Faut-il « démedicaliser » le traitement de l'obésité ?

O. Ziegler

© Springer-Verlag 2009

Nous nous devons de réfléchir à l'organisation du système de santé quant à la prise en charge de l'obésité, car les problèmes sont nombreux. Le terme « démedicaliser » est un peu fort, mais il a été choisi pour lancer le débat ! Nous publions un dossier thématique consacré aux 6^{es} Rencontres du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS, 6-8 novembre 2008, Paris) dont le thème était précisément le « Progrès dans l'abord des obésités ».

Nous ne parlerons pas ici du « vrai faux nouveau médicament pour maigrir », un dossier lui sera consacré ultérieurement. Mais son lancement à grand renfort de publicité nous interpelle ! Finalement, l'automédication serait-elle pour certains une solution, parmi d'autres ? Quelle place faut-il donner aux actions dites commerciales dans le langage médical anglo-saxon (*commercial weight loss programs*) ou aux *self-help weight loss programs* ? De nouveaux acteurs se sont installés sur le web, proposant régimes et conseils ou parfois mêmes des approches plus élaborées de type thérapies comportementales.

La plupart des experts de tous les pays sont d'accord sur un point : la prévention de l'obésité n'est pas un problème purement médical. L'abord doit être sociétal, car c'est l'ensemble du mode de vie qui est concerné. La prévention est donc universelle... Cela n'exclut pas d'ailleurs la prévention ciblée pour les sujets à haut risque.

Il n'en va pas de même du traitement. Si l'obésité est une maladie, il paraît nécessaire de recourir aux médecins ou à défaut à d'autres professionnels de santé. Le débat commence : l'obésité est-elle considérée en réalité comme une maladie par les personnes concernées ? L'avis des personnes obèses est très partagé à ce sujet : moins de la moitié d'entre elles se sent réellement malade, c'est du moins ce que chacun peut percevoir. Certes, la définition de l'OMS, reprise par toutes les recommandations est précise : l'obésité est un excès de masse grasse qui a des conséquences néfastes pour la santé, dans ses trois dimensions, somatique, psychique et sociale. Il n'en reste pas moins que ne se trouvant pas vraiment malades, nos contemporains sont tentés de chercher des solutions en dehors des parcours de soins habituels.

De plus, l'image du médecin peut sembler dévalorisée. En effet, celui-ci apparaît trop souvent comme un prescripteur de régimes, « pressé et peu conciliant ». Les dérives et les abus dans ce domaine sont malheureusement connus. Les amaigrisseurs aux noms ambigus de « nutri » quelque chose ou de « diéto » quelque chose... prolifèrent. Pourtant, la profession a essayé de se défendre : le Collège des enseignants de nutrition (CEN) des facultés de médecine a mis en place un diplôme spécifique, le DESC de Nutrition et tente d'obtenir la reconnaissance d'une « compétence de médecin nutritionniste » avec le soutien de la Fédération nationale des associations médicales de nutrition (FNAMN). Mais les négociations avec les tutelles n'avancent pas... Et les amaigrisseurs sévissent toujours... Les diététiciens ont obtenu l'exercice exclusif de la diététique mais pas la prise en charge de leurs actes par la sécurité sociale... Les patients ont donc raison de se sentir un peu perdus.

La reconnaissance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la toute récente loi HPST permet d'espérer le développement de cette approche sur l'ensemble du territoire. L'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire est souhaitée. Les règles du jeu quant au financement sont encore floues. Nous avons tellement besoin de psychologues, de diététiciens, de kinésithérapeutes, d'éducateurs sportifs, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, etc.

Bref, les professionnels de santé concernés par les maladies de la nutrition sont en train de se réorganiser.

Soyons clairs, la plupart des centres spécialisés dans la prise en charge de l'obésité ne mettent plus le régime au centre du projet de soin ! Sans aller jusqu'au *non-dieting*, ils ont développé des approches centrées sur le traitement des comorbidités et sur l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être, de l'équilibre psychique et des relations sociales. Ne pas enfermer le patient dans une restriction alimentaire cognitive « excessive » est devenu l'un des objectifs majeurs. Les articles de notre dossier thématique illustrent l'importance de ce concept.

La médecine de l'obésité n'est pas seulement somatique. La personne obèse a besoin d'être comprise, rassurée, accompagnée et entourée, pour vivre mieux en dépit d'un handicap parfois majeur.

O. Ziegler (✉)
e-mail : o.ziegler@chu-nancy.fr

Faut-il pour autant ne jamais parler des kilos à perdre. Ce serait trop simple ou trop beau ! L'étude SOS a bien montré que la qualité de vie variait avec la corpulence. Tous les indicateurs ou presque s'améliorent avec la perte de poids obtenue dans cette étude grâce à la chirurgie bariatrique. L'évolution est spectaculaire au cours de la première année, alors que la perte de poids peut atteindre 30 à 40 kg, mais la situation se dégrade ensuite de la deuxième à la huitième année parallèlement à la reprise de poids, pour se stabiliser ensuite. Par conséquent, au moins dans l'obésité massive, certains aspects de la qualité de vie sont dépendants du poids.

Tous les experts sont d'accord, le traitement doit être adapté à la gravité de la situation, gravité que l'on peut évaluer à l'aide de trois types de paramètres : l'indice de masse corporelle, le tour de taille et la présence de comorbidités sévères. Lorsque l'obésité est grave, la prise en charge est nécessairement médicale ! Mais dans les formes mineures ou non compliquées, n'y aurait-il pas une place pour une approche qui ne serait « ni médicale ni paramédicale » ?

Elle existe déjà ! Bien qu'il ne s'agisse pas d'une prise en charge au sens strict mais plutôt d'un commerce qui répond aux lois du genre : comment convaincre l'acheteur potentiel d'acquiescer, pour un prix relativement modique ou, au contraire, démesuré la pilule ou la recette miracle ? Laissons de côté ce type d'offre que les autorités finiront par combattre, le délit ayant été enfin identifié et circonscrit.

Des commissions adéquates seront bientôt au travail. Notre propos ne concerne pas les escrocs de tout bord mais les démarches « honnêtes » qui pourraient ou qui jouent déjà un rôle intéressant.

Le constat est simple : notre système de santé est bien incapable de prendre en charge toutes les personnes obèses ou en surpoids car elles sont majoritaires dans la plupart des pays industrialisés ! Ce « gros corps » n'est souvent pas malade. Faut-il être soignant pour aider quelqu'un à sortir de sa condition ? Pas nécessairement. Les *weight watchers* ont ouvert un chemin. Certes, les méta-analyses de ces approches ne sont pas très positives, mais des publications récentes indiquent que ce qui compte c'est l'observance et l'adhésion. Le programme « Choisir de maigrir ? » développé au Québec (cf. le dossier thématique de ce numéro), qui est animé par une diététicienne-nutritionniste et une intervenante psychosociale, représente peut-être une voie intermédiaire. Cela mérite réflexion.

Revenons à la prise en charge médicale. L'ETP propose un autre regard du soignant sur le soigné ; elle transforme profondément le discours médical habituel et nous fait réfléchir à ce qu'est l'engagement, la motivation ou l'aptitude aux changements de nos patients. Mais faut-il être un professionnel de santé pour aider le patient à trouver lui-même quels sont les leviers et les freins qui sont susceptibles de modifier son comportement vis-à-vis de sa santé ? Le débat est ouvert. La revue *Obésité* est prête à publier votre point de vue !