



L'obésité est une maladie chronique

Malgré l'augmentation progressive de la prévalence de l'obésité observée depuis plusieurs années déjà, ce n'est que récemment que la communauté scientifique a reconnu l'excès pondéral comme une vraie maladie. Auparavant, l'obésité était plutôt considérée comme un symptôme, dû à une alimentation exagérée ou mal équilibrée et/ou à une sédentarité excessive. Durant des décennies, le mot

«... Très peu d'investissements ont été faits pour la prévention de cette maladie ...»

obésité a donc fatalement été associé au mot régime. Cette attitude a donné naissance au fameux «parcours du combattant» du patient obèse, qui dépense des sommes importantes pour se retrouver finalement avec un

poids de plus en plus élevé. La pharmacopée pour le traitement de l'obésité est très limitée (deux médicaments actuellement disponibles). En effet, les firmes pharmaceutiques n'ont pas montré un grand intérêt pour un «symptôme» tel que l'excès pondéral car les assurances ne remboursent pas les médicaments «anti-obésité». L'obésité est devenue une maladie, même une maladie chronique. La prise pondérale peut être liée à une dysfonction endocrine, de l'axe adipothrope, qui induit le patient à manger trop, mal, et à dépenser peu. Le comportement alimentaire, les compulsions, le sentiment de satiété et d'appétit, le rassasiement sont contrôlés par des interactions de multiples hormones produites par le cerveau, le tissu adipeux, l'estomac et l'intestin. Ainsi, il ne s'agit pas simplement d'un problème de manque de volonté du patient ! La prise en charge de cette maladie demande des traitements spécifiques, visant à modifier le comportement alimentaire et, dans les cas graves, des traitements même agressifs, telle la chirurgie bariatrique.

Notre style de vie stressant joue un rôle important dans le développement de l'obésité et de ses complications. Aujourd'hui, nous nous déplaçons en voiture et nous sommes tentés continuellement par une nourriture abondante et appétissante. Si les firmes pharmaceutiques montrent maintenant un peu plus d'intérêt pour cette maladie (plusieurs molécules sont actuellement à l'étude), ce n'est pas encore le cas pour les responsables de la santé publique et les assurances maladie. En effet, bien que l'obésité soit reconnue comme un problème social important et que l'OMS en parle comme de l'épidémie du nouveau millénaire, très peu d'investissements ont été faits pour la prévention de cette maladie. Nos enfants, «nos futurs patients» sont les plus vulnérables au style de vie «fast food». Ils ne bénéficient pas d'initiatives, au niveau scolaire et/ou extrascolaire, leur permettant de connaître les risques de ce type d'alimentation et les avantages d'une alimentation saine et équilibrée. De plus, pour compliquer encore notre travail, les critères asséurologiques pour la prise en charge de l'obésité sont actuellement très stricts, à tel point que pour demander une consultation diététique nous devons attendre que le patient développe une comorbidité, ou atteigne une obésité morbide (40 kg/m²) pour pouvoir bénéficier d'un traitement de type chi-

Articles publiés
sous la direction



du docteur

Vittorio Giusti

Service d'endocrinologie, diabétologie
et métabolisme, CHUV, Lausanne

et du professeur

Alain Golay

Service d'enseignement thérapeutique
pour maladies chroniques
Département de médecine
communautaire, HUG, Genève



urgical, alors que pour le reste de l'Europe le critère est de 35 kg/m². Tout cela bien que la prévention secondaire soit reconnue comme le traitement le plus efficace de toute maladie chronique.

Dans le présent numéro, le premier article de M.L. Masciangelo et A. Golay nous montre l'augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité dans les pays industrialisés, mais également en Suisse. Les causes de cette augmentation et ses conséquences sur les coûts de la santé publique sont discutées. Par la suite, V. Di Vetta et coll. parlent du traitement de l'obésité le plus utilisé durant les années passées: le régime. Une comparaison entre différents types de régimes est réalisée. Cette analyse montre l'inefficacité sur le long terme de la restriction diététique et met en évidence son rôle dans le développement du syndrome du yoyo. Les auteurs concluent que tout type de régime restrictif est à déconseiller, même à éviter. Cet avis est partagé par F. Amati, qui dans le troisième article, insiste sur les effets négatifs de l'approche diététique de type restrictif, et ce spécialement sur le plan psychologique. La diminution de l'estime de soi et le sentiment de culpabilité, liés aux échecs répétés des régimes, sont souvent à l'origine du déclenchement ou de l'aggravation des troubles du comportement alimentaire. Si le régime restrictif est banni, d'autres traitements sont proposés. I. Carrard et coll. nous décrivent les principes de l'approche comportementale et de la thérapie cognitivo-comportementale. L'évaluation des attentes du patient, de sa motivation, et la détection des déclencheurs de ses compulsions alimentaires, constituent la première étape dans la prise en charge de l'obésité. Le patient est impliqué en première ligne dans le développement de stratégies visant au changement de son comportement. Cependant, ce type de traitement n'est pas suffisant dans les cas d'obésité morbide. M. Suter et V. Giusti exposent les principes et les critères du traitement chirurgical de l'obésité. Les techniques actuellement utilisées sont présentées et comparées. Les avantages et inconvénients, la perte pondérale et les complications y sont décrits. La prise en charge chirurgicale exige une équipe multidisciplinaire afin de sélectionner et préparer les patients à ce type de traitement. Les mêmes auteurs, dans le dernier article, nous parlent de l'impact de la chirurgie bariatrique sur le plan métabolique, mais également sur la qualité de vie des patients opérés. La réduction de la prévalence du diabète et de la dyslipidémie, dix ans après l'intervention, est frappante, surtout comparée à l'évolution chez des patients bénéficiant d'un traitement de type conservatif. Il en va de même pour la disparition des comorbidités chez ces mêmes patients. L'amélioration de la qualité de vie et la réduction des coûts de la santé, directs et indirects, en sont la conséquence automatique.

■
■
■
■
■
■
■
■

«... Cette analyse montre l'inefficacité sur le long terme de la restriction diététique ...»

En conclusion, un grand bond en avant a été fait ces dernières années, puisque l'obésité a finalement été reconnue comme maladie chronique, mais il reste encore beaucoup à faire pour ne pas laisser le corps médical dans la situation difficile de David face à Goliath.

Les services publics, les assurances maladies doivent nous aider à combattre cette épidémie. Les patients ne peuvent pas attendre les complications pour être remboursés, et une obésité de plus de 40 kg/m² avec comorbidités pour pouvoir bénéficier de la chirurgie bariatrique !

Vittorio Giusti et Alain Golay