

Université de Genève - Faculté de Médecine

Immersion en Communauté

Juin 2004

L'obésité : de l'individu à la société



Neda Barouti, Mélanie Bochet, Geneviève Drifte, Michael Feusier, Sara Manzocchi
(Étudiants en 3^e de médecine)

Tuteur : Dr. N. Feldman

Table des matières

Table des matières	2
Introduction	4
Obésité : définition	5
Le problème actuel	7
L'épidémie dans le monde	7
L'épidémie en Suisse	9
L'avenir	10
La prévention	11
Comment changer les choses ?	14
Les causes de l'obésité	15
Le facteur génétique	15
Le facteur environnemental.....	16
Causes environnementales : exemple avec « Super size me »	17
Retour aux causes environnementales.....	19
Le facteur psychologique	21
Le facteur thérapeutique	22
Les conséquences et préjudices de l'obésité	23
Métabolisme et système cardiovasculaire.....	23
Les troubles mécaniques	25
Survenue de cancer.....	26
Conséquences psychologiques et sociales.....	26
Conséquences socio-économiques	30
Approches thérapeutiques.....	33
Les régimes	33
La diététique	34
Approche psychologique.....	36
Approche psycho-pédagogique du traitement de l'obésité (équipe du Prof. Alain Golay)	37
Approche psychologique cognitivo-comportementale	39
Approche sophrologique.....	40
Traitements médicaux de l'obésité	41

Exercices physiques	41
A propos des médicaments.....	42
Chirurgie viscérale : opérations restrictives.....	43
Anneau gastrique	43
Bypass gastrique.....	44
Données épidémiologiques extraites d'une étude de 500 cas ayant subi un bypass aux HUG (31/03/2004):.....	46
Chirurgie réparatrice	48
Conclusions sur les traitements	49
Moyens à disposition sur Genève pour une personne obèse.....	50
Médecin de famille	50
Pharmacie (médicaments) :	51
HUG - Département d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques ...	51
Associations.....	51
Conclusions sur les moyens à Genève	52
Conclusion du rapport	53
Quels moyens avons-nous envisagé pour tenter de réduire l'augmentation de la prévalence de la maladie ?	54
Remerciements	57
Bibliographie.....	58
Articles	58
Livre	59
Document des HUG.....	59
Vidéo.....	59
Sites web	59

Introduction

Il y a eu le SIDA qui dès les premières années de la pandémie a su susciter l'intérêt général du monde scientifique. Aujourd'hui, une nouvelle pandémie qu'aucun agent infectieux n'entraîne fait des ravages dans le monde entier. Pire, demain, cette épidémie tuera plus que certaines maladies infectieuses qui jusqu'à maintenant terrassent les populations.

1 mort du SIDA dans le monde toutes les 6 secondes, 1 mort de l'obésité toutes les minutes en Europe / USA. Le constat alarmant de ces chiffres démontre bien que nous, citoyens du monde, sommes confrontés désormais à un véritable problème de santé.

Notre groupe de 5 étudiants, réunis pour la circonstance, a désiré dresser, durant ce mois d'Immersion en Communauté, un bilan de la situation en Suisse et plus particulièrement à Genève.

Outre les aspects physiopathologiques et les évidentes comorbidités qui en découlent, nous avons voulu savoir comment les personnes obèses vivent avec leur maladie au quotidien.

Ce rapport concernant l'obésité est ainsi conçu pour que le lecteur, après avoir pris connaissance de la progression dramatique de la maladie dans le monde, puisse s'intéresser à l'impact personnel et communautaire du problème.

Nous vous invitons à lire les documents émis par l'OMS, en particulier un pavé de 300 pages dont l'adresse est disponible dans la bibliographie, pour compléter les informations que nous n'avons pas jugées utiles de dévoiler dans notre document ou pour lesquelles une étude plus approfondie eut été nécessaire.

D'ores et déjà nous espérons que ce dossier vous apportera les réponses essentielles pour que vous aussi, dès demain, participiez au mouvement collectif de lutte contre le fléau du XXI^e siècle : l'obésité.

Obésité : définition



Il a fallu attendre 1997 pour que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) invoque l'épidémie mondiale en parlant de l'obésité.

Oui, obésité, beaucoup d'entre nous ont ce mot à la bouche, mais que signifie-t-il vraiment ?

Un petit tour du côté du dictionnaire Petit Robert 2002 nous donne : « Obésité : augmentation ou excès du tissu adipeux de l'organisme, accompagné d'un excédent de poids (plus de 25% du poids estimé normal) ».

Pour aborder le sujet de l'obésité, nous retiendrons plus volontiers la définition élaborée par l'OMS courant 1997, lors de la réalisation d'un volumineux (300 pages !) rapport de consultation : « L'obésité peut être simplement définie comme la maladie au cours de laquelle un excédent de masse grasse s'est accumulé jusqu'à avoir des effets indésirables sur la santé. Toutefois, la quantité de graisse en excès, sa répartition dans l'organisme et la morbidité qui lui est associée montrent des variations considérables d'un sujet obèse à l'autre. »

Si on désire mieux définir le problème, il faut, en fait, tenir compte de 4 critères en ce qui concerne une personne obèse :

- L'aspect du patient qui donne une estimation subjective mais assez juste de son obésité
- Les tables de poids moyen par taille et par âge (le graphique que vous avez certainement déjà rencontré chez un pédiatre pour évaluer la courbe de croissance d'un enfant)

- La table de poids idéal pour la taille associé à la mortalité la plus faible dans les populations d'assurés
- Les indices dérivés de la taille et du poids parmi lesquelles le BMI est le plus utile (BMI = poids en kg / taille en m²).

Attention : en calculant le BMI, certains patients peuvent être considérés comme obèses alors qu'ils ne le sont pas car le BMI ne prend pas en compte la masse musculaire.

Outre le BMI, il y a également d'autres méthodes qui permettent de définir si un patient est obèse ou non et aussi de suivre l'évolution d'un patient obèse :

- Mesure des plis cutanés en 4 points différents (biceps, triceps, zone sous-scapulaire, zone supra-iliaque)
- Eau totale
- Masse maigre / masse grasse

	Stade Obésité	BMI
Sous-poids		< 18.5
Normal		18.5-24.9
Surpoids		25.0-30.0
Obésité	I	30.0-34.9
	II	35.0-39.9
Obésité morbide	III	≥40

Remarque : La classification en fonction du degré de surpoids et d'obésité :

- permet d'effectuer des comparaisons significatives du poids au sein d'un groupe d'individus et d'une population à l'autre
- rend possible l'identification des sujets et groupes à risque augmenté de morbidité et de mortalité
- permet de recenser les priorités en matière d'intervention aux niveaux individuel et communautaire
- offre une base solide à partir de laquelle on peut évaluer les interventions.

Le problème actuel

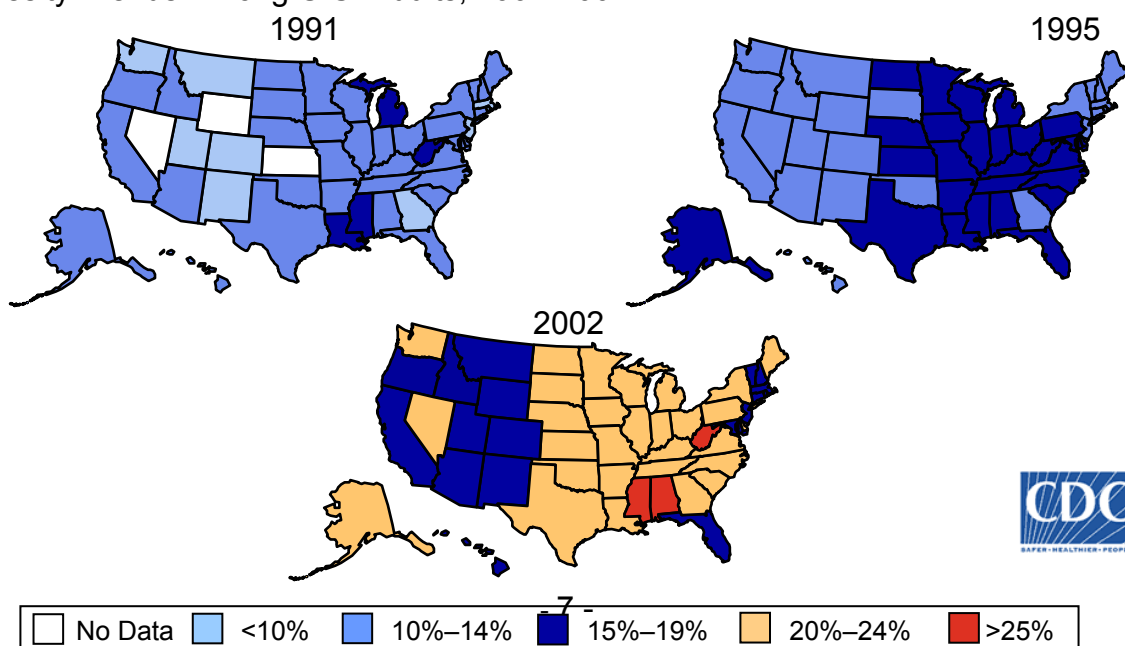
L'épidémie dans le monde

Aujourd'hui, un milliard d'adultes dans le monde est en surpoids et 300 millions d'individus sont cliniquement obèses. Le fait que l'OMS ait déclaré l'obésité comme une épidémie mondiale a permis de poser un nouveau regard sur ce sujet ; on commence maintenant à s'intéresser plus sérieusement à ce grave problème de santé publique, avec des programmes de sensibilisation et de prévention.

L'exemple le plus impressionnant reste sans aucun doute les Etats-Unis. En regardant les données recueillies par le CDC concernant l'évolution de la prévalence de l'obésité entre 1985 et 2002 on peut se rendre compte de la réelle dimension qu'a pris cette incroyable épidémie. En 1985, il n'y a pas de données concernant l'obésité dans de nombreux états américains, les autres états ont soit moins de 10%, soit de 10% à 14% d'obèses.

L'épidémie continue de se développer au cours des années qui suivent et, en 1991, on voit cinq états dans lesquels on recense 15% à 19% d'obèses. De mal en pis, en 1997, il y a l'apparition de trois états avec 20% ou plus d'obèses. Finalement, en 2001, on recense 25% voire plus d'obèses dans l'état du Mississippi. Aujourd'hui, on trouve au minimum de 15% à 19% d'obèses dans n'importe quel état américain.

Obesity Trends Among U.S. Adults, 1991-2002 :



Il est important de se rendre compte que l'obésité n'est pas un problème qui touche uniquement les Etats-Unis. En effet, ce problème touche aujourd'hui le monde entier et il se distribue de la façon suivante : « C'est un problème concernant les "pauvres" dans les pays riches et les "riches" dans les pays pauvres ». Cela s'explique par le fait que, dans les pays riches, il concerne les gens qui ont moins de moyens, qui mangent mal et qui sont souvent victimes de la « malbouffe ». Dans les pays plus pauvres, les personnes qui ont plus de moyens vivent dans l'abondance et ont tendance à déléguer leur travail ; ils ont donc une dépense énergétique quasi nulle pour un apport beaucoup trop élevé.

Il faut également savoir qu'aujourd'hui l'obésité s'étend même aux tribus les plus reculées. En effet, beaucoup de pays en voie de développement sont submergés par des produits d'importation qui ne sont pas forcément des plus sains. De plus, certains pays bénéficiant d'une aide alimentaire sont souvent les malheureuses victimes d'un développement de l'obésité dû à un apport de nourriture non adaptée et non équilibrée qui ne correspond pas aux besoins énergétiques de ces populations. Cela est d'autant plus alarmant quand on sait qu'il existe des tribus nomades, vivant de chasse, de pêche et de cueillette qui ont une dépense énergétique journalière énorme comparée à la nôtre et que ces groupes d'individus deviennent également des proies de l'obésité.

Rappelons-nous tout de même que dans certaines cultures les rondeurs et le fait d'être bien portant est signe de richesse, d'opulence et de fécondité. Cependant, ce n'est sûrement pas là la cause du développement et de la progression d'une telle épidémie.

L'épidémie en Suisse

Comme nous avons la chance d'avoir à Genève le Bus Santé qui récolte les données épidémiologiques sur la population générale, nous avons considéré les genevois comme une population type afin d'avoir une idée de l'évolution de l'épidémie en Suisse.

Le Bus Santé étudie chaque année un échantillon représentatif de la population genevoise composé de 500 hommes et 500 femmes âgés de 35 à 75 ans résidants à Genève et sélectionnés au hasard.

Les données sont recueillies sous forme de plusieurs questionnaires, notamment concernant l'alimentation et l'activité physique, ainsi que par la mesure du poids, de la taille, de la tension artérielle



et du cholestérol sanguin. Les visites au Bus Santé sont également une occasion de sensibiliser les participants aux méfaits de la sédentarité et aux bienfaits de l'activité physique.

Le Prof. Morabia nous a expliqué comment l'épidémie d'obésité est apparue à Genève. En 1996, une étude européenne, EURALIM, compare les données d'études sur l'alimentation et le mode de vie réalisées dans sept populations européennes ; d'après les conclusions, il s'avère que la population genevoise est plutôt mince.

Dans les années qui suivent, on s'aperçoit que le BMI de la population genevoise augmente progressivement mais apparemment il n'y a rien d'alarmant.

C'est seulement en 2002 qu'on remarque que l'obésité est devenue une terrible épidémie. A partir de 2002 également, la prévalence du diabète de type 2 devient même mesurable statistiquement à Genève et on découvre 5% d'hommes traités pour le diabète.

Aujourd'hui on peut estimer la prévalence de l'obésité à Genève à 15% chez les hommes et 11% chez les femmes, et celle du surpoids à 47% chez les hommes et 25% chez les femmes.

En Suisse, les personnes souffrant d'obésité sont souvent issues d'un milieu défavorisé. Lors de nos entretiens avec des patients, nous avons effectivement constaté qu'une grande partie d'entre eux provenaient de familles nombreuses qui avaient du faire face à des problèmes financiers. Cependant, du point de vue épidémiologique, il est difficile voire impossible de définir une population type spécifiquement concernée par ce problème.

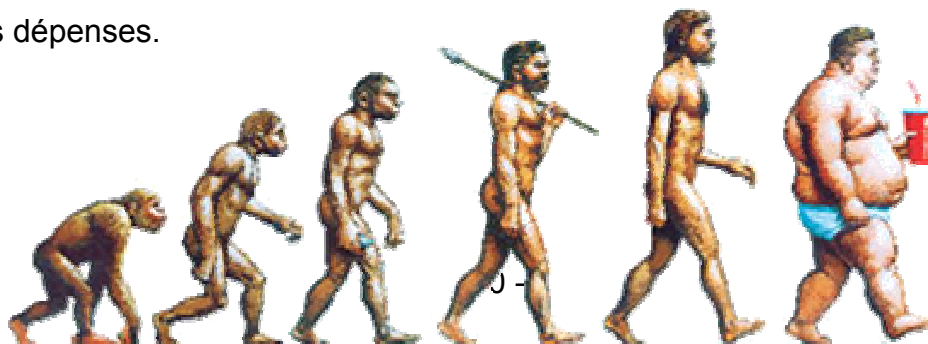
L'avenir

Concernant ce problème, l'avenir s'avère plutôt sombre. En effet, la tendance de l'épidémie d'obésité est partout à l'augmentation et, malgré le fait que l'on sache ce qu'il en est, il sera dur d'éviter une fatalité.

Comme on le sait, ce qui se passe actuellement aux Etats-Unis correspond à ce qui arrivera dans notre pays dans une vingtaine d'années. Il y aura toujours une répartition de la population avec des personnes ayant un poids plus élevé, un poids moins élevé et les personnes avec un poids "normal".

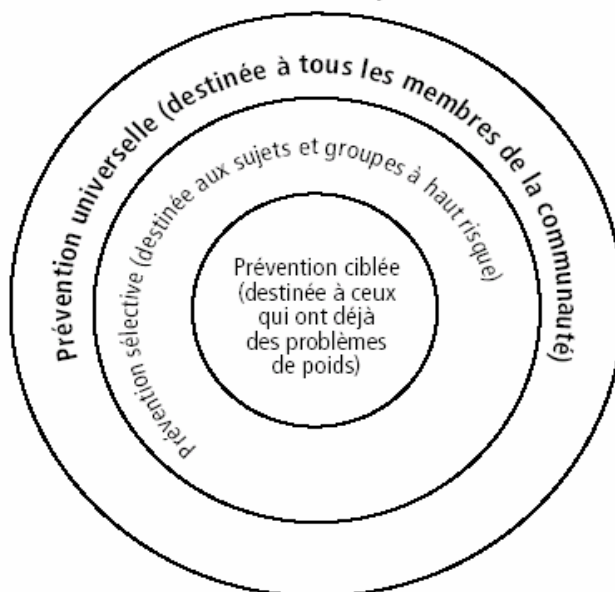
Le problème est que le poids "normal" sera plus élevé que ce qu'il est aujourd'hui. Nous allons donc glisser vers une situation dans laquelle il y aura de plus en plus d'obèses, mais cela n'apparaîtra pas forcément car peut-être que, d'ici là, la "norme" aura changé.

Il faudrait donc réellement prendre en charge ce problème de santé publique avant qu'il ne mène à des catastrophes comme l'effondrement de certains systèmes économiques dans les pays en voie de développement qui ne pourront pas assumer de telles dépenses.



La prévention

Figure 8.3
Niveaux auxquels s'exercent les mesures de prévention^a



WHO 98270IF

Ce diagramme montre les trois niveaux différents, mais complémentaires, de l'action préventive en matière de surpoids et d'obésité. La prévention ciblée, extrêmement spécifique, est représentée par le cercle central, la prévention sélective destinée aux sujets et groupes à haut risque par l'anneau intermédiaire, et la prévention universelle plus large ou à l'échelle de la population par l'anneau extérieur.

^a D'après la référence bibliographique 1, avec l'aimable autorisation de l'éditeur, Churchill Livingstone.

Il existe trois niveaux de prévention: le premier est la promotion de la santé. Celle-ci est effectuée au niveau des écoles par le Service de Santé de la Jeunesse. Par le biais d'infirmières, de diététiciens et du centre de médecine d'exercice ils essayent de sensibiliser et d'informer les écoliers.

Par exemple, il y a eu une campagne de prévention dans les cycles d'orientation et les écoles avec l'affichage de la pyramide alimentaire et de la pyramide d'exercice, mais cela s'est avéré être un échec car les enfants n'ont soit pas pris le temps de les lire, soit ils n'en avaient plus que quelques vagues souvenirs quelques mois plus tard.



De plus, depuis 20 ans, il y a une visite dans les écoles du « cirque des aliments » ; il s'agit d'une session interactive avec les écoliers qui permet de leur apprendre les



bases élémentaires de la nutrition (groupes d'aliments, qu'est-ce qu'un repas équilibré ?) d'une façon ludique. Le problème est qu'il n'y a plus de place disponible dans les écoles pour entreposer le matériel nécessaire à cet enseignement et qu'il risque malheureusement de disparaître.

Une autre action importante de prévention à ce niveau est l'établissement d'un environnement sain à l'école en fournissant des repas

équilibrés dans les cafétérias scolaires, par exemple grâce au label Fourchette verte. De plus, le SSJ vise à éliminer les distributeurs de boissons sucrées dans les écoles, cycles d'orientation et collèges, le problème est que l'argent que rapportent ces machines est souvent utilisé pour organiser des sorties pour les enfants démunis et cela crée donc un conflit moral et éthique.

Pour les adultes, la promotion de la santé se fait principalement par l'intermédiaire d'affiche dans les rues et de campagnes comme « Genève bouge » ou « Allez Hop ». La campagne Action Mobilité a même instauré une journée mobilité et incite au développement des pistes cyclables. Malheureusement, ces campagnes passent quasiment inaperçues la majeure partie du temps.

Le second niveau de prévention est le dépistage au niveau de groupes ciblés d'enfants obèses. À l'heure actuelle, un enfant obèse sur quatre restera obèse à l'âge adulte, mais à l'adolescence, cette proportion passe à trois sur quatre, cela vaut donc la peine de s'engager pour organiser une bonne prévention.

Le but du programme du SSJ concernant les écoles est de voir les élèves concernés plusieurs fois par semaine pour leur enseigner des bases de diététique et d'alimentation saine ainsi que pour des séances d'exercices physiques adaptés à

leur situation. Le problème est qu'il faudrait que les parents s'impliquent également pour que les enfants adhèrent totalement au programme et que beaucoup d'élèves abandonnent le programme en cours de route.

Il existe également un programme de prévention au département de pédiatrie des HUG. Ce programme prévoit le suivi d'un groupe d'enfants entre 6 et 10 ans qui ont déjà un problème d'obésité. Ces enfants ont beaucoup de problèmes lors des activités physiques pratiquées dans le cadre scolaire, à cause de leurs camarades qui se moquent d'eux et à cause de certains enseignants qui proposent des exercices que ces enfants ont vraiment de la peine à faire car ils se fatiguent plus vite et sont moins agiles que les autres.

Le fait que ces enfants viennent en contact si brutalement avec leur limites physiques n'est sûrement pas une bonne thérapie pour gagner de nouveau leur estime de soi : ils se mettent donc facilement en retrait.

Le programme que les HUG ont mis en place prévoit une activité physique pas trop intense mais qui se base plutôt sur l'endurance, trois fois par semaine pendant une heure. Le projet est gratuit et a permis aux pédiatres de mettre en place une étude médicale sur les effets de l'activité physique sur le processus d'altération qui s'installe dans les enfants obèses (diabète, athérosclérose,...).

Finalement, le dernier niveau de prévention correspond au traitement et à la prévention pour les groupes obèses qui ont déjà développé des problèmes par rapport à leur maladie tels que les diabétiques. Ce niveau de prévention englobe tous les médecins, diététiciens, médicaments et services traités dans d'autres chapitres et auxquels ont recours les obèses pour se soigner.

Comment changer les choses ?

Il est évident que la meilleure chose serait de prévenir efficacement, mais il existe encore beaucoup de barrières à franchir avant d'y parvenir.

Il faut également savoir qu'un bon moyen de prévention serait d'instaurer un étiquetage des aliments riches en calories et donc potentiellement dangereux, par exemple d'après un code couleur simple à retenir, et de limiter les bacs à bonbons « à hauteur d'enfants » à la sortie de tous les kiosques ou magasins d'alimentation. Cependant, il est difficile de changer les choses à ce niveau car cela implique des pouvoirs législatifs, politiques et économiques.

Il est également beaucoup plus ardu de légiférer les aliments que les cigarettes par exemple, car tout le monde doit se nourrir tous les jours et que certaines habitudes seront difficiles à modifier.

De plus, les campagnes basées uniquement sur des affiches dans la rue ou des petits dépliants ne sont souvent pas efficaces car les gens n'y prêtent pas attention ; il faudrait donc trouver un moyen plus percutant de sensibiliser la population.

Pour finir, il faut se rendre compte que nous n'avons pas encore trouvé la solution idéale concernant la prévention qui nous permettra d'enrayer cette irrémédiable avancée vers l'obésité. Les seuls moyens efficaces impliqueraient une action à de multiples niveaux et notre société n'est sans doute pas prête à un tel changement et même si c'était le cas cela s'établirait sur une longue période.

Les causes de l'obésité

L'obésité est une maladie chronique complexe multifactorielle qui se développe des influences interactives de nombreux facteurs sociaux, comportementaux, métaboliques, physiologiques, cellulaires et moléculaires. Cette longue phrase bien compliquée reflète nettement la difficulté d'exposer simplement pourquoi on devient obèse.

On peut toutefois expliquer quelques influences :

Le facteur génétique

Premièrement comme on peut s'en douter, c'est polygénique. On n'a pas encore pu déterminer LE gène fautif, même s'il y a eu beaucoup d'espoir avec la découverte de la leptine et son rôle significatif dans l'obésité chez les souris. Malheureusement, cela ne fonctionne pas de la même manière chez l'humain puisque d'autres déterminants sont nécessaires.

Le génotype est généralement atténué ou exacerbé par des facteurs non génétiques. Des études ont démontrées que plus l'obésité est grave chez un sujet plus la prévalence parmi les parents du premier degré est élevée et qu'il y a un risque relatif d'obésité plus important pour les parents du premier degré.

Une question qu'on se pose souvent : pourquoi y a-t-il autant d'obèses aux USA ?

Il existe une hypothèse intéressante : l'hypothèse génétique. Nous sommes les descendants de survivants qui ont résisté aux famines grâce à leur meilleure capacité de stockage de la graisse. De fait, la population des Etats-Unis est issue d'immigrants dont une grande partie vient de l'Irlande, dernier pays à avoir subi une grande famine au XIX^e siècle. Evidemment, il y a beaucoup d'autres explications possibles, d'autant plus qu'aujourd'hui, aux USA, l'obésité touche surtout les minorités hispanique, noire et indienne.

« On a toujours été une famille de petits et gros... vous ne pouvez rien docteur... c'est dans mes gènes, je grossis même avec de l'eau ! »

Le facteur environnemental

C'est le facteur majeur. La facilité de l'accès à la nourriture en Occident est bien illustrée par la richesse de nos pays et la multitude de fast-food qu'on peut trouver et qui vendent souvent des aliments à haute teneur calorique.

De plus en plus de personnes sont obligées de manger hors du domicile. Ainsi, on a vu ces dernières années la floraison de multiples restaurants bon marché offrant un service rapide tels que le fast-food McDonald's®. C'est une solution très séduisante. Le seul inconvénient est que les teneurs caloriques pour un repas sont souvent au-delà des recommandations énergétiques quotidiennes.

Naturellement c'est au client de gérer la quantité, mais il n'est pas toujours évident de savoir ce qui se cache dans un plat et ça peut souvent mener à de mauvaises surprises.

Un autre aspect important est que certains de lieux comme le McDonald's® disposent d'aires de jeux qui sont devenues pour certains parents un lieu idéal pour emmener leurs enfants et ainsi pour se retrouver toute la famille autour d'une table.

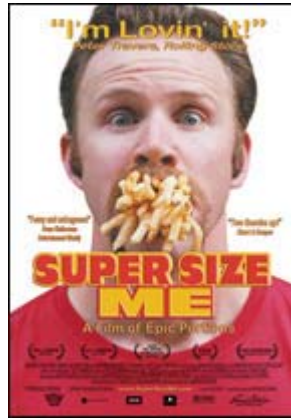
Certaines firmes n'hésitent pas non plus à user de leur puissance pour imposer leur fast-food.

A Genève, récemment, un nouveau Drive-in de McDonald's® a été construit malgré l'interdiction de la commune concernée. Pour l'instant, les caisses du Drive-in restent fermées, mais il est probable que la pression politico-économique exercée par le leader mondial du fast-food soit plus forte que nos élus locaux et que le Drive-in ouvre finalement ses portes.

« En tant qu'étudiant en pharmacie avant et maintenant pharmacien, le manque de temps m'oblige souvent à manger dans les fast-food »

Causes environnementales : exemple avec « Super size me »

Cette année est sorti le film documentaire américain « Super size me ». Un homme a voulu connaître les répercussions d'une alimentation matin-midi-soir au McDonald's® pendant 30 jours. Il s'est cobaye. Il a aussi essayé de personnes impliquées sujet, il est intéressant de de l'industrie alimentaire a problème tout en étant une assez paradoxal n'est-ce



constitué lui-même comme d'interroger un certain nombre dans le fléau de l'obésité. A ce noter qu'un des responsables avoué avoir un rôle dans le solution à ce même problème, pas ?

Il a aussi fait une démonstration de l'évolution des quantités de soda. On trouve maintenant des sodas de 2L. Les fabricants de voitures ont dû aussi agrandir leur porte-boissons pour s'adapter à ces nouvelles tendances. Une française interviewée à New-York se disait incapable de boire le soda américain taille normale car il correspondait en France au soda taille large...

Une comparaison très évocatrice a montré les frais investis pour la publicité des compagnies. Les industries de l'alimentation sont les plus grosses et les plus puissantes. A côté d'eux, les associations qui essaient de promouvoir une alimentation équilibrée ne font pas le poids et n'ont pas les moyens de faire passer leurs messages.

De plus, ces industries ont réussi à devenir les fournisseurs des cantines des écoles. Les enfants ont alors à dispositions ces sodas et sucreries dans les machines de distribution ou directement à la cantine.

Pendant ces 30 jours, le cobaye a effectué hebdomadairement un check-up. Les médecins l'ont vivement déconseillé de continuer car il a prit une dizaine de kilos en 2 semaines et son foie sain au début a libéré dix fois plus d'enzymes dans le sang ! Il faut toutefois faire remarquer qu'il n'a pas lésiné sur les quantités qu'il a ingérées. Malgré plusieurs essais, aucun responsable de McDonald's® n'a pu être interviewé.

Cependant dès la projection du film, McDonald's® a réagi. Quatre semaines après, le menu Super size a été supprimé. De plus, en Australie, une campagne a été lancée pour se défendre contre les allégations faites dans le film.

Etonnamment, cette année en Suisse on assiste également à une immense campagne de McDonald's® pour promouvoir leur nouvelle gamme de nourriture saine. Ainsi il propose un plus grand choix de salades, des portions de fruits et de plus ils distribuent des brochures avec le contenu calorique de leurs aliments.

Des procès contre ces fast-foods ont lieu aux Etats-Unis. Des gens leur reprochent leur obésité. Un des procès a été perdu, car les personnes ne pouvaient pas prouver que leur maladie était due à ces géants de l'alimentation. Personnellement il faudrait aussi se remettre en cause, car nous avons le choix de ne pas y aller et nous avons aussi le choix de la quantité de nourriture...

Dans le film, un autre aspect important est évoqué. Les enfants voient plus de 10'000 publicités par année pour des aliments riches en calories et des boissons sucrées, il n'est pas étonnant alors qu'ils aient envie et trouvent naturel de manger ce genre de nourriture. L'éducation des parents est importante, mais face à ce flot d'images, il y a de quoi se sentir impuissant.



Retour aux causes environnementales...

Il ne faut pas oublier qu'il y a également certaines traditions socioculturelles poussant à manger plus qu'il n'en faut et aussi à consommer préférentiellement de la nourriture très calorique.

D'après les dernières études, il a été démontré que le contenu calorique d'un repas pris dans un grand restaurant est nettement supérieur à l'apport calorique contenu dans un repas préparé par un fast-food. Mais attention à la quantité... dans un fast-food on a plus pour moins cher, donc on a tendance à manger trop.

De l'autre côté, on peut aussi imputer la faute aux changements des habitudes de vie dans la société occidentale comme le sédentarisme forcé : assis au bureau, dans le trafic, devant un ordinateur. La mécanisation limite également la nécessité de l'activité physique.

« Entre mon travail de secrétaire, mon mari et mes enfants je n'ai plus de temps pour m'occuper de mon bien-être, en plus maintenant que je suis devenue si grosse, je me fatigue au moindre effort et tout ça me décourage beaucoup »

Des changements d'habitude de vie ont lieu aussi dans les pays en voie de développement. Dans certaines régions d'Afrique, par exemple, le riz a peu à peu remplacé l'aliment de base qu'était par exemple le millet. La facilité de préparation du riz a suscité un grand intérêt auprès des cuisinières qui auparavant devaient durement piler le millet avant de pouvoir le cuire. Il en résulte malheureusement un changement de comportement qui induit une baisse d'exercice physique menant à la prise pondérale.

Une remarque intéressante : on ingère moins de calories qu'au siècle passé, toutefois aujourd'hui d'une manière générale la dépense énergétique par l'activité physique n'égale pas l'apport calorique et un bilan positif s'installe.

Le tableau qui suit présente de manière non exhaustive d'autres exemples de situations et de conditions menant, chez les personnes susceptibles et ne fournissant aucun effort, à l'obésité (les chiffres entre parenthèse se rapportent au rapport de l'OMS disponible dans la bibliographie) :

Exemples de modes d'activités économisant de l'énergie dans les sociétés modernes

Transport	L'augmentation spectaculaire du taux de possession d'automobile signifie que beaucoup de gens se déplacent désormais sur de courtes distances en voiture plutôt qu'à pied ou à bicyclette.
Domicile	L'approvisionnement facile en combustible rend inutile le ramassage et la préparation de combustible pour l'éclairage et le chauffage ; le chauffage central a diminué la dépense d'énergie permettant d'assurer la thermorégulation. La dépense énergétique est également réduite du fait de l'utilisation de matériel de cuisson et d'aliments/ingrédients prêts à l'emploi pour la préparation des repas. Les machines à laver et les aspirateurs rendent le nettoyage plus facile et plus rapide.
Lieu de travail	La mécanisation, la robotique, l'informatisation et les systèmes de contrôle ont sensiblement réduit le besoin d'activité même modérée, et seule une très faible proportion de la population exerce désormais des travaux manuels physiquement éprouvants.
Lieux publics	Les ascenseurs, les escaliers roulants et portes automatiques sont tous conçus pour réaliser une économie importante de temps et d'énergie.
Activités sédentaires	Le fait de regarder la télévision est une cause importante d'inactivité, surtout chez les obèses (65). Des données des Etats-Unis d'Amérique montrent qu'il est fortement lié à l'incidence des nouveaux cas d'obésité et à l'impossibilité pour les enfants obèses de perdre du poids (37). Ces résultats correspondent à ceux des recherches récentes montrant qu'on observe une diminution notable de l'obésité lorsque dans le cadre d'une intervention portant sur l'alimentation et l'activité on a réduit le temps passé devant la télévision (66). A l'heure actuelle, en moyenne, une personne regarde la télévision plus de 26 heures par semaine au Royaume-Uni, contre 13 heures dans les années 60 (67) ; aux Etats-Unis d'Amérique, les enfants peuvent passer plus de temps devant la télévision qu'à l'école (68). Des données concernant d'autres pays et d'autres activités sédentaires, comme l'utilisation des ordinateurs, sont nécessaires.
Résidence urbaine	Dans les régions urbaines des pays riches, les enfants, les femmes et les personnes âgées sont peu enclins à sortir seuls ou la nuit par crainte de l'insécurité. Il est également difficile pour les enfants de jouer dans les rues dans les zones résidentielles, à cause de la circulation de contournement des axes principaux engorgés (69). Pour avoir des loisirs actifs, les enfants et les adultes utilisent donc en général la voiture pour se rendre dans des centres sportifs ou à la campagne à l'occasion de sorties «spéciales», plutôt que de faire de l'exercice régulièrement dans le cadre de leur vie quotidienne. Des recherches approfondies sont nécessaires dans ce domaine afin de déterminer l'importance relative de ces facteurs, et s'ils ont ou non des répercussions sur l'obésité.

Le facteur psychologique

Toutes sortes d'événements dans la vie et la manière d'y faire face sont des facteurs déterminants. Cela peut précipiter une personne vers une aggravation de son problème sous-jacent comme un trouble du comportement alimentaire ou déclencher une dépression et la perte du contrôle de soi avec une baisse de l'estime qu'on se porte.

« Depuis mon mariage j'ai pris 30 kg, à cause des nombreuses disputes avec mon mari qui me donnent envie de dévorer tout ce qui se trouve sous mes mains. Je me souviens qu'un soir, après une dispute, j'ai réussi à manger un pot de 500 gr de Nutella® ! »

« J'étais presque la cheffe de l'entreprise dans laquelle je travaillais et tout d'un coup j'ai eu énormément de problèmes au travail, jusqu'au jour où le grand chef m'a viré....c'était vraiment une décision injuste et inattendue. J'ai fait une grosse dépression et j'ai eu aussi des autres problèmes de santé ; c'est à cause de tout ça que j'ai commencé à grossir, jusqu'au moment où je me suis trouvé à 90 kg »

La société n'arrange pas les choses, car l'image de soi est influencée par les standards de la société et le fait de ne pouvoir y correspondre peut entraîner une grande détresse chez les gens et déclencher des comportements inadaptés pour pouvoir y pallier.

Les troubles du comportement alimentaire en sont vraiment un bon exemple ; ils peuvent être déclenchés par des événements comme le stress, la solitude, la dépression, l'anxiété et la frustration.

L'éducation reçue dans l'enfance vis-à-vis de la nourriture est un facteur de très grande importance, d'autant plus qu'il est très difficile de la changer plus tard. Certains parents associent la nourriture avec une connotation de récompense ou de punition. Si on utilise les friandises comme récompense, les enfants auront tendance à penser que ce type de nourriture a plus de valeur que les autres, au contraire, si on

leur fait comprendre qu'il n'auront leur dessert qu'après avoir mangé leurs légumes, le message sera négatif vis-à-vis des légumes.

Quelque chose de très frappant est apparu lors de nos recherches : nous avons découvert qu'une majorité des obèses rencontrés a subi des maltraitances durant l'enfance ce qui a conduit, plus tard, à l'âge adulte, à des troubles qui se sont manifestés entre autres par des désordres du comportement alimentaire.

Finalement, toutes sortes d'événements peuvent être déclencheurs de troubles. La capacité des personnes à faire face à ces situations est cruciale dans la genèse de l'obésité.

Le facteur thérapeutique

On le sait, certains médicaments favorisent la prise pondérale. Lorsque ces traitements sont consommés dans le cadre de soins curatifs pour des maladies chroniques, on peut comprendre leur participation dans la prise de poids.

Tableau 7.6
Médicaments pouvant favoriser une prise de poids

Médicaments	Principales pathologies traitées ou autres emplois
Antidépresseurs tricycliques, lithium	Dépression
Sulfamides hypoglycémiants	DNID
Bêtabloquants	Hypertension
Certains contraceptifs stéroïdiens	Contraception
Corticostéroïdes	Diverses maladies
Insuline	DNID
Cyproheptadine	Allergie, rhume des foins
Acide valproïque, neuroleptiques	Epilepsie
Phénothiazine	Psychose
Pizotifène	Migraine

Les conséquences et préjudices de l'obésité

Schématiquement, l'obésité entraîne 5 types de complications dont il est aujourd'hui important d'en mesurer l'impact sur l'individu d'abord, puis sur notre société.

Métabolisme et système cardiovasculaire

L'augmentation de la masse grasse qui a lieu dans le cas de l'obésité entraîne inévitablement des perturbations dans l'équilibre lipidique des patients ; en résultent des dyslipidémies qui conduisent à l'accroissement des troubles métaboliques et en particulier à l'atteinte du système cardio-vasculaire.

Ainsi, le système cardio-vasculaire est sans nul doute la cible privilégiée de l'obésité : l'hypertension artérielle et la maladie coronarienne avec risque élevé d'infarctus du myocarde sont deux troubles majeurs que l'on rencontre fréquemment chez les patients obèses.

« Ce qui me fait encore plus peur que le regard des autres c'est de mourir d'une crise cardiaque ! »

Les calculs biliaires et la cholécystite sont deux autres manifestations de l'excédent de matière grasse.

Dans les conséquences, il ne faut pas oublier le cas des enfants : comme chez les adultes, chez les enfants aussi l'obésité cause l'hypertension, la dyslipidémie, l'hyperinsulinémie...

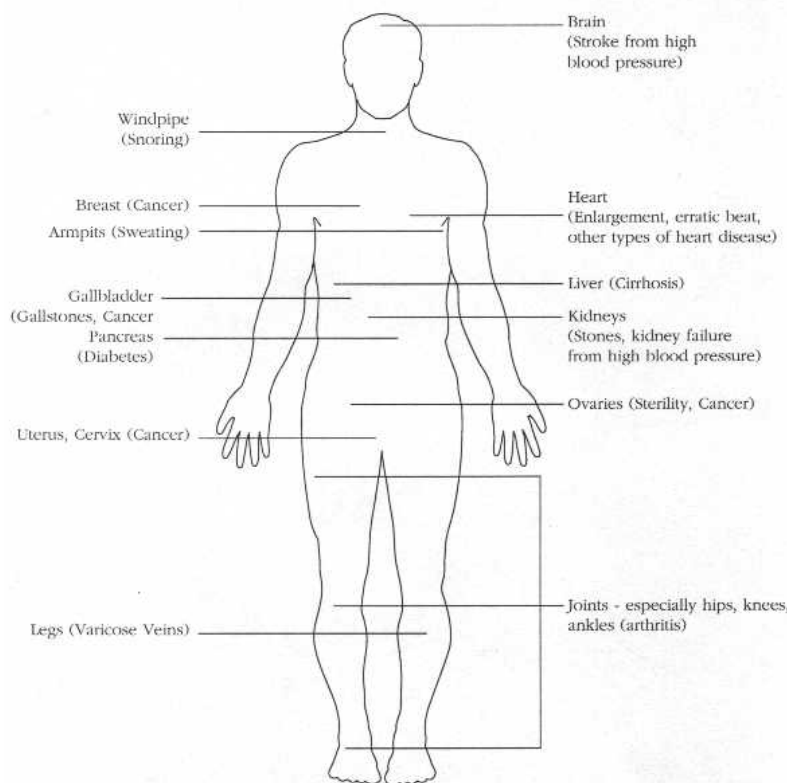


Figure 1: Body parts affected by obesity

Le Prof. Philippe Halban¹ le soulignait dans une interview : on est arrivé à un stade si avancé de l'épidémie que depuis quelques années les cas de diabète type 2 ont commencé à apparaître même chez les enfants, maladie qui jusque là était « réservée » aux adultes. Une autre maladie jusqu'à maintenant constatée que chez les adultes et les personnes âgées, les plaques d'athérome dans les vaisseaux, apparaissent aujourd'hui en grand nombre dans chez les enfants obèses !

Dans une étude de cohorte anglaise², il a été démontré que le surpoids pendant l'enfance augmente le risque de mort à cause de maladie ischémiques cardiaque dans l'âge adulte de 2 fois après l'âge de 57 ans .

Voici un schéma qui résume les conséquences de l'obésité chez l'enfant :

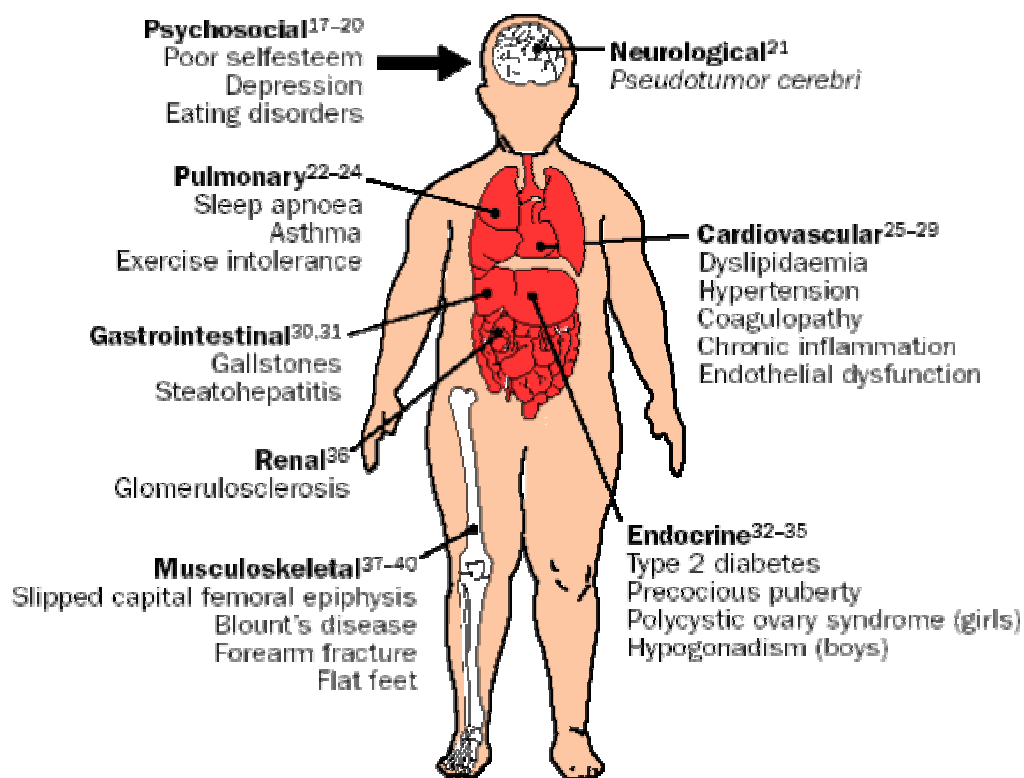


Figure 2: **Complications of childhood obesity**

¹ Prof. Philippe Halban, Laboratoire de recherche Louis-Jeantet, CMU

² The Lancet, Vol 360, August 10, 2002

L'obésité apporte également un lourd tribut à la femme car d'un côté l'hyperandrogénisme, l'hirsutisme et la baisse de la fertilité, trois signes accompagnant la maladie, lui impose des choix de vie difficile et d'autre part l'obésité pendant la grossesse est associée à une morbidité accrue chez la mère et l'enfant.

L'homme quant à lui peut souffrir d'impuissance avec tout ce que cela implique dans la vie de couple...

Pour mettre un petit bémol dans ce constat effrayant des conséquences de l'obésité, il est intéressant de noter que le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle sont réversibles dans le cas d'une perte de poids, du moins si la maladie n'est pas trop avancée.

Les troubles mécaniques

L'augmentation du poids modifie considérablement la mobilité des patients obèses : l'excès pondéral induit des problèmes ostéo-articulaires qui touchent particulièrement le genou et la hanche.

La sédentarité ainsi forcée augmente le risque de prise de poids chez les patients qui ne changent pas leur alimentation : c'est l'un des nombreux cercles vicieux que l'on rencontre avec l'obésité.

« Je ne peux pas faire beaucoup d'activité physique, car à cause de mon poids je souffre de problèmes articulaires. Un petit effort est tellement difficile quand je dois porter tout mon poids... »

L'accumulation de graisse diminue le diamètre des voies aériennes supérieures et entraîne également des anomalies respiratoires telles que l'apnée du sommeil. Celle-ci apporte aussi son lot de complications : hypoxémie artérielle, réveils fréquents, augmentation du tonus sympathique, hypertension pulmonaire et systémique et arythmie cardiaque... et un risque notable de somnolence et de troubles de la vigilance qui ont un impact certain sur l'intégration sociale des obèses !

« Malgré mes dix heures de sommeil je suis fatiguée toute la journée, j'ai beaucoup de peine à me concentrer... »

On voit donc que l'obésité entraîne d'abord des troubles locaux qui ont tendance ensuite à devenir systémiques et à diminuer la qualité de vie et la survie des obèses.

Survenue de cancer

Selon une étude américaine, le surpoids et l'obésité pourraient rendre compte de 14% des décès par cancer chez l'homme et de 20% chez la femme.

Evidemment, la prévalence d'obésité en Suisse est moins importante, mais il faut toutefois se préoccuper de ce résultat.

On ne citera que deux exemples d'importance épidémiologique : le cancer du sein³ et le cancer du colon⁴.

Conséquences psychologiques et sociales

La stigmatisation sociale : la société occidentale lance en permanence le message que les gens, en particulier les femmes, doivent être minces pour correspondre au modèle idéal et que le fait d'être gros est un signe de faible contrôle de soi.

Des attitudes négatives face aux personnes obèses sont rencontrées chez les enfants, les adultes, le personnel de santé et même chez les personnes souffrant de surpoids. Cette attitude négative se traduit souvent par la discrimination dans la recherche d'emploi, la difficulté de trouver un partenaire, des amis et dans le cercle familial le sentiment de ne pas être accepté tel quel voire même d'être rejeté.

Psychologiquement, une telle stigmatisation sociale est très pénible au quotidien. D'autant que l'obésité touche préférentiellement les milieux défavorisés dans les pays industrialisés.

³ La graisse périphérique est la source majeure d'œstrogène → phénomène important surtout chez les femmes post-ménopausées

⁴ Un haut ratio taille/hanche augmente le risque de polype du côlon

Un patient témoigne...

Alors que son tissu social est pauvre, cet homme pendant son enfance et ensuite son adolescence devient « un bon copain » et « aide les autres dans leurs devoirs scolaires pour compenser (ndl. son obésité) ». Malheureusement cela n'apporte pas beaucoup d'amitié pour cet homme qui au fil des ans a préféré s'adonner à des activités en solitaire (la pêche, la lecture et la musique) qu'il pratique encore aujourd'hui. « Avec des amis » préfère-t-il ajouter en fin de phrase, un petit peu pour justifier ses actes solitaires.

Sur un autre sujet, cet homme déclare « je suis un hédoniste et j'ai appris à avoir plaisir / à me faire plaisir en solitaire » et donne comme exemple les nombreuses heures à préparer un repas pour lui seul ou encore les sorties au restaurant, seul encore, pour apprécier de bons festins.

A propos de l'école de recrue, haut lieu de rassemblement d'une population hétérogène d'hommes jeunes, notre patient révèle qu'« à l'armée, mon problème de poids était à relativiser avec les problèmes des autres soldats ».

On ressent des ses propos un authentique acte de défense par rapport à sa maladie et une forme certaine de légitimation de son obésité eu égard aux difficultés et problèmes que ses compatriotes subissent.

On rencontre aussi parfois au sein des familles des obèses une mise à l'écart qui peut, dans certains cas, augmenter le sentiment de rejet et d'abandon pour la personne persécutée ainsi par ses pairs.

« Mon mari n'arrête pas de regarder les femmes minces en disant quel corps de rêve ont ces femmes, si tu ne te goinfras pas sans cesse tu aurais peut-être des cuisses un peu plus supportable... »

« Ma mère ne supporte pas mon poids, elle m'offre continuellement des vêtements trop petits même si elle sait très bien que je n'arriverai jamais à les mettre. Tout ça me rend encore plus coupable d'être grosse. Je ne peux pas dire que ma mère me rejette directement mais elle me fait des reproches et il y a aussi beaucoup de non-

dits. J'ai un réseau d'ami mais j'ai honte de me montrer dans cet état et je ne parle jamais de mes problèmes avec eux.

Dans la société il y a un racisme du gros, on est jugé comme des personnes « mal formées », par exemple les femmes dans la publicité Dove® sont considérées comme fortes alors qu'en réalité elles sont normales et c'est à elles que je voudrais ressembler. Ou encore dans certains magasin (par exemple Morgan®) on ne vend que la taille 1 ; les spécialistes du prêt-à-porter ne vendent pas de grandes tailles car ils ne veulent pas que leurs marques soit portées par des grosses et donner ainsi une mauvaise image. Avez vous déjà vu des personnes obèses dans un magasin de vêtement ou dans un fitness ? »

« J'ai peur de sortir, j'ai l'impression que tout le monde me regarde, je transpire beaucoup et j'ai honte que les gens pensent que je sens mauvais et que je ne me lave pas et, en plus, je prends énormément de place ; je m'isole, c'est mieux ! »

« Mon mari me traite de « tonneau » et j'ai honte de me montrer nue devant lui. Mes enfants m'appellent « grosse maman » en plus je suis harcelée par mes parents qui me disent continuellement que je dois prendre des médicaments et que je dois faire des régimes.

J'ai peur que mes enfants, une fois adolescents, aient honte de moi et que leur copains se moquent de moi devant eux »

« J'ai commencé à m'isoler, ensuite ma famille m'a rejetée et j'ai commencé à avoir de mauvaises fréquentations »

« Les gens dans les transports publics se moquaient tellement de moi en disant très fort "qu'est ce qu'elle prend de la place !", ou en disant tout en ricanant "regarde l'éléphant" que j'ai décidé de rester chez moi le plus possible et de sortir que quand j'y suis vraiment obligée, pour voir un médecin par exemple. »

L'école, un microcosme dans notre société, est aussi habituellement cruelle pour les enfants obèses ; les quolibets et autres railleries fusent dans les cours de récréation et certains cours accentuent le retrait social de l'enfant ; ainsi les cours de

gymnastique / de sport dans les établissements scolaires, enseignés jusqu'à aujourd'hui par des maîtres plus intéressés par les compétences et performances sportives des élèves que par le seul intérêt de la motivation à l'exercice physique, incitent les jeunes obèses à détester ces cours et, de fait, accroissent le fossé entre les jeunes obèses et leurs camarades.

« Personne ne voulait de moi en cours de gymnastique dans son groupe car j'étais toujours le dernier et mes autres camarades perdaient toujours à cause de moi, quand je courrais tout le monde se moquait de moi car mes bourrelets bougeaient et on me disait que j'avais des seins. »

Le Prof. Bengt Kayser⁵ assure que dans le cadre de la création du nouvel Institut des sciences du mouvement et de la médecine du sport qui prend en charge la formation des enseignants du sport, il y aura, dès la rentrée 2005, un nouveau cursus de formation.

Ainsi l'avenir des enseignants du sport passera inévitablement par la réorganisation de leur cahier des charges ; ils passeront du rang d'enseignants du sport à celui de véritables agents de santé scolaires qui participeront aux activités diverses liées à la santé et au sport.

Par exemple, dicit le Prof. Kayser, les enseignants du sport pourront inviter les responsables de cafétéria scolaires à mettre à disposition des élèves des corbeilles de fruit, lutter contre les distributeurs de boissons sucrées et de barres chocolatées dans l'enceinte de l'école, etc.

Rendez-vous en 2005 pour connaître plus en détail le futur cursus de formation de ces nouveaux agents de santé...

Il existe une différence entre ville et campagne : la proportion de gens en surpoids est plus importante en général à la campagne, car en ville la pression sociale est plus grande. Encore une fois, la presse et les médias, aussi bien que l'environnement qui nous entoure favorise la propagation d'un idéal de minceur qui

⁵ Prof. Bengt Kayser : Institut des sciences du mouvement et de la médecine du sport de l'Université de Genève

exclut les patients obèses. Cela amène forcément à l'isolement que beaucoup d'obèses subissent quotidiennement.

Alors qu'au XVIII^e siècle l'opulence était signe de richesse et de bien portance, certaines populations considèrent encore aujourd'hui le surpoids comme une marque de bien-être social. Gardons à ce sujet en mémoire que les médias n'ont pas encore su percer dans ces quelques rares populations...

Conséquences socio-économiques

Quand on sait que 15% du PIB est dévolu en Suisse à la santé et que depuis quelques années on remarque une augmentation importante de la prévalence de l'obésité, il est urgent à notre avis de prendre les mesures qui s'imposent avant que l'obésité et les troubles divers qu'elle entraîne ne grève le budget de la santé dans notre pays.

On peut séparer les coûts relatifs à l'obésité en Suisse dans différents secteurs, à savoir :

- coût de la prévention⁶
- coût des soins (médicaux, psychologiques, diététiques, chirurgicaux)
- coût des comorbidités
- coût indirects : achat d'habits dans des magasins spécialisés, problèmes avec l'assurance de base LAMAL, ...

Coûts économiques de l'obésité^a

Pays	Année	Etude	IMC	Coûts directs estimés	Coûts de santé nationaux
Australie	1989–1990	NHMRC (16)	>30	A \$464 millions	>2%
Etats-Unis d'Amérique	1994	Wolf & Colditz (19)	>29	US \$45,8 milliards	6,8%
France	1992	Lévy et al. (17)	≥27	FF 12 milliards	2%
Pays-Bas	1981–1989	Seidell & Deerenberg (18)	>25	NLG 1 milliard	4%

^a Telle que définie par le seuil d'IMC.

⁶ Des exemples concrets de prévention sont abordés dans le chapitre y relatif de ce rapport

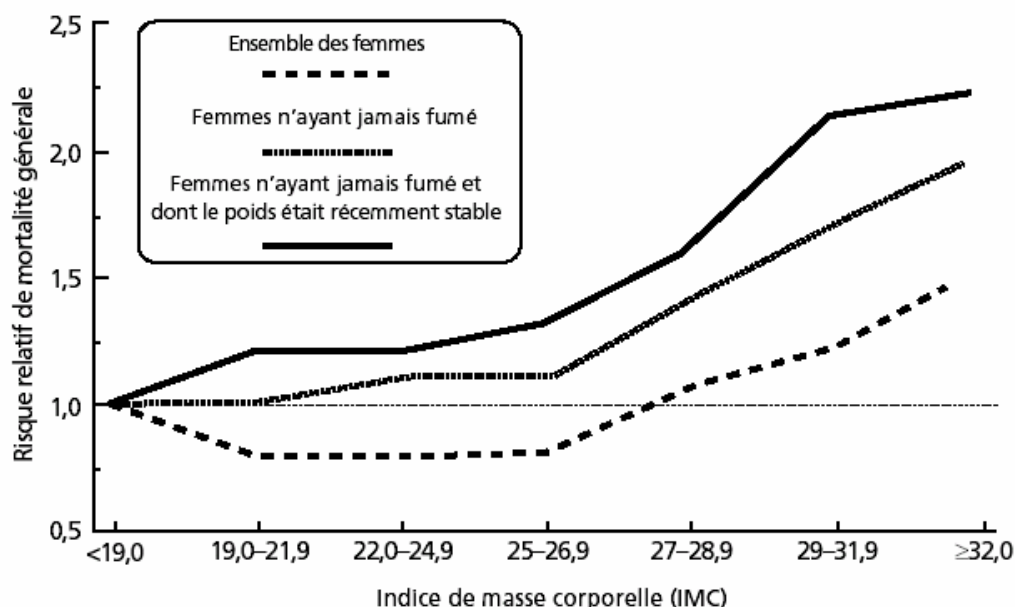
Le Prof. Alfredo Morabia⁷, en donnant comme exemple le problème des maladies cardio-vasculaires intelligemment pris en charge dans les années 1960-70 en Suisse, alors que l'économie de notre pays était excellente, souligne l'importance des coûts de la santé liés à l'obésité et affirme que l'augmentation massive de l'obésité peut avoir comme conséquence l'effondrement du système de santé dans certains pays, notamment les pays en voie de développement.

C'est là une préoccupation dont l'OMS devrait tenir compte dans l'établissement de ses plans d'action à moyenne échéance.

Enfin, outre la morbidité de l'obésité, l'impact majeur de l'obésité sur la société est le taux de mortalité précoce important.

Figure 4.2

Rapport entre l'IMC et le risque relatif de mortalité prématurée¹



WHO 98285/F

Le rapport entre l'IMC et la mortalité toutes causes confondues a été examiné à l'aide des données de la Nurses' Health Study, qui a porté sur 115 195 femmes d'âge mûr ; 4726 décès se sont produits au total au cours des 16 ans de suivi. Les risques relatifs excédentaires de mortalité apparemment associés à la maigreur, suggérés lorsque l'analyse a porté sur l'ensemble des femmes, se sont avérés des artefacts puisqu'ils ont été éliminés lorsqu'on a tenu compte du tabagisme (laissant 1499 décès) et des maladies infracliniques (laissant 531 décès). En excluant les anciennes fumeuses et les fumeuses, les femmes ayant un IMC inférieur à 22 se sont avérées avoir le taux de mortalité le plus faible des femmes restantes. Lorsque l'on a également tenu compte des dommages pour la santé liés aux maladies, les femmes les plus minces (IMC <19) ont présenté la mortalité la plus faible. Cette analyse concerne des femmes d'âge mûr d'une catégorie professionnelle et n'est donc peut-être pas représentative de l'ensemble des groupes de la population.

¹ D'après les données de Manson et al. (5), avec l'aimable autorisation des auteurs et d'après Gill PG, Key issues in the prevention of obesity, *British Medical Bulletin*, 1997, 53:359-388, avec l'aimable autorisation de l'éditeur, Churchill Livingstone.

⁷ Prof. Morabia : Division d'épidémiologie clinique, Département de Médecine communautaire, HUG

Qu'en sera-t-il le jour où la prévalence de l'obésité sera si dramatique – pour rappel certains États aux USA montrent aujourd'hui une prévalence de 25% d'obèse dans la population en général ! – que la mortalité due à l'obésité s'attaque aussi aux « cerveaux » et personnes-clé de l'économie du pays ?

Nous pensons qu'il s'agit ici d'une problématique nouvelle dont il est désormais sage de s'en préoccuper.



Agissons avant qu'il ne soit trop tard !

Approches thérapeutiques

Les régimes

Concrètement que peut faire une personne obèse ? La première approche qui paraît évidente à tout le monde est le régime. La pensée qui nous guide est qu'une personne grosse mange trop donc en mangeant moins elle va perdre du poids.

Si on ouvre un magazine, le « femina⁸ » par exemple, il est très probable qu'on tombe sur LE régime en vogue qui va nous faire perdre du poids en moins de 3 mois et ainsi le public cible, ici la femme, pourra aller sans complexe se bronzer à la plage. Voilà ce qu'on peut lire dans la presse.

Dans les pharmacies, il y a aussi un grand étalage de produits amincissants, de substituts de repas et d'innombrables produits qui arrivent chaque jour sur ce marché très enrichissant. On est bombardé par les solutions miracles.

Il existe une multitude de régimes : hypocalorique, régime riche en protéines, pauvre en glucides ou en graisses, à base de crudités, régime à l'ananas, aux plantes médicinales chinoises et bien d'autres encore.

Le point commun ? C'est une alimentation déséquilibrée, il manque toujours quelque chose. C'est très efficace, mais seulement à court terme. Le plus grand piège, c'est qu'on nous affirme qu'on va perdre du poids, qu'on va ressembler à une belle sirène, mais il y a quelque chose qui cloche dans ce qu'on nous dit là. Effectivement on perd du poids, mais dès qu'on arrête, on reprend du poids et même plus que ce qu'on a perdu, ce qui est dû à l'hypométabolisme secondaire à la restriction calorique.

Si on recommence un autre régime, on perd du poids de nouveau pour en reprendre aussitôt qu'on l'arrête et voilà le phénomène yo-yo qui apparaît. Il faut y être attentif, car les régimes yo-yo s'accompagnent d'une augmentation de la mortalité cardiovasculaire.

⁸ Femina, magazine hebdomadaire édité par le Groupe Edipresse

Finalement, le régime miracle n'existe pas ; si on entreprend un régime il faut le continuer très longtemps et plus concrètement pour toujours.

Le véritable problème de quelqu'un en surpoids c'est que son apport calorique est trop important et la faute incombe à son équilibre alimentaire. Il faut donc changer quelque chose dans les habitudes alimentaires et cela de manière définitive Voilà le véritable message à faire passer.

La diététique

Qu'est-ce qu'on entend par là ? Ce qui nous vient aussitôt à l'esprit : un équilibre nutritionnel, une nourriture saine, manger des légumes. Beaucoup d'entre nous ont à l'esprit la restriction en matière de nourriture et le fait de peser le moindre aliment que l'on va manger.

Il s'avère en fait que la diététique n'est pas restrictive du tout : tous les aliments sont permis. Il suffit donc de manger de façon équilibrée et en quantité raisonnable. La prise en charge des patients obèses s'effectue actuellement et est enseignée de la manière suivante :

- La première étape consiste à recadrer l'alimentation du patient et à lui donner une structure normale : 3 repas et une à deux collations par jour
- L'étape suivante est de baser le régime alimentaire sur celui qui correspondrait aux dépenses énergétiques d'une personne avec un BMI "normal" de 25. Il s'agit d'un régime normoénergétique. Cela permet la perte de poids.
- A partir du moment où l'on entre dans une phase plateau, la personne en question ne perdant plus de poids, on adopte alors un régime hypoénergétique qui permet d'éviter la reprise de poids. On veille en principe à ne pas donner de régime en dessous de 1500 kilocalories sinon il n'y a pas assez d'apports en vitamines et en sels minéraux essentiels.

Cette méthode permet de pallier aux deux types de déséquilibre alimentaire que l'on peut rencontrer :

- le déséquilibre qualitatif soit par consommation excessive de produits lipidiques (corps gras, en principe salé) soit par consommation excessive de produits sucrés (l'apport total d'énergie peut être bon mais c'est le rapport des divers nutriments qui n'est pas bon)
- le déséquilibre quantitatif dans lequel le patient obèse mange trop et a donc un apport énergétique beaucoup trop élevé

En diététique, on utilise surtout l'anamnèse alimentaire ; il faut tenir compte du fait que certains patients, mais pas tous, sont suivis au niveau psychologique et que même dans une approche purement diététique il faut tenir compte de cet aspect. Il n'y a pas de privation, pas d'interdiction et pas de pesée des aliments ; cette approche plus "libre" permet une meilleure adhérence thérapeutique de la part du patient.

Il est important d'être très tolérant envers les patients obèses et de tenir compte du fait que s'ils veulent maigrir et ne pas reprendre de poids, ils devront toute leur vie faire attention à leur comportement alimentaire.

Un des aspects très importants de la thérapie diététique est de redonner à la personne le plaisir de manger, le goût des aliments pour que la nourriture ne représente plus un moyen de se consoler ou d'échapper à quelque chose.

L'obésité est quelque chose de très personnel et très profond qui correspond même à une partie de l'identité c'est aussi pour cela qu'il est difficile pour les patients d'en parler.

Les patients obèses sont souvent des personnes qui manquent de motivation et de force de caractère. Il faut réussir à les motiver et à assurer un suivi adapté. La thérapie utilisée doit également convenir au patient ; par exemple beaucoup de patients qui étaient pris en charge par le Prof. Golay⁹ quittent le traitement et sont

⁹ cf plus bas

envoyés vers d'autres professionnels (comme les diététicien(ne)s) qui ont des méthodes plus « douces ».

Concernant les enfants, il est difficile de leur enseigner un comportement alimentaire correct si les parents ne s'impliquent pas. De plus, les connaissances alimentaires diminuent dans la population jeune (on connaît de moins en moins d'aliments) et il y a beaucoup de représentations fausses (aliments mauvais, dangereux, etc.).

Selon une professionnelle, les produits Weight Watchers® sont des produits de qualité mais qui ont des apports énergétiques légèrement trop faibles. De plus, il s'agit d'une organisation dans laquelle d'anciens obèses prennent en charge les patients, ce qui est plutôt motivant pour ces derniers.

L'appellation diététicien(ne) est protégée. Cependant, certaines personnes ouvrent des « cabinet de consultation alimentaire » ou des « magasins de diététique » qui entrent plutôt dans le domaine du charlatanisme et de l'endoctrinement afin de profiter de l'argent des pauvres gens qui tentent de maigrir.

Approche psychologique

L'approche psychologique est un point essentiel. Certains médecins nous ont affirmés que toute personne obèse a forcément un trouble du comportement alimentaire. Ce n'est donc pas en apprenant à manger équilibré qu'on arrivera à résoudre les compulsions.

Autre fait troublant que les médecins ont constatés, en tout cas chez les obèses morbides : 85% des sujets au moins ont subi des maltraitances dans l'enfance. Cela est un facteur supplémentaire qui peut contribuer à la baisse de l'estime de soi, problème majeur chez les personnes obèses. Une prise en charge psychologique s'avère donc nécessaire et très utile.

Approche psycho-pédagogique du traitement de l'obésité (équipe du Prof. Alain Golay¹⁰)

Tiré des articles : « Une nouvelle approche psycho-pédagogique du traitement de l'obésité et « approche comportementale et cognitive de la personne obèse » écrits par le Prof. Golay

Vu les insuccès à long terme des programmes de perte de poids et dans le but de maintenir le bénéfice d'une perte pondérale, une approche psychologique et nutritionnelle conjointe a été proposée par l'équipe médicale du Prof. Golay ; de la sorte cette équipe propose une approche globale du problème, en associant non seulement un programme complet d'éducation cognitivo-comportementale¹¹ et nutritionnelle, mais aussi un programme d'exercice physique adapté, avec des séances de sophrologie.

Plutôt que d'enseigner aux patients des connaissances de diététique et de corriger d'éventuelles erreurs, l'équipe médicale responsable de ce programme laisse les patients choisir leurs propres plats favoris afin de ne rien interdire, mais plutôt de trouver des points positifs dans leur régime alimentaire.

L'équipe d'enseignement ne donne presque jamais de réponses aux questions qu'ils posent aux patient, mais ils laissent plutôt la possibilité aux patients de donner leurs propres réponses et de se corriger entre eux : c'est un outil pédagogique très important.

Un autre exemple pour souligner le côté positif de ce travail est de laisser aux patients le choix d'exercices physiques simples, réalistes, et de dialoguer des effets bénéfiques ressentis après l'effort ; cette approche a plus de succès que d'imposer des exercices physiques et démontrer les effets négatifs du manque de tels efforts physiques.

¹⁰ Prof. A. Golay, Division d'Enseignement Thérapeutique Pour Maladies Chroniques, Département de médecine communautaire, HUG

¹¹ Cf plus bas

L'équipe qui suit ce programme est composée d'un médecin, d'une infirmière, d'une aide soignante, d'une diététicienne et d'une psychologue.

Le programme prévoit une semaine de cours avec un groupe de patients possédant le même problème. Ils restent à l'hôpital pendant une semaine en suivant les cours (cf tableau ci-dessous) et profitent du fait qu'ils peuvent discuter avec des personnes qui souffrent du même mal dans une ambiance exclue de jugements.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Qu'ai-je pu appliquer durant le week-end Table ronde	Je réduis mes tensions musculaires	Elaborons un repas ensemble	Promenade libre	Quels changements à notre retour
Je confectionne des sauces allégées	Je prends soin de mon corps	Mangeons le repas que nous avons cuisiné	Visite médicale	Promenade libre
Buffet	Exercice pratique		Repas au restaurant	Buffet
Je découvre mon corps par des auto-massages	Partons en promenade avec les physio-soignants	Les pensées négatives qui me poussent à grignoter	En perdant du poids....	Entretiens privés de sortie
Visite d'un supermarché	Que vais-je mettre en place, la semaine prochaine	Je développe des pensées positives	Je commence à percevoir mon corps	Bilan du programme
Réflexions sur les achats				
Buffet	Buffet	Buffet	Exercice pratique	Exercice pratique

Au bilan de la semaine, les patients expriment très souvent leur surprise à pouvoir manger autant de quantité de nourriture. Ils apprennent également l'utilité du fractionnement de l'alimentation en trois repas et une à deux collations, ce qui reste la structure alimentaire la plus efficace pour lutter contre le manque de contrôle alimentaire aux repas.

Approche psychologique cognitivo-comportementale

Cette approche se divise en deux temps : la restructuration comportementale et la restructuration cognitive

Restructuration comportementale : un des premiers objectifs est de restructurer l'alimentation en trois repas chaque jour ; il ne s'agit donc pas d'une mesure restrictive et cela reste compatible avec la vie sociale.

La mauvaise estime de soi est souvent le point de départ des troubles du comportement alimentaire et elle est à l'origine des préoccupations qui peu à peu se focalisent de manière exagérée sur le poids et l'apparence physique.

L'individu entreprend alors une série de régimes qui vont presque sûrement échouer (phénomène du « yo-yo ») et cette restriction imposée induit une frustration qui devient intolérable et les compulsions augmentent au lieu de diminuer... en fin de compte il s'agit d'un cercle vicieux qui tourne autour du patient qui va petit à petit devenir obèse ; dans ces conditions un régime alimentaire peut donc induire par lui-même des crises de boulimie (via notamment des crises compulsives d'alimentation).

Les patients et l'équipe du Prof. Golay tentent de découvrir ensemble les situations déclenchant les compulsions alimentaires (faim, vue des aliments, préparations de repas, solitude, colère, sentiment d'ennui...). Les différentes réflexions obtenues avec le patient permettent de trouver des solutions et des stratégies applicables tout de suite et qui doivent aussi être source de plaisir pour le patient.

On cherche aussi des stratégies à long terme dans le but de prévenir l'apparition de l'envie de manger.

Restructuration cognitive : elle permet de chercher, avec le patient, ce qui se passe entre une situation précise et l'émotion qu'elle induit. À chaque événement, des pensées automatiques surviennent (« je suis nulle », « je ne vauds rien », « les autres ne m'accepteront jamais »...) et les patients ne s'en rendent même plus compte car cela devient une habitude. Le travail consiste ainsi à identifier ces mécanismes de distorsion cognitive.

Approche sophrologique

L'approche sophrologique consiste à réapprendre au patient obèse à avoir une représentation correcte de son image qui est souvent déformée. Divers techniques sont utilisées, comme la relaxation, la respiration, l'auto-massage, les exercices de tension-détente musculaire, le mouvement du corps dans l'espace, etc.

Traitements médicaux de l'obésité

Il ne suffit pas de calculer le BMI d'une personne et de déterminer combien de kilogrammes il faut perdre pour être de nouveau dans la norme. Selon le degré d'obésité, il y a un risque important d'avoir des comorbidités¹². Il faut donc aussi surveiller ou traiter ces maladies. Des contrôles réguliers sont importants en parallèle des autres approches.

Exercices physiques

Cela comprend des exercices très simples mais réguliers ; rien d'impossible puisqu'on ne demande pas au patient d'exécuter des marathons tous les jours mais on l'incite à réaliser de simples promenades de quelques minutes par jours, des exercices à la maison...

L'objectif à long terme est de permettre de perdre quelques kilos et de maintenir cet état de fait.

Les patients ont en général peur de se montrer en public. On peut le constater facilement en allant dans un centre de fitness, lieu où on s'attendrait à voir des gens venir faire de l'exercice pour entretenir leur santé ou perdre du poids, mais on remarque surtout la présence de personnes à la physionomie très athlétique et très rarement voire jamais de personnes obèses.

Il faut donc trouver des solutions adaptées. Un exemple concret vient d'une personne qui a acheté pour la cause un tapis roulant pour pratiquer un peu d'exercice à l'abri du regard critique des gens.

Un autre aspect important qu'il faut absolument expliquer est que l'exercice physique ne permet pas de perdre du poids. L'activité physique soutenue est surtout utile pour prévenir une reprise du poids, pour diminuer les risques cardio-vasculaires et les risques de diabète (en d'autres termes les comorbidités).

¹² veuillez vous reporter au chapitre concernant les conséquences de l'obésité pour plus de détails

Une étude des HUG a prouvé qu'une activité d'intensité modérée telles que les tâches ménagères ou les activités professionnelles manuelles, permet la prévention des décès dus à toutes sortes de causes. Alors qu'une activité de haute intensité tels que le jardinage et la montée des escaliers permettent un contrôle du poids.

A propos des médicaments

Quels types de médicament existe-t-il ? La plupart des patients ont pris du Réductil® (sibutramine) qui est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline, qui diminue l'appétit et qui augmente légèrement la thermogénèse, permettant ainsi d'atténuer la diminution du métabolisme de base induite par la perte de poids. Il permet aussi d'améliorer le profil lipidique et la tolérance au glucose.

Concernant le Réductil®, une des personnes interviewées a dit qu'il lui a provoqué des extrasystoles et qu'elle a dû aussitôt arrêter le traitement. Quelques mois plus tard, elle a appris que le médicament était retiré du marché dans d'autres pays car il pouvait induire des troubles du rythme cardiaque...

L'autre médicament que beaucoup d'interviewés ont essayé est le Xénical® (orlistat) qui diminue l'absorption des graisses alimentaires en inhibant les lipases gastriques et pancréatiques avec une efficacité d'environ 30%. Certains patients sont satisfaits, mais il faut préciser que ce n'est pas toujours évident car l'effet majeur est une diarrhée huileuse dès qu'on mange trop de lipides.

Une patiente s'est plainte de cet effet, car elle n'avait mangé qu'un poisson au restaurant et ne trouvait pas cela gras. C'est en détaillant le repas que le médecin a pu déterminer la cause : c'était tout simplement une sauce avec des amandes... Il faut par conséquent toujours se méfier de ce qui se cache dans notre assiette.

Un autre point important qu'un patient a voulu souligner est que la prise de ce médicament n'est pas toujours compatible avec une vie professionnelle. Si on travaille on ne peut pas toujours courir aux toilettes et y rester longtemps.

Naturellement les patients font confiance aux médecins qu'ils consultent, mais face à la demande d'une solution efficace, certains médecins n'hésitent pas à proposer toute sorte de médicaments pas forcément recommandés.

Un exemple : une patiente a été chez différents médecins, elle est tombée une fois sur un « médecin peu scrupuleux, un charlatan », car il lui a prescrit un médicament pendant plusieurs mois sans l'avertir qu'il contenait des amphétamines.

Chirurgie viscérale : opérations restrictives

On propose l'approche chirurgicale que dans certains cas. L'assurance maladie de base ne rembourse que certains types de traitements suivant le niveau d'obésité.

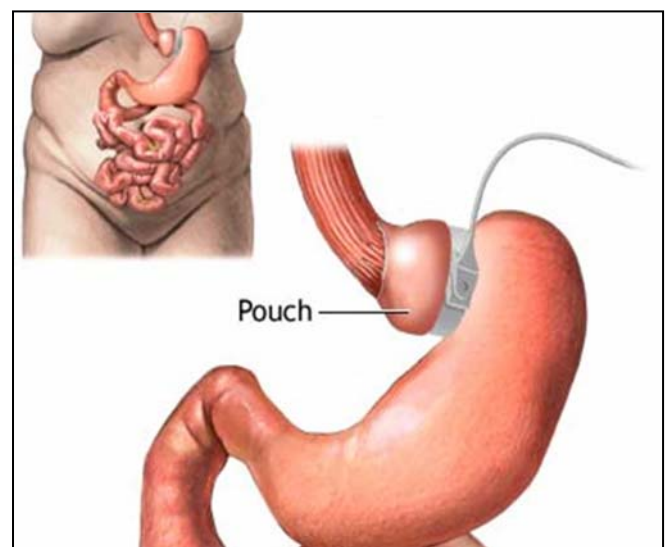
Les critères sont un BMI de plus de 40, 2 comorbidités présentes, l'échec d'un suivi médical sur 2 ans et un âge entre 19 et 64.

Anneau gastrique

L'anneau gastrique est une technique qui n'est plus proposée à l'hôpital cantonal de Genève. Le principe est de placer un anneau dont on peut contrôler le diamètre par une pompe et ainsi limiter l'apport de nourriture par une ouverture de l'estomac rétrécie. L'effet secondaire principal est le vomissement d'aliments durs comme le pain ou la viande.

Cela peut pousser certains patients à adapter leur régime alimentaire en ingurgitant de grosses quantités de coca-cola ou de glace, court-circuitant de cette manière l'effet de l'anneau.

En général, on obtient au bout de 5 ans une perte de poids satisfaisante chez 30% des patients. Ce résultat est considéré par certains chirurgiens comme insuffisant.



Un patient témoigne :

Pendant mon enfance, puis mes études, mon obésité m'a souvent écarté des autres. Ma profession stressante a aussi eu un impact négatif sur mon équilibre et j'ai encore pris du poids.

Il y a deux ans, alors que je fuyais les diététiciennes, après avoir suivi différents régimes et consommé le Xénical, entre autres, et alors que j'en avais marre de prendre la décision, à chaque repas, de manger sain et équilibré, j'ai choisi de recourir à la pose d'un anneau gastrique qui devait prendre le relais sur mon contrôle de l'alimentation.

Hélas je me suis trompé : je pensais perdre 30-40 kg avec cette opération et ça n'a pas marché.

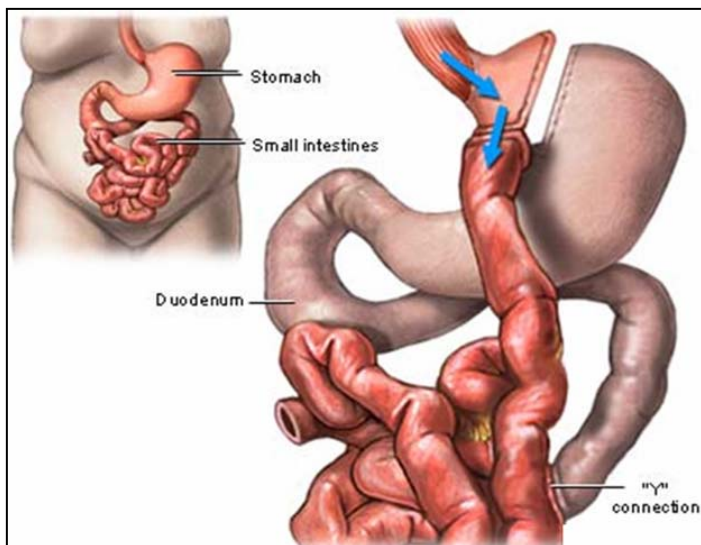
J'ai même compris comment manger un repas de mariage avec cet anneau : il faut prendre le temps nécessaire !

De plus, aujourd'hui, choisir entre une pomme et un natas au petit déjeuner m'est impossible : je prends le natas ; c'est comme un étudiant qui arrive au bout de ses études et qui ne peut plus voir un livre pendant des semaines...

Je sais que ce n'est pas bien, mais je n'y peux rien. Je pense aujourd'hui au bypass... mais j'ai peur des risques et conséquences d'une telle intervention.

Bypass gastrique

L'autre technique est le bypass gastrique. C'est ce qui est proposé aux HUG. Cette technique consiste à court-circuiter l'estomac : ainsi la nourriture arrive directement



dans l'intestin grêle. La digestion commence après le duodénum sans le suc gastrique, la bile et les enzymes pancréatiques. Toutefois il n'y a pas de problème de malabsorption.

L'intérêt de cette technique est que le patient peut manger de tout jusqu'à un certain point. Il y a donc une restriction de volume. Le patient ne peut pas manger trop rapidement car sinon il doit

s'arrêter trop vite.

Le patient doit faire attention au choix des aliments, car l'ingestion d'aliments riches en sucres et en graisses provoque, après une dizaine de minutes, un malaise grave, avec pâleur, transpiration et palpitations : c'est ce que l'on appelle le « dumping syndrome ». Certains chirurgiens pensent qu'il s'agit là d'un bon moyen pour décourager leurs patients d'abuser d'aliments riches en calories à la suite de l'opération, bref une protection contre les compulsions.

Au contraire des patients qui ont subi l'intervention de l'anneau gastrique, ceux avec un bypass n'ont pas de vomissements comme effet secondaire, par contre on décèle souvent des carences en vitamine B12 (c'est le facteur intrinsèque produit par l'estomac qui permet l'absorption de cette vitamine au niveau de l'intestin), et, surtout chez les femmes, une carence en fer (4 femmes réglées sur 5).

Le but de l'opération est de perdre du poids et de vivre une vie normale sans être invalidés. Mais attention, les gens ne peuvent plus manger normalement.

J'ai subi un bypass :

Je suis marié et j'ai 2 jeunes enfants. J'ai toujours été en surpoids, car je suis un bon vivant. Mon médecin ne m'a jamais souligné l'importance de mon grand poids. J'ai essayé beaucoup de régimes et ça faisait toujours comme un yo-yo. Par deux fois, en conduisant toute ma famille, je me suis endormi au volant de ma voiture. Ces épisodes ont été le déclic pour me prendre en charge et j'ai décidé de changer de médecin. Grâce à lui j'ai découvert que je souffrais d'apnée du sommeil à cause de mon obésité. Je me réveillais plus de 600 fois par nuit !

Le médecin m'a dirigé vers la chirurgie pour subir un bypass. C'est une opération que je souhaitais et je comptais sur elle pour résoudre mon problème. De plus, je correspondais aux critères : deux maladies associées à mon problème de poids, l'apnée du sommeil et l'hypertension artérielle et mon BMI était de plus de 40.

Mon BMI est passé de 45 à 34 déjà dans les quelques premiers mois. Tout de suite après l'opération j'ai eu une complication. J'ai une infection de la paroi au niveau de

l'incision. Malgré cela, je suis très satisfait de l'opération et je regrette de ne pas l'avoir fait plus tôt.

Aujourd'hui, un an et demi après, je consulte car j'ai ce qu'on appelle une éventration (hernie). Cela est lié à la complication post-opératoire. La douleur est supportable et ce n'est pas trop voyant mais je préfère qu'on m'opère. Depuis quelques semaines, je reprends du poids. Je pense que c'est dû à mon travail, car en ce moment il n'y a pas grand chose à faire, alors je grignote. C'est une habitude que je n'avais pas auparavant. Je suis aussi suivi pour des injections régulières de vitamine B12.

Données épidémiologiques extraites d'une étude de 500 cas ayant subi un bypass aux HUG (31/03/2004):

1) Amélioration des comorbidités après le bypass :

Diabète disparus	82%
HTA améliorée ou absente	80%
Apnée du sommeil disparue	90%
Problème articulaire amélioré	90%
Dyslipidémie	84%

D'après ce tableau, on peut affirmer que le bypass est un traitement rationnel car les soins des comorbidités coûtent très chers :

Nous citerons par exemple :

- traitement de l'apnée du sommeil : 3000 Frs/an sans les consultations
- prise en charge du diabète : 15'000 Frs/an
- traitement de l'HTA : 2000 Frs/an sans les consultations
- coût du bypass : 15'000 Frs

2) Qualité de vie :

La majorité des personnes sont satisfaites mais chez certaines on ne rencontre aucune modification ou parfois même une aggravation.

Plus on est âgé plus les bénéfices de l'opération sont minimes, car les patients concernés vivent avec le problème depuis trop longtemps et les dégâts engendrés sont devenus plus ou moins irréversibles ; parfois encore les nombreuses années d'obésité ont détruit leur vie sociale : par exemple perte du soutien familial, aide financière par l'AI¹³ (à cause d'articulations endommagées) ou chômage.

Facteurs de risque pour les complications :

- le fait d'être de sexe masculin
- une obésité de type central¹⁴, car il y a plus de comorbidités associées

Commentaires du Dr Huber¹⁵ :

La possibilité de subir un bypass est très contrôlée ce qui a des côtés tant négatifs que positifs :

Désavantage : problème de l'accès à l'opération

Les critères de l'assurance pour pouvoir subir le bypass sont trop extrêmes par rapport à l'état du patient.

Exemple : un jeune père de famille avec un BMI de 36, avec 2 comorbidités (HTA et apnée du sommeil), n'est pas pris en charge alors que sa santé est en grand danger (endormi au volant de sa voiture avec sa femme et ses enfants)

Cela entraîne des absurdités, telle que de dire à son patient de revenir quand il aura pris 15 kg de plus. Les chirurgiens trouvent cela inacceptable tant sur le plan médical qu'éthique.

Avantage : cela évite les dérapages

Il y a toujours un risque d'abus. Il y a des chirurgiens peu scrupuleux qui acceptent les demandes de jeunes personnes qui estiment avoir trop d'embonpoint et qui désirent subir le bypass croyant à la chirurgie miraculeuse et ne réalisant même pas

¹³ AI = Assurance Invalidité

¹⁴ appelé aussi de type androïde

¹⁵ Dr Huber, Chirurgie viscérale, Département de chirurgie, HUG

qu'il peut y avoir effets indésirables voire un risque mortel. Ce n'est donc pas absurde de réglementer.

Chirurgie réparatrice

Les personnes obèses ayant subi des opérations comme le bypass gastrique perdent en moyenne 60-70 Kg. Cela provoque un excès de plis car la peau a perdu son élasticité. A part la gêne esthétique que cela entraîne, ces plis sont source d'infections (macération, mycoses, infection bactérienne) ; c'est pourquoi 2 ans après la chirurgie digestive la chirurgie esthétique enlève ces plis. Ce délai de 2 ans est indispensable car le patient risque de perdre de nouveau du poids ce qui entraîne de nouveau plis.

Les cicatrices laissées par la chirurgie reconstructrice sont mieux tolérées par le patient car c'est un soulagement par rapport au plis qui sont handicapants au niveau physique, par exemple pour l'hygiène quotidienne et communautaire comme aller à la piscine. Cet état mène souvent à un mal être qui s'améliore après la chirurgie esthétique. De plus, les cicatrices sont faites de façon à ce qu'elles soient cachées par les sous-vêtements.

Les chirurgiens peuvent aussi améliorer l'esthétique grâce à la liposuction. Le patient ainsi que son entourage découvre une nouvelle personne généralement très belle mais qui était jusqu'à là caché par une grosse/épaisse enveloppe de graisse.

Cette chirurgie réparatrice n'est pas remboursée par l'assurance maladie. Elle coûte 20000 francs pour le patient mais si elle était remboursée par l'assurance elle ne coûterait que 4500 francs pour le patient !

Conclusions sur les traitements

On ne peut traiter le problème en agissant avec une seule approche. Autant la maladie de l'obésité est multifactorielle, autant il faut avoir une approche multidisciplinaire.

Changer les habitudes alimentaires, faire une restriction calorique très modérée, pratiquer quotidiennement une activité physique et essayer de voir plus clair dans son comportement face à la nourriture et résoudre les causes qui nous y précipitent sont les objectifs du traitement.

En matière de régime, le point très important à souligner est que rien n'est interdit, il faut juste faire attention à la quantité et à quand est-ce qu'on mange.



Publicité rencontrée dans la presse : il y a parfois des publicités qui méritent notre attention. Avez-vous vu les bienfaits d'une lourde intervention de chirurgie réparatrice contre les amas graisseux ? ☺

Moyens à disposition sur Genève pour une personne obèse

Nous analysons dans ce chapitre certains moyens à disposition à Genève pour la prise en charge des patients obèses qui méritent, d'après nous, une réflexion en vue d'une amélioration globale de l'offre.

Médecin de famille

Le médecin a un rôle central dans ce système, le patient obèse fait souvent du tourisme médical : « ...on voit pas les effets...on change de médecin ! »

Le rôle important du médecin de premier recours est de prendre au sérieux le problème et de réfléchir aux différents aspects de la maladie ; il ne doit pas oublier d'en rechercher la cause et il faut qu'il comprenne que dans la majorité des cas ce n'est pas la faute du patient s'il grossit.

Si le médecin n'affronte pas tout de suite le problème mais engage le patient dans une sorte de cercle vicieux de régimes yo-yo, il ne peut qu'empirer la situation.

« Je crois que mon médecin traitant n'a jamais pris au sérieux ma situation. Je faisais des apnées du sommeil depuis quelques années et à deux reprises je me suis endormi au volant avec ma famille. Ce n'est qu'après ce deuxième événement effrayant que j'ai compris qu'il fallait faire quelque chose, j'ai ainsi changé de médecin : on m'a finalement pris au sérieux »

Est ce que le réseau de médecins traitants qu'on a en ville de Genève est prêt à faire face à cette épidémie d'obésité ? N'y a-t-il pas besoin d'une formation approfondie dans ce domaine ?

Il serait bien que les différents acteurs dans le domaine des soins se réunissent en réseau aussi en dehors des structures hospitalières afin de mieux prendre en charge chaque patient.

Pharmacie (médicaments) :

Dans les pharmacies on peut trouver toutes sortes de régime. Lors d'une interview avec un pharmacien on a pu constater une forte augmentation de demande dans ce domaine.

Il faut souligner qu'il n'existe pas de régime miracle et souvent on perd du poids mais on le regagne tout de suite après l'arrêt du régime car, en général, une personne obèse seule ne comprend pas que la clé de la réussite siège dans la réorganisation complète de son hygiène de vie, alimentation y compris.

Bien sûr on va à la pharmacie aussi pour acheter les médicaments que le médecin nous prescrit, les deux les plus utilisés à l'heure actuelle étant le Xénical® et le Reductil®.

Pourquoi donc n'y a-t-il pas une réglementation pour éviter de trouver de faux produits miracles dans les pharmacies ? Car, en fin de compte, pour le public, un produit vendu en pharmacie « doit être un produit auquel on peut faire confiance si le pharmacien le vend !! »

HUG - Département d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques

À Genève on a la chance d'avoir l'équipe d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques qui est aujourd'hui en train de focaliser aussi sur les patients obèses. Voir le texte sur la thérapie cognitivo-comportementale

Associations

Lors de nos rencontres avec les patients, personnes n'avait pris contact avec des associations pour personnes souffrant d'obésité et aucun n'en connaissait l'existence en Suisse.

Dans nos recherches, nous avons trouvé une seule association en Suisse, la FOSO (Fondation Suisse de l'Obésité) dont le siège est à Zürich. Après avoir découvert que les firmes pharmaceutiques étaient les premiers sponsors, et en dépit des personnes ressources de cette association, nous avons décidé de ne pas les contacter.

Conclusions sur les moyens à Genève

A l'hôpital on a pu noter une bonne coordination entre diabétologues, psychologues, diététiciens, chirurgiens.....le problème se pose quand on sort de l'hôpital, il y a une mauvaise coordination : dans la majorité des cas c'est le patient obèse qui doit prendre sa maladie dans ses mains et chercher auprès des différents acteurs professionnels la solution qui lui convienne le mieux.

L'obésité est un problème sérieux et si on veut vraiment lui faire face et arrêter cette épidémie, il faut que le système change et prenne conscience qu'il s'agit d'un fléau important pour la population et qu'un simple régime ne suffit pas.

Il faut chercher la cause si on veut vraiment la soigner !

Conclusion du rapport

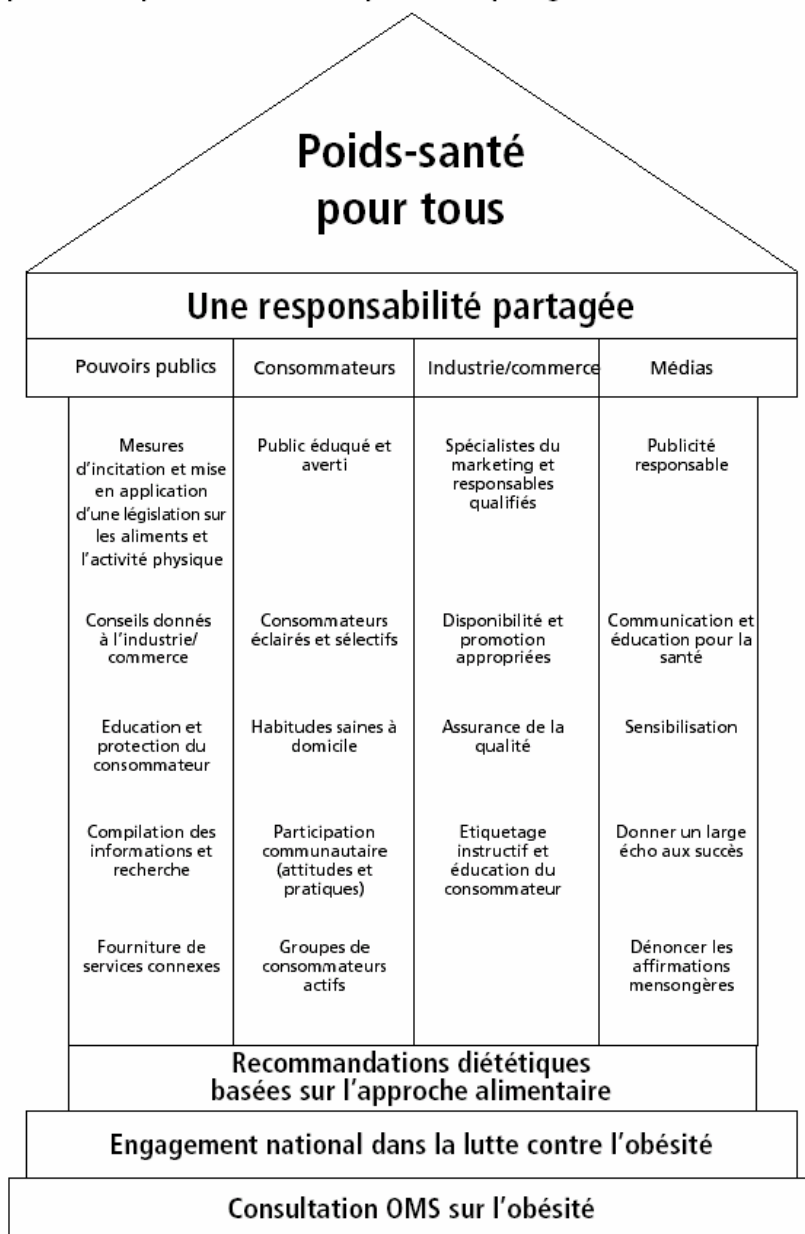
Nous l'avons vu dans ce rapport, l'épidémie de l'obésité touche les 5 continents et il s'agit maintenant de réunir les 4 acteurs majeurs que sont les pouvoirs publics, les consommateurs, les médias et les industries / commerces pour trouver des solutions de lutte.

Ni un seul acteur, ni une seule approche ne pourra résoudre la situation.

Aujourd'hui, il est essentiel que les pouvoirs publics engagent leur propre responsabilité et des moyens financiers suffisants pour qu'une prévention efficace dans la population et une meilleure prise en charge des obèses puisse avoir lieu.

N'oublions pas que l'obésité coûte aujourd'hui cher à la société et l'impact de la maladie sur la mortalité pourra à terme devenir plus préoccupant que les maladies infectieuses, par exemple.

Le poids-santé pour tous — une responsabilité partagée[®]



Quels moyens avons-nous envisagé pour tenter de réduire l'augmentation de la prévalence de la maladie ?

Le premier objectif que l'État devrait atteindre est une meilleure coordination entre les différents acteurs présents et futurs dans ce domaine. Par acteurs présents on comprend évidemment les professionnels de la santé, toutes fonctions confondues, mais aussi les industries pharmaceutiques et les laboratoires de recherche qui étudient des solutions diverses de thérapeutique et d'accompagnement.

Par acteurs futurs, et il s'agit du deuxième objectif à atteindre, nous pensons aux personnes et institutions qui aujourd'hui encore font défaut et rendent difficile la prise en charge des patients obèses : absence de réels spécialistes de l'obésité, rôles des intervenants pas bien définis, peu ou pas d'association pour obèse en Suisse...

La société aussi doit « bouger » : la lutte contre tous les facteurs de risque de l'obésité doit être un des principaux centres d'action.

Le tableau suivant donne quelques exemples d'amélioration possibles :

Tableau 9.2

Stratégies environnementales possibles pour lutter contre l'obésité^a

Domaine d'action	Exemples de stratégies possibles
Politiques d'urbanisation et de transports	<p>Créer des zones piétonnes au centre des villes</p> <p>Construire des cheminements piétonniers et des pistes cyclables sûrs</p> <p>Introduire des systèmes pour inciter les gens à utiliser les parkings situés à la périphérie des grandes villes, où des transports publics prennent le relais (stationnement de dissuasion)</p> <p>Offrir des installations bon marché où attacher les bicyclettes dans les villes et les lieux publics</p> <p>Améliorer les transports publics (fréquence et fiabilité du service offert)</p> <p>Améliorer la sécurité en éclairant mieux les rues</p> <p>Installer des systèmes de ralentissement de la circulation pour améliorer la sécurité des enfants qui se déplacent et jouent dans les rues</p> <p>Affecter des ressources à la construction et à la gestion de centres de loisirs communautaires</p> <p>Modifier la conception des bâtiments afin d'inciter les gens à se servir des escaliers</p>
Lois et réglementations	<p>Améliorer l'étiquetage des produits alimentaires</p> <p>Limiter et réglementer la publicité destinée aux enfants</p>
Mesures d'incitation économiques	<p>Introduire des subventions destinées aux producteurs d'aliments à faible valeur énergétique (en particulier fruits et légumes)</p> <p>Diminuer la taxe sur les véhicules des gens qui prennent les transports publics pour aller travailler pendant la semaine</p> <p>Consentir des allègements fiscaux aux sociétés qui fournissent à leurs employés des installations sportives et des vestiaires</p>
Programmes scolaires	<p>Offrir des installations sportives et des aires d'activité appropriées, notamment des vestiaires et des douches</p> <p>Consacrer suffisamment de temps à l'exercice physique</p> <p>Prévoir des cours de cuisine pour tous les enfants</p>
Cantine et restauration	<p>Elaborer des normes et directives nutritionnelles à l'intention des cantines et services de restauration (cantines scolaires et cafétérias d'entreprise)</p>
Sensibilisation et éducation	<p>Enseigner dès le plus jeune âge les rudiments concernant les aliments et la nutrition, la préparation des aliments, les régimes alimentaires et modes de vie sains par le biais de programmes destinés d'abord aux enfants, puis aux enseignants, aux professionnels de la santé et aux agents de vulgarisation agricole</p>

Tableau 9.2 (Suite)

Domaine d'action	Exemples de stratégies possibles
	<p> limiter le temps de télévision des enfants</p> <p> utiliser les médias pour promouvoir un changement de comportement (par exemple, au moyen de feuillets télévisés)</p> <p> enseigner au grand public quels sont les changements de comportement appropriés pour réduire le risque de prise de poids, en particulier dans les endroits où fleurissent les commerces d'alimentation</p> <p> enseigner au grand public la nécessité d'une action collective visant à modifier l'environnement et à promouvoir l'exercice physique et les habitudes alimentaires saines plutôt que de les inhiber</p> <p> enseigner au grand public quels sont les facteurs importants liés à l'obésité de façon à réduire les brimades dont les obèses sont l'objet</p>
Production alimentaire familiale	Encourager dans les villes l'utilisation d'espaces destinés à des potagers familiaux

^a D'après la référence bibliographique 32, avec l'aimable autorisation de l'éditeur, Churchill Livingstone.

Rappelons-le, le travail de fond nécessaire maintenant dans la prise en charge globale de l'obésité dans le monde est de la responsabilité de chacun : citoyens, politiques, médias, industries et professionnels de la santé !

Dans ce but, chaque citoyen devrait désormais suivre un mouvement de pensée populationnelle dans lequel l'implication de chacun peut être mesurable dans un esprit collectif. Par exemple, si les 500'000 Genevois perdaient chacun 200 kcal par jour, cela représenterait un total de 100'000'000 kcal / jour effectivement perdues !

Cette vision permet une responsabilisation de la société à un problème de santé et cela apporte la motivation nécessaire à l'établissement d'une lutte collective pour résoudre, ou du moins stabiliser, le problème.

Remerciements

Nous tenons à adresser tous nos remerciements à toutes les personnes qui ont apportées, par leurs témoignages et les divers documents distribués, à la rédaction de ce rapport.

- Dr. De Tonnac, Département de psychiatrie, HUG
- Prof. Golay, Enseignement thérapeutique en maladies chroniques, Département de médecine communautaire, HUG
- Dr. P. Mahler, SSJ
- Dr. Duperrex, IMSP et SSJ
- Prof. Morabia, Epidémiologie clinique, Département de médecine communautaire, HUG
- Dr. Huber, Chirurgie viscérale, Département de chirurgie, HUG
- Dr. James, Dabétologie, Département de médecine interne, HUG
- Prof. Halban, Laboratoire de recherche Louis-Jeantet, CMU
- Prof. Kayser, Institut de médecine du sport et du mouvement, CMU
- Dr. Tenorio, Chirurgie plastique et de reconstruction, Département de chirurgie, HUG
- Mme Sigrid Beer-Borst, Responsable des enquêtes du Bus Santé, HUG
- Mme Véréna Hollenweger, Diététicienne

Nous souhaitons également remercier les patients qui tous ont répondu à nos questions.

Enfin, nous tenons à remercier le Dr. Feldman, notre tuteur, qui a su nous accompagner tout au long de ce mois d'Immersion en Communauté

Bibliographie

Articles

Groupe d'experts internationaux, **Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS, OMS, Série de Rapports techniques ; 894**. ISBN 92 4 220894 9
(bible de 300 pages : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_fre.pdf)

Michael J. Devlin, **Obesity : What Mental Health Professionals Need to Know**, in Am J Psychiatry 2000; 157:854-866

A. Golay, B. Guy-Grand, **Les régimes font-ils grossir**, in Ann. Endocrinol., 2002 ; 63, 6, Cahier 2, 3S53-3S57

B. Waysfeld, **Abords psychologiques de l'obèse**, in la Presse Médicale, 18 mars 2000/ 29/ n°10

Rémy C. Martin-Du Pan, Eric Héraïef, **Dix questions sur les traitements de l'obésité : des régimes à la chirurgie**, in la revue médicale de la Suisse romande, 121,57-63, 2001

G. Apfeldorfer, J.P. Zermati, **La restriction cognitive face à l'obésité**, in la Presse Médicale, 3 novembre 2001/ 30/ n°32

Marielle Mayo, **L'obésité : une épidémie mondiale**, in Science et vie, novembre 2002

National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute in cooperative with The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, **Obesity Education Initiative : Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adultes, The Evidence Report**, in NIH Publication No. 98-4083, September 1998

J.-Y. Nau, **Le point sur la chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte**, in Médecine et Hygiène 2361, 26 septembre 2001

C. Haenni, C. Anzules, E. Assal, **Programme Art et thérapie dans les soins :une nouvelle approche pour le suivi de nos patients**, in Médecine et Hygiène 2484, 26 mai 2004

A. Golay, Ch. Chasteyger, M. Golay, H. Delgado, F. Habicht et F. Gazeau, **Un nouveau programme d'exercice physique pour patients obèses**, in Médecine et Hygiène 2314, 20 septembre 2000

Arya M. Sharma, A. Golay, **Effect of orlistat-induced weight loss on blood pressure and heart rate in obese patients with hypertension**, in Journal of Hypertension, 2002, Vol 20 N°9

A. Golay, M. Maisonnave, M. Deletraz, M. Guzman-Fossati, F. De Luzy, M. Victorian, H. Delgado, **Dossier : Une nouvelle approche psycho-pédagogique du traitement de l'obésité**, Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

Sophie Davaris, **Un programme de sport pour les enfants obèses**, in Tribune de Genève, lundi 21 juin 2004, page 18

Bruna Galobardes et al, **Trends in Risk Factors for the Major "Lifestyle-related Diseases" in Geneva, Switzerland, 1993-2000**, in AEP Vol. 13, N°. 7, August 2003: 537-540

M.S. Bernstein et al, **Association of physical activity intensity levels with overweight and obesity in a population-based sample of adults**, in Preventive Medicine 38 (2004) 94-104

Susan B. Girois et al, **A comparison of Knowledge and Attitudes About Diet and Health Among 35- to 75-Year-Old Adults in the United States and Geneva, Switzerland**, in American Journal of Public Health, March 2001, Vol. 91, N° 3

Livre

A. Golay, D. Bloise and A. Maldonato, **Chapter 38 : Educating People with Diabetes**, in Textbook of Diabetes, 3rd edition
Eds: John C. Pickup, Gareth Williams, pp. 31.1-38.13, 2002

Braunwald E. (ed.), **Harrison's principles of internal medicine**, 15th ed, New-York, Mc Graw Hill, 2001.

Document des HUG

Continuum d'Obésité "Journées Motivationnelles" (Etat des lieux), Département de Médecine Communautaire, Service d'enseignement thérapeutique pour maladies Chroniques, Centre collaborateur OMS, HUG

Vidéo

Traitement de l'obésité : où en est-on ?, Débat en direct en présence des Drs Eric Heraïef, Michel Cauderay, de la Drsse Dominique Durrer et de plusieurs témoins,
Emission CHUV-TVRL, mardi 5 novembre 2002

Sites web

Obesity Surgery - Publisher: FD Communications Inc.
<http://iris.ingentaselect.com/vl=5053132/cl=105/nw=1/rpsv/cw/fd/09608923/contp1.htm>

Obesity Reviews - Published on behalf of the International Association for the Study of Obesity
<http://www.blackwell-synergy.com/member/institutions/issuelist.asp?journal=obr>

Chaire de recherche sur l'obésité Donald B. Brown
http://www.obesity.chair.ulaval.ca/menu_f.html#Top

European Association for the Study of Obesity (EASO)
<http://www.iotf.org/oonet/easo/>

Site de référence sur l'obésité
<http://www.obesite.com>

PAES - Le Plan d'action environnement et santé
<http://www.apug.ch/f/home/index.php>

GE-bouge
<http://www.geneve.ch/gebouge/qui/welcome.html>

Réseau Santé et Activité Physique
<http://www.hepa.ch/francais/index.php>

PROFESSOR JOHN F. BANZHAF III
Using Legal Action to Help Fight Obesity
<http://banzhaf.net/obesitylinks>

LAP-BAND TECHNIQUE (pose d'un anneau gastrique)
http://drgeiss.com/Slides/LAPAROSCOPIC_Lap-Band_SURGERY/slide001.htm

Physiologie du tissu adipeux
http://t.verson.free.fr/PHYSIOLOGIE/TISSU_%20ADIPEUX/PHYSIO-GRAS.htm

Site professionnel français traitant de la diététique et de l'obésité
<http://www.obesity-diet.com>

Association des diététiciens de langue française
http://www.adlf.org/debouzie2/dieteticien_acteur_de_sante.html

Un nouveau programme d'activité physique pour patients obèses - Thèse
http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2003/GasteygerCh/these_front.html

WHO Statistical Information System (WHOSIS)
<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

WHO Food Safety
<http://www.who.int/foodsafety/en/>

WHO Nutrition
<http://www.who.int/nut/>