

Prise en charge de l'obésité à l'officine : vers une lecture fonctionnelle et intégrative

Olivier COUDRON^{a,*,b}

Médecin, professeur vacataire, responsable des diplômes universitaires : alimentation santé et micronutrition et conseil nutritionnel à l'officine, directeur scientifique du Scientific Institute for Intelligent Nutrition (SiIN)

^aUFR Sciences de Santé, Université Bourgogne Europe, 7 boulevard Jeanne-d'Arc, 21000 Dijon, France

^b11 rue de la Spaumerie, 5081 Saint-Denis-La Bruyère, Belgique

L'obésité se redéfinit, en 2026, comme une maladie systémique chronique. La distinction entre obésité préclinique et clinique impose au pharmacien d'officine une mutation de ses pratiques : dépasser l'indice de masse corporelle, intégrer de nouveaux indices, utiliser l'impédancemétrie et qualifier le retentissement. Fondé sur les six piliers de la médecine des modes de vie, l'accompagnement devient personnalisé et préventif.

© 2026 Elsevier Masson SAS.

Mots clés – adiposité viscérale ; *Body Roundness Index* ; impédancemétrie multifréquence ; médecine des modes de vie ; obésité clinique

Managing obesity in the pharmacy: toward a functional and integrative approach. By 2026, obesity will be redefined as a chronic systemic disease. The distinction between preclinical and clinical obesity requires community pharmacists to adapt their practices: moving beyond body mass index, incorporating new indices, using bioimpedance analysis, and assessing the impact. Based on the six pillars of lifestyle medicine, care becomes personalized and preventive.

© 2026 Elsevier Masson SAS.

Keywords – *Body Roundness Index*; clinical obesity; lifestyle medicine; multi-frequency impedance analysis; visceral adiposity

Chaque jour, le pharmacien d'officine et son équipe sont confrontés au problème du surpoids et de l'obésité, devenu un défi sanitaire majeur. L'enquête réalisée par l'Observatoire français d'épidémiologie de l'obésité en 2024 indique que 48,8 % des Français sont en surcharge pondérale en France métropolitaine, dont 18,1 % en situation d'obésité et 30,7 % en surpoids (indice de masse corporelle [IMC] 25-29,9) [1]. La progression de l'obésité est marquée par de fortes inégalités territoriales : si certaines régions affichent une prévalence de 14 %, d'autres dépassent les 22 %. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques de 2025 confirment la hausse continue de cette pathologie, qui touche 4 à 6 % de la population pédiatrique [2].

Face à ce constat, le pharmacien occupe une place stratégique. L'enjeu n'est plus seulement de conseiller une restriction calorique, mais aussi d'opérer une mutation vers un repérage clinique structuré, basé sur les découvertes de la médecine des modes de vie et la redéfinition internationale de la maladie.

L'obésité en 2026, vers une définition systémique

Le paradigme a radicalement changé. Historiquement définie par l'IMC, l'obésité est aujourd'hui comprise

comme une maladie systémique chronique causée par une adiposité excessive ou dysfonctionnelle [3]. La *Lancet Diabetes & Endocrinology Commission* impose une distinction claire entre deux états cliniques [3,4] :

- **l'obésité préclinique**, définie par un excès d'adiposité (confirmé par le tour de taille [TT] ou la mesure d'adiposité par impédancemétrie multifréquence [MFBIA]) mais avec une préservation des fonctions des organes ; il s'agit d'une phase de risque accru où l'intervention officinale est principalement préventive ;
- **l'obésité clinique**, qui caractérise l'état où l'adiposité a déjà induit des altérations objectivables. Le diagnostic repose sur la présence d'au moins un critère de retentissement : médical (hypertension, apnées du sommeil, stéatose), fonctionnel (douleurs articulaires, essoufflement) ou psychologique [3-5].

Cette nouvelle classification permet de mieux identifier l'obésité métaboliquement "saine" (MHO). La MHO est considérée comme une forme d'obésité préclinique transitoire, avant que l'adiposité ne devienne viscérale et n'évolue vers une obésité métaboliquement pathologique (MUO), notamment par infiltration graisseuse viscérale ou hépatique. Le rôle du pharmacien est d'identifier le basculement de la MHO à la MUO pour prioriser la prise en charge.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.coudron@u-bourgogne.fr (O. Coudron).

Les déterminants : les six piliers de la médecine des modes de vie

Aujourd'hui, l'obésité n'est plus considérée simplement comme résultant d'un déséquilibre calorique, mais aussi de l'interaction de six piliers où l'alimentation agit comme la pièce centrale d'un puzzle.

L'activité physique

Une activité insuffisante au regard des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (150 minutes par semaine d'activité modérée, équivalant approximativement à 7 000-8 000 pas quotidiens selon les données épidémiologiques récentes) et la sédentarité favorisent le stockage tout en altérant la qualité de la masse maigre et la sensibilité à l'insuline indépendamment du poids.

Le sommeil

Une durée de sommeil régulièrement inférieure à six heures définit une "dette de sommeil" qui perturbe la ghréline et la leptine, favorisant l'adiposité.

La chronobiologie nutritionnelle

Les repas tardifs désynchronisent les horloges périphériques hépatiques et altèrent la fonctionnalité du microbiote intestinal impliqué dans la régulation métabolique [6].

L'exposome

Les perturbateurs endocriniens agissent comme agents obésogènes, modifiant la programmation épigénétique lors de fenêtres critiques (période des 1 000 jours, puberté).

Le stress

L'hypercortisolisme chronique stimule la lipogenèse viscérale. De plus, un stress mal géré déséquilibre le microbiote intestinal et peut induire des troubles du comportement alimentaire.

Les facteurs sociaux

L'isolement et la discrimination agissent comme des multiplicateurs de la pathologie, à l'origine d'une "double peine", où la souffrance psychologique aggrave la pathologie physique.

Le pivot alimentaire : qualité et timing

L'approche se déplace du quantitatif (calories) vers le qualitatif et le temporel. La consommation d'aliments ultratransformés (indice Nova 4) est directement liée à la dysfonction du tissu adipeux.

♦ **Le time-restricted eating** (alimentation restreinte dans le temps)¹ montre des bénéfices métaboliques majeurs sur la réduction de l'adiposité viscérale, parfois supérieurs à la restriction calorique seule [6].

♦ **En matière de conseil, le pharmacien** doit privilégier le degré de transformation, la densité nutritionnelle

et l'index glycémique global plutôt que le simple calcul comptable des calories. Il ne doit plus se limiter à la recommandation d'une approche uniquement hypocalorique.

Stratégies de repérage : dépasser l'IMC

L'IMC, s'il reste un outil de tri populationnel, est jugé insuffisant en pratique clinique individuelle. Le pharmacien doit désormais intégrer des marqueurs anthropométriques plus précis pour confirmer l'adiposité.

Nouveaux marqueurs anthropométriques de précision

L'IMC ne distinguant pas la masse grasse de la masse maigre, de nouveaux indices apparaissent comme plus performants pour le dépistage en officine :

- **le TT** est un indicateur clé de l'adiposité abdominale et du risque cardiométabolique. Les seuils indicatifs restent fixés à 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme. Cependant, le TT doit être rapporté à la stature pour une interprétation fine ;
- **le rapport taille/hanche (RTH)** demeure essentiel pour caractériser la distribution androïde ou gynoïde de l'adiposité. Le RTH précise ainsi le risque vasculaire ;
- **le rapport taille/hauteur (WHtR)** est devenu un standard de détection précoce². Un WHtR supérieur à 0,5 indique une accumulation de graisse viscérale à risque, quel que soit l'âge ou l'ethnie ; c'est un indicateur d'alerte universel de risque métabolique [7] ;
- **le Body Roundness Index (BRI)** est un indice novateur, validé en 2024-2025, qui utilise une formule géométrique complexe pour estimer la circularité de la silhouette. Contrairement à l'IMC qui ne distingue pas le muscle de la graisse, le BRI est corrélé de manière très précise à l'adiposité viscérale et au volume de graisse ectopique. Il permet d'identifier les patients "minces en apparence" mais présentant un profil métabolique à risque (phénotype Tofi : *thin on the outside, fat on the inside*). Il est scientifiquement reconnu comme étant supérieur à l'IMC pour prédire le syndrome métabolique et l'adiposité viscérale (2, 5). Un BRI élevé (seuil variable selon l'âge, le sexe et l'ethnicité : > 4,0 en population générale, > 8,15 chez les femmes ménopausées) est corrélé à une inflammation systémique accrue et une mortalité cardiovasculaire plus élevée (2, 3) ;
- **l'indice d'adiposité viscérale** est un indice hybride intégrant des paramètres anthropométriques et biologiques (triglycérides/lipoprotéines de haute densité).

Place des marqueurs biologiques dans le suivi officinal

Le pharmacien peut s'appuyer sur la biologie pour différencier l'obésité préclinique de l'obésité clinique :

- **l'indice HOMA-IR** est un marqueur de l'insulinorésistance hépatique et musculaire ;

Notes

¹ L'alimentation restreinte dans le temps consiste à regrouper les prises alimentaires sur une fenêtre quotidienne limitée et de conserver des périodes de jeûne importantes.

² La taille doit ici être entendue comme le tour de taille.

Références

- [1] Ligue nationale contre l'obésité. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 1^{er} mars 2024. www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/06/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFE0-2024-ConfPresse.pdf.
- [2] Organisation de coopération et de développement économiques. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. 13 novembre 2025. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
- [3] Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2025;13(3):221-62.
- [4] Laville M. Nouvelle définition de l'obésité : conséquences cliniques. *Diabète & Obésité*. 28 mai 2025. <https://diabeteetobesite.fr/nouvelle-definition-de-lobesite-que-les-conssequences-pour-la-pratique-clinique/>.
- [5] Awari A, Kaushik D, Kumar A, et al. Obesity biomarkers: exploring factors, ramification, machine learning, and AI-unveiling insights in health research. *MedComm* (2020) 2025;6(7):e70169.
- [6] Manoojian ENC, Chow LS, Taub PR, et al. Time-restricted eating for the prevention and management of metabolic diseases. *Endocr Rev* 2022;43(2):405-36.
- [7] Rico-Martín S, Calderón-García JF, Sánchez-Rey P, et al. Effectiveness of body roundness index in predicting metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2020;21(7):e13023.
- [8] Looney DP, Schafer MA, Temple MA, et al. Reliability, biological variability, and accuracy of multi-frequency bioelectrical impedance analysis for measuring body composition components. *Front Nutr* 2024;11:1491931.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

- **l'évaluation de l'anomalie lipidique** (cholestérol total, cholestérol à lipoprotéines de haute densité, cholestérol à lipoprotéines de basse densité, triglycérides) permet le calcul de l'indice TYG (triglycérides et glycémie), marqueur fiable et innovant de la résistance à l'insuline, tout en évaluant le profil lipidique corrélé au risque cardiométabolique ;
- **la CRP-us (ultrasensible)** est le reflet de l'inflammation métabolique de bas grade [5] ;
- **le bilan hépatique (alanine aminotransférase/gamma-glutamyl-transférase)** permet le dépistage précoce de la stéatose hépatique (NAFLD) qui est crucial, la NAFLD étant souvent le premier signe d'obésité clinique [3,5].

Place de l'impédancemétrie multifréquence

La MFBIA segmentaire est l'outil de référence pour confirmer l'excès d'adiposité. Contrairement aux systèmes monofréquences, elle permet une estimation fine de l'eau totale, de l'eau extracellulaire et intracellulaire, ainsi que de la masse grasse (FM) et de la masse maigre (FFM).

♦ **En conditions contrôlées, la MFBIA segmentaire** montre une répétabilité très élevée et une excellente concordance avec la référence DEXA. Même en conditions "réelles", elle conserve une fiabilité élevée pour la FM et la FFM, bien que l'estimation de la graisse viscérale doive être interprétée avec prudence.

La mesure nécessite d'être standardisée : heure fixe, jeûne court, sans exercice intense (48 heures), sans alcool (24 heures) ni caféine ni nicotine (10 heures) [8]. L'interprétation privilégie les tendances longitudinales (évolution masse grasse/maigre) plutôt que des valeurs isolées.

♦ **La fiabilité de la MFBIA est excellente en conditions standardisées** (indice de corrélation intraclass [ICC] $\geq 0,97$ pour la masse grasse et $\geq 0,99$ pour les mesures globales) et reste élevée en conditions réelles (ICC $\geq 0,99$). Elle permet de monitorer la qualité de la perte de poids (états d'hydratation, perte de gras versus perte de muscle).

Accompagnement et éthique : le rôle du pharmacien

En 2026, le parcours de soins s'organise en deux temps : confirmation de l'adiposité via l'anthropométrie et la MFBIA, puis qualification de la maladie en recherchant des dysfonctions au niveau des organes ou des limitations fonctionnelles. Le pharmacien ne pose pas de diagnostic, mais évalue la plainte du patient et l'état de santé global :

- en cas d'obésité préclinique, son rôle est de proposer une prévention intensive et un suivi pour éviter la progression vers la pathologie clinique ;

- en cas d'obésité clinique, il devient le pivot de la coordination, intégré dans un réseau de soins, orientant vers une prise en charge pluridisciplinaire tout en assurant un suivi de proximité sur les six piliers et l'équilibre nutritionnel.

♦ **Le parcours officinal** se structure ainsi :

- repérer via les mesures anthropométriques (le TT, mais surtout le BRI ou le WHtR) ;
- confirmer par la mesure de la composition corporelle (MFBIA) ;
- qualifier en identifiant les signes d'obésité clinique (douleurs, fatigue, biologie perturbée) ;
- accompagner en assurant le suivi des six piliers et en orientant vers le médecin en cas de passage au stade clinique.

Conclusion

La lutte contre l'obésité ne se résume plus à une perte de poids chiffrée. Elle repose sur une compréhension fine de la composition corporelle et des rythmes biologiques. En intégrant les nouveaux indices (BRI), la MFBIA et une lecture biologique avertie, le pharmacien d'officine devient le garant d'un accompagnement durable, centré sur la santé métabolique au lieu d'être focalisé uniquement sur le chiffre de la balance. Grâce à ces nouveaux paradigmes et à une approche basée sur la médecine des modes de vie, il s'affirme comme un acteur essentiel du repérage et de l'accompagnement personnalisé des obésités, garant d'une santé globale et durable pour ses patients. ▶

Points à retenir

- L'obésité est une maladie systémique nécessitant une évaluation au-delà de l'IMC.
- Le BRI et le WHtR détectent mieux l'adiposité viscérale à risque que l'IMC seul.
- L'impédancemétrie multifréquence confirme l'excès d'adiposité et permet d'évaluer la composition corporelle.
- Six piliers guident l'accompagnement : activité physique, sommeil, chronobiologie, gestion du stress, environnement social et exposition aux toxiques.
- L'approche nutritionnelle privilégie qualité alimentaire et timing des repas sur le décompte calorique.
- Le pharmacien repère, confirme, qualifie et coordonne le parcours de soins.