



Articles publiés
sous la direction de

LUCIE FAVRE

Responsable de la
consultation de
prévention et
traitement de
l'obésité
Service
d'endocrinologie,
diabétologie et
métabolisme, CHUV,
Lausanne

ALAIN GOLAY

Service
d'enseignement
thérapeutique pour
maladies chroniques,
Département de
médecine de premier
recours
HUG, Genève

L'évolution nécessaire du traitement de l'obésité

Dr LUCIE FAVRE et Pr ALAIN GOLAY

Le contraste désappointant entre l'accumulation scientifique des connaissances physiologiques du contrôle du bilan énergétique et la flambée apparemment incontrôlable de l'obésité est (heureusement) unique dans le domaine médical.

Longtemps, une vision assez naïve de l'étiologie de l'obésité et de son traitement a été proposée: une réduction des apports caloriques et une augmentation de l'activité physique pouvaient résoudre le problème. Toutefois, il peut être ironique de rappeler qu'en 1959 déjà, Stunkard et coll.¹ rapportaient l'inefficacité des traitements de réduction calorique et décrivaient dans leur commentaire «la plupart des personnes obèses estiment qu'elles devraient être capables de perdre beaucoup de poids sur une courte période... lorsque finalement elles réalisent que leurs attentes ne sont pas réalistes et lorsqu'elles ressentent l'irritation de leurs médecins face à cet échec, elles se tournent vers tout organisme qui promet des résultats».

L'obésité est désormais considérée comme une maladie chronique et complexe, provoquée par de multiples déterminants notamment génétiques, biologiques, comportementaux, sociaux et économiques. C'est une reconnaissance cependant relativement récente, au sein de la communauté médicale et scientifique: par exemple, ce n'est qu'en 2013 que l'American Medical Association a reconnu l'obésité en tant que maladie. L'acceptation de ce fait au sein de notre société au sens large est loin d'être effective alors que les analyses et statistiques effrayantes sur son évolution sont régulièrement traitées dans les médias. On tend à oublier que derrière ces chiffres se trouvent des personnes vivant avec leur obésité et les souffrances qui l'accompagnent et demandant de l'aide.

Le discours narratif trop souvent véhiculé de «faiblesse» ou «manque de volonté» pour lutter face aux calories doit cesser. L'obésité n'est pas seulement un problème comportemental; elle est le résultat d'une vulnérabilité individuelle, exacerbée par des déterminants multiples allant de la génétique aux sirènes du marketing commercial.

Des changements dans le style de vie, avec une alimentation saine et une activité physique régulière améliorent évidemment la santé des personnes, qu'elles présentent un poids normal, un excès de poids ou une obésité. Ces recommandations devraient être proposées à tous, mais devant les résultats relativement modestes en termes de perte de poids, elles ne devraient pas être présentées comme une démarche suffisante pour sortir de l'obésité.

Le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle répondent favorablement à des modifications de l'hygiène de vie, mais il sera également possible d'introduire un ou plusieurs médicaments. S'ils sont arrêtés, la maladie ne sera plus contrôlée. Il est difficile de citer une maladie chronique autre que l'obésité qui ne soit pas ou si peu prise en charge avec des traitements médicamenteux. Or, il est certain que face aux échecs des traitements conservateurs, seuls des traitements médicamenteux permettront d'offrir une alternative à la chirurgie bariatrique.

L'histoire des traitements médicamenteux de l'obésité est émaillée de nombreux scandales et retraits précipités du marché en raison d'effets indésirables sévères.² Un analogue du GLP-1 (liraglutide) est désormais disponible, également en Suisse, pour traiter l'obésité. Prescrit depuis plusieurs années dans le traitement du diabète de type 2, il a montré, à une posologie plus élevée, son efficacité dans

L'OBÉSITÉ N'EST PAS SEULEMENT UN PROBLÈME COMORTEMENTAL; ELLE EST LE RÉSULTAT D'UNE VULNÉRABILITÉ INDIVIDUELLE, EXACERBÉE PAR DES DÉTERMINANTS MULTIPLES

Bibliographie

1
Stunkard A, McLaren-Hume M. The results of treatment for obesity. JAMA 1959;103:79-85.

2
Onakpoya IJ, Heneghan CJ, Aronson JK. Post-marketing withdrawal of anti-obesity medicinal products because of adverse drug reactions: a systematic review. BMC Med 2016;14:191.

la prise en charge de l'obésité et de ses comorbidités ainsi que son innocuité.³ Son action est médiée par la stimulation du récepteur GLP-1 située dans l'hypothalamus, au niveau du noyau arqué. Cette action stimule les neurones anorexigènes tout en inhibant les neurones orexigènes. Les pertes pondérales rapportées dans les études sont de 10%; nous observons dans notre clinique des pertes souvent plus importantes lorsque les patients sont accompagnés dans un cadre interdisciplinaire qui permet de les positionner au centre d'un réseau de compétences complémentaires et synergique où le traitement médicamenteux vient soutenir les démarches déjà entreprises. Le liraglutide a reçu l'approbation de mise sur le marché il y a déjà plusieurs mois. Cependant, sa place dans la pharmacopée très restreinte de l'obésité est d'emblée limitée par le fait qu'il ne figure pas sur la liste des spécialités et qu'il n'est donc pas remboursé par l'assurance-maladie obligatoire.

Paradoxalement, l'orlistat, un inhibiteur de la lipase pancréatique, est admis dans cette liste et donc remboursé depuis de nombreuses années alors que les spécialistes de l'obésité s'accordent sur l'impact relativement faible de ce traitement et sur l'importance de ses effets indésirables digestifs qui en limitent l'utilisation sur la durée.

Des études de phase 2 avec le sémaglutide, un autre analogue du GLP-1, ont montré des ré-

sultats très encourageants dans le traitement de l'obésité. Des combinaisons de différentes hormones (GLP-1/GIP) sont également en développement. Même si les résultats en termes de perte pondérale n'égalent pas ceux de la chirurgie bariatrique, il faut rappeler que tous les patients ne sont pas de bons candidats à ces interventions, que certains ne la souhaitent pas, et finalement qu'il n'est tout simplement pas possible d'envisager une telle chirurgie pour tous les patients obèses.

Selon un récent rapport de l'Office fédéral de la santé publique,⁴ les coûts occasionnés par le surpoids et l'obésité étaient de 8 milliards de francs en 2012, dont seuls 77 millions de francs représentaient les coûts directs du traitement de l'obésité. Des analyses pharmaco-économiques devront évaluer le rapport coût-bénéfice de ces nouveaux traitements et d'autres qui seront probablement proposés à court terme. Il est reconnu que les médicaments de l'obésité ne doivent pas être utilisés de façon isolée, mais faire partie d'une prise en charge globale. Cependant, il doit surtout être admis par notre société et par notre système de santé que les patients souffrant d'obésité, cette maladie chronique, doivent pouvoir être soignés correctement, y compris à l'aide de traitements médicamenteux.

**TOUS LES
PATIENTS NE
SONT PAS DE
BONS CANDIDATS
À CES
INTERVENTIONS**

Bibliographie

3

Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373:11-22.

4

OFSP. www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/kosten-uebergewicht-und-adipositas.html