

DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.819.543

Tous les régimes, tous les programmes de perte de poids fonctionnent pour ceux qui les suivent pendant quelques semaines. C'est une vérité et même les propositions les plus farfelues donnent des résultats à court terme. Le problème reste pourtant toujours le même: comment ne pas reprendre le poids perdu après de tels régimes ?

Force est de constater que certains scientifiques persévèrent et, après plus d'un siècle de recherches infructueuses, cherchent toujours le régime qui permettra d'obtenir des résultats durables. Le problème n'est pas tant dans l'assiduité scientifique, certainement nécessaire à tout progrès, que dans la publication d'études d'une durée de quelques semaines à quelques mois dans des revues scientifiques, comme si elles avaient une quelconque valeur dans la pratique médicale. Ces publications renforcent le stéréotype néfaste et toujours bien ancré dans le milieu médical selon lequel la perte de poids est possible via une restriction alimentaire et/ou une activité physique intensifiée. Elles entretiennent la stigmatisation dont souffrent les individus en situation d'obésité et sous-tendent que ceux qui n'arrivent pas à perdre du poids sont ceux qui ne font pas assez d'effort, ne sont pas assez volontaires et ne s'engagent pas suffisamment pour obtenir le succès attendu.

Certaines publications renforcent des stéréotypes néfastes et toujours bien ancrés dans le milieu médical

Ce sont pourtant aussi les recherches scientifiques qui ont permis d'élucider les réponses physiologiques expliquant l'échec des régimes. La prise de poids est le résultat d'un déséquilibre entre l'apport énergétique total et la dépense énergétique. Les modifications profondes de notre environnement au cours des dernières décennies expliquent la pandémie d'obésité à laquelle nous assistons, avec des inégalités génétiques et sociales bien documentées. Il a été clairement démontré qu'un renversement de ce déséquilibre, tel que celui proposé dans les différents programmes et régimes de perte pondérale, n'apporte pas de solution durable.¹ Notre organisme répond physiologiquement à une perte de poids et s'en défend.² Une restriction alimentaire ne peut contrer une physiologie élaborée au cours de millions d'années d'insécurité alimentaire.

Il est donc urgent de reconnaître cette évidence, de l'intégrer dans nos pratiques cliniques et de transmettre ces informations aux patients afin de leur éviter des échecs supplémentaires, d'empêcher un éloignement des soins ou un refus de leur part d'aborder la maladie de l'obésité par crainte des jugements ou par un sentiment de culpabilité.

Les patients doivent savoir que leur obésité est une maladie chronique, ils doivent comprendre qu'un accompagnement professionnel et un traitement seront nécessaires. Les solutions médicales complémentaires aux changements de mode de vie existent et intègrent justement les connaissances scientifiques acquises. Il s'agit de solutions chirurgicales et désormais également médicamenteuses. Leur action permet de modifier la physiologie de la régulation pondérale pour des résultats à long terme.

La chirurgie bariatrique reste à ce jour l'option médicale qui permet la perte pondérale la plus importante et qui a fait ses preuves sur le long terme. Avec une perte pondérale moyenne de 28 % à dix ans, le bypass gastrique demeure l'opération la plus pratiquée en Suisse. Ces interventions permettent de réduire significativement la mortalité, améliorent considérablement la qualité de vie et les risques opératoires sont toujours moins importants. Les résultats à long terme dépendent toutefois largement de la préparation et du suivi des patients. Les carences vitaminiques doivent notamment être surveillées avec attention.

L'approche pharmacologique de l'obésité, qui a été surtout dans le passé à l'origine de scandales, est entrée quant à elle dans une nouvelle ère avec les analogues du GLP-1. Le liraglutide et le sémaglutide entraînent des pertes pondérales de 8 et 15 % respectivement. Le tirzépate, un co-agoniste GLP-1/GIP, à dose maximale, amène une perte pondérale de 21 %. Le profil de sécurité de ces traitements, initialement développés pour traiter le diabète de type 2, est rassurant, même si les données à long terme aux posologies indiquées pour le traitement de l'obésité manquent.

L'offre de soins et de traitements se développe donc très heureusement pour nos patients en situation d'obésité, mais ces bonnes nouvelles ne doivent pas faire oublier la source du problème. Comme évoqué plus haut, la pandémie d'obésité actuelle trouve sa source dans les changements de notre environnement. Notre société défend cependant toujours que la responsabilité individuelle doit l'emporter sur les choix économiques et sociétaux qui ont mené à cette catastrophe. Il y a quelques semaines par exemple, notre parlement national a refusé deux initiatives qui visaient à limiter la quantité de sucre dans les boissons ainsi que dans certains aliments, et à indiquer de manière compréhensible le contenu en sucre dans l'étiquetage. De telles actions ont pourtant déjà abouti dans plus de 45 pays³ et leur impact sur l'incidence de l'obésité parmi les enfants et les adolescents a été démontré après quelques années seulement.⁴ Ce sont autant de coûts de la santé qui sont économisés mais, une nouvelle fois, dans notre pays, les intérêts économiques privés l'ont emporté sur les problèmes de santé publique. L'ironie ne s'arrête pas là, le journal *The Economist* titrait début mars : « De nouveaux médicaments pourraient mettre fin à l'obésité dans le monde », soulignant que les nouveaux traitements ne pouvaient arriver à un meilleur moment, puisqu'« en 2020, deux cinquièmes de la population mondiale étaient en surpoids ou obèses ». L'article précise que les investisseurs sont aussi enthousiastes que les patients. Quel magnifique marché en effet !

Une nouvelle fois, dans notre pays, les intérêts économiques privés l'ont emporté