

Prévalence et déterminants démographiques de l'obésité dans la région d'Ain-Taya.

Lanasri N¹, Atif ML²,
A.Chibane, L.Makhlouf,
C.Kessous³, Biad A.¹

1 Service de médecine interne, EPH d'Ain Taya.
2 Service d'épidémiologie, CHU de Blida.
3 Laboratoire de biologie, hôpital d'Ain Taya.

INTRODUCTION

La surcharge pondérale, selon l'OMS, est un problème majeur de santé publique dans le monde, elle résulte de l'urbanisation massive et du changement brutal du mode d'alimentation avec un rôle favorisant du diabète de type II nettement démontré dans la littérature 1. Ainsi l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale a directement contribué à l'augmentation de la prévalence du diabète de type II et des autres facteurs de risque cardiovasculaires majeures avec comme corollaire une flambée des complications et de lourdes retombées économiques.

Peu d'études algériennes se sont intéressées à la prévalence et aux déterminants de la surcharge pondérale et de l'obésité abdominale, et parfois elles sont réalisées avec des méthodologies inadaptées. Des études récentes ont été réalisées (Saha 1, Step-wise et Tahina), mais elles ne sont pas spécifiques au problème d'obésité.

L'Algérie ayant été touchée par une forte urbanisation et un changement très brutal du régime alimentaire, il est nécessaire de faire un état des lieux et d'avoir un chiffre fiable sur la fréquence de l'obésité et de ses déterminants.

OBJECTIFS

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive sur un échantillon représentatif du secteur sanitaire de Ain Taya, réparti sur 41 grappes tirées au sort.

L'objectif étant d'estimer la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité abdominale dans un échantillon de la population Algérienne ;

Identifier les déterminants de l'obésité à partir des critères démographiques et sociaux de la population étudiée ;

Estimer la prévalence des autres facteurs de risque cardiovasculaires chez les obèses.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête a porté sur un échantillon représentatif de la population adulte (âge ³ 20 ans) à la date de passage des enquêteurs, obtenu à partir d'un sondage en grappe stratifié sur la commune de résidence. Nous avons utilisé des données géographiques de l'Office National des Statistiques.

La région de Ain-Taya (limites géographiques de l'ex secteur sanitaire de Ain Taya), est composée de quatre communes : Ain Taya, Bordj-el-bahri, Heuraoua et el-Marsa, avec un total de 150.000 Habitants en 2007, il s'agit

d'une population principalement urbaine avec une assez bonne couverture sanitaire.

MÉTHODES DE MESURE

Mesures anthropométriques conformément aux recommandations de l'OMS2 : taille, poids, tour de taille et pression artérielle

Indice de Masse Corporelle $IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$
Surcharge pondérale : $25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$

Obésité : $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Obésité abdominale : tour de taille $\geq 102 \text{ cm}$ chez l'homme et $\geq 88 \text{ cm}$ chez la femme²

Validation et analyse des données

Nous avons procédé à une validation manuelle préalable, après une double saisie informatique (par 2 opérateurs), puis il y eu une validation informatique. Nous avons utilisé le logiciel Epi Info (CDC, Atlanta, US).

Les intervalles de confiance ont été calculés en prenant en compte la structure complexe de l'échantillon : méthode des séries de Taylor, les taux ont été ajustés sur les variables démographiques : âge, sexe et type d'habitat. Les fréquences ont été comparés en utilisant le test du chi 2 et les moyennes en utilisant le test de Student.

L'indicateur mesuré est la prévalence instantanée avec son intervalle de confiance à 95 %.

Les Déterminants ont été identifiés à partir de la différence des prévalences pour chaque facteur étudié. Une fiche d'enquête en 4 pages a été utilisée.

RÉSULTATS

Un total de 1511 sujets, âgés de plus de 20 ans ont été inclus dans l'enquête, avec une répartition conforme au recensement général des populations de la région, soit : Ain-Taya : 35,1% ; Bordj-El-Bahri : 27% ; El-Marsa : 12,9% ; Heuraoua : 25%.

Les hommes représentent 33,6% et les femmes 66,4%. L'âge moyen était de 48,3 ($\pm 17,8$) chez les hommes et de 43,7 (± 15) chez les femmes ($p < 0,001$).

La prévalence globale de l'obésité est de 25,9% et celle de l'obésité abdominale est de 53,9%.

La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité en fonction du sexe est significativement ($P < 0,01$) plus importante chez la femme que chez l'homme, avec respectivement : 33% (IC 95% 29-36) vs 32% (IC 95% 28-36), pour la surcharge pondérale, et 33% (IC 95% 29-36) vs 12% (IC 95% 10-15) pour l'obésité.

La prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale augmente de façon significative avec l'âge (36% pour la tranche entre 60 et 69 ans, cf fig.1), et avec la sédentarité (27% vs 18%, $p < 0,01$).

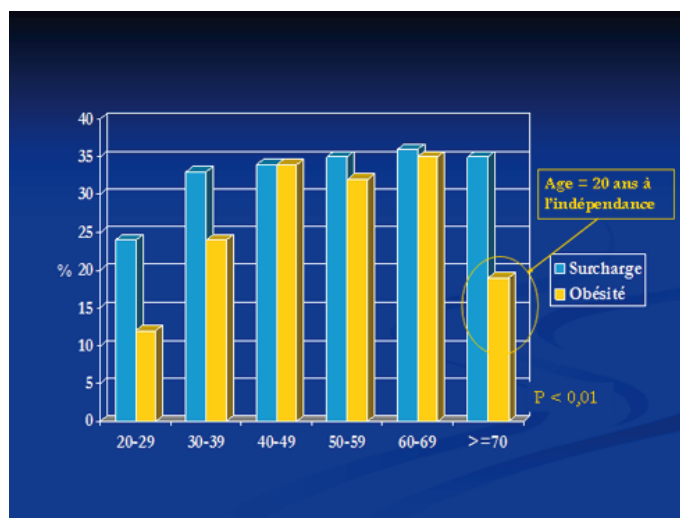


FIGURE 1 : PRÉVALENCE DE LA SURCHARGE PONDERALE ET DE L'OBESITÉ EN FONCTION DE L'ÂGE

Selon la commune de résidence, c'est la commune d'El marsa qui présente la plus forte prévalence de surcharge pondérale (38%) et la commune de Heuraoua la plus forte prévalence d'obésité (27%).

Concernant l'obésité abdominale, c'est encore les femmes qui présentent la plus forte prévalence : 69% (IC 95% : 64-74) vs : 23% (IC95% : 20-27), $p < 0,01$; Cette prévalence augmente avec l'âge avec un maximum encore dans la tranche des 60-69ans (67%), elle augmente aussi chez les sédentaires (58% vs 30%) (fig.2).

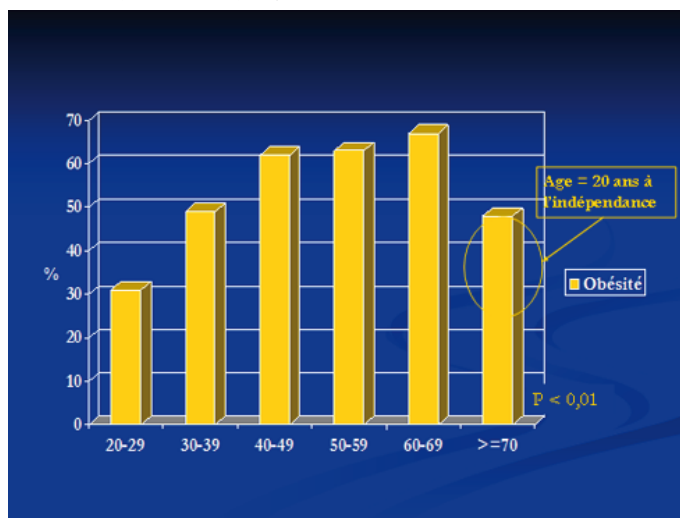


FIGURE 2 : PRÉVALENCE DE L'OBESITÉ ABDOMINALE EN FONCTION DE L'ÂGE

Les communes d'El marsa (57%) et de Bordj-El-Bahri (55%) sont le plus pourvoyeuses d'obésité abdominale.

Concernant les autres FDR, ils sont retrouvés plus chez les obèses que chez les non obèses, soit : (HTA : 54% vs 31%, diabète : 16% vs 9%, dyslipidémie : 16% vs 12%), sauf pour le tabagisme (8% vs 25%) que l'on retrouve plus chez les non obèses (fig.3). Et il en va de même pour l'obésité abdominale (HTA: 47% vs 25%, Diabète: 15% vs 5%, Dyslipidémie : 15% vs 10%), le tabagisme est plus important chez les non obèses (34% vs 9%) (fig. 4).

DISCUSSION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, rapport Février 2018) : À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes (personnes de 18 ans et plus) étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 650 millions étaient obèses. 39% des adultes âgés de 18 ans et plus étaient en surpoids en 2016 et 13% étaient obèses⁴.

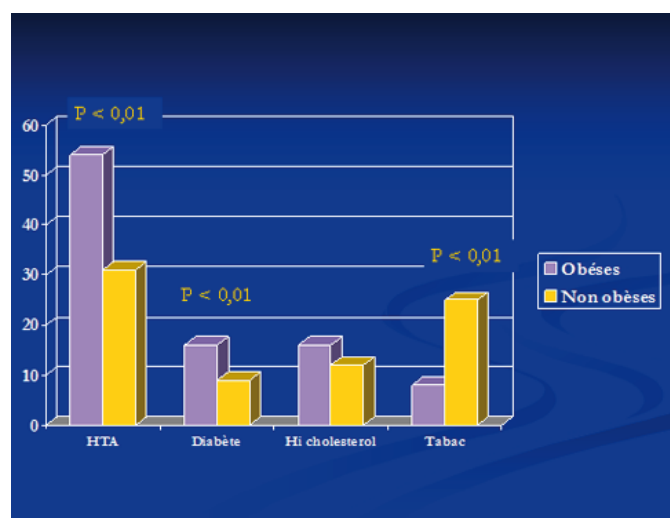


FIGURE 3 : PRÉVALENCE DES AUTRES FDR CHEZ LES OBÈSES ET NON OBÈSES.

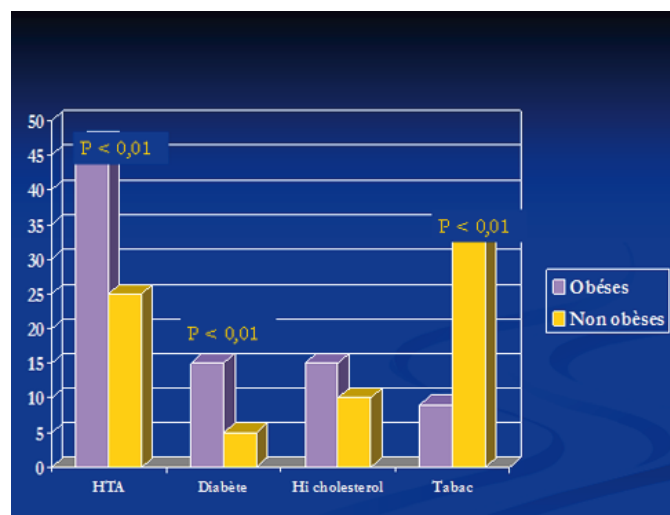


FIGURE 4 : PRÉVALENCE DES AUTRES FDR CHEZ LES OBÈSES ET LES NON OBÈSES ABDOMINAUX.

La plupart de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité font davantage de morts que l'insuffisance pondérale. La cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Au niveau mondial, on a constaté : une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques riches en lipides; et une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation croissante. L'évolution des habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique résulte souvent de changements au niveau de l'environnement et de la société et d'une absence de politiques dans certains secteurs, comme la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'environnement, la transformation des aliments, la distribution, le marketing et l'éducation⁴.

La prévalence de l'obésité est importante dans notre pays et a augmenté avec le temps, selon les études : SAHA⁵, TAHINA⁶, comme le montre le tableau 1.

Nous retrouvons cette tendance en hausse dans d'autres pays :

En Tunisie : Selon les résultats préliminaires de l'enquête "Tunisian Health Examination Survey- 2016", révélés en Mai 2017, 64,5% des tunisiens sont en surpoids (dont 72,4% sont des femmes) et 30% sont obèses.

Au Maroc, on compterait 10 millions d'individus en surpoids, dont 3,6 millions en situation d'obésité morbide (IMC supérieur ou égal à 40), selon un rapport du Haut-commissariat au plan (HCP) publié en fin 2016. Le nombre de Marocains obèses a presque doublé en une décennie.

Tableau 1 : Comparaison de la prévalence de l'obésité dans notre étude à d'autres études.

	SAHA ⁵ 2004	TAHINA ⁶ 2005	Ain-Taya 2007	Ghanem ¹² 1995
Obésité	16.5%	21.4%	25.9%	27.7%
Obésité Abd.	36.5%	36.5%	53.5%	

Tableau 2 : Prévalence de l'obésité selon le sexe dans les études.

		Ain-Taya (2007)	SAHA ⁵ (2004)	NHANES ¹³ (2003-2004)	ObEpi ¹⁴ (2009)
Obésité	H	12.2%	16.2%	31%	13.9%
	F	32.8%	22.3%	33%	15.1%
Surcharge	H	32%		71%	
Pondérale	F	33%		62%	
Obésité Abd.	H	23.2%	15.1%		
	F	68.8%	48.2%		

Une étude comparative de la prévalence de surpoids et d'obésité dans 11 pays méditerranéens, montre que le surpoids et l'obésité chez les adolescents au niveau des pays méditerranéens gagnent du terrain⁷. En France, l'étude ObEpi montre que l'obésité concernait 17,5 % des adultes en 2012, contre seulement 6,1 % en 1980. Les hommes (16 %) sont autant concernés que les femmes (17 %) par l'obésité. Les hommes sont en revanche plus fréquemment en surpoids que les femmes : 41 % comparés à 24 % (alors que dans notre étude l'obésité féminine est plus importante). La prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge, quel que soit le sexe^{8,9}. Une autre étude réalisée en 2015 (ESTEBAN) révèle que, malgré une stabilisation des chiffres, la prévalence du surpoids (obésité comprise) reste encore trop importante avec 49% des adultes et 17% des enfants¹⁰. Dans notre étude, nous constatons aussi que la prévalence de l'obésité est plus importante chez la femme que chez l'homme (3 fois plus) de même que pour l'obésité abdominale (2fois plus chez la femme) (tableau 2). La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge et pose un problème de prise en charge chez nos séniors, vu les problèmes ostéo-articulaires et cardio-vasculaires qui vont limiter l'activité physique, d'ailleurs les obèses sont plus sédentaires que les sujets non obèses. Les obèses cumulent plus de facteurs de risque que les non obèses. Ces FDR s'associent dans le cadre du syndrome métabolique¹¹, ce qui va compliquer également la prise en charge.

CONCLUSION

Notre étude relève des chiffres alarmants, à savoir plus d'un quart des sujets de l'étude présentent une obésité générale (25,9%) et plus de la moitié présentent une obésité abdominale (53,9%). L'obésité générale et l'obésité abdominale sont prédominantes chez la femme (2 à 3 fois plus que chez l'homme). La prévalence augmente après 30 ans pour atteindre son maximum chez les sujets de 60 à 69 ans. On note le rôle favorisant de la sédentarité. L'obésité générale et surtout l'obésité abdominale est pourvoyeuse de facteurs de risque cardiovasculaires majeurs, ce qui constitue un terreau favorable à l'éclosion des complications, d'où l'intérêt d'un programme de lutte intégré.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diab. Care 2004; 27: S5-S10.
- 2 WHO Expert Committee. (1995), « Physical Status: the use and interpretation of anthropometry », WHO Tech Rep Serv, 854, p. 424-38.
- 3National Cholesterol Education Program. (2001), « Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel-III) », JAMA, 285, p. 2486-97.
- 4OMS, Rapport du 16 Février 2018.
- 5Benkhedda S, Chibane A, Temmar M, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors associated to hypertension in the Algerian population. Report SAHA. J Hypertens. 2005;23 (suppl 2)
- 6Atek M, Ouchfoun A, Laid Y, Ait Mohand A, Fourar D, Kabrane A. La transition épidémiologique et le système de santé en Algérie: Enquête Nationale Santé 2005. Institut National de Santé Publique Algérie & Projet TAHINA (Contrat n° ICA3-CT-2002- 10011) Ed; 2007
- 7Kaouthar Benyaich, Abdelhay Ben Yaich. Etude comparative de la prévalence de surpoids et d'obésité dans 11 pays méditerranéens. 2017. hal-01504307ff
- 8ObEpi 2009. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Paris: Inserm/Kantar Health/Roche. 2009. <http://www.roche.fr/innovation-recherche-medicale/decouvertescientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationaleobepi-2009.html>
- 9Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(35-36):640-6. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html
- 10SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence / p. 1.
- 11Biad A., Chibane A., Makhoul L., Atif L., Lanastri N., Kessous C. The prevalence of the metabolic syndrome in east of Algiers (Poster Session 07: Epidemiology of Hypertension and Metabolic Disorders 1). Journal of Hypertension. June 2010 , Vol. 28, Issue - p e133.
- 12Ghannem H, Limam K, Ben Abdelaziz A et al. Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires dans une communauté semi urbaine du Sahel Tunisien. Rev Epidemiol Sante Publique 1992; 40:108-12.
- 13Ogden CL1, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. JAMA. 2006 Apr 5;295(13):1549-55.
- 14Chantal Julia, Serge Hercberg. Épidémiologie de l'obésité en France. Revue Du Rhumatisme Monographies. Volume 83, Issue 1, February 2016, Pages 2-5