

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?



« Je déteste traiter les gros. » Voilà un commentaire que j'entends régulièrement de la part de médecins que je rencontre lors de sessions de formation médicale sur l'obésité. Comme je m'intéresse avec un plaisir renouvelé depuis 30 ans au traitement des personnes en surpoids, je me suis demandé quelles étaient les raisons qui justifiaient une telle position.

Par Maurice Larocque, M.D.

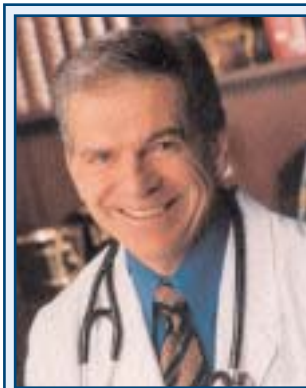
« Les personnes obèses ne sont pas motivées »

Les personnes obèses ne m'écoutent pas. Je leur dis de maigrir et de revenir le mois suivant et elles ne le font

pas. Elles ont toujours plein d'excuses. Elles m'agacent. Elles n'ont pas de volonté et ne sont pas motivées.

FAUX. Un patient qui consulte un médecin recherche de l'aide. Le traitement de l'obésité est avant tout le traitement de la personne atteinte du problème, au même titre que le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Lorsque le médecin veut aider un patient à changer de comportement, il doit accepter d'être seulement un outil entre les mains de celui-ci. Le patient est le seul responsable de son succès ou de son échec. Le médecin doit essayer d'être le meilleur outil possible, mais ne doit pas se sentir coupable de l'échec du patient. Les médecins



Le Dr Larocque est omnipraticien, Cliniques médicales MLA de Montréal et Verdun, et président de l'Association des médecins traitant l'obésité (AMTO). Il s'intéresse particulièrement au traitement des personnes en surpoids.

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?



« L'obésité n'est pas une maladie »

La plupart de mes patientes veulent maigrir pour des raisons esthétiques et vestimentaires. C'est beaucoup plus de la vanité qu'une maladie.

FAUX. En fait, l'obésité est le résultat d'un déséquilibre entre l'ingestion et la dépense énergétique. Est-ce une maladie? Est-ce que l'alcoolisme ou la toxicomanie sont des maladies?

Depuis une douzaine d'années, les experts considèrent l'obésité comme une maladie et comme un facteur de risque important dans de nombreuses maladies, comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, la maladie coronarienne, les accidents vasculaires cérébraux, les lithiases vésiculaires, l'ostéoarthrose, l'apnée du sommeil, ainsi que les cancers de l'endomètre, du sein, de la prostate et du côlon. Avec le tabagisme, l'obésité est la maladie dite de civilisation la plus importante.¹

La mauvaise réputation des régimes vient du faible taux de maintien du poids après quatre ans. La reprise du poids à la suite d'un régime qui a protégé la masse musculaire n'est pas causée par un dérèglement du métabolisme, mais par un retour à une surconsommation de calories.

sont souvent confrontés à leur échec de ne pas pouvoir aider un patient obèse et s'en culpabilisent.

La motivation est une émotion complexe qui diffère de la volonté. Tous les patients qui consultent un médecin pour leur excès de poids veulent maigrir, mais ils n'ont pas nécessairement la motivation nécessaire pour le faire. C'est au médecin d'aider son patient à découvrir ce qui ne va pas par rapport à sa motivation.

L'Organisation mondiale de la santé parle maintenant d'épidémie globale à l'échelle de la planète. Dans nos sociétés nord-américaines, plus de 50 % de la population souffre de surpoids et d'obésité. L'obésité chez les enfants a augmenté de façon radicale pour atteindre presque un enfant sur trois. Les experts prédisent une épidémie imminente de diabète de type 2.²

Dans le but de simplifier la mesure de l'excès pondéral et les risques sur la santé, l'indice de masse

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?

Tableau 1

Classification de l'obésité en fonction de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et du risque pour la santé

Poids	IMC	Classe d'obésité	Tour de taille	
			Hommes < 100 cm	Femmes < 90 cm
Risque pour la santé				
< Normal	< 18,5	-	-	-
Normal	18,5 à 24,9	-	-	-
Embonpoint	25 à 29,9	-	Risque augmenté	Élevé
Obésité	30 à 34,9	I	Élevé	Très élevé
	35 à 39,9	II	Très élevé	Très élevé
Obésité extrême	> 40	III	Extrêmement élevé	Extrêmement élevé

IMC : indice de masse corporelle.

Adapté de la référence 14.

corporelle (IMC) est utilisé (IMC = poids [kg]/taille [m²]) (tableau 1).

En plus, le tour de taille est un bon indicateur de la quantité de gras viscéral qu'une personne possède et constitue un facteur indépendant du poids pour prédire les risques sur la santé.

« Les régimes ne fonctionnent pas »

Tous mes patients qui ont perdu du poids rapidement l'ont repris.

FAUX. Tous les régimes qui proposent une consommation moins élevée de calories que la consommation habituelle d'une personne provoquent une perte de poids.

Le choix du régime hypocalorique est cependant important afin de ne pas créer de carences nutritionnelles dommageables à la santé. Les nutriments les plus importants sont les protéines, dont la

quantité doit augmenter de façon inversement proportionnelle au nombre de calories prescrit, de façon à maintenir la masse musculaire et à prévenir un ralentissement du métabolisme basal. Le besoin en protéines étant de 0,8 g/kg de poids idéal au poids de maintien, augmente à 1,0 g/kg de poids idéal lorsqu'une personne suit un régime pauvre en calories (1 200 calories) jusqu'à 1,5 g/kg de poids idéal pendant un régime très pauvre en calories (moins de 800 calories).

Il est recommandé qu'une femme consomme un minimum de 1 200 calories par jour et qu'un homme en consomme un minimum de 1 500; la perte de poids ne doit pas excéder 1 % du poids total par semaine.

Les diètes à moins de 800 calories par jour s'adressent aux personnes qui ont un IMC de plus de 30 ou un IMC de 27 et qui présentent des

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?

comorbidités, à des personnes qui ont vécu des échecs répétés avec des régimes conventionnels pauvres en calories ou qui ont un besoin médical ou psychologique urgent de maigrir. Les diètes à moins de 800 calories par jour provoquent une perte de poids plus rapide tout en préservant la masse musculaire. Il faut s'assurer que le régime fournit les protéines et les autres nutriments indispensables à la santé du patient et ce dernier doit être sous la supervision d'un médecin compétent dans les modifications physiologiques reliées à ce type de régime.

Les résultats d'une étude comparative présentée au 8^e Congrès international sur l'obésité à Paris en 1998 ont démontré que ces 2 types de régimes (le régime pauvre en calories et le régime très pauvre en calories) ont le même taux de maintien pondéral après 4 ans, soit 82 %, lorsque le patient est suivi mensuellement après la perte de poids. Après 4 ans, sans suivi mensuel, le taux de maintien des 2 types de régime est de moins de 10 %.³

La mauvaise réputation des régimes vient du faible taux de maintien du poids après quatre ans. La reprise du poids à la suite d'un régime qui a protégé la masse musculaire n'est pas causée par un dérèglement du métabolisme, mais par un retour à une surconsommation de calories.^{4,5} D'où l'importance d'assurer un suivi mensuel à long terme afin d'entretenir la motivation du patient à conserver les nouveaux comportements acquis.^{3,6}

Le choix du régime doit autant que possible convenir au patient puisqu'il y adhèrera plus facilement. Nous devons aussi tenir compte de sa personnalité, de son état de santé, de son surplus de poids et de l'urgence médicale de la perte de poids.

Il faut aussi noter que le taux de succès du maintien du poids augmente avec le nombre d'échecs antérieurs, le patient ayant l'occasion d'apprendre sur lui-même chaque fois.

« C'est génétique »

Il n'y a rien à faire.

FAUX. Durant la dernière décennie, beaucoup de recherches ont été faites sur ce sujet. À ce jour, plus de 300 gènes ont été identifiés comme pouvant être liés à l'obésité. Les experts évaluent à environ 25 % le rôle de l'hérédité dans l'obésité; ce qui veut dire que l'environnement de la personne joue un rôle 3 fois plus important.⁷

Ainsi, une personne issue d'une famille obèse pourrait quand même maîtriser son poids en ingérant un peu moins de calories ou en augmentant un peu plus sa dépense énergétique. Si nous faisons une correspondance avec le métabolisme basal, nous pourrions dire qu'une demi-heure de marche par jour pourrait contrer la tendance héréditaire.

« Le yo-yo, c'est dangereux »

À force de suivre des régimes, vous ne pourrez plus maigrir et vous deviendrez même de plus en plus gros.

FAUX. Ce mythe est grandement répandu. Des études ont clairement démontré que le métabolisme basal ralentit de 5 % à 20 % pendant la période de perte de poids et revient à la normale 4 à 6 semaines après la réintroduction d'une alimentation permettant le maintien du poids.⁴ Ce ralentissement temporaire équivaut à environ 300 calories par jour, un ralentissement qui est compensé par une marche quotidienne de 30 à 40 minutes.

Une importante revue de la littérature sur le phénomène du yo-yo a conclu qu'il était plus

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?

dangereux de rester obèse que d'essayer de maigrir à répétition.⁸ Les études alarmistes sur les variations de poids ne tenaient pas compte des pertes de poids volontaires. Ces études mesuraient principalement les variations de poids involontaires causées par différentes maladies.⁸

Il est à noter que le taux de succès d'un alcoolique à sa première cure de désintoxication est de près de 0 %. Le pourcentage de succès augmente avec le nombre de tentatives. Il en est de même pour les patients qui souffrent d'un problème d'obésité. Un sondage mené auprès de 100 patients qui avaient atteint leur poids idéal et repris du poids par la suite a montré que seulement 12 % de ceux-ci en avaient repris plus qu'ils n'en avaient perdu.

Pour nous aider à identifier les habitudes, les comportements et les attitudes responsables du problème de poids, nous utilisons un questionnaire informatisé, que l'on met à la disposition du patient dans la salle d'attente.⁹ Ce dernier nous permet de constater que pour de nombreux patients qui consultent le médecin, la tentative d'amaigrissement n'est qu'un intermède temporaire dans une démarche évolutive de prise de poids.

« Je n'ai pas envie de jouer au psychologue »

Ils ne sont pas motivés. Ils sont passifs et sans volonté. Je n'ai pas le temps pour ça.

FAUX. Il y a beaucoup de souffrance tant physique que psychologique derrière le problème de l'obésité. C'est ce qui fait que la personne obèse est prête à tout faire et même à se faire arnaquer pour régler son problème.

Le médecin est le professionnel de la santé le mieux placé pour aider son patient et pour soulager sa souffrance. Notre expérience nous montre que le



Des études ont clairement démontré que le métabolisme basal ralentit de 5 % à 20 % pendant la période de perte de poids et revient à la normale 4 à 6 semaines après la réintroduction d'une alimentation permettant le maintien du poids. Ce ralentissement temporaire équivaut à environ 300 calories par jour, un ralentissement qui est compensé par une marche quotidienne de 30 à 40 minutes.

médecin sous-estime ses capacités d'aider son patient dans sa souffrance psychologique. Faire fi de cette dimension de l'être humain, c'est passer à côté du serment d'Hippocrate.

Un patient qui consulte, c'est un patient qui demande de l'aide. L'écoute empathique est la qualité première qu'un médecin doit posséder. Une publication récente rapportait que le médecin interrompt son patient après 23 secondes.¹⁰ Et pourtant, tous rapportent qu'ils écoutent bien leurs

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?

patients. Il y a aussi une immense différence entre « sympathie » et « empathie ». La sympathie est à proscrire. Un médecin n'est pas là pour conforter ses patients dans leurs malheurs ou leurs souffrances. L'empathie repose sur la compréhension profonde du comportement à changer et sur une attitude réaliste et optimiste en vue de motiver le patient au changement.

La deuxième qualité qu'un médecin se doit de posséder est celle de ne pas juger, peu importe les comportements du patient. Votre langage corporel en dit souvent beaucoup plus que les mots utilisés. Vos patients en surpoids sont pour la plupart des perfectionnistes et ils se culpabilisent pour la moindre déviation ou l'absence de changement sur le pèse-personne.

Le médecin doit aussi être en mesure de suggérer des éléments thérapeutiques sans les imposer. À cause de sa formation, le médecin est habitué à imposer son traitement. Pour favoriser des changements de comportement, c'est le patient qui doit se responsabiliser et choisir l'approche thérapeutique qui lui convient en collaboration avec son médecin.

Finalement, nous devons aider nos patients en leur donnant de l'espoir, en étant optimiste et en leur fournissant des outils susceptibles de les aider. Les échecs passés, les déviations ou les difficultés constituent des occasions d'apprentissage. Le succès réside dans la persévérance, et non dans la perfection. Nous devons montrer au patient comment tirer profit de ses erreurs pour s'améliorer.

« J'attends des médicaments efficaces »

Il n'y a rien à faire si ce n'est la chirurgie.

FAUX. Deux classes de médicaments existent : les anorexigènes et les médicaments qui diminuent

l'absorption de calories. Les indications des médicaments sont :

- Un échec des régimes amaigrissants conventionnels associés à une thérapie de changement de comportement.
- Un IMC de 27 et plus avec au moins une maladie associée.
- Un IMC de 30 et plus.

Certains anorexigènes offerts depuis plusieurs années sont de la famille lointaine des amphétamines (récepteurs noradrénergiques) et ont un effet stimulant. Leur usage est recommandé pendant un court laps de temps (environ six semaines).

La sibutramine est un nouvel anorexigène qui agit sur les neurorécepteurs de la sérotonine et de la noradrénaline. La perte de poids associée à l'usage de cette molécule est modeste, de l'ordre de 6 kg par an, et survient principalement au cours des 6 premiers mois du traitement.¹¹ Aucun cas de valvulopathie ou d'hypertension pulmonaire primaire n'a été identifié à ce jour. La sécheresse de la bouche et la constipation sont les effets secondaires les plus fréquents.¹²

Une nouvelle classe de médicaments vient de voir le jour : les inhibiteurs de la lipase pancréatique (orlistat). Leur propriété est de diminuer de 30 % l'absorption des graisses ingérées au cours du repas. Les pertes de poids sont du même ordre que celles induites par la sibutramine. Les effets secondaires les plus fréquents sont la stéatorrhée, les crampes abdominales et parfois, l'incontinence fécale.¹³

Le traitement de la personne aux prises avec un problème d'obésité ne devrait pas reposer principalement sur la médication, mais bien sur le changement de comportement et sur la motivation nécessaire pour y parvenir. Les médicaments peuvent être utilisés comme outil de démarrage ou de maintien du poids, mais devraient l'être de préférence pour de

Pourquoi les médecins n'aiment pas les GROS?

courtes périodes pendant lesquelles le patient a besoin d'une aide additionnelle pour affronter une situation difficile, physiologiquement ou émotionnellement. Nous ne croyons pas que la prescription d'un médicament sans soutien comportemental soit justifiable dans le traitement de l'obésité.

La chirurgie bariatrique (qui provoque une perte de poids) est encore à un stade expérimental et doit être pratiquée en dernier recours pour des cas d'obésité morbide (50 kg et plus), n'ayant pas réagi à plusieurs reprises aux méthodes conventionnelles (régimes pauvres en calories et régimes très pauvres en calories) associées à un traitement de changement de comportement.

Après la chirurgie, nous devons assurer un suivi médical étroit, un suivi nutritionnel pour prévenir les carences alimentaires et un suivi psychologique afin d'anticiper les états dépressifs et émotionnels secondaires à la perte d'un moyen de défense.

Conclusion

De plus en plus, l'obésité est perçue comme une maladie du comportement, au même titre que l'alcoolisme et la toxicomanie.

Grâce à son intérêt pour l'être humain et au contact étroit qu'il entretient avec son patient, le médecin est le professionnel de la santé le mieux

placé pour traiter cette affection qui possède tous les critères d'une épidémie. Chaque cas constitue un défi et chaque réussite apporte une grande satisfaction au médecin traitant. *Clin*

Références

1. National Research Council : *Committee on Diet and Health: Implications for reducing chronic disease risk*. Washington DC, National Academy Press, 1989.
2. World Health Organization : *Obesity, preventing and managing the global epidemic*. Genève, juin 1997.
3. Larocque, M, Réjeanne, G : Primary care treatment of obesity: Strategy for long-term weight maintenance. *American Journal of Bariatric Medicine* 14(3):16, 1999.
4. Wadden, AT : *Long term changes in weight, metabolic rate, and body composition in obese dieters*. Sixième Congrès international sur l'obésité, Japon, 1990.
5. Lichtman, SW, et coll. : Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *New Eng J Med* 327(27):1893, 1992.
6. Perri, MGM, McAdoo, GW, Spevak, AP, et coll. : Effect of a multicomponent maintenance program on long-term weight loss. *J Consult Clin Psychol* 52(3):480, 1984.
7. Bouchard, C : The genetic dissection of human obesity: Illustrations from recent studies. *Int J Obes Relat Metab Disord* 22(Suppl. 3):S4, 1998.
8. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity: Weight cycling. *JAMA* 272:1196, 1994.
9. Larocque, M, Stotland, SC : The Larocque obesity questionnaire: A new measure of the psychological factors in weight control. *American Journal of Bariatric Medicine* 15(3):12, 2000.
10. Pellerin, C. : En moyenne, un médecin interrompt son patient après 23 secondes! *L'actualité médicale* 21(35):29, 2000.
11. Jones, SP, Smith, IG, Kelly, F, et coll. : Long-term weight loss with sibutramine. *Int J Obes Relat Metab Disord* 19 (Suppl. 2):41, 1995.
12. Heshka, S, Kaiser, PE, De Haan, HA, et coll. : Anorectic activity and safety of sibutramine 10 mg per day in obese subjects. *Obes Res* 1(Suppl. 2):117S, 1993.
13. Harp, JB : An assessment of the efficacy and safety of orlistat for the long-term management of obesity. *J Nutr Biochem* 9:516, 1998.
14. Larocque, M. : Traitement de l'obésité. *Mature Medicine Canada* 3(3):106, 2000.

Lectures à suggérer à vos patients

1. Larocque, M : *Maigrir par la motivation*. Cinquième édition. Éditions Québecor, Montréal, 1998, 221 p.
2. Larocque, M : *L'art de maigrir grâce au poids mental*. Éditions Québecor, Montréal, 2000, 169 p.
3. Larocque, M, Larose, D : *La nouvelle révolution diététique*. Éditions Québecor, Montréal, 2001, 270 p.

Formation médicale continue...

Vous trouverez à la page 191 le Médi-test, un test de formation médicale continue fait en collaboration avec l'Université Laval. En remplissant correctement ce test, vous pouvez obtenir 1 heure de crédit de catégorie 2.