

# La normativité du poids à l'œuvre

## Sémaglutide et obésité

Joel R. Lexchin MD CCFP(EM) FCFP Annemarie Jutel IDE PhD

L'arrivée des analogues du peptide-1 de type glucagon (GLP-1), parmi lesquels le sémaglutide est le mieux connu, a permis de changer le discours concernant l'utilisation des médicaments anti-obésité. Au Canada, on observe une demande croissante pour le sémaglutide malgré les questions qui demeurent quant à sa sécurité, son efficacité à long terme et la mesure dans laquelle il permet de réduire les résultats liés à l'obésité. Les raisons qui étayaient son utilisation reposent sur des données indiquant que les personnes auxquelles le sémaglutide a été prescrit perdent environ 12 % de poids corporel<sup>1</sup> et sur l'hypothèse voulant qu'il permette de diminuer le risque de développer des affections associées à l'obésité<sup>2</sup>. Toutefois, il y a une différence entre le traitement de l'obésité dans le but de réduire la morbidité et l'utilisation d'analogues du GLP-1 pour améliorer l'apparence physique.

Dans le présent commentaire, nous suggérons que la préoccupation accrue face à l'obésité (et les principaux facteurs derrière la popularité du sémaglutide) découle de l'approche injustifiée à utiliser la taille corporelle comme indicateur de santé et de l'avidité de vendre de l'industrie pharmaceutique<sup>3</sup>.

L'attrait pour le sémaglutide découle grandement de l'idée préconçue de ce à quoi une personne en bonne santé doit ressembler et du physique « normal » — croyances qui ont depuis longtemps infiltré les principes médicaux sur l'obésité et la façon dont cette dernière est présentée dans les médias. Les préférences sociales influent grandement sur la représentation et l'évaluation médicales de la normalité et de la maladie. D'ailleurs, selon une étude, « les personnes considérées comme ayant un surpoids sont perçues négativement et sont souvent stéréotypées comme étant paresseuses, en mauvaise santé, peu attrayantes et inactives »<sup>4</sup>. L'industrie pharmaceutique tire parti de ces croyances historiquement conditionnées au sujet de l'apparence pour leurs stratégies visant à promouvoir la sensibilisation face à la maladie<sup>3</sup>.

L'esthétisme joue un rôle important dans le jugement médical sur ce qui dévie de la normalité. Selon Stafford et coll., il existe « une norme implicite de ce qui est *commun* ou normal pour l'espèce ... [laquelle norme] se révèle dans notre réponse machinale face aux personnes qui s'éloignent considérablement de cette attente »<sup>5</sup>. L'apparence physique d'une personne, ou ce à quoi elle croit devoir ressembler, influence l'approche mise de l'avant par les patients et les fournisseurs de soins de santé, et dans ce cas-ci, alimente l'engouement pour le sémaglutide et sa surutilisation.

Bien qu'une surcharge pondérale puisse entraîner des conséquences négatives pour la santé, ces conséquences varient considérablement en termes de gravité et de manifestation. L'examen des fondements sociaux du diagnostic d'obésité peut nous aider à reconnaître les différentes perspectives que les professionnels de la santé et les patients doivent prendre en compte ainsi qu'à mettre en contexte nos discours au sujet de l'obésité et du sémaglutide.

### Comment définit-on l'obésité?

Par le passé, l'obésité était une évaluation qualitative de l'adiposité, plutôt qu'un diagnostic posé en fonction du poids corporel. Les médecins étaient toutefois sceptiques quant à l'efficacité des mesures normalisées fournies dans les tableaux sur la taille et le poids pour déterminer le poids santé d'une personne<sup>6</sup>. Par conséquent, 18 systèmes de classification du poids ont été proposés de 1942 à 2000, s'ajoutant à la nature qualitative de l'évaluation<sup>7</sup>.

On définit couramment l'obésité au moyen d'un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, soit l'indice adopté comme critère standard pour le recours au sémaglutide à titre de traitement de l'obésité. (En présence d'au moins une comorbidité liée à l'obésité, l'IMC est alors de  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>). Cette définition s'avère cependant problématique : d'abord, l'IMC est une mesure à l'échelle de la population et ne prend pas en compte la constitution corporelle réelle. Il s'agit de ce que les statisticiens appellent une « erreur écologique » où des corrélations agrégées sont utilisées pour tirer des conclusions au niveau individuel. Le second problème est que l'IMC ne reflète pas l'adiposité de façon uniforme selon la population, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de mesures universelles.

Enfin, et surtout, il est faux de penser qu'une surcharge pondérale et l'obésité modérée devraient être considérées comme pathologiques. De nombreuses études ont démontré que des facteurs qui covarient fréquemment (mais pas toujours) avec l'obésité (p. ex. saine alimentation, exercice), plutôt que l'obésité et la masse corporelle mêmes, sont la véritable cause des résultats défavorables pour la santé. On a tendance à utiliser le poids comme marqueur pour les autres facteurs, parce que le poids est plus facile à vérifier en milieu clinique que la nutrition et l'exercice.

Le choix d'un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> comme seuil d'obésité pose également problème et porte la marque de l'industrie pharmaceutique. Il provient d'un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) datant de

1995 dans lequel on évitait explicitement d'utiliser l'IMC pour définir l'obésité. Le rapport présentait les catégories de surpoids au moyen de l'IMC, soit 25, 30 et 40 kg/m<sup>2</sup>, et les décrivait comme étant largement arbitraires, en précisant « qu'il n'y a pas de seuils clairement établis en ce qui concerne la masse adipeuse ou le pourcentage d'adiposité pouvant se traduire en seuils pour l'IMC »<sup>8</sup>. Le groupe d'experts formé en 1995 par le National Heart, Lung, and Blood Institute a utilisé les mêmes seuils arbitraires pour l'IMC que ceux figurant dans le rapport de l'OMS. Dans son rapport de 1998, le groupe a toutefois changé la terminologie liée à un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> ou plus en passant du terme *surpoids de classe II à III* à celui d'*obésité*, une formulation qui est toujours d'usage aujourd'hui pour un IMC de ce niveau<sup>8</sup>.

Ce résultat n'est pas surprenant, puisque le président et 3 autres membres du groupe d'experts du National Heart, Lung, and Blood Institute faisaient aussi partie de l'International Obesity Task Force, un organisme presque entièrement financé par l'industrie pharmaceutique<sup>8</sup>. Comme il a été décrit dans un article du *New York Times*, la définition finale du groupe a favorisé « un nouveau marché en plein essor pour les anorexigènes »<sup>9</sup>.

### L'intérêt porté à l'obésité

L'optique contemporaine sur l'obésité utilise le poids comme mesure indirecte de la santé. Cette substitution entraîne de mauvaises décisions en matière de santé et la stigmatisation des variations normales de la morphologie humaine. Cette optique contredit les principes d'inclusivité du poids que promeut l'Association for Size Diversity and Health, lesquels comprennent l'acceptation et le respect de « la diversité inhérente des formes et tailles corporelles » de même que le rejet de « l'idéalisation ou de la pathologisation de poids précis »<sup>10</sup>. Non seulement le gras corporel est perçu par bien des gens comme étant non souhaitable, mais le fait d'être mince est surestimé, ce qui mène souvent à des pratiques nutritionnelles et à un mode de vie risqués. Notre obsession sociétale avec l'obésité crée en outre une tendance chez les médecins à prendre le carnet d'ordonnances lorsque des patients expriment des préoccupations face à leur poids, une tendance encouragée par les sociétés pharmaceutiques, comme en témoignent les sommes qu'elles dépensent<sup>11</sup>.

### Apparence et diagnostic

Bien que la prescription du sémaglutide repose sur des critères d'IMC, c'est la présence visuelle de gras corporel qui joue un rôle déterminant dans la promotion de l'obésité à titre de diagnostic et des traitements connexes<sup>5</sup>. Contrairement aux risques cachés comme l'hypertension, le diabète et l'hypercholestérolémie, le gras corporel est visible et peut être utilisé dans les messages publicitaires. Au cours de l'été 2023, des publicités pour le sémaglutide sont apparues sur des panneaux

publicitaires et les tramways à Toronto (Ontario), et elles présentaient le nom du médicament ainsi que l'image d'une femme dont le léger surpoids ne satisferait pas aux critères de prescription du sémaglutide<sup>12</sup>. De telles publicités visaient manifestement à stimuler directement la demande des patients pour le médicament et à façonner indirectement les attentes des fournisseurs de soins face aux traitements souhaités par les patients.


### Innocuité et bienfaits du sémaglutide

Outre le questionnement à savoir si l'obésité devrait faire l'objet d'une si intense considération médicale, le manque d'attention accordée à l'aspect sécuritaire du sémaglutide est également pertinent. Initialement approuvé pour le traitement du diabète de type 2 en janvier 2018, le sémaglutide a été sur le marché assez longtemps pour qu'on puisse connaître tout effet secondaire grave que les essais précliniques n'auraient pas relevé<sup>13</sup>. Il n'en demeure pas moins que des questions subsistent quant à l'innocuité du médicament. Le plan de gestion des risques de l'Agence européenne des médicaments concernant le sémaglutide souligne des effets potentiellement nocifs étayés par des indices sérieux, mais dont la causalité est incertaine, notamment la rétinopathie induite par le diabète, le cancer du pancréas et le carcinome médullaire de la thyroïde. Les effets secondaires pour les femmes enceintes ou qui allaitent, de même que pour les personnes atteintes d'une insuffisance hépatique sévère demeurent également inconnus<sup>14</sup>.

Il importe également de déterminer si le sémaglutide améliore la morbidité et la mortalité. L'étude SELECT (effets du sémaglutide sur les résultats cardiovasculaires chez les personnes obèses ou en surpoids) a révélé une réduction absolue de 1,5 % du risque de décès de causes combinées attribuables aux maladies cardiovasculaires, à l'infarctus du myocarde non mortel, ou à l'accident vasculaire cérébral non mortel<sup>2</sup>. Pourtant, pour le décès uniquement attribuable aux causes cardiovasculaires, le premier paramètre secondaire de confirmation obtenu n'était pas significatif ( $p=,07$ ). Par ailleurs, 2 fois plus de patients ont cessé d'utiliser le sémaglutide en raison d'événements indésirables comparativement au placebo (16,6 contre 8,2 %)<sup>2</sup>. Étant donné que les patients reprennent généralement le poids perdu lorsqu'ils arrêtent d'utiliser le sémaglutide, une réduction de la morbidité et de la mortalité pourrait nécessiter un traitement perpétuel.

### Conclusion

Il convient de bien peser la décision de prescrire le sémaglutide. Un diagnostic d'obésité—aussi clair à poser qu'il en paraît selon le poids et l'IMC—est un concept fluide, fonction non seulement de l'ensemble des données biochimiques et physiologiques, mais également de l'interprétation de ces chiffres et de la possible influence des compagnies pharmaceutiques. Que l'on perçoive

l'obésité comme étant le résultat des choix comportementaux individuels ou encore d'une divergence biochimique ou physiologique par rapport à ce qui est jugé normal, les prescripteurs devraient réfléchir soigneusement aux demandes des patients pour le sémaglutide, particulièrement en l'absence de connaissances complètes sur son innocuité. Au vu de notre perception de l'obésité et du questionnement à savoir s'il est justifié et acceptable de la traiter au moyen du sémaglutide (ou d'autres analogues du GLP-1), la prise de décision devrait tenir compte de la normativité et de la stigmatisation liées au poids. 

Le **D<sup>r</sup> Joel R. Lexchin** est membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé, professeur émérite à l'École de politiques en santé et administration de l'Université York à Toronto (Ontario), et professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. La **D<sup>re</sup> Annemarie Jutel** est professeure à l'École de santé de Te Herenga Waka — Université Victoria de Wellington (Nouvelle-Zélande).

#### Intérêts concurrents

De 2021 à 2024, le **D<sup>r</sup> Joel R. Lexchin** a été rémunéré pour la rédaction d'un mémoire sur le rôle de la promotion des ordonnances pour le compte d'un cabinet juridique, à titre de membre d'un groupe consultatif sur les régimes d'assurance médicaments, et pour avoir coécrit un article pour une revue médicale évaluée par les pairs. Il est membre du conseil de Médecins canadiens pour le régime public et du conseil de la Coalition canadienne de la santé. Il reçoit des redevances de l'University of Toronto Press et de James Lorimer & Company Ltd pour les livres qu'il a rédigés. Il participe à de la recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada. La **D<sup>re</sup> Annemarie Jutel** touche des redevances de l'Université de Toronto Press et de Johns Hopkins University Press pour ses livres sur le diagnostic.

#### Correspondance

**D<sup>r</sup> Joel R. Lexchin**; courriel [jlexchin@yorku.ca](mailto:jlexchin@yorku.ca)

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

1. Lexchin J, Mintzes B. Semaglutide: a new drug for the treatment of obesity. *Drug Ther Bull* 2023;61(12):182-8.

2. Lincoff MA, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S et coll. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* 2023;389(24):2221-32. Publ. en ligne du 11 nov. 2023.
3. Shanouda F, Orsini M. Ozempic, the "miracle drug," and the harmful idea of a future without fat. *The Conversation* du 20 août 2023. Accessible à : <https://theconversation.com/ozempic-the-miracle-drug-and-the-harmful-idea-of-a-future-without-fat-211661>. Réf. du 31 déc. 2024.
4. Brochu PM, Esses VM. What's in a name? The effects of the labels "fat" versus "overweight" on weight bias. *J Appl Soc Psychol* 2011;41(8):1981-2008.
5. Stafford BM, La Puma J, Schiedermaier DL. One face of beauty, one picture of health: the hidden aesthetic of medical practice. *J Med Philos* 1989;14(2):213-30.
6. Jutel A. The emergence of overweight as a disease entity: measuring up normality. *Soc Sci Med* 2006;63(9):2268-76. Publ. en ligne du 18 juill. 2006.
7. Kuczmarski RJ, Flegal KM. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *Am J Clin Nutr* 2000;72(5):1074-81.
8. Flegal KM. Use and misuse of BMI categories. *AMA J Ethics* 2023;25(7):E550-8.
9. Stolberg SG. Ideas & trends: the fat get fatter; overweight was bad enough. *New York Times* du 2 mai 1999. Accessible à : <https://www.nytimes.com/1999/05/02/weekinreview/ideas-trends-the-fat-get-fatter-overweight-was-bad-enough.html>. Réf. du 1<sup>er</sup> janv. 2025.
10. *Health at every size® principles*. Phoenix, AZ: Association for Size Diversity and Health. Accessible à : <https://asdah.org/haes>. Réf. du 1<sup>er</sup> janv. 2025.
11. Terhune C, Respaut R. Maker of Wegovy, Ozempic showers money on U.S. obesity doctors. Special report. *Reuters* 2023 Dec 1. Accessible à : <https://www.reuters.com/investigates/special-report/health-obesity-novonordisk-doctors>. Réf. du 1<sup>er</sup> janv. 2025.
12. Severeid-Bocknek M. I got a prescription for Ozempic, even though I shouldn't have qualified. How the rise of for-profit telehealth companies has led to bad medicine. *Toronto Star* du 30 déc. 2023.
13. Lexchin J, Ahmed T. Postmarket safety of drugs approved by Health Canada on the basis of clinical and surrogate outcomes: a cohort study. *CMAJ Open* 2015;3(3):E286-91.
14. *Wegovy (semaglutide)*. Amsterdam, The Netherlands: European Medicines Agency; 2025. Accessible à : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/wegovy>. Réf. du 1<sup>er</sup> jan. 2025.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

*Can Fam Physician* 2025;71:85-7 (ang), e23-5 (fr).

DOI: 10.46747/cfp.7102e23

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **February 2025** issue on **page 85**.