

L'Obésité

INTRODUCTION :	3
1. Obésité : définition médicale	3
2. Quelques causes possibles de l'obésité	4
3. Les conséquences et complications possibles de l'obésité	4
4. Une épidémie qui prend de l'ampleur	5
5. Les solutions proposées par la médecine	5
MON HISTOIRE, MON COMBAT ET MES SOLUTIONS	8
1. La prise de poids et les périodes de régime	8
2. Un mot sur mon malaise et le début d'une prise en charge adaptée	10
3. Un dernier recours : la chirurgie	11
CONCLUSION	13
1. Les bénéfices apportés par ma perte de poids	13
2. Quelques pistes pour l'avenir	14
REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE	15
ANNEXES	

INTRODUCTION :

J'ai choisi de traiter le sujet de l'obésité, non seulement parce qu'il s'agit d'un sujet d'actualité étant donné la proportion d'obèses qui ne cesse d'augmenter à travers le monde, mais aussi parce que je suis directement concernée par le problème ; avec 107 kg, j'étais encore obèse en 2008 et j'ai connu des problèmes de poids dès l'adolescence.

Au cours de ce travail, je vais expliquer ce qu'est l'obésité (définition médicale) et tenter de montrer ses implications et incidences tant sur la santé physique que psychologique, l'intégration et la vie sociale, notamment grâce à des témoignages y compris le mien.

Je détaillerai quelques causes possibles de cette maladie ainsi que certaines solutions (régimes, encadrement psychologique, chirurgies, entre autres) proposées par la médecine.

Enfin, je terminerai en témoignant des effets positifs d'une perte de poids de près de 40 kg que je parviens à maintenir depuis 4 ans et demi et je donnerai quelques pistes pour les traitements futurs.

1. Obésité : définition médicale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité se définit à partir de l'**IMC** (indice de masse corporelle ou BMI) dont la formule est la suivante :

- Poids (en kg) / taille au carré (en mètre),

Pour une personne mesurant 1,65 m et pesant 80 kg cela donne :

- $80/(1.65 \times 1.65) = 80/2.72 =$ un IMC (BMI) de 29, 4

Catégorie selon l'IMC (ou le BMI) :¹

IMC < 18.5	Poids bas
IMC entre 18.5 et 25	Poids normal
IMC entre 25 et 30	Surpoids
IMC > 30	Obésité simple
IMC > 40	Obésité morbide
IMC > 50	Super Obésité

Bien que très utile et pratique car elle permet de calculer la masse grasse aussi bien des adultes de sexe féminin que de sexe masculin, cette mesure n'est pas suffisante. En effet, certains sportifs ont un poids et donc un IMC supérieur à la normale mais une masse grasse minimale. Il faut donc également tenir compte du **tour de taille** qui, pour une personne ayant une masse grasse dite normale, doit se situer à moins de **80 cm** pour une femme et à moins de **94 cm** pour un homme.

Cependant, je ne suis pas sûre que l'on puisse définir cela uniquement par des chiffres. J'ai, notamment pu constater que des personnes minces avec un IMC normal se voient parfois obèses (il semble que dans une société « *grossissante* », les critères de beauté tendent vers une minceur de plus en plus extrême, voire malade). Et, j'ai eu l'occasion de discuter avec

¹ www.Chirurgie-obésité.com/obésité_définition.htm et www.who.int/fr

une personne dite en obésité morbide (IMC > 40) qui se sent tout à fait bien dans son corps (c.f. annexe n°1). Certes, ces personnes sont des exceptions mais elles existent. Peut-on donc les considérer comme malades ? Cela dépend, sans doute, des complications (diabète, hypertension,...) présentes ou non chez la personne concernée mais aussi de la manière dont cette dernière perçoit son état de santé.

2. Quelques causes possibles de l'obésité

Pour l'OMS, la **cause fondamentale** de l'obésité et du surpoids est un **déséquilibre énergétique** entre les calories consommées et dépensées. Au niveau mondial, on a assisté à:

- une plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses; et
- une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation.

L'évolution des habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique sont souvent le résultat de changements environnementaux et sociétaux liés au développement et d'un manque de politiques de soutien dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'environnement, l'industrie agroalimentaire, la distribution, le marketing et l'éducation².

3. Les conséquences et complications possibles de l'obésité

Les premières conséquences et complications sont d'ordre médical bien-sûr. Il faut notamment citer le **diabète de type 2** qui apparaît le plus souvent chez l'adulte à partir de 40 ans environ. Dans cette maladie, le pancréas qui sécrète les hormones (glucagon et insuline) nécessaires à la régulation du taux de sucre dans le sang ne fonctionne plus ou mal. Non traitée, cette affection atteint les reins, la vue (cela peut aller jusqu'à la cécité) et les nerfs (les mains et les pieds deviennent moins sensibles à la douleur et cela peut conduire à l'amputation d'un membre infecté avec gangrène par exemple).

On peut également nommer les **risques cardio-vasculaires** auxquels une personne obèse ou en surpoids sera plus exposée, mais aussi tous **les troubles articulaires** comme l'arthrose des genoux ou les problèmes au niveau des hanches. La mobilité se trouve alors fortement réduite et la sédentarité aggrave encore davantage les troubles pré-cités et le danger de les voir s'installer sur le long terme.

L'obésité favorise et aggrave aussi **les troubles respiratoires** (syndrome obstructif limitant la capacité pulmonaire et apnée du sommeil, entre autres) et peut engendrer **une stérilité** (syndrome polykystique des ovaires chez la femme).

Les complications peuvent aussi être d'ordre psychologique et social avec une tendance à l'isolement et au repli sur soi (les personnes obèses ou en surpoids ont plus souvent que d'autres une mauvaise image d'elles-mêmes) et des difficultés à trouver un emploi par exemple. J'ai pu le vérifier au cours de ma propre histoire et bien des témoignages abondent dans ce sens, malheureusement.

² <http://www.who.int/mediacentre>

4. Une épidémie qui prend de l'ampleur

Aujourd'hui, l'OMS parle d'épidémie mondiale en ce qui concerne l'obésité. Elle touche désormais aussi bien les pays à revenus faibles ou intermédiaires que les contrées à revenus élevés jusque-là plus concernés que les autres.

En 2008, l'OMS a recensé plus de **1,4 milliard** d'adultes en **surpoids** et **500 millions d'obèses** dans le monde. La prévalence de l'obésité a presque doublé entre 1980 et 2008.

L'épidémie touche également de plus en plus d'enfants en bas âge puisqu'en 2008 **40 millions d'enfants** de moins de 5 ans étaient en surpoids. Cela augmente fortement le risque de devenir obèse à l'âge adulte et donc de développer les complications s'y rattachant (diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires, troubles articulaires, difficultés respiratoires)³.

En Suisse, **un tiers** de la population est en surpoids et, **7%** serait obèse. En ce qui concerne les enfants, **un sur cinq** est actuellement en situation de surpoids, selon un constat de la doctoresse Nathalie Farpour-Lambert, responsable du Programme de soins contre-poids des Hôpitaux Universitaire de Genève⁴.

Pour Genève, une étude populationnelle très poussée à été menée par l'Unité d'Epidémiologie Populationnelle des Hôpitaux Universitaire de Genève. Le Docteur Idris Guessous en est l'un des responsables et est venu présenter les données récoltées sur plusieurs années dans le cadre des conférences scientifiques proposées par la Fondation Culture & Rencontres dont le thème cette année était justement l'obésité.

Lors de cette étude, le Docteur Guessous et son équipe ont non seulement relevé une augmentation de l'obésité à Genève entre 2001 et 2009, mais aussi une distribution très inégale de cette maladie chronique selon le niveau de revenu et d'éducation entre autres (un revenu au-delà de CHF 75000/an représenterait -18% de risques de développer un problème de poids). Ainsi, le taux des personnes adultes en surcharges pondérale sur le territoire genevois est passé de **46.5%** entre 2001 et 2004 à **49,6%** entre 2005 et 2009, soit une **augmentation** de plus de **3%** (c.f. annexe n° 2).

Chez les enfants (entre 5 et 6 ans) du Canton, **13%** sont en surpoids parmi lesquels **3%** sont obèses (c.f. annexe n° 3). Dans 20 à 50% des cas cela persiste à l'âge adulte.

5. Les solutions proposées par la médecine

a. Les régimes

Il n'y a encore pas si longtemps, lorsqu'un patient allait consulter un médecin avec un problème de poids, la seule option était un régime alimentaire. Ce dernier pouvait être hyperprotéiné, dissocié, crudivore, associé, hypocalorique, faible en sucre ou encore chronobiologique, sans oublier celui qui se base sur le groupe sanguin ou tout simplement la méthode du jeûne. Cette liste n'est pas exhaustive et il en existe encore bien d'autres (crétois, méditerranéen, ...).

Malheureusement, cela ne fonctionne pas sur la durée et seul 5 à 15% des personnes ayant suivi un régime parviennent à maintenir leur perte de poids à long terme. Il est également important de ne pas suivre ces méthodes sans être accompagné par un médecin pour éviter

³ www.who.int/fr

⁴ **L'obésité est aussi le fruit d'inégalités sociales**, La Liberté, Fribourg, page 25, 15.01.2013

les carences et surveiller les dysfonctionnements que certaines approches peuvent engendrer (problèmes rénaux en cas de régime hyperprotéiné par exemple).

Etant impossible de détailler tous les régimes, j'ai choisi d'expliquer les quatre formules qui m'ont été proposées durant mon propre parcours.

Le régime sans farineux (ou glucides complexes) : ce procédé est assez simple ; le patient qui veut maigrir supprime de son alimentation le pain, les pâtes, le riz, les pommes de terre et toute forme de céréales (apportant pourtant des glucides complexes qui favorisent la satiété). Il mange des fruits à volonté (personnellement, j'en mangeais cinq ou six par jour), des protéines (viandes, œufs, poissons, laitages) à chaque repas et, bien-sûr, des légumes. Cela fonctionne très bien et relativement rapidement. Pour ma part, j'ai perdu dix kilos en quelques mois. Mais il n'est pas possible, à mon sens, d'en respecter les restrictions à long terme car la personne qui ne mange pas de farineux est peu rassasiée et la notion de fruits « à volonté » engendre souvent des troubles du comportement alimentaire puisque le patient concerné va en manger en grande quantité de manière à compenser l'absence des glucides qu'apporterait une portion normale de pâtes ou de pain.

Le régime hyperprotéiné permet une perte de poids très rapide (5 kg en une semaine), mais il n'est possible de le suivre qu'à très court terme. Il est constitué de quatre phases : une diète à base de sachets protéinés exclusivement (et ce n'est pas très agréable, ni au goût, ni à la consistance), une diète mixte (sachets + sucres lents, volaille, œufs, poisson, légumes, laitages à 0%), une période de stabilisation et l'équilibre alimentaire.

Je ne sais pas quoi dire de ce régime. A l'époque où je l'ai suivi, je ne savais pas que je mettais ma santé en danger. En raison de la monotonie et du manque de goût, je n'ai pas été capable d'aller jusqu'au bout et la phase de stabilisation a été très mal expliquée. Cela a beaucoup influencé mon moral qui n'était déjà pas très bon.

Le régime dissocié, la méthode Montignac qui à l'époque de son lancement consistait à ne pas consommer certains types d'aliments en même temps que d'autres mais permettait de continuer à manger de tout. Il est basé sur l'indice glycémique (ci-après IG) des aliments ; ces derniers sont divisés en trois groupes : IG bas (notamment, fromage blanc, fruits rouges, chocolat noir), IG moyen (par exemple les bananes, le pain complets, les pizzas) et IG élevé (parmi eux, le pain blanc, le maïs, les bonbons). Ceux du premier groupe peuvent être mangés à volonté, ceux du deuxième avec modération et il faut éviter les aliments à IG élevé.

Personnellement, j'ai pu suivre ce régime quelques mois, comme il est assez chargé en graisse, mon taux de cholestérol s'est élevé et j'ai dû arrêter de le suivre (c'est à ce moment que l'on a trouvé des calculs dans ma vésicule biliaire). J'ai ensuite très vite repris le poids perdu.

Le régime hypocalorique diététique ou Weight Watchers permet de maigrir en respectant l'équilibre corporel, il est très varié et personnalisé. Il permet de manger de tout de manière équilibrée. C'est le seul régime véritablement recommandé, celui que le patient peut tenir sur la durée. Son seul inconvénient est la perte de poids lente voire très lente selon les morphologies et, pour un individu qui doit perdre vingt à trente kilogrammes ou plus, cela semble inaccessible. De plus, le corps passe par des phases où la perte de poids stagne et cela peut s'avérer totalement décourageant. Pour ma part, j'ai abandonné plusieurs de ces régimes au cours de l'une de ces périodes.

b. Une nouvelle approche

Depuis une dizaine d'années, en raison du grand taux d'échecs de toutes ces méthodes, les spécialistes ne proposent plus de suivre un régime, mais ils essaient d'accompagner le



malade qui souffre de surpoids ou d'obésité dans une démarche de changements de mode vie, avec de nouvelles habitudes à mettre en place et à garder toute au long de la vie. Il faut dès lors accepter que cela peut être long surtout si la perte de poids à envisager est très importante. Le médecin n'agit plus seul et des équipes pluridisciplinaires se sont constituées dans diverses structures comme les hôpitaux ou certains cabinets. Ces équipes sont composées, entre autres, de diabétologues, psychiatres, chirurgiens, diététiciens, spécialistes en médecine sportive qui décident avec le patient de son traitement, du suivi à mettre en place et des objectifs à atteindre qui doivent être réalistes. Tant que la personne est en surpoids (IMC entre 25 et 30) cela suffit généralement et sa perte de poids peut se faire gentiment sur un an, un an et demi environ avec des résultats durables. Pour les patients avec un IMC au-delà de 30, cela s'avère plus compliqué et plus long.

c. La chirurgie de l'obésité

Pour un « malade » qui a un IMC très élevé avec une obésité morbide (35 et plus), une solution chirurgicale peut être envisagée sous certaines conditions ; l'individu qui désire se faire opérer doit normalement avoir essayé de maigrir sans succès par d'autres moyens, l'IMC doit être de 40 au minimum ou de 35 mais avec complications liées (diabète, hypertension, syndrome polykystique des ovaires, entre autres). En Suisse, plusieurs examens sont obligatoires avant toute intervention pour cause d'obésité parmi lesquels, prises de sang, gastroscopie (très désagréable) et évaluation psychologique. Plusieurs consultations avec le chirurgien sont également nécessaires. De plus, le cas du patient est présenté à un collège de médecins (chirurgiens spécialistes, psychiatres, anesthésistes) pour avis et accord sur l'intervention.

Il existe plusieurs types de chirurgie de l'obésité (pose d'un anneau gastrique et by-pass, pour les plus connus). Toutefois, en Suisse, le by-pass est aujourd'hui largement privilégié. Le professeur Alain Golay, endocrinologue et diabétologue spécialisé dans le suivi de l'obésité aux Hôpitaux Universitaires de Genève, estime même qu'il s'agit de la seule chirurgie valable (propos recueillis lors de la conférence du 16 janvier 2013 « maigrir sans stress » dans le cadre des Conférences scientifiques 2013 : Regards sur l'Obésité).

Dans les deux cas, il s'agit de réduire le volume de l'estomac ce qui oblige la personne obèse à manger beaucoup moins. L'une des différences fondamentales est que le by-pass est irréversible alors que l'anneau gastrique, lui, peut être élargi, resserré (selon les besoins) ou même retiré (si les complications sont trop lourdes par exemple).

<p>Anneau gastrique⁵</p>	 <p>copyright © 2008 obesite-solution-chirurgie.com</p>	<p>Le chirurgien pose un anneau en silicone au sommet de l'estomac, celui-ci est relié à une sorte de pompe placée sous la peau de l'abdomen. Elle permet de serrer ou relâcher l'anneau selon les besoins du patient.</p>
<p>By-pass gastrique⁵</p>	 <p>copyright © 2008 obesite-solution-chirurgie.com</p>	<p>Le chirurgien place des agrafes en haut de l'estomac ne laissant qu'une poche d'un faible volume. Il crée ensuite une dérivation pour que le contenu de cette poche arrive directement dans le duodénum ce qui ralentit la digestion et permet une satiété rapide. Le reste de l'estomac reste utile puisqu'il déverse les substances digestives qu'il contient dans le duodénum.</p>

⁵ www.obesite-solution-chirurgie.com

Ce sont des opérations lourdes et risquées qui nécessitent un suivi et surtout une compliance importante par la suite ; la personne opérée doit respecter certaines directives strictes (nourriture mixée voire liquide au début, compléments alimentaires à prendre à vie, suivi médical régulier, prise de sang une à deux fois par an minimum).

MON HISTOIRE, MON COMBAT ET MES SOLUTIONS

1. La prise de poids et les périodes de régime

Pour moi, tout a commencé au moment de l'adolescence, vers 13-14 ans. J'ai du mal à me souvenir de l'impact des changements hormonaux survenus lors de cette même période, mais, comme beaucoup de jeunes à cet âge, je n'étais pas très bien dans ma peau, je devais avoir 5 ou 6 kilos en trop et une silhouette qui ne me plaisait pas du tout.

Mon papa ayant remarqué que j'avais grossi et aussi mon mal-être m'a emmenée consulter une endocrinologue réputée à l'époque et j'ai subi tous les tests pour vérifier qu'il ne s'agissait pas d'un problème endocrinien. Ensuite, ce médecin m'a prescrit mon premier régime draconien ; moi qui aime les pâtes, le riz, le pain me suis vue obligée de ne plus en manger... Certes, j'ai atteint un poids de 54 kg (soit 10 kg perdus), mais je suis aussi tombée malade (infection au niveau de la colonne vertébrale) ce qui a nécessité une hospitalisation longue au cours de laquelle, une diététicienne m'a réintroduit une alimentation « normale » et équilibrée. J'ai alors très vite repris le poids perdu et même un peu plus ; à ma sortie de la pédiatrie, je pesais à nouveau 65 kg et tout était à refaire. J'ai bien essayé, à plusieurs reprises, de me ré-infliger les restrictions de ma spécialiste, mais cela ne fonctionnait plus et je me suis bien-sûr fortement découragée et, au lieu de perdre du poids j'en prenais...

Pendant, cette période, sans que je ne m'en rende vraiment compte, j'ai commencé à faire des crises d'hyperphagie (un trouble du comportement alimentaire) où j'engloutissais des paquets entiers de biscuits ou de chocolat en cachette et, contrairement à ce qui se passe en cas de boulimie, sans me faire vomir. Me replonger dans ces souvenirs est assez douloureux car je ne réalisais pas à quel point je me faisais du mal. En effet, en mangeant ainsi, je pensais soulager une angoisse ou un chagrin, et c'était le cas un court instant, mais que de culpabilité s'en suivait. Ensuite, c'est un vrai cercle vicieux ; je mangeais aussi pour oublier ce sentiment extrêmement désagréable.

Au début, ces crises n'étaient pas trop fréquentes mais suffisantes pour que mon poids augmente de 5 kg environ par année et, à 18 ans, je pesais déjà 80 kg. C'est à ce moment là que j'ai atteint le seuil de l'obésité (IMC > 30). Une idée catastrophique pour moi.

Lorsque je suis allée voir mon médecin traitant pour lui demander son aide devant mon problème de santé qui s'aggravait années après années, je lui ai confié que je me sentais comme une « boulimique qui ne se fait pas vomir ». Il ne m'a, hélas, pas prise au sérieux et je suis repartie de chez lui avec un nouveau régime restrictif qui consistait à être très stricte en semaine mais totalement libre le week-end... Je n'ai perdu que très peu de poids au début et pris encore 10 kg ensuite. J'en étais vraiment peinée.

Je parle d'hyperphagie mais en 1995, je n'avais pas encore de mot pour parler de mon trouble (cela ne s'est fait qu'en 2001) et je ne comprenais pas du tout ce qui m'arrivait avec tout le chagrin que cela implique.

Je ne sais pas exactement quand cela a commencé, mais, très vite, je me suis trouvée dans une sorte de dépression, me repliant de plus en plus sur moi-même, pleurant beaucoup, alternant entre des périodes de restrictions folles et d'engloutissement de grandes quantités

de nourriture (toujours en cachette). Je ne me sentais pas une jeune femme normale et je subissais les moqueries de mes camarades en particulier des garçons. Cela aussi me faisait souffrir ; 17-18 ans c'est l'âge des premières amours et des tentatives de séduction et, moi, j'en étais incapable ou plutôt je ne m'en donnais pas le droit. Dans mon esprit, j'étais grosse et moche, je ne pouvais pas prétendre à tout cela comme les autres jeunes de mon âge. Le seul endroit où je me sentais plus ou moins bien, c'était dans ma chambre avec mes rêves à l'abri des regards. De nature très introvertie depuis l'enfance, j'avais très peu d'amis et me confier à quelqu'un était vraiment un exploit pour l'adolescente que j'étais encore. Je crois que la seule personne qui ait compris ma situation était ma sœur pourtant de quatre ans ma cadette (il faut dire que, de son côté, elle exprimait son mal-être par un comportement opposé au mien mais passant aussi par la nourriture ; elle se privait de manger la plupart du temps, mais heureusement cela s'est arrêté avant le stade de l'anorexie). Mes parents ne voyaient rien et n'entendaient rien de nos problèmes sans doute, eux-mêmes engoncés dans des problèmes bien plus importants que les nôtres (leur couple, l'argent, ma grand-mère paternelle qui vivait avec nous et était absolument détestable, en particulier avec ma maman). Personnellement, je ne voulais pas être un « poids » de plus dans leur vie et je faisais tout mon possible pour les soutenir oubliant de m'occuper de moi. Même mes résultats scolaires se sont trouvés en baisse au point de redoubler ma deuxième année au collège, alors que malgré-tout, j'étais plutôt bonne élève jusque-là.

C'est aussi à cette époque que j'ai demandé pour la première fois de l'aide auprès d'une psychiatre. Simultanément, j'ai repris un régime avec le soutien de mon parrain. Ce dernier a assez bien fonctionné avec une perte de poids de 20 kg que j'ai conservée pendant presque quatre ans (je faisais donc, comme aujourd'hui, entre 68 et 70 kg entre 19 et 22 ans). J'avais l'impression de renaître et, hormis les amours, tout semblait s'arranger. En effet, mes notes sont remontées et j'ai obtenu ma Maturité fédérale en 1998 ce qui était une étape importante pour moi (mon papa m'avait mis une telle pression depuis l'enfance pour que je réussisse à l'école), l'ambiance familiale était meilleure et j'osais affronter le regard des autres. Les crises d'hyperphagie étaient toujours là, mais peu fréquentes.

Je suppose que l'accompagnement de la thérapeute y était pour beaucoup, même si ce premier suivi n'a duré qu'une année (entre 1996 et 1997).

Mais, suite au décès de ma grand-mère paternelle et à l'impossibilité de pouvoir poursuivre mes études dans la voie choisie (je voulais alors faire une licence mention enseignement en science de l'éducation, ce qui m'a été refusé malgré des résultats académiques excellents), mes problèmes liés à ma façon de m'alimenter se sont renforcés avec des crises plus fréquentes que par le passé et aussi plus intenses. Si bien que j'ai recommencé à voir monter l'aiguille de mon pèse-personne. En 2000, âgée de 23 ans, je retrouvais les 80 kg et l'obésité qui m'effrayaient tant.

Ne souhaitant plus aborder ce problème avec mon médecin traitant (celui qui n'avait pas voulu écouter quand je lui ai parlé de ce que je pensais être une forme de boulimie), je suis allée en voir un nouveau dans une structure hospitalière. Ce dernier, plus à l'écoute que le précédent, m'a donné du Xénical et du Réductil. Il a aussi mis en place un suivi diététique. Cela m'a bien aidée au début car j'étais très motivée et l'idée d'un traitement avec médicaments « miracles » était pour moi encourageante. Malheureusement, les effets indésirables du Xénical et du Réductil étaient trop gênants et je n'ai pas pu poursuivre.

Cependant, la diététicienne qui me suivait, a détecté un trouble du comportement alimentaire sans pouvoir le nommer. C'est elle qui la première m'a conseillé de suivre une thérapie cognitive et comportementale avant de poursuivre dans ma démarche de perte de poids.

2. Un mot sur mon malaise et le début d'une prise en charge adaptée

Bien que continuant à grossir, j'ai suivi les conseils de ma diététicienne qui m'avait donné le nom d'une psychologue spécialiste des troubles du comportement alimentaire. Je la rencontre pour la première fois en juin 2001 et, enfin cette personne va mettre un mot sur mon mal; je souffre d'hyperphagie. Pouvoir mettre un nom sur un dysfonctionnement est un soulagement immense. En plus d'un suivi individuel avec cette personne, j'ai débuté deux thérapies de groupe, l'une d'affirmation et d'estime de soi (deux aspects que j'avais toujours totalement négligés) et l'autre autour de l'alimentation; j'ai appris à ne pas systématiquement vider mon assiette (ce qui ne correspondait pas à mon éducation), à dire non, à m'aimer un peu plus (mais pas encore assez), bref à exister. Et, je n'ai pas perdu de poids, mais cessé d'en prendre ce qui ne m'était plus arrivé depuis deux ans.

En 2002, je m'autorisais à vivre un premier amour, une histoire finalement très douloureuse; avec le recul, je pense que je ne m'aimais pas assez pour que cela se passe bien.

La rupture avec cet ami a été un événement terrible pour moi; ayant attendu d'avoir 25 ans pour me lancer, j'espérais que cela soit pour la vie et cela n'a duré que trois tout petits mois. Suite à cette aventure, j'ai plongé dans une dépression plus grave que la précédente puisqu'accompagnée d'envies suicidaires. Je me retrouvais à nouveau incapable de maîtriser mes pulsions alimentaires. J'ai dû mettre de côté mon combat contre l'obésité pour soigner mon mal-être. Je ne réalisais pas encore que tous deux étaient étroitement liés.

J'ai été orientée vers un nouveau médecin traitant (qui me suit toujours aujourd'hui) car je n'en avais plus. Celui-ci m'a prescrit des antidépresseurs qui ne m'ont pas convenu (je m'endormais en cours par exemple, ce qui ne m'était jamais arrivé auparavant) et j'ai continué ma thérapie comportementale malgré la dépression et le fait que cela ne semblait pas avoir d'influence positive sur la perte de poids espérée. Je suppose que je savais, au fond de moi, que les effets se feraient sentir plus tard.

Ce premier traitement n'ayant pas les effets voulus et ma dépression persistant, j'ai été volontairement hospitalisée dans une unité spécialisée des Hôpitaux Universitaires de Genève et ce n'est qu'à ce moment-là et, en partie grâce à ma sœur, que mes parents ont pris conscience de l'ampleur de ma souffrance. Toute la famille a été orientée vers une thérapie familiale, hélas inachevée, mais qui a quand même apporté beaucoup de bonnes choses; pour la première fois, nous avons été capables de discuter de tous les événements douloureux qui nous étaient arrivés depuis 1991 (le déménagement, les difficultés scolaires de ma sœur, l'espace qu'occupait encore ma grand-mère dans la famille malgré son décès, les problèmes de poids de maman et le fait que, moi, je ne trouvais plus ma place parmi les autres).

Parallèlement à la thérapie familiale, j'ai repris une thérapie individuelle avec un nouveau médecin-psychiatre spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire. Elle a changé mon traitement antidépresseur ce qui a transformé une nouvelle fois ma vie; le nouveau médicament me convenait mieux que celui qui m'avait été prescrit par mon médecin traitant. J'ai effectivement repris le dessus et retrouvé l'envie de bouger, de sortir, d'apprendre, tout ce que j'avais perdu depuis longtemps et cela indépendamment de toute perte de poids. Cet aspect est important, car jusque-là, je me disais toujours « il faut maigrir et les choses s'arrangeront ensuite » comme si tout dépendait de la fonte de mes kilos superflus. Quelle pression je me mettais alors!

J'ai aussi profité du programme d'enseignement thérapeutique des Hôpitaux Universitaires de Genève autour du diabète et de l'obésité en participant à une session de deux semaines au cours desquelles j'ai appris à faire attention à mes achats de nourriture (contrôle des étiquettes, repère des graisses cachées,...), pris conscience que je pouvais gérer mes

émotions autrement qu'en mangeant, recommencé à bouger sportivement, sans oublier la découverte de nouvelles façons de cuisiner avec moins de graisse et de sucre et plus de plaisir.

Mon poids s'est alors stabilisé autour des cent kilogrammes mais perdre du poids était devenu vraiment difficile ; avec beaucoup de privations et de frustrations je parvenais à perdre quatre ou cinq kilos mais jamais plus et je les reprenais toujours ensuite (le corps humain semble avoir une mémoire et toute privation engendre une réaction de stockage des graisses afin de prévenir les manques d'énergie en cas de nouvelle diète), ce qui est difficile psychologiquement. Mon parcours m'avait permis de réaliser qu'il fallait sortir de cette spirale et que si bouger (marche, nordik walking et natation) et manger de manière saine et équilibrée ne suffisaient pas, il faudrait envisager une solution plus radicale : la chirurgie. Mais le chemin va être encore long jusqu'à ce que je ne prenne vraiment la décision de passer par là.

3. Un dernier recours : la chirurgie

Je ne sais plus exactement à quel moment j'ai entendu parler de chirurgie de l'obésité et plus spécialement du by-pass gastrique pour la première fois, mais je sais que je n'avais pas encore atteint le seuil de l'IMC à 40 et j'espérais bien ne jamais l'atteindre. Cela-dit, j'avais été très intriguée et intéressée ; la sœur d'une amie avait subi cette intervention, perdu énormément de poids (elle pesait plus de 140 kg pour 1m78 avant de se faire opérer) et en était très contente. Cette personne était obèse depuis l'enfance et aucune des méthodes tentées n'avaient donné de résultat pour cette dernière, il m'avait donc semblé que, dans son cas particulier, il n'y avait en effet pas d'autre solution et que cette avancée thérapeutique lui serait très bénéfique. J'étais très loin de penser que je devrais un jour moi aussi envisager cette possibilité.

Pourtant, malgré mes efforts (nombreux régimes, thérapies cognitives et comportementales, thérapies individuelles), en 2007, j'atteignais le poids critique de 105 kg.

Cela dit, j'étais beaucoup mieux dans ma tête et ma dépression semblait déjà être du passé. C'est alors que j'ai rencontré un homme que j'allais épouser en 2009 (malheureusement, j'ai déjà divorcé depuis). Je mentionne cette rencontre parce qu'elle a été décisive pour moi et a vraiment changé ma vie ; en le suivant, je quittais mes parents pour mettre en place mon propre mode de fonctionnement et donc d'alimentation. Je ne cuisine effectivement pas vraiment comme ma maman et encore moins comme mes grand-mères avant elle. Par exemple, je me suis battue avec ma mère durant des années pour intégrer des légumes à chaque repas et, aujourd'hui, elle ne le fait toujours pas (malgré son diabète).

Vers la fin de l'année 2007 et après en avoir déjà parlé un peu avec mon médecin traitant, j'ai cherché à rencontrer des personnes ayant subi une chirurgie de l'obésité. Quatre connaissances ont accepté de me raconter comment elles vivaient depuis cette intervention ; Sabine^{*} 29 ans, avait été opérée presque six ans auparavant, elle n'avait pas repris de poids mais souffrait beaucoup car elle ne digérait plus certains aliments (fromage cuit, lait, viandes) et devait aller régulièrement en hôpital pour des perfusions de fer (moins bien absorbé après un by-pass, surtout chez les femmes), sans oublier les injections de vitamine B₁₂ à faire soi-même. Elle m'avait alors confié qu'elle aurait nettement préféré parvenir à faire autrement et ne pas subir toutes ces contraintes. (c.f. annexe n° 1)

Pour Katija^{*}, 40 ans, cette opération était « *un miracle* » selon sa propre expression ; elle ne digérait plus le fromage cuit mais avait perdu 35 kg sans effort. En revanche, n'ayant presque rien changé à son mode de vie (pas de sport, peu de marche) elle avait déjà repris cinq kilos après quatre ans. (c.f. annexe n° 1)

^{*} Tous les prénoms utilisés ont été changés pour des raisons de confidentialité

Pour Céline*, 30 ans, l'expérience était réussie également. Elle n'avait pas pu éviter certains désagréments mais était très heureuse. Mariée depuis peu, elle allait même avoir un enfant (il faut attendre entre dix-huit mois et deux ans après un by-pass ou la pose d'un anneau gastrique).

Suite à ces échanges, j'ai réfléchi encore un ou deux mois et finalement pris la décision, avec le soutien de mon médecin traitant, de ma psychiatre et de mon entourage familial (y compris celui qui était mon fiancé), de consulter un chirurgien spécialiste de ce type d'opérations.

Cela s'est fait assez rapidement ensuite, j'ai entrepris toutes les démarches nécessaires (trois rendez-vous avec le chirurgien, rencontre avec un psychiatre spécifique et une spécialiste en micro-nutrition, deux entrevues avec l'anesthésiste, passage chez le gastro-entérologue pour la gastroscopie). J'ai été opérée en juin 2008.

Immédiatement après l'opération, j'ai passé une journée aux soins intensifs (ce qui est prévu dans le protocole) sous morphine. Je me souviens vaguement avoir eu quelques douleurs, mais le personnel infirmier s'est montré très attentif afin de me soulager.

L'hospitalisation a duré une semaine au cours de laquelle j'avais déjà perdu dix kilos.

D'un point de vue nourriture, c'est totalement liquide (jus de fruits, protéines à boire) au début et des quantités très petites (deux décilitres) mais toutes les deux heures. J'étais même obligée de diluer le contenu de mon antidépresseur dans un verre d'eau pour pouvoir l'absorber et je me souviens ne pas en avoir apprécié du tout le goût. Ensuite, j'ai pu avaler de la nourriture mixée ou en purée. Ce fut un passage difficile pour moi qui n'aime pas trop les purées et les soupes. L'état de fatigue était aussi très important et presque permanent (difficile à gérer avec le compagnon hyperactif que j'avais). Cette étape dure un mois. Progressivement, il est possible de réintroduire des aliments plus solides, mais certains sont moins bien tolérés que d'autres (le chirurgien m'avait notamment prévenue du risque de régurgitation en cas d'envie de viande rouge). En ce qui me concerne, ce sont les carottes crues que je ne tolérais pas et c'est encore un peu difficile aujourd'hui. Mais, et c'est une chance énorme, je peux continuer à manger de tout (y compris viande rouge, fromage cuit, spaghettis, si difficiles pour la plupart des patients avec un by-pass gastrique), mes portions sont seulement beaucoup plus petites. Au restaurant, je ne peux plus finir une assiette. A titre d'exemple, une demi-pizza me suffit largement et lorsque je commande un steak ou des filets de perches, je laisse les frites (en réalité, j'en mange une ou deux par gourmandise).

Ayant été opérée par laparoscopie, je n'ai pas eu besoin de porter de ceinture de maintien (pour éviter l'éventration en cas d'ouverture totale de l'abdomen) et la cicatrisation s'est faite assez vite. Mais le chirurgien et le médecin traitant procèdent à des contrôles réguliers (cicatrisation interne, adhérences, carences possibles, perte de poids).

En effet, le chirurgien suit l'évolution jusqu'à cinq ans après l'intervention (à raison d'une fois par an dès la deuxième année, mais plus fréquemment durant les mois qui suivent directement l'opération). En ce qui concerne le suivi par le médecin traitant, cela dépend un peu du patient et des résultats des examens biologiques (prises de sang) à effectuer deux fois par an minimum. Il doit notamment être attentif aux vitamines (D, K, A, E) liposolubles, au taux de calcium, de fer et de vitamine B₁₂ qui sont moins bien assimilés chez les personnes porteuses d'un pontage gastrique.

Afin d'éviter les carences, je dois donc prendre des suppléments multivitaminés, du calcium et de la vitamine D en comprimés et ce tous les jours. De plus, tous les trois mois environ, je m'injecte de la vitamine B₁₂ et, supportant mal les comprimés de gyno-Tardiféron, je dois me rendre chez le médecin régulièrement pour qu'il m'administre une perfusion de fer (la fréquence est variable).

Il faut aussi noter les problèmes esthétiques, car la perte de poids rapide engendre une peau plus flasque et très relâchée à certains endroits (ventre, cuisses, fesses, haut des bras et seins). Cela peut être gênant, surtout si on espère un corps parfait. Le recours à la chirurgie

esthétique peut représenter une aide mais elle n'est, en principe, pas remboursée par l'assurance bien qu'il s'agisse d'une conséquence du by-pass. Certains patients ont même des escarres (mais dans ce cas précis, la chirurgie, qui est alors dite réparatrice, peut être prise en charge par l'assurance). Pour ma part, il est vrai que mon corps n'est pas parfait ; mon ventre « *pend* » un peu, mes cuisses et mes bras également, mais j'ai décidé de l'accepter ainsi. Je ne repasserai par le bistouri que si cela s'avère indispensable.

Je reconnais que les suites de cette intervention sont lourdes et la décision de la faire ne doit absolument pas être prise à la légère, mais pour moi, les bénéfices sont énormes et vont bien au-delà de la perte des 38 kg obtenue et stabilisée depuis lors.

CONCLUSION

1. Les bénéfices apportés par ma perte de poids

Le 9 juin 2013 cela fera exactement cinq ans que j'aurai été opérée et, pour le moment, je parviens à maintenir mon poids entre 68 et 70 kg (aujourd'hui 67,4 kg exactement, soit un peu moins) alors que je pesais 107 kg au moment où j'ai décidé, avec l'aide d'un personnel médical qui a su m'écouter et me conseiller, de faire cette intervention.

Pour la première fois depuis le début de mon adolescence, je n'ai pas l'impression de faire des efforts surhumains pour avoir un corps que je juge acceptable aujourd'hui et avec lequel je crois m'être réconciliée (surtout grâce à une longue psychothérapie) ; le by-pass m'a obligée à écouter ce corps que je négligeais tant.

Comme je l'ai mentionné plus haut, les bénéfices pour moi sont énormes ; j'ai retrouvé la sensation de satiété, le goût de bouger, le plaisir de manger et d'y consacrer du temps, de vivre aussi.

Il faut dire que j'ai radicalement changé mes habitudes.

Sur le plan alimentaire, je ne peux physiologiquement plus manger autant qu'avant, ce qui est certes une grande aide, mais je veille aussi à la qualité de ma nourriture et ne me remplis pas de crèmes glacées ou de boissons sucrées. Lorsque je fais une crise d'hyperphagie (cela m'arrive encore mais c'est devenu très rare et les différentes thérapies suivies m'ont permis d'avoir des outils pour mieux les gérer), je ne peux évidemment pas engloutir un paquet de biscuits entier en une seule fois comme c'était le cas avant l'opération gastrique. J'ai aussi appris à respecter mes sensations et, par exemple, à ne pas terminer mon assiette si je n'ai plus faim, surtout si je ne me suis pas servie moi-même (en cas de sortie au restaurant ou d'invitation chez des amis).

En ce qui concerne l'activité physique, elle fait partie intégrante de mes journées et je m'arrange pour marcher au moins 30 minutes chaque jour. Je prends les escaliers quand c'est possible. J'ai aussi pu me remettre à skier, ce qui était devenu presque impossible lorsque je pesais plus de 100 kg (douleurs articulaires au niveau des genoux, pression trop forte sur les mollets). Je peux également me montrer en maillot de bain sans être mal à l'aise. Je ne suis pas sûre de parvenir à vraiment décrire le plaisir ressenti.

Socialement, je mène une vie plus « *normale* », je m'isole moins, je m'exprime plus volontiers y compris sur des sujets difficiles. Et, aspect non négligeable, j'ai trouvé un emploi qui me plaît en décembre 2008 (j'avais déjà perdu 30 ou 35 kg, je ne m'en souviens pas exactement). Avant cela, j'ai connu une période de chômage qui a duré deux ans. Je ne peux pas affirmer avec certitude qu'il y ait un lien de cause à effet, mais bizarrement, je n'ai retrouvé du travail qu'après avoir quitté la zone d'obésité. Et certains reportages que j'ai pu voir à la télé il y a plusieurs années ont montré qu'à compétences égales une personne

mince ou dans la norme est souvent préférée à un candidat obèse, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme.

Pour conclure, je dirais que l'obésité n'est pas forcément une fatalité, mais que le parcours est long, semé d'embûches et jamais gagné ; il suffit de se nourrir de milkshakes sucrés et/ou de glaces ou encore de grignoter toute la journée pour faire en sorte que même la solution chirurgicale représente un échec. Il faut donc rester vigilant. Pour ma part, je lutte encore souvent contre les tentations (chocolats, bonbons) sans cesse mises à disposition, notamment sur mon lieu de travail.

De plus, cela ne met pas en jeu que des aspects santé ; l'image que l'on a de soi est extrêmement importante et, changer cette image n'est pas facile. Personnellement, il m'a fallu encore deux ans de psychothérapie après le pontage de mon estomac pour admettre que ce nouveau corps plus mince est bien le mien et surtout pour pouvoir dire que je m'apprécie ainsi.

2. Quelques pistes pour l'avenir

Actuellement, plusieurs perspectives sont évoquées. En effet, si les pontages gastriques (bypass) sont de plus en plus fréquents et ont démontré leur efficacité, d'autres traitements moins invasifs pourraient voir le jour, notamment en agissant sur la flore intestinale (qui paraît avoir une influence déterminante sur la prise et la perte de poids) des patients. Pour l'instant, les expériences menées sur des souris sont encourageantes⁶.

A cela s'ajoute la piste génétique ; les chercheurs ont identifiés des hormones déterminantes en ce qui concerne la satiété (dont la leptine et la mélanocortine) sur lesquels ils souhaiteraient pouvoir agir. Ils explorent et décortiquent « les mécanismes dans la régulation normale du métabolisme » en espérant que cela permettra de trouver des traitements (c.f. annexes n° 4 et 5).

J'ajoute qu'il est désormais établi que les régimes font grossir⁷ ; lorsqu'un patient se prive, il va nécessairement perdre de la masse grasse, mais aussi de la masse maigre (muscles, eau) qui, en cas de reprise de poids ne sera pas récupérée. En revanche, les graisses, elles, gagnent du terrain en prenant la place des muscles perdus. A chaque régime, le malade devient donc plus gras, même si le poids repris correspond à son poids de départ ce qui est rarement le cas. Dans le cadre de mon parcours, après chaque régime tenté, j'ai pris entre 5 et 10 kilogrammes supplémentaires par rapport au poids mesuré au début du régime...

Ce qui est effrayant, c'est que, malgré tout, l'impact économique de ce type de démarches est tel que les magazines, la société et même certains médecins continuent d'en faire la promotion.

Enfin, il me semble qu'un peu plus de tolérance et moins de stigmatisation seraient souhaitables car, comme le montrent les chiffres cités au chapitre 4 de l'introduction, il ne s'agit pas uniquement d'un problème de volonté individuelle.

⁶ **Une nouvelle piste de traitement de l'obésité**, Tribune de Genève, samedi-dimanche 30-31 mars – lundi 1^{er} avril, p.34

⁷ **Régimes, la vérité qui dérange** 1/2 et 2/2, Emission Infrarouge, France 2, diffusion du 2 avril 2013

De toute façon, nous ne sommes pas tous faits pour avoir la même taille et le même poids, l'important étant plutôt de respecter notre corps et nos sensations même si notre poids d'équilibre (qui est maintenu sur le long terme) n'est pas exactement dans la norme. Pour ma part, mon poids d'équilibre se situe entre 68 et 70 kg environ, mais mon IMC est à 25,9 (pour rappel, la norme se situe entre 18,5 et 25,0) et je ne me suis jamais sentie aussi bien. J'ai donc décidé de ne pas chercher à tout prix à entrer dans cette norme.

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Journaux et publications :

- **L'obésité est aussi le fruit d'inégalités sociales**, La Liberté, Fribourg, page 25, 15.01.2013
- **Une nouvelle piste de traitement de l'obésité**, Tribune de Genève, samedi-dimanche 30-31 mars – lundi 1^{er} avril 2013, p.34

Conférences : **Conférences scientifiques 2013 : Regards sur l'obésité**

- Conférence du 16 janvier 2013 : maigrir sans stress, Prof. Alain Golay
- Conférence du 23 janvier 2013 : comprendre et traiter l'obésité : exploration de pistes thérapeutiques en recherche fondamentale, Prof. Françoise Rohner-Jeanrenaud
- Conférence du 30 janvier 2013 : obésité, santé et activité physique, quels liens ? Prof. Bengt Kayser
- Conférence du 6 février 2013 : distribution inégales du surpoids et de l'obésité dans le canton de Genève, Dr. Idris Guessous

Sites internet :

- www.who.int/fr
- www.Chirurgie-obésité.com
- www.obesite-solution-chirurgie.com

Emissions de télévision :

- **Régimes, la vérité qui dérange** 1/2 et 2/2, Emission Infrarouge, France 2, diffusion du 2 avril 2013

Livres qui m'ont aidée durant mon parcours :

