obésité et de surpoids: plus les premiers sont bios, plus le second diminue. Les chercheurs ont également constaté que plus le régime alimentaire était sain, plus le fait de manger bio avait un effet sur ce risque. De quoi alimenter deux hypothèses: les aliments bios sont plus intéressants sur le plan nutritionnel; les pesticides, en tant que perturbateurs endocriniens nuisant au métabolisme, sont délétères pour le poids.

Faut-il nécessairement soulever de la fonte pour fondre ?

Non, il n'est nullement obligatoire de faire de la musculation pour perdre du poids. Certaines personnes y parviennent simplement en se mettant en déficit calorique, sans se bouger. Cela dit, pour mincir sur la durée sans effet yo-yo et en modifiant sa composition corporelle, le sport est indispensable. Les activités d'endurance (« cardio ») permettent de brûler des calories, de renforcer le cœur et d'améliorer la santé générale. La musculation, elle, a davantage d'effet sur la masse musculaire et le métabolisme basal. Coupler les deux approches est ordinairement conseillé, ainsi qu'une alimentation saine et équilibrée et un mode de vie sain, sans quoi l'on risque de se décourager et/ou de reprendre rapidement les kilos perdus.

Les aliments brûle-graisse existent-ils vraiment ?

Piment, ananas, thé vert, guarana... sont souvent vantés comme des denrées brûle-graisse, du fait de leurs molécules aux effets intéressants sur l'organisme (bromélaïne dans l'ananas, capsaïcine dans le piment, etc.). En réalité, ces résultats seraient faibles sur la perte de poids, voire inexistantes en conditions réelles. Un marketing bien rodé attribue à l'aliment les effets d'une molécule qu'il contient, alors que cela n'est pas prouvé scientifiquement. Notons également que ceux dits « à calories négatives » comme le céleri, l'endive, le concombre..., avec lesquels le corps est censé dépenser davantage pour les digérer qu'ils ne lui apportent de calories, constituent un mythe. Si la digestion nécessite bien de l'énergie, ce n'est jamais au point de passer dans le négatif! Ces végétaux apportent toutefois des fibres et de l'eau, ce qui contribue au sentiment de satiété et parfois à la perte de poids. Il ne faut pas manger que ça, au risque de sérieuses carences.

Jeûner est-il efficace ?

Rappelons qu'il y a mille et un jeûnes: l'intermittent (comme le 16/8, durant lequel on jeûne pendant 16 h et où l'on concentre ses repas sur les 8 h restantes); le religieux (tel le ramadan); l'hydrique (on ne boit que de l'eau sur plusieurs heures/jours)... Attention, si les jeûnes très drastiques ont d'impressionnants effets à court terme, ils peuvent engendrer une fonte musculaire importante et une reprise rapide du poids une fois finis. Concernant le régime intermittent régulier, les données scientifiques sont mitigées. En ce qui concerne la perte de poids, la plupart des publications ne montrent pas de supériorité du jeûne (toutes modalités confondues) par rapport à d'autres régimes ou à l'application des conseils diététiques usuels. Si vous décidez de vous lancer, demandez toujours un avis médical, car jeûner peut être fortement déconseillé – notamment en cas de diabète, de grossesse ou de trouble des conduites alimentaires. ■

(1) « Prospective association between consumption frequency of organic food and body 2 weight change, risk of overweight or obesity: results from the NutriNet-Santé Study », *British Journal of Nutrition*, 2017.



Pourquoi grossit-on ?

Les fluctuations de poids ne sont pas qu'une question de volonté.

Si l'alimentation et la sédentarité pèsent lourd dans la balance, ces deux paramètres ne suffisent pas à expliquer l'accumulation des kilos. De nombreux autres facteurs entrent en jeu, parfois de manière insidieuse, comme la survenue de certaines maladies, la prise de médicaments ou le manque de sommeil. À cela s'ajoutent des prédispositions génétiques, qui font que certains grossissent plus facilement que d'autres. Sans oublier l'environnement dans lequel nous évoluons (stress, polluants...) qui peut aussi influencer notre métabolisme.

SOMMAIRE

L'influence de la génétique	28
La maladie peut affoler la balance	32
Gare au manque de sommeil !	36
Quand le stress s'en mêle	38
Les médicaments, un facteur négligé	39
Des habitudes qui pèsent lourd	40
Les dangers de la sédentarité	41
Le rôle sous-estimé de la pollution	44

L'INFLUENCE DE LA GÉNÉTIQUE

L'obésité ne dépend pas uniquement de notre mode de vie et de nos habitudes alimentaires. La recherche a montré que nos gènes, autrement dit notre héritage familial, avaient également une influence.

Des mauvaises habitudes alimentaires et un manque d'activité physique jouent certes un rôle important dans l'obésité. Cependant, certaines personnes ont tendance à plus grossir que d'autres, alors qu'elles ont le même mode de vie. Car, contrairement à l'idée reçue, encore tenace, selon laquelle ne pas prendre du poids (ou en perdre) n'est qu'une affaire de volonté, l'obésité est en réalité souvent une histoire familiale, et donc une question de prédisposition génétique. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), un individu a de deux à huit fois plus de risques de devenir obèse si des membres de sa famille le sont eux-mêmes. «*Les preuves d'une contribution génétique à cette maladie s'avèrent très fortes, et proviennent notamment d'études réalisées sur des jumeaux. Elles ont permis d'estimer une héritabilité élevée de l'obésité, variant entre 40 et 75%. C'est plus que pour le taux de cholestérol, par exemple*», pointe Amélie Bonnefond, directrice de recherche Inserm du laboratoire Génomique intégrative et modélisation des maladies métaboliques, à Lille.

OBÉSITÉ MONOGÉNIQUE

À l'instar d'autres affections telles que le cancer du sein ou Alzheimer, on distingue plusieurs types d'obésité: la forme monogénique – pour laquelle une seule mutation suffit à entraîner la pathologie – et la polygénique, qui implique une multitude de variants répartis sur tout le génome et interagissant avec l'environnement. La première, purement génétique, reste rare. Elle concerne moins de 5% des personnes obèses dans les pays occidentaux. «*On la retrouve davantage dans les populations consanguines. Et c'est au Pakistan, où 80% des habitants sont consanguins, qu'il y a le taux le plus haut d'obésité monogénique*», précise la généticienne. Elle se manifeste généralement très jeune, autour de trois-six ans, parfois même dès l'âge d'un an, par une faim excessive. Cette obésité sévère précoce est susceptible d'être associée à d'autres signes cliniques, comme une déficience intellectuelle dans le syndrome de Prader-Willi ou des troubles de la vision dans

EXISTE-T-IL DES GÈNES DE LA MINCEUR ?

Si des gènes prédisposent à l'obésité, n'y en aurait-il pas, à l'inverse, d'autres protecteurs ? «*Cela reste une question en suspens. Beaucoup d'équipes de recherches s'y sont intéressées, avec peu de résultats pour le moment*», révèle Amélie Bonnefond, directrice de recherche à l'Inserm. En 2021,

une étude américaine, publiée dans la revue *Science* et menée auprès de 640 000 personnes au Mexique, aux États-Unis et au Royaume-Uni, a tout de même prouvé l'existence d'un variant, très rare, réduisant les risques de surpoids. Les porteurs de mutations inactivant le gène GPR75, qui

régule la faim et le métabolisme dans l'hypothalamus, pesaient environ 5,3 kg de moins et avaient deux fois moins de risques de devenir obèses que ceux avec la version active. GPR75 pourrait ainsi, à l'avenir, être une cible médicamenteuse potentielle pour les patients souffrant d'obésité.



L'hypothalamus joue un rôle clé dans un grand nombre de fonctions corporelles telles que la faim ou le sommeil en régulant la sécrétion d'hormones.

S. KAUNITZKI/SPL

celui de Bardet-Biedl. En cause? Une mutation au cœur du cerveau, dans l'hypothalamus, au sein d'un réseau de gènes de la voie hormonale leptine-mélanocortine, celle qui contrôle l'appétit en fonctionnant comme un thermostat de faim: elle ajuste en permanence la prise alimentaire en fonction des réserves énergétiques du corps. La mutation peut intervenir à différents endroits de la chaîne de transmission. Parfois, c'est au niveau du gène codant la leptine, le LEP, et cela génère une perte de production de cette hormone. Or, *« la leptine est sécrétée par les adipocytes dans le système sanguin pour indiquer au cerveau la quantité de tissu adipeux blanc dans l'organisme, qui reflète l'état de ses réserves énergétiques (lire également p. 18-19). C'est le point de départ de cette voie leptine-mélanocortine »*, explique Amélie Bonnefond. La leptine agit en se liant à un récepteur situé à la surface de neurones dans l'hypothalamus, véritable centre de régulation qui intègre en permanence les informations sur l'état nutritionnel de l'organisme. Il arrive que la mutation survienne sur le gène de ce récepteur, le LEPR, altérant la signalisation au cerveau. Elle peut aussi toucher le gène des neurones à pro-opiomélanocortine (POMC), principaux relais de l'action de la leptine, ou >>

UN NOUVEAU TEST PRÉDIT LES RISQUES D'OBÉSITÉ

C'est la découverte d'une équipe internationale, présentée en 2025 dans la revue *Nature Medicine*. En s'appuyant sur les données génétiques de 5,1 millions d'hommes et de femmes, les chercheurs ont créé un score de risque polygénique (PGS) prédisant, dès la petite enfance, avant cinq ans, l'obésité à l'âge adulte. Ce PGS fonctionne comme un calculateur. Il combine les effets des différents variants associés à un risque accru d'obésité présents chez un individu, et fournit un score global. Éprouvé sur 500 000 personnes, il s'est révélé deux fois plus efficace que le meilleur test génétique de dépistage existant. Avec une limite, toutefois: il prévoit bien mieux l'obésité chez celles d'ascendance européenne que chez celles d'origine africaine. Et pour cause, la plupart des études mettant en évidence un lien entre le risque d'obésité et les variations génétiques n'ont porté que sur des populations blanches et d'ascendance européenne. D'où l'importance de séquencer l'ADN de davantage de groupes ethniques.

>> encore le gène des récepteurs MC4R, activés par ces neurones, qui jouent un rôle clé dans la balance énergétique.

En tout, une dizaine de gènes critiques ont été identifiés dans la voie leptine-mélanocortine. Avec, au bout du compte, les mêmes répercussions: «*Les personnes qui présentent une mutation dans cette voie ne connaissent pas la satiété. Elles ont tout le temps faim. Par conséquent, il leur est extrêmement difficile de réguler leur prise alimentaire*», résume la spécialiste. Heureusement, pour certaines d'entre elles, des solutions médicamenteuses ont été mises au point. «*Une médecine de précision a été développée afin de cibler des gènes actionnables dans cette voie, en fonction de la mutation. Par exemple, celles qui portent une altération au niveau du gène POMC peuvent être traitées sous setmélanotide, un agoniste de la MC4R*», illustre Amélie Bonnefond. Après un an d'injections hebdomadaires, ces patients perdent plus de 20% de leur poids. Quant aux individus déficients en leptine, il est possible de leur prescrire de la métréleptine, une forme de cette hormone produite par génie génétique, ce qui leur permet là aussi de normaliser l'excès pondéral. «*D'où l'importance de déployer le diagnostic génétique pour ces personnes atteintes d'obésité monogénique. Celui-ci n'est, hélas, pas encore suffisamment démocratisé*», regrette la généticienne.

OBÉSITÉ POLYGÉNIQUE

Dans la grande majorité des cas, l'obésité est polygénique: une multitude d'événements génétiques provoquent la maladie (et non la seule mutation d'un gène), et celle-ci se manifeste généralement plus tard. «*Ce sont les formes à la fois les plus communes et les plus complexes, parce qu'elles dépendent de l'interaction avec d'autres facteurs environnementaux*», expose Amélie Bonnefond. En clair, si la génétique n'est pas, ici, la cause principale de l'obésité, la malbouffe et la sédentarité influent sur l'activation éventuelle de cette prédisposition défavorable. Ce ne sont plus des gènes qui sont touchés, mais des variants localisés dans des régions non codantes de l'ADN, et ayant un effet modeste sur l'expression des gènes.

Les études d'association pangénomique, qui ont extrait l'ADN de centaines de milliers d'individus et comparé ceux atteints d'obésité avec ceux affichant un poids normal, ont identifié près de 1 000 variants associés à une hausse de l'indice de masse corporelle. C'est notamment le cas des variants de la *Fat mass and obesity-associated protein* (FTO), aussi appelée gène de l'obésité. Pris individuellement, ils n'exercent qu'un faible rôle sur le poids. Toutefois, en s'additionnant, chacun prédispose un peu plus à la maladie. «*Plus une personne les accumule, plus le risque qu'elle devienne obèse augmente*», note la chercheuse. Davantage d'études seront nécessaires pour élucider les raisons pour lesquelles ces variants favorisent une prise de poids, et par quels mécanismes. «*Il semble que les phénomènes physiopathologiques ne soient pas les mêmes que dans les cas d'obésité monogénique. Il ne s'agirait plus d'une dérégulation de la faim, mais plutôt de celle du système de récompense et d'addiction*», ajoute Amélie Bonnefond. En effet, l'expression des gènes situés à proximité des variants associés à l'obésité



M. ARAMCHUK/ISTOCK

est accrue dans l'insula et la substance noire, régions cérébrales jouant un rôle clé dans ces circuits de récompense et d'addiction.

Concernant ces patients qui cumulent les variants défavorables, les traitements demeurent très limités. « Il y a une forme d'injustice. Il leur faut faire malheureusement plus que les autres pour ne pas grossir, comme le suggère un nombre croissant de travaux », souligne l'experte. C'est ce qu'a révélé une étude américaine publiée en 2024 dans la revue médicale *Jama Network Open*. Sur plus de 3000 participants, ceux qui présentaient un score de risque polygénique (PGS) élevé devaient faire jusqu'à 6350 pas de plus par jour afin de ne pas développer une obésité, par rapport à ceux dont le PGS était bas. Plusieurs travaux montrent également qu'adopter un mode de vie sain peut réduire l'impact des variants du gène FTO sur l'obésité de 30 à 40%. La preuve que nos actions ont des conséquences rétroactives positives sur l'expression de nos gènes... et que la fatalité n'existe pas. ■



L'activité physique, associée à une alimentation saine, peut en partie contrebalancer un risque accru d'obésité.

L'OBÉSITÉ, HÉRITAGE D'UN PASSÉ DE FAMINES ?

C'est l'hypothèse formulée en 1962 par le généticien américain James V. Neel : la théorie du « gène économe ». Selon lui, les personnes capables de stocker facilement de la graisse survivaient mieux aux famines, fréquentes dans le passé, et auraient ainsi transmis plus efficacement leurs gènes. Sauf que ceux-ci, autrefois utiles, ne seraient plus adaptés au monde moderne caractérisé par une profusion de nourriture. Pour appuyer sa théorie, le chercheur citait souvent l'exemple des Indiens Pima d'Amérique vivant dans le désert d'Arizona. Ces anciens chasseurs-cueilleurs, qui subsistaient sur des ressources alimentaires aléatoires, se sont mis à présenter des taux d'obésité très élevés, conséquence d'une transition rapide vers un mode de vie occidental. Sauf que ces 10 dernières années, plusieurs études ont remis en cause cette hypothèse. La plus récente, publiée en 2025 dans la revue *Metabolism* par des scientifiques français, indique qu'une analyse des génomes de plus de 800 000 personnes issues de 7 origines ethniques différentes n'a montré aucune trace de sélection naturelle ayant favorisé ce fameux « gène économe »... Autrement dit, il n'aurait pas été un atout pour résister aux famines du passé. L'épidémie actuelle d'obésité s'expliquerait donc moins par un héritage évolutif que par la rencontre entre une prédisposition biologique et un environnement particulièrement favorable à la prise de poids.

LA MALADIE PEUT AFFOLER LA BALANCE

Derrière des fluctuations anormales du poids se cachent quelquefois des pathologies hormonales, digestives, neurologiques... Tour d'horizon des maladies qui influencent le poids, et des signes qui doivent alerter.

Parfois, les kilos s'installent inexplicablement, malgré une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique. Et s'il s'agissait des hormones? Certaines maladies endocriniennes peuvent en effet favoriser une prise de poids ou empêcher d'en perdre. «*C'est l'une des principales raisons pour lesquelles les patients viennent consulter chez nous*», affirme Tinh-Hai Collet, médecin adjoint agrégé au service endocrinologie, diabétologie et métabolisme des hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). *On recherche alors systématiquement au moins deux maladies hormonales: l'hypothyroïdie, la plus commune, et le syndrome de Cushing, plus rare.*»

HORMONES ET PRISE OU PERTE DE KILOS

La première survient lorsque la thyroïde, une glande de 5 cm de diamètre en forme de papillon située à la base du cou, ne produit pas suffisamment

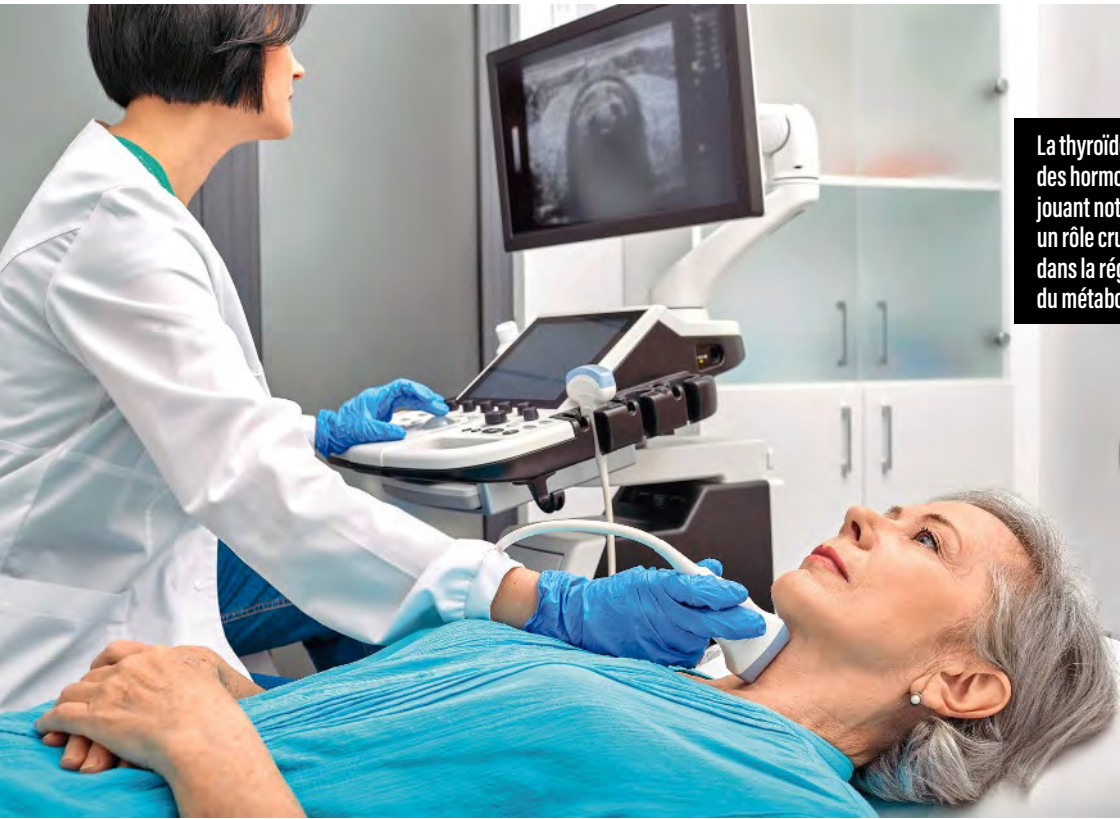
d'hormones thyroïdiennes, qui jouent un rôle essentiel dans le métabolisme de la plupart des tissus humains. Elles contrôlent, entre autres, la température de l'organisme, l'utilisation des graisses et des sucres, agissent sur les battements du cœur... Résultat: en cas de déficit, l'organisme fonctionne au ralenti, ce qui peut engendrer fatigue, difficultés de concentration, ralentissement du rythme cardiaque, diminution de la chaleur du corps et, enfin, prise de poids... malgré une baisse de l'appétit. Il est toutefois très rare qu'un problème thyroïdien soit l'unique cause d'une obésité. «*On parle là de quelques kilos, pas d'une trentaine*», précise l'endocrinologue. L'hypothyroïdie touche environ 2% de la population française, avec une fréquence plus élevée chez les femmes. «*Cette maladie est très souvent d'origine auto-immune: pour une raison inconnue, le système immunitaire considère le tissu thyroïdien comme étranger, et développe des anticorps à son encontre*», explique le Dr Tinh-Hai Collet. Grâce au traitement par lévothyroxine, une hormone thyroïdienne de synthèse, les symptômes disparaissent.

Quant au syndrome de Cushing, il se manifeste par un excès de cortisol, l'hormone du stress, fabriquée par les surrénales, de petites glandes situées au-dessus des reins. Ce trouble provoque une prise de poids très particulière, concentrée dans le haut du corps, avec un visage rond et de la graisse qui s'accumule au niveau du ventre, associée à d'autres symptômes: fonte des muscles, amincissement de la peau, fragilité osseuse, augmentation de la pilosité, troubles du comportement et de l'humeur. On dénombre assez peu de cas: de 60 à 80 millions de personnes dans

Bon à savoir

Diagnostic: hypo ou hyperthyroïdie ?

La *thyroid-stimulating hormone* (TSH) est celle impliquée dans les dysfonctionnements de la thyroïde. Sa mesure, par prise de sang, permet de diagnostiquer une hyperthyroïdie lorsqu'elle est anormalement basse - moins de 0,4 micro-unité internationale par litre de sang (mUI/l) -, et une hypothyroïdie quand son taux est trop élevé - plus de 10 mUI/l.



La thyroïde sécrète des hormones jouant notamment un rôle crucial dans la régulation du métabolisme.

PENSTOCK/ISTOCK

le monde en souffrent, encore une fois plus souvent les femmes que les hommes. Dans plus de 80 % des cas, c'est une tumeur bénigne appelée adénome, située dans l'hypophyse (une glande à la base du cerveau), qui en est responsable, car elle induit une surproduction d'ACTH, hormone stimulant la production du cortisol par les surrénales. Certains médicaments, comme la métyrapone ou le kétoconazole, sont prescrits afin d'abaisser les taux de cortisol dans l'attente d'une opération d'extraction de l'adénome.

La présence d'une tumeur hypophysaire risque également d'entraîner une acromégalie, pathologie caractérisée par une sécrétion excessive de l'hormone de croissance GH. Elle se manifeste par une déformation des os et du crâne. « *Cela donne des faciès assez typiques, avec un menton et des pommettes saillantes: le visage, les pieds et les mains continuent de grandir* », décrit le Dr Collet. À cela peuvent s'ajouter une hyperpilosité, une fatigue prononcée, des douleurs articulaires et un gain de poids. « *On ne cherche pas cette maladie systématiquement,* >>

LE SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES (SOPK)

Ce trouble hormonal, où des microfollicules, de petites structures sphériques contenues dans les ovaires, sont bloqués dans leur maturation et produisent trop d'hormones mâles, touche 1 femme sur 10. Cela entraîne une hausse de la production de testostérone et influe sur le taux d'insuline, qui a tendance à augmenter. Résultat, des règles irrégulières, une chute de cheveux, une hyperpilosité, de l'acné, l'apparition de taches foncées sur la peau... et une prise de poids. Les causes sont obscures, mais certaines données probantes suggèrent que le SOPK est dû à un dysfonctionnement de l'enzyme contrôlant la fabrication des hormones masculines. Un mode de vie sain, pour équilibrer le taux d'insuline, et la prescription d'une pilule contraceptive, afin de corriger le déséquilibre hormonal, constituent l'essentiel du traitement.

>> car si elle est très rare, on a quelques cas de temps en temps», poursuit le médecin. Elle affecterait ainsi 1 personne sur 20000 dans l'Hexagone.

À l'inverse, certaines pathologies hormonales sont en mesure d'engendrer une perte de poids involontaire. À l'instar de l'hyperthyroïdie (production en excès d'hormones thyroïdiennes), qui touche environ 1% de la population. La cause principale est la maladie de Graves-Basedow, une affection auto-immune caractérisée par la fabrication d'anticorps stimulant la fonction thyroïdienne. «Le métabolisme des patients est accéléré: leur cœur bat plus vite, ils dorment moins bien, brûlent plus de graisse et parfois perdent du poids», note le Dr Collet. Des médicaments tels que le méthimazole ou le propylthiouracile peuvent alors être prescrits pour bloquer la sécrétion des hormones thyroïdiennes. Autre possibilité,

la maladie d'Addison, soit un déficit en cortisol, qui affecte 1 personne sur 7000 dans les pays développés. La plupart du temps, elle est aussi d'origine auto-immune: des anticorps s'attaquent aux glandes surrénales. Ce qui occasionne entre autres des troubles gastro-intestinaux, des vertiges, une pigmentation de la peau brunâtre (en particulier au niveau des plis) et un amaigrissement. Le traitement consiste alors à donner du cortisol de synthèse.

MALADIES DIGESTIVES, CANCERS ET AMAIGRISSEMENT

«Cependant, le plus souvent, si l'on perd du poids, ce n'est pas hormonal. Il s'agit davantage de maladies "classiques", comme des pathologies digestives ou des cancers, qu'il faut rechercher», pointe Tinh-Hai Collet.

Des affections gastro-intestinales sont en effet susceptibles d'altérer l'absorption des nutriments et l'appétit. La maladie de Crohn, par exemple, qui concerne environ 1 personne sur 1000 en France, provoque une inflammation et un épaississement de la paroi du tube digestif, ce qui se traduit par des épisodes de maux de ventre et de diarrhées pouvant durer des semaines. Les causes sont encore mal connues. L'interaction des facteurs génétiques et environnementaux amènerait le système immunitaire du patient à attaquer les cellules du tissu du tube digestif. Le traitement consiste donc à délivrer des anti-inflammatoires et des immunosuppresseurs. De même, la maladie cœliaque ou l'intolérance au gluten, qui toucherait 2% de la population ayant des prédispositions génétiques, cause une inflammation et des lésions de la paroi de l'intestin. Conséquence, la digestion est altérée et l'organisme assimile moins bien les protéines, les graisses, les minéraux et les vitamines. L'éviction totale du gluten risque alors de faire maigrir en raison de la suppression du pain, des pâtes et autres produits céréaliers.

Quant aux cancers, ils diminuent l'appétit et augmentent la dépense calorique, entraînant souvent un amaigrissement important. Il s'agit là aussi surtout de ceux qui affectent le système digestif, comme l'ont constaté des chercheurs américains de l'université de Harvard dans leur étude publiée en 2024 dans la revue médicale *Jama*. En suivant près de 160000 personnes pendant 40 ans, ils ont montré qu'une perte de kilos non intentionnelle



Les pathologies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ou celle de Parkinson, réduisent l'appétit.



Bon à savoir

Dénutrition des séniors

En France, de 5 à 10 % des plus de 70 ans souffrent de dénutrition. Outre les maladies graves comme les cancers, sont impliquées les insuffisances respiratoires, rénales ou cardiaques, qui obligent l'organisme à dépenser davantage d'énergie pour respirer ou maintenir la circulation sanguine. Sans oublier les atteintes neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson...) qui réduisent l'appétit et compliquent la prise des repas. Troubles de la déglutition, perte d'odorat ou isolement social jouent aussi un rôle.

supérieure à 10% du poids corporel pouvait prédire un diagnostic de cancers au cours de l'année suivante: ceux de l'œsophage, de l'estomac, du foie et du pancréas étaient les plus fréquents, avec les hématologiques, le colorectal ainsi que celui du poumon. En revanche, aucun lien n'a été trouvé avec les cancers du sein, du cerveau, des voies urinaires ou de la peau.

INFECTIONS BACTÉRIENNES OU VIRALES ET CHUTE DU POIDS

Une perte de kilos inexplicée peut, en outre, témoigner d'une infection virale ou bactérienne comme la tuberculose, le VIH ou la syphilis, qui

entraînent à la fois une augmentation du métabolisme de base (plus de calories brûlées au repos) et une diminution de l'appétit. À ne pas négliger, non plus, la présence d'un parasite intestinal tel que le ténia. Ce ver se transmet à l'humain par l'ingestion de viandes ou de poissons mal cuits, puis se développe dans l'intestin. Il est susceptible de générer des douleurs abdominales, des troubles intestinaux et, surtout, un amaigrissement rapide et important. Un symptôme en particulier doit alerter: des anneaux constitutifs du ver, sous forme de filaments blancs, tombent fréquemment dans les selles. Quoi qu'il en soit, en cas de perte de poids anormale, il est nécessaire de consulter. Notez que le corps médical considère qu'un amaigrissement est cliniquement significatif si l'on s'allège de plus de 5% de son poids en moins de six mois. ■

DIABÈTE : UN DES SYMPTÔMES QUI DOIT ALARMER

On y pense moins, mais le diabète, qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang, peut entraîner un amaigrissement. *« Cela arrive typiquement au moment du diagnostic, quand les patients boivent et urinent beaucoup : ils sont alors susceptibles de perdre du poids pendant*

quelques semaines, et ainsi de se rendre compte que quelque chose cloche », souligne le D' Tinh-Hai Collet, du service endocrinologie, diabétologie et métabolisme des hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). Ce phénomène est très marqué dans le cas du diabète de type 1, où l'absence d'insuline empêche le glucose

de pénétrer dans les cellules pour y être utilisé comme source d'énergie. L'organisme doit alors puiser dans ses réserves de graisses afin de fonctionner. Une fatigue intense, une faiblesse musculaire, des difficultés de concentration et des troubles de la vue sont autant d'autres signaux d'alarme majeurs du diabète.

SMEDVEFAC/ISTOCK ; CHARPHOTO/ADOBEE STOCK

Les facteurs aggravants

GARE AU MANQUE DE SOMMEIL !

On pourrait penser que dormir, souvent assimilé à de l'inactivité, favorise la prise de poids. Or, c'est tout le contraire.

Lorsqu'on est physiquement inactif, on ne dépense pas beaucoup plus de calories en restant éveillé qu'en dormant. Cependant, raccourcir ses nuits laisse plus de temps pour penser à la nourriture, manger et grignoter. Et, avec la fatigue due à une durée de repos insuffisante, la tentation de prendre l'ascenseur plutôt que l'escalier, ou encore d'annuler sa séance de sport, est grande. In fine, de nombreux travaux ont mis en évidence, chez l'adulte, une association entre un sommeil court (moins de six heures par nuit) et le risque d'obésité. Une étude canadienne, parue en 2012 dans la revue *International Journal of Obesity*, a révélé que l'indice de masse corporelle (IMC) et le taux de masse grasse des petits dormeurs avaient augmenté au cours des six années de suivi par rapport à ceux qui dormaient sept à huit heures. «Les études les plus récentes ont également montré une augmentation de l'adiposité viscérale, reconnue comme la forme de graisse la plus délétère au niveau cardio-métabolique», signale Karine Spiegel, chargée de recherche Inserm au Centre de recherche en neurosciences de Lyon.

LES JEUNES PARTICULIÈREMENT EXPOSÉS

Ce lien entre manque de sommeil et prise de poids est aussi très bien documenté chez les plus jeunes. En 2022, une compilation de la littérature scientifique menée par des chercheurs brésiliens suggère qu'une durée de sommeil inférieure à 9 ou 10 heures par nuit est associée à une hausse du

risque d'être en situation de surpoids ou d'obésité. «Il s'agit d'un facteur particulièrement important chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, puis la force de l'association baisse un peu avec le temps, à mesure que d'autres paramètres entrent en jeu», précise la scientifique. Voyons par quels mécanismes le manque de sommeil fait grossir. Tout d'abord, il modifie la régulation des concentrations en leptine et en ghréline, deux hormones considérées comme le yin et le yang de la prise alimentaire. Produite par les adipocytes, la leptine est «anorexigène», c'est-à-dire qu'elle accroît la dépense énergétique et réduit l'appétit. Fabriquée par l'estomac, la ghréline, elle, réveille ce dernier et est impliquée dans le stockage des graisses. «Les études indiquent qu'une restriction de sommeil entraîne, chez des jeunes hommes en bonne santé, une diminution du taux de leptine et une hausse de celui de ghréline, associées à une augmentation de la faim», expose Karine Spiegel. Ce qui se traduit concrètement par un apport alimentaire plus élevé. En réunissant les données de 11 études dans une méta-analyse parue en 2015 dans l'*European Journal of Clinical Nutrition*, des chercheurs du King's College de Londres (Royaume-Uni) ont signalé que les personnes privées d'une partie de leurs heures de sommeil consommaient, en moyenne, 385 calories de plus le jour suivant une nuit écourtée. D'autres travaux se sont intéressés aux endocannabinoides circulants, ces médiateurs impliqués dans la motivation à manger, et au cortisol, l'hormone du stress. «Quand on est en situation de restriction de sommeil, leurs concentrations sont augmentées



essentiellement en fin de journée, ce qui pourrait favoriser le grignotage à ce moment-là», poursuit la spécialiste. Or, manger davantage à l'approche de la nuit biologique est lié à une prise de poids. D'autant que ces fringales se dirigent vers des aliments riches en sucres et en gras. «*Ne pas dormir suffisamment stimule non seulement la faim, mais également l'envie de manger pour le plaisir*», pointe la chercheuse. C'est ce que prouvent des études d'imagerie cérébrale, comme celle publiée en 2013 dans *Nature Communications* par une équipe américaine de l'université de Californie. Chez les individus restés longtemps éveillés, des perturbations ont été observées dans les régions du cortex évaluant la satiété, alors que les zones associées aux envies irrésistibles étaient, au contraire, fortement stimulées. Autrement dit, avant de procéder à un rééquilibrage alimentaire en vue de s'alléger de quelques kilos, mieux vaut s'assurer d'avoir son quota d'heures de sommeil! ■

QUID DU TRAVAIL DE NUIT ?

En passant au crible 28 études, des chercheurs chinois ont constaté une hausse du risque de surpoids et d'obésité de 23% chez les personnes ayant un travail de nuit ou posté. Dans le détail, les travailleurs nocturnes sont 29% plus susceptibles de grossir, comparativement à ceux en horaires décalés (ou quarts tournants). Ces derniers, eux, présentent un risque accru d'obésité abdominale, car en plus de souffrir d'un manque de sommeil, ils subissent une désorganisation de leur système circadien. «*Il nous "programme" pour être éveillé et manger le jour, puis dormir et jeûner la nuit. Si ce rythme n'est pas respecté, il se crée un décalage entre notre horloge interne et nos comportements, qui peut perturber notre santé cardio-métabolique et augmenter le risque d'obésité, de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires*», explique Karine Spiegel, de l'Inserm. De plus, «*beaucoup d'entre nous se couchent plus tard le week-end ou mangent à des heures irrégulières; on parle de "jetlag social" ou "alimentaire". Le fait de se mettre à table plus tardivement favorisera it aussi un dérèglement du métabolisme et, à terme, nuirait à la santé métabolique*».

ALDRINHO/ADOBE STOCK

QUAND LE STRESS S'EN MÊLE

Face à une situation stressante, nous ne réagissons pas tous de la même façon. Certains mangent, d'autres non.

« **Q**uand elles ne se sentent pas en mesure de faire face à ce qui leur arrive, certaines personnes ne parviennent plus à s'alimenter, car ce n'est plus une priorité. Manger peut, en outre, devenir une source de stress supplémentaire, qui engendre des désordres gastro-intestinaux », analyse Sabrina Julien Sweerts, maître de conférences en psychologie clinique à l'université de Reims Champagne-Ardenne. D'autres, au contraire, se réfugient dans la nourriture, y trouvant une source d'apaisement. Les aliments sont alors des régulateurs émotionnels contre le stress, l'ennui, la colère, la tristesse. Les personnes mangent plus que selon leurs besoins, cela les anesthésie quelques instants et leur fait du bien. Puis ce comportement s'automatise. « Si manger pour se consoler est normal, se reconforter principalement avec de la nourriture est problématique », poursuit-elle.

L'ennemi, le grignotage

Les kilos s'installent alors insidieusement. En 2013, l'étude française NutriNet-Santé, portant sur une cohorte de plus de 35 000 personnes, a révélé que

Les compulsions alimentaires portent sur des aliments gras et/ou sucrés.



les femmes ayant une forte «*émotivité alimentaire*» ont cinq fois plus de risques d'être en surpoids. D'autant que ces compulsions portent sur des aliments gras et sucrés. Dans une étude publiée en 2018 dans la revue *Cell Reports*, des chercheurs japonais ont montré que si les neurones connus pour réagir au stress étaient activés chez des souris, leur envie de glucides se trouvait démultipliée. De même chez l'humain, comme le soulignait en 2022 une expérience menée par des scientifiques américains. Les participants avaient davantage tendance à choisir une collation sucrée et riche en matières grasses après une tâche stressante plutôt qu'après une activité relaxante...

Le problème, c'est que cela devient un cercle vicieux, car l'activation du circuit de la récompense diminue à force de manger de manière compulsive. En clair, le cerveau a besoin de plus en plus d'aliments «*agréables au palais*» pour que ce circuit se mette en route, ce qui perpétue la suralimentation. «*La stratégie s'essouffle, manger ne fait plus de bien. Néanmoins, les personnes continuent quand même à s'alimenter compulsivement, tout en ressentant beaucoup de culpabilité et de honte. C'est la double peine* », précise Sabrina Julien Sweerts. Si l'on veut sortir de cette spirale, un accompagnement psychologique s'avère capital. «*L'objectif n'est pas de diaboliser les prises alimentaires, mais d'aider à développer d'autres ressources que la nourriture pour faire face aux émotions* », résume la psychologue. ■

Bon à savoir

C'est mieux d'en parler

Lorsqu'une pulsion alimentaire surgit, appelez un proche ! Selon une étude chinoise de 2025, les participants ayant reçu le soutien d'un ami après une situation stressante auraient eu tendance à choisir, par la suite, des portions d'aliments plus petites et moins riches en calories par rapport à ceux qui n'avaient eu aucune aide.

LES MÉDICAMENTS, UN FACTEUR NÉGLIGÉ

L'augmentation du poids est un effet indésirable de nombreux traitements. Le savoir permet d'adapter sa prise alimentaire pour limiter les dégâts.

Psychotropes Appétit stimulé

Les médicaments psychotropes perturbent les signaux de la faim et de la satiété en agissant, entre autres, sur l'hypophyse, une glande au cœur du cerveau produisant des neurotransmetteurs régulateurs de l'humeur, telle la sérotonine. En augmentant l'appétit, certains de ces traitements exposent à une prise de poids, plus ou moins importante selon la molécule. En étudiant les dossiers médicaux de 180 000 personnes, des chercheurs américains ont déterminé les produits qui font le plus grossir, dans une étude parue en 2024 dans la revue *Annals of Internal Medicine*. En tête de liste figurent l'escitalopram (Seroplex), la paroxétine (Deroxat) et la duloxétine (Cymbalta), qui peuvent entraîner un gain pondéral de plus de 10%, tandis que la sertraline (Zoloft), elle, arrive tout en bas du classement. De la même manière, des neuroleptiques, comme la clozapine (Leponex) et l'olanzapine (Zyprexa) indiquées dans la schizophrénie, risquent d'occasionner des kilos supplémentaires.

Bêtabloquants Baisse du métabolisme

Ces substances, à l'instar de l'aténolol (Ténormine) et du métoprolol (Lopressor), sont utilisées en cardiologie afin de traiter l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, certains troubles du rythme cardiaque et l'hypertension artérielle. Ils abaissent la fréquence cardiaque et la pression artérielle en s'opposant à l'action de l'adrénaline, hormone fabriquée par les glandes surrénales en cas de stress et d'émotions intenses. Ces médicaments diminuent le métabolisme de base et donc la dépense calorifique, ce qui peut amener les patients à grossir petit à petit si les apports énergétiques sont trop importants.

Corticoïdes Rétention d'eau

Ces anti-inflammatoires sont très souvent prescrits pour traiter les rhumatismes, l'asthme et les maladies auto-immunes, telles que le lupus. En cas de traitement intensif, ils sont susceptibles d'entraîner un accroissement de la masse corporelle par rétention d'eau, et de conduire à une redistribution des graisses, qui se concentrent alors dans le visage, le cou et le ventre, comme dans le syndrome de Cushing.

Antidiabétiques Plus de masse grasse

L'insuline, pour soigner le diabète de type 1, et les sulfamides, parfois délivrés aux personnes souffrant de diabète de type 2, stimulent le stockage dans les adipocytes, induisant une augmentation de la masse grasse. Ce phénomène est particulièrement marqué durant les premiers mois de traitement, et peut être limité avec un autre médicament, la metformine, qui agit comme un réducteur de la glycémie. ■

Si certaines molécules peuvent faire grossir, l'impact sera différent d'un patient à l'autre.



DES HABITUDES QUI PÈSENT LOURD

La qualité des aliments que nous ingérons, au-delà du nombre de calories qu'ils renferment, ainsi que notre consommation d'alcool peuvent engendrer une prise de poids. Sans que l'on en ait toujours conscience.

Depuis plusieurs années, des enquêtes scientifiques établissent le lien entre consommation d'aliments ultratransformés et prise de poids. En 2021, l'étude de cohorte européenne Epic (plus de 500 000 participants) a montré que la malbouffe était associée à un risque accru de 15% de surpoids ou d'obésité. Et des travaux américains, publiés en 2019 dans la revue *Cell Metabolism*, ont révélé que des personnes se nourrissant surtout de produits industriels avalaient 500 calories supplémentaires par jour par rapport aux autres sujets, ce qui entraînait chez elles un gain pondéral moyen de 1 kg en deux semaines. Cependant, au-delà de leur apport calorique élevé, c'est davantage la nature ultratransformée de ces denrées (riches en additifs, arômes et autres substances) qui joue un rôle dans l'augmentation de la masse corporelle – comme l'a confirmé une expérience menée en

2025 par des chercheurs français. Ces derniers ont soumis une quarantaine de jeunes hommes à deux sortes de régimes, mais à quantité calorique identique: l'un avec beaucoup d'aliments ultratransformés, l'autre basé sur des produits peu ou non transformés. Verdict: le premier groupe a pris plus de poids et subi une hausse du risque cardiovasculaire ainsi que des changements hormonaux, notamment une baisse des hormones impliquées dans le métabolisme et la fertilité. Les perturbateurs endocriniens présents dans les denrées ultratransformées pourraient être en cause.

Des calories invisibles et vides

L'alcool s'avère aussi un facteur de prise de poids. En 2020, une étude coréenne a montré qu'en boire un demi-verre par jour augmentait le risque d'obésité de 10%. Au-delà de deux verres quotidiens, ce taux atteint 34%. Comment l'expliquer? Déjà, parce que l'alcool est énergétique: 1 gramme pur contient 7 calories, soit presque autant que 1 gramme de beurre, sans apporter de nutriments essentiels. Ensuite, vu que notre corps est dépourvu d'un système de contrôle d'utilisation et d'emmagasinement de l'alcool, il considère cette molécule toxique comme prioritaire à évacuer. Résultat, non seulement la combustion des graisses est ralentie, mais en plus, les réactions chimiques qui ont lieu dans le foie pour éliminer l'alcool entraînent la synthèse de substances stimulant la fabrication d'acides gras. Sa consommation favorise donc la formation et le stockage des graisses. Enfin, son action au niveau de l'hypothalamus, situé à la base du cerveau, perturberait la production des hormones impliquées dans la régulation de l'appétit, retardant ainsi le sentiment de satiété durant le repas. ■



Boire plus de deux verres d'alcool par jour augmente le risque d'obésité de 34 %.

LES DANGERS DE LA SÉDENTARITÉ

Rester trop longtemps assis contribue au stockage des graisses. La faute aussi aux écrans, qui incitent au grignotage.

La position assise prolongée et le manque d'activité physique, qui caractérisent nos modes de vie modernes, ont des effets délétères notoires sur la santé, favorisant entre autres le développement de maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 et du surpoids. De nombreuses études ont en effet montré que les personnes sédentaires avaient un risque d'obésité doublé par rapport à celles physiquement actives. Ce facteur est déterminant dès le plus jeune âge, comme l'ont souligné des travaux français menés auprès de 883 enfants et publiés en 2016 dans la revue *International Journal of Obesity*. Le temps passé à s'amuser en plein air à l'âge de deux ans est déjà prédictif du risque d'obésité ultérieur... et continue à jouer un rôle même quand on est beaucoup plus vieux. En 2012, une étude espagnole, portant sur 3 136 sujets ayant plus de 65 ans, a constaté que ceux qui passaient plus de quatre heures assis et marchaient moins d'une heure par jour voyaient leur risque de surpoids et d'obésité multiplié par 1,6.

L'impact des écrans

Cette sédentarité est souvent liée au temps passé devant les écrans. Dans une étude concernant plus de 10 000 enfants âgés de 9 à 12 ans, publiée en 2019 dans la revue *Scientific Reports*, des chercheurs norvégiens et finlandais ont observé que les plus friands d'ordinateur et de télévision s'exposaient à un risque plus élevé de surpoids et d'obésité abdominale. En premier lieu, parce que les écrans incitent à manger davantage de produits de mauvaise qualité nutritionnelle, mais aussi en dehors des repas. Deuxièmement, parce que l'attention, captivée par les images, n'est plus dirigée vers les sensations de satiété; les quantités



Au bureau, il faut se lever régulièrement et faire quelques pas.

de nourriture ingérées augmentent alors, en moyenne, de 25%! Il est également possible que l'exposition à la publicité alimentaire encourage le grignotage. En outre, les écrans sont, le plus souvent, utilisés en position assise et statique – en particulier lorsqu'on regarde la télévision. En 2019, une étude australienne parue dans la revue *ScienceDirect* a révélé que la télé était plus étroitement associée à l'obésité chez les enfants que les jeux vidéo, par exemple. Enfin, les écrans ont un impact sur le sommeil, autre facteur déterminant de la prise de poids (lire p. 36). ■

Bon à savoir

On bouge tous les jours !

La sédentarité doit être distinguée de l'activité physique: une personne peut très bien faire beaucoup de sport le week-end et être sédentaire le reste du temps. Il sera alors nécessaire d'agir sur l'immobilité durant la semaine afin de préserver sa santé. En se levant régulièrement de sa chaise pour marcher quelques minutes et en pratiquant au moins une demi-heure d'activité physique dynamique par jour.

JÉRÉMY CROS Docteur ès sciences, chargé de projet en promotion de la santé et préventions au sein d'Unisanté⁽¹⁾

« ARRÊTER DE FUMER NE FAIT PAS FORCÉMENT GROSSIR »

Q C On a souvent l'impression que les personnes qui fument sont plus minces, est-ce réellement le cas ?

Jérémy Cros Oui, des études montrent qu'elles pèsent environ 2 kg de moins que les non-fumeuses. D'abord, sur le plan alimentaire, la cigarette a un effet coupe-faim en augmentant transitoirement la glycémie dans le sang. Par conséquent, les personnes qui fument mangent moins. En outre, la nicotine, en tant que stimulant, intensifie le fonctionnement du corps humain, et donc ses dépenses énergétiques. Un Français fumeur consomme, en moyenne, 12 cigarettes par jour, ce qui lui fait brûler environ 100 kilocalories supplémentaires, soit l'équivalent d'une marche de 30 minutes en étant légèrement essoufflé. Le tabagisme ne doit cependant pas être envisagé comme un moyen de contrôler son poids. Responsable de plus de 75 000 décès chaque année en France, il est le principal facteur de risque de nombreux cancers (du poumon, de la bouche, de l'œsophage, de la vessie, etc.) et de maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC) et respiratoires.

Q C Est-ce que l'arrêt du tabac fait vraiment grossir ?

J. C. C'est effectivement le cas en ce qui concerne 8 personnes sur 10, dans des proportions variables : 4 sur 10 prennent jusqu'à 5 kg, 3 sur 10, entre 5 et 10 kg, et 1 sur 10, davantage. C'est l'une des craintes majeures de ceux qui souhaitent stopper le tabac. Rappelons

toutefois que les bénéfices pour la santé liés à l'abandon de la cigarette restent bien supérieurs aux effets néfastes d'une possible prise de poids. D'autant que ce n'est pas inévitable, puisque 2 individus sur 10, à l'inverse, maigrissent.

Q C Par quels mécanismes survient le gain pondéral ?

J. C. Ils sont multiples. D'abord, la fin du tabagisme s'accompagne d'une diminution des dépenses énergétiques en raison de la suppression des effets métaboliques de la nicotine. On ne compte plus sur l'effet coupe-faim de la cigarette. Ensuite, les ex-fumeurs retrouvent le goût et l'odorat, redécouvrent les saveurs et reprennent ainsi plaisir à s'alimenter. L'augmentation de l'appétit fait partie des symptômes transitoires. Enfin, le geste de fumer est susceptible d'être remplacé par celui de manger. Tout cela peut amener à se nourrir davantage et, pour certains, à grossir.

Q C Quelles sont les personnes les plus à risque ?

J. C. Celles avec une forte dépendance à la nicotine, qui ont un faible statut socioéconomique ou qui pratiquent peu

« Pour ne pas prendre trop de kilos, il faut procéder par étapes »



d'activité physique présentent un risque plus élevé de prise de poids lors de l'arrêt du tabac. Il en est de même pour les individus de moins de 55 ans. Les différences liées au genre restent, quant à elles, incertaines.

Q C Que faire pour éviter la prise de poids ?

J. C. Il faut agir le plus vite possible, car elle survient souvent dans les premiers mois du sevrage. Il convient aussi d'y aller par étapes, afin que les changements de comportement ne soient pas trop importants et perdurent dans le temps. Trois leviers contribuent à limiter le phénomène. Le premier: envisager une substitution en nicotine (patches, sprays...) ou une aide médicamenteuse. Au-delà de diminuer le risque de grossir, elles doublent les chances de réussir à ne plus fumer. Dans cette optique, il importe de se faire accompagner par un professionnel de santé pour définir le moyen le plus adapté à chacun. Puis on conseillera de modifier quelques-unes de ses habitudes alimentaires, notamment en réduisant sa consommation d'alcool et d'en-cas trop salés ou sucrés,

ainsi qu'en supprimant les mauvaises graisses comme la charcuterie. Mieux vaut tendre vers une alimentation équilibrée et écarter les régimes stricts, car cela pourrait créer des frustrations et s'avérer contre-productif dans la démarche d'arrêt du tabac. Il est aussi intéressant de dresser une liste de choses plaisantes ou faciles à faire, pour en choisir une aisément lorsqu'on a une envie soudaine de manger: boire un verre d'eau, appeler quelqu'un, aller marcher... Ensemble, les substituts nicotiniques et les ajustements alimentaires permettent d'éviter de prendre environ 1 kg sur les trois premiers mois. La pratique d'une activité physique aura, quant à elle, des effets à plus long terme.

Q C À quel moment commencer une activité physique ?

J. C. On traite un problème après l'autre. D'abord, on stoppe le tabac, puis on adapte son alimentation avant de passer à l'activité physique. Il est possible de s'y mettre un mois après l'arrêt de la cigarette (ou avant si on est motivé !). Les études scientifiques ont montré qu'une activité physique régulière permettait de limiter le gain de poids à 2 kg environ. Il n'existe pas de consensus quant aux pratiques à privilégier lors du sevrage tabagique. Gardons néanmoins en tête que tout mouvement est bon pour la santé. Et on peut facilement inclure des changements dans son quotidien, comme prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, descendre un arrêt de bus plus tôt, etc. Le plus important reste d'éprouver du plaisir et de reprendre l'exercice progressivement.

→ Plus d'infos sur Tabac-info-service.fr.

(1) Centre universitaire de médecine générale et santé publique, à Lausanne, en Suisse.

LE RÔLE SOUS-ESTIMÉ DE LA POLLUTION

Perturbateurs endocriniens, bruit... des sources de pollution sont associées à un gain de poids, même si le lien de cause à effet reste difficile à prouver.

Depuis quelques années, un nouveau facteur de prise de poids s'est ajouté à la liste déjà longue des causes environnementales : l'exposition à des contaminants. Mais on a encore beaucoup de mal à quantifier sa part de responsabilité. « On observe des associations, sans jamais avoir de certitudes. Aucun individu n'est exposé à un seul polluant dans son quotidien. Tout au long de sa vie, il est confronté à un effet cocktail, d'où la difficulté de mettre en évidence un rapport de cause à effet », souligne Brigitte Le Magueresse, directrice de recherche au sein du laboratoire CarMeN, à Lyon, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS INCRIMINÉS

Pour autant, les signaux d'alerte se multiplient, notamment concernant les perturbateurs endocriniens. Ces substances chimiques présentes dans la nourriture ou l'environnement chamboulent

les mécanismes de régulation du métabolisme en modifiant le fonctionnement de certaines hormones. « Ces molécules viennent piquer la place des hormones telles que les œstrogènes, en occupant leurs récepteurs. L'organisme ne les reconnaît pas et n'est pas en mesure de moduler leur action, comme il le fait pour les hormones, poursuit la chercheuse. Or, toute dérégulation hormonale peut entraîner une prise ou une perte de poids. »

Les expériences menées sur des animaux ont montré qu'une exposition au bisphénol A, contenu dans certains plastiques, avait des répercussions sur leur poids et celui de leurs petits in utero. « Il y en a, par exemple, dans les bouteilles et les plats en plastique, et aussi dans les boîtes de conserve, afin de mieux préserver les aliments et de prévenir l'apparition de maladies comme le botulisme. Le problème, c'est qu'avec la chaleur, les bisphénols sont susceptibles



UN NIVEAU SONORE TROP ÉLEVÉ FERAIT GROSSIR

C'est ce que suggère une étude suédo-norvégienne publiée en 2015 dans *Occupational & Environmental Medicine*. Durant quatre ans, des chercheurs ont suivi environ 5 000 personnes vivant aux alentours de Stockholm, plus ou moins exposées

aux nuisances acoustiques des transports. Résultat : leur tour de taille augmentait, en moyenne, de 0,21 cm pour chaque hausse du niveau sonore de 5 décibels. Plus récemment, parue en 2024 dans *Environment International*, une étude américaine, menée auprès de 75 000 individus,

a aussi démontré une association entre l'exposition des populations riveraines des aéroports à un bruit supérieur à 45 décibels et un indice de masse corporelle plus élevé. Ce lien pourrait s'expliquer par le stress et le manque de sommeil, deux facteurs de prise de poids, engendrés par la pollution auditive.



PSYCHOSHADOW/ADOBE STOCK

BÉBÉS DE FAIBLE POIDS : UN RISQUE AUGMENTÉ

Une vaste étude européenne, menée auprès de 74 000 femmes enceintes et publiée en 2013 dans la revue *The Lancet Respiratory Medicine*, conclut que plusieurs polluants atmosphériques, dont les particules fines, sont associés à une hausse du risque de faible poids de naissance à terme. Et ce après avoir pris en compte d'autres facteurs tels que le tabagisme, le poids et le niveau d'éducation des mères. Or, les nouveau-nés pesant moins de 2,5 kg présentent plus de risques de développer des problèmes respiratoires dans l'enfance et d'autres pathologies plus tard dans la vie, comme du diabète et un surpoids.

des cellules adipeuses, en favorisant le stockage du gras, et ainsi d'entraîner une baisse de la dépense énergétique au repos, avancent les auteurs.

POLLUANTS ATMOSPHÉRIQUES : UNE EXPOSITION PROBLÉMATIQUE

Nombre de données révèlent un lien entre la pollution de l'air et la prise de poids, à l'instar de travaux américains parus en 2022 dans *Diabetes Care*. Les chercheurs ont suivi 1 654 femmes âgées de 50 ans en moyenne pendant huit ans, et mesuré leur niveau d'exposition à divers polluants atmosphériques et leur composition corporelle. Verdict ? Une hausse de la concentration de particules fines de 4,5 microgrammes par m³ était corrélée à celle de la masse grasse de 4,53 %. Des observations similaires ont été réalisées pour le dioxyde d'azote et l'ozone. «*Provoquant un stress oxydatif qui altère le fonctionnement des mitochondries [les centrales énergétiques des cellules], ces polluants dérèglent le métabolisme des sucres et des graisses. Cela peut favoriser une résistance à l'insuline et une prise de poids*», explique Brigitte Le Magueresse. Ils agiraient aussi indirectement en contribuant au stress et à la sédentarité, avancent des scientifiques chinois dans une méta-analyse publiée, en 2024, dans *BMC Public Health*. ■

de migrer vers l'aliment ou la boisson en contact et d'être ingérés», relève Brigitte Le Magueresse. Les phtalates, que l'on retrouve dans de nombreux emballages alimentaires, cosmétiques, de peintures ou de produits ménagers, sont également pointés du doigt. Ils sont connus pour inhiber la production de testostérone, l'hormone masculine. «*Chez les hommes, cela se peut se traduire non seulement par des troubles de la reproduction, mais aussi par des déséquilibres métaboliques associés à une prise de poids*», ajoute l'experte.

Enfin, les PFAS, surnommés polluants éternels en raison de leur extrême persistance dans l'environnement, sont de plus en plus scrutés. Ils sont présents dans une multitude de produits de grande consommation (poêles, vêtements, nappes...). Une étude danoise, publiée en 2023 dans la revue *Obesity*, a mis en évidence une association entre l'exposition à ces composés chimiques toxiques et une augmentation de poids chez des personnes obèses. Les PFAS seraient en mesure d'altérer la biologie



Les étapes de la vie



Si la pesée est fréquente (sinon obligée) quel que soit l'âge, le poids d'un bébé est bien plus scruté que celui d'un adulte d'âge moyen; la maigreur de l'adolescent, quant à elle, doit évoquer un trouble du comportement alimentaire, et la perte de kilos du sénior est à surveiller pour éviter les complications. De plus, les enjeux du poids diffèrent à chaque période de vie: l'obésité et la surcharge pondérale, notamment, n'engendrent pas les mêmes risques ni les mêmes effets à 5 ans qu'à 75. Appréhender le poids par tranche d'âge est donc judicieux pour l'évaluer au mieux, sans diaboliser ni dramatiser, au plus près de la réalité.

SOMMAIRE

Enfance : aider à bien manger et à bien grandir	48
Adolescence : entre surveillance... et laisser-faire	52
Comment réagir face aux lubies des ados ?	55
Grossesse : un lâcher-prise mesuré	56
Post-partum : patience sur la balance	60
De 20 à 60 ans, le poids des années	62
Ménopause, andropause : agir sans être fataliste	64
Séniors : accepter son corps	66

AIDER À BIEN MANGER ET À BIEN GRANDIR

L'enfant n'est pas un adulte miniature. Le suivi de son poids a ses exigences et ses particularités. Certes, la génétique compte, mais il faut l'inciter à adopter de bonnes habitudes alimentaires et à se dépenser.

Dès qu'un bébé vient au monde, son poids est scruté, car il s'agit d'un indicateur de bonne santé, sinon de bonne croissance. On aime d'ailleurs qu'il reprenne son poids de naissance avant de sortir de la maternité. Par la suite, on le pèse lors de chaque visite médicale obligatoire. Pourquoi une telle surveillance? En réalité, poids et taille sont examinés de la même manière, puisque tous deux constituent des marqueurs essentiels du bon développement de l'enfant. Dans son carnet de santé se trouvent des courbes – de poids, de taille et d'indice de masse corporelle (IMC) – très utiles. Ce sont elles qui vont permettre de détecter d'éventuelles pathologies de croissance ou une déviation de trajectoire pondérale qui doit interpeller.

OBSERVATION OUI, OBSESSION NON !

Mais plus que le poids à un instant T, ce qui importe, c'est «*l'allure de la courbe de poids de l'enfant d'une part, et celle de ses parents ainsi que de son éventuelle fratrie, d'autre part*», explique Sandra Brancato, pédiatre et présidente de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa). Car la corpulence compte aussi: il existe des familles de minces et des familles où l'on est plus rond, sans que cela soit pathologique. Fiable, la courbe de poids du carnet de santé couvre 90 à 95% de la population. La D^r Brancato encourage d'ailleurs les parents à la compléter après la visite chez le médecin si celui-ci n'a pas pris le temps de le faire, car cela facilite l'observation d'une trajectoire. En dehors des visites médicales, annuelles a minima, l'enfant n'a pas besoin d'être pesé régulièrement. Cependant, «*si on constate qu'il prend ou perd du poids assez vite – on change de taille de pantalon très souvent ou on resserre les élastiques subitement –, il est judicieux de prendre l'avis d'un praticien*», souligne la pédiatre. Hormis dans ce cas de figure, mieux vaut éviter un passage fréquent sur la balance familiale – pas toujours bien réglée –, car cela peut faire naître une anxiété liée au poids chez le jeune.

SIGNAL D'ALERTE SUR L'INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'indice de masse corporelle d'un enfant augmente de façon importante la première année, puis diminue naturellement jusqu'à l'âge de six ans environ,

TRAITER L'EXCÈS DE POIDS DEUX DISPOSITIFS GRATUITS

Le dispositif «*Mission : retrouve ton cap*», créé par l'Assurance maladie et pris en charge à 100%, aide un enfant en surpoids à rejoindre une trajectoire pondérale normale. Le médecin prescrit le parcours, en cochant les cases adaptées pour un accompagnement complet: diététicien nutritionniste pour rééquilibrer l'alimentation, kiné pour une réadaptation sportive, psychologue... En cas d'obésité installée, Repop, le réseau de prise en charge gratuite de l'obésité pédiatrique, intervient. L'approche est là aussi pluridisciplinaire et le suivi, individualisé.



Un suivi scrupuleux de la courbe de poids permet de détecter un risque de surpoids ou d'obésité.

avant de suivre à nouveau une courbe ascendante jusqu'à l'adolescence. On appelle rebond d'adiposité cette phase physiologique normale où l'IMC remonte après avoir atteint son point le plus bas. Si ce phénomène intervient avant l'âge de 5 ou 6 ans, on considère qu'il est précoce, ce qui constitue un signal d'alerte. «*C'est très prédictif d'un éventuel surpoids ou d'une obésité à l'âge adulte*», indique la D^r Brancato. C'est pourquoi le médecin est amené à enquêter. Y a-t-il eu des changements récents dans l'alimentation de l'enfant ? Du grignotage ? Se ressert-il plusieurs fois ? Un recadrage est alors conseillé pour que tout rentre dans l'ordre et que l'enfant «*se rallie à sa corpulence génétique*», précise la pédiatre. Avant d'ajouter que l'enjeu reste d'intervenir assez tôt afin que ce soit plus facile. Mais pas question de faire maigrir plus que de raison un enfant dont l'allure de la courbe est normale, ni de faire grossir un jeune physiologiquement maigre et dont la courbe n'inquiète pas son praticien.

PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE OU PAS, IL FAUT BOUGER

Quant à savoir quelle est la part de prédisposition génétique de l'obésité infantile, et quels sont les moyens de lutter contre, les spécialistes ont >>

LES 1 000 PREMIERS JOURS, UNE PÉRIODE CLÉ

On parle des 1000 premiers jours de l'enfant pour désigner la période critique allant de sa conception à ses 2 ans. Entre la fécondation et la huitième semaine de grossesse a lieu l'embryogenèse, processus clé de développement de l'embryon où il est sensible à des agents, appelés tératogènes (virus, infections, médicaments, substances chimiques, alcool, tabac...), susceptibles de perturber le développement du fœtus et d'avoir un impact sur sa trajectoire pondérale. Durant les 1000 premiers jours, un autre processus important intervient : l'épigénétique. Il s'agit de mécanismes par lesquels l'environnement prénatal et natal du bébé (nutrition, stress, liens affectifs...) influence l'expression de ses gènes, avec des effets possibles à long terme. Par exemple, une grossesse lors d'une famine expose l'enfant à naître à un régime de privation orientant ses gènes vers un objectif d'épargne. En clair, il aura un risque d'obésité plus élevé. Futurs et jeunes parents doivent être conscients de cette période de vulnérabilité et adopter de bonnes habitudes de vie concernant l'alimentation, l'activité physique, les polluants, etc.

>> des avis différents. Selon le professeur Patrick Tounian, pédiatre et vice-président de la Société française de pédiatrie, l'obésité est «*génétiquement déterminée chez l'enfant, et donc définitive dans la majorité des cas*». De sorte qu'on «*doit lutter toute sa vie contre cette programmation génétique, ce qui est une injustice de la nature*». La prévention serait alors inutile et inefficace...

Fabienne Kochert, pédiatre membre de l'Afpa, se montre plus nuancée. «*Dans un environnement moins "obésogène" [via l'alimentation et l'activité physique], il est possible de prévenir l'obésité chez l'enfant à risque*», assure-t-elle. Et il faut commencer au plus vite, car «*l'obésité se prévient beaucoup mieux qu'elle ne se prend en charge tôt*», estime la praticienne. Les deux médecins s'accordent toutefois sur un point: l'activité physique. Si ce n'est pas forcément parce qu'il bouge peu qu'il devient obèse, l'enfant doit avoir une pratique sportive suffisante. Celle-ci fait en effet

partie intégrante de la prise en charge de l'obésité, et vient en complément des mesures diététiques et du suivi psychologique.

DE BONNES BASES DANS L'ASSIETTE

Un enfant qui n'est pas prédisposé au surpoids ou à l'obésité peut ne pas grossir même s'il avale régulièrement de la *junk food*. Nombreux sont les maigres qui se nourrissent mal et restent minces, parfois sans faire d'activité physique. Cela dit, les conséquences pour un enfant habitué à la malbouffe sont réelles et potentiellement désastreuses, tant sur le plan métabolique que cardiovasculaire (diabète, hypercholestérolémie, stéatose hépatique ou «foie gras»...).

C'est pourquoi apprendre à son enfant à consommer de tout et à écouter sa faim est la base pour son équilibre pondéral. Cela commence par trois repas par jour et un petit goûter, ni plus ni moins. Il doit arriver à table en ayant de l'appétit, ce qui n'est pas le cas s'il a de la nourriture à loisir ou qu'il grignote. Par ailleurs, il adoptera plus aisément les légumes ou les céréales complètes lorsque c'est la norme à la maison et que tous les membres du foyer mangent la même chose. Il importe également de se rappeler qu'il faut présenter plusieurs fois un aliment à un bébé pour qu'il l'accepte et y prenne plaisir. «*L'idée est de diversifier au maximum l'alimentation quand ils sont petits, d'ouvrir le champ des possibles afin qu'ils adoptent de bonnes habitudes*», expose la D^r Sandra Brancato. «*Bien sûr, il n'est pas question de priver les enfants de hamburgers, de glaces ou de viennoiseries, mais ce type d'aliments doit rester exceptionnel, dans des situations festives, par exemple*», complète-t-elle.

À NOTER Un bébé doit manger... comme un bébé. Si les produits ultratransformés sont à éviter quel que soit l'âge, le rayon dédié aux nourrissons fait exception: les aliments respectent un cahier des charges strict, tant en ce qui concerne les polluants que le respect des besoins nutritionnels des tout-petits. On évite donc les desserts lactés (liégeois, crème dessert...), mais aussi les yaourts aromatisés aux fruits, très riches en sucre (6% minimum). Mieux vaut préférer la version nature, si possible jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

LUI DONNER UNE IMAGE POSITIVE DE LUI-MÊME

En tant que parent, ce que nous disons ou faisons peut influencer la relation de notre enfant avec le poids et l'apparence. Pour qu'il ne développe pas une dysmorphophobie, autrement dit des complexes ou une obsession pour son poids, il doit avoir une image positive de son corps. Aussi, mieux vaut ne pas critiquer son physique ou celui des autres devant lui. De même, il ne faut pas se lancer sans cesse dans des régimes drastiques ou se peser. La bonne attitude consiste à privilégier les compliments sur les qualités (curiosité, ingéniosité, gentillesse...) plutôt que sur la beauté, les vêtements... Afin d'empêcher l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire, évitons aussi d'associer la nourriture à l'apparence ou aux émotions, et raisonnons davantage en matière d'équilibre nutritionnel, tout en encourageant la pratique sportive, pour le plaisir plus que la performance. Notre corps ne suffit pas à nous définir, et toutes les morphologies sont à respecter. On n'hésite pas à utiliser des supports pédagogiques pour montrer à son enfant la diversité des corpulences et aborder le sujet de manière détournée.

GOÛTER Une pause gourmande... mais équilibrée

Repas préféré des enfants, le goûter leur permet de tenir jusqu'au dîner sans être affamés. Mais que doit-on leur proposer pour que cette collation soit à la fois gourmande et saine ?

LE GOÛTER À PRIVILÉGIER

● **1 fruit à croquer** (raisin, clémentine, pomme, abricot...) ● **1 produit céréalier** (pain, biscuits avec un bon Nutri-Score, gâteau maison...) ● **1 laitage** (yaourt, fromage...) ● **De l'eau** ● **Petit plaisir**: deux carrés de chocolat ou beurre-confiture sur du pain



LE GOÛTER À LIMITER

● **Viennoiserie** (croissant, pain au chocolat...) ● **Dessert lacté sucré** (type Danette, liégeois...) ● **Jus de fruits ou soda** ● **Biscuits et chocolats industriels** (Kinder chocolat, Prince...) ● **Compote en gourde**

ILLUSTRATIONS : SANDRINE FELLAY

RÉSISTER AU MARKETING

Le Pr Patrick Tounian affirme que, « *contrairement à une idée répandue, ni la nourriture de fast-food, ni les produits ultratransformés, ni les aliments sucrés, ni les additifs ne rendent un enfant obèse* », puisqu'il s'agit donc d'une « *véritable injustice de la nature, et rien d'autre* ». Il n'empêche, en attendant que des lois coercitives soient adoptées, il faut que les parents déjouent les pièges du marketing des industriels ciblant les plus jeunes. Car desserts, biscuits et céréales à l'effigie de leurs héros s'avèrent bien souvent trop riches en sucres, mais également issus de l'ultratransformation. On y trouve, entre autres, des substances

décriées pour la santé métabolique. Citons les carraghénanes (E407), épaississants notamment présents dans certains laitages, soupçonnés d'augmenter la résistance à l'insuline et les risques d'obésité. D'ailleurs, la D^r Brancato considère que « *l'État devrait prendre ses responsabilités une bonne fois pour toutes* », et déplore que le Nutri-Score, un système d'étiquetage nutritionnel facile à comprendre (notation de A à E et du vert au rouge), ne soit toujours pas obligatoire. « *Bien évidemment que l'on peut avoir une part d'ultratransformé, pour les fois où l'on manque de temps. Mais essayons de contrebalancer avec des moments où l'on cuisine des produits frais, bruts et de saison* ». Et, si possible, avec l'enfant: il goûtera en effet plus volontiers s'il a participé à l'élaboration du repas. ■

ENTRE SURVEILLANCE... ET LAISSER-FAIRE

À l'adolescence, les changements physiques et psychiques compliquent un peu la perception du poids. Gare aux excès, dans un sens comme dans l'autre.

L'adolescence est une période de grand bouleversement. Au niveau du poids et de la corpulence, elle induit un pic de croissance, mais aussi une prise de poids importante. On peut passer de 35 à 70 kg en cinq ans ! Chez les jeunes filles, les transformations physiques qui accompagnent la puberté ont de quoi désarçonner : les hanches s'élargissent, la poitrine se développe... Il est, par conséquent, crucial d'aider l'ado à aborder au mieux ces changements. Mais, à l'heure des réseaux sociaux et du retour inquiétant des diktats physiques, le défi semble de taille pour les parents.

Dans un rapport inédit, publié mi-janvier 2026, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) a entériné ce que beaucoup craignaient, à savoir que « certaines pratiques sur les réseaux sociaux numériques, notamment celles axées sur l'image et l'apparence physique (publication et retouche de selfies, exposition à des contenus idéalisés), sont corrélées à l'intériorisation des idéaux corporels, l'auto-objectification [fait de s'évaluer comme objet visuel visant à être observé par autrui] et la comparaison

sociale ascendante [à des influenceurs, des célébrités, des mannequins aux corps réputés parfaits], qui sont des facteurs intermédiaires des troubles des conduites alimentaires (TCA) ». L'agence estime qu'une consultation accrue de ces contenus renforce « l'insatisfaction corporelle et la surveillance excessive de son apparence corporelle ».

UN CERVEAU ENVAHI D'IMAGES ET D'INJONCTIONS

Le Dr Renaud de Tournemire, pédiatre à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt (92) et vice-président de la Fédération française anorexie boulimie (FFAB), a constaté, ces dernières années, un accroissement des conduites de contrôle du poids chez l'adolescent. « Un jeune avec une faible estime de soi souffrira de la rencontre avec des corps présentés à tort comme parfaits, suivra des régimes absurdes ou fera de l'exercice dans le seul but de sculpter son corps ou de perdre certaines rondeurs pourtant normales », déplore-t-il. Le spécialiste considère que s'il a pu y avoir une tendance « body positive » et de la régulation sur les réseaux sociaux, « les algorithmes actuels, et en particulier celui de TikTok, mènent vite à un déferlement de contenus autour de la maigreur, notamment avec le hashtag *SkinnyTok*, mais aussi autour de l'alimentation saine, de type "what I eat in a day", où l'on expose ce que l'on mange dans une journée ». Et le pédiatre d'avertir : « Avec ou sans facteurs de risque (antécédents familiaux, histoire de vie difficile, remarques sur la corpulence...), ces images et injonctions vont envahir le cerveau de l'adolescent, qui ne va plus penser

Bon à savoir

Accompagner les aidants

La Fédération française anorexie boulimie (FFAB) est dédiée aux parents d'adolescents concernés. Elle propose un site internet et la ligne téléphonique Anorexie boulimie, info écoute, au 09 69 325 900 (permanences 4 j/semaine, de 16 h à 18 h). Face à la hausse du nombre de troubles des conduites alimentaires (TCA), elle sollicite vos dons.



**Isolement
et pensées
obsédantes font
partie des signaux
d'alarme.**

qu'à ça.» Or, le jeune «*est beaucoup trop fragile pour faire des régimes, qui risquent de provoquer une anorexie ou une boulimie*», indique le praticien, qui précise également que la prévalence des troubles des conduites alimentaires est maximale à cette période. L'anorexie mentale, où les pratiques de contrôle du poids (PCP) – restriction alimentaire, vomissements provoqués, activité physique effrénée... – dominant, débute le plus souvent avant 18 ans, alors que la boulimie (crises d'hyperphagie avec PCP) et l'hyperphagie boulimique (crises d'hyperphagie sans PCP) commencent un peu plus tard.

REPÉRER TÔT LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Pour une prise en charge optimale, les TCA doivent être repérés tôt. Ce n'est toutefois pas évident dans une période associée à la distance, au retrait et à des changements physiques et psychiques. «*Lorsque l'on parle de troubles des conduites alimentaires, on parle de pensées obsédantes autour du poids, de l'alimentation et/ou de la forme du corps, souvent les trois associées à des PCP et/ou à des crises d'hyperphagie*», détaille le D^r de Tournemire, qui ajoute que l'on passe parfois d'un trouble à l'autre. «*Chez l'adolescent, cela peut se manifester par un isolement, le refus d'aller manger avec ses amis, un contrôle de l'alimentation, des calculs caloriques incessants, une attention accrue à son ventre ou à ses cuisses*

devant le miroir [signe d'une dysmorphophobie, obsession sur un défaut imaginaire ou une légère imperfection de l'apparence physique], une activité sportive excessive (abdominaux, gainage...), souvent en solitaire, dans sa chambre...», liste le spécialiste. Notons une légère nuance entre les filles et les garçons, les premières se focalisant davantage sur la perte de masse grasse, et les seconds sur la prise de masse musculaire, avec une insuffisance d'apports caloriques dans les deux cas. Face à ces symptômes, un suivi doit être mis en place rapidement, notamment via les réseaux et les structures disponibles, tels que les Centre de recours, de coordination et d'évaluation (CRCE), afin que l'ado bénéficie d'une prise en charge médicale et psychologique.

LES PARENTS, DES COTHÉRAPEUTES

Le D^r de Tournemire considère les parents comme des cothérapeutes dans la prise en charge d'un jeune anorexique ou boulimique. Idéalement, père, mère, frères et sœurs sont reçus en consultation. «*On va les accompagner, les former, les coacher, car ce sont eux qui vivent au quotidien avec l'ado*», affirme le praticien. «*On va leur apprendre ce qu'est la pathologie, et les attitudes à adopter. Et leur demander d'essayer des solutions, puis les revoir et discuter avec eux des résultats, voire les orienter vers une thérapie familiale. L'idée n'est pas d'estimer >>*

SUIVI MÉDICAL NÉCESSAIRE

Mieux vaut garder un suivi médical régulier et prendre rendez-vous en cas de fluctuation brutale du poids de l'adolescent. Le médecin tracera sa courbe de

corpulence, pour voir s'il y a une perte ou une prise de poids excessive par rapport à la trajectoire attendue. Il pourra également repérer un trouble des conduites alimentaires (TCA).

Si besoin, un accompagnement adapté sera proposé.

La consultation permettra aussi de revenir sur la santé psychique du jeune, son hygiène de vie et son bien-être global.

>> *qu'il existe un dysfonctionnement familial à régler, mais qu'il y a une maladie et que l'on a besoin de toutes les ressources afin de la soigner», souligne-t-il. Recevoir les parents permet aussi de les aider à arrêter de se sentir coupables ou impuissants. «Dans toutes les maladies, et plus encore dans le domaine de la psychiatrie, ils ressentent fréquemment de la culpabilité. Ils ne sont pas responsables de la maladie dont souffre leur enfant. En revanche, on les invite à penser qu'ils ont une responsabilité dans les solutions à apporter pour que celui-ci aille mieux», insiste le pédiatre. Avec le temps, la guérison est l'issue la plus fréquente. «Les pratiques de contrôle du poids et les crises d'hyperphagie s'amendent peu à peu, l'adolescent*

retrouve une relation à l'autre plus normale, a de nouveau des amis avec qui il partage de bons moments, on est alors en bonne voie... Cela ne se limite pas à la question du poids», poursuit le thérapeute. Néanmoins, certaines formes peuvent devenir chroniques, 10 à 15 % des anorexies de l'adolescent perdurant toute la vie, du fait d'une prise en charge trop tardive ou de comorbidités psychiatriques sévères.

SOUTIEN INDISPENSABLE EN CAS DE SURPOIDS

Évidemment, le surpoids et l'obésité ont également des répercussions. Sur l'état psychique et la vie sociale de l'adolescent, ainsi que sur sa santé future. Un jeune dont l'embonpoint augmente risque d'entrer dans un cercle vicieux: il bouge moins, il grossit. Il a besoin d'une aide parentale, mais aussi médicale et psychologique, afin d'identifier les raisons de sa surcharge pondérale, de rééquilibrer son alimentation, et, surtout, de retrouver foi en son corps et en ses capacités via une «activité physique adaptée» (l'APA, dont parlent les kinésithérapeutes). Ses parents peuvent le soutenir pour qu'il réussisse à retrouver un poids de forme en bougeant avec lui le week-end, en l'encourageant à se déplacer plus souvent à vélo ou à pied au quotidien (quand il va à l'école, par exemple), en lui montrant l'exemple en matière d'alimentation, en évitant les régimes restrictifs, en limitant la quantité de tentations sucrées dans les placards ou les écrans... Le mieux reste de discuter avec son ado des solutions à mettre en place plutôt que de les lui imposer. ■



Il faut prendre certains signaux en considération : l'adolescent bouge moins, prend du poids, se sent démoralisé... il a besoin d'un soutien parental et médical.

COMMENT RÉAGIR FACE À SES LUBIES ?

L'adolescence est une période propice aux expérimentations, y compris sur le plan alimentaire. Nos réponses aux questions que les parents se posent.

Mon fils fait beaucoup de musculation, est-ce sans risque ?

Oui et non. En plein pic de croissance, son corps fabrique de la testostérone, et la musculation l'aide à faire de la masse maigre, du muscle. Gardez un œil sur lui, car toute pratique sportive intense peut impacter la croissance. En outre, un pré-adolescent va s'épuiser s'il s'y adonne trop, et être contre-productif au niveau mental. Mieux vaut l'accompagner dans son entraînement, avec l'aide de son médecin ou d'un coach en salle. Et assurez-vous qu'il ne prenne pas de produits illicites comme de la testostérone achetée en ligne.

Ma fille suit des influenceuses culinaires, quelle conduite puis-je adopter ?

L'enjeu est de savoir si elle se dirige vers de l'orthorexie, cette obsession du bien manger qui peut devenir pathologique, ou si elle fait la part des choses. Refuse-t-elle de toucher à une pizza ? Prend-elle toujours ses repas en famille ou avec ses amis ou s'isole-t-elle, au risque d'être en rupture avec son groupe d'âge ? Plutôt que de dénigrer ses pratiques et ses croyances, mieux vaut les accepter, mais en lui rappelant que l'équilibre alimentaire s'étale sur plusieurs jours. Et veillez à son état de santé, via un rendez-vous médical, voire des analyses sanguines. Elle se sentira respectée et vous serez rassuré.

Est-il important de maintenir des repas en famille ?

Oui, dans la mesure du possible. Si l'adolescent le souhaite et sait être raisonnable, on lui accordera un soir par semaine où il mangera seul dans sa chambre. L'idée est de conserver ce temps social,



familial, propice aux échanges, à la convivialité et, idéalement, au « bien manger ». On peut offrir de la souplesse: on s'accorde sur les menus hebdomadaires et les horaires des repas, tout en gardant un cadre nutritionnel et une compatibilité avec les autres obligations.

Mon ado consomme une grande quantité de protéines, est-ce dangereux ?

La mode étant à l'alimentation très protéinée, il peut vouloir consommer de la whey, cette protéine de lactosérum dont raffolent les sportifs, du skyr ou des produits enrichis en protéines. Sauf s'il a une maladie rénale, il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour sa santé. Toutefois, prudence dans le cas où il ne fait pas assez d'exercice: il risque de développer de la masse grasse plutôt que musculaire.

Il veut se mettre au végétarisme ou au végétalisme

Pas question de se braquer, au risque de voir votre ado s'entêter et se tourner vers des pratiques alternatives ou extrêmes potentiellement dangereuses, et même sectaires. Les spécialistes conseillent d'accepter, à condition de consulter un professionnel de la nutrition et de suivre ses recommandations. L'alimentation végétarienne doit être équilibrée pour ne pas induire des carences, tandis que le régime végétalien, sans produits animaux donc, nécessite à minima une supplémentation en vitamine B12, voire en fer et en calcium. ■

UN LÂCHER-PRISE MESURÉ

Période où le corps de la femme s'arrondit, la grossesse ne se réduit pas pour autant à des kilos en plus. La modération est ici de mise : pas de restriction ni d'excès alimentaire, mais une fourchette de poids à viser, sans diktat.

La prise de poids est l'un des sujets sensibles de la grossesse. Preuve que la surveillance de la société envers le corps de la femme ne s'arrête jamais, même quand elle est enceinte. Parviendra-t-elle à retrouver sa silhouette d'avant ? Est-ce grave si elle a grossi de 15 kg ? Le gain de poids « idéal », lorsqu'on attend un bébé, du moins celui conseillé, oscille généralement entre 9 et 15 kg. En réalité, cette fourchette n'est qu'indicative. *« Elle se rapporte à des critères de jugement du déroulement de la grossesse. C'est-à-dire qu'il s'agit de statistiques: grosso modo, une femme de corpulence normale est censée prendre entre 9 et 16 kg pour que tout se passe bien »*, explique le

P^r Philippe Deruelle, gynécologue-obstétricien au CHU de Montpellier. En fait, la fourchette recommandée dépend de la corpulence et du poids de la femme avant qu'elle tombe enceinte. Ainsi, si son indice de masse corporelle (IMC) est « normal » (entre 18,5 et 25 kg/m²), on lui indiquera une prise de poids de 11,5 à 16 kg. Si la personne est en surpoids (IMC entre 25 et 29,9), on suggérera 7 à 11,5 kg supplémentaires et seulement 5 à 9 kg de plus si elle souffre d'obésité – voire encore moins quand celle-ci est sévère. À l'inverse, en cas de maigre (IMC inférieur à 18,5), le gain de poids préconisé sera de 12,5 à 18 kilos.

DES RECOMMANDATIONS... À RELATIVISER

Toutes ces recommandations sont formulées dans un seul but : favoriser la bonne croissance du fœtus, d'une part, permettre une grossesse et un accouchement sans complications, d'autre part. En outre, une prise de poids modérée facilite le retour au poids antérieur. Cependant, comme le précise le P^r Deruelle, ces fourchettes de poids sont autant à garder en tête qu'à relativiser : *« C'est toute la difficulté qui existe entre des données statistiques et épidémiologiques, et des modifications individuelles »*, souligne-t-il. Ajoutant que *« certaines femmes vont prendre plus de poids que conseillé durant leur grossesse, sans qu'il y ait forcément de conséquences néfastes à titre individuel. Et elles perdront par ailleurs facilement leurs kilos ensuite »*. D'où la complexité du sujet et la nécessité de ne pas être dans l'injonction... De surcroît,

UN STOCKAGE SALVATEUR

Rappelons que la prise de kilos est avant tout un phénomène naturel et physiologique. *« L'espèce humaine fonctionne ainsi : le corps de la femme enceinte fait des réserves. À l'époque des chasseurs-cueilleurs, l'enfant à naître pouvait être nourri de l'énergie stockée par l'organisme de sa mère en cas de disette »*, souligne le P^r Philippe Deruelle, gynécologue-obstétricien au CHU de Montpellier. Aujourd'hui, l'énergie emmagasinée sous forme de graisse n'est pas forcément utilisée par le futur bébé en début de grossesse, mais peut l'être à la fin, ou après l'accouchement, pour soutenir les besoins énergétiques accrus lors de l'allaitement.



Un régime diversifié permet de couvrir les besoins nutritionnels spécifiques de la femme enceinte.

DR-MEDIA/ISTOCK

la prise de poids peut être inégalement répartie d'une personne à l'autre, certaines femmes faisant davantage de rétention d'eau. À l'approche du terme, cette «répartition» est ainsi estimée: de 3 à 3,5 kg pour le bébé, de 4 à 5 kg pour le placenta, l'utérus, le volume sanguin, la rétention d'eau et le liquide amniotique, de 3 à 4 kg de réserves graisseuses et au moins 0,5 kg de tissu mammaire (poitrine). Tous ces facteurs cumulés, on dépasse facilement les 10 kg supplémentaires sur la balance... sans compter les 3 à 4 kg de plus en cas de jumeaux.

SE FIER AU GYNÉCOLOGUE OU À LA SAGE-FEMME

Quant à la prise de poids par trimestre ou par mois, si l'on trouve là aussi des chiffres de-ci de-là (de 1 à 3 kg au premier trimestre, puis en moyenne 0,4 kg par semaine aux deuxième et troisième trimestres, soit de 4 à 6 kg pour chacun), ils ne sont qu'indicatifs. Du fait des nausées et de vomissements en début de grossesse, certaines femmes ne vont rien prendre les trois premiers mois, voire maigrir, quand d'autres seront tirillées par la faim >>

PRISE DE POIDS TRÈS RAPIDE ET ŒDÈME : À SURVEILLER DE PRÈS !

Une prise de poids soudaine, en quelques jours ou de plus de 1 kg en une semaine, doit inviter à consulter rapidement. Avec la rétention d'eau (œdème au niveau des membres et des extrémités), c'est un signe annonciateur de problème hépatique ou de prééclampsie, une complication grave de la grossesse. Cette dernière se caractérise par une hypertension artérielle et l'apparition de protéines dans les urines. Urgence médicale, elle peut également se manifester par des maux de tête, des bourdonnements d'oreille ou encore des mouches devant les yeux, et conduire à un déclenchement précoce de l'accouchement.

>> dès le début et engrangeront les kilos – sans que cela perturbe la croissance fœtale ni le bon déroulement de la gestation. En ce sens, les applications de suivi du poids sont au mieux inutiles, au pire anxiogènes; mieux vaut, pour la future mère, se référer au gynécologue ou à la sage-femme qui la suit. Ils sauront répondre à ses interrogations, l'alerter ou la rassurer en cas de gain de poids excessif ou trop faible. Le P^r Deruelle confie peser rarement ses patientes et se fier davantage à la croissance de leur fœtus, suivie de près à l'échographie. Laquelle peut amener à évoquer la prise de poids face à un «gros» bébé au vu de son âge gestationnel et/ou en cas de diabète gestationnel. En dehors de cela, «*le poids ne doit pas être une idée fixe, les femmes ayant déjà beaucoup d'injonctions... et celles en situation d'obésité n'ont pas attendu leur médecin pour se poser des questions*», fait remarquer le praticien.

FOCUS SUR L'ALIMENTATION ET L'HYGIÈNE DE VIE

Même son de cloche chez les professionnels de la nutrition, qui estiment que, durant la grossesse, bien plus que sur le poids, il faut se focaliser sur l'alimentation et l'hygiène de vie, en adoptant ou en conservant un régime équilibré et une activité physique régulière. Émeline Bacot, diététicienne

nutritionniste qui exerce dans le 9^e arrondissement de Paris, juge même que cette période est l'occasion de se défaire de l'obsession du poids sur la balance et de se concentrer sur sa santé et celle du bébé. «*En dehors des situations d'obésité, qui nécessitent une certaine vigilance, il n'y a pas de raison, a priori, de dépasser une prise de 15 à 20 kg lorsqu'on a une alimentation équilibrée, sans trop d'excès, et que l'on maintient une activité physique, rapporte la spécialiste. Grossesse et post-partum ne sont pas des périodes de contrôle du poids et de la silhouette, mais de surveillance attentive des apports nutritionnels.*» Elle invite les futures mamans à faire la paix avec leur corps et leurs formes durant ces neuf mois particuliers de leur vie. C'est le moment de «*lâcher prise au niveau esthétique. Cela viendra plus tard, si on le souhaite. Cependant, ce ne doit pas être la priorité immédiate*», assure-t-elle. Après tout, le corps change pour la bonne cause: créer un être humain !

OBÉSITÉ : QUELS SONT LES RISQUES ASSOCIÉS ?

Si la grossesse appelle à une certaine tolérance concernant le rapport au poids, il ne faut toutefois pas nier les risques associés à une obésité et/ou à un gain pondéral excessif. «*Associés*” est vraiment le bon terme, juge le P^r Deruelle. *De fait, chez les femmes qui ont dépassé la prise de poids dite recommandée, on observe davantage de complications vasculo-placentaires de la grossesse, telles que la pré-éclampsie ou l'hypertension artérielle gravidique – on notera néanmoins que les kilos en excès ne sont pas forcément la conséquence de ces pathologies. Ils peuvent représenter un symptôme associé.*»

En elle-même, l'obésité est un facteur aggravant durant la grossesse, car elle accentue les risques de macrosomie fœtale («gros» bébé de plus de 4 kg à la naissance) et de diabète gestationnel, lesquels font à leur tour grimper les risques de complications durant l'accouchement et le post-partum. «*À la naissance, un bébé macrosome, dont le poids dépasse la courbe au-delà du 95^e percentile (c'est-à-dire qu'il est supérieur à celui de 95 % des bébés du même âge), augmente le recours à la césarienne, le risque de déchirure du périnée et celui d'expulsion difficile*», prévient le P^r Deruelle.



d'orienter les gènes du fœtus vers un objectif d'épargne et d'accroître le risque d'obésité infantile. Bonne nouvelle, intervenir sur le mode de vie (alimentation, activité physique, sommeil...) de femmes enceintes obèses diminuerait, chez leur enfant, des modifications épigénétiques associées à des maladies métaboliques (obésité, diabète), comme en témoigne une étude publiée dans la revue *Plos Medicine*, en 2020⁽¹⁾.

SE FAIRE ACCOMPAGNER POUR PERDRE DES KILOS EN AMONT

L'idéal, en cas de surpoids ou d'obésité, reste de perdre des kilos en amont d'une grossesse. Une obésité risquant d'impacter la fertilité (au niveau de l'ovulation, notamment), il est judicieux de se faire accompagner avant de se lancer, afin de limiter le gain pondéral et de mettre en place un mode de vie sain – ces deux aspects étant intimement liés. «*Dans les obésités les plus importantes, il peut être conseillé de garder un poids stable ou de n'en perdre qu'un tout petit peu*», conclut le Pr Deruelle. Un tel programme nécessite néanmoins une prise en charge adéquate, avec une intervention hygiéno-diététique visant une alimentation équilibrée, mais aussi sans carences. ■

(1) «*Maternal dysglycaemia, changes in the infant's epigenome modified with a diet and physical activity intervention in pregnancy: Secondary analysis of a randomised control trial*».

Par ailleurs, une prise de poids exagérée de la femme enceinte est susceptible d'avoir un impact sur l'épigénétique du fœtus, c'est-à-dire sur la façon dont ses gènes s'exprimeront. Ainsi, une alimentation riche en graisses pendant la grossesse peut entraîner chez le bébé à naître la méthylation (modification chimique) de gènes métaboliques clés contribuant à un risque d'obésité future. Toutefois, un apport nutritionnel insuffisant est également en mesure

UN RÉGIME RESTRICTIF, C'EST NON !

La grossesse n'est pas du tout le bon moment de se restreindre. À l'exception des régimes méditerranéen, flexitarien, végétarien ou végétalien (lesquels nécessitent un suivi médical et une complémentation indispensable), oubliez tous ceux dont l'objectif est la perte de poids. Pas question non plus de compter

ses calories, au risque de développer une «*mommyrexie*» (contraction de *mommy*, «*maman*», et d'anorexie) ou un autre trouble du comportement alimentaire. Il faut manger de tout, en proportions raisonnables, et écouter ses sensations et sa faim. Rappelons que toute alimentation non équilibrée expose à des carences. Or, si le corps est capable de pallier

l'absence de tel ou tel nutriment en puisant dans les réserves maternelles pour nourrir le fœtus, la future mère, elle, risque de se retrouver carencée, ce qui peut entraîner certaines conséquences telles que chute de cheveux, malaises, anémie (par manque de fer), engendrant une grande fatigue, ou encore ostéoporose (qui augmente le risque de fracture).

PATIENCE SUR LA BALANCE

Ne soyez pas pressée de perdre vos kilos de grossesse. Instaurez des routines saines et fixez-vous des objectifs raisonnables tout en laissant du temps au temps.

Une fois qu'on a accouché, on peut être déçue lorsqu'on monte sur la balance et que le chiffre affiché est inférieur à celui espéré. D'abord, au niveau morphologique, l'utérus met quelques semaines à retrouver sa taille initiale. Et dans les heures après la délivrance, les jeunes mamans perdront entre 6 et 8 kg tout au plus, correspondant au poids du bébé, du placenta et du liquide amniotique. Le volume sanguin reviendra à la normale plus tardivement, et la rétention d'eau pourra s'atténuer, permettant ainsi de s'alléger de quelques kilos dans les semaines qui suivent. Mais les graisses accumulées, en vue d'un possible allaitement, s'envoleront plus tard. «*Ce poids-là, un peu "en trop", s'en ira assez naturellement à partir du moment où l'alimentation et l'hygiène de vie reprendront correctement*», rassure Émeline Bacot, diététicienne nutritionniste à Paris. Pour autant, il ne faut pas vouloir rentrer dans ses jeans d'avant-grossesse dans les premiers mois du post-partum. Selon les experts, cette étape durerait en réalité trois ans, comme l'affirme la sage-femme Anna Roy dans son livre⁽¹⁾. «*La plupart des kilos pris durant la grossesse disparaissent*

généralement dans les premiers mois, mais les petites ou grosses réserves du corps demeurent encore quelque temps», concède la spécialiste.

FATIGUE, STRESS : DES FREINS MAJEURS

La période du post-partum n'est en rien propice à l'amincissement. Le corps sort du marathon physique et émotionnel qu'est l'accouchement, la chute hormonale rend plus sensible aux changements d'humeur, la fatigue s'accumule à cause des nuits hachées... «*Celle-ci ouvre l'appétit, prévient la diététicienne. Notre corps a deux principales manières de récupérer en cas de fatigue: le sommeil ou l'alimentation.*» Le premier étant très compromis pour les jeunes mamans, elles en viennent parfois à manger plus que leurs besoins énergétiques et/ou de façon déséquilibrée. Elles peinent donc à maigrir, voire elles grossissent. D'autant que les bonnes habitudes sportives adoptées avant ou durant leur grossesse sont parfois enterrées, faute de temps. La vie professionnelle, elle, reprend assez rapidement et s'ajoute à la charge

COMPARAISON N'EST PAS RAISON

Si se fixer un nombre de kilos à perdre après la grossesse n'est pas recommandé, il est également déconseillé de se comparer tant aux stars hollywoodiennes (qui recourent à des coachs et autres professionnels pour les épauler) qu'à son entourage

ou à ses amies. «*Certaines femmes récupéreront leur corps "d'avant" en quelques mois, d'autres devront patienter plus longtemps, et ce n'est pas grave. Finissons-en avec la compétition, à celle qui aura le meilleur post-partum, ou qui aura retrouvé son poids initial*

le plus rapidement. Chacune y va à son rythme, l'essentiel étant d'être bien dans sa tête», rappelle la diététicienne Émeline Bacot. Lors de cette période de vulnérabilité psychique, mieux vaut surveiller ce point que ce qu'affiche la balance.



Pour fabriquer du lait maternel en quantité suffisante, il faut avoir une alimentation équilibrée, ni trop riche ni carencée.

A. STILLIS/ISTOCK

quotidienne. « *Toute l'hygiène de vie est chamboulée, et ces facteurs mis bout à bout peuvent peser sur la balance* », ajoute Émeline Bacot. La diététicienne invite les femmes en post-partum à s'interroger sur les raisons qui les poussent à se nourrir ainsi et à remettre les sensations au cœur de leur assiette, afin de lutter contre les pulsions sucrées. Et l'organisation que l'on met en place joue un rôle important. L'anticipation et la planification des repas via des plats surgelés préparés en amont, la mobilisation de l'entourage pour gérer les courses ou cuisiner, l'achat de produits sains (oléagineux, légumes, fruits, laitages peu sucrés) plutôt que de snacks gras et sucrés (bonbons, barres chocolatées ou de céréales, gâteaux, etc.)... voilà autant d'astuces permettant de conserver une alimentation la plus équilibrée possible. Et pas besoin de s'éterniser en cuisine: « *On peut réaliser des plats très simples, des assemblages, et jouer uniquement sur les assaisonnements pour obtenir quelque chose de bon* », relève Émeline Bacot. Car il n'est pas question de passer aux légumes vapeur insipides et de se priver. Durant cette période de vulnérabilité psychique, mieux vaut éviter les restrictions et se faire plaisir lorsqu'on passe à table. Cela n'empêche pas d'essayer de réduire les portions, en écoutant sa faim, pour limiter les excès caloriques, a fortiori si l'on a du mal à maintenir un niveau suffisant d'activité physique.

L'ALLAITEMENT, UN FAUX AMI ?

On a longtemps cru que l'allaitement faisait fondre miraculeusement les kilos de grossesse. La réalité serait plus nuancée. Certes, il augmente les besoins énergétiques (de 300 à 600 calories par jour). Mais en parallèle, « *il ouvre l'appétit* », indique notre interlocutrice. Si l'on grignote trop souvent et que l'on dépasse ses besoins caloriques, on peut prendre du poids tout en donnant le sein. Et se restreindre via un régime est une fausse bonne idée, l'allaitement nécessitant une alimentation équilibrée pour subvenir aux besoins énergétiques du bébé et soutenir la production de lait. Celle-ci peut diminuer en cas de déficit calorique ou de régime carencé, mettant en péril l'allaitement. L'organisme va alors puiser dans les réserves de la mère, laquelle risque d'être encore plus fatiguée, voire anémiée. Il est cependant judicieux de suivre les recommandations usuelles en matière d'alimentation, à savoir limiter les produits ultratransformés, les graisses saturées, les denrées très sucrées, et faire la part belle aux fruits et légumes, aux laitages, aux céréales complètes, aux poissons gras riches en oméga 3 (sardines, maquereaux...), aux viandes maigres... tout en buvant au moins 2,5 litres d'eau par jour. ■

(1) Le post-partum dure trois ans - Alors, laissez-vous du temps ! d'Anna Roy, éd. Larousse, 2023.

LE POIDS DES ANNÉES

Difficile de prédire la trajectoire précise que suivra notre poids tout au long de notre existence. Néanmoins, quelques études font état de tendances à la hausse, avec de grandes variabilités entre individus.

Qu'on le déplore ou qu'on s'en réjouisse, il faut savoir qu'il est quasi impossible de garder le même poids tout au long de sa vie d'adulte. Outre les variations ponctuelles en raison d'événements précis (grossesses, régimes, dépression, trouble des conduites alimentaires, adoption d'une hygiène de vie différente, arrêt du tabac, etc.), il est amené à évoluer au cours du temps, et suit rarement une trajectoire linéaire. Ainsi, ce serait une hérésie de penser que l'on pèsera à 50 ans le même poids qu'à 20 ans.

Interrogée sur cette problématique, la diététicienne nutritionniste Katia Tardieu, auteure d'un article de blog bien documenté sur la question, admet que s'il existe bien quelques exceptions – des individus qui ne vont ni grossir ni mincir pendant leur existence entière, voire perdre plusieurs kilos –, «*la norme, c'est la prise de poids*». Laquelle se produirait de manière continue et s'élèverait, en moyenne, à 12 kg entre 20 et 50 ans. «*Je ne saurais pas dire si cela tranquillise vraiment tout le monde. Je pense qu'au contraire, certaines personnes ne sont pas rassurées de l'apprendre, quand d'autres se sentent soulagées de savoir qu'il s'agit d'un phénomène normal, physiologique*», indique la professionnelle.

ENTRE 20 ET 30 ANS, LA DÉCENNIE CRITIQUE

Une étude scientifique, parue en 2012 dans l'*International Journal of Epidemiology*⁽¹⁾, confirme ce gain pondéral, qui s'étend sur plusieurs années. Menée outre-Atlantique sur 9 681 Américains âgés de 18 à 49 ans, elle observe une trajectoire, une tendance, qui serait a priori universelle:

une prise de poids progressive, quoique plus importante entre 20 et 30 ans (+ 8 kg en moyenne), puis qui décélère sans pour autant s'interrompre jusqu'à 60 ans environ (+ 6,5 kg entre 30 et 40 ans, + 4,3 kg entre 40 et 50 ans, + 2,1 kg entre 50 et 60 ans).

Comme souvent, les causes de ce gain de poids régulier sont multiples. Il y a certes, tout d'abord, les changements de mode de vie (alimentation, sédentarité...), mais aussi, dans une moindre mesure, le ralentissement progressif du métabolisme de base de chacun. «*Le métabolisme de repos, c'est-à-dire la dépense énergétique du corps au repos, diminue, notamment en raison d'une modification de la composition corporelle, avec une baisse de la quantité de tissus métaboliquement actifs, tels que l'os et le muscle. Cette fonte musculaire et osseuse s'avère assez inéluctable avec l'âge. Toutefois, on est en mesure de la ralentir avec une pratique physique suffisante et des apports alimentaires adéquats (en particulier davantage de protéines)*», développe Katia Tardieu.

«*Si l'on regarde la formule mathématique du métabolisme de base [entre autres, en utilisant la méthode Harris-Benedict, qui inclut l'âge, le poids, la taille et le sexe d'un individu], entre 20 et 60 ans, selon la corpulence et le sexe de la personne, il est possible d'avoir un différentiel de 300 kilocalories. Cependant, si on observe année après année, cela représente seulement 3 calories de moins, ce qui n'est pas grand-chose*», souligne la spécialiste. Une telle information suggère qu'il s'agit d'une donnée à considérer sur le très long terme. Des facteurs non modifiables entreraient également en jeu, à l'instar de la génétique, avec des courbes familiales au niveau du poids, bien qu'on trouve, là aussi, des exceptions.



Manger sainement,
faire du sport
et bien dormir
évite de prendre
trop de kilos.

SOIGNER SON HYGIÈNE DE VIE À MESURE QUE L'ON VIEILLIT

À titre individuel, il ne faut pas s'inquiéter d'une variation du poids à la hausse au cours des années. En jouant sur les paramètres modifiables (alimentation et hygiène de vie saines), on peut agir pour qu'elle demeure dans la « norme ». Et ce afin de limiter la survenue de complications liées au surpoids ou à l'obésité, comme les risques cardiovasculaires et de cancer. Ainsi, puisque le métabolisme de base ralentit, il conviendra d'ajuster, à la baisse, l'apport calorique global et d'accroître légèrement celui en protéines pour pallier la fonte musculaire, tandis que l'activité physique sera maintenue à un niveau suffisant.

Adopter de bonnes habitudes de sommeil et lutter contre le stress, via la méditation, le yoga, etc., sont d'autres pistes permettant d'éviter de prendre un nombre démesuré de kilos au fil des ans. En fait, en matière de poids, l'avancée en âge devrait inciter à soigner davantage son hygiène de vie à mesure que l'on vieillit, afin de compenser les changements physiologiques qui lui sont associés. Et lorsque, malgré ces mesures hygiéno-diététiques, l'indice de masse corporel (IMC) ne cesse d'augmenter pour atteindre le stade d'obésité modérée à sévère, avec les complications que l'on connaît, le recours à une chirurgie bariatrique ou à des médicaments anti-obésité peut être évoqué. ■

(1) « *Body mass trajectories through adulthood : results from the National Longitudinal Survey of Youth 1979 Cohort (1981-2006)* », par T. Østbye, R. Malhotra et L. R. Landerman, International Journal of Epidemiology (2011).

LES SEXAGÉNAIRES PÈSERONT PLUS LOURD DANS 20 ANS

En sachant qu'il faut donc s'attendre à prendre quelques kilos entre la vingtaine et la soixantaine, mieux vaudrait « démarrer » sa vie d'adulte avec un indice de masse corporelle (IMC) considéré comme « normal », entre 18,5 et 25 kg/m². Hélas, on s'achemine plutôt vers la hausse de l'IMC des jeunes au fil des générations, « les nouvelles

ayant tendance à entrer dans la vie active avec un poids plus élevé que les précédentes au même âge », déplore Katia Tardieu, diététicienne nutritionniste. À tel point que, « dans l'hypothèse où l'on s'en tient aux évolutions des courbes de poids, on se dirige vers une augmentation du surpoids et de l'obésité dans les années à venir,

lorsque les jeunes générations vieilliront. Les personnes qui auront 60 ans dans 20 ou 30 ans pèseront plus lourd que celles qui ont actuellement cet âge », avertit-elle. Avec, à la clé, davantage de risques pour la santé découlant de cette obésité plus précoce et s'aggravant au fil des ans. Sauf si on tente de faire quelque chose pour y pallier.

AGIR SANS ÊTRE FATALISTE

La prise de poids liée à la ménopause ou à l'andropause n'est ni systématique ni inéluctable. Voici quelques astuces pour que ce passage ne soit pas synonyme de kilos en plus.

Contrairement à une idée reçue, il n'y a pas forcément de prise de poids brutale autour de la cinquantaine, du fait de la ménopause chez la femme ou de l'andropause chez l'homme. Le gain est plutôt progressif, et si les changements hormonaux de la ménopause peuvent y conduire (de quelques kilos), ils sont surtout responsables d'autres évolutions: «*Avant la ménopause, l'équilibre œstrogènes-progestérone soutient le métabolisme de base. Lors de l'arrêt progressif de la production de ces hormones, ce dernier ralentit, ce qui peut engendrer une prise de poids*», explique le Dr Alain Scheimann, endocrinologue, diabétologue et nutritionniste à Paris. Dès la périménopause, le déséquilibre qui s'installe entre la production d'œstrogènes et de progestérone par les ovaires va favoriser le gain pondéral au niveau de l'abdomen (graisse viscérale) et la réorganisation de la masse grasse. La femme est ainsi susceptible de passer d'un profil gynoïde (en forme de poire), avec davantage de graisses sous-cutanées au niveau des hanches et de la poitrine, à un profil plus androïde (en forme de pomme), avec un stockage plus important sur le ventre, et en profondeur, celui-ci augmentant les risques cardiovasculaires car la graisse viscérale est la plus délétère pour la santé.

UN ÉTAT PHYSIOLOGIQUE AUQUEL PRÉPARER LES FEMMES

L'évolution de la silhouette et l'ajout de quelques kilos, souvent associés à la ménopause, résulteraient ainsi davantage du ralentissement du

métabolisme de base lié à l'âge et de la réorganisation des graisses que des changements hormonaux eux-mêmes. Pour autant, ces phénomènes peuvent s'aggraver en cas d'alimentation déséquilibrée – avec, par exemple, la consommation de sucreries en excès pour compenser stress, fatigue et anxiété, associée ou non à un manque d'activité physique et à un sommeil perturbé. Bonne nouvelle, cependant: il est possible de les freiner si l'on maintient, ou amplifie, des habitudes saines. «*Ménopause ou andropause sont des périodes que l'on gagne à anticiper, en renforçant son hygiène de vie, indique le Dr Scheimann. Grâce à une activité physique régulière et une alimentation équilibrée, voire un peu plus riche en protéines (hors contre-indications) et amoindrie en sucres ajoutés et graisses saturées. La ménopause n'est pas un cercle vicieux qui s'installe, c'est un état physiologique auquel il faut en effet préparer les femmes, notamment en les invitant à poursuivre une hygiène de vie saine.*» Et de souligner que celles qui débutent leur ménopause avec un surpoids ou une obésité basculent souvent dans une obésité plus importante, et donc plus délétère pour la santé.

L'endocrinologue ajoute que la prescription d'un traitement hormonal substitutif (THS) – aujourd'hui souvent décrié du fait du risque légèrement accru de cancer du sein qu'il engendre, ainsi que d'autres effets indésirables (notamment cardiovasculaires) – peut moduler la prise de poids associée à la ménopause. Ce THS permettrait tant de limiter le gain pondéral que de conserver, dans une certaine mesure, une silhouette gynoïde. Gardons toutefois en tête qu'il doit être réservé



Les bouleversements hormonaux liés à l'âge peuvent affecter notre poids et réorganiser la masse grasse dans le corps.

aux femmes ayant un quotidien très affecté par les symptômes de la ménopause (bouffées de chaleur, notamment) et qu'il implique une surveillance médicale régulière.

DES CHANGEMENTS PLUS SUBTILS CHEZ L'HOMME

Chez les hommes, l'andropause est déjà sujette à débat quant à son existence même... La prise de poids associée est donc moins documentée et moins crainte. Ce phénomène tel qu'on l'entend – caractérisé par une baisse de production de la testostérone (non son arrêt total), et aussi appelé déficit androgénique lié à l'âge (Dala) – est bien plus progressif que la ménopause chez les femmes. Il s'étale à minima entre 40 et 60 ans. Si bien qu'on estime qu'un homme sur trois environ en ressent les symptômes: baisse de libido, troubles érectiles et du sommeil, bouffées de chaleur,

troubles de l'attention, irritabilité... Plus que des kilos supplémentaires sur la balance, c'est une fonte musculaire (essentiellement au niveau des cuisses) et une augmentation du périmètre abdominal qui sont observées chez l'homme. *«C'est un peu le même phénomène que chez la femme, c'est-à-dire que le métabolisme de base ralentit et la thermogénèse induite par l'alimentation est moins efficace. Résultat, l'organisme stocke plus facilement»*, prévient le D^r Scheimann. Là encore une bonne hygiène de vie peut faire la différence, et ce d'autant plus que le tissu adipeux transforme la testostérone en œstrogènes. Enfin, réduire sa masse grasse en intensifiant son activité physique et en soignant son alimentation permettrait d'aider à garder un niveau de testostérone suffisant pour éviter les désagréments.

Notons qu'il est possible et judicieux, en cas de symptômes d'andropause, de faire tester sa testostérone. Si un déficit est avéré, fondé sur deux dosages successifs dans le sang, on parle d'hypogonadisme. Après sa mise en évidence, un traitement à base de testostérone, sous forme injectable, de gel ou de patch, peut s'envisager. Il a pour conséquence de stimuler le métabolisme de base, de booster l'humeur, la libido et la fonction érectile, et offre potentiellement des répercussions positives sur le poids. L'homme se sent mieux, bouge davantage et augmente ainsi sa masse musculaire. Un cercle vertueux s'engage – qu'il convient d'entretenir, car ce traitement n'est pas voué à être maintenu sur la durée. Précisons par ailleurs qu'il a son lot d'effets indésirables, comme le THS chez la femme en ménopause. C'est pourquoi il n'est pas prescrit systématiquement, mais réservé à ceux dont le Dala est constaté et gênant. *«Il s'agit de vérifier l'absence de contre-indications, et de mettre en place une surveillance médicale régulière»*, conclut le D^r Alain Scheimann. Une tâche qui incombe à l'endocrinologue ou à l'urologue. ■

ACCEPTER SON CORPS

Des changements s'opèrent à partir de 60 ans : une perte de muscle, et parfois une légère prise de poids. Sans céder aux diktats de la mode, il est important de privilégier une hygiène de vie saine et de se surveiller.

Bien dans son corps, dynamique et socialement actif, le sénior peut penser être un adulte comme un autre. Or, en matière de poids, ce n'est pas vrai. Avec l'âge, les kilos ont pu s'accumuler – ce qui n'est pas anormal –, si bien qu'il se retrouve en surpoids ou en obésité au regard des normes. À partir de 65 ans, et surtout après 70-75 ans, mieux vaut revoir ses standards alimentaires et de mode de vie, pour des raisons de santé et d'autonomie. Paradoxalement, en dehors de toute pathologie associée, c'est moins la surcharge pondérale que la fonte musculaire et la dénutrition qui inquiètent les médecins, notamment les gériatres, spécialistes du sujet.

INDICE DE MASSE CORPORELLE UN PEU PLUS ÉLEVÉ

«Souvent, dans la population générale, l'idée reçue, c'est qu'il faut être mince quand on est jeune et le rester ensuite», remarque la P^e Agathe Raynaud-Simon, gériatre et médecin nutritionniste à l'hôpital Bichat, à Paris. En réalité, les données indiquent que l'indice de masse corporelle (IMC) moyen s'élève au fil des années, si bien qu'à la retraite, une majorité de personnes présentent un surpoids. Selon une étude de la Ligue contre l'obésité, coordonnée par des chercheurs de l'Inserm et du CHU de Montpellier, publiée en février 2023, dans le *Journal of Clinical Medicine*, l'excès de poids touche 57,3% des 65 ans et plus, contre 23,2% des 18-24 ans. En revanche, la prévalence de l'obésité a peu augmenté chez les séniors, là où elle a été multipliée par trois, voire quatre chez les jeunes adultes (18-34 ans) en 23 ans. Toutefois, cette réalité statistique n'est pas à combattre, du moins pas tant qu'il ne s'agit que de quelques kilos «en trop» et que ceux-ci ne sont pas

associés à des facteurs de risques cardiovasculaires (diabète, hypertension, etc.). D'ailleurs, un certain nombre de gériatres estiment que l'IMC «idéal» du sénior ne devrait pas se situer entre 18 et 25 kg/m², comme chez l'adulte plus jeune, mais entre 22 et 27, voire jusqu'à 30 kg/m², car les problématiques ne sont pas les mêmes. «Toute la question est de déterminer jusqu'où on fait de la prévention de l'obésité, et à partir de quand on commence celle de la dénutrition»,



PEOPLEIMAGES/ADOBÉ STOCK

souligne la P^r Raynaud-Simon, présidente du Collectif de lutte contre la dénutrition. Notons que l'IMC ne dit pas tout du poids ni de la composition corporelle d'un individu. Il est possible qu'à indice égal, deux séniors aient des profils différents, l'un avec une faible masse musculaire, à risque de dénutrition, et l'autre avec une masse musculaire plus importante. De plus, une obésité modérée n'est pas foncièrement problématique chez les personnes de cette tranche d'âge sous réserve qu'elle ne soit pas associée à des troubles cardio-métaboliques qu'il faut impérativement traiter, grâce notamment à un rééquilibrage alimentaire.

EMBONPOINT PROTECTEUR ET SYNONYME DE LONGÉVITÉ

L'obésité sévère, voire morbide, doit susciter une vigilance car elle implique des risques cardio-métaboliques et de cancers. Mais un embonpoint apparaît comme moins préoccupant chez le séniors, qui aurait même tout intérêt à s'autoriser quelques kilos en trop... à condition d'avoir une bonne santé physique et métabolique. «*Si l'on observe une cohorte, c'est-à-dire un groupe de personnes suivies durant de nombreuses années, on s'aperçoit que celles qui passent de la catégorie "mince" à celle de "en surpoids" à partir de 50, 60 ou même 70 ans sont celles qui ont le risque de décès le plus faible dans les 10 ans qui suivent*», détaille ainsi la P^r Raynaud-Simon. Et d'ajouter que ce changement de catégorie n'est pas associé à davantage de problèmes de santé, et serait même plutôt synonyme de meilleure longévité.

La dernière étude en date faisant état de cette tendance est parue fin août 2025 dans la revue *Jama Network*⁽¹⁾. Des chercheurs californiens ont voulu vérifier si l'IMC influençait la survie post-opératoire de 414 sujets (de 75,9 ans en moyenne) subissant une chirurgie majeure, entre 2019 et 2022. Verdict: ceux dont l'IMC s'élevait de 25 à 29,9 (qui pourraient

L'OBÉSITÉ SARCOPIENIQUE, LE SCÉNARIO DU PIRE ?

C'est «*le pire qui puisse arriver à une personne âgée*» en matière de poids, selon la gériatre Agathe Raynaud-Simon: l'obésité est associée à une sarcopénie, soit une perte importante de masse, de force et de fonction musculaires. «*C'est avoir trop de masse grasse et pas assez de muscle*», résume la spécialiste. Le gras finit par infiltrer les muscles, les rendant encore plus faibles. On parle alors de myostéatose. L'obésité se complique d'une faiblesse musculaire, qui nuit à la mobilité et à l'autonomie. Il faut combattre ce cercle vicieux. Un accompagnement adapté peut permettre d'inverser la balance – au niveau de la composition corporelle – et l'activité physique, d'entretenir ou de reprendre de la masse musculaire pour pouvoir bouger davantage.

être considérés en surpoids au sens strict de la définition de l'IMC) ont eu le taux de décès à 30 jours le plus bas, à 0,8% toutes causes confondues, contre près de 19% chez les patients à l'IMC classé comme «normal». Quant à ceux dont l'IMC était inférieur à 18,5 (insuffisance pondérale), ils présentaient le pourcentage de décès à 30 jours le plus élevé (75%). L'embonpoint permettrait donc aux séniors de mieux s'en sortir en cas de maladie grave, de perte de poids soudaine liée à une maladie grave ou d'infection. Les quelques kilos «en trop» aideraient le corps à combattre le stress physiologique engendré par la pathologie ou l'acte chirurgical et à mieux récupérer, là où une personne très mince aurait moins de réserves et serait donc plus vulnérable.

AMAIGRISSEMENT ET FONTE MUSCULAIRE

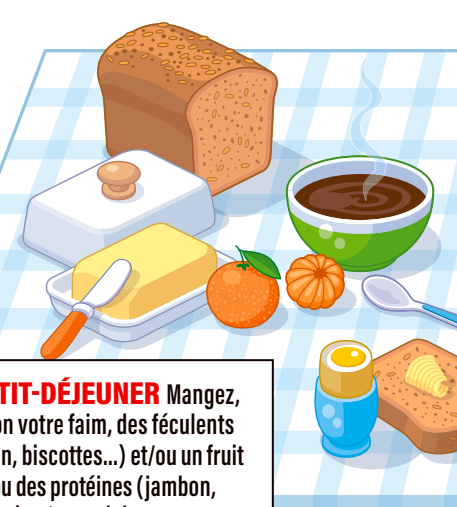
«*Ce que l'on craint, en vieillissant, ce n'est pas tellement l'excès de gras. C'est plutôt le manque de muscle*», nous précise la P^r Raynaud-Simon. Ainsi, un régime, d'autant plus s'il est restrictif ou non guidé par un professionnel de la nutrition, peut se traduire par une perte de poids, certes, mais aussi et surtout par une fonte de la masse musculaire, laquelle est particulièrement >>

Bon à savoir

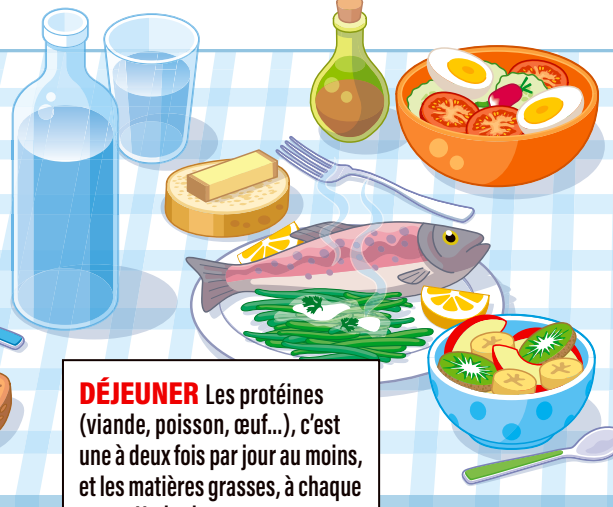
Dénutrition

Être dénutri, c'est avoir perdu 5% de son poids corporel en un mois, ou 10% en 6 mois, ou 10% par rapport au début d'une maladie.

À TABLE Un seul mot d'ordre : se faire plaisir !



PETIT-DÉJEUNER Mangez, selon votre faim, des féculents (pain, biscottes...) et/ou un fruit et/ou des protéines (jambon, œuf...) et/ou un laitage.



DÉJEUNER Les protéines (viande, poisson, œuf...), c'est une à deux fois par jour au moins, et les matières grasses, à chaque repas. Variez leurs sources.

>> délétère chez un séniör. Physiologiquement, une personne de plus de 55 ans voit déjà sa masse musculaire diminuer, et ce même si elle a une activité physique suffisante et une alimentation qui apporte assez de protéines. En perdant du poids, ce déficit risque encore de s'accélérer. Contrairement à l'enfant ou à l'adulte en bonne santé qui reprendront les kilos perdus au cours d'un événement stressant (infection, chirurgie, etc.) en mangeant davantage ensuite, le séniör, lui, ne va pas regrossir spontanément, en particulier quand l'appétit est faible. « C'est de la physiologie du vieillissement », indique la P^r Raynaud-Simon.

QUI CONSULTER ?

Le médecin traitant, souvent le premier interlocuteur, n'est pas toujours équipé pour déceler une dénutrition. Le gériatre, lui, dispose d'appareils pour évaluer le poids, la force de préhension ou la force musculaire des jambes, via le test du lever de chaise, ou la composition musculaire, grâce au bilan d'impédancemétrie. Enfin, médecins nutritionnistes et diététiciens nutritionnistes peuvent donner des conseils pour adapter son alimentation selon son âge, ses goûts, ses habitudes et... son poids.

VISER UN POIDS STABLE ET BOUGER PLUS

Ainsi, à partir de la soixantaine, il semble utile de veiller à entretenir sa fonction musculaire plutôt que de maigrir pour atteindre un poids correspondant aux canons de beauté mais pas à la réalité physiologique du séniör. Il faut, bien sûr, prendre en charge les éventuels facteurs de risques cardiovasculaires, voire perdre des kilos si l'état de santé l'exige, par exemple lorsque l'obésité s'accompagne d'une sarcopénie (perte de la masse et de la force musculaires) et menace l'autonomie. Néanmoins, perdre du poids quand on a un IMC compris entre 22 et 27 kg/m² n'est ni nécessaire ni judicieux. Et, à l'inverse, si une personne ayant toujours eu une corpulence mince, voire maigre, ne devient pas dénutrie dès lors qu'elle passe le cap des 65 ans, elle a tout de même intérêt à surveiller son poids pour ne pas en perdre. voire à grossir un peu, en prévention. Bouger, pratiquer une activité physique régulière et adaptée reste primordial pour entretenir sa fonction musculaire et s'ouvrir l'appétit.

MONTER SUR LA BALANCE POUR SCRUTER UNE PERTE DE POIDS

On ne conseille pas à un séniör en bonne santé de se peser tous les jours. « À partir de 65 ans, une fois par mois suffit », assure la P^r Raynaud-Simon.

TOUJOURS

De l'eau à volonté,
de préférence
entre les repas.

COLLATION OU GOÛTER

Prendre un fruit, un laitage ou un produit céréalier à 16 heures permet d'atteindre les objectifs lorsqu'on mange peu aux repas.

DÎNER

Consommez des légumes au déjeuner et au dîner (crudités, soupe...) et des produits laitiers (lait, fromage, yaourt) deux à trois par jour.

Oublier de le faire ne pose pas de problème. Simplement, mieux vaut garder un œil sur la balance, car toute perte de poids inexplicable, même de quelques kilos, n'est pas souhaitable, et peut cacher une pathologie ou un traitement médicamenteux inadapté. Par ailleurs, «*s'il y a une maladie, une hospitalisation, une chirurgie ou tout autre élément nouveau qui apparaît, il faut se peser toutes les semaines et bien noter son poids, recommande la gériatre. Faisons passer le message aux séniors que le fait de perdre du poids spontanément, ou même parce que l'on a suivi un régime afin d'être mince, ça n'est pas bon pour les muscles, et donc pas bon pour la santé.*»

Lorsqu'on est aidant, et d'autant plus si notre proche âgé ne se pèse jamais, d'autres indicateurs sont à garder en tête. L'envie de manger va décroître de façon très importante en cas de perte de poids associée à une dénutrition. La personne que l'on soutient, qui avait jusqu'à présent bon appétit, ne finit plus son assiette ou se sert désormais en très petites quantités. Au niveau des vêtements, une perte de poids peut se traduire par un gros changement au niveau du tour de taille, et donc du cran de ceinture. «*Il s'agit d'un critère très pertinent, car c'est assez fin, cela se joue entre 2 et 3 cm*», expose la Pr Raynaud-Simon. Les habits devenus trop grands constituent bien un autre indicateur, mais ils font état d'une perte de poids déjà très élevée.

DÉNUTRITION : DES RISQUES RÉELS

L'Assurance maladie estime que près de 1 million de personnes de plus de 65 ans souffrent de dénutrition. Or, celle-ci ne se résume pas à une simple perte de poids sur la balance. Elle provoque de réelles complications: faiblesse musculaire et/ou généralisée, perte de mobilité et/ou d'autonomie, risque de chute... «*On parle de personnes qui ont plus de mal à monter et à descendre les escaliers, marchent lentement et présentent de réels risques de chute*», avertit la gériatre. Chute qui, chez un séniors, représente toujours un événement grave, surtout s'il n'arrive pas à se relever spontanément, s'il y a eu des fractures, une hémorragie, etc.

Par ailleurs, la dénutrition favorise une baisse d'efficacité du système immunitaire et une mauvaise cicatrisation. «*Les personnes dénutries sont plus sujettes aux infections, et celles-ci s'avèrent plus fréquentes et plus graves*», prévient la spécialiste. De quoi conduire à des hospitalisations. Enfin, de manière générale, la dénutrition peut entraîner une perte d'autonomie et accroître le risque de décès. Heureusement, les moyens de lutte fonctionnent, et il est possible de reprendre du poids et du muscle, même âgé, avec un bon accompagnement médical et nutritionnel. ■

(1) «*Body Mass Index and Postsurgical Outcomes in Older Adults*», par C. Canales, M. Anderson, D. Elashoff et al.



Pathologies et conséquences



L'obésité est associée à plus de 200 affections, dont le diabète, les maladies cardiaques, certains cancers, des pathologies inflammatoires. Elle touche tous les aspects de la vie, affectif, professionnel, financier, émotionnel... La maigreur, si elle est physiologique, ne présente pas autant de risques pour la santé. À moins de tomber malade, car elle expose alors à la dénutrition – qui altère le fonctionnement du système immunitaire, augmente souvent la durée de séjour à l'hôpital et engendre une multiplication par deux des complications. Enfin, le contrôle du poids et de l'image du corps se retrouve au cœur de souffrances psychiques parfois gravissimes, potentiellement mortelles, liées aux troubles du comportement alimentaire.

SOMMAIRE

L'obésité, une pandémie	72
Interview de Karine Clément, professeure en nutrition	76
Maigreur et dénutrition, ne les confondons pas !	78
Quand manger pose problème	82
Anorexie mentale, aussi chez l'adulte	83
Boulimie nerveuse, d'abord les femmes	84
Hyperphagie boulimique, des crises à toute heure	85
Interview de J.-P. Zermati, médecin nutritionniste	86
Des conduites qui isolent	87

L'OBÉSITÉ, UNE PANDÉMIE

C'est un aveu d'échec terrible. En dépit des messages de prévention répétés depuis des décennies, comme « mangez moins gras, moins salé et moins sucré », les Français souffrent de plus en plus d'une surcharge pondérale.

En France, la prévalence des surpoids et de l'obésité est passée de 38,3% en 1997 à 48,7% en 2024, pointe l'enquête épidémiologique conduite en 2024 par Odoxa pour la Ligue nationale contre l'obésité. Ce chiffre atteint 54,8% pour les hommes et 43,2% pour les femmes, la majorité appartenant à la classe des 55-64 ans. Le phénomène étant mondial, il n'est pas exagéré de parler de pandémie d'obésité et de surpoids. Plus de 1 milliard de personnes sont concernées, et la prévalence est en hausse dans presque tous les pays. Autre chiffre, donné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : depuis 1990, le nombre d'individus en situation d'obésité a doublé chez l'adulte et quadruplé chez les enfants et les adolescents.

UNE HISTOIRE DE DÉSÉQUILIBRE

On a longtemps cru, de façon simpliste, que l'apport de graisses développait le tissu adipeux, selon le principe des vases communicants. En

réalité, la prise de poids survient lors d'un déséquilibre entre les apports (via l'alimentation) et les dépenses (résultant du métabolisme de base et de l'activité physique). Et, in fine, l'accumulation excessive de masse grasse s'avère susceptible de nuire à la santé. « La diminution de l'exercice et l'augmentation des comportements sédentaires représentent des déterminants essentiels de la chute des dépenses énergétiques chez le sujet obèse », pointe le docteur Cédric Moro, directeur de recherche et coresponsable d'une équipe Inserm à l'Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires, à Toulouse.

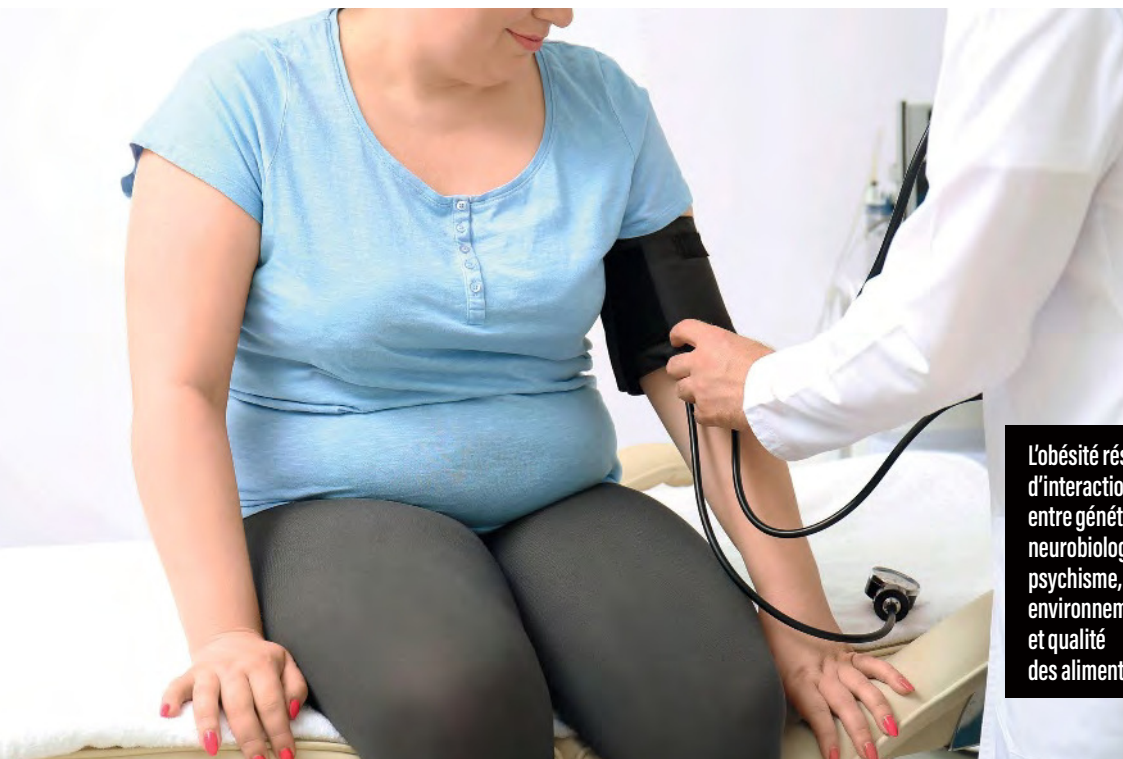
DES CAUSES MULTIFACTORIELLES

Le diagnostic concernant le poids repose, notamment, sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). On parle de surpoids quand ce dernier s'établit entre 25 et 30 kg/m², et d'obésité quand il dépasse 30 kg/m² (lire aussi p. 10). Pour autant, l'addition « on mange trop + on ne se dépense pas assez » ne suffit pas entièrement à expliquer l'obésité. Considérée par l'OMS comme une maladie chronique et récurrente, pas seulement comme un facteur de risque pour la santé, elle résulte d'interactions complexes entre des aspects génétiques, des mécanismes neurobiologiques, des comportements alimentaires, un environnement spécifique et la qualité des aliments – dont la composition a évolué au fil du temps. « Chaque individu naît avec des prédispositions plus ou moins importantes à prendre du poids, qui vont rencontrer un environnement dit “obésogène” dans la mesure où il favorise l'apparition et/ou l'aggravation de l'obésité », observe Aurélie Quillet, psychologue et coautrice de l'ouvrage *Idées reçues*

Bon à savoir

Le bon rapport oméga 3 et 6

Un déséquilibre entre les apports d'acides gras oméga 6 et ceux d'acides gras oméga 3 serait un des facteurs d'obésité. Les premiers se trouvent dans les huiles végétales (tournesol...), la viande, les œufs, les amandes et le soja ; les seconds, dans les noix, les huiles de colza et de lin, les poissons gras. Si l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) recommande un ratio de 5 oméga 6 pour 1 oméga 3, on observe plutôt un rapport de 15 pour 1 en Europe. Or les premiers participent à la synthèse de molécules favorisant l'inflammation et le développement du tissu adipeux, et les seconds réduisent cette synthèse.



L'obésité résulte d'interactions entre génétique, neurobiologie, psychisme, environnement et qualité des aliments.

sur l'obésité (éd. Cavalier Bleu, septembre 2025). En clair, certaines personnes héritent de gènes qui les amènent à prendre davantage de poids que les autres, alors qu'elles partagent le même mode de vie. Le manque de volonté et la paresse n'ont rien à voir là-dedans !

L'augmentation de l'incidence de l'obésité, qui reste d'actualité dans le monde, pourrait aussi être en partie liée à l'évolution de notre génome. La sélection génétique se serait faite lors des périodes de pénurie alimentaire, quand le risque de famine était important et que des efforts physiques considérables étaient indispensables pour se nourrir ou fuir les prédateurs. *«Mais aujourd'hui, dans les sociétés sédentaires et d'abondance, cette susceptibilité génétique chez certains individus pourrait prédisposer à l'expansion du poids, et également contribuer à une modulation des variations pondérales en réponse à des changements environnementaux»*, analyse la professeure de nutrition Karine Clément, endocrinologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, et directrice de l'unité Nutrition et obésités, approches systémiques (Inserm/Sorbonne Université/AP-HP – lire aussi son interview p. 76-77). Il se trouve que les facteurs obésogènes dans l'environnement sont désormais

multiples, des perturbateurs endocriniens à certains médicaments en passant par des conditions de travail stressantes, l'omniprésence des écrans, l'effet yo-yo des régimes à répétition, l'alimentation industrielle et la précarité.

COMPLICATIONS POSSIBLES

Les personnes en situation d'obésité ont une espérance de vie inférieure de cinq ans par rapport à celles dont le poids est normal. L'excès de masse grasse est en effet associé à de nombreuses pathologies et complications.

> Impacts de la surcharge pondérale sur différents tissus et organes L'excès de poids augmente les contraintes sur les articulations, favorise l'arthrose et aggrave son évolution. Le risque d'arthrose du genou est ainsi quatre fois plus élevé chez les femmes en situation d'obésité. L'élévation de la pression intra-abdominale, sous l'effet du développement du tissu adipeux viscéral, peut également provoquer un reflux gastrique comme des lithiases (calculs) biliaires, et aggraver l'incontinence urinaire d'effort. L'obésité s'accompagne aussi de complications >>

>> de la respiration, en particulier du syndrome de l'apnée du sommeil, dû au manque de tonus des muscles des voies respiratoires.

> **Hypertrophie du tissu adipeux viscéral**

Après un repas, le taux de sucre dans le sang (la glycémie) s'élève. Pour le réguler, le pancréas sécrète de l'insuline. Le rôle de cette hormone est de faciliter l'entrée du sucre dans les cellules du foie et des muscles, mais aussi au sein du tissu adipeux, où il est stocké sous forme de triglycérides. En cas de surpoids ou d'obésité, les adipocytes s'hypertrophient et/ou se multiplient pour augmenter les capacités de stockage. Ce mécanisme d'adaptation a toutefois ses limites. À force, les adipocytes sont de moins en moins aptes à capter l'excès de sucre dans le sang, tout comme les cellules du foie et des muscles, qui à leur tour résistent à l'insuline. Le taux de sucre augmente alors dans le sang; le pancréas finit par s'épuiser et entraîne le diabète de type 2. Les acides gras, qui ne sont plus stockés dans le tissu adipeux, sont également susceptibles de se déposer dans d'autres tissus et de provoquer, par exemple, une stéatose hépatique (soit une accumulation de graisse dans les cellules du foie). Ils peuvent aussi atteindre les vaisseaux, faisant alors le lit de l'hypertension artérielle et de l'athérosclérose (dégénérescence des artères due à la présence de plaques d'athérome) – autant d'éléments augmentant le risque d'accidents cardiovasculaires.

> **Dysfonctionnement du système immunitaire**

De nombreuses maladies chroniques ont un mécanisme commun: une inflammation à bas bruit qui les entretient et les redouble. «*Le surpoids et l'obésité jouent un rôle majeur dans l'aggravation et la persistance de cette inflammation chronique*, observe Assia Eljaafari, médecin-chercheuse au laboratoire Cardiovasculaire, métabolisme, diabète et nutrition (CarMeN, Inserm/Inrae/Université Lyon 1). *Les adipocytes du tissu adipeux (essentiellement viscéral) sont au cœur de ce processus.*» De fait, leur hypertrophie s'accompagne de la production de substances inflammatoires qui vont se propager dans d'autres tissus et rendre plus graves d'éventuelles maladies inflammatoires chroniques, ou cancers. «*Les molécules de l'inflammation pourront être utilisées par des cellules cancéreuses afin d'échapper à la réponse immunitaire. Elles s'en serviront pour se multiplier et se disséminer beaucoup plus rapidement, voire produire des métastases... Cela explique pourquoi l'obésité aggrave le pronostic de nombreux cancers*», précise le D^r Eljaafari.

L'inflammation favorise également parfois les troubles de l'ovulation, notamment dans le cas du syndrome des ovaires polykystiques (lire aussi p. 33), où les follicules s'accumulent dans

Bon à savoir

Inflammation : une prise de sang en dit beaucoup

L'inflammation chronique peut-être détectée en mesurant, dans le sang, le taux de la protéine C-réactive (CRP) produite par le foie et le tissu adipeux. Ce dernier est proportionnel au niveau de la réaction inflammatoire; il sera donc très haut en cas d'infection. L'élévation sera plus modeste en cas d'inflammation chronique, mais elle persistera. Des marqueurs sanguins

spécifiques permettent également de vérifier l'état de certains organes. Une augmentation des taux de transaminases (Asat, Alat) prouve, par exemple, l'existence d'une souffrance hépatique liée à une inflammation détruisant les cellules du foie. Et une hausse du taux de lipase (enzyme permettant la digestion des lipides) est généralement signe d'un problème d'origine pancréatique.



les ovaires sans être capables de mûrir pour libérer un ovule. Enfin, quand elle se propage dans le sang à partir du tissu adipeux, elle peut être détournée pour inhiber les réponses immunitaires, notamment contre les bactéries et les virus. «*L'obésité constitue donc un facteur de risque de complications lors d'infections virales, comme cela est connu pour la grippe et a été observé dans la maladie du Covid-19*», conclut le Dr Eljaafari.

IMPACTS DE LA « GROSSOPHOBIE »

Ce terme désigne l'ensemble des discriminations subies par les personnes en surpoids ou en situation d'obésité. La grossophobie est présente partout et au quotidien: dans les transports et les cabinets médicaux, sur les lieux de travail, à l'embauche, au sein de la famille, à l'école... Elle se manifeste également par des propos humiliants et dégradants, des insultes et même des agressions physiques. Elle a des répercussions sur la santé psychologique des personnes visées: mauvaise estime de soi, isolement social, anxiété et dépression. Elle affecte un adulte en situation d'obésité sur cinq, soit un ratio 20 à 30% plus haut que dans la population générale. Elle peut

VARIABLES GÉOGRAPHIQUES

Le lieu de vie est un facteur déterminant du risque d'être obèse. En zone rurale, les habitants sont à 39% en surpoids, contre 22% en région parisienne... Les variables géographiques de la maladie en France ont pour la première fois été mises en évidence en 2021, via une étude publiée dans la revue *Social Science & Medicine*: le risque de devenir obèse est quatre fois plus élevé dans les banlieues précaires des grandes aires urbaines. Plus on s'approche des centres-villes, plus il baisse: la densité de commerces et d'équipements étant forte, cela favorise à la fois une alimentation plus saine (car diversifiée) et une mobilité active au quotidien. À l'inverse, en zone rurale, les personnes sont souvent contraintes d'utiliser leur voiture pour aller au travail, faire les courses, chercher les enfants à l'école...

également être responsable de divers troubles du comportement alimentaire, qui génèrent et/ou aggravent l'obésité.

BÉNÉFICES D'UNE PERTE DE POIDS DE 5%

Chez la plupart des personnes en situation d'obésité, un amaigrissement équivalent à 5% du poids initial réduit le risque de complications cardiovasculaires et améliore l'état de santé⁽¹⁾. Cela représente 5 kg pour une personne qui pèse 100 kg, par exemple. Avec la perte de poids, des paramètres métaboliques, comme la glycémie, s'améliorent. «*Toutefois, cela ne justifie pas de recourir à des régimes hyperrestrictifs qui, lorsqu'ils sont prolongés, exposent à des effets indésirables parfois graves: carences, dénutrition, calculs biliaires, hyperuricémie (excès de sucre dans le sang), hypotension orthostatique (chute de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout) et diminution de la densité osseuse, prévient la revue Prescrire. Les fluctuations pondérales à répétition – l'effet yo-yo – semblent associées à des complications et à une mortalité accrues.*» ■

(1) Traité de nutrition clinique à tous les âges de la vie, coordonné par J. Bohé, N. Peretti, R. Thibault et S. Walrand, Société francophone nutrition clinique et métabolisme, 2025.



Un amaigrissement de 5% du poids initial réduit de beaucoup le risque de complications.

LIBUSCA/ISTOCK

KARINE CLÉMENT Médecin endocrinologue et professeure en nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris⁽¹⁾

« LE MICROBIOTE, ESSENTIEL À LA DIGESTION DE CERTAINS ALIMENTS »

Q C Qu'est-ce que le microbiote ?

Karine Clément Il s'agit de l'ensemble des micro-organismes – bactéries, levures, virus – qui vivent à différents endroits du corps humain. Si on les trouve dans la bouche, dans les bronches et sur la peau, c'est dans notre intestin qu'ils sont les plus nombreux. On en compte 100 000 milliards environ. Ils colonisent notre corps dès la naissance et durant les 1 000 jours suivants. Cet écosystème est ensuite modifié, voire agressé par notre environnement – exposition aux polluants et aux pesticides, mode d'alimentation, tabagisme, sédentarité, prise de médicaments... L'âge modifie aussi la composition du microbiote, qui s'appauvrit.

Q C À quoi sert cet écosystème ?

K. C. Le microbiote est essentiel à la production de diverses vitamines, à la réponse immunitaire et à la digestion de certains aliments. Il joue aussi un rôle dans la fabrication des acides gras à chaîne courte, comme le butyrate. Ce dernier, produit par des bactéries à partir des fibres alimentaires, sert entre autres de carburant aux cellules de la paroi intestinale. Ce n'est pas tout : le microbiote échange en permanence avec les autres organes. L'intestin et le tissu adipeux dialoguent avec le cerveau, les muscles, le foie et le pancréas, qui à leur tour communiquent avec le microbiote, et vice versa. Nous avons publié une étude montrant que cette interaction existe dans les deux directions.

Q C Comment les échanges se font-ils ?

K. C. L'information transite du microbiote aux autres organes à travers le système nerveux, en particulier via le nerf vague, qui possède beaucoup de terminaisons

dans l'intestin. Elle passe également par la sécrétion de nombreuses molécules, les métabolites, que ce dernier synthétise. Cela inclut les vitamines K ou B, telle la biotine, aux fonctions indispensables dans l'organisme – elle intervient, par exemple, dans la synthèse d'acides gras et la production d'énergie.

Q C Comment l'obésité altère-t-elle le microbiote ?

K. C. En diminuant fortement la diversité des espèces bactériennes présentes, mais aussi la proportion de chacune d'entre elles. On parle alors de dysbiose. Certains groupes de bactéries favorables à la santé se raréfient, voire disparaissent : nos travaux ont ainsi montré que l'obésité sévère est associée à une baisse des bactéries productrices de biotine, à des taux de biotine sanguins réduits et à des défauts d'utilisation de la vitamine dans le tissu grasseux.

Q C Que cela provoque-t-il ?

K. C. Des modifications de la diversité et de la composition du microbiote risquent de s'accompagner de perturbations de la barrière intestinale et d'une activation du système immunitaire local. Ces phénomènes ne sont pas isolés : ils interagissent avec d'autres organes, notamment le tissu adipeux. L'inflammation du tissu adipeux abdominal et les altérations du microbiote peuvent alors s'entretenir

L'obésité diminue la diversité du microbiote, ce qui perturbe la régulation du métabolisme



mutuellement. Certains métabolites produits par les bactéries intestinales influencent le métabolisme, la régulation de l'appétit et la sensibilité à l'insuline. S'installe ainsi un cercle d'interactions qui peut favoriser le maintien du déséquilibre.

Q C Quel rapport existe-t-il entre la dysbiose et le syndrome métabolique ?

K. C. Ce syndrome se caractérise par un excès de sucre dans le sang, un taux de triglycérides élevé, une diminution du taux de «bon» cholestérol, une tension artérielle trop haute et une accumulation de graisse viscérale. J'ai coordonné pendant six ans un programme de recherches européen nommé MetaCardis. Nous avons collecté les données de plus de 2000 personnes à différents stades de leur syndrome métabolique. Certaines étaient en parfaite santé, d'autres, en situation d'obésité, d'autres encore souffraient d'un diabète de type 2 ou d'une hypertension artérielle et de pathologies cardiovasculaires... Cette étude a prouvé la chute de la diversité microbienne dans le syndrome métabolique. Les changements de composition et de fonctions du microbiote apparaissent tôt dans l'évolution de la maladie.

Q C Comment améliorer l'état de son microbiote ?

K. C. Varier son alimentation est très important. Plus l'on consomme des groupes d'aliments différents, plus la diversité microbienne augmente. Il est conseillé de manger davantage de fibres,

de fruits, de légumineuses et des polyphénols, des nutriments présents dans le thé et le cacao. Choisir du bio est recommandé pour d'autres raisons: de plus en plus de données établissent que l'exposition aux pesticides s'avère délétère pour la barrière intestinale. Le niveau d'activité physique agit aussi sur la diversité microbienne. Nous coordonnons une nouvelle étude européenne appelée Nutrimune. Dans ce cadre, nous proposons à des personnes ayant une alimentation pro-inflammatoire d'adopter un régime de type méditerranéen diversifié. Il s'agit de voir dans quelle mesure il améliore les paramètres métaboliques et les capacités de réponses immunitaires. Chez les individus en situation d'obésité, on parle du risque majoré de diabète et de 13 formes de cancers. Ils présentent également une réponse immunitaire altérée, ce qui explique qu'ils sont plus vulnérables aux infections. Nous travaillons sur une personnalisation de l'alimentation adaptée aux caractéristiques du microbiote. C'est une science en marche.

Q C La chirurgie bariatrique a-t-elle un effet positif ?

K. C. Oui, en effet. Cet acte chirurgical, qui vise à restreindre l'absorption des aliments par la diminution du volume de l'estomac pour les cas d'obésité les plus sévères, entraîne une augmentation de l'abondance et de la diversité des bactéries synthétisant la biotine dans le microbiote, et une hausse de cette vitamine dans le sang.

Q C Avez-vous bénéficié d'un soutien financier pour vos travaux ?

K. C. Oui, nous bénéficions du soutien majeur de la Fondation pour la recherche médicale (FRM) depuis plus de 10 ans. Nous sommes concentrés sur ces enjeux de dialogues interorganes dans l'obésité. Ce soutien a été, en outre, décisif pour nous permettre d'investiguer le lien entre l'inflammation du tissu adipeux et le développement de sa fibrose, qui pourrait avoir comme origine des altérations du microbiote, à identifier.

(1) Également directrice du laboratoire de recherche Nutrition et obésités: approches systémiques (Inserm/Sorbonne Université).

NE LES CONFONDONS PAS !

Dans certains cas, un poids inférieur à la norme est lié à une pathologie ou une carence nutritionnelle. Dans d'autres, il correspond à la physiologie d'une personne en bonne santé... Comment faire la différence ?

Toutes raisons confondues, 5,3% des Français seraient concernés par la maigreur⁽¹⁾, c'est-à-dire par un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5, alors qu'il se situe entre 18,5 et 24,9 dans le cas d'une corpulence «normale». Un IMC bas peut être associé à un risque de carence nutritionnelle ou à un problème de santé, mais ce n'est pas obligatoire. Si, pour certains individus, un faible poids est lié à une cause pathologique, pour d'autres, il s'agit simplement d'un état naturel – en bref, d'une maigreur physiologique.

LA GÉNÉTIQUE, UN FACTEUR DÉTERMINANT

Les personnes concernées ont toujours été minces ou maigres, sans pathologie apparente ni sous-jacente. «La maigreur est présente dès la naissance, expose le professeur Pierre Jésus, nutritionniste au Centre hospitalier universitaire de Limoges

et membre du Collectif de lutte contre la dénutrition. À l'âge adulte, le poids est stable. On appelle cet état d'insuffisance pondérale "maigreur constitutionnelle". Elle est présente chez les hommes et les femmes. Ces dernières n'ont pas de problème de fertilité malgré leur faible poids, et les hommes ont une force musculaire normale.» Plusieurs membres d'une famille sont en général touchés par cette forme de maigreur. D'ailleurs, la génétique joue ici un rôle déterminant: divers gènes impliqués dans le contrôle du métabolisme seraient en cause, comme dans l'obésité. Ainsi, les personnes maigres ayant un IMC inférieur aux normes mais stable sur plusieurs années, avec une force musculaire conservée, ne sont pas dénutries. Elles présentent juste une maigreur constitutionnelle.

QUAND IL EST IMPOSSIBLE DE GROSSIR

Leur façon de se nourrir peut interroger, au risque d'être prise à tort pour un trouble du comportement alimentaire: elles font souvent plusieurs petits repas par jour et grignotent. Ces individus ne nient pas être maigres et souhaitent prendre du poids, contrairement à ce que l'on observe dans l'anorexie ou la boulimie, par exemple. Mais ils n'y arrivent pas, même lorsqu'ils s'astreignent à un régime hypercalorique. Des études ont montré qu'alors que leurs apports sont parfois supérieurs à leurs dépenses, ils ne grossissent pas. Voire, ils maigrissent, paradoxalement. Comment expliquer ce phénomène? Le tissu adipeux brun, qui participe au maintien de la température corporelle à 37 °C, serait plus actif chez

Bon à savoir

Une densité osseuse plus faible

On observe souvent une diminution de la densité minérale osseuse chez des patients jeunes atteints de maigreur constitutionnelle. Ainsi, 50% des femmes dans ce cas présentent un abaissement de la masse osseuse, et 25% ont un score de densité osseuse proche ou égal à celui retenu pour le diagnostic d'ostéoporose. Cette diminution de la densité minérale osseuse ne serait pas liée à une dénutrition ou à des carences alimentaires, mais à l'insuffisance du poids sur l'os. La gravité joue en effet un rôle essentiel dans la minéralisation des tissus osseux.



Une maigreur constitutionnelle a toujours été là, sans pathologie sous-jacente.

K. BIALASIEWICZ/ISTOCK

ces personnes maigres. Elles perdraient davantage de chaleur, comme le montrent des études réalisées à l'aide d'une caméra thermique. « Si la maigreur constitutionnelle ne menace pas la santé, elle peut être à l'origine de complications dès lors que l'on tombe malade ou subit un traumatisme – un accident de la route, par exemple, souligne le P^r Jésus. Les réserves énergétiques du patient étant faibles, il risque de facilement se retrouver en situation de dénutrition. » Enfin, la maigreur est fréquemment à l'origine d'une souffrance psychologique et d'un isolement.

Car comment se plaindre d'être incapable de prendre du poids dans une société qui prône la minceur ? Difficile d'être entendu !

PERTE DE POIDS ET FONTE MUSCULAIRE

Plus de deux millions de Français souffrent de dénutrition. Elle survient lorsque les apports alimentaires en énergie et/ou en protéines sont insuffisants ou inappropriés, de sorte qu'ils ne répondent pas aux besoins métaboliques de l'organisme. L'accroissement des besoins nutritionnels, dus à une pathologie ou à l'augmentation des pertes énergétiques par le tube digestif malade, peut également conduire à une dénutrition. Cette dernière est souvent la cause d'une prolongation de séjour à l'hôpital, et associée à une hausse des complications. Elles sont deux fois plus fréquentes chez les patients dénutris, car le fonctionnement de leur système immunitaire est altéré. Ils se défendent moins bien contre les infections, ont plus de mal à cicatriser et à se remettre d'une chirurgie.

La gravité de la dénutrition est corrélée à l'importance de la fonte musculaire. La mesure de la composition corporelle, et en particulier de la teneur en protéines présentes dans les muscles, est, en théorie, la meilleure méthode pour évaluer l'état nutritionnel. Mais elle est difficile à mettre en œuvre en dehors de l'hôpital. Quant à l'indice de masse corporelle (IMC), il ne contribue au diagnostic de dénutrition que lorsqu'il est inférieur à 18,5 chez l'adulte et à 21 chez la personne âgée. « Or un IMC supérieur à ces seuils n'exclut pas la dénutrition, précise le P^r Jésus. On peut avoir un IMC normal ou être en situation d'obésité, et en même temps dénutri... En effet, l'amaigrissement se traduit par une fonte musculaire, mais celle-ci est masquée par la masse grasse encore présente sous la peau. » En clair, une personne peut perdre vite du poids tandis que son apparence reste normale, voire « enveloppée ».

La baisse de poids est l'indicateur le plus pertinent pour dépister une dénutrition, qu'elle survienne chez une personne maigre, de poids normal ou en surpoids. Elle doit alerter lorsqu'elle est supérieure à 5 % du poids initial en un mois, ou 10 % en six mois. Elle comprend un amoindrissement >>



Des aliments denses en énergie sont recommandés en cas de dénutrition.

>> de la force musculaire, une fatigue, une anémie, une perte de cheveux et une aménorrhée chez une femme jusqu'à alors régulièrement réglée, ou encore des œdèmes aux membres inférieurs en fin de journée. Le médecin évalue la sévérité de cette dénutrition en fonction des chiffres d'IMC et de perte de poids relevés, ainsi que du dosage sanguin de l'albumine.

DÉNUTRITION : UNE MALADIE GRAVE SOUVENT EN CAUSE

« Contrairement à une idée répandue, cela ne concerne pas uniquement les personnes âgées, poursuit le Pr Jésus. La dénutrition peut toucher tout le monde, à tous les âges de la vie. Chez l'adulte, une maladie grave est le plus souvent en cause : pathologies digestives, insuffisance rénale, respiratoire, hépatique ou cardiaque, anorexie mentale... À l'hôpital, 20 à 40% des adultes sont dénutris. La proportion s'élève à 40% pour les patients atteints d'un cancer. » Les tumeurs de l'œsophage, de l'estomac et du pancréas sont associées au risque maximal de dénutrition. Le pronostic des malades cancéreux dénutris est plus mauvais, leur durée de survie, significativement réduite. Parfois, leur état justifie que leur traitement par chirurgie ou radiothérapie soit allégé, voire arrêté. De nombreuses autres pathologies sont susceptibles d'être à l'origine d'une dénutrition. Citons les troubles psychiques (dépression, psychose...), les maladies neurodégénératives, les polytraumatismes, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), le diabète... Des symptômes envahissants comme les troubles de la déglutition, les nausées-vomissements ou encore les diarrhées

LA RECETTE POUR SE REMPLUMER

En cas de dénutrition, le corps médical conseille de consommer des aliments denses en énergie tout en ayant des repas équilibrés et diversifiés. Il convient donc de mettre au menu des matières grasses, notamment les huiles végétales, mais aussi des céréales complètes – pâtes, riz... –, des protéines d'origine végétale – légumineuses –, des fruits secs et des oléagineux – noix, amandes –, des œufs, du poisson, des produits laitiers et de la viande. Bien sûr, il faut associer cette alimentation à une activité physique régulière, si l'on souhaite prendre du muscle en particulier.

peuvent également être en cause. Mais aussi certains traitements comme ceux contre le cancer (chimiothérapie et radiothérapie), la corticothérapie prolongée au-delà d'un mois ou encore la polymédication (prise de plus de cinq médicaments chaque jour). De même que des interventions de chirurgie digestive lourde (gastrectomie, résection de l'intestin grêle...). Enfin, les régimes d'éviction (sans gluten, végétalien, végane) et les jeûnes peuvent aussi être impliqués.

La dénutrition a d'autres causes encore. Elle survient en cas de famine, lorsqu'on n'a pas de quoi se nourrir suffisamment ou d'acheter des aliments de qualité, en particulier des protéines. « Un âge supérieur ou égal à 70 ans est aussi un facteur de risque, en dehors de tout problème de santé. Parce qu'alors l'organisme assimile de moins en moins bien les nutriments », conclut le Pr Jésus. ■

(1) Source : étude Odoxa réalisée en 2024 pour la Ligue nationale contre l'obésité.

ANCHY/ISTOCK

UN OUTIL POUR FAIRE LE POINT

Le Collectif de lutte contre la dénutrition a conçu Parad – Poids Appétit Repas Alimentation –, un outil simple, précoce et universel pour sensibiliser sur le risque de dénutrition en quatre questions.

Le saviez-vous ?

Une perte d'appétit ou des difficultés à manger peuvent entraîner une perte de poids, favorisée par les problèmes de santé et par la dépendance.

La perte de poids affaiblit l'organisme : fatigue, perte de force musculaire et baisse de l'immunité.

On parle de dénutrition.

Une meilleure alimentation est possible, cela fait partie de la prévention et du soin.

C'est pourquoi il est important de parler des résultats de ce test avec votre médecin ou un diététicien.

Vous avez obtenu un ou plusieurs ● ou ■

Prenez rendez-vous avec votre médecin et faites-lui part de vos difficultés à manger, de votre perte d'appétit ou de poids. Il peut vous proposer un bilan médical, une consultation avec un diététicien ou un enrichissement de l'alimentation pour vous aider à limiter votre perte de poids ou à reprendre du poids. N'oubliez pas de faire un peu d'activité physique chaque jour, selon vos possibilités.

P OIDS

Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?

- Oui, plus de 5 kg = ●
- Oui, plus de 3 kg = ■
- Je ne sais pas = ▲
- Non = ★

A P PÉTIT

Mon appétit est :

- Très faible = ●
- Faible = ■
- Bon = ▲
- Très bon = ★

R EPAS

Je prends :

- 1 repas par jour = ●
- 2 repas par jour = ■
- 3 repas par jour = ▲
- 3 repas par jour + 1 collation = ★

A LIMENTATION

Difficultés pour manger :

- Il m'arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas = ●
- Je ne mange que des aliments mous = ■
- Je mange de tout ou presque mais j'ai des difficultés à mâcher les aliments durs (ex. : steak ou fruits crus) = ▲
- Je mange de tout sans difficulté = ★



Vous avez récolté une majorité de ▲

Gardez l'habitude de prendre trois repas complets par jour et accordez-vous une collation dans la journée si cela vous fait plaisir. Entretenez vos muscles avec une activité physique. Consultez un dentiste régulièrement : une bouche saine est importante pour l'alimentation. Pesez-vous tous les mois et, en cas de perte de poids ≥ 3 kg, informez votre médecin.

Vous n'avez obtenu que des ★

C'est très rassurant ! Continuez à vous alimenter régulièrement et avec plaisir. Pratiquez une activité physique, ce qui vous plaît et selon vos possibilités. Pesez-vous une fois par mois. L'objectif est de garder un poids stable. Si vous perdez 3 kg ou davantage, signalez-le à votre médecin.

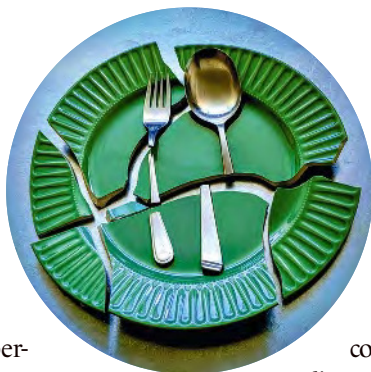
Conception : P Agathe
Raynaud-Simon
Réalisation : K'hoë
Groupe Get



QUAND MANGER POSE PROBLÈME

Les troubles des conduites alimentaires concernent environ 880 000 personnes en France. Ils constituent un enjeu de santé publique majeur.

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) se caractérisent par une conduite anormale vis-à-vis de la nourriture, variable selon les profils. Cela va de la restriction sévère des apports dans l'anorexie mentale aux ingestions excessives dans l'hyperphagie boulimique. Ils s'accompagnent d'une obsession pour les aliments et d'inquiétudes sur le poids et la silhouette. «*Si les TCA débutent le plus souvent entre 14 et 20 ans, ils peuvent survenir plus tôt dans l'enfance, ou beaucoup plus tard à l'âge adulte, précise le docteur Philibert Duriez, psychiatre à la Clinique des maladies mentales et encéphales à l'hôpital Sainte-Anne (Paris), et vice-président de la Fédération française anorexie boulimie (FFAB). En outre, leur évolution chronique est souvent marquée par des rechutes.*» Ces dernières concernent 50 à 70% des patients, selon le ministère de la Santé. L'impact de ces troubles, qui affectent davantage les femmes, est considérable sur la santé physique et psychique des malades, allant jusqu'à menacer leur vie. Les TCA sont d'ailleurs responsables d'une surmortalité élevée: de 2 à 12 fois plus importante qu'en population générale. Or, seule une minorité



des personnes qui en souffrent (entre un tiers et la moitié) accède aux soins aujourd'hui. La prise en charge, qui doit toujours être menée par une équipe pluridisciplinaire, est insuffisante. Les TCA regroupent diverses affections considérées comme des pathologies par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*, ouvrage de référence international des psychiatres: l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles non spécifiés. Chez l'adulte, ils devraient être classés et traités comme des addictions pour un «*trouble de l'usage de l'alimentation*», estiment certains experts.

Repérer les troubles pour les guérir

Il existe plusieurs signes d'alerte du développement d'un TCA. La personne atteinte développe tout d'abord une intense préoccupation de ce qu'elle mange et de son poids. Elle s'impose des détox, des «*purges*» et des restrictions caloriques extrêmes. Elle évite des situations sociales impliquant des repas ou recourt à des «*mesures compensatoires*» après avoir mangé pour ne pas grossir: exercice physique intense, prise de laxatifs, vomissements, saut de repas. Reconnaître ces signaux est essentiel, car traiter les TCA dans les six premiers mois de leur apparition a plus de chances de mener à un rétablissement complet du malade. Différentes maladies psychiatriques les favorisent: «*Dépression, bipolarité, troubles de la personnalité, troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité et baisse de l'estime de soi*», détaille le site Ameli.fr. *Le plus souvent, un perfectionnisme est aussi présent chez les personnes souffrant d'un TCA.* ■

Bon à savoir

Des pathologies chroniques

Quel que soit le trouble qui se met en place en premier (le plus souvent, l'anorexie mentale), les symptômes observés varient au cours du temps, car les TCA sont chroniques. Tant que la pathologie reste sous-jacente, elle peut resurgir sous une autre forme.

AUSSI CHEZ L'ADULTE

Essentiellement féminine, l'anorexie mentale se fonde sur une distorsion de l'image corporelle. Elle peut présenter un vrai danger pour la santé.

Ce trouble psychique, l'anorexie mentale, concerne 9 femmes pour 1 homme. Il s'agit d'une restriction alimentaire extrême, certaines patientes allant jusqu'à perdre la moitié de leur masse corporelle. Pourtant, elles ont toujours l'impression d'être «grosses». Leur image d'elles-mêmes est déformée, et elles paniquent à l'idée de reprendre du poids. Les garçons sujets à ce trouble sont surtout, eux, à la recherche d'une silhouette athlétique, sans graisse. D'ailleurs, 31 à 80% des sujets anorexiques pratiquent une activité physique à outrance, incompatible avec leur poids (source: Fédération française anorexie boulimie).

Si elle débute, dans la moitié des cas, avant 18 ans, l'anorexie mentale peut perdurer, voire se déclarer à l'âge adulte. «On entend encore dire que c'est une pathologie de l'adolescence, regrette Philibert Duriez, psychiatre, vice-président de la Fédération française d'anorexie boulimie. Cette idée fautive est très stigmatisante pour les femmes de 30, 40 ou 50 ans qui en souffrent. Elles ne se sentent pas légitimes à demander de l'aide. Sans compter que certains services ne prennent pas en

charge les adultes... L'offre de soins, déjà très insuffisante, l'est encore plus pour ces patientes.» In fine, un adulte peut rester longtemps seul avec sa maladie.

Événements propices aux rechutes

Si, à l'adolescence, le trouble s'exprime de manière spectaculaire, dans l'impulsivité ou la provocation, les symptômes sont plus discrets chez l'adulte, masqués par un discours sur l'alimentation saine et/ou une pratique sportive intensive. «Souvent, les patientes ont été en rémission, ou semblé l'être – certains symptômes perdurant à bas bruit (troubles de l'image du corps, éviction de certains aliments...), sans conséquences majeures sur leur existence, poursuit le médecin. Puis, à l'occasion d'un événement de vie, elles rechutent: post-partum, infertilité, fracture pour ostéoporose précoce, deuil, etc.» Le refus de la nourriture en cache d'autres, notamment celui d'être submergé d'émotions négatives. Consacrer son énergie psychique à la maîtrise de son poids évite de penser à ce qui angoisse et donne l'illusion d'un contrôle sur sa vie. L'anorexie mentale est un trouble potentiellement grave: le taux de décès s'élève à 7%, tant par dénutrition que par suicide. ■

Bon à savoir

À votre écoute 4 jours sur 7

La permanence téléphonique de la Fédération française anorexie boulimie (FFAB) est assurée les lundis par des psychologues, les mardis par des associations spécialisées TCA, les jeudis par des médecins et les vendredis par tous les spécialistes, en alternance, de 16 à 18 h. Ils répondent aux questions, accompagnent et soutiennent patients, familles et proches. Anorexie-boulimie info écoute, au 09 69 32 59 00 (appel non surtaxé).



D'ABORD LES FEMMES

Si, dans les cas de boulimie, le poids reste relativement « normal », les complications peuvent être sérieuses. Là encore, le public féminin est davantage touché.

Ce trouble mental concerne quasi exclusivement des femmes. La personne est obsédée par son poids, se trouve toujours trop grosse, s'affame, jusqu'au moment où elle perd le contrôle et fait une crise boulimique. Elle avale une très grande quantité d'aliments sans plaisir, juste pour se remplir, dans un temps court et en cachette. Les crises s'accompagnent d'un profond sentiment de honte, de culpabilité et d'autodépréciation. Elles se répètent deux fois par semaine en moyenne mais, pour certaines patientes, bien plus souvent.

Compensations et atteintes graves

Les personnes boulimiques parviennent à garder un poids à peu près normal parce qu'elles multiplient les comportements compensatoires pour ne pas grossir: vomissements, jeûnes, prise de laxatifs et de diurétiques et pratique physique intensive. Comme l'anorexie, la boulimie expose à une surmortalité importante, de deux à trois fois supérieure à celle de la population générale. Les complications sont

surtout liées aux comportements compensatoires, car le poids est normal. Les vomissements répétés provoquent une érosion de l'émail dentaire, un gonflement des glandes salivaires situées sous la mâchoire du bas, une inflammation de l'oesophage et parfois une hémorragie digestive, ou encore une concentration trop faible de potassium dans le sang (hypokaliémie). Celle-ci peut provoquer des troubles graves du rythme cardiaque ou une atteinte des tissus musculaires. La prise répétée de laxatifs et de diurétiques expose, elle, à une constipation chronique, à un ralentissement du transit et à une déshydratation. Le retentissement psychologique s'avère aussi très important: « *Le risque suicidaire est majoré chez les patients souffrant de boulimie nerveuse, d'autant plus en cas d'antécédents d'abus psychologiques, physiques et sexuels*, souligne la Haute autorité de santé (source: « *Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge* », juin 2019). Les comportements d'automutilation sont fréquents, les addictions également (alcool en particulier). ■

Bon à savoir

Ménopause et risques liés

« *La ménopause est une période à risque d'apparition ou de rechute d'un trouble du comportement alimentaire, en particulier de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie, remarque le D^r Duriez, psychiatre. Les préoccupations autour de l'image resurgissent avec les transformations de la silhouette.* » De fait, la taille s'épaissit sous l'effet de la baisse des taux d'œstrogènes. C'est aussi une période de bouleversements familiaux: les enfants quittent le foyer, les parents vieillissants demandent des soins... sans compter, parfois, des problèmes de couple.



DES CRISES À TOUTE HEURE

Ce trouble se caractérise par des « glotonneries » irrépissibles, sans faim, accompagnées d'une détresse intense. Chez certains patients, elles ont lieu la nuit.



La personne souffrant d'hyperphagie boulimique se dégoûte, se sent coupable, est déprimée. Mais elle ne présente pas de comportements compensatoires pour garder un poids stable, comme on l'observe dans la boulimie nerveuse. Donc elle grossit, et son trouble s'accompagne de surpoids, voire d'obésité, aggravant sa détresse psychologique. Un cercle vicieux se met en place : l'incapacité à gérer ses émotions négatives pousse à chercher du réconfort dans la nourriture, mais l'on se sent encore plus mal après...

Un phénomène assez répandu

« Dans ce contexte, manger compulsivement devient un anesthésiant », détaille Pascal Couderc, psychanalyste, psychologue clinicien spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire (TCA) et créateur du blog *Boulimie.com*. C'est une manière de se calmer, de se remplir face à un vide intérieur, d'échapper momentanément à la douleur.

Une patiente en thérapie l'explique ainsi : « Je mange parce que c'est la seule chose que je contrôle. C'est le seul moment où je me sens apaisée. »

L'hyperphagie boulimique s'avère le plus fréquent des TCA : elle concerne 3 à 5 % de la population française. Elle touche presque autant les hommes que les femmes et se diagnostique plus souvent à l'âge adulte. « Ce trouble, reconnu comme un TCA, n'est distingué de la boulimie nerveuse que depuis 2013, explique Philibert Duriez, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Pour cette raison, il demeure méconnu du grand public. Sa fréquence est donc probablement sous-estimée, d'autant que les personnes atteintes consultent peu, ou seulement pour leur surpoids, sans évoquer leur hyperphagie boulimique. » ■

L'HYPERPHAGIE JOUE SUR LE MICROBIOTE... ET INVERSEMENT

Des chercheurs de l'Inrae, du CNRS, des universités de Bourgogne-Franche-Comté et de Rennes ont publié, en juin 2025, dans la revue *Advanced Sciences*, les résultats d'une étude sur le rôle du microbiote dans l'apparition et le maintien des troubles des conduites

alimentaires. Ils ont d'abord montré, chez les souris, que l'alternance de régimes standard et gras/sucré induisait des variations de poids de type yo-yo, et une évolution vers une hyperphagie boulimique spécifique aux aliments gras/sucrés. L'analyse d'échantillons fécaux a ensuite révélé

une modification du microbiote de ces souris. Ce dernier a été transféré à des sujets sains : ils ont alors développé le même type de compulsions vis-à-vis des aliments gras/sucrés... prouvant le rôle du microbiote dans le dérèglement des comportements alimentaires.

JEAN-PHILIPPE ZERMATI Médecin nutritionniste et auteur d'*Osez manger, libérez-vous du contrôle* (éd. Odile Jacob, 2019).

« LA NOURRITURE EST UN RÉGULATEUR NATUREL DES ÉMOTIONS »

Q C Pourquoi le traitement actuel du surpoids aggrave-t-il l'obésité ?

Jean-Philippe Zermati La raison est que ce traitement repose sur la prescription d'un contrôle mental, toxique pour le bon fonctionnement du comportement alimentaire. Nous continuons cependant à recommander des régimes au vu et au su de tous... Or, lutter contre ses envies de manger conduit à des comportements compulsifs, addictifs, hyperphagiques. Certains patients ont pu directement entrer dans l'hyperphagie après une seule diète protéinée ou un régime Dukan ! Il suffit d'une attention un peu appuyée sur son image corporelle et d'une légère inclination au perfectionnisme pour que tout aille de travers. Combien voyons-nous d'adultes qui se plaignaient de 2 ou 3 kg en trop dans leur adolescence, et qui ont aujourd'hui 20 ou 30 kg supplémentaires ?

Q C Comment sortir du contrôle mental de notre alimentation ?

J.-P.Z. Le contrôle mental, le «faire attention» que l'on attend de nous, nous a rendus littéralement accros au contrôle. Malgré la souffrance qu'il nous inflige, nous sommes incapables de nous en défaire. Le maintenir expose au risque de compulsions, tout comme le retirer. Une personne qui n'en a jamais eu aura beaucoup de mal à mesurer l'angoisse que provoque cette sensation de ne plus rien maîtriser, de sentir soudainement son corps échapper à toute rationalité. Il n'existe qu'un moyen de supprimer le contrôle mental, c'est de le remplacer par d'autres systèmes plus efficaces, naturels et physiologiques,

ceux de la régulation homéostatique, qui exprime les besoins du corps, et hédonique, qui agit sur la faim et déclenche les envies de manger.

Q C Manger pour se consoler, est-ce le signe d'un problème psychologique ?

J.-P.Z. Non. La nourriture est un régulateur naturel des émotions, comme le sommeil ou l'acte sexuel. Le mangeur consomme tranquillement sa barre de chocolat, sans pensée culpabilisante qui ne vient le déranger. Il profite à fond de son plaisir sucré. Une fois terminé, il se sent mieux, oublie ce qu'il vient de manger et passe à autre chose. L'humeur s'est rétablie. Il est réconforté.

Au repas suivant, sans s'en rendre compte, il aura moins faim et dînera un peu moins que d'habitude.

Q C Et se remplir à en avoir la nausée ?

J.-P.Z. Les crises d'hyperphagie, ou *binge*, n'ont pas pour but de se réconforter ou de rechercher le moindre plaisir. Elles ne visent qu'à s'assommer, à ne plus rien ressentir, à faire taire ses émotions, à obtenir

une anesthésie émotionnelle. Il s'agit d'hyperphagie dissociative, qui ne relève pas de la perte de contrôle. On est plus proche de l'automutilation. On pourrait tout aussi bien se scarifier ou se taper la tête contre les murs au sens propre, afin que la douleur physique devienne si forte qu'elle envahisse le cerveau et en chasse la moindre pensée intolérable. Derrière ces crises, on trouve toujours des difficultés psychologiques graves : des traumatismes, des abus sexuels, des enfants maltraités, des troubles de la personnalité...



DES CONDUITES QUI ISOLENT

Orthorexie, pica et mérycisme : ces troubles du comportement alimentaire, peu fréquents, s'avèrent à risque pour la santé et handicapants socialement.

> **Orthorexie** Ce trouble consiste à sélectionner de manière rigoureuse, voire obsessionnelle, ses aliments, avec une attention extrême concernant leur qualité, leur composition ainsi que leur caractère « bon pour la santé ». « *Il ne s'agit pas d'un choix libre et positif de manger sain* », observe le docteur Philibert Duriez, vice-président de la Fédération française d'anorexie boulimie (FFAB). L'orthorexie revêt une dimension pathologique lorsqu'elle devient une obsession et impacte la qualité de vie. Elle va, par exemple, empêcher la personne de partager un repas inopiné avec ses collègues parce que ses évictions alimentaires n'acceptent aucune exception... Cette rigidité l'isole socialement. Poussée à l'extrême, l'orthorexie peut s'apparenter à l'anorexie mentale.

> **Pica** Il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) méconnu et rare chez l'adulte. « *La personne est victime de compulsions alimentaires répétitives, qui vont la pousser à manger, en secret, des aliments non comestibles: de la terre, du papier, de la craie, des cheveux, des cailloux... Ce trouble se rapproche des addictions comportementales* », précise le psychiatre. Dans la plupart des cas, ça n'est pas dangereux pour la santé, car les personnes consomment des substances non toxiques. Elles ressentent toutefois un sentiment de culpabilité et de honte, c'est pourquoi elles ne consultent pas – cela explique pourquoi le syndrome de pica n'est, le plus souvent, pas dépisté. Il peut pourtant exposer à des infections alimentaires (par exemple, si la terre ingérée est contaminée), à un empoisonnement (si les écailles de peinture consommées, par exemple, contiennent du plomb...) ou encore à une occlusion intestinale. Ce TCA est souvent associé à des troubles anxieux et/ou dépressifs. Il peut aussi être lié à un retard mental, avec un trouble du spectre autistique, notamment.

> **Mérycisme** Il se caractérise par des régurgitations volontaires du contenu de l'estomac dans la bouche, sans lien avec des vomissements ou un reflux gastro-œsophagien. Les aliments régurgités sont à nouveau mastiqués puis ravalés, ou parfois recrachés. Ce trouble impacte la qualité de vie, car les personnes concernées fuient les occasions de manger en public, par honte. L'isolement social est susceptible de renforcer les troubles anxieux et/ou dépressifs qui peuvent être à l'origine du mérycisme. Ce TCA est susceptible de provoquer différents problèmes physiques qui vont conduire les patients à consulter : une perte de poids parfois importante, des carences nutritionnelles, des pathologies buccodentaires et une inflammation de l'œsophage. ■

LES VIOLENCES SEXUELLES EXPOSENT AUX TCA

Plusieurs travaux épidémiologiques ont montré un lien entre TCA et violences sexuelles. Une étude conduite par des chercheurs français, publiée en janvier 2022 dans la revue internationale *Eating and Weight Disorders*, a exploré ce lien à partir des données du Collectif féministe contre le viol⁽¹⁾. Elle porte sur 12 638 appels de victimes de violences sexuelles, et révèle que 4,3% d'entre elles développent soit une anorexie, soit une boulimie nerveuse, soit une hyperphagie. L'âge moyen du développement de ce TCA est de 13 ans. L'enquête montre aussi qu'à ce trouble viennent parfois s'ajouter d'autres affections psychiques comme l'anxiété, la dépression, les tentatives de suicide, les automutilations et l'alcoolisme.

(1) Il propose une ligne d'écoute gratuite, anonyme et confidentielle, Viols femmes informations, au 0 800 05 95 95.



Vraies et fausses solutions

R ééquilibrer son alimentation, pratiquer davantage d'activité physique, revoir son hygiène de sommeil... les premières pistes pour perdre du poids reposent sur des changements du quotidien. Encore faut-il savoir faire le tri, car toutes les méthodes ne se valent pas, et certaines promesses sont trompeuses. Lorsque ces ajustements ne suffisent pas, d'autres options sont envisagées, comme de nouveaux médicaments, voire de la chirurgie bariatrique – dans des cas bien spécifiques et strictement encadrés. En attendant des traitements qui s'attaqueraient directement aux causes de l'obésité ?

SOMMAIRE

Comment mincir sainement	90
Compléments alimentaires, pas nécessaires	94
Ces gadgets dans l'assiette	95
Les faux espoirs des régimes miracles	96
Bouger, ça protège	98
Dormir ou grossir, il faut choisir !	101
Des brûle-graisse sous surveillance	102
Une succession de retraits	104
La chirurgie bariatrique en dernier recours	106
La science se mobilise	109

COMMENT MINCIR SAINEMENT

En adoptant le régime méditerranéen, riche en fibres et en bon gras, et en évitant les produits ultratransformés, il est possible de perdre du poids et d'améliorer sa santé.

Pour perdre du poids et se stabiliser sur le long terme, il n'existe pas de recette miracle: «*On en revient toujours au même message, qui est de manger équilibré*», résume Tinh-Hai Collet, médecin adjoint agrégé au service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en Suisse. Mais qu'est-ce que cela signifie, en pratique ?

PRIVILÉGIEZ LE RÉGIME MÉDITERRANÉEN

«*Avoir une structure alimentaire qui se rapproche de la plus possible de l'alimentation méditerranéenne, en tenant compte de ses préférences, comme le préconise la Haute autorité de santé dans la prise en charge de l'obésité*», répond Sébastien Czernichow⁽¹⁾, professeur à l'université Paris-Cité et chef du service de nutrition de l'hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris. Le régime méditerranéen inclut de l'huile d'olive ou de colza comme source

Bon à savoir

Du bio... ultratransformé

Manger bio ne signifie pas forcément que l'on évite les aliments ultratransformés : ils représentent en effet 50 % des produits emballés dans les magasins spécialisés de type Biocoop (contre 70 % en grandes et moyennes surfaces). Et, même si le cahier des charges bio restreint le nombre d'additifs dans les produits alimentaires à une petite cinquantaine (contre plus de 300 en conventionnel), ils restent présents.



E. VESELOVA/ISTOCK

de graisse; des fruits, des légumes, des céréales complètes, des oléagineux (noix, noisettes, amandes), du fromage frais ou du yaourt (plutôt à base de lait de chèvre ou de brebis) chaque jour; des légumes secs (de type lentilles) et du poisson deux fois par semaine; des viandes maigres (essentiellement de volailles) une à deux fois par semaine, ainsi que des viandes rouges, mais très rarement.

La façon dont les denrées sont préparées a également toute son importance. Il s'agit en effet de privilégier une cuisson douce, en réduisant au maximum les fritures et les températures supérieures à 200 °C. Tout cela contribue à prévenir de nombreuses maladies. «*Plusieurs essais cliniques ont montré un bénéfice de cette alimentation méditerranéenne dans la prévention des rhumatismes inflammatoires et la récurrence d'un événement cardiovasculaire*», poursuit le médecin nutritionniste. Elle contribue aussi à prévenir l'hypertension artérielle,



Se rapprocher au plus près du régime méditerranéen et réduire les fritures au maximum, c'est ce qu'il faut viser !

le diabète de type 2, certains cancers ainsi que l'excès de cholestérol. Et, en prime, permet une perte de poids allant de 4 à 6 kg, selon les études. Car ce régime fait la part belle aux fibres, ces glucides dépourvus de calories présents dans les fruits et légumes, les céréales et les légumineuses. Celles-ci sont digérées plus lentement et freinent la montée de glucose dans le sang, ce qui permet de moins stocker et de prolonger la sensation de satiété, et donc d'éviter les grignotages. En outre, l'alimentation méditerranéenne privilégie les graisses bénéfiques pour la santé, comme les acides gras polyinsaturés de type oméga 3, présents dans certaines huiles végétales, les noix et les poissons gras. Et à l'inverse, elle limite le « mauvais gras », à savoir les graisses saturées (que l'on trouve dans le beurre, par exemple) qui ont tendance à augmenter le mauvais cholestérol et à obstruer les artères. *« Bien sûr, si l'on n'apprécie pas tel type »*

L'INDEX GLYCÉMIQUE, UN OUTIL UTILE ?

Mis au point en 1981 pour les personnes diabétiques, l'index - ou indice - glycémique (IG) permet de classer un aliment selon son effet sur le taux de sucre dans le sang durant les deux heures qui suivent son ingestion par rapport au glucose pur, dont l'IG est fixé à 100. S'il est supérieur à 70, on le considère comme élevé, tandis que s'il est inférieur à 55, on le dit faible (lire le tableau ci-dessous). Certains nutritionnistes considèrent l'IG comme un outil pour le contrôle du poids, vu que les glucides à IG élevé provoquent une forte sécrétion d'insuline qui favorise leur stockage sous forme de graisses. Mais cette idée fait débat. *« C'est utile pour les patients qui ont un diabète, mais aucun bénéfice n'a été démontré pour les personnes en situation d'obésité. Si l'objectif est la perte de poids, c'est un gadget »*, affirme Sébastien Czernichow, chef du service de nutrition de l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris). D'autant que l'IG varie fortement selon divers paramètres, notamment la cuisson de l'aliment (plus l'on cuit les pâtes ou le riz, plus il monte) et la maturité (plus un fruit est mûr, plus son IG est élevé). Surtout, cela ne signifie pas que les denrées à faible index glycémique sont systématiquement meilleures pour la santé. Une pomme de terre au four, par exemple, approche 95 d'IG, mais reste évidemment plus bénéfique qu'un soda de type cola qui n'est qu'à 63 d'IG.

POUR SE DONNER UNE IDÉE... L'IG DE 10 PRODUITS

Baguette blanche	95	Pain complet	65
Pomme de terre cuite au four	95	Patate douce cuite	46
Pastèque	75	Cerises	23
Pâtes	70	Pâtes complètes	35
Bière	110	Lait	30



» de légume ou le poisson, on peut adapter ce régime, mais il fixe un cadre général», précise le spécialiste. La répartition des aliments dans l'assiette a également son importance.

ÉVITEZ LES ALIMENTS ULTRATRANSFORMÉS

«La moitié de notre assiette devrait être constituée de fruits et légumes, environ un tiers de féculents et de protéines (poisson, viande, œufs), ne laissant qu'une petite part pour les huiles et sucres ajoutés», expose le P^r Collet. Il s'agit aussi de prêter attention à leur processus de fabrication. «Il vaut mieux éviter les aliments ultratransformés, qui sont généralement plus gras, salés et sucrés», ajoute-t-il. En outre,

indépendamment du fait qu'ils peuvent favoriser une prise de poids, leur consommation est associée à un grand nombre de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète et de rhumatismes inflammatoires. «Ces aliments ont subi d'importantes transformations lors de leur fabrication – comme le fait d'être chauffés à très haute température –, ce qui impacte leur structure chimique, et ils contiennent beaucoup d'additifs», souligne le P^r Czernichow. Attention, il ne faut pas les confondre avec les aliments transformés, composés de produits bruts aux modifications simples (par cuisson, fermentation ou congélation). Pour les repérer, penchez-vous sur les étiquettes: les denrées ultratransformées ont généralement une liste d'ingrédients longue comme le bras, dont certains sont inconnus de votre cuisine, tel l'isolat de protéine de soja ou le sirop à haute teneur en fructose. «L'idéal est donc de s'orienter vers des aliments bruts qu'on va ensuite cuisiner», continue le médecin. Il s'agit typiquement des fruits, légumes, légumineuses, riz, pâtes, œufs, viande, poisson et lait.

Bon à savoir

Mangez le fruit en entier

Plutôt que de presser des oranges, mangez-les ! Déjà parce que cela apporte plus de fibres (environ 3 g, contre moins d'1 g pour un verre de jus) et de vitamines. Mais aussi parce qu'elles sont assimilées par l'organisme moins rapidement, ce qui limite le pic de glycémie et augmente le sentiment de satiété. Si on mâche bien, l'information que l'on est en train de manger a le temps d'arriver au cerveau.

ALLEZ-Y DOUCEMENT SUR LE CHANGEMENT DE RÉGIME

Bien sûr, l'idée n'est pas de passer du jour au lendemain d'une alimentation déséquilibrée au régime méditerranéen. La clé, pour tenir dans

L'APPLI DE QUE CHOISIR ENSEMBLE PLUS DE 370 000 ARTICLES À LA LOUPE



Une nouvelle version de l'appli Quelproduit a vu le jour en 2025. Toujours gratuite, sans publicité et développée de manière indépendante sur la base de données scientifiques reconnues, elle permet de scanner et de vérifier la composition de plus de 370 000 articles alimentaires, cosmétiques et d'entretien. Pour les

premiers, une note santé intègre le Nutri-Score, alors que 40 % des aliments ne l'indiquent toujours pas sur leur emballage, ainsi que la liste de tous les additifs, dont 87 sont jugés comme étant à éviter. C'est le cas de certains colorants et conservateurs, tel le butylhydroxyanisole dans des chewing-gums Wrigley's Airwaves,

le caramel au sulfite d'ammonium (E150d) dans le Coca-Cola Zéro ou encore l'acésulfame de potassium (E950) et le sucralose (E955) dans l'Orangina sans sucre. Le Planet-Score renseigne également sur l'impact environnemental des aliments. De quoi découvrir des alternatives à la fois plus saines et plus responsables.

la durée, est d'y aller progressivement. « Les recommandations de la Haute autorité de santé sont très claires: l'un des éléments essentiels pour perdre du poids est que la réduction calorique soit modérée, environ 500 calories en moins par jour par rapport à son alimentation habituelle. Ce n'est pas beaucoup, mais ça permet d'induire un déficit énergétique au long cours de façon équilibrée », expose le Pr Czernichow. On peut donc commencer en substituant quelques aliments un à un quand on va au supermarché. « Un moyen simple d'y parvenir est de s'appuyer sur le Nutri-Score, qui est très utile et efficace dans la mesure où il permet de comparer les produits d'une même catégorie d'aliments. Par exemple, entre une pizza équilibrée et une quatre-fromages, il va établir une réelle différence », assure l'expert.

Le calcul de ce Nutri-Score, développé par Santé publique France, est simple: pour 100 g ou 100 ml de produit, des points sont attribués selon la teneur en éléments à limiter (calories, acides gras saturés, sucres, sels...) et en nutriments à favoriser (fibres, protéines, fruits et légumes...). Ainsi, les articles qui obtiennent un A vert sont considérés comme étant de meilleure qualité nutritionnelle, tandis que ceux qui affichent un E rouge, la note la plus basse, sont désignés comme étant les moins bons au plan nutritionnel. « L'idée est donc de viser le vert, synthétise le Pr Collet. Un autre bon moyen

mnémotechnique est de suivre la règle des 3 V: vrai (autrement dit, peu transformé), végétal (riche en produits végétaux) et varié (équilibré). »

APPRENEZ À ÉCOUTER VOTRE FAIM

En outre, la modification du régime doit se baser sur les signaux de faim qui précèdent la prise alimentaire (la phase avant de manger) et sur ceux de satiété, qui font en sorte qu'on se sent totalement rassasié jusqu'au prochain repas. « De nombreux patients ont perdu, ou n'ont jamais eu, cette capacité à percevoir ces signaux, ce qui explique qu'ils vont manger en trop grande quantité par rapport à leurs besoins physiologiques », explique le Pr Czernichow. C'est aussi ce qui arrive quand on dîne en regardant un écran: « Le cerveau n'a alors même plus la capacité de percevoir qu'il y a une prise alimentaire. Les signaux sont brouillés par l'animation extérieure », continue-t-il. Enfin, pour mettre en place des changements durables dans l'assiette en vue de perdre du poids, mieux vaut se faire suivre par des professionnels de santé. « Parce qu'une autre clé du succès, c'est l'accompagnement au long cours », conclut le spécialiste. Une façon d'entretenir sa motivation. ■

(1) Coauteur des ouvrages Arthrose, arthrite: je me soigne en mangeant (2024, éd. Solar) et Arthrose, arthrite: je me soigne en cuisinant (2025, éd. Solar).

Compléments alimentaires

ILS NE SONT PAS NÉCESSAIRES

Les produits minceur, brûle-graisse et autres coupe-faim envahissent les rayons. Mais sous leur air naturel et sain, ils sont au mieux inefficaces, au pire dangereux.

On ne le répétera jamais assez: prendre des compléments alimentaires n'est pas anodin. À l'exception de situations précises (carences, grossesse, allergie), où certains sont justifiés sinon recommandés, il n'y a pas lieu d'en consommer. En matière de minceur, le marketing autour de ces produits va bon train. «Brûle-graisse», «coupe-faim», «aminçissant», les allégations ne manquent pas. Les formulations séduisantes non plus: gummies, gélules, comprimés, ampoules, poudres à reconstituer... le tout avec des cocktails d'ingrédients supposés actifs afin de convaincre le chaland. Côté véracité scientifique, a contrario, les preuves ne se bousculent pas. Et pour cause, il faudrait mener une étude clinique comparant l'effet d'un complément alimentaire à celui d'un placebo, une procédure coûteuse, avec un résultat plus qu'incertain, et non obligatoire. Les fabricants préfèrent donc commercialiser leurs produits sans les tester, d'autant qu'ils n'ont besoin que de déclarer leur mise sur le marché auprès de la Direction générale de l'alimentation (DGAL), qui veille juste à ce que le dossier soit conforme à la réglementation. On est loin des règles d'évaluation des médicaments. Côté résultats

sur la balance, les rares travaux qui tiennent la route ne font état que de faibles pertes pondérales, loin de ce que laissent espérer les packagings.

FAUSSES ALLÉGATIONS, MAIS VRAIS DANGERS

Sur les emballages, les allégations, en théorie très encadrées en Europe, permettent de lier un ingrédient précis à un effet biologique ou physiologique, comme «la choline contribue au métabolisme normal des lipides». Mais une zone grise subsiste, car il est possible – depuis 18 ans! – d'utiliser des mentions en attente de l'avis de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (Efsa). Or, certains produits dédiés à la perte de poids ne seraient pas sans risque. L'exemple le plus parlant est celui des références à base de *Garcinia cambogia*, qui ont provoqué des effets indésirables graves, et même un décès. Un arrêté publié le 17 avril 2026, se fondant sur une recommandation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), a renouvelé pour un an l'interdiction de les importer et de les mettre sur le marché. Preuve du problème lié au statut des compléments alimentaires, les médicaments à base de cette plante sont, eux, interdits depuis 2012 sur décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). D'autres compléments au thé vert affichent des concentrations élevées en gallate d'épigallocatechine (EGCG), substance nocive pour le foie à haute dose. Les tanins du thé risquent par ailleurs de diminuer l'absorption du fer, et donc d'engendrer une anémie. Gare aussi aux potentiels effets laxatifs... Les malades chroniques sous traitements sont invités à la prudence, certains produits pouvant interagir entre eux, avec les médicaments ou en réduire l'absorption. ■



CES GADGETS DANS L'ASSIETTE

Quand il s'agit de vendre des produits pour perdre du poids, tous les moyens sont bons. Gare aux promesses trompeuses et à l'hyperconnexion !

APPLICATIONS DE COMPTAGE DES CALORIES (avec ou sans IA)

> MyFitnessPal > Lifesum > Cal AI > Yazio

Si les applications de comptage de calories existent depuis plusieurs années, la plupart ont été enrichies de nouvelles options, comme le scan des codes-barres. Certaines intègrent également de l'intelligence artificielle. Une simple photo d'un plat permettrait d'estimer son apport énergétique et sa composition nutritionnelle. Cette démarche, bien que ludique et rapide, reste assez peu précise : deux gâteaux au chocolat d'aspect identique auront

une composition nutritionnelle très différente selon les ingrédients utilisés (huile ou beurre, farine complète ou non, etc.). Disons que cela donne un aperçu. Les explications et les recettes fournies par ces applis peuvent aussi être un plus pour qui essaie de maîtriser ou d'améliorer son alimentation, à condition de ne pas tomber dans l'hypercontrôle et de savoir s'en détacher.



BONUS CONSEIL Même s'il est séduisant de consulter ce type d'appli, rien ne peut remplacer les conseils d'un professionnel de la nutrition. À noter, certaines applications ou options sont payantes, ce qui peut vite représenter un petit budget.

BALANCES NUTRITIONNELLES CONNECTÉES

> Balance Terraillon Nutritab (39,99 €)

> Balance de cuisine Renpho Calibra 1 (24,99 €)

Elles promettent de calculer vos apports caloriques en pesant vos aliments.

Là encore, prudence !

Contrôler le contenu de son assiette au gramme près peut induire une relation obsessionnelle avec la nourriture, proche de l'orthorexie, et faire oublier que d'autres facteurs jouent sur la prise ou la perte de poids (sommeil, stress, activité physique...). Ceux qui les vendent comme une solution miracle pour maigrir oublient également la contrainte que cela représente.

BONUS CONSEIL Mieux vaut écouter sa faim, soigner le contenu de son assiette et se détacher un peu du détail calorique.



BOX ET REPAS LIVRÉS

> Chef > Comme j'aime

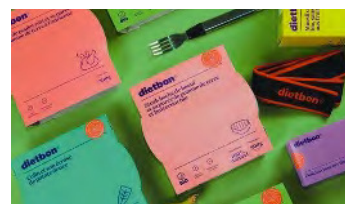
> Dietbon > Kitchen Diet

> Qilibri

Sur le papier, recevoir à domicile des petits plats destinés à la perte de poids est très séduisant. Si, en pratique, ces box minceur peuvent occasionner une rapide perte de poids – c'est la base de l'argument marketing de leurs fabricants –, elles entraînent généralement un trop grand déficit calorique quotidien. Très vite, elles risquent de provoquer faim, fatigue et frustrations, et donc craquages alimentaires. Elles n'apprennent pas non plus à bien se nourrir, puisque tout est fourni clé en main. Certaines contiennent en outre des additifs peu recommandables pour la santé. Retenons donc que ces box représentent une solution à court terme, laquelle ne conduira pas à une perte pondérale sur le long terme si elle n'est pas suivie d'un rééquilibrage alimentaire

et d'une meilleure hygiène de vie. Et là encore, rien ne remplace l'accompagnement par un professionnel de santé et de nutrition.

BONUS CONSEIL Les box pour cuisiner, telles que HelloFresh ou Quitoque, coûtent très cher, mais elles aident à se lancer dans le fait maison, allègent la contrainte des courses et donnent des idées de recettes à qui manque d'inspiration.



LE FAUX ESPOIR DES RÉGIMES MIRACLES

Promettant des résultats rapides, les régimes restrictifs séduisent toujours. Pourtant, ils tiennent rarement leurs promesses, engendrant des carences et une reprise de poids à long terme. Décryptage.

Régimes Dukan ou cétoène, jeûne intermittent... La tentation d'abaisser drastiquement ses apports en calories pour perdre rapidement du poids est grande, surtout à l'approche de l'été. «*Souvent, les patients sont déçus qu'on ne leur propose pas de formule magique, et ont tendance à se détourner de conseils nutritionnels simples pour aller vers des personnes promouvant des messages miraculeux*», constate Sébastien Czernichow, professeur à l'université Paris-Cité et chef du service de nutrition de l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris). Problème, «*cela risque d'induire des carences et une déshydratation, car la première chose que l'on perd, c'est de l'eau*», rappelle Tinh-Hai Collet, médecin adjoint agrégé au service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en Suisse. Surtout, même si les résultats peuvent être au rendez-vous dans un premier temps, ces régimes sont difficilement tenables sur la durée, et exposent à une reprise de poids rapide. «*L'alimentation restrictive active toute une série de messages hormonaux qui stimulent la faim*», explique le Pr Czernichow. Résultat: on accumule les frustrations et on finit par craquer, bien souvent pour des aliments riches en sucre et en gras. «*Sur le long terme, il est possible que cela entraîne des troubles du comportement alimentaire en lien avec cette privation, et on finit par avoir des fluctuations de poids: ce qu'on appelle l'effet yo-yo*», poursuit le spécialiste. Le risque étant même de se retrouver avec plus de kilos sur la balance qu'au départ... «*Les études le montrent, tous les régimes restrictifs sont contre-productifs pour les patients*», martèle le nutritionniste. En voici un aperçu.

RÉGIME DUKAN

Élaboré par l'ancien nutritionniste français Pierre Dukan (radié de l'Ordre des médecins depuis 2013), il consiste en une alimentation essentiellement protéique, avec quelques légumes, fruits et céréales réintroduits au fil des semaines, en fonction des kilos en moins. On peut espérer en perdre deux à quatre dès la première semaine. Mais, selon une étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) parue en 2010, 80% des personnes ayant suivi ce régime ont repris leurs kilos rapidement après son arrêt. Pire: il a des effets néfastes sur la santé. La quantité de protéines est au moins 3 fois supérieure à l'apport nutritionnel conseillé, et celle en fibres, 10 fois inférieure aux recommandations, d'où des risques d'élévation de la pression artérielle et de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance rénale, de cancer colorectal et d'athérombose.

RÉGIME CÉTOÈNE

Comme son nom l'indique, le principe de ce régime est d'augmenter la part de protéines et de lipides dans son alimentation tout en excluant la quasi-totalité des glucides (féculents, légumineuses, fruits, sucreries), le tout afin de mettre le corps dans un état métabolique de «cétose» – quand les réserves de glucose (sucre) sont épuisées, l'organisme puise dans les graisses pour se fournir en énergie, et alimenter avec le cerveau



Trop se priver de nourriture est contre-productif, voire dangereux.

RONSTIK/ADOBE STOCK

et le cœur en particulier. Un processus qui entraîne une perte de poids. Selon plusieurs études, celle-ci atteint son maximum à environ cinq mois, puis le poids est lentement repris du fait du taux d'abandon. Celui-ci se monte en effet à 84%, ce régime étant quasiment intenable ! Surtout, il aurait des effets néfastes à long terme: des travaux américains, publiés en 2025 dans *Science Advances*, montrent que des souris auxquelles on a imposé ce régime ont développé au bout d'un an une intolérance sévère au glucose, un taux de lipides trop élevé et une dysfonction du foie. Sans compter les risques de carences en vitamines, de désordres intestinaux ou de calculs rénaux. Seul cas pour lequel le régime céto-gène peut être prescrit par un médecin: l'épilepsie réfractaire aux médicaments, contre laquelle il a été développé à l'origine... il y a un siècle.

JEÛNE INTERMITTENT

limiter la prise alimentaire à certaines plages horaires séduit par sa simplicité. Mais une large analyse de la littérature, publiée en février 2026 dans la *Cochrane Database of Systematic Reviews*, remet en cause l'efficacité du jeûne intermittent. En passant au crible 22 études impliquant

1995 personnes, les chercheurs ont montré que se priver de nourriture 16 heures par jour ou deux jours par semaine ne donne pas de meilleurs résultats que d'appliquer les conseils diététiques habituels: les participants n'ont perdu en moyenne que 3% de leur masse corporelle.

RÉGIME CHATGPT

Dernière tendance: demander à une intelligence artificielle (IA) de concocter un régime personnalisé. Mauvaise idée, alertent plusieurs études. De fait, le contenu produit par ChatGPT ne s'appuie pas spécifiquement sur des bases de données scientifiques spécialisées, indiquaient, en 2023, des chercheurs suisses dans la revue *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. Dans une autre étude, publiée en 2025 par *Food Science & Nutrition*, une équipe turque a demandé à l'IA de créer des menus pour 18 personnes en surpoids. Résultat: comparativement à ceux élaborés par une diététicienne, ils présentaient une teneur en lipides, en acides gras saturés et en protéines significativement plus élevée, ainsi qu'une teneur en glucides plus faible. Autrement dit, ChatGPT ne remplace pas l'expertise des professionnels de la nutrition. ■



MARTIN-DM/ISTOCK

BOUGER, ÇA PROTÈGE

Moins d'un adulte sur cinq respecte les prescriptions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'activité physique. Or, celle-ci protège de la prise de poids et des maladies métaboliques associées.

C'est l'indice de masse corporelle (IMC) moyen des 57% de Français qui ont une activité physique ou sportive au moins une fois par semaine: 24,9 – ce qui est considéré comme «normal» –, selon l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, conduite en 2024 par l'institut Odoxa pour la Ligue nationale contre l'obésité. En revanche, ceux qui n'en pratiquent aucune (26% des Français) ont un IMC moyen de 27,2. Ils sont donc en surpoids. Cette absence d'activité physique ou sportive concerne aussi 28% des personnes en situation d'obésité; seules 12% d'entre elles font de l'exercice plusieurs fois par semaine.

De très nombreuses études ont pourtant démontré l'efficacité thérapeutique de l'activité physique dans la prévention du surpoids et de l'obésité, mais aussi du diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires et de cancers.

EFFICACITÉ PROUVÉE

Certes, les séances d'exercice ne représentent qu'entre 10 et 20% de notre dépense énergétique totale, et les augmenter ne semble pas conduire à une perte de poids significative. Tout de même, celle-ci s'élève à 4,2 kg en moyenne sur un an pour cinq heures de sport encadré par semaine (source: *Jama Network Open*, 2024). «*La perte de poids est d'autant plus importante que la durée hebdomadaire de l'activité est grande*», indique la revue médicale *Prescrire* (janvier 2026). Elle sera d'un demi-kilo supplémentaire environ par tranche de 30 minutes d'activité en plus par semaine. «*On ne sait pas si pratiquer au-delà de ces cinq heures apporte davantage de bénéfice*», peut-on encore lire. Outre le fait de se délester, faire de l'exercice physique favorise, lors d'une

Bon à savoir

S'assouplir tous les jours

La Haute autorité de santé conseille de faire des exercices d'assouplissement 2 à 3 jours par semaine – soit des étirements pendant 10 à 30 secondes jusqu'au point de tension ou de léger inconfort –, et de les répéter 2 à 4 fois pour chaque posture.

restriction calorique légère, le maintien de la perte de poids à long terme, parce qu'elle limite la fonte musculaire. Sans sport, l'amaigrissement se porte, en moyenne, à 70% sur la masse grasse et à 30% sur la masse musculaire; mais, avec du sport, il est possible de limiter la fonte des muscles à seulement 10% (source: Haute autorité de santé - HAS).

Enfin, l'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé des individus en surpoids ou en situation d'obésité, même sans perte de kilos associée. «*Elle induit chez eux des adaptations qui facilitent la mobilisation des graisses par le tissu adipeux et leur oxydation par les muscles*, souligne le docteur Cédric Moro, directeur de recherche à l'Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires de Toulouse. *Elle restaure en partie leur capacité à brûler les graisses, notamment celles situées dans l'abdomen.*»

Cela engendre, in fine, une diminution de leur tour de taille et de leur risque cardiovasculaire. Se bouger a aussi un intérêt pour ces personnes au niveau de «*leur profil cardio-métabolique (glycémie, pression artérielle), de leur masse musculaire et de leur condition physique générale, notamment leurs capacités cardiorespiratoires et leurs aptitudes musculaires*», détaille la HAS dans son référentiel «*Prescription d'activité physique et sportive - Surpoids et obésité de l'adulte*».

RISQUES CARDIOVASCULAIRES LIMITÉS

Des améliorations d'autres facteurs de risques cardiovasculaires – hypertension artérielle, dyslipidémies (taux de cholestérol et/ou de triglycérides élevés), prédiabète, diabète de type 2 – sont également associées à la pratique d'activités physiques. «*De manière générale, les exercices de type aérobic augmentent les capacités cardiorespiratoires, l'endurance musculaire et la résistance à la fatigue*, précise le D^r Cédric Moro. *Les exercices de renforcement musculaire développent, eux, la masse et la force. Et ce sont les stimuli réguliers, au cours d'exercices répétés, par exemple dans le cadre d'un programme d'entraînement ou de réadaptation à l'effort, qui contribuent à ces effets bénéfiques sur le long terme.*» Pour les personnes en surpoids ou en situation d'obésité entrées dans une phase

d'amaigrissement, la HAS recommande d'augmenter progressivement l'activité physique d'endurance, jusqu'à 150 minutes par semaine au moins, et d'y associer des séances de renforcement musculaire. Et elle donne ses conseils pour maintenir une perte de poids à long terme:

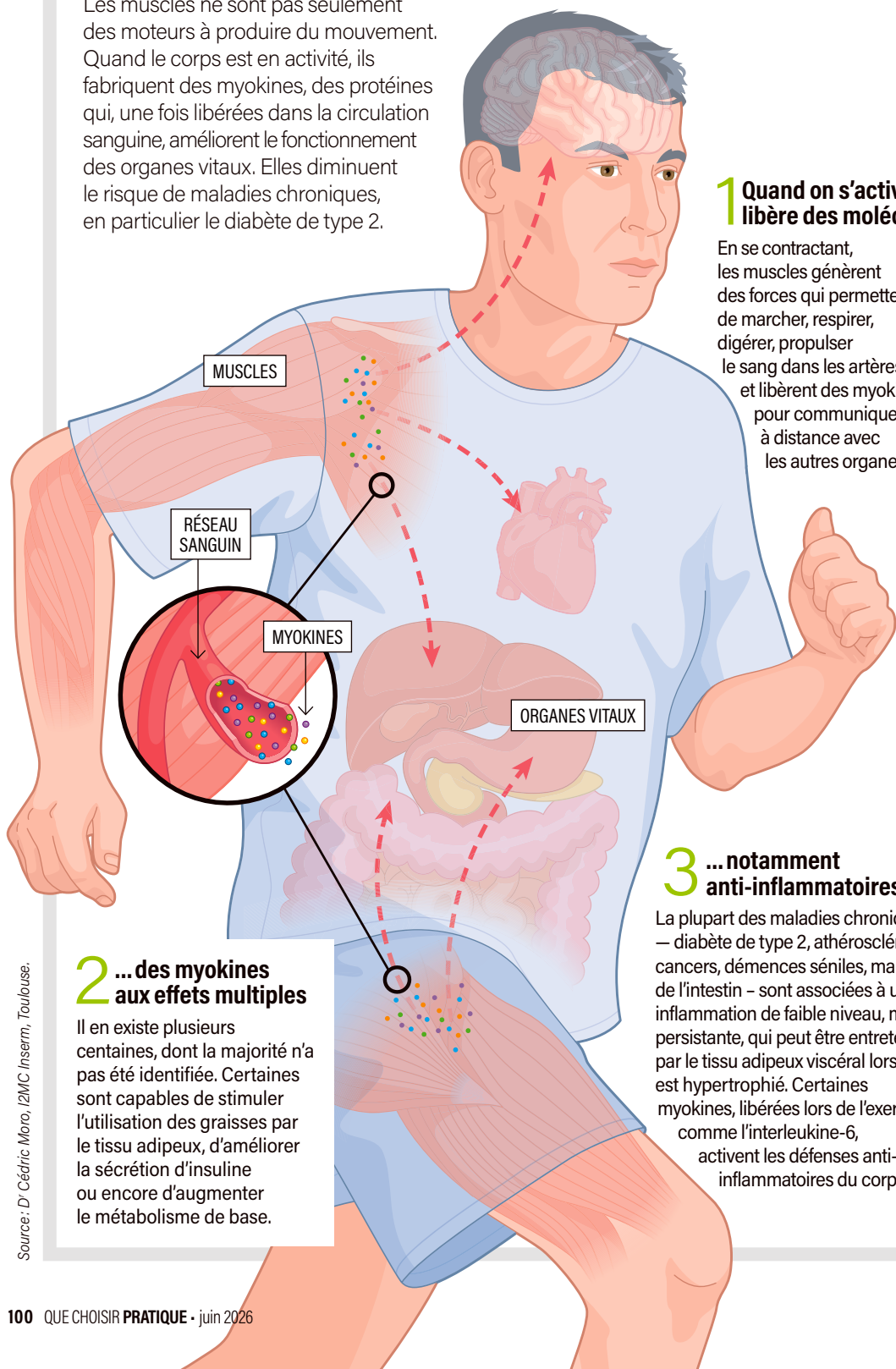
- > Avoir une activité physique quotidienne d'intensité légère à modérée: marcher, faire du jardinage et/ou du ménage, monter les escaliers...
- > Pratiquer une activité physique d'endurance au moins 5 jours par semaine, à raison de 60 minutes par séance: marche nordique, nage, cyclisme, aquabike, gymnastique aquatique...
- > Programmer 2 à 3 séances de renforcement musculaire par semaine (non consécutives), en réalisant 2 à 4 séries de 8 à 12 répétitions de mouvement pour chaque groupe musculaire. ■

NE RESTEZ PAS ASSIS PLUS DE 30 MINUTES !

Le risque cardiovasculaire serait accru de 22% lorsque l'on est sédentaire plus de huit heures par jour. La «sédentarité» désigne le temps passé en position assise ou allongée quand on est éveillé: dans les transports, devant les écrans, pour manger... La dépense énergétique est alors très faible. Les experts appellent «inactivité physique» le fait de ne pas faire suffisamment d'exercice pour rester en bonne santé. On peut donc tout à la fois être actif, voire sportif... et sédentaire. Ou encore: non sédentaire mais inactif. Ou, pire: inactif et sédentaire. Ces différents cas de figure concernent actuellement 95% de la population française adulte, estimait l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) dans une étude publiée en 2022. Limiter le temps passé assis est donc aussi important pour sa santé que de pratiquer une activité physique régulière. L'Anses recommande d'ailleurs, dans son avis d'octobre 2025, d'entrecouper les périodes en position assise de cinq minutes de marche toutes les demi-heures, autant que possible.

MUSCLES Ils jouent un rôle protecteur

Les muscles ne sont pas seulement des moteurs à produire du mouvement. Quand le corps est en activité, ils fabriquent des myokines, des protéines qui, une fois libérées dans la circulation sanguine, améliorent le fonctionnement des organes vitaux. Elles diminuent le risque de maladies chroniques, en particulier le diabète de type 2.



1 Quand on s'active, on libère des molécules...

En se contractant, les muscles génèrent des forces qui permettent de marcher, respirer, digérer, propulser le sang dans les artères... et libèrent des myokines pour communiquer à distance avec les autres organes.

2 ...des myokines aux effets multiples

Il en existe plusieurs centaines, dont la majorité n'a pas été identifiée. Certaines sont capables de stimuler l'utilisation des graisses par le tissu adipeux, d'améliorer la sécrétion d'insuline ou encore d'augmenter le métabolisme de base.

3 ...notamment anti-inflammatoires

La plupart des maladies chroniques — diabète de type 2, athérosclérose, cancers, démences séniles, maladies de l'intestin — sont associées à une inflammation de faible niveau, mais persistante, qui peut être entretenue par le tissu adipeux viscéral lorsqu'il est hypertrophié. Certaines myokines, libérées lors de l'exercice, comme l'interleukine-6, activent les défenses anti-inflammatoires du corps.

DORMIR OU GROSSIR, IL FAUT CHOISIR !

Sept heures par nuit, c'est la quantité minimale de sommeil conseillée aux adultes pour prévenir le diabète de type 2 et l'obésité.



A lors que la durée de sommeil recommandée se situe entre 7 et 9 heures par nuit chez l'adulte avant 65 ans (et entre 7 et 8 heures pour les plus âgés), 21,5% des Français ne dorment que 6 heures ou moins (selon le baromètre Santé publique France 2024). Or, le manque de repos est l'un des facteurs qui contribuent à l'épidémie galopante de troubles métaboliques et d'obésité. Le risque de développer un diabète de type 2 est ainsi augmenté de 48% chez les personnes ne dormant que 5 heures par nuit ou moins... Plusieurs travaux ont montré une baisse de la sensibilité à l'insuline lors d'une restriction de sommeil. Cette insulino-résistance est un facteur de risque du diabète, mais aussi de l'obésité... qui, elle-même, favorise le diabète et la résistance à l'insuline ! Un véritable cercle vicieux, aujourd'hui connu. «*Pourtant, la durée du sommeil est très peu prise en compte par les médecins généralistes et les endocrinologues dans la prise en charge des patients diabétiques*», observe Karine Spiegel⁽¹⁾, chercheuse à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), spécialiste du sommeil et de la santé métabolique au Centre de recherche en neurosciences de Lyon.

L'effet délétère des petites nuits

Un adulte aux durées de sommeil inférieures ou égales à 6 heures par 24 heures présente 40% de risque de développer une obésité en plus par rapport à un dormeur aux nuits plus longues. Plusieurs mécanismes sont en cause. Des travaux ont montré que le manque de sommeil induit une dérégulation des hormones impliquées dans le contrôle de l'appétit, soit la leptine et la ghréline. La première, sécrétée par le tissu adipeux, dit au cerveau qu'on a assez mangé et déclenche la sensation de satiété; la seconde, fabriquée par l'estomac, aiguise

au contraire la faim. «*Une étude réalisée auprès de volontaires de même condition physique et d'alimentation similaire a révélé que ceux ayant le moins dormi (4 heures au lit pendant 2 nuits) voyaient leur taux de leptine chuter de 18 %, et celui de ghréline, augmenter de 28 %, expose Karine Spiegel. Leur score de faim se trouvait augmenté de 24 %, essentiellement pour des aliments riches en graisses et en sucres. Au bout de 5 nuits de 4 heures, ils avaient pris un 1 kg.*» Préserver son temps de sommeil apparaît donc essentiel pour garder un poids stable. ■

(1) À l'occasion d'une conférence organisée par l'Institut national du sommeil et de la vigilance, en 2024.

Bon à savoir

Risque d'apnée du sommeil

L'obésité est un facteur de risque important d'apnée du sommeil, présente chez 30% des plus de 65 ans. Sa prévalence augmente aussi en fonction du degré d'obésité et du sexe : elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Durant la nuit, sa gorge étant obstruée par sa langue et par les muscles relâchés de son pharynx, le dormeur fait de courtes « pauses » respiratoires. Celles-ci durent jusqu'à plus d'une minute et se répètent toute la nuit, parfois plusieurs centaines de fois, aggravant le risque cardiovasculaire. En outre, les microréveils liés engendrent fatigue et somnolence en journée.

GORDENKOFF/STOCK

DES BRÛLE-GRAISSE SOUS SURVEILLANCE

Trois molécules aGLP1 sont autorisées dans la prise en charge de l'obésité. Elles font le buzz ! Toutefois leurs indications dans la perte de poids restent très encadrées.

L'efficacité des médicaments utilisés dans le traitement de l'obésité demeure modeste. Leur indication vient seulement en complément de mesures hygiéno-diététiques (régime hypocalorique et activité physique) lorsque celles-ci ne suffisent pas à maigrir. La classe des analogues du *glucagon-like peptide-1*, ou aGLP-1, est aujourd'hui la plus prescrite pour obtenir une perte de poids. Trois substances en injection sous-cutanée sont autorisées dans le cadre de la prise en charge de l'obésité : le sémaglutide (Wegovy), le liraglutide (Saxenda) et le tirzépate (Mounjaro). Leurs effets indésirables à long terme sont mal cernés.

Les aGLP-1 doivent leur nom au *glucagon-like peptide-1*, produit par l'intestin, véritable chef d'orchestre de la réponse métabolique après une prise alimentaire. Ces molécules miment les effets de cette hormone naturelle sur l'organisme. Elles abaissent le taux de sucre dans le sang (glycémie) par plusieurs mécanismes : stimulation

de la sécrétion d'insuline par le pancréas ; amélioration de la réponse à l'insuline par le foie et les muscles ; réduction de la production de glucagon, une hormone qui augmente la glycémie ; ralentissement de la vidange gastrique. Le transit du bol alimentaire de l'estomac vers l'intestin est retardé, ce qui fait durer la sensation de satiété et atténue les pics de glycémie après les repas. Ces effets sur la glycémie expliquent que les aGLP-1 ont d'abord été et sont encore délivrés à certains patients souffrant d'un diabète de type 2.

PRESCRIPTION SOUS CONDITIONS

Ces trois molécules ont obtenu leur autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la perte de poids parce qu'il a été constaté chez les diabétiques sous traitement qu'elles induisaient une perte de poids, en moyenne de 5%. Depuis juin 2025, les généralistes sont autorisés à les prescrire aux patients en situation d'obésité quand la prise en charge hygiéno-diététique a échoué. À condition, toutefois, que leur indice de masse corporelle (IMC) s'élève à 35 kg/m² ou plus et qu'ils soient âgés de moins de 65 ans, recommande l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).

Bon à savoir

Traitements très coûteux

Dans le cadre d'une obésité seule, le sémaglutide (Wegovy), le liraglutide (Saxenda) et le tirzépate (Mounjaro) ne sont pas remboursés. Leur coût mensuel varie selon le dosage, mais aussi les pharmacies, les prix des médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale étant fixés librement par les officines.

- > **Wegovy** 200-300 €
- > **Saxenda** 240-320 €
- > **Mounjaro** jusqu'à 400 €

Les personnes avec un IMC à partir de 30 kg/m² et celles en surpoids dont l'IMC est supérieur ou égal à 27 kg/m² peuvent aussi avoir accès à ces médicaments si elles ont un autre facteur de risque cardiovasculaire: hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie... La prescription est alors réservée aux spécialistes de l'obésité.

EFFETS INDÉSIRABLES À PRENDRE EN COMPTE

«Le sémaglutide (Wegovy), le liraglutide (Saxenda) et le tirzépate (Mounjaro) exposent à des troubles digestifs – nausées, vomissements, diarrhées, constipation, reflux gastro-œsophagien, occlusions intestinales – liés au ralentissement de la vidange gastrique. Ces traitements augmentent, en outre, le risque d'insuffisance rénale, de lithiase biliaire, de pancréatite et d'hypoglycémie, détaille Séverine Carré-Pétraud, pharmacienne et directrice éditoriale de la revue *Prescrire*. Certains risques sont mal cernés avec peut-être des idées suicidaires, des suicides, des dépressions et, à long terme, des cancers, notamment de la thyroïde et du pancréas. Ils exposent également à une modification de l'absorption digestive de nombreux médicaments.»

Enfin, la reprise de poids est fréquente à l'arrêt du traitement. «Les aGLP-1 indiqués dans l'obésité ne doivent pas être utilisés pour la perte de poids à des fins esthétiques, c'est-à-dire pour la perte

de poids chez des personnes sans surpoids ni obésité et qui n'ont pas de problèmes de santé liés au surpoids, rappelle l'ANSM. Ces usages inappropriés peuvent exposer à des effets indésirables parfois graves.»

UN MARCHÉ NOIR POUR LES AGLP-1 ?

Les analogues du GLP-1 font l'objet d'un trafic sur Internet car leurs conditions légales de prescription sont très encadrées et restreintes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé, en juin 2025, une alerte sur la circulation de stylos préremplis faussement étiquetés comme de l'Ozempic. Au cours des derniers mois, une dizaine de webmarchands commercialisant ces molécules ont été identifiés par l'ANSM.

De nombreuses pharmacies en ligne vendent ces produits illégalement, et des plateformes comme Amazon, Cdiscount et eBay ont supprimé leurs annonces après avoir été épinglées par l'ANSM. Ce qui n'est pas le cas d'autres sites appartenant à des sociétés installées à Hong Kong que l'ANSM a signalés au procureur et au portail Pharos du ministère de l'Intérieur.

L'ANSM a effectué des analyses sur des patches vendus sur la Toile et revendiquant renfermer un aGLP-1, le sémaglutide. «Cette substance n'a pas été retrouvée ni aucune autre substance à visée amaigrissante, précisait l'ANSM fin 2025. Néanmoins, de façon générale, ces produits frauduleux sont susceptibles de contenir des substances actives, déclarées ou non, dont certaines pourraient être dangereuses pour la santé.» Aucun patch comportant un analogue du GLP-1 n'a obtenu son AMM en France. ■

LE XENICAL, UNE MOLÉCULE À ÉVITER

Une autre molécule est toujours commercialisée en France pour le traitement de l'obésité: l'orlistat (Xenical), qui agit en limitant l'absorption des graisses par le tube digestif. Elle est réservée aux adultes dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 30 kg/m² et à ceux qui

sont en surpoids avec un IMC de 28 ou plus, s'ils ont un autre facteur de risque cardiovasculaire. «L'orlistat a une action modeste et temporaire dans la perte de poids, sans preuve d'efficacité à long terme, souligne la pharmacienne Séverine Carré-Pétraud. Au prix de troubles digestifs fréquents,

d'atteintes hépatiques, etc. Il expose aussi à des carences en vitamines et diminue les effets de certains médicaments, tels les contraceptifs oraux, les antiépileptiques, les anticoagulants et les hormones thyroïdiennes. Sa balance bénéfices/risques est défavorable.»

UNE SUCCESSION DE RETRAITS

L'arsenal thérapeutique des médicaments indiqués dans le traitement du surpoids ou de l'obésité s'est fortement restreint au fil des années, en raison d'effets indésirables graves sur le cerveau et le système cardiovasculaire.



De nombreux médicaments amaigrissants ont été retirés du marché ces dernières décennies, à l'instar de 25 traitements antiobésité entre 1964 et 2009, parce que leur balance bénéfices/risques s'est avérée défavorable. Une équipe britannique a étudié les causes de ces retraits: des troubles cardiaques pour 8 d'entre eux, des troubles psychiques pour 7 autres et, enfin, un abus ou une dépendance pour 13 autres (source: I. J. Onakpoya, C. J. Heneghan et J. K. Aronson, *BMC Medicine*, 2016). Certains ont provoqué plusieurs de ces effets indésirables à la fois. «*Pour sept [d'entre eux], des morts ont été imputées au produit*, détaille la revue *Prescrire* (février 2017). *Le délai médian entre la mise sur le marché et le premier signal d'effet indésirable grave a été de 10 ans et le délai entre le premier signal d'effet indésirable grave et le retrait du marché, de 11 ans!*» Avant de souligner: «*Les autorisations et les commercialisations de médicaments à visée amaigrissante sont constituées de*

réurrences choquantes qui conduisent à exposer à des effets indésirables graves de nombreux patients pendant de nombreuses années.» Pour autant, il est toujours possible de se procurer des médicaments brûle-graisse illégaux sur le Web. Ils sont même parmi les plus couramment vendus en ligne.

GARE AUX ACHATS SUR INTERNET !

Il s'agit non seulement de produits qui n'ont pas été soumis à une évaluation des autorités sanitaires et dont la provenance, la composition et la qualité ne sont pas garanties, mais aussi des molécules citées plus haut, dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été supprimée en raison d'un rapport bénéfices/risques défavorable. Même lorsqu'ils sont retirés du marché, ces principes actifs sont susceptibles de faire encore des dégâts. L'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) met souvent en garde contre des produits naturels «minceur»,

Ils ne sont plus vendus !

1997

● **La fenfluramine (Pondéral) et la dexfenfluramine (Isoméride)** Mise sur le marché en 1963, la fenfluramine est chimiquement proche des amphétamines naturelles, tout comme la dexfenfluramine, vendue dès 1985. Cette famille de molécules agit sur le cerveau en régulant le comportement alimentaire par l'intermédiaire de la sérotonine. Le premier effet indésirable détecté fut l'hypertension pulmonaire primitive, puis on a découvert qu'elle lésait les valves cardiaques.

2009

● **Le benfluorex (Mediator)** Lancé en 1976, cet antidiabétique, dont l'usage a été détourné pour ses propriétés amaigrissantes (lire l'encadré p. 105), a été commercialisé pendant 33 ans avant d'être interdit pour cardiotoxicité, «*alors que les atteintes des valves cardiaques observées étaient similaires à celles causées par la fenfluramine retirée du marché 12 ans auparavant*, pointe la revue *Prescrire*. *De plus, les structures chimiques de ces deux médicaments sont très proches.*»



SEB_RAI/ISTOCK

Des décès ont été imputés à certains médicaments amaigrissants.

proposés sur Internet, par le biais des réseaux sociaux, des salons de bien-être, des salles de sport ou des cabinets de naturopathie. Ils contiennent de puissantes molécules qui ne sont pas mentionnées dans leur composition. Ils sont adultérés avec de la sibutramine, ce coupe-faim interdit en France en 2010 (lire ci-dessous), de la phénolphtaléine, proscrite depuis 1988 en raison de sa cancérogénéicité potentielle, ou de la fenfluramine, qui expose à un risque d'accident cardiovasculaire grave.

Des patients sont régulièrement intoxiqués par ces substances prises à leur insu, avec parfois des conséquences dramatiques, telles que des lésions cardiaques, des hallucinations, une hépatite fulminante, etc. En 2022, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a suspendu la commercialisation de Bodygoal, qui renfermait de la sibutramine. ■

MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS

Des médicaments sans autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement du surpoids ou de l'obésité font l'objet d'un usage détourné en raison de leurs effets indirects sur le poids (activité diurétique ou laxative), ou sur la satiété (action sur le système nerveux central). C'est le cas de la fluoxétine (Prozac), un antidépresseur, et du baclofène (Zentiva) soignant la sclérose en plaques et la dépendance à l'alcool. Aussi concerné : le topiramate (Epitamax), prescrit dans les pathologies neurologiques comme l'épilepsie et la migraine. Les hormones thyroïdiennes ne doivent pas non plus intervenir dans la prise en charge de l'obésité. Délivrées sur ordonnance, elles ont des effets indésirables, et les détourner présente des risques, sans bénéfices démontrés. L'histoire du benfluorex, un antidiabétique, est éloquent. Vendu sous le nom de Mediator, il a été utilisé comme coupe-faim avant d'être retiré du marché en 2009 pour cardiotoxicité. Il a causé de 1500 à 2000 décès et des pathologies graves chez des milliers de personnes.

Bon à savoir

La caféine, ça ne marche pas

La caféine, y compris sous forme d'extrait de plantes comme le maté ou le guarana, n'a pas montré d'efficacité pour perdre du poids. De plus, à fortes doses, elle peut exposer à des troubles cardiaques et neuropsychiques, mais aussi à un risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brusque après une prise prolongée (source : *Prescrire*).

2009

- **Le rimonabant (Acomplia)** Apparu en 2006, ce médicament réduit la prise alimentaire et la masse grasse en bloquant un récepteur du système neuronal endocannabinoïde. Ce dernier joue un rôle majeur dans la régulation de l'équilibre énergétique du corps, car il stimule l'appétit et favorise la production de nouveaux adipocytes sous-cutanés. Il a été proscrit à cause de ses nombreux effets indésirables digestifs et psychiatriques.

2010

- **La sibutramine (Sibutral)** Arrivé sur le marché en 1999, ce principe actif augmente la quantité de neurotransmetteurs dans le cerveau, la sérotonine et la noradrénaline, comme certains antidépresseurs, ce qui améliore la sensation de satiété après les repas et diminue la prise alimentaire. Mais les études ont montré que la perte de poids est faible et, surtout, que cette molécule accroît le risque d'accidents cardiovasculaires graves.

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN DERNIER RECOURS

En cas d'obésité sévère, cette intervention peut permettre une perte de poids durable et améliorer certaines maladies associées. Indications, techniques, risques et suivi : voici ce qu'il faut savoir avant de se lancer.

Veiller à son alimentation tout en augmentant son activité physique n'est pas toujours suffisant pour perdre du poids. Or, mincir est parfois une question de survie pour les personnes souffrant de formes graves d'obésité. Une ultime option s'ouvre alors à elles : la chirurgie bariatrique. Le principe ? Modifier l'anatomie du système digestif afin de limiter la quantité d'aliments consommés et leur assimilation par l'organisme.

À qui cela s'adresse-t-il ?

Selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), plusieurs critères entrent en ligne de compte dans l'autorisation d'une chirurgie bariatrique. Tout dépend d'abord de l'indice de masse corporelle (IMC). Ainsi, les personnes qui en ont un supérieur ou égal à 40 kg/m² y ont accès. Viennent ensuite celles dont l'IMC est supérieur ou égal à 35 kg/m² avec au moins une maladie associée à l'obésité qui peut être améliorée par la chirurgie (asthme sévère, hypertension artérielle,

apnée du sommeil...). Enfin, les patients à l'IMC compris entre 30 et 35 kg/m² avec un diabète de type 2 résistant aux traitements et aux modifications du mode de vie peuvent aussi y prétendre. « Pour tous les sujets réunissant ces conditions, l'opération est généralement accessible sans complications de 18 à 65 ans. Au-delà, elle est discutée au cas par cas. C'est également possible à l'adolescence, mais les malades doivent alors être opérés dans des centres obésité ayant une compétence pédiatrique », précise Sébastien Czernichow, professeur à l'université Paris Cité et chef du service de nutrition de l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris).

Environ 50 000 interventions bariatriques sont réalisées chaque année en France. La chirurgie est en revanche contre-indiquée en cas de troubles psychiatriques (épisodes dépressifs avec antécédents de tentatives de suicide, par exemple), une addiction à l'alcool ou à des psychoactifs, mais aussi s'il y a des troubles du comportement alimentaire non stabilisés. Une cirrhose, un cancer ou une grossesse peuvent également conduire à la décaler.

Quelles sont les différentes techniques ?

Plusieurs procédés existent pour modifier l'anatomie du système digestif. Jusqu'au début des années 2000, le plus utilisé passait par l'installation d'un anneau gastrique, positionné autour de la partie supérieure de l'estomac pour en réduire la taille et ralentir le passage des aliments, tel un sablier. Cet anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau, dans lequel on peut injecter du liquide pour l'ajuster. De quoi entraîner une perte moyenne de 10 à 15% du poids initial

Bon à savoir

Une reprise de poids attendue

Le poids le plus bas est en général atteint entre un et deux ans après la chirurgie, quelle que soit la technique. Puis la perte s'arrête, en partie à cause des changements métaboliques et des adaptations digestives. Il est ensuite habituel que les patients reprennent 10% du poids perdu en moyenne (soit 5 kg pour une personne pesant initialement 150 kg). Cette reprise est attendue et physiologiquement normale. Inutile de culpabiliser !

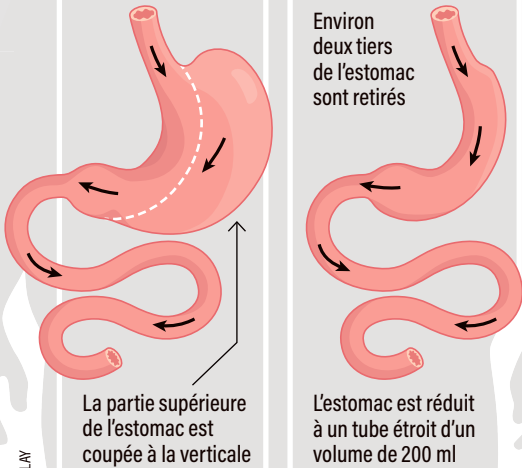
SLEEVE ET BYPASS Deux techniques différentes

Ces deux interventions visent à modifier l'anatomie du système digestif afin que les patients soient rassasiés avec moins de nourriture. La sleeve gastrectomie, qui est une opération irréversible, permet une perte de 20 à 25% du poids initial; le bypass gastrique, de 30 à 35%.

LA SLEEVE GASTRECTOMIE

AVANT

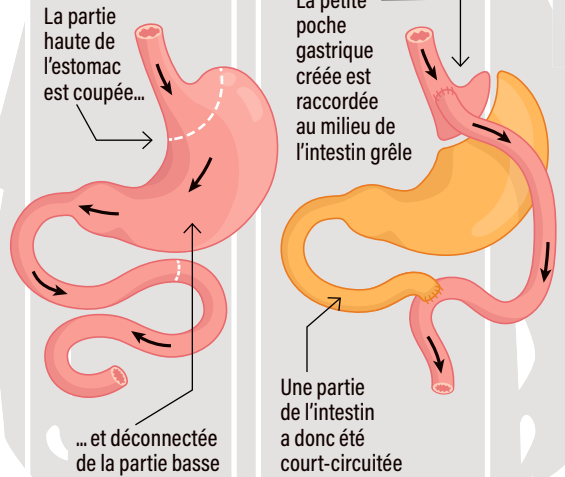
APRÈS



LE BYPASS GASTRIQUE

AVANT

APRÈS



SANDRINE FELLAY

Sources : Haute autorité de santé, Revue Médicale Suisse.

en 18 mois. Les risques de complication sont toutefois nombreux: reflux, lésions de l'estomac, glissement de l'anneau, infections liées au boîtier... La pose de ce dispositif est devenue rare en France, du fait d'une moindre efficacité en comparaison avec les deux techniques suivantes, désormais couramment employées (lire aussi l'infographie):

> **La sleeve gastrectomie (ou gastrectomie longitudinale).** Elle représente environ 65% des interventions bariatriques nationales. Elle consiste à retirer deux tiers de l'estomac pour le réduire à un «tube» vertical d'une contenance d'environ 200 ml, dans lequel les aliments passent rapidement vers l'intestin. Les patients opérés ont ainsi moins faim, et sont rassasiés avec moins de nourriture, ce qui entraîne une perte moyenne de 20 à 25% du poids initial en 18 mois.

> **Le bypass (ou court-circuit) gastrique.** Avec cette technique – utilisée dans un tiers des opérations, généralement en cas d'obésité morbide –, l'estomac est séparé en deux. Sa partie supérieure, qui reçoit les aliments, est réduite à une petite poche raccordée directement au milieu de l'intestin grêle, tandis que sa partie inférieure continue à produire des enzymes digestives envoyées dans l'intestin. Cela permet non seulement de réduire la quantité d'aliments ingérés, mais aussi de ralentir leur assimilation au cours de la digestion. La perte de poids qui s'ensuit est plus élevée qu'avec une sleeve (30 à 35% du poids de départ en 18 mois), mais les risques de complication sont aussi plus importants: une hernie, un syndrome de *dumping* (malaise lors de l'ingestion d'aliments) ou encore des carences nutritionnelles. >>



La chirurgie bariatrique implique un suivi nutritionnel et une activité physique à vie.

>> **Comment s'y préparer ?**

L'opération est précédée d'une phase de préparation d'au minimum six mois, ou plus si besoin. Une équipe pluridisciplinaire va réaliser un bilan de santé global avec mesure de la pression artérielle, échographie hépatique, bilan sanguin, respiratoire, dentaire... Une prise en charge diététique est également indispensable pour ajuster l'alimentation au type de chirurgie, tout comme la pratique d'une activité physique adaptée – l'idée étant d'adopter, d'ores et déjà, de bonnes habitudes à poursuivre après l'opération pour garantir son plein succès. Qui passe aussi par un suivi psychologique. «*Il est très important de travailler sur les facteurs ayant conduit à la prise de poids pour ne pas reprendre. Mais aussi de préparer l'après-opération: certaines personnes pensent en effet que tout va changer pour elles en perdant*

Bon à savoir

Prise en charge de la Sécurité

L'Assurance maladie rembourse les frais liés à l'intervention bariatrique et à l'hospitalisation. En revanche, elle ne prend pas en charge tous les suppléments vitaminiques, la plupart des suppléments protidiques, les consultations de psychologues et de diététiciens libéraux ainsi que des actes de chirurgie réparatrice ou reconstructrice, comme la chirurgie mammaire – mais cela peut être le cas de certaines mutuelles.

du poids, mais ça ne règle pas tout», souligne Sabrina Julien Sweerts, diététicienne nutritionniste et maître de conférences en psychologie clinique à l'université de Reims Champagne-Ardenne. Les fumeurs doivent, en outre, observer un sevrage tabagique au moins six semaines avant l'intervention, afin de diminuer les complications respiratoires et de favoriser la cicatrisation. Ce n'est qu'à l'issue de tout ce parcours qu'interviendra la décision d'opérer. «*Le dossier du patient est présenté dans une réunion de concertation pluridisciplinaire médico-chirurgicale, rassemblant toute l'équipe partie prenante de cette décision: psychologue, diététicien, médecin, chirurgien, anesthésiste. Elle donnera son accord ou non en fonction de l'état du sujet*», indique le professeur Sébastien Czernichow.

Quelles conséquences sur le mode de vie ?

Juste après l'intervention, le malade devra se nourrir de denrées sous forme liquide ou encore de purées. «*Puis, à distance de l'opération, l'alimentation va se normaliser, tout en imposant aux patients d'ingérer de moins grandes quantités. Il faut alors bien veiller à ce que tous les groupes d'aliments soient présents dans le régime, car le risque est de ne pas couvrir suffisamment les apports en vitamines, en minéraux et en protéines. Cette chirurgie implique donc un suivi à vie, avec une prise de sang deux fois par an pour s'assurer qu'il n'y a pas de carences*», indique le spécialiste. La technique du bypass gastrique, qui réduit l'absorption des nutriments par l'organisme, s'accompagne donc ainsi systématiquement de la prescription de suppléments vitaminiques. Autre conséquence: il est recommandé aux femmes souhaitant avoir un enfant d'attendre un an après l'opération et la stabilisation de leur poids.

Cependant, le jeu en vaut la chandelle: «*Quand les patients sont bien suivis, cette chirurgie permet de perdre efficacement du poids, de faire régresser toute une série de maladies associées à l'obésité – comme le diabète, pour lequel on peut avoir une rémission durant plusieurs années – et de supprimer de nombreux médicaments. La clé du succès tient vraiment au suivi nutritionnel et à l'activité physique au long cours*», conclut le médecin. ■

LA SCIENCE SE MOBILISE

De nombreuses pistes de recherche sont explorées afin d'enrayer le fléau de l'obésité, en ciblant notamment le tissu adipeux, les gènes et le microbiote. Objectif : développer une médecine personnalisée.

Mieux comprendre les causes et les mécanismes biologiques conduisant à l'obésité est aujourd'hui l'un des plus grands enjeux de la recherche, tout comme découvrir pourquoi certaines personnes obèses développent des complications et pas d'autres. De quoi espérer trouver de nouveaux moyens de prévention et de lutte contre cette pathologie.

UNE CIBLE : LE TISSU ADIPEUX

L'obésité étant une maladie du tissu adipeux, les chercheurs s'intéressent évidemment de très près à ce dernier, dans l'espoir de le modifier pour réduire le stockage des graisses. Depuis la découverte, en 2009, de cellules adipeuses brunes chez l'humain, les recherches se sont accélérées dans ce domaine. Contrairement aux cellules blanches (95 % des masses grasses de notre corps), qui stockent les acides gras et les mettent à disposition de l'organisme, les brunes les brûlent pour produire de la chaleur. « *C'est ce qui permet à certains mammifères, comme la marmotte, d'augmenter leur température corporelle pour sortir d'hibernation* », pointe Dominique Langin, directeur de l'Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires (Inserm), à l'université de Toulouse. Ce tissu est également présent chez les nourrissons, pour les aider à réguler leur température corporelle à la naissance, puis il régresse avec l'âge, plus ou moins selon les individus. « *Les études montrent que ceux qui en conservent encore un peu sont plutôt en meilleure santé cardio-métabolique que ceux qui n'en ont plus* », poursuit le chercheur. D'où l'idée de le réactiver via des moyens pharmacologiques ou de la thérapie cellulaire chez les personnes obèses, chez

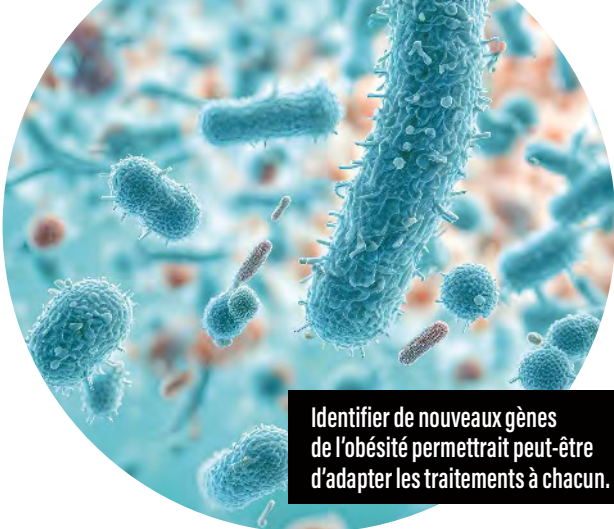
qui il tend à disparaître. « *Mais est-ce vraiment possible ? La question fait débat au sein de la communauté scientifique. Même si nous avons une base conceptuelle assez solide, il est encore trop tôt pour savoir si nous pourrions élaborer des médicaments à partir de ce principe* », révèle Dominique Langin.

L'ESPOIR PORTÉ PAR L'ENZYME HSL

Le spécialiste travaille également sur une autre piste : l'enzyme HSL, jusque-là connue pour s'accrocher aux gouttelettes lipidiques à l'intérieur des cellules adipeuses blanches, afin de les dégrader et de les transformer en énergie quand l'organisme en a besoin. En 2025, il a montré, avec son équipe, que cette enzyme avait un autre rôle : dans le noyau des adipocytes, elle participe au maintien d'un tissu adipeux sain. >>



Réactiver les cellules adipeuses brunes des personnes obèses pour les aider à maigrir, une voie d'avenir ?



Identifier de nouveaux gènes de l'obésité permettrait peut-être d'adapter les traitements à chacun.

>> Ce qui pourrait expliquer la lipodystrophie (absence généralisée ou partielle de graisse au niveau des jambes, des bras, du visage ou des fesses, plus ou moins associée à une accumulation dans le ventre, les seins/la poitrine ou la nuque) des patients qui n'ont pas de HSL. Et ouvrir la voie à de nouvelles perspectives de traitement de l'obésité, en contrôlant très précisément la présence de cette protéine: trop de HSL pourrait favoriser le surpoids. Une hypothèse qui reste encore à vérifier.

La dernière voie explorée est celle du microbiote intestinal. Celui des personnes en surpoids étant très différent de celui des individus minces, tant sur le plan de la composition que sur celui du fonctionnement, diverses stratégies thérapeutiques sont testées pour agir dessus. En 2022, une étude française publiée dans la revue *Gut*, par exemple, a montré que l'ajout de biotine (ou vitamine B8, qui intervient dans la synthèse de certains acides gras ou la production d'énergie)

et de probiotiques dans l'alimentation de souris obèses permet d'augmenter la diversité de leur microbiote tout en limitant leur prise de poids.

INFLUENCE DE LA GÉNÉTIQUE

Les scientifiques s'intéressent aussi aux composantes génétiques de l'obésité. « Nous essayons d'identifier de nouveaux gènes pour la forme monogénique, afin d'avancer dans la physiopathologie de la maladie, parce qu'on ne comprend pas encore tout, notamment le lien avec les troubles neurologiques, explique Amélie Bonnefond, directrice de recherche Inserm du laboratoire Génomique intégrative et modélisation des maladies métaboliques à Lille. Concernant l'obésité polygénique, on cherche de nouveaux variants. On mesure également leur accumulation, afin d'essayer de mieux "stratifier" les patients et d'adapter leur traitement en fonction de leur forme d'obésité. »

C'est bien l'enjeu de toutes ces recherches, qu'elles portent sur le tissu adipeux, le microbiote ou les gènes: concevoir de nouveaux médicaments, qui cibleraient plus particulièrement des sous-groupes de patients, en fonction des complications qu'ils développent. L'objectif étant, à long terme, d'aller vers une médecine personnalisée, en élaborant des cocktails de bactéries ou des recommandations alimentaires spécifiques, par exemple, fondées sur le profil microbiologique de chaque patient. Il faudra cependant attendre encore quelques années avant l'arrivée de tels traitements dans la pratique quotidienne. ■

UN CHEWING-GUM AUX FIBRES EN COURS D'ÉTUDE

Peut-être suffira-t-il un jour de mâcher un chewing-gum pour perdre du poids... C'est en tout cas la solution développée par Maria Luisa Balmer, chercheuse à l'université de Berne, en Suisse. Baptisée FibreGum, cette gomme à mâcher contient des fibres solubles fermentées qui

viennent nourrir certaines bactéries présentes dans l'intestin. En les mangeant et en les digérant, ces dernières produisent des métabolites, qui ont un effet positif sur la glycémie, la combustion des graisses et la régulation de l'appétit. De quoi, en outre, favoriser la mastication

et augmenter ainsi le sentiment de satiété. Les premiers résultats d'une étude menée auprès d'enfants en surpoids sont prometteurs: le chewing-gum est bien accepté et ne provoque aucun effet secondaire. Reste encore à quantifier son efficacité et à le tester également chez des adultes.

VOTRE BANQUE

en 7 questions

La complexité des obligations légales et les pratiques parfois opaques des établissements ne facilitent pas les relations entre les banques et leurs clients. Dans ce contexte, les interrogations sont nombreuses et les litiges, assez courants.

Pour que vous puissiez y voir plus clair et, le cas échéant, défendre vos droits, *Que Choisir Pratique* fait le point en sept questions-réponses. Les principaux sujets sont abordés : relevés de compte, contestation d'opérations, demandes de justificatifs et frais en cas de décès ou de découvert.



Par **Justine Marena, Laure Littardi**
et **Sophie Herbreteau**. Illustrations **Vincent Rif**

1 Peut-on m'imposer de suivre mes comptes en ligne ?

Vos relevés de compte vous sont fournis sur support durable sous format papier, ou en ligne dans votre espace personnel.

La banque est tenue de vous fournir vos relevés de compte sur un support durable, autrement dit vous permettant de les conserver, de vous y reporter ultérieurement et de reproduire à l'identique les informations délivrées. Format papier ou numérique, c'est vous qui choisissez. Si votre banque souhaite que vous passiez au format numérique, elle a l'obligation de s'assurer que ce mode de communication est adapté à votre situation. Et elle doit vous informer au préalable par courrier que vous avez le droit de vous opposer à ce support à tout moment.

L'exception : les banques 100 % en ligne

Banques et néobanques peuvent vous imposer un relevé en ligne si le service fourni est de nature exclusivement électronique (N26, Revolut...). Hormis cela, vous avez toujours le choix du support papier. Cependant, dès lors que vous demandez à le conserver, vous ne pouvez pas disposer des relevés en ligne en parallèle, car c'est l'un ou l'autre. Si vous étiez au format numérique

et que vous repassez au papier, vérifiez les conditions de votre convention de compte. En effet, certains établissements laissent accessibles les relevés précédemment reçus au format numérique dans l'espace client (BNP Paribas, par exemple). D'autres ne le font que si vous gardez au moins un compte associé aux services de banque en ligne (comme La Banque postale).

Gratuit une fois par mois

Quel que soit le support, la banque est censée vous remettre gratuitement un relevé de compte une fois par mois. Si vous avez opté pour le numérique, elle doit vous informer, en général par courriel, de la mise à disposition de nouveaux documents sur votre espace en ligne. Vous pouvez demander des envois plus fréquents (tous les 15 jours, notamment) mais, dans ce cas, elle a la possibilité de les facturer. Vérifiez les conditions tarifaires. Si vous avez besoin d'un duplicata, la banque vous le facturera selon les tarifs prévus dans votre convention de compte. Pensez à conserver vos relevés.

Art. L. 311-7, L. 311-8, L. 311-9, L. 312-1-5 et L. 314-7 du Code monétaire et financier (CMF).



Bon à savoir

Durée de conservation des relevés de compte

La banque doit les conserver 10 ans. Au-delà, elle n'est pas obligée de les fournir (art. L. 123-22 du Code de commerce et Cour cass., ch. com., 22/01/2008, n° 07-12.462). Quant à vous, gardez-les au moins cinq ans, soit le délai de prescription qui permet d'agir en justice dans la plupart des cas (art. 2224 du Code civil).

2 Combien de temps ai-je pour contester un paiement ?

Les délais de contestation varient selon que l'opération a été autorisée ou non, et selon son type et la localisation du bénéficiaire.

Une opération de paiement est autorisée quand vous donnez votre consentement à son exécution. Dans le cas d'un prélèvement, vous disposez de huit semaines à compter du débit pour exiger un remboursement sans condition. La banque a alors 10 jours ouvrables pour vous rembourser ou justifier son refus. Il est possible de contester les autres opérations (virement, paiement par carte bancaire...) dans ce même délai, uniquement si :

- > L'autorisation n'indiquait pas le montant exact de l'opération;
- > Le montant débité dépasse ce que vous pouviez raisonnablement prévoir (selon votre contrat, vos dépenses ou les circonstances de l'opération).

En dehors de ces situations, l'opération n'est pas contestable auprès de la banque. C'est au bénéficiaire du paiement qu'il vous faut réclamer le remboursement. Regardez si vous avez une assurance liée à votre carte bancaire qui couvre ce type de litige, ou si le contrat de votre carte (Visa, Mastercard...) comprend la rétrofacturation (dite aussi *chargeback*). C'est alors la marque de la carte qui, via la banque, peut éventuellement vous rembourser (par exemple, pour une commande non livrée ou un produit défectueux).

Contester une opération non autorisée ou mal exécutée

Vous devez vous manifester dès que vous avez connaissance du débit (par exemple, à la réception du relevé de compte) et au plus tard dans les 13 mois suivant l'opération, tous moyens de paiement confondus. Pour un règlement par carte bancaire, ce délai est réduit à 70 jours (ou 120 jours selon votre convention de compte) si le bénéficiaire se trouve hors de l'Espace économique européen



Bon à savoir

Cinq ans pour aller en justice

Les délais indiqués dans l'article ne concernent que le signalement des opérations frauduleuses à la banque, non le délai pour agir en justice en cas de refus de remboursement de sa part. Ainsi, vous avez cinq ans pour saisir le tribunal.

(pays de l'Union européenne + Islande, Liechtenstein et Norvège). Si la banque ne vous a pas envoyé le relevé bancaire retraçant l'opération, le délai ne court pas. Attention, une copie des relevés peut suffire à prouver son envoi et sa réception.

Nos conseils Surveillez vos relevés. Avant tout paiement en ligne, vérifiez la localisation du professionnel dans ses conditions générales de vente.

Art. L. 133-1-1, L. 133-6, L. 133-18, L. 133-19, L. 133-24, L. 133-25 et L. 133-25-1 du Code monétaire et financier. Cour cass., ch. com., 14/12/04, n° 02-19.532. **Bon à savoir** : art. 2224 du Code civil et Cour cass., ch. com., 02/07/25 n° 24-16.590.

3 Pourquoi ma banque exige-t-elle tant de renseignements?

Le dispositif de lutte contre le blanchiment d'argent oblige les banques à se montrer vigilantes.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (LCB-FT), les banques doivent, sous peine de sanctions, connaître l'identité de leurs clients, la nature de la relation d'affaires et en assurer le suivi. Lorsque vous ouvrez un compte, l'établissement financier a donc l'obligation de vérifier votre identité avec un document officiel valide comportant votre photo (carte d'identité, passeport, titre de séjour...) dont il conservera une copie. Pour les banques et néobanques en ligne, une vérification complémentaire est nécessaire (exemple: signature électronique ou virement depuis un compte existant à votre nom). Un justificatif de domicile à jour peut aussi être exigé (facture d'énergie, quittance de loyer, assurance du logement, etc.). Enfin, la réglementation prévoit la collecte d'informations sur vos activités professionnelles, vos revenus ou tout élément pour estimer vos autres ressources, toute donnée pertinente pour apprécier votre patrimoine. Ces informations peuvent être recueillies et actualisées à tout moment.

Des opérations surveillées

Selon le principe de non-ingérence, une banque n'a ni à s'immiscer dans la gestion des affaires de ses clients ni à juger du bien-fondé d'une opération. Mais, au titre de la LCB-FT, elle doit examiner de près toute opération complexe ou d'un montant



inhabituellement élevé, ou encore sans justification économique apparente. Ainsi, elle peut souhaiter des précisions sur une transaction.

Un risque en cas de refus

La banque est tenue d'expliquer la raison de sa demande de renseignements et les conséquences en cas de non-réponse. La collecte d'informations ne doit pas être systématique, mais justifiée et proportionnée au risque vis-à-vis de la LCB-FT. Les informations ne peuvent servir à des fins commerciales. Sous ces conditions, même s'il n'est pas imposé de fournir des justificatifs (hormis pour l'identité et le domicile), refuser de répondre est périlleux: la banque peut bloquer les opérations et clôturer le compte. Et, en cas de doute, elle doit faire un signalement à Tracfin, l'organisme chargé de la LCB-FT.

Art. D. 561-32-1 II, L. 561-5, L. 561-5-1, L. 561-6, L. 561-8, L. 561-10-2, R. 561-5-1, R. 561-5-2 et R. 561-12 du Code monétaire et financier (CMF); arrêté du 02/09/09 pris en application de l'art. R. 561-12 du CMF; art. 116 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

Bon à savoir

Demande excessive? Informez l'ACPR

Si la demande d'actualisation ou de justificatifs vous semble exagérée, vous pouvez faire un signalement au gendarme du secteur, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, lire aussi l'encadré p. 117).

4 Doi-je payer les frais de clôture du compte d'un parent décédé?

Une loi de 2025 a mis fin aux abus des banques. Ces frais sont désormais plafonnés, voire supprimés dans certains cas.

Les frais de clôture rémunèrent la gestion du dossier du défunt jusqu'au transfert des avoirs aux héritiers (principalement: réception de l'acte de décès, inventaire des fonds et gestion des éventuelles opérations sur le compte). Alors que Que Choisir Ensemble dénonçait les dérives tarifaires des banques, elle a eu gain de cause avec l'adoption de la loi n° 2025-415 du 13 mai 2025 qui réduit et encadre les frais bancaires sur succession. Aujourd'hui, ces frais sont doublement plafonnés: ils ne peuvent pas excéder 1% du total des sommes détenues (comptes et produits d'épargne) par le défunt, et leur montant maximal est fixé à 857 € (revalorisation au 1^{er} janvier 2026). Les établissements ont la possibilité d'appliquer des tarifs inférieurs.

Trois cas de gratuité

La loi impose la gratuité pour les comptes d'un mineur; les comptes de dépôt et produits d'épargne (livrets bancaires, livrets réglementés, épargne logement...) dont le montant cumulé est inférieur à 5965 € (révision annuelle en fonction de l'inflation) et les successions simples, c'est-à-dire «lorsque [...] les opérations liées à la succession ne témoignent pas d'une complexité manifeste» (source: Service-public.gouv.fr). Ce qui signifie que des frais sont possibles en cas de «complexité manifeste», c'est-à-dire d'absence d'héritiers en ligne directe ou d'héritiers non identifiables, de crédit immobilier en cours, de détention d'un compte professionnel par le défunt,

de présence de garantie constituée sur les comptes ou produits d'épargne, de résidence ou de fiscalité à l'étranger, d'application d'une loi étrangère.

Les bonnes pratiques

- > Vérifiez les conditions tarifaires de la banque, souvent disponibles sur son site. Certains réseaux appliquent des frais inférieurs aux plafonds.
- > En cas de frais indus (dans une situation de gratuité prévue par la loi, par exemple) ou ne correspondant pas à ceux devant être facturés, adressez un courrier recommandé avec accusé de réception à l'agence bancaire en exigeant l'application des tarifs prévus et le remboursement du trop-perçu.
- > Si les prix respectent la réglementation mais sont trop élevés pour vous, tentez de négocier. En effet, selon les avoirs financiers du défunt, la banque n'a pas le même travail à effectuer.

Art. L. 312-1-4-1 du Code monétaire et financier (CMF).
Décret n° 2025-1363 du 26/12/25. Arrêté du 03/12/24 pris en application de l'article L. 312-1-4 du CMF.

Bon à savoir

Des cas de frais libres

Certains placements (plan d'épargne en actions, plan d'épargne avenir climat...) échappent au plafonnement. Les banques peuvent appliquer les frais qu'elles souhaitent.



5 Comment sécuriser mes paiements et éviter l'arnaque ?

Votre banque doit vérifier certaines opérations par authentification forte. Et vous, adoptez les bons réflexes !

L'authentification forte est un dispositif servant à renforcer la sécurité de vos opérations bancaires et à lutter contre la fraude. Elle a été instaurée par la deuxième directive européenne sur les services de paiement (DSP2). Concrètement, il s'agit de vérifier votre identité au moment de valider certaines transactions. Cela se fait au moyen de deux éléments au moins parmi les trois suivants :

- > un élément de connaissance (mot de passe, code ou question secrète);
- > un élément de possession (téléphone mobile, montre connectée, clé USB...);
- > un élément biométrique (empreinte digitale, reconnaissance faciale ou vocale, forme de l'iris).

Passer par l'appli mobile... ou non

La solution la plus courante aujourd'hui est l'application mobile de votre banque. Avant de valider une opération bancaire, cette dernière vous envoie une notification via l'application avec l'activation du dispositif de sécurité (ex. Pass sécurité, Sécur'Pass, Clé Digitale...).

Bon à savoir

17Cyber vous vient en aide

Le site public 17Cyber.gouv.fr est un guichet unique pour les victimes de cybermalveillance qui les guide vers les bonnes démarches. Vous répondez d'abord à un questionnaire qui permet à 17Cyber d'émettre un diagnostic sur l'acte malveillant dont vous êtes victime (par exemple, fraude à la carte bancaire), puis de vous proposer des actions visant à trouver une solution technique, mais aussi à vous défendre (déposer plainte, faire opposition, signaler la fraude sur la plateforme officielle Perceval...).

Si vous n'avez pas d'appareil vous permettant d'utiliser l'appli de la banque, cette dernière doit vous proposer au moins une solution gratuite de remplacement, selon l'Observatoire de la sécurité des moyens de paiements (OSMP). Cela peut être :

- > L'utilisation d'un code à usage unique reçu par SMS ou service vocal, ainsi que votre code ou mot de passe habituel pour vos opérations en ligne;
- > L'usage d'un dispositif physique dédié, notamment un boîtier autonome qui génère un code à usage unique, ou bien un lecteur de carte.

Les bons réflexes face aux fraudes

Ordre de virement trompeur, fraude à la carte bancaire... les escroqueries ciblant les clients des banques se perfectionnent et se multiplient. Parmi les plus répandues, l'arnaque au faux conseiller bancaire. Il vous contacte en prétendant que vous êtes victime de paiements frauduleux et insiste pour que vous lui livriez vos données confidentielles d'authentification pour les bloquer. Or, votre banque ne procède jamais ainsi. Respectez ces règles de prudence :

- Ne communiquez en aucun cas vos identifiants, codes d'accès et codes confidentiels, notamment ceux reçus par SMS, pour valider une opération, même à une personne affirmant être votre conseiller bancaire, appelant depuis le numéro de votre agence et très bien renseignée sur vous (elle connaît vos nom, prénom, date de naissance, etc.).
- Les escrocs jouent sur la panique, alors gardez la tête froide et raccrochez dès que des informations confidentielles vous sont demandées. Vous contacterez ensuite votre banque pour vérification.
- En cas de fraude, contestez par écrit auprès de la banque, par courrier recommandé avec accusé de réception, dès que vous avez connaissance de l'opération frauduleuse. Elle doit vous rembourser,



sauf si elle prouve une négligence grave (qui relève de l'appréciation souveraine du juge) ou une fraude de votre part. Vous pouvez utiliser la lettre type, «Fraude à la carte bancaire: demande de remboursement», disponible sur Quechoisir.org.

- Faites opposition à votre carte et changez le mot de passe de votre compte en ligne.
- En cas de refus de remboursement, adressez une réclamation au service relations clientèle de votre établissement puis, si besoin, au médiateur désigné dans votre contrat (pour en savoir plus, reportez-vous à l'encadré ci-dessous).

● Enfin, pour les fraudes bancaires, vous pouvez également déposer plainte. Sachez que ce n'est pas obligatoire et que ce n'est pas une condition fixée par la loi pour être remboursé, même si les banques l'exigent souvent. Si vous déposez plainte, faites-le contre X. N'évoquez pas d'hypothèses sur les moyens employés par les fraudeurs. Restez factuel. En effet, si les conditions générales de votre banque imposent de fournir le procès-verbal, elle peut y chercher des éléments démontrant votre négligence et refuser de vous rembourser.

Art. L. 133-18 et L. 133-19 du Code monétaire et financier.

LA MÉDIATION, UNE ISSUE POSSIBLE

En cas de litige avec votre banque, vous pouvez saisir gratuitement le médiateur désigné par celle-ci. Elle doit vous fournir ses coordonnées et l'adresse de son site internet. Au préalable, une réclamation écrite auprès de votre établissement financier est nécessaire. Il doit en accuser réception sous 10 jours et vous répondre sous 2 mois (délai réduit de 15 à 35 jours pour

les litiges portant sur un paiement). Vous avez au maximum un an à compter de votre réclamation pour saisir le médiateur. Il accuse réception de sa saisine et a, en principe, 90 jours pour rendre son avis. Ce dernier n'étant pas contraignant, la banque et vous êtes libres de le suivre ou non. Parallèlement, vous avez la possibilité de transmettre un signalement à l'Autorité

de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Elle n'a pas vocation à intervenir sur le fond du dossier, mais elle émet des recommandations pour l'ensemble du secteur bancaire et sanctionne les banques le cas échéant. Vous pouvez le faire sur son site internet, par téléphone au 3414 ou par courrier à l'adresse suivante : Banque de France, TSA 50120, 75035 Paris Cedex 01.

6 Si ma banque fait faillite, je perds mon argent ?

Vos avoirs sont protégés jusqu'à 100 000 € par le Fonds de garantie des dépôts et de résolution.

En cas de crise du secteur financier, un organisme intervient: le Fonds de garantie des dépôts et de résolution (FGDR). Ainsi, quand une banque fait faillite, les dépôts sont protégés jusqu'à 100 000 € par client et par établissement. Sont couverts: les comptes courants, de dépôt à vue ou à terme; les comptes et plans d'épargne logement (CEL, PEL), les plans d'épargne populaire; les livrets jeune; les comptes-espèces liés à un compte-titres, les plans d'épargne en actions, les plans d'épargne retraite ou salariale; les chèques de banque non encaissés. Le plafond de 100 000 € s'applique à l'ensemble des comptes détenus dans un établissement, et non à chaque compte.

Deux garanties indépendantes

Livrets A, livrets de développement durable et solidaire (LDDS) et livrets d'épargne populaire (LEP) sont aussi protégés à hauteur de 100 000 € au titre de la garantie de l'État. La garantie des dépôts et la garantie de l'État sont indépendantes. Par exemple: M^{me} X détient, dans la banque A, 60 000 € sur son

compte courant, 50 000 € sur un PEL et 20 000 € sur un livret A. Elle possède 10 000 € dans la banque B. Au titre de la garantie des dépôts, elle sera couverte à hauteur de 110 000 € (compte courant et PEL de la banque A et compte de la B) et, au titre de la garantie de l'État, de 20 000 € (livret A de la banque A).

Cas particuliers

Les sommes indemnisant des dommages corporels sont garanties sans limite. Les dépôts «exceptionnels et temporaires» (vente d'un logement, libéralités, succession, avantage retraite, indemnité liée à un dommage ou à une rupture conventionnelle du contrat de travail) sont garantis jusqu'à 500 000 €. Ce plafond est individuel et s'applique à chaque événement.

Le plafond de 100 000 € s'applique autrement pour les comptes joints et indivis. Pour un compte joint (mention «X ou Y»), sauf indication contraire dans la convention de compte, les sommes appartenant aux titulaires à parts égales, le plafond s'applique à chaque cotitulaire. Exemple: M. X et M^{me} Y ont 250 000 € sur un compte joint. Chacun recevra, au titre de la garantie, 100 000 €. Le plafond de 100 000 € s'applique en revanche à l'indivision dans le cas d'un compte indivis (mention «X et Y»).

*Art. L. 312-4 et L. 312-4-1 du Code monétaire et financier.
Arrêté du 27/10/15 relatif à l'information des déposants sur la garantie des dépôts.*



Bon à savoir

Le bail-in autorise la banque à ponctionner vos comptes

C'est prévu en cas de défaillance grave d'une banque, si aucune autre solution n'est viable. Les clients détenant plus de 100 000 € pourraient être prélevés, mais en dernier recours. Le risque existe mais reste faible.



Interview

CAROLINE BONTEMS Cheffe de service à la direction du contrôle des pratiques commerciales de l'ACPR⁽¹⁾

« EN CAS DE FRAUDE, AGISSEZ LE PLUS VITE POSSIBLE »

Q C Quelle conduite adopter en cas de fraude sur son compte ou sa carte bancaire ?

Caroline Bontems Le premier réflexe est de faire opposition aux moyens de paiement, soit auprès des services interbancaires compétents, soit sur votre appli bancaire. Si vous n'avez pas Internet, appelez votre agence. Dans tous les cas, agissez le plus vite possible. Cette démarche permet de bloquer toutes les utilisations ultérieures de votre CB. Il est aussi conseillé de porter plainte auprès de la police afin de prouver votre bonne foi. Enfin, conservez tous les éléments de preuve.

Q C Existe-t-il un délai légal pour réagir ?

C. B. La durée réglementaire maximale est de 13 mois. Mais mieux vaut réagir bien avant, d'autant qu'entre-temps le fraudeur peut continuer à procéder à des retraits illégaux.

Q C Que faire si je suis l'étranger ?

C. B. Il n'y a pas de différences. Les services pour prévenir votre banque et faire opposition sont accessibles 24 heures sur 24.

Q C Comment obtenir le remboursement des sommes illégalement débitées ?

C. B. Si les débits ont été effectués sur votre compte et que vous pouvez prouver aisément que vous n'en êtes pas à l'origine (CB volée, perdue...), la banque doit vous rembourser la totalité des montants en question, y compris les frais accessoires comme les agios. En revanche, si vous avez été manipulé au moyen d'une

technique de *spoofing* (un fraudeur imite votre conseiller bancaire au téléphone, entre autres) et que vous avez validé l'opération via l'authentification forte, vous avez indirectement donné votre accord pour la transaction. Il est alors plus difficile de démontrer votre bonne foi et d'obtenir réparation.



Q C Les banques invoquent souvent la négligence grave du client. Est-ce recevable vu la sophistication des méthodes des arnaqueurs ?

C. B. La jurisprudence donne de plus en plus souvent raison aux clients malchanceux, surtout lorsque les techniques des escrocs reposent sur des procédés de manipulation sophistiqués. Mais ce n'est pas

automatique. Il reste long et difficile de prouver sa bonne foi dans ces situations. Parfois, la banque fait un geste commercial. Mais c'est au cas par cas et selon les établissements.

Q C Comment défendre mes droits ?

C. B. La première étape est de contester chaque opération frauduleuse en ayant pris soin de conserver les preuves. La seconde, si vous n'êtes pas d'accord avec la réponse de la banque ou son éventuel geste commercial, est de déposer une réclamation. La banque a 15 jours pour répondre. Si le désaccord persiste, vous pouvez solliciter le médiateur, qui doit répondre sous 90 jours. Les dossiers sont nombreux, il faut être patient.

Propos recueillis par Pascale Barlet

(1) Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

7 Ai-je droit à un découvert bancaire ?

Il n'y a pas de droit au découvert, la banque n'est donc pas obligée de vous l'accorder. Mais beaucoup de clients en bénéficient.

Une autorisation de découvert est une facilité que vous octroie votre banque, en général après avoir étudié votre profil et votre solvabilité (revenus, dépenses, situation professionnelle, manière de gérer vos comptes...). Elle peut être ponctuelle ou permanente. Vous êtes en découvert bancaire lorsque votre compte passe en négatif. La banque vous avance alors les fonds nécessaires pour honorer vos opérations. En contrepartie, elle facture des intérêts débiteurs, appelés « agios ».

Le découvert bancaire est payant

Les agios sont prélevés selon le montant utilisé et la durée, sauf si votre convention prévoit la gratuité. De plus, des frais pour la mise en place de l'autorisation de découvert peuvent être prévus.

- En dessous de 400 €, la plupart des banques facturent des agios forfaitaires.

- À partir de 400 €, toutes les banques appliquent des agios proportionnels au montant du découvert et à la durée de son utilisation, sur la base du taux défini dans la convention de compte.

Le montant total des agios prélevés figure dans le récapitulatif des frais annuels édité par la banque.

Des frais supplémentaires possibles

En cas de dépassement du découvert autorisé, des frais supplémentaires vous seront facturés :

- Les agios sont majorés selon un taux libre dans la limite du taux d'usure, consultable sur le site de la Banque de France ;
- Des frais de commission d'intervention plafonnés, soit 8 € maximum par opération et 80 € par mois. Ils sont liés à l'examen particulier du compte en cas de présentation d'une opération insuffisamment provisionnée ;
- Des frais de lettre d'information pour dépassement du découvert ;
- Des frais de rejet d'opérations plafonnés à 30 € pour les chèques inférieurs ou égaux à 50 €, et à 50 € au-delà. Pour les autres opérations (rejet de prélèvement, virement), 20 €.

Art. L. 312-84 et suiv., R. 314-9 du Code de la consommation et arrêté du 16 septembre 1986 relatif au calcul du taux effectif global. Art. D. 133-6, D. 131-25, L. 312-1-3, R. 312-4-1 et R. 312-4-2 du Code monétaire et financier.



Bon à savoir

Évolution réglementaire

Une nouvelle directive européenne, qui entrera en vigueur le 20 novembre 2026, exige que tous les découverts, même petits (moins de 200 €), fassent l'objet d'une vérification de solvabilité. En clair, tous les découverts, quel que soit leur montant, relèveront du cadre du crédit à la consommation.

Vente immobilière

Le futur acquéreur occupant gratuit n'est pas responsable de l'incendie

Cour de cassation, 3^e chambre civile, 29 janvier 2026, pourvoi n° 23-18.152. Rejet.

Permettre à un acheteur d'emménager avant la signature finale, pour lui rendre service, semble anodin. Mais, en cas de sinistre, cette souplesse risque de se retourner contre le vendeur. Dans l'affaire suivante, la Cour de cassation rappelle que l'occupant à titre gratuit ne peut pas être assimilé à un locataire. En août 2019, un couple de propriétaires signe un compromis de vente portant sur sa maison d'habitation. Quelques mois plus tard, par acte sous seing privé, les époux autorisent les acquéreurs à occuper gratuitement les lieux dans l'attente de la signature de l'acte authentique, prévue après certains travaux qu'ils doivent réaliser. Les vendeurs cessent alors d'assurer le logement. Malheureusement, 10 jours plus tard, un incendie le ravage. Les acheteurs renoncent à la vente, comme le compromis le leur permet, et leur compagnie d'assurances les indemnise pour leurs dommages matériels, c'est-à-dire leurs meubles et effets personnels détruits.

Pas de présomption de responsabilité sans contrepartie

Les propriétaires assignent alors les acquéreurs et leur assureur afin d'obtenir le paiement de dommages et intérêts correspondant au coût des travaux de remise en état du bien. Pour tenter d'obtenir gain de cause, ils invoquent l'article 1733 du Code civil, selon lequel le locataire est présumé responsable en cas d'incendie, sauf à prouver un cas fortuit, un vice de construction ou la propagation du feu depuis une maison voisine. Mais la cour d'appel les déboute. Les vendeurs se pourvoient alors en cassation, en faisant valoir que cette présomption de responsabilité s'applique à tout occupant des lieux contractuellement autorisé à les occuper, même à titre précaire, sans qu'il soit nécessaire qu'un bail ait été conclu.

La Cour de cassation rejette leur argument. Elle approuve les juges d'appel d'avoir retenu que cette présomption ne s'applique pas ici, faute de contrepartie à l'occupation des lieux. Autrement dit, sans loyer, il n'y a pas de bail. Les acheteurs, simples occupants à titre gratuit, ne pouvaient pas être assimilés à des locataires. La haute juridiction valide également la condamnation des vendeurs à rembourser à l'assureur des acquéreurs l'indemnisation versée pour leurs meubles détruits dans l'incendie. De fait, le risque de destruction de la maison pesait bien sur les propriétaires, qui n'étaient plus assurés. Un arrêt qui rappelle que remettre les clés avant la vente du bien peut coûter très cher.

Rosine Maiolo

Fraude au faux conseiller bancaire

L'indemnisation des victimes se complique

Cour de cassation, chambre commerciale, 4 mars 2026, pourvoi n° 24-19.588. Cassation.

En cas d'arnaque au faux conseiller bancaire (*spoofing*), la victime n'est pas automatiquement remboursée. La Cour de cassation rappelle que le comportement du client reste déterminant pour apprécier l'existence d'une négligence grave. En septembre 2022, un homme est contacté téléphoniquement par un individu se présentant comme son conseiller bancaire. L'interlocuteur l'incite à se connecter à son application pour, prétendument, annuler des opérations frauduleuses. En réalité, il lui fait valider des paiements. Deux jours plus tard, le client constate les débits et demande à sa banque, le CIC, le remboursement des sommes détournées. L'établissement refuse, invoquant une négligence grave. En effet, avant d'approuver les opérations, la victime a reçu de sa banque le message suivant: «*Vous allez confirmer un paiement. Il ne s'agit ni d'un remboursement ni d'une annulation.*» Cependant, en justice, elle obtient gain de cause: les juges estiment que les circonstances – numéro de téléphone correspondant au numéro officiel de son agence bancaire, appel pendant les heures d'ouverture – étaient de nature à rassurer et à convaincre quelqu'un de raisonnable. Le consommateur a suivi les instructions d'une personne qu'il avait légitimement identifiée comme un conseiller essayant de lui venir en aide dans un moment d'inquiétude.

Un infléchissement après une période très protectrice

Le CIC se pourvoit en cassation, reprochant aux magistrats de ne pas avoir recherché si un utilisateur normalement attentif n'aurait pas dû suspecter une fraude au regard du message envoyé. Il obtient gain de cause. Dans un arrêt du 23 octobre 2024 (pourvoi n° 23-16.267), la Cour de cassation avait admis que les fraudes par *spoofing* pouvaient exclure toute négligence grave du client, imposant ainsi le remboursement par la banque. Les établissements bancaires ont donc renforcé leurs dispositifs de sécurité depuis, et multiplié les messages d'alerte. Dès lors, les juges se montrent plus exigeants... C'est ce qu'il faut retenir de cette décision. La présence d'un avertissement explicite devient un élément déterminant pour caractériser une négligence grave. Pour la victime, il reste à démontrer, le cas échéant, que le stress lié à la situation a altéré ses capacités lors de l'appel téléphonique. En pratique, si le principe d'indemnisation demeure, il s'avère désormais bien plus difficile d'y prétendre lorsque l'on n'a pas tenu compte des signaux d'alerte mis à notre disposition.

Rosine Maiolo

Chaudière

Le professionnel chargé de l'entretien doit garantir la sécurité

Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 28 janvier 2026, pourvoi n° 24-15.298. Cassation partielle.

L'entretien annuel d'une chaudière ne se limite pas à une simple intervention. Il implique une véritable obligation de résultat quant à la sécurité de l'installation, indépendamment des prestations prévues au contrat. Cette exigence s'impose au professionnel intervenant ponctuellement et, en cas de pluralité de techniciens, chacun d'eux la supporte. C'est ce que vient de rappeler la Cour de cassation. En décembre 2014, un couple est confronté à des dysfonctionnements du disjoncteur alimentant sa chaudière. Deux personnes interviennent alors: un plombier-chauffagiste, qui remplace le disjoncteur, puis un employé de la société chargée de l'entretien annuel, qui détecte une défaillance de l'aquastat, thermostat servant à réguler la température de l'eau, et en commande un nouveau. Quelques jours plus tard, un incendie se déclare dans le tableau de commande de la chaudière en raison d'un échauffement électrique. L'assureur du ménage, après l'avoir indemnisé, se retourne contre les deux techniciens pour obtenir le remboursement des sommes versées. Les juges du fond rejettent sa demande, estimant que ni l'entreprise de maintenance ni le chauffagiste ne peuvent voir leur responsabilité engagée. Motif invoqué: le point de départ du sinistre, le tableau de commande, ne concernait pas les éléments sur lesquels ils étaient intervenus, ni les tâches contractuellement confiées.

Obligation de résultat

À son tour, la Cour de cassation est invitée à se prononcer sur la portée d'une telle obligation pesant sur les deux professionnels. Elle casse la décision. Pour la haute juridiction, tant l'entreprise chargée de l'entretien que celle ayant procédé à une réparation sont tenues d'une obligation de résultat quant à la sécurité de l'installation. Elles ne peuvent s'en exonérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère (force majeure ou faute de la victime qui serait la cause exclusive du dommage). Ni la limitation contractuelle de leur mission ni l'intervention de plusieurs techniciens ne permettent d'y échapper. Cette solution renforce la protection des particuliers et confirme l'exigence élevée de sécurité incombant à ceux qui opèrent sur ce type d'équipements.

Rosine Maiolo

GRANULÉS DE BOIS

Attention à l'intoxication au monoxyde de carbone !

L'Agence nationale de sécurité sanitaire rappelle que le stockage de granulés de bois peut engendrer l'intoxication au monoxyde de carbone. Même si les cas sont très rares, des précautions s'imposent.

Boostés par la crise énergétique liée à la guerre en Ukraine, les granulés de bois sont aujourd'hui utilisés par deux millions de ménages français pour se chauffer. Le plus souvent comme énergie secondaire, grâce à un poêle à granulés, et parfois aussi comme énergie principale, via une chaudière. Dans les deux cas, il faut stocker chez soi ces petits cylindres de bois compactés, appelés granulés ou pellets. Une source d'intoxication au monoxyde de carbone ? C'est le risque que rappelle l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) dans l'édition d'avril de son bulletin *Vigil'Anses*. Lors de leur stockage, ces combustibles peuvent en effet émettre, naturellement et sans combustion, ce gaz indolore, incolore et indétectable, mais potentiellement mortel.

Stockages professionnels plus à risque

L'Anses évoque un «*auto-échauffement*» des granulés résultant «*d'une oxydation naturelle des acides gras du bois*». «*Les émissions de monoxyde de carbone diminuent avec le temps, mais elles augmentent avec la température [dans l'espace de stockage], poursuit l'article. Dès 15 °C, [elles peuvent] dépasser plusieurs centaines de parties par million (ppm). Et à 40 °C, être 10 à 15 fois supérieures.*» L'intoxication a des conséquences graves à partir de 800 ppm et entraîne la mort à partir de 1900 ppm. «*Plusieurs accidents, parfois mortels, sont recensés dans le monde, précise Éric Vial, délégué général de Propellet, association nationale des professionnels du chauffage au bois. Ils concernent toutefois quasi exclusivement des silos de stockage pros de plusieurs dizaines de tonnes, où les précautions d'usage [présence de détecteur de monoxyde de carbone et ventilation] n'ont pas été respectées.*»

En ce qui concerne les particuliers, le risque serait mineur, «*pour ne pas dire nul s'agissant des ménages seulement équipés d'un poêle à bois, certifie Éric Vial. Les volumes de pellets stockés sont trop faibles, on parle de quelques dizaines de kilos*». Mais quid des foyers dotés d'une chaudière ? Les quantités stockées sont plus élevées, et atteignent parfois plusieurs tonnes. Ces granulés sont placés dans des silos connectés, à proximité de la chaudière, ordinairement au sous-sol. Une configuration qui risque de conduire à des relargages de monoxyde de carbone ?

L'Anses donne des exemples : «*En Suisse, une femme enceinte est décédée dans un local de stockage de pellets de sa résidence. Les concentrations en monoxyde de carbone mesurées étaient de 7 500 ppm, diminuant à 2 000 ppm seulement après deux heures de ventilation.*» En 2025, dans le Haut-Rhin, les pompiers sont intervenus chez un octogénaire qui avait entreposé quatre tonnes de pellets dans un local de 8 m³ ni ventilé sur l'extérieur ni isolé du reste de la maison. Le monoxyde de carbone s'était accumulé avant de se propager. «*Le patient a été pris en charge à l'hôpital et son état clinique a évolué favorablement*», rassure l'Anses.

Pensez à ventiler le local

Les particuliers ne sont donc pas totalement à l'abri d'une intoxication. Les pompiers du Haut-Rhin citent deux facteurs aggravants. Premièrement, le volume des granulés stockés : au-delà de 10 tonnes, il faut être vraiment vigilant. Deuxièmement, l'absence de ventilation. Enfin, même pour des quantités inférieures, il est déconseillé d'entrer dans la pièce de stockage les premières semaines après le remplissage. Il convient ensuite d'aérer au préalable pendant au moins 15 minutes.

Fabrice Pouliquen

INFLATION

Les chiffres de notre Observatoire de la consommation

Que Choisir Ensemble produit ses propres études et statistiques via son Observatoire de la consommation. Nos chiffres sur l'inflation révèlent une forte augmentation dans certains secteurs.

Covid, guerre en Ukraine, explosion des tarifs de l'énergie, flambée des cours des matières premières... les crises se succèdent depuis 2020. Parmi leurs conséquences, une hausse inédite du ticket de caisse sur les produits de grande consommation (alimentation, entretien, hygiène-beauté). Dès 2022, ce renchérissement a gagné les autres secteurs économiques (produits importés, services). Pour mesurer l'évolution des prix, nous utilisons les relevés réalisés en magasins par Que Choisir Ensemble ou nos comparateurs (énergie, assurance...). Chaque mois, nous mettons à jour nos données afin d'avoir la vision la plus nette possible de la facture des consommateurs. Nous avons ainsi pu mesurer l'inflation réelle depuis fin 2021.

Les prix des produits énergétiques s'emballent

D'après nos dernières mesures, l'inflation s'amplifie en avril 2026 et pointe à 2,7%, un niveau que l'on n'avait pas observé depuis juillet 2024. Le fait marquant est la forte progression du coût des produits énergétiques. Ainsi, le conflit en Iran a entraîné une augmentation des cours du pétrole qui a impacté plusieurs produits dérivés.

> + 20% sur le super sans plomb;

> + 40% sur le diesel;

> + 66% sur un an pour le fioul.

La situation au Moyen-Orient est à l'origine de l'envol des cours du pétrole, mais aussi du gaz. En mai, le prix repère de vente de gaz (l'indicateur

mensuel publié par la Commission de régulation de l'énergie) subit une majoration de 15,4% par rapport à avril. S'agissant des tarifs de l'électricité, l'impact de la guerre devrait rester limité.

Alimentation : hausse en vue ?

En avril, les prix en grandes surfaces ont grimpé de 0,3% sur un mois. Cette évolution, certes modeste, n'est pas véritablement en cohérence avec les résultats des négociations commerciales qui se sont clôturées. Alors que les industriels expliquaient, sous le manteau, avoir été contraints de consentir des baisses tarifaires, les étiquettes en rayon n'en laissaient rien paraître. Le ministre du Commerce, Serge Papin, évoquait même des hausses (inférieures à 1%, néanmoins).

En outre, il est vraisemblable que le conflit en Iran provoque également des hausses de prix dans nos supermarchés. Certains professionnels du secteur – agriculteurs et éleveurs d'une part, industriels d'autre part – sont impactés par la fermeture du détroit d'Ormuz, conduisant à la flambée des coûts des carburants et des engrais pour les premiers, et à l'explosion des tarifs gaziers, des coûts des emballages et du transport pour les seconds. Selon toute probabilité, ces majorations seront répercutées dans les prochains mois dans les linéaires des grandes surfaces (alimentation, droguerie, hygiène). Et les augmentations devraient être significatives.

Grégory Caret

SANTÉ

On en sait plus sur les tiques piqueuses

Une nouvelle étude éclaire sur le danger que représentent les tiques. Elle a également permis de cartographier les espèces piqueuses présentes en métropole.

Au printemps, l'envie de se promener ou de jardiner se fait naturellement sentir. Or, c'est également à cette saison que les tiques s'activent. Présents aussi bien en forêt que dans les jardins, ces parasites sont les principaux vecteurs d'agents pathogènes responsables de maladies infectieuses en Europe. Une quarantaine d'espèces sont recensées en France métropolitaine. Certaines ne piquent jamais les humains, d'autres le font de manière occasionnelle. In fine, nous sommes au menu de neuf d'entre elles, comme le révèle une étude de l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae), qui a analysé plus de 2000 tiques. Celles-ci ont été récoltées par des citoyens piqués, qui les ont envoyées à la «tiquothèque» du laboratoire Tous Chercheurs du centre Inrae Grand-Est Nancy entre 2017 et 2019. Les résultats, publiés le 10 mars dernier, ont permis de cartographier, pour la première fois, les espèces de tiques piqueuses que l'on trouve en métropole. Ces travaux ont été réalisés par des scientifiques de l'Inrae, de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), de l'université de Lorraine et de VetAgro Sup, dans le cadre du programme Citique.

Une menace largement répandue

«Nous avons ainsi découvert que certaines tiques, qui n'étaient pas connues en France pour se nourrir sur l'humain, le font, détaille Jonas Durand, l'un

des coordinateurs de l'étude. Nous avons également constaté que la répartition spatiale d'*Ixodes ricinus*, la tique piqueuse la plus fréquente en France métropolitaine, est plus large que ce que l'on pensait. Ce parasite est aussi présent dans le sud de l'Occitanie et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce que l'on ignorait. Et, profitant du changement climatique, il a migré en altitude. On l'observe désormais jusqu'à 1700 mètres, contre 1000 mètres auparavant.» Or, les tiques de cette espèce transmettent la bactérie responsable de la maladie de Lyme, *Borrelia burgdorferi sensu lato*. L'étude révèle que 15,4% d'entre elles en sont porteuses et sont donc en mesure de la transmettre à l'humain.

Réagir vite !

Heureusement, 90% des personnes piquées par des tiques infectées par *Borrelia* ne vont pas développer la maladie. Lorsque c'est le cas, un halo rouge caractéristique est susceptible d'apparaître autour du point de piqûre quelques jours après celle-ci, puis de s'étendre. À ce stade, un traitement antibiotique enrayer l'infection. Cependant, s'il n'est pas mis en place, la maladie peut provoquer des atteintes très invalidantes de la peau, des muscles, des articulations et du système nerveux. Santé publique France estime que 47 000 personnes ont contracté la maladie de Lyme en métropole en 2021.

Isabelle Verbaere

PHOTOVOLTAÏQUE

Les tarifs de l'électricité achetée aux particuliers au plus bas

Ces dernières années, l'État opère une baisse drastique du prix auquel il achète le surplus de production des petites installations photovoltaïques. Ce n'est pas fini. Un nouvel arrêté prévoit de faire chuter le tarif à 1,1 centime d'euro le kWh, et même à 0 dans certains cas.

Durant 20 ans, les consommateurs ont pu vendre l'intégralité de leur production d'électricité solaire à l'État, via EDF OA (pour « obligation d'achat »), à prix d'or: jusqu'à 60 centimes (cts) d'euro le kilowattheure (kWh), à la fin des années 2000. À l'époque, l'exécutif voulait inciter les Français à s'équiper en panneaux photovoltaïques, alors coûteux. Le contexte s'avère très différent aujourd'hui... Pour des installations d'une puissance comprise entre 0 et 9 kilowatts-crête (kWc) – typiquement le segment des particuliers –, les ménages ne pouvaient déjà plus céder toute leur production d'électricité solaire à EDF OA depuis mars 2025, mais seulement le surplus, soit la partie non dédiée à leur usage domestique.

Le petit photovoltaïque n'est plus soutenu

Par ailleurs, le tarif d'achat s'est effondré. Toujours en mars 2025, il était passé de 12,7 à 4 cts d'euro le kWh. Un projet d'arrêté gouvernemental, qui devrait paraître très prochainement, envisage de le faire chuter à 1,1 ct. Et encore, uniquement si le cours de l'électricité sur le marché « spot » (où elle s'achète la veille pour le lendemain) est positif. Dans le cas contraire, l'achat sera suspendu et l'électricité produite par les panneaux, injectée gratuitement dans le réseau. « Toutes ces conditions, y compris l'impossibilité de vendre la totalité de sa production, ne sont plus seulement propres aux structures de 0 à 9 kWc, mais étendues à celles jusqu'à 100 kWc », précise David Gréau, délégué général d'Enerplan, syndicat professionnel de l'énergie solaire. Ainsi, en l'espace d'un an, le gouvernement a quasiment divisé par 12 son tarif d'achat. Ce n'est pas tout, puisque la prime à l'autoconsommation,

elle aussi, ne cesse de diminuer. Celle-ci est octroyée aux particuliers et aux entreprises ayant choisi d'autoconsommer leur électricité. Elle est versée en une fois, un an après la pose des panneaux, et son montant varie en fonction de leur puissance. L'an dernier, cette aide avait dégingolé à 80 € par kWc. Ce projet d'arrêté prévoit ni plus ni moins de la supprimer.

Loi de l'offre et la demande

L'État ne cache guère son jeu: dans le contexte budgétaire actuel très serré, il prend des mesures afin que le petit photovoltaïque ne pèse plus rien sur les dépenses publiques. À sa décharge, le nombre de foyers dotés de panneaux a bondi ces dernières années, notamment depuis fin 2021. La crise énergétique liée à la guerre en Ukraine conjuguée à la baisse marquée du coût des installations photovoltaïques a poussé de nombreux consommateurs à sauter le pas.

Fin 2025, Enedis, gestionnaire du réseau de distribution d'électricité, recensait 848 374 installations solaires en autoconsommation individuelle. Les effets se font ressentir sur le réseau: lors des journées ensoleillées, il y a un énorme pic de production aux heures méridiennes sans besoins suffisants de consommation. Le prix du kWh s'écroule alors sur le marché de gros, au point de basculer dans le négatif. La Commission de régulation de l'énergie (CRE), autorité indépendante chargée de veiller au bon fonctionnement des marchés de l'énergie, comptait 352 heures à prix négatifs en 2024, et 513 heures l'an dernier. Difficile, dès lors, pour le gouvernement, de s'engager à acheter l'électricité solaire résidentielle à un tarif élevé.

Fabrice Pouliquen

ACCÈS AUX SOINS

Un quart des patients en galère

Manque de médecins, pénuries de médicaments, dépassements d'honoraires... les associations de patients déplorent de multiples obstacles à l'accès aux soins.

Désertification médicale oblige, 4 Français sur 10 ont eu du mal à obtenir un rendez-vous chez un docteur au cours des 12 derniers mois. C'est ce que révèle le baromètre annuel 2026 des droits des personnes malades publié en avril par France Assos Santé, un collectif dont fait partie Que Choisir Ensemble. Ce sondage, réalisé auprès de plus de 1000 personnes, confirme à quel point se faire soigner devient compliqué dans notre pays. Un quart des répondants s'est même vu opposer un refus, motivé ou non. Un constat qui en rejoint d'autres: difficulté à trouver un médecin traitant, impossibilité de consulter certains spécialistes (dermatologues, par exemple), délais à rallonge...

Généralisation des dépassements

Causée par les restrictions de formation des médecins dans les années 1990, la problématique s'avère encore plus complexe à résoudre quand il s'agit d'être soigné aux tarifs Sécu. L'année précédant le sondage, 43% des personnes interrogées ont dû faire face à des dépassements d'honoraires, et c'est le cas de la moitié de celles en affection de

longue durée (ALD), dont la situation nécessite pourtant que leurs soins soient pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Il faut aussi composer avec les problèmes d'approvisionnement en médicaments, auxquels sont confrontés plus d'un quart des usagers. Un tiers des femmes enceintes et 43% des malades en ALD s'y sont heurtés! Et, dans 45% des cas, aucune alternative médicamenteuse n'a pu être proposée – comme lors de l'arrêt de la commercialisation de Vitamine A Dulcis, un traitement pourtant d'intérêt thérapeutique majeur.

France Assos Santé souligne que ces diverses complications n'affectent pas tout le monde de la même façon: «*Les patients en affection longue durée, les populations les plus vulnérables et/ou les moins aisées, les habitants des outre-mer: ce sont invariablement ces personnes qui, dans tous les cas, pour des raisons financières ou par méconnaissance de leurs droits, sont les plus impactées et pénalisées.*» Relevons tout de même un point positif: 91% des sondés sont satisfaits de leur relation avec les professionnels de santé.

Anne-Sophie Stamane

QUE CHOISIR ENSEMBLE DANS VOTRE VILLE

La force de Que Choisir Ensemble, ce sont ses publications, son site internet et ses associations locales, animées par des bénévoles compétents qui tiennent régulièrement des permanences pour vous conseiller et vous informer. Pour adhérer à l'une d'entre elles, complétez et découpez le coupon ci-dessous, et adressez-le, accompagné d'un chèque de 30 € minimum pour la première adhésion, à:

QUE CHOISIR ENSEMBLE - 233, bd Voltaire - 75555 Paris Cedex 11

Nom Prénom

Adresse

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville

NOS ASSOCIATIONS LOCALES

Que Choisir Ensemble compte 126 associations locales en France, animées par des militants bénévoles. Ces antennes fournissent à leurs adhérents des conseils juridiques et techniques ainsi que de la documentation sur des questions de vie quotidienne.

01 AIN

• Maison de la culture et de la citoyenneté
CS 70270
4, allée des Brotteaux
01006 BOURG-EN-BRESSE CEDEX
04 74 22 58 94

02 AISNE

• 31 bis, rue du G^{ral}-Patton
02880 CROUY
09 70 96 64 93

03 ALLIER

• 52, rue de la Gironde
03100 MONTLUÇON
04 70 05 30 38
• 42, rue du Progrès
03000 MOULINS
04 70 20 96 30

04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

• 22, rue d'Aubette
04100 MANOSQUE
04 92 72 19 01

07 ARDÈCHE

• Maison des associations
11, avenue de la Gare
07200 AUBENAS
04 75 39 20 44

08 ARDENNES

• BP 561
5, rue Jean-Moulin
08000 CHARLEVILLE-MÉZIÈRES CEDEX
03 24 53 70 17

09 ARIÈGE

• Maison de la citoyenneté
16, rue de la République
09200 SAINT-GIRONS
05 61 66 03 66

11 AUDE

Fusion avec Que Choisir Ensemble Aude Pyrénées-Orientales (66), cf. p. 130.

12 AVEYRON

• Maison des associations
15, avenue Tarayre
12000 RODEZ
05 65 77 00 01

13 BOUCHES-DU-RHÔNE

• Le Félibrige, bât. B
4, place Coimbra
13090 AIX-EN-PROVENCE
04 42 93 74 57
• 11 bis, rue Saint-Ferréol
13001 MARSEILLE
04 91 90 05 52

• 8, boulevard Joliot-Curie

13500 MARTIGUES
04 42 81 10 21

• 6, rue des Grands-Prés
13300 SALON-DE-PROVENCE
04 90 42 19 80

14 CALVADOS

• 19, quai de Juillet
14000 CAEN
02 31 86 32 54

15 CANTAL

• BP 17
19, rue de la Coste
15018 AURILLAC
04 71 48 58 68

16 CHARENTE

• Immeuble George-Sand
83, avenue de Lattre-de-Tassigny
16000 ANGOULÊME
05 45 95 32 84

17 CHARENTE-MARITIME

• 3, rue J.-B.-Charcot
17000 LA ROCHELLE
05 46 41 53 42

18 CHER

• Maison des associations
28, rue Gambon
18000 BOURGES
02 48 70 48 02

19 CORRÈZE

• 13, rue Émile-Duclaux
19100 BRIVE-LA-GAILLARDE
05 55 23 19 37

20 CORSE

• Le Golo, bât. A
Av. de l'Aspirant-Michelin
20090 AJACCIO
04 95 22 69 83

21 CÔTE-D'OR

• Maison des associations
2, rue des Corroyeurs
(boîte n° 14)
21000 DIJON
03 80 43 84 56

22 CÔTES-D'ARMOR

• Espace Volta, bât. B
1, rue André-Marie-Ampère
22300 LANNION
02 96 46 66 09
• 3, rue Pierre-Cléret
22120 YFFINIAC
02 96 78 12 76

23 CREUSE

• BP 242
11, rue Braconne
23005 GUÉRET CEDEX
05 55 52 82 83

24 DORDOGNE

• 1, square Jean-Jaurès
24000 PÉRIGUEUX
05 53 09 68 24

25 DOUBS

• 8, avenue de Montrapon
25000 BESANÇON
03 81 81 23 46

26 DRÔME

• 41, avenue Sadi-Carnot
26000 VALENCE
04 75 42 58 29

27 EURE

• Immeuble Cambrésis
17, rue des Aérostiers
27000 ÉVREUX
02 32 39 44 70

28 EURE-ET-LOIR

• La Madeleine
25, place Saint-Louis
28000 CHARTRES
02 37 30 17 57

29 FINISTÈRE

• Maison des associations
6, rue Pen-Ar-Creac'h
29200 BREST
02 98 80 64 30
• 3, allée de Roz-Avel
29000 QUIMPER
02 98 55 30 21

30 GARD

• 20, rue du C^{dt}-Audiber
30100 ALÈS
04 66 52 80 80
• Bât. A
65, avenue Jean-Jaurès
30900 NÎMES
04 66 84 31 87

31 HAUTE-GARONNE

• Siège social
BP62201
31320 CASTANET CEDEX
07 80 01 68 72
• Ass. locale de Toulouse
59, boulevard Lascrosses
31000 TOULOUSE
05 61 22 13 00

32 GERS

• 44, rue Victor-Hugo
32000 AUCH
05 62 61 93 75

33 GIRONDE

• 17, cours Balguerier-Stuttgart
33300 BORDEAUX
05 56 79 91 94

34 HÉRAULT

• Maison Daniel-Cordier
Boîte aux lettres n° 15
2, rue Jeanne-Jugan
34500 BÉZIERS
04 67 28 06 06
• BP 2114
3, rue Richelieu
34026 MONTPELLIER CEDEX 1
04 67 66 32 96
• BP 106
53, boulevard Chevalier-de-Clerville
34207 SÈTE CEDEX
04 30 41 53 30

35 ILLE-ET-VILAINE

• 8, place du Colombier
35000 RENNES
02 99 85 94 23
• Saint-Malo et ses environs
8E avenue de Moka
35400 SAINT-MALO
02 99 56 80 47

36 INDRÉ

• 34, espace Mendès-France
Avenue François-Mitterrand
36000 CHÂTEAURoux
02 54 27 43 57

37 INDRÉ-ET-LOIRE

• 12, rue Camille-Flammarion
37000 TOURS
02 47 51 91 12

38 ISÈRE

• 8, rue brigadier Megevand
38300 BOURGOIN-JALLIEU
04 74 28 02 53
• 24 bis, rue Mallifaud
38100 GRENOBLE
04 76 46 88 45

39 JURA

• 3A, avenue Aristide-Briand
(adresse de visite)
• 27, rue de la Sous-Préfecture (adresse postale)
39100 DOLE
03 84 82 60 15

40 LANDES

• Association Camille-Pédarré
89 bis, rue Martin-Luther-King
40000 MONT-DE-MARSAN
05 58 05 92 88

41 LOIR-ET-CHER

• Maison des associations
17, rue Roland-Garros
41000 BLOIS
02 54 42 35 66

42 LOIRE

• 17, rue Bossard
42000 SAINT-ÉTIENNE
04 77 33 72 15

43 HAUTE-LOIRE

• 29, boulevard D'Chantemesse
43000 AIGUILHE
04 71 02 29 45

44 LOIRE-ATLANTIQUE

• Maison des associations
2 bis, rue Albert-de-Mun
44600 SAINT-NAZAIRE
02 40 22 00 19
• 1, place du Martray
44000 NANTES
09 53 75 15 94

45 LOIRET

• 39, rue Saint-Marceau
45000 ORLÉANS
02 38 53 53 00
• Maison des associations
32, rue Claude-Debussy
45120 CHALETTE-SUR-LOING
09 62 03 03 42

46 LOT

• Espace associatif
Place Bessières
46000 CAHORS
05 65 53 91 19

47 LOT-ET-GARONNE

• BP 50301
159, avenue Léon-Blum
47008 AGEN
05 53 48 02 41

49 MAINE-ET-LOIRE

• Espace Frédéric-Mistral,
4, allée des Baladins
49000 ANGERS
02 41 88 56 42

50 MANCHE

• 167, rue G^{ral}-Gerhardt
50000 SAINT-LÔ
02 33 05 68 76

51 MARNE

• Espace entreprises
Saint-John-Perse
2, cour du G^{ral}-Eisenhower
51100 REIMS
03 26 08 63 03

NOS ASSOCIATIONS LOCALES

52 HAUTE-MARNE

- 14, rue de Vergy
52100 SAINT-DIZIER
03 25 56 26 59

53 MAYENNE

- 31, rue Oudinot
53000 LAVAL
02 43 67 01 18

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

- 76, rue de La-Hache
54000 NANCY
09 52 19 48 23

56 MORBIHAN

- Maison des familles
2, rue du P^e-Mazé
56100 LORIENT
02 97 84 74 24

57 MOSELLE

- BP 46
1A, impasse de l'École
57470 HOMBOURG-HAUT
03 87 81 67 80
- Association locale
BP 40103
57951 MONTIGNY-LÈS-METZ
03 72 13 73 57
- 2, rue d'Austrasie
57100 THIONVILLE
03 82 51 84 29

58 NIÈVRE

- 2 bis, boulevard
Jacques-Duclos
58000 NEVERS
03 86 21 44 14

59 NORD

- 104, rue d'Esquerchin
59500 DOUAI
03 27 96 05 15
- Terreplein du Jeu de mail
Rue du 11-Novembre-1918
59140 DUNKERQUE
06 16 42 49 10
- 54, rue Jacquemars-Gielée
59000 LILLE
03 20 85 14 66
- Maison des associations
Faubourg-Saint-Quentin
BP40037
13, rue du Progrès
59600 MAUBEUGE
06 47 49 53 81

60 OISE

- BP 80059
60303 SENLIS CEDEX

61 ORNE

- MVA
25, rue Demées
61000 ALENÇON
02 33 26 79 47

62 PAS-DE-CALAIS

- Maison des sociétés
Bureaux 39 à 42
16, rue Aristide-Briand
62000 ARRAS
03 21 23 22 97
- Maison des associations
Élie-Vignon
1, place du G^{ral}-de-Gaulle
62219 LONGUENESSE
03 21 39 81 81

63 PUY-DE-DÔME

- 21, rue Jean-Richepin
63000 CLERMONT-
FERRAND
04 73 98 67 90
- Maison des associations
20, rue du Palais
63500 ISSOIRE
04 73 55 06 76

64 PYRÉNÉES- ATLANTIQUES

- 9, rue Sainte-Ursule
64100 BAYONNE
05 59 59 48 70
- 16, rue du C^{me}-Guynemer
64000 PAU
05 59 90 12 67

65 HAUTES-PYRÉNÉES

- 4, rue Alphonse-Daudet
65000 TARBES
09 62 34 21 21

66 PYRÉNÉES-ORIENTALES

- 45, avenue Marcelin-Albert
66000 PERPIGNAN
09 83 87 07 07

67 BAS-RHIN

- 1A, place
des Orphelins
67000 STRASBOURG
03 88 37 31 26

68 HAUT-RHIN

- 4, avenue Clémenceau
68100 MULHOUSE

69 RHÔNE

- 1, rue Sébastien-Gryphe
69007 LYON
04 78 72 00 84

70 HAUTE-SAÔNE

- BP 10357
22, rue du Breuil
70006 VESOUL
03 84 76 36 71

71 SAÔNE-ET-LOIRE

- 2, rue Jean-Bouvet
71000 MÂCON
03 85 39 47 17

72 SARTHE

- 21, rue Besnier
72000 LE MANS
02 43 85 88 91
73 SAVOIE
- 23 BP 10427
25, boulevard des Anglais
73104 AIX-LES-BAINS
07 83 74 12 73
- Maison des associations
21, rue Georges-Lamarque
73200 ALBERTVILLE
04 79 37 11 01
- 67, rue Saint-François-
de-Sales
73000 CHAMBÉRY
04 79 85 27 87

74 HAUTE-SAVOIE

- 48, rue des Jardins
74000 ANNECY
04 50 69 74 67

75 PARIS

- 54, rue de l'Ouest
75014 PARIS
01 56 68 97 48

76 SEINE-MARITIME

- 36, rue du M^{lle}-Joffre
76600 LE HAVRE
09 62 51 94 37
- 12, rue Jean-Lecanuet
76000 ROUEN
02 35 70 27 32

77 SEINE-ET-MARNE

- France Services
22, rue du Palais-de-Justice
77120 COULOMMIERS
01 64 65 88 70
- Centre social
et culturel Brassens
4, patio des Catalpas
77420 CHAMPS-
SUR-MARNE
01 64 73 52 07

78 YVELINES

- 3, avenue des Pages
78110 LE VÉSINET
06 08 90 20 16
- 7, avenue Foch
78120 RAMBOUILLET
01 78 82 52 12
- 5 bis, Grande-Rue
78480 VERNEUIL-
SUR-SEINE
01 39 65 63 39
- 5, impasse des Gendarmes
78000 VERSAILLES
01 39 53 23 69

79 DEUX-SÈVRES

- Hôtel de la vie associative
12, rue Joseph-Cugnot

79000 NIORT

05 49 09 04 40

80 SOMME

- 5, rue Pasteur
80480 SALOUËL
03 22 72 10 84

81 TARN

- 3, place du Palais
81000 ALBI
05 63 38 42 15

82 TARN-ET-GARONNE

- BP 397
25, place Charles-Caperan
82000 MONTAUBAN
05 63 20 20 80

83 VAR

- 1196, boulevard de la Mer
83616 FRÉJUS
09 63 04 60 44
- L'oiseau de feu
113, rue Henri-Poincaré
83000 TOULON
04 94 89 19 07

85 VENDÉE

- 8, boulevard Louis-Blanc
85000 LA-ROCHE-SUR-YON
02 51 36 19 52

86 VIENNE

- 1, rue du 14 juillet 1789
86000 POITIERS
09 87 76 39 91

87 HAUTE-VIENNE

- 4, cité Louis-Casimir-Ranson
87000 LIMOGES
05 55 33 37 32

88 VOSGES

- Maison des associations
BP 1004
6, quartier Magdeleine
88050 ÉPINAL CEDEX 9
03 29 64 16 58

89 YONNE

- 12, boulevard Vaulabelle
89000 AUXERRE
03 86 51 54 87

91 ESSONNE

- La Ferme
91800 BOUSSY-
SAINT-ANTOINE
01 69 56 02 49
- Val d'Orge
Place du 19-Mars-1962
91240 SAINT-MICHEL-
SUR-ORGE
09 67 19 08 13

92 HAUTS-DE-SEINE

- BP 56
92145 CLAMART CEDEX
07 61 07 64 97
- Siège de l'AL
11, rue Hédouin
92190 MEUDON
- BP 60025
92276 BOIS-COLOMBES CEDEX
- Maison de l'Amitié
18, rue des Écoles
92210 SAINT-CLOUD
06 41 06 59 35
- Mairie de Sèvres
54, Grande-Rue
92310 SÈVRES

93 SEINE-SAINT-DENIS

- 19, rue Jules-Guesde
93140 BONDY
06 42 01 07 89
- Centre Salvador-Allende
2, avenue du Dauphiné
93330 NEUILLY-
SUR-MARNE

94 VAL-DE-MARNE

- Centre social Kennedy
36, boulevard J.-F.-Kennedy
94000 CRÉTEIL
01 43 77 60 45
- Centre Marius-Sidobre
26, rue Émile-Raspail
94110 ARCUEIL
01 45 47 74 74

95 VAL-D'OISE

- Espace Nelson-Mandela
82, boulevard du G^{ral}-Leclerc
95100 ARGENTEUIL
01 39 80 78 15
- BP 90001
95471 FOSSES CEDEX
01 34 72 76 87
- Office culturel du Forum
Place François-Truffaut
95210 SAINT-GRATIEN
07 71 71 09 73

LA RÉUNION

- Résidence Les Vacoas
7, rue Paul-Demange
97480 SAINT-JOSEPH
02 62 45 24 44

NOUVELLE-CALÉDONIE

- Résidence du Vallon d'Argent
BP 2357
82, rue Capiez
98846 NOUMÉA CEDEX
06 87 28 51 20

NE REFERMEZ PAS CE NUMÉRO PRATIQUE...

... sans avoir découvert l'expertise de nos autres publications.
Toute l'année, nous veillons à apporter une information indépendante,
pratique et utile pour la défense du consommateur.



**SAVOIR CE QUE L'ON CONSOMME,
C'EST CONSOMMER INTELLIGENT**

QUE CHOISIR

► Chaque mois

Que Choisir vous tient au fait de l'actualité de la consommation. Il informe, teste, analyse et compare. Il prend parti, recommande ou dénonce.

Commandez les derniers numéros parus au prix unitaire de 5 €.

QUE CHOISIR Budgets

► Chaque trimestre

Ce hors-série est orienté « dépenses au quotidien ». Réponses, conseils et mises en garde vous attendent via un dossier central de 16 pages, des décryptages, des enquêtes de terrain... sans oublier votre cahier argent.

Commandez les derniers numéros parus au prix unitaire de 5,20 €.

Pour commander les anciens numéros et vous abonner, mais aussi pour connaître les sommaires détaillés, les dossiers abordés et les tests réalisés...

QUECHOISIR.ORG

ou flashez
ce QR code



CHOISIR

DE FAIRE SANS PLASTIQUE.

UFC-Que Choisir devient
Que Choisir Ensemble pour
nous donner collectivement
le pouvoir de réduire
le suremballage.

QUE CHOISIR ENSEMBLE - SIRET 784 672 495 00073 - Agence Jojo.



Nos choix, notre histoire.

Agissons ensemble sur quechoisir.org