



Soigner l'obésité, c'est aussi traiter la partie invisible de l'iceberg

Pr ZOLTAN PATAKY et Dre LUCIE FAVRE

Rev Med Suisse 2026; 22: 511-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.954.48447

Articles publiés sous la direction de

ZOLTAN PATAKY

Unité d'éducation thérapeutique du patient
Centre collaborateur de l'OMS et Association européenne pour l'étude de l'obésité
Service de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève

LUCIE FAVRE

Centre obésité CHUV
Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
Département de médecine
Centre hospitalier universitaire vaudois
Lausanne

Les récents progrès thérapeutiques dans le traitement de l'obésité, qu'il s'agisse de nouvelles molécules ou d'innovations chirurgicales, constituent sans aucun doute une avancée majeure. Ils offrent des perspectives inédites à de nombreuses personnes longtemps restées sans solution efficace. Pourtant, à l'heure où le poids affiché sur la balance occupe une place centrale dans l'évaluation de l'efficacité du traitement, un risque persiste: réduire la prise en charge de l'obésité à un chiffre, visible, mesurable, rassurant en apparence, mais profondément insuffisant.

L'obésité est une maladie chronique, multifactorielle et évolutive.¹ Elle ne se résume ni à un excès calorique ni à un manque de volonté. Elle s'inscrit dans des trajectoires de vie complexes, marquées par des déterminants biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et souvent émotionnels. Dans ce contexte, la médecine ne peut se contenter d'objectifs chiffrés: elle doit rester résolument centrée sur la personne.

Cette exigence est d'autant plus essentielle dans le suivi des maladies chroniques, dont l'obésité fait incontestablement partie. Les bénéfices attendus d'un traitement ne se limitent pas à une modification du poids, mais concernent avant tout la prévention des complications et l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être psychologique ou encore de l'intégration sociale.² Or, ces dernières dimensions restent trop souvent reléguées au second plan, car elles sont plus difficiles à objectiver et à mesurer.

Cela est aggravé par une injustice importante liée aux politiques de remboursement. La prise en charge assurantielle des médicaments favorisant la perte de poids dont nous avons la chance de disposer, tels les agonistes

des récepteurs GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1)³ ou GLP-1/GIP (glucose-dependent insulinotropic polypeptide),⁴ demeure insuffisante et inéquitable, alors même qu'ils s'adressent à une maladie chronique et récidivante. Cette situation restreint l'accès à ces traitements pour de nombreuses personnes en souffrance. De même, la chirurgie plastique réparatrice, fréquemment nécessaire après une perte de poids importante, demeure largement considérée comme relevant de l'esthétique et, reste de fait peu ou pas remboursée. Cependant, chez ces personnes, les conséquences de l'excès cutané sont avant tout psychologiques, psychosociales et fonctionnelles, affectant durablement la qualité de vie, l'image corporelle et la participation sociale.⁵

Par ailleurs, l'utilisation croissante des agonistes du GLP-1 et du GLP-1/GIP concerne désormais aussi les personnes âgées, chez lesquelles ces traitements sont de plus en plus envisagés. Dans cette population, les objectifs thérapeutiques ne peuvent en aucun cas être identiques à ceux des sujets plus jeunes. Une perte de poids rapide ou trop importante expose à des risques souvent sous-estimés, notamment la perte de masse musculaire, avec des répercussions majeures sur la mobilité, l'autonomie, le risque de chutes et la survenue de la malnutrition.⁶

La chirurgie bariatrique doit être considérée comme une option thérapeutique à part entière dans la prise en charge de l'obésité. Elle peut représenter une alternative pertinente chez les patients ne tirant pas de bénéfice suffisant des traitements médicamenteux ou pour lesquels un traitement pharmacologique au long cours n'est pas soutenable, notamment en raison de limitation de remboursement. Son indication doit reposer sur une

L'OBÉSITÉ NE SE RÉSUME NI À UN EXCÈS CALORIQUE NI À UN MANQUE DE VOLONTÉ

Bibliographie

1

World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 5B81 Obesity. Accessed January 19, 2026. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#149403041>

2

Celletti F, Farrar J, De Regil L. World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults. JAMA, 2025 Dec 1. DOI: 10.1001/jama.2025.24288. Online ahead of print.

3

Bracciglione J, Meza N, Franco JV, et al. Semaglutide for adults living with obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Oct 30;10(10):CD015092. DOI: 10.1002/14651858.CD015092.pub2.

4

Franco JV, Guo Y, Varela LB, et al. Tirzepatide for adults living with obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Oct 30;10(10):CD016018. DOI: 10.1002/14651858.CD016018.

5

Jiang Z, Zhang G, Huang J, et al. A systematic review of body contouring surgery in post-bariatric patients to determine its prevalence, effects on quality of life, desire, and barriers. Obes Rev. 2021 May;22(5):e13201. DOI: 10.1111/obr.13201.

6

Viscardi JA, Serre A, Pataky Z, Correia JC. Séquelles d'amaigrissement: rôle de la chirurgie plastique. Rev Med Suisse 2026;22:528-33. DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.954.48423

évaluation globale, individualisée et interdisciplinaire. Si la chirurgie bariatrique a démontré un impact majeur sur les comorbidités métaboliques, elle peut néanmoins s'accompagner de conséquences à long terme qui doivent être anticipées et discutées dans le cadre de la prise en charge.^{7,8}

Bibliographie

7

Correia JC, Robino M, Gaspoz A, Mendes A, Pataky Z. Obésité chez la personne âgée: enjeux, spécificités et stratégies thérapeutiques. *Rev Med Suisse* 2026;22:514-9 DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.954.48424

8

Abbotetti F, Bistagnino F, Teixeira H, Mantziari S. Reflux gastro-oesophagien après sleeve gastrectomy: un défi clinique. *Rev Med Suisse* 2026;22:525-7 DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.954.48391

Ni la chirurgie de l'obésité ni les agonistes des récepteurs GLP-1 ou GLP-1/GIP ne constituent des solutions «miracles». Les effets indésirables existent et doivent être abordés de manière claire et transparente dès le début de la discussion avec les personnes concernées. Lorsqu'ils surviennent, une intensification de l'accompagnement, en particulier comportemental, doit être mise en place par des professionnels formés à la prise en charge de l'obésité. Dans de nombreux cas, l'alimentation émotionnelle en est un facteur central.

Tout cela rappelle que la perte de poids ne peut ni ne doit être le seul et principal objectif du traitement de l'obésité. La priorité doit

rester une prise en charge individualisée, interdisciplinaire et adaptée au rythme des personnes en situation d'obésité. Il s'agit d'accompagner la personne de la cause aux conséquences de la maladie, en dépassant les seuls conseils alimentaires et d'activité physique, encore trop profondément ancrés dans nos algorithmes médicaux.

Soigner l'obésité implique avant tout de s'intéresser à la personne dans sa globalité et non à la seule mesure du poids. C'est accepter de regarder sous la partie immergée de l'iceberg, là où se situent les déterminants profonds de la maladie. La question demeure: nous occupons-nous réellement de l'obésité ou seulement de sa partie visible? Sommes-nous pleinement conscients qu'il s'agit d'une maladie complexe et multifactorielle, et non de la simple conséquence de comportements individuels? De la réponse à ces questions dépendra la qualité et la pertinence de la prise en charge que nous proposons.

**NOUS OCCUPONS-
NOUS RÉELLEMENT DE
L'OBÉSITÉ OU
SEULEMENT DE
SA PARTIE VISIBLE?**