

Un jeune francophone sur six est en surpoids

L'augmentation du poids des enfants est alarmante. Plus de 6 % sont déjà obèses. Des spécialistes réclament de pouvoir les soigner par la chirurgie.

Les chiffres sonnent le tocsin : 17,4 % des jeunes de 10 à 20 ans présentent déjà une surcharge pondérale en Communauté française et 6,1 % sont en obésité. La dernière étude HBSC réalisée par l'École de santé publique de l'ULB montre que dans le secondaire, cette tendance s'aggrave rapidement : on passe de 11,9 à 16,9 % de 1994 à 2014, des chiffres qui confirment la « pandémie d'obésité » observée dans le monde entier. Paradoxalement, les enfants du primaire sont davantage préservés (de 11,4 % à 12,8 % dans le même délai). Parce qu'ils sont mieux encadrés lors des repas et davantage dépendants de la nourriture fournie par les parents et l'école ? C'est probable.

Face à ce constat, les spécialistes tirent la sonnette d'alarme : il faut traiter certains ados comme des adultes et leur

permettre de passer si nécessaire une opération chirurgicale pour retrouver silhouette et mobilité. Le professeur Guy-Bernard Cadière, chef du service de chirurgie digestive à l'hôpital universitaire Saint-Pierre à Bruxelles, témoigne de sa « souffrance » de devoir refuser cette aide car la loi actuelle l'interdit. Une loi prise dans l'intention de protéger les plus jeunes contre les risques liés à l'opération, mais qui, aujourd'hui, paradoxalement, les priverait d'une opération de la « dernière chance ». « Je n'ai pas fait chirurgie pour ouvrir mon parapluie. Les autorités ont raison d'être prudentes, mais elles doivent voir que le monde a changé et que l'épidémie morbide chez les enfants s'amplifie », estime l'expert.

Mais, en même temps, le spécialiste tonne contre l'industrie alimentaire qui

organise le « chaos alimentaire », dont l'une des recettes est précisément de disposer, toujours et tout le temps, d'accès à la nourriture... Une nourriture prévue volontairement pour retarder le sentiment de satiété. Objectif : vendre toujours plus de produits et maximiser les profits. « L'obésité, c'est un business aujourd'hui. L'industrie fait des profits en fabriquant des obèses, et elle ne trouve personne devant elle pour l'arrêter. Les zones de plaisir du cerveau sont activées par le sucre, la graisse et d'autres additifs que l'industrie ajoute volontairement pour que vous en mangiez davantage, que vous consommiez et dépensiez davantage. » Le spécialiste estime donc que sans modifier l'offre alimentaire, on n'évitera pas le tsunami qui se lève. ■

6 %

Parmi les jeunes de 10 à 20 ans en Communauté française, 17,4 % présentent déjà une surcharge pondérale, dont 6,1 % sont déjà en obésité.

26 %

La surcharge pondérale est liée à la filière scolaire de l'enfant : 13 % dans le général, 26 % dans le professionnel.

74 %

Trois enfants sur quatre en primaire pratiquent deux fois du sport par semaine. Un chiffre qui chute à 63 % dans le secondaire. On peut supposer que c'est un chiffre « miroir » de la surcharge pondérale. Peu d'enfants en surpoids trouvent en effet des activités ou des lieux adaptés.

« Proposer la chirurgie aux ados hyperobèses »

► Certains mineurs dépassent les 150 kilos.

► Sans opération, ils sont condamnés à voir les maladies se multiplier.

► Un célèbre chirurgien demande de changer la loi pour permettre de les opérer.

Je suis en souffrance d'avoir devant moi des adolescents obèses, qui pèsent au-delà de 150 kilos, qui ne peuvent plus se déplacer normalement ni avoir d'activité sportive, que je pourrais aider grâce à une opération chirurgicale efficace et peu invasive, qui m'est refusée parce que la loi ne prévoit pas d'opérer les mineurs d'âge. »

L'homme qui s'exprime ainsi est le professeur Guy-Bernard Cadière. Chef du service de chirurgie digestive à l'hôpital universitaire St-Pierre, il est surtout « l'inventeur » de la chirurgie de l'obésité par laparoscopie, une technique qui permet de n'introduire que trois sondes dans l'abdomen du patient, réduisant ainsi le risque opératoire, douleurs et prises d'antalgiques, permettant

d'opérer des patients qui n'auraient pu supporter une opération « ouverte ». Il a introduit la technique en 1992. En 1999, il a été le premier à utiliser un robot pour ce type d'opération. Son expertise est reconnue dans le monde entier, il a signé 200 articles de référence. Aujourd'hui, l'équipe qu'il dirige a réalisé plus de 7.000 opérations de ce type.

Cette opération s'adresse en priorité aux obèses dits morbides, dont le poids est tel qu'aucune autre intervention n'est apte à leur permettre de revenir vers un poids « de forme ». Le principe est simple : il s'agit de créer une mauvaise absorption des aliments. Soit en faisant un « by-pass » gastrique, qui relie l'estomac à la fin de l'intestin grêle. Cela permet aux aliments de n'être que partiellement digérés, les molécules de sucre et de graisses n'étant pas « cassées » par l'acide de l'estomac et se retrouvant expulsés par les voies naturelles. Soit en « agrafant » une partie de l'estomac pour qu'il ne soit plus que partiellement fonctionnel. Ce qu'on appelle le « sleeve », le manchon gastrique. Plus question de poser un « anneau », qui fut très en vogue il y a quelques années, mais qui présente à long terme plus de périls que d'avantages.

Pour les adultes, la question de l'efficacité de l'opération ne fait plus guère question. Il y a eu d'effets secondaires, peu de com-

plications, moins de 1 % en moyenne, mais rarement aigus, très peu de mortalité sur la table d'opération. Bien entendu, il faut que, toute leur vie, les malades opérés prennent des compléments de vitamines et de minéraux qui ne sont plus apportés par la nourriture. Mais cela ne pose plus de grands problèmes.

En Belgique, l'opération est remboursée si la personne fait plus de 40 de BMI, l'indice de poids corporel. Ou 35 avec comorbidité, comme l'hypertension, le diabète ou l'apnée du sommeil. Les patients perdent beaucoup de poids au début, plusieurs dizaines de kilos. Puis, cela se stabilise après un à deux ans. Certains finissent par reprendre du poids au fil des années s'ils n'ont pas changé leurs habitudes.

« Oui, certains patients reprennent du poids, mais je ne peux m'empêcher de penser que l'opération est une sorte de seconde chance, commente Guy-Bernard Cadière. Quand on a trop de poids, il devient impossible de courir, de mener une activité sportive. Bouger plus et manger moins, c'est impossible à dire à quelqu'un qui pèse 200 kilos. J'ai vu à moi des patients qui se ruinent en régime-miracles inefficaces, qui se privent déjà de beaucoup de choses, qui ont généralement une estime de soi très dégradée, qui n'osent plus prendre les transports en commun. » Dans ces cir-

constances, « une opération bariatrique permet à certains de pouvoir à nouveau récupérer un taux d'activité physique normal, d'équilibrer leur vie, d'obtenir des résultats tangibles. Ce n'est pas une opération-miracle, elle ne réussit pas chez tout le monde, mais c'est une possibilité qu'on ne peut plus refuser à ceux qui sont dans cette

situation. Et il y a clairement un consensus dans les sociétés savantes pour un traitement chirurgical de l'obésité morbide quand les autres techniques ont échoué. »

Quand on lui objecte que l'opération reste « délabrante » et qu'un dernier recours est difficile à imaginer pour un organisme pas encore adulte, le chirurgien « reconnaît que le concept peut paraître choquant », mais que « le scandale, ce sont les causes de cette obésité morbide. Et là, le monde politique ne fait rien ou

presque rien, face à la puissance du lobby industriel alimentaire. Il faut donc changer la société qui mène à cette pandémie d'obésité, d'accord, mais ce n'est pas une raison suffisante pour laisser les gens en souffrance sans aide. »

Le chirurgien ne fait pas seul à penser de cette manière. Le dernier rapport du Centre d'expertise des soins de santé (KCE), pu-

blié sur le sujet en... 2006, alors que l'épidémie d'obésité n'avait pas encore atteint les niveaux actuels, signifiait notamment qu'il « serait non éthique de refuser un traitement qui a prouvé son efficacité chez l'adulte à l'enfant ou à l'adolescent, seulement sur le principe de son âge ».

Mais les experts du KCE insistaient aussi : « Les autres traitements de première ligne, comme les régimes, l'accroissement de l'activité physique, le changement doivent avoir été essayés et avoir échoué. » Le centre d'expertise y mettait par ailleurs des conditions : que ces opérations ne soient confiées qu'à un nombre restreint de centres d'excellence qui aient suffisamment

ment qui a prouvé son efficacité: l'adulte à l'enfant ou à l'adolescent, seulement sur le principe de son âge ».

is les experts du KCE insistent aussi : « Les autres traitements de première ligne, comme les régimes, l'accroissement de l'activité physique, le changement doivent avoir été essayés et échoué. » Le centre d'expertise y mettait par ailleurs des conditions : que ces opérations soient confiées qu'à un nombre restreint de centres d'excellence qui aient suffisamment

de pratiques et qui surtout puissent apporter un soutien constant aux patients opérés, puisqu'un suivi doit être maintenu de l'opération de l'enfant... jusqu'à sa fin de vie. La Clinique du poids idéal de l'hôpital St-Pierre présente cette approche multidisciplinaire, avec suivi diététique et psychologique à long terme, mais aussi des coaches sportifs pour pratiquer davantage d'activité. Elle s'est d'ailleurs

associée pour l'occasion avec l'hôpital des enfants Reine Fabiola (Huderf). D'autres institutions dans le pays pourraient sans doute témoigner d'une expertise en la matière.

« L'épidémie s'amplifie. Je ne peux pas laisser ces jeunes patients sans solution » GUY BERNARD CADIERE

Mais les autorités n'ont jamais procédé à la désignation d'hôpitaux de référence à qui réserver cette pratique. C'est ce que demande aujourd'hui le professeur Cadieré. « Je n'ai pas fait chirurgie pour ouvrir mon parapluie.

Les autorités ont raison d'être prudentes, mais elles doivent voir que le monde a changé et que l'épidémie morbide chez les enfants s'amplifie. Je ne peux pas laisser ces jeunes patients sans solution. Quand mes collègues

me les envoient, c'est qu'il n'y a plus d'autres solutions et que le risque opératoire est moins élevé que celui de l'obésité morbide. Quand j'ai commencé la laparoscopie, où je faisais juste trois trous au lieu d'ouvrir le ventre, on me traitait d'assassin, on me disait "grand chirurgien, grande

cicatricée". Tout prouve aujourd'hui que c'était faux. Il faut soutenir que le cadre réglementaire s'adapte à l'innovation médicale. Mais il doit l'accompagner, pas l'entraver au mépris de la souffrance du patient. » Il y a en effet urgence : d'après la dernière étude HBSC réalisée par l'École de santé publique de l'ULB, 17,4 % des jeunes de 10 à 20 ans présentent déjà une surcharge pondérale en Communauté française et 6,1 % sont déjà en obésité. ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

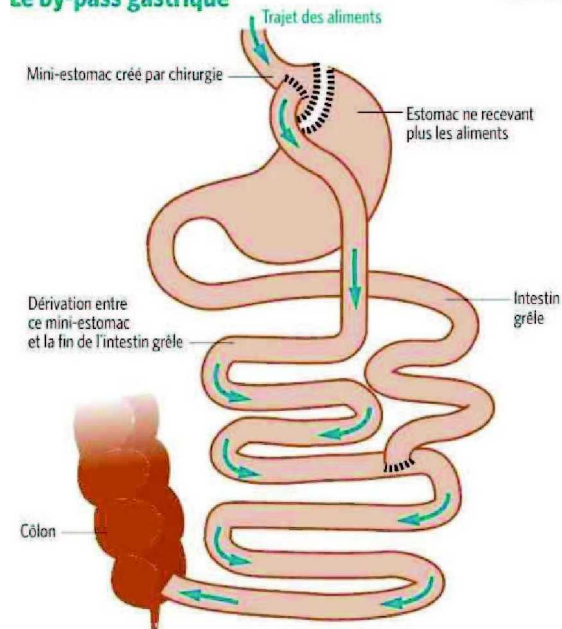
COMMENT ÇA MARCHE

Le bypass modifie le circuit digestif

L'intervention de « bypass » gastrique consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit digestif. En premier lieu, le praticien divise l'estomac en deux parties. La plus petite partie de l'estomac - appelée poche proximale - est ensuite reliée au petit intestin afin que la section de l'estomac qu'on ne désire plus solliciter soit laissée de côté. Les aliments ne passent plus par l'estomac et la partie supérieure du tube digestif, ils vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle. C'est une technique de « malabsorption », selon laquelle seule une partie des aliments ingérés sont effectivement digérés. S'y combine le fait que l'ingestion d'aliments très sucrés en quantité importante entraîne une sensation de malaise général et une accélération du poulx. Les patients ressentent aussi moins la faim. Les pertes de poids sont très importantes, parfois 50 kilos dans la première année.

FR 50

Le by-pass gastrique



causes Un chaos alimentaire : nos alimentaires programmé

Les obèses ne sont pas coupables, mais malades. Il faut arrêter de dire qu'ils n'ont pas de volonté, la leur est souvent très élevée, mais elle ne suffit plus pour garder un poids équilibré», explique Guy-Bernard Cadière. Pourquoi ?

1 La sédentarité. « Si 16 % des adolescents de certains Etats américains sont en obésité morbide, c'est qu'ils passent beaucoup trop de temps devant un écran. Peu ou pas d'activités physiques, des jeux virtuels au lieu de jeux réels. Cela a l'air d'une lapalissade, mais si vous ne dé-

pensent pas l'énergie que vous ingérez, vous la stockez. La responsabilité est évidemment collective : si vous n'avez pas de salle de sport à prix abordable, s'il n'y a pas de piscine et même pas de parc où jouer au foot, les enfants font comment ? »

2 L'accès à la nourriture. « On est passé d'un monde où l'on donnait un verre de lait aux enfants à un monde où il a des distributeurs de nourriture non équilibrée dans tous les coins de toutes les écoles, à de très rares exceptions.

L'offre alimentaire s'organise pas l'énergie que vous ingérez, vous la stockez. La responsabilité est évidemment collective : si vous n'avez pas de salle de sport à prix abordable, s'il n'y a pas de piscine et même pas de parc où jouer au foot, les enfants font comment ? »

accès à la nourriture. « On est passé d'un monde où l'on donnait un verre de lait aux enfants à un monde où il a des distributeurs de nourriture non équilibrée dans tous les coins de toutes les écoles, à de très rares exceptions.

L'offre alimentaire s'organise

dans le monde global comme dans les aéroports, où vous ne pouvez plus prendre votre avion sans traverser les free-tax : la nourriture vous est presque fourrée en main, 24 h/24. Les distributeurs, les food-trucks, partout. »

3 La qualité de la nourriture.

« Les zones de plaisir du cerveau sont activées par le sucre, la graisse et d'autres additifs que l'industrie ajoute volontairement pour que vous en consommiez et dépensiez davantage. Le sandwich baguette, saucisson, beurre, même peu équilibré, vous demandera plus d'un quart d'heure de mâchage. Un hamburger avec le même apport en calories prendra moins de deux minutes. Votre estomac n'aura pas le temps de dire à votre cerveau qu'il a absorbé de la matière que votre assiette est

vide. Voilà pourquoi vous mangerez double ou triple avant d'être rassasié.

L'obésité, c'est un business. Aujourd'hui, l'industrie fait des profits en fabriquant des obèses, et elle ne trouve personne devant elle pour l'arrêter. Généralement, les mêmes vendent aussi les régimes et les revues pour maigrir aux mêmes consommateurs. »

4 Le chaos alimentaire.

« Nous mangions trois fois par jour, en famille, nous prenions du temps pour préparer et consommer. Aujourd'hui, nous avalons, parfois chacun devant notre écran, une nourriture que nous ne regardons pas. Le cerveau ne sait pas que nous mangeons avant que l'estomac ne lui ait envoyé l'info. Quand on mange tout le temps, on a tout le temps faim. » ■

Fr.Sa

LA MINISTRE

De Block : « Une opération de dernier recours »

Nous avons interrogé la ministre de la santé Maggie De Block (VLD) sur son intention de changer la loi pour permettre à certains mineurs d'être opérés, quitte à émettre des conditions supplémentaires, notamment face au risque d'entraver la croissance. Pour l'instant, elle repousse l'idée... mais pas totalement : « La chirurgie bariatrique est une opération lourde qui comporte des risques et peut entraîner des complications graves. Ce type de chirurgie a des conséquences à vie : elle impose un suivi médical et un suivi par un diététicien ou un nutritionniste à vie car la perte de poids peut entraîner des carences en fer et en vitamine B12 », explique Maggie De Block, elle-même médecin. La ministre met en garde : « De plus, la plateforme ege-

zondheid.be indique qu'un adolescent sur quatre a dû subir une seconde intervention après des complications résultant de l'intervention ou après une perte de poids trop rapide. Une approche multidisciplinaire doit être privilégiée afin d'offrir le meilleur traitement possible aux patients. Chez les adultes, une telle opération ne doit être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les possibilités de traitements non chirurgicaux ont été épuisées. Chez les enfants et adolescents, la limite d'âge de 18 ans est importante à respecter. Il est préférable de continuer à développer des traitements non chirurgicaux pour s'assurer que tout a été tenté avant d'envisager une telle opération, qui a des conséquences à vie. » Mais la ministre est bien consciente qu'il y a déjà des cas exceptionnels ; elle en trouve la porte : « Pour les jeunes à partir de 16 ans présentant des complications graves, il est toutefois possible de faire appel au fonds de solidarité de l'Inami. »

FR.SO