

L'OBÉSITÉ CAUSE près de 7 000 morts par jour

▶ Ce 18 mai est la journée mondiale de l'obésité, première épidémie non infectieuse au monde.

► "L'obésité, c'est la maladie des riches dans les pays pauvres et la maladie des pauvres dans les pays riches", affirme le professeur Guy-Bernard Cadière, chirurgien digestif et responsable de la Clinique du poids idéal à Bruxelles.

En Belgique, le constat est là : l'obésité concerne 16% de la population. Et la situation empire chaque année. Le problème n'est pas seulement le mal-être

voire la détresse que peuvent ressentir les obèses dans une société où la volonté, le contrôle, le succès, le physique sont tellement mis en avant.

Le problème de santé publique c'est que l'obésité tue : l'espérance de vie est diminuée, principalement à cause des comorbidités que sont l'hypertension, les troubles cardio-vasculaires, le diabète ou encore l'apnée du sommeil. "Depuis 7

ou 8 ans, on compte plus d'être humains qui souffrent de surpoids que de malnutrition", alerte le Pr Cadière.

À la Clinique du poids idéal (le poids idéal étant "celui qui

donne la meilleure espérance de vie"), "on prend en charge les patients dont l'IMC est supérieur à 30".

—CHAOS ALIMENTAIRE—

Dans ce service spacieux, au 2^e étage du site César de Paeppe du CHU Saint-Pierre, une équipe de nutritionnistes, de diététiciennes, de kinésithérapeutes, de psychologues et de

chirurgiens œuvre ensemble à déterminer pour chaque personne le meilleur parcours à suivre pour amorcer une perte de poids et améliorer les comportements alimentaires et le rapport à l'activité physique.

Car "la chirurgie bariatrique n'est pas la solution pour tous les patients obèses". Et c'est là la force de cette unité : dès l'appel pour un rendez-vous, la prise en charge est immédiate. Les secrétaires expérimentées ont un questionnaire qui leur permettra

d'orienter la personne vers le spécialiste le plus compétent dans son cas dans un premier temps.

"La prise en charge de l'obésité est extrêmement complexe. Le chaos alimentaire règne partout. Il est fini le temps où l'on mangeait pour se nourrir, où le repas était un moment de convivialité. Aujourd'hui, on peut manger partout, tout le temps et on a un rapport souvent individuel à la nourriture. Résultat : on a tout le

temps faim parce qu'hyperglycémie et hypoglycémie se suivent sans relâche." La nourriture industrielle, à laquelle on a rajouté du sucre et des graisses, en est clairement la cause.

"Le sucre est le pire des additifs, cela stimule la dopamine" qui est le médiateur de la récompense et du plaisir.

Cette omniprésence de la nourriture souvent couplée à la mauvaise qualité des aliments, à la sédentarité et au chaos alimentaire entraîne cette épidémie d'obésité. Et les régimes,

"qui se vendent à grands coups de marketing comme le régime Dukan", n'arrangent rien : l'effet yo-yo est au bout du processus avec une perte d'estime de soi et la dépression qui guette dans la majorité des cas.

—ET LE PIRE EST... DEVANT—

"Les États-Unis connaissent une triste première : les enfants ont une espérance de vie moyenne désormais inférieure de quelque 7 ans à celle de leurs parents."

L'Europe et la Belgique suivent-elles le même chemin ? "On ne suit pas, on y est ! On s'attend à de grosses catastrophes en matière de santé publique", alerte le chirurgien.

Aujourd'hui, les chiffres de l'OMS indiquent que 2,8 millions de morts sont dus à l'obésité dans le monde. Et le surpoids concerne 1,4 milliard de personnes de 20 ans et plus...

Chirurgie de l'obésité: by-pass ou sleeve?

▶ Ce sont les chirurgiens qui vont informer au mieux le patient qui choisit au final.

► Lorsque le patient a un IMC supérieur à 40 ou supérieur à 35 avec comorbidités, il existe deux types de chirurgie bariatrique : la chirurgie restrictive pure (l'anneau gastrique et le gastric sleeve) et la chirurgie mixte restrictive et malabsorptive (le by-pass gastrique et le duodénum switch). À la clinique du poids idéal, 80% des opérations sont des by-pass gastriques et environ 20% des sleeves. Le sleeve consiste à couper

une partie de l'estomac. Dans 20% des cas, on crée du reflux gastro-oesophagien. Et pour les grignoteurs, ce n'est pas efficace. Mais l'opération est plus facile.

Le by-pass conduit à réduire le volume de l'estomac et à modifier le cir-

cuit alimentaire. "Il donnera une perte de poids plus importante pendant plus longtemps et la qualité de vie sera meilleure." C'est la technique la plus utilisée à la cli-

nique du poids idéal pour éviter le reflux et parce que les complications opératoires et post-opératoires ne dépassent pas les 0,7% (3,4% pour les sleeves).

LES DEUX OPÉRATIONS amènent des carences nutritionnelles qui nécessitent des compléments alimentaires, même s'il faut suppléer davantage dans le cas du by-pass.

Enfin, dans ce centre, l'anneau gastrique n'est plus posé : les étu-

des ont montré qu'il conduisait à des vomissements réguliers et de mauvaises habitudes alimentaires : par exemple la glace passant beaucoup mieux

que le pain ou la viande, certains en abusaient. La poche avait également tendance à se dilater au fil des années.

» Le manchon gastrique est de plus en plus pratiqué.

© COURTESY G.B. CADIÈRE

UN SUIVI HUMAIN et pluridisciplinaire

▣ Le suivi des patients obèses en pré et post-opératoire est crucial à la clinique du poids idéal.

► Sur le site César de Paepe du CHU Saint-Pierre, la clinique du poids idéal propose une approche multidisciplinaire organisée autour du patient sur un même plateau.

Avec une prise en charge totale allant du travail sur l'alimentation, la remise en activité physique en passant par la chirurgie lorsqu'elle s'avère nécessaire. Le suivi personnalisé et à long terme est effectué par des professionnels de la prise en charge de l'obésité : médecins nutritionnistes, diététiciens, kinés, coachs sportifs.

Résultat, "70 % de nos patients entrent en vue d'une intervention chirurgicale et 30 % vont suivre une prise en charge conservatrice qui va les amener à un amaigrissement par le changement d'habitudes alimentaires. Sur les 70 % pouvant prétendre à la chirurgie, 50 % seront opérés", rapporte Dalhia Luvumbu, coordinatrice du cen-

tre.

—SOUTIEN ACTIF NÉCESSAIRE—

Entre 2010 et 2018, 2950 opérations bariatriques ont eu lieu rue des Alexiens à Bruxelles et la perte moyenne de poids par patient est de 40 kg, 9 mois après l'opération. Les chiffres sur le regain de poids des patients opérés sont plus difficile à établir : certains disparaissent du radar en ne se rendant plus aux rendez-vous post-opératoires qui durent toute la vie en principe (à raison d'un ou deux par an après deux ans).

Surtout qu'un soutien bienveillant, actif et psychologique n'est pas de trop dans une société où la nourriture est omniprésente.

Et pour ça, les patients peuvent notamment compter sur Shoshana Dalpez, diététicienne qui travaille depuis deux ans et demi à la clinique. Elle reçoit

quelque 50 patients par semaine. Avec les nouveaux, elle établit des menus, des plans alimentaires après avoir passé au crible leurs habitudes devant les aliments. Avec les autres, elle assure un suivi actif. Car la jeune femme est riche d'astuces, de conseils, de recettes... et d'empathie : "En dehors des consultations, je suis joignable pour une question, un stress, un problème. Parfois même, je rappelle un patient qui a annulé plusieurs fois ses rendez-vous. Juste pour dire qu'on est là, comme une main tendue."

Car le plus difficile pour les patients et pour les praticiens, c'est la compliance des patients, leur volonté vraie à accepter de changer de mode alimentaire. Car "l'obésité est une maladie chronique qui doit se soigner à vie, c'est pourquoi le suivi est si important", estime le P^r Cadière.

"Certains de nos patients obèses vivent dans une détresse infernale"

Ces graves constats de santé publique ne doivent pas faire oublier la détresse infernale des personnes souffrant d'obésité morbide (au-delà d'un indice de masse corporelle supérieur à 40), face à une société très peu compréhensive : "Certains pèsent le double de leur poids idéal, ils sont enfermés dans une prison de graisse et s'isolent, incapables de communiquer sur leur mal-être, leur estime de soi tota-

lement anéantie. Ils ne peuvent pas changer leurs habitudes alimentaires, les privations sans résultat visible dureraient trop longtemps pour être soutenables. Ils ne peuvent même pas marcher. Comment alors réintégrer une activité physique ?", regrette le professeur Cadière.

C'est là qu'intervient la chirurgie "qui ne traite pas définitivement l'obésité mais donne au

patient une seconde chance qui lui permet de changer son comportement alimentaire et d'augmenter son activité physique".

Une deuxième chance qui implique de changer son rapport à la nourriture à vie. Si, en-dehors des deux ans, le patient n'effectue aucun de ces changements, il reprendra lentement mais sûrement son poids d'avant intervention...

E.W.