

ALIMENTATION : COMMENT GÉRER SON POIDS ?

HORS-SÉRIE # 6 - MAI 2015

CHF 4.50

Dossier : Les secrets du poids • Régime : une fausse bonne idée • Mon enfant n'aime pas les légumes • Fructose, une menace cachée dans nos assiettes
• La maigreur et ses risques pour la santé • Qu'est-ce que le « binge eating » ?
• Techno : mon poids connecté • Josef Zisyadis ou l'art du goût



planète santé

Information
médicale
grand public



La collection de livres

Ces petits guides thématiques répondent aux questions que tout le monde se pose sur différents thèmes de santé. En mettant le patient au centre, ils renouvellent l'approche de la compréhension de la santé par la population.

www.planetesante.ch/collection

Le site [planetesante.ch](http://www.planetesante.ch)

Le site Planetesante.ch est le portail médical n° 1 en Suisse romande. Une équipe de médecins, d'experts et de journalistes produit des articles qui répondent aux questions santé du grand public. Ce site résulte également d'une collaboration réunissant une cinquantaine de partenaires de santé publique.



Le magazine

Le magazine Planète Santé décrypte autant la santé au quotidien que les concepts médicaux novateurs, en restant indépendant.

www.planetesante.ch/magazine

IMPRESSUM

RÉDACTEUR EN CHEF
MICHAEL BALAVOINE
RÉDACTRICE EN CHEF ADJOINTE
ELODIE LAVIGNE
RÉDACTEURS
PATRICIA BERNHEIM
ELISABETH GORDON
LAETITIA GRIMALDI
MARC HOCHMANN FAVRE
BENOÎT PERRIER
ESTHER RICH
ELLEN WEIGAND

CONCEPTION GRAPHIQUE
GIGANTO.CH

PHOTOGRAPHIE
ROMAIN GRAF
DR

EDITION
JOANNA SZYMANSKI

ÉDITEUR
EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE
CHEMIN DE LA MOUSSE 46
1225 CHÊNE-BOURG
PLANETESANTE@MEDHYG.CH
TÉL : +41 22 702 93 11
FAX : +41 22 702 93 55

FICHE TECHNIQUE
ISSN : 1662-8608
TIRAGE : 10 000 EXEMPLAIRES
5 FOIS PAR AN

PUBLICITÉ
MÉDECINE & HYGIÈNE PUBLICITÉ
MICHAELA KIRSCHNER
IVAN KÜTTEL
CHEMIN DE LA MOUSSE 46
1225 CHÊNE-BOURG
PUB@MEDHYG.CH
TÉL : +41 22 702 93 41
FAX : +41 22 702 93 55

ABONNEMENTS
VERSION ÉLECTRONIQUE : GRATUITE
ABONNEMENT PAPIER : CHF 12/AN
TÉL : +41 22 702 93 29
FAX : +41 22 702 93 55
ABONNEMENTS@MEDHYG.CH
WWW.PLANETESANTE.CH

**PLANÈTE SANTÉ
EST SOUTENU PAR**

- LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE
- LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VALAIS
- L'ASSOCIATION DES MÉDECINS
DU CANTON DE GENÈVE
- LA SOCIÉTÉ NEUCHÂTELOISE
DE MÉDECINE
- LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CANTON
DU JURA

COMITÉ DE RÉDACTION
DR PIERRE-YVES BILAT
DR HENRI-KIM DE HELLER
DR MARC-HENRI GAUCHAT
DR BERTRAND KIEFER
DR MICHEL MATTER
DR MONIQUE LEKY HAGEN
DR REMO OSTERWALDER
M. PIERRE-ANDRÉ REPOND
PR BERNARD ROSSIER
M. PAUL-OLIVIER VALLOTTON
DR VÉRONIQUE MONNIER-CORNUZ
DR WALTER GUSMINI



Michael Balavoine
rédacteur en chef

EDITO

POUR ÉVALUER SON POIDS, LA BALANCE NE SUFFIT PAS

Même pour ceux qui tentent de le nier, le poids devient, à l'approche de l'été, la préoccupation numéro une. Les plus intellectuels d'entre nous peuvent dire ce qu'ils veulent, avec l'arrivée de l'été, c'est bel et bien l'esthétique qui prend le dessus.

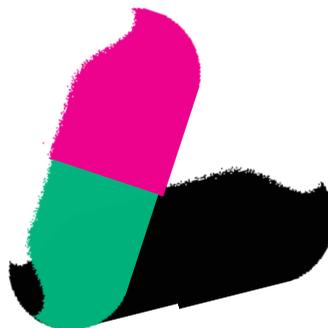
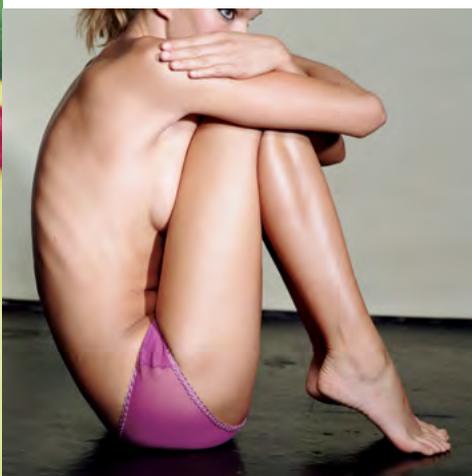
Il n'y a qu'à voir le nombre d'applications mobiles proposées pour maîtriser enfin ses diaboliques kilos superflus pour comprendre que les hommes et les femmes d'aujourd'hui partagent ce vieux souci d'un corps bien fait plutôt que celui d'une tête plus ou moins bien remplie. Balance connectée, calories grillées, journal diététique : la mesure via les smartphones est partout, comme le symbole de cette obsession d'un soi parfait, c'est-à-dire musclé et svelte.

Mais est-ce vraiment cela un poids idéal pour la santé ? La réponse est évidemment non. Le poids ne doit pas être confondu avec la ligne. Deux médecins américains du Pennington Biomedical Research Center, à Baton Rouge en Louisiane, viennent d'ailleurs de montrer que « de petits excès de tissus adipeux pourraient fournir des réserves d'énergie lors de certaines maladies et avoir d'autres effets salutaires non encore élucidés. » Entendons-nous bien : il ne s'agit

pas de dire que le surpoids est sain. Mais bien que la valeur du poids est plus compliquée à déterminer qu'il n'y paraît. Toujours dans la même veine, des chercheurs ont mis en avant qu'un indice de masse corporel trop bas pourrait être lié à un risque accru de démence de type Alzheimer.

Que nous disent ces études, en résumé ? Elles confirment ce que l'on soupçonnait déjà : la balance est une mesure du poids très incomplète qui comporte le risque non négligeable de devenir une obsession. Le poids ne se résume pas à un simple contrôle. Il s'agit d'une donnée personnelle qui doit s'analyser sur le long terme et de façon très fine selon l'histoire de chacun. L'indice de masse corporelle traditionnel est bien sûr un indicateur. Comme le tour de taille : trop de graisses au niveau du ventre est le signe d'un risque accru de maladies cardiovasculaires. Mais il ne s'agit là que de pistes : pour le reste, le poids reste à bien des égards une boîte noire difficile à interpréter. C'est pour vous aider dans la quête de ce poids idéal que nous avons conçu ce numéro. Alors, pour une fois, inversez la devise et dévorez-le sans modération. ●

ERRATUM : Une erreur s'est glissée dans le N°19 de Planète Santé, aux pages 16-17. Les titres des radiographies ont malencontreusement été inversés : le texte en page 16 devrait porter le titre « Les coudes » et celui en page 17 devrait porter le titre « Les chevilles ». Cette erreur a immédiatement été corrigée sur la version en ligne, que vous pouvez consulter et/ou télécharger en format PDF sur Planetesante.ch/magazine. Nous nous en excusons et remercions d'avance tous nos lecteurs pour leur compréhension et leur fidélité.



32



30

LES SECRETS DU POIDS

Les mécanismes du poids • « Nourriture et émotions sont indissociables » • Garder la ligne : une utopie ?

INTERVIEW : DR BIJAN GHAVAMI

- 14 « La chirurgie de l'obésité est un coup de pouce pour les patients »**

INFOGRAPHIE

- 18 Traitement chirurgical de l'obésité**

INTERVIEW : CYRILLE GINDRE

- 20 « Dès qu'on bouge, tout va mieux »**

NUTRITION

- 22 Régimes amaigrissants : fausses promesses et effet yoyo**

MÉDICAMENTS

- 24 Coupe-faim, pourquoi il ne faut pas croire aux miracles**

ENFANTS

- 26 « Je n'aime pas les épinards ! »**

INDUSTRIE

- 30 Le fructose, une fabrique de diabètes de type 2**

RECHERCHE

- 32 L'ocytocine : nouveau traitement contre l'obésité ?**

SOUS-POIDS

- 34 La maigreur aggrave les maladies**

COMPORTEMENT

- 36 Ce poids qui m'obsède**

PSYCHO

- 38 Le « binge eating », manger de manière compulsive**

HI-TECH

- 40 Applications et objets connectés pour gérer son poids**

FICHE MALADIE

- 42 L'obésité**

JURIDIQUE

- 46 Chirurgie de l'obésité : quelle prise en charge par l'assurance de base ?**

INTERVIEW : JOSEF ZISYADIS

- 48 « Le goût des bons plats me vient de l'enfance »**





DOSSIER LES SECRETS DU POIDS

Notre poids nous renvoie à notre image, mais il est aussi un sérieux marqueur de santé. Comment et pourquoi il évolue, les facteurs qui l'influencent, les dangers du surpoids et comment garder la ligne : des spécialistes nous disent tout, ou presque.

Les mécanismes du poids • « Nourriture et émotions sont indissociables » • Garder la ligne : une utopie ?

Les mécanismes du poids

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE

C'est autant une histoire personnelle qu'une véritable question de société aux enjeux sanitaires et économiques de taille. Le poids nous concerne tous. Dans le monde, 39% des adultes (18 ans et plus) sont en surpoids tandis que 13% souffrent d'obésité, d'après de récentes (2014) estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon cette même source, le surpoids et l'obésité concernaient près de 42 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en 2013.

Où en êtes-vous avec votre poids ?

On en a souvent une légère idée... mais pour savoir si on a un poids sain, le premier réflexe est de monter sur la balance.

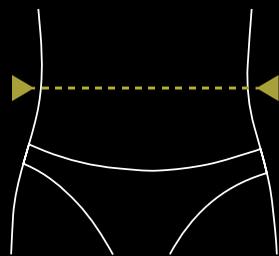
Or, elle n'est pas forcément le meilleur juge, selon le Dr Dimitrios Samaras, spécialiste en nutrition à Genève pour qui le poids est comme une « boîte noire ». Pour en avoir une meilleure estimation, il faut d'abord mettre en rapport son poids et sa taille, en calculant son indice de masse corporelle (IMC). Cet outil permet d'estimer rapidement le surpoids et l'obésité de l'adulte, quels que soient son âge et son sexe. La formule est simple : il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en m) au carré (voir infographie). Un IMC normal correspond à une valeur entre 18,5 et 24,9 kg/m². Un IMC égal ou supérieur à 25 indique un surpoids. Egal ou supérieur à 30, il est synonyme d'obésité. Au-delà de 40, on parle d'obésité morbide, ce qui signifie que l'excès pondéral est fortement lié à d'autres maladies telles que le diabète, l'hypercholestérolémie, les apnées du sommeil, des douleurs ostéo-articulaires, etc.

taille, grâce à un ruban que l'on place à mi-distance entre la dernière côte et la pointe de la hanche, à la fin d'une expiration normale (voir infographie). Un tour de taille élevé indique la présence de graisse intra-abdominale, qui est un facteur de risque de diabète et de maladies cardio-vasculaires.

Une silhouette en pomme ou en poire ?

Utile, la graisse est toutefois nocive si on en a trop et en particulier sur certaines parties du corps. A cet égard, les spécialistes distinguent deux formes d'obésité : androïde (en forme de pomme) et gynoïde (en forme de poire) (voir infographie). Quand la graisse se concentre sur le haut du corps (tronc et abdomen), elle expose davantage aux risques évoqués ci-dessus. Cette silhouette « pomme » est plus courante chez les hommes. Quand la graisse est localisée surtout dans le

MESUREZ VOTRE TOUR DE TAILLE



En fonction du tour de taille, il est possible d'évaluer les risques pour la santé d'un éventuel excès pondéral

Chez l'homme :

- < 94 cm : risque faible
- > 94 cm : risque accru
- > 102 cm : risque très élevé

Chez la femme :

- < 80 cm : risque faible
- > 80 cm : risque accru
- > 88 cm : risque très élevé

“L'ACTIVITÉ PHYSIQUE PERMET D'AFFINER SON TOUR DE TAILLE,,

Une question de centimètres ?

L'IMC définit avant tout une zone de normalité, mais l'outil à lui seul ne suffit pas car ne tient pas compte de la constitution de la personne, de sa composition corporelle (rapport entre masse grasse et masse musculaire) et de la localisation de la graisse, comme l'explique Dominique Durrer, médecin spécialiste en nutrition à Vevey et auteur de plusieurs ouvrages sur le sujet : « Une personne très musclée peut avoir un IMC élevé, alors qu'elle a plus de muscles que de graisses ». Il faut donc mesurer également le tour de

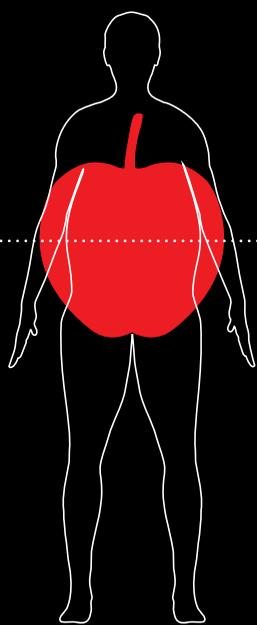
bas du corps (les hanches, les cuisses et les fesses), elle a une fonction plus protectrice (par exemple, réserve en période d'allaitement). Cette silhouette « poire » est plus courante chez les femmes.

De la graisse ou du muscle ?

Au-delà du nombre de kilos sur la balance, c'est avant tout la composition corporelle qui compte, soit la répartition entre la masse grasse et la masse maigre (muscles, eau et organes). Retrouver un poids sain consiste à faire fondre la graisse tout en préservant voire en

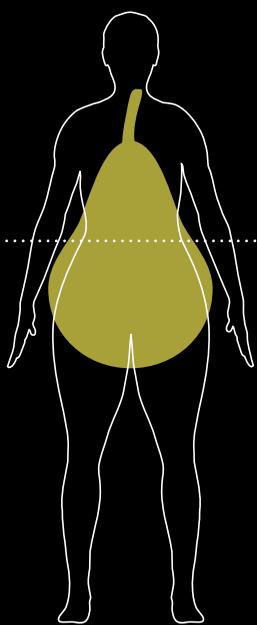
augmentant sa masse musculaire. C'est grâce à la pratique d'une activité physique que l'on va pouvoir améliorer la composition corporelle et affiner son tour de taille. Pour évaluer le taux de graisse - que l'on va corrélérer avec l'âge, le poids, la condition physique - il faut recourir à un système de bio-impédance, de préférence auprès d'un spécialiste. Une balance à impédancemétrie envoie une impulsion électrique dans chaque jambe, tandis que deux électrodes analysent le haut du corps. Le courant de faible intensité parcourt l'eau qui se trouve dans les muscles et rencontre une plus grande résistance lorsqu'il s'agit de tissus adipeux. Basées sur deux points, les balances du commerce donnent des indications imparfaites car ne tiennent pas compte du haut du corps. ●

SILHOUETTE EN FORME DE POMME



- Graisse viscérale importante sur le haut du corps
- Risque accru de problèmes de santé liés au surpoids

SILHOUETTE EN FORME DE POIRE

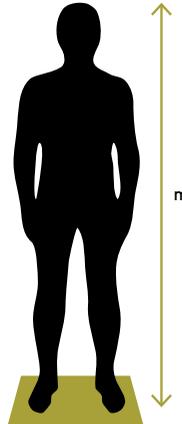


- Peu de graisse viscérale
- Moins de risque pour la santé lié au surpoids

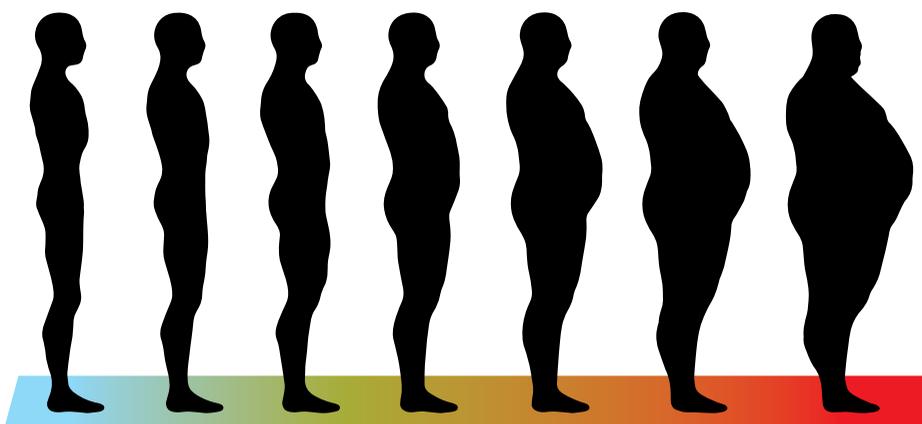
Taille

INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) = KG/M²

Diviser le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré



kg



IMC	Description	Mortalité
Moins de 16.5	Dénutrition	Mortalité ++
16.5 - 18.4	Maigreur	Mortalité +
18.5 - 24.9	Poids idéal	
25 - 29.9	Surpoids	Mortalité +
30 - 34.9	Obésité modérée	Mortalité ++
35 - 39.9	Obésité sévère	Mortalité +++
40 - 49.9	Obésité morbide	Mortalité ++++

PR ALESSANDRA CANUTO

« Nourriture et émotions sont indissociables »

Loin d'être purement fonctionnel, manger est un acte hautement symbolique et en lien très fort avec nos émotions. Interview de la Professeure Alessandra Canuto, psychiatre et psychothérapeute, spécialiste des troubles du comportement alimentaire aux Hôpitaux universitaires de Genève.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE

P.S.: La nourriture est notre carburant, mais quelles autres fonctions remplit-elle ?

A.C.:

La nourriture est indissociable de l'homme. Elle est au cœur de toutes les mythologies du monde. Elle fait partie intégrante de la ritualité, comme au temps des pharaons où elle accompagnait le « grand départ ». Elle est constamment en lien avec des valeurs sociales, culturelles et familiales. Autrement dit, elle n'est pas qu'une somme de calories.

En quoi notre façon de nous nourrir parle de ce que nous ressentons ?

La nourriture a quelque chose de très archaïque et illustre des situations émotionnelles. On peut déduire d'un comportement alimentaire le bien-être (ou le mal-être) de quelqu'un. Pour savoir si un bébé va bien, on demande à sa maman comment il mange.

Beaucoup de choses se jouent autour des repas, qui sont un point de rencontre. Pour prendre un exemple, à Noël, il arrive dans certaines familles qu'un de ses membres refuse de prendre part au repas. Un tel refus est une façon d'exprimer un conflit familial profond. On remarque également que lorsqu'un couple va mal, l'homme et la femme arrêtent de manger

ensemble. De manière plus générale, notre humeur peut altérer notre rapport à la nourriture.

“POUR SAVOIR SI UN BÉBÉ VA BIEN, ON DEMANDE À SA MAMAN COMMENT IL MANGE,,

Voulez-vous dire que si on se sent mal, on ne mange pas ?

Pas forcément. L'équation émotions et nourriture n'est pas linéaire. On communique nos émotions à travers notre façon de manger, mais la traduction

sera totalement individuelle. Une personne dépressive peut très bien moins s'alimenter ou à l'inverse manger avec excès. L'anxiété coupe l'appétit à certains tandis qu'elle pousse d'autres à trouver du réconfort dans des aliments sucrés. Autre exemple : un adolescent qui mange moins communique quelque chose, mais quoi ? Est-il amoureux, subit-il du racket, a-t-il des problèmes scolaires, découvre-t-il sa sexualité ? Il ne faut pas tirer des conclusions uniques à un comportement, quel qu'il soit, parce que ses causes peuvent être multifactorielles.

Une variation pondérale doit-elle inquiéter ?

Pas forcément. La façon de s'alimenter et la relation à la nourriture sont des éléments plus objectifs que le poids. Une personne boulimique est en proie à une grande détresse psychologique. Elle mange par crise, mais comme elle se fait vomir, son poids ne changera pas ou très peu. Plus qu'au poids, il faut être attentif aux changements de comportement alimentaire et repérer le moment où cela bascule. Souvent, il est plus facile de faire remarquer à un proche qu'il mange peu (ou beaucoup) plutôt que de lui demander s'il est triste.



Des problèmes familiaux ou psychologiques peuvent influencer nos comportements alimentaires.

“LA NOURRITURE FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA RITUALITÉ,,

Quand faut-il s'inquiéter face à un comportement alimentaire inhabituel ?

Nous avons tous des périodes où l'on consomme plus de certains aliments, du café, du chocolat, des douceurs, etc. Ce sont des stratégies d'adaptation et de réconfort banales et tout à fait normales. Mais quand on a l'impression que ces stratégies sont insuffisantes ou que nos réflexes alimentaires ne nous appartiennent plus, il est bon d'accorder

de l'attention à nos émotions et au mal-être sous-jacent. Si un sentiment de souffrance persiste, c'est une bonne idée de consulter un spécialiste.

Ce n'est pas nécessairement grave de manger beaucoup de chocolat par exemple ?

L'appréciation du « problème » dépend du contexte, des habitudes de la personne, de ses normes, de ses représentations et

de sa santé. L'orthorexie a des limites, il faut s'écouter. Si une personne sans problèmes de santé ou de poids particuliers mange une plaque de chocolat par jour, ce n'est pas si grave. Par contre, c'est une autre histoire si elle est diabétique. Il est important de donner du sens à un comportement alimentaire. Si le chocolat est associé à une tristesse, il faut s'occuper de cette tristesse. ●

Garder la ligne : une utopie ?

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE

On sait qu'un individu dont les deux parents sont obèses a 80 % de risque de le devenir à son tour, alors que ce risque n'est que de 10 % quand les parents ont un poids sain. Y aurait-il alors un gène du poids ? « Non, répond le Dr Samaras. Si plusieurs gènes jouent un rôle dans le poids, les parents obèses transmettent surtout leur façon de manger ». Un avis que partage la Dresse Durrer : « On attribue un tiers à la génétique et deux tiers aux habitudes de vie, soit à l'alimentation et au degré d'activité physique. D'où l'importance pour les parents d'accompagner leurs enfants dans le mouvement, de leur donner la possibilité d'essayer différents sports et de leur proposer une alimentation adéquate en termes de quantité et de qualité ».

Vieillir c'est grossir ?

Comment le poids évolue-t-il au cours de la vie ? Maintenir un poids stable est recommandé, mais une prise de 10 kg est considérée comme acceptable et normale entre 20 et 60 ans. Ce sont surtout les variations importantes et rapides de poids qu'il faut éviter, confirme la Dresse Durrer, « il est préférable d'avoir un léger surpoids constant, à condition de rester actif ».

De manière naturelle, nous prenons du poids avec l'âge et notre composition corporelle se modifie. On perd de la masse musculaire au profit de la graisse : « Nos tissus ont tendance à consommer moins d'énergie, donc si on avale les mêmes quantités, on risque de prendre du poids », décrit la spécialiste. Le poids augmente d'autant plus si une certaine sédentarité s'installe. Mais pour le Dr Samaras, ce n'est pas inéluctable. On peut garder son poids si on décide de rester physiquement actif.

Cette prise de poids due à l'âge est toutefois plutôt salutaire. Un léger surpoids est

en effet protecteur à l'égard des risques de fractures, d'ostéoporose et de maladies en général qui augmentent avec l'âge. Pour ces raisons, on tolère un indice de masse corporelle plus élevé. Après l'âge de 75 ans, la norme n'est plus entre 22 et 23 mais entre 25 et 27.

Pourquoi je grossis ?

Indépendamment de l'âge, un excès de poids s'installe lorsqu'il y a un déséquilibre entre les apports caloriques et les dépenses énergétiques. Mais des facteurs

sociaux, comportementaux et psychologiques jouent également un rôle. Un changement de profession impliquant moins d'activité physique ou l'arrêt soudain d'une pratique sportive pèsent généralement sur la balance.

Certaines étapes de la vie sont également plus à risque de favoriser une prise de poids. Chez l'homme, il semblerait que le mariage en soit une, selon la Dresse Durrer. Chez la femme, c'est la grossesse qui peut favoriser la prise de poids (si des kilos s'accumulent après chaque

10 conseils pour maintenir un poids stable

- 1 Adopter une alimentation équilibrée. Limiter le plus possible la nourriture industrielle trop riche en sucre et en graisse. Manger varié sans avoir des aliments tabous (« plus de chocolat ») au risque de provoquer des frustrations, sources de mauvais comportements alimentaires.
- 2 « Manger comme un roi le matin, comme un riche à midi et comme un pauvre le soir ». Pour le Dr Samaras, l'adage est plein de fondement. Le soir, il recommande de diminuer les féculents et de privilégier les légumes et les protéines.
- 3 Manger lentement.
- 4 Après avoir mangé les trois quarts de votre assiette, se demander si on a encore faim. Si ce n'est pas le cas, laisser ce qui reste.
- 5 Anticiper les grosses faims en prenant des collations (sans grignotage !) entre les repas.
- 6 Rester à l'écoute des sensations de faim et de satiété.
- 7 Introduire du plaisir autour de la table, par exemple en cuisinant soi-même.
- 8 Dormir suffisamment selon ses besoins. Un mauvais sommeil – apnées et ronflements – est un des facteurs de risque d'obésité. Rester éveillé tard incite à manger davantage.
- 9 Bouger régulièrement, dans un objectif de plaisir. L'activité physique idéale est celle qu'on arrive à maintenir sur le long terme.
- 10 Bannir les régimes restrictifs au risque de tomber dans le redoutable effet yoyo. Pour affiner sa silhouette, s'adresser à un spécialiste pour un programme (nutrition et activité physique) personnalisé.

grossesse), mais également la ménopause en raison des modifications hormonales qu'elle implique.

Les grands stress de la vie (déménagement, décès d'un proche, rupture, changements de profession) sont susceptibles aussi de perturber notre alimentation et d'induire une prise (voire une perte dans certains cas) de poids notable.

L'arrêt du tabagisme, malgré ses importants bénéfices sur la santé, peut occasionner une prise de poids de 5 kg en moyenne un an après le sevrage. « D'une part car la suppression de la nicotine

abaisse le métabolisme de base, d'autre part parce que la relation addictive à la cigarette a tendance à se reporter sur la nourriture », commente le Dr Samaras.

Pourquoi il ne faut pas faire de régime

Un autre facteur nocif et plus inattendu sont les régimes restrictifs qui, en plus d'être inefficaces, conduisent à une prise de poids à long terme. Les chances de succès sont de « 5 % à 5 ans », pose d'emblée la Dre Durrer. C'est à cause de l'effet yoyo qu'ils provoquent que

les régimes sont proscrits par les spécialistes. Les diètes qui promettent des résultats rapides font d'abord fondre la masse maigre (muscles et eau) et non la graisse, qui est pourtant notre ennemi numéro un ! Or, à force, il en résulte une baisse du métabolisme de base : notre corps consomme moins d'énergie au repos, même lorsque l'on reprend une alimentation normale. Les conséquences psychologiques ne tardent pas. La fatigue et la frustration s'installent, et c'est alors la porte ouverte à une reprise de poids - et en premier de la graisse. La reprise de kilos sera d'autant plus importante qu'on n'a pas renoncé à ses mauvais réflexes alimentaires. A la longue, la composition corporelle se modifie, la proportion de tissu adipeux gagnant toujours plus de terrain. Conséquence : il devient toujours plus difficile de maigrir. Les kilos restent, s'accumulent et l'estime de soi s'en ressent. ●



© BETTY IMAGES/JULIA DAVILA-LAMPE

A QUELLE FRÉQUENCE SE PESER ?

Le suivi quotidien du poids grâce aux balances et autres bracelets connectés est tendance, mais est-ce une bonne idée ? Pas vraiment. Si l'historique du poids a un intérêt sur le long terme, monter tous les jours sur la balance pourrait rendre obsessionnel et déclencher des troubles du comportement alimentaire. De plus, cela ne donne pas des informations très pertinentes, le poids pouvant varier en moyenne de 2 % d'un jour à l'autre.

Les variations de poids aiguës et soudaines ne sont en effet pas dues à une augmentation de la graisse mais à la rétention de liquide, causée par exemple par une alimentation trop salée. Une femme peut prendre jusqu'à deux kilos d'eau avant ses règles. A l'inverse, une forte mobilisation des réserves en glycogène lors d'une performance physique diminue drastiquement nos réserves en eau, donc notre poids. Il est donc suffisant de se peser une fois par mois, de préférence le matin à jeun, en sous-vêtements et après avoir été aux toilettes.

L'obésité se dessine très tôt

Le destin du poids se dessine très tôt dans la vie. Plusieurs facteurs de risque d'obésité ont en effet été décrits. Parmi les facteurs susceptibles d'augmenter les risques d'obésité chez l'enfant, on trouve l'obésité de la mère avant la grossesse, une prise de poids excessive et le tabagisme durant les neuf mois de gestation, un poids de naissance élevé (risques doublés au-dessus de 4 kg), un nombre d'heures de sommeil insuffisant pour le bébé (moins de 12 heures), etc.

Lorsqu'on observe un excès pondéral chez l'enfant, il est capital d'intervenir le plus tôt possible (avant 12 ans) pour éviter que le problème ne perdure à l'âge adulte et qu'il n'entraîne des conséquences sur la santé. Les parents ont un rôle central à jouer, car ils transmettent à leurs enfants des habitudes et un certain comportement alimentaire.

DR BIJAN GHAVAMI

« La chirurgie de l'obésité est un coup de pouce pour les patients »

En janvier dernier, le Docteur Bijan Ghavami, spécialiste en chirurgie viscérale à la Clinique de la Source à Lausanne, a été élu membre à titre étranger de l'Académie nationale française de chirurgie. Troisième médecin suisse à intégrer la prestigieuse institution, il évoque les progrès et incertitudes de la chirurgie de l'obésité.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE

P.S.: On parle beaucoup de chirurgie bariatrique aujourd'hui, mais quel recul a-t-on face à l'efficacité de cette option thérapeutique chez les patients obèses ?

B.G.: Une étude suédoise parue en 2013*, menée sur 3570 patients obèses suivis pendant 20 ans, a démontré la supériorité de la chirurgie sur les traitements conservateurs (diététique et activité physique). A long terme, la perte de poids chez les patients du groupe chirurgie se situait autour de 40 à 80% d'excès de poids, selon le type d'opération, alors que ceux du groupe témoin (traitement conservateur) n'avaient pas changé de poids.

La chirurgie est-elle ouverte à toutes les personnes en surpoids ?

Non. Comme le stipule l'ordonnance fédérale de 2011, la chirurgie de l'obésité est réservée aux personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) dépasse les 35 kg/m² (IMC = poids/taille²). A ce stade, on parle d'« obésité morbide », ce qui signifie que le surpoids induit ou risque d'induire d'autres problèmes de santé comme le

diabète de type 2, l'apnée du sommeil, des douleurs articulaires, des reflux gastro-œsophagiens, une augmentation du risque cardiovasculaire ou encore un syndrome métabolique (hypertension, excès de cholestérol, diabète).

Y a-t-il d'autres conditions qu'une IMC élevée ?

Oui. Selon cette même ordonnance, les conditions de prise en charge de la chirurgie de l'obésité sont strictes. En plus du seuil de l'indice de masse cor-

centres certifiés par des médecins agréés.

Comment prépare-t-on les patients à une telle intervention ?

La préparation à l'intervention dure entre neuf et douze mois. Cela s'apparente à un vrai parcours du combattant. Les médecins doivent écarter toute contre-indication (psychiatrique ou problèmes d'addiction). Les éventuels troubles du comportement alimentaire doivent être soignés. Puis, globalement, on prépare ces patients aux changements de vie qui

“UNE OPÉRATION BARIATRIQUE IMPLIQUE UNE SURVEILLANCE MÉDICALE ÉTROITE À VIE,,

porelle fixé à 35, il faut qu'un traitement amaigrissant approprié de deux ans soit resté sans effet pour qu'une opération chirurgicale soit remboursée. De plus, elle ne peut se dérouler que dans des

en résultent. En apparence, ils sont en bonne santé. Avec l'opération, on les rend en quelque sorte « malades ». On leur explique qu'ils ne pourront plus rester des heures à table, que leurs habitudes



alimentaires vont changer. C'est la raison pour laquelle les candidats à la chirurgie sont astreints à une série de séances d'informations sur l'obésité elle-même, la chirurgie, ses risques, ses complications, ses alternatives, ses suites, etc. Des cours de nutrition et une rencontre avec un patient opéré sont également proposés.

Quels sont les risques de la chirurgie ?

Dans 2 à 3% des cas, il peut y avoir des complications immédiates (rupture des sutures, péritonites) qui peuvent

nécessiter une nouvelle intervention. A plus long terme, il y a un risque d'effets secondaires divers (diarrhée, calculs dans la vésicule biliaire, occlusions intestinales, troubles et carences métaboliques). Cela implique une surveillance médicale étroite à vie. Le risque de décès est de moins de 1%. En revanche, le risque de mourir des conséquences de l'obésité est beaucoup plus élevé - neuf fois plus important pour les maladies cardiovasculaires, le cancer du sein, et du côlon.

En quoi la participation active du patient est-elle nécessaire durant tout ce cursus ?

Elle est indispensable. Durant six semaines après l'opération, le patient est astreint à un régime alimentaire draconien (semi-liquide et lisse). Je passe un contrat moral avec mes patients qui s'engagent à ne pas avoir de comportements inadéquats qui les mettraient en danger. Ensuite, il y a un suivi étroit auprès de plusieurs spécialistes pour contrôler qu'il n'y a pas de carences nutritionnelles ou des complications d'ordre chirurgical. On accompagne le patient sur le plan nutritionnel et on est attentif à l'émergence ou à la poursuite d'éventuels troubles du comportement alimentaire.

Combien de kilos peut-on perdre après une telle opération ?

Il est impossible de prédire la perte de poids, car elle dépend beaucoup du



© REBECCA BOWRING

Bio Express

Le Docteur Bijan Ghavami a été récemment élu membre à titre étranger de l'Académie Nationale française de Chirurgie. Cela fait de lui le troisième médecin suisse à intégrer la prestigieuse institution. Tout au long de sa carrière, il s'est impliqué dans de nombreux travaux concernant la chirurgie viscérale. Il a été un des pionniers de la chirurgie laparoscopique, et le premier médecin du canton de Vaud à effectuer des opérations bariatriques avec le robot chirurgical da Vinci, à la Clinique de la Source. Très engagé au niveau international, il préside deux associations internationales de chirurgie laparoscopique : la Fédération Internationale Francophone de Coelio-Chirurgie (FIFCC) et la Mediterranean & Middle Eastern Endoscopic Surgery Association (MMESA). Il est par ailleurs le président d'honneur de l'Association Suisse Romande de Chirurgie Coelioscopique, dont il a été le fondateur.

profil du patient. Dans 80 % des cas, l'opération est une réussite, c'est-à-dire que le patient atteint ou approche le poids espéré.

Cette perte est-elle définitive ?

Un des effets de l'opération est la suppression de l'hormone de l'appétit sécrétée par la partie de l'estomac qui va être exclue. Après deux à trois ans toutefois, le corps va se mettre à sécréter l'hormone de l'appétit ailleurs dans le corps. Dès lors, les gens retrouvent la sensation de faim, voire perpétuent des comportements déviants. Le risque de reprise de poids existe. L'opération n'est qu'un

perdre entre 40 et 80 % du surplus de poids. Cet amaigrissement entraîne un excès de peau disgracieux au niveau du ventre, des bras, des seins et entre les cuisses.

Est-ce à dire que c'est une opération miraculeuse ?

Non. La chirurgie est là pour aider les patients en échec dans leur perte de poids et pour leur éviter des comorbidités. C'est un coup de pouce. Comme on l'a vu, subir une intervention est en soi un effort et demande une certaine adaptation, parfois à vie, de la part de ces patients.

générale, comme la chirurgie de l'obésité est aujourd'hui moins agressive et plus efficace, les gens s'intéressent beaucoup plus à ces traitements. On observe d'ailleurs une multiplication des interventions un peu partout. Par exemple en France, en 2014, plus de quarante mille interventions ont été pratiquées.

Y a-t-il des progrès à attendre du côté des techniques opératoires ?

L'évolution et la recherche sont constantes pour trouver des techniques qui permettent une perte de poids efficace avec le moins de complications possibles. La recherche s'oriente également vers des médicaments « anti-gréhline (hormone de l'appétit) », c'est-à-dire des médicaments permettant de diminuer l'appétit et donc de limiter la prise de poids.

Au Brésil, en Turquie et en Inde, dans le traitement du diabète, on transpose une partie de l'intestin grêle pour favoriser une sécrétion plus rapide de l'hormone de la satiété. Ce genre de procédés pourrait être intéressant dans le traitement de l'obésité, mais il faut que les mentalités évoluent. Pour beaucoup de médecins le by-pass n'est pas encore accepté, l'obésité étant pour eux une question de volonté avant tout. ●

*Burza MA1, Romeo S, Kotronen A, Svensson PA, Sjöholm K, Torgerson JS, Lindroos AK, Sjöström L, Carlsson LM Peltonen M. Long-term effect of bariatric surgery on liver enzymes in the Swedish Obese Subjects (SOS) study. PLoS One. 2013;8(3): 2013 Mar 26

“IL EST IMPOSSIBLE DE PRÉDIRE LA PERTE DE POIDS,,

coup de pouce! Le patient doit faire attention à son hygiène de vie (alimentation et activité physique). L'échec, c'est-à-dire la reprise totale du poids au bout d'une dizaine d'années, est toutefois rare.

Qu'en est-il concrètement du changement physique ?

Le changement de l'image corporelle est important et rapide. En une semaine, les patients perdent généralement 10 kg, et 15 à 20 kg en un mois. A plus long terme, suivant l'intervention subie, ils peuvent

Sur le plan médical, comment la chirurgie bariatrique a-t-elle évolué ?

Il y a 20 ou 30 ans, la chirurgie bariatrique était une chirurgie lourde. Aujourd'hui, les suites opératoires sont simplifiées grâce à l'utilisation de la laparoscopie - une technique opératoire consistant en de petites incisions dans la paroi abdominale. Il existe plusieurs types de chirurgie bariatrique, mais le by-pass gastrique, qui consiste à départer l'estomac en deux parties, est le standard depuis les années 2000. De manière

À PRILLY
NOUVEAU

CENTRE DE DIALYSE
— LE GALICIEN —

Sous la responsabilité du Dr Nseir, spécialiste FMH en néphrologie et chef de clinique au centre de transplantation d'organes au CHUV.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBÉSITÉ

Dans le cadre d'un traitement de l'obésité, trois techniques chirurgicales peuvent être utilisées: la gastroplastie par anneau, la gastrectomie tubulisée et le bypass gastrique. Explications.

SOURCE OBÉSITÉ, ENJEUX ET TRAITEMENTS, GALERIE DE LA SOURCE, CLINIQUE DE LA SOURCE, LAUSANNE

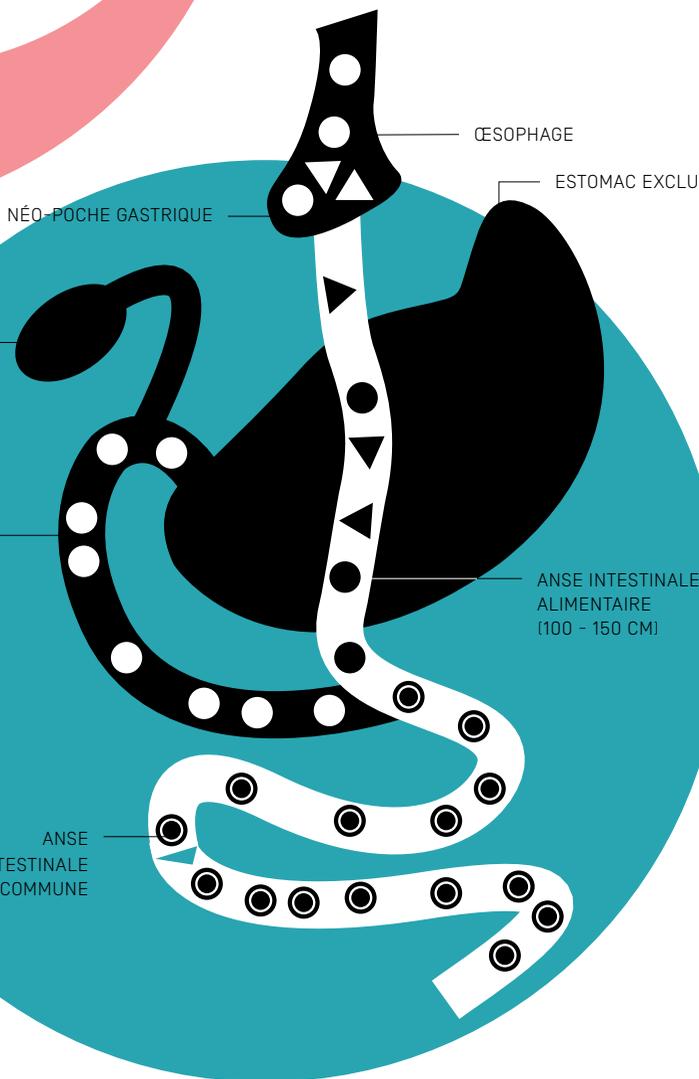
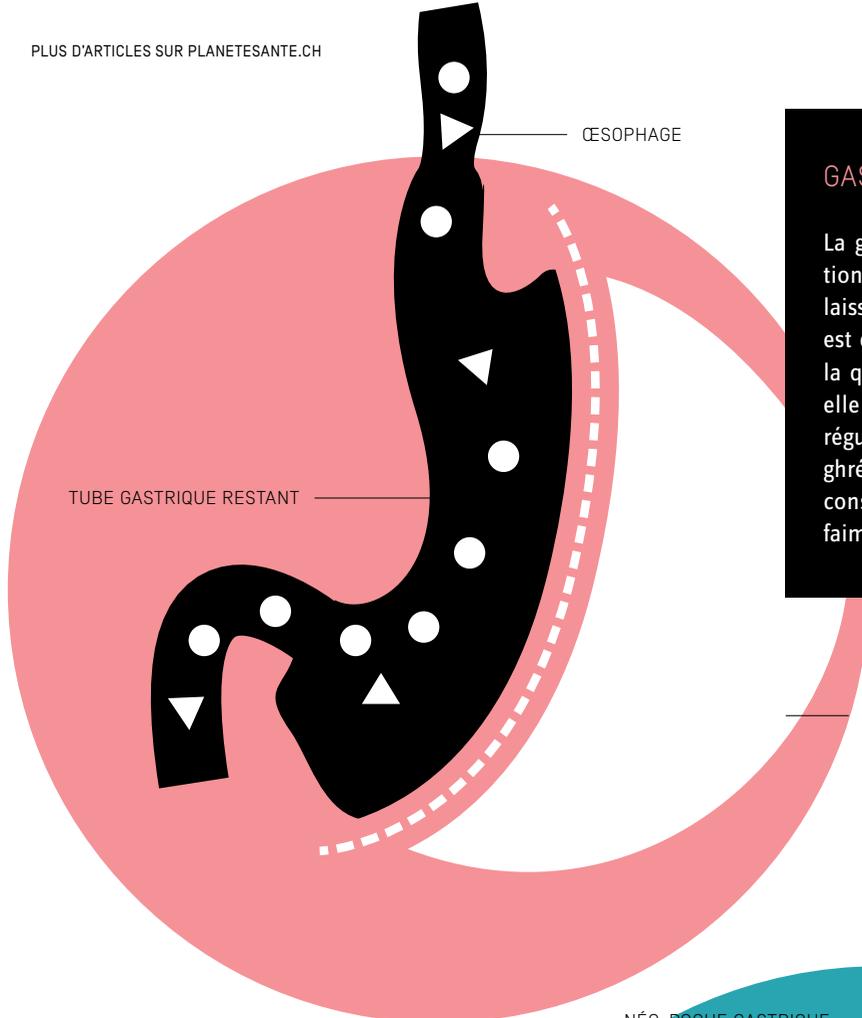
GASTROPLASTIE PAR ANNEAU

Cette opération consiste à départager l'estomac en deux compartiments par la mise en place d'un anneau modulable. Le passage entre les deux compartiments de l'estomac devient alors plus étroit. C'est sa forme en sablier qui provoque un effet restrictif sur la quantité d'aliments que la personne pourra ingérer. Cette intervention est réversible.



GASTRECTOMIE TUBULISÉE

La gastrectomie tubulisée consiste en l'ablation d'une grande partie de l'estomac, ne laissant qu'un long tube étroit dont le volume est estimé à 100 ml. Cette opération restreint la quantité d'aliments ingérable. Par ailleurs, elle diminue la sécrétion de l'hormone de régulation de la faim et de l'appétit (appelée ghréline) sécrétée par l'estomac. Cela a pour conséquence de diminuer la sensation de faim. Cette intervention est non réversible.



BYPASS GASTRIQUE

Cette intervention consiste à départer l'estomac en deux parties tout en créant une néo-poche gastrique. Pour obtenir un effet restrictif, on interpose une partie d'intestin entre la néo-poche gastrique et l'intestin amenant la bile et le suc pancréatique. Sur toute la longueur de l'intestin interposé, les matières grasses ne peuvent pas être absorbées. Cette intervention est réversible.

CYRILLE GINDRE

« Dès qu'on bouge, tout va mieux »

Le sport fait-il maigrir ? La question est simple, mais la réponse est bien plus complexe qu'on ne pourrait le croire. Les explications de Cyrille Gindre, chercheur, enseignant et entraîneur de course à pied.*

PROPOS RECUEILLIS PAR PATRICIA BERNHEIM

P.S. : L'activité physique est considérée comme l'un des piliers du traitement du surpoids et de l'obésité. Fait-elle pour autant perdre des kilos ?

C.G. : Il y a plusieurs manières de répondre. Si l'on observe l'évolution de personnes sédentaires et d'autres qui pratiquent une activité physique, on constate que le premier groupe a tendance à prendre plus de poids avec l'âge que le second. C'est comme si l'activité physique avait un effet protecteur contre la prise de poids. En revanche, si l'on observe une personne en surpoids qui se met à pratiquer une activité physique, c'est plus complexe. D'un seul point de vue comptable, la situation est la suivante : imaginons une personne qui pèse 70 kg, dont 25% (soit 17 kg) sont constitués de graisse. Un kilo de graisse est équivalent à 9000 calories. Si elle se lance dans un marathon, elle va peut-être perdre 250 à 300 grammes de graisse au maximum. Il faudra donc beaucoup d'efforts pour perdre une quantité notable de masse grasse.

La perte est-elle donc aussi infime ?

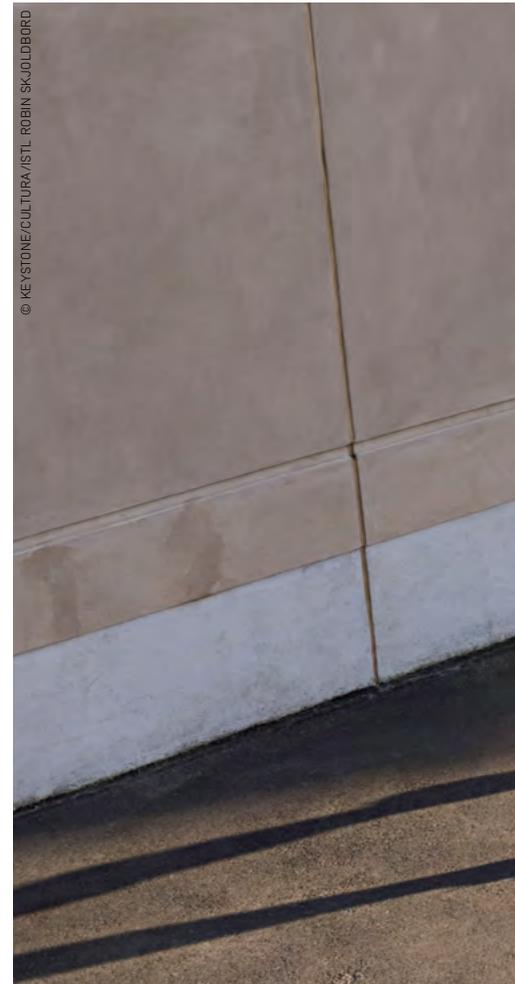
On peut globalement dire qu'il y a une tendance à la perte de poids suite à la pratique d'une activité physique, mais

celle-ci n'est pas nette. D'une part parce que lorsque l'on fait du sport, on prend plus d'eau (le volume sanguin augmente), de l'autre parce qu'on a tendance à prendre du muscle. Même si la masse grasse baisse, on ne verra pas forcément de différence notable sur la balance parce que la masse maigre augmente en parallèle.

Alors à quoi bon faire des efforts ?

Dans la mesure où on ne peut pas assurer que le poids va baisser, il ne faut pas se braquer sur la balance et le nombre de kilos à perdre, mais sur la silhouette, qui se modifie, et sur le fait qu'on se sent mieux. Dès que l'on bouge, tout va mieux parce que « ce que j'utilise, je le renforce ». De nombreuses études montrent que l'activité physique améliore globalement la santé et réduit l'occurrence de certains cancers, maladies cardio-vasculaires et autres troubles corporels. Elle agit non seulement sur le corps mais aussi sur notre humeur et notre capacité à apprendre. Il y a une très grande continuité entre le mental et le corps. Quand l'un va mieux, l'autre aussi. Bouger permet de sortir plus facilement d'une dépression ou peut la prévenir. On se sent plus belle ou plus beau...

© KEYSTONE/CULTURA/ISTIL ROBIN SKJOLDBORD



Comment convaincre les sédentaires de bouger ?

Quelqu'un qui ne veut pas pratiquer d'activité physique ne le fera pas, quelle que soit l'argumentation. Tout ce qui ne fait appel qu'à la seule volonté ne fonctionne pas. A cela s'ajoute que les personnes en surpoids et sédentaires sont doublement culpabilisées: non seulement

elles mangent trop mais en plus elles ne bougent pas! La question centrale à se poser touche nos émotions. Elle réside dans le « Que faut-il pour que je bouge un peu plus? ». La réponse, c'est qu'il faut sortir de la culpabilité et faire confiance à son corps. C'est quand la personne est dans la contradiction (« Je sais que je devrais, mais je ne le fais pas ») que le

dialogue est possible. Une étincelle de volonté est nécessaire, mais ce qui est central, c'est d'aller chercher en soi ce qui procure du plaisir. Cela signifie éviter d'aller dans les zones de douleurs et ne pas se fixer des objectifs irréalisables. Si le corps n'y trouve pas son compte, il est clair que ce sera un échec et c'est le plus sûr moyen d'arrêter l'activité physique après seulement quelques séances.

“IL NE FAUT PAS SE BRAQUER SUR LA BALANCE ET LES KILOS À PERDRE, MAIS SUR LA SILHOUETTE QUI SE MODIFIE,,

A quelle fréquence faut-il bouger ?

Il n'y a pas de limite inférieure. Tout mouvement compte. Actuellement encore, on recommande de bouger à un rythme assez soutenu au moins cinq fois 30 minutes par semaine, mais dans de nombreux cas, ces conseils sont irréalistes. On a appris depuis que même cinq minutes de course chaque jour améliorent l'espérance de vie et réduisent l'occurrence des pathologies. Ne restons pas braqués sur une limite à atteindre. Il s'agit de donner de la valeur et une place à ce corps qui sait bouger, se faire du bien et le ressentir. C'est un cercle vertueux. Lorsque les personnes commencent à bouger, elles mangent aussi mieux, les relations avec les autres s'améliorent. La volonté, c'est l'étincelle. L'envie se lève quand l'activité plaît au corps. Il faut sortir des objectifs de performance à atteindre, c'est un rapport entre soi et soi. Pour les personnes handicapées par leur poids, même la marche à petits pas et sur un terrain plat permet de redonner une place au corps et au mouvement. L'idée est d'aller vers des endroits où l'on sait que l'on va trouver du plaisir, de pratiquer par exemple l'activité en groupe parce que la convivialité est partie intégrante d'une vie qui s'infléchit. ●

*Cyrille Gindre est l'auteur de *Je cours pour ma forme* et *Courir en harmonie*, parus aux éditions Volodalen.

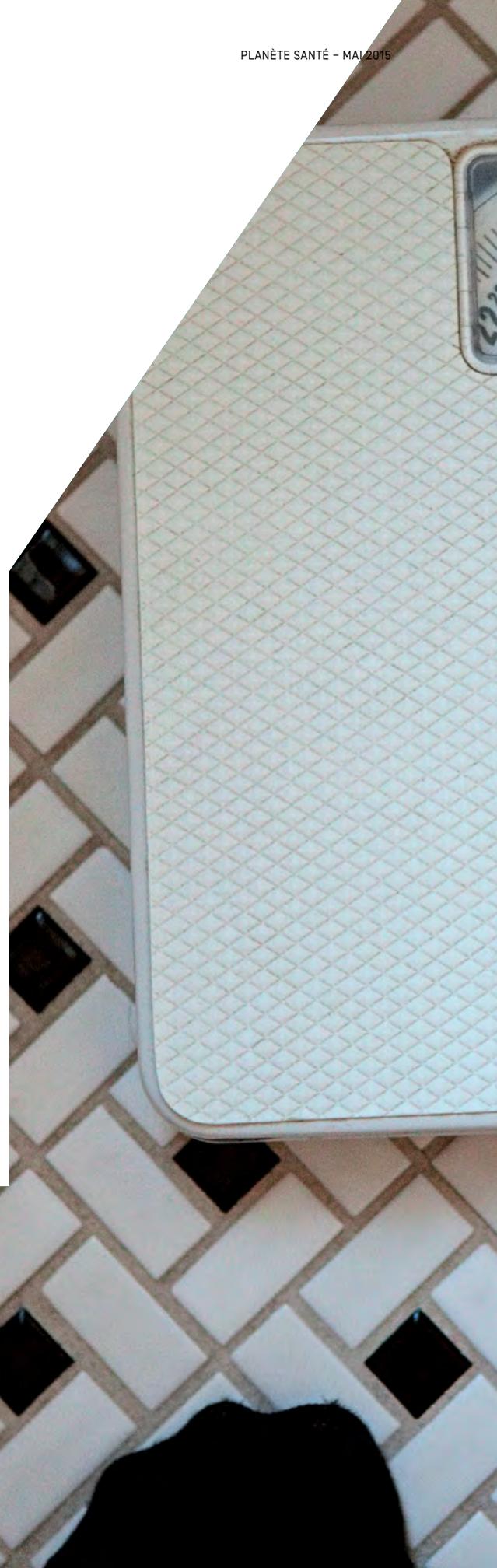


Cinq minutes de course chaque jour permettent déjà d'améliorer l'espérance de vie et réduisent l'occurrence des pathologies.

RÉGIMES AMAIGRISSANTS : FAUSSES PROMESSES ET EFFET YOYO

Classiques ou totalement nouvelles, les méthodes pour maigrir se bousculent dans les pages des magazines pour nous persuader que la perte de poids sera rapide et durable. Or, les médecins savent bien qu'il n'en est rien. Les spécialistes sont formels: les grammes perdus par ces différents moyens, souvent très contraignants, sont inévitablement repris. C'est le fameux « effet yoyo »: au bout d'un moment, on ne suit plus le régime et l'on retrouve l'alimentation qui nous avait fait grossir. De plus, ces diètes prennent peu en compte les habitudes et représentations individuelles liées à la nourriture, et n'apprennent donc pas comment conserver un poids de forme. Décryptage de quelques régimes tendance et de leurs dangers avec Dominique Durrer, médecin spécialiste de la nutrition et de l'obésité à Vevey.

TEXTE **BENOÎT PERRIER**



LES RÉGIMES HYPERPROTÉINÉS

Les régimes Atkins et Dukan, entre autres, se basent sur une alimentation très protéinée, car les protéines coupent complètement la faim. En parallèle, comme on ingère peu de glucides, on entre dans un état dit de cétose où le corps puise de l'énergie dans les graisses. « On peut suivre ces régimes pendant

un certain temps et perdre du poids, analyse le Dr Durrer. Mais on en reprend ensuite. » Le médecin met aussi en garde contre les repas hyperprotéinés en sachets, « souvent au goût très mauvais, produisant parfois des problèmes gastriques et dénaturant le rapport à l'alimentation.

LE JEÛNE INTERMITTENT

Parmi les derniers régimes à la mode, le jeûne intermittent consiste à manger normalement cinq jours de la semaine et à jeûner les deux jours restants en ingérant des protéines mais presque aucun glucide. Le Dr Durrer ne voit pas de danger particulier pour la santé à suivre une telle diète mais elle ne conviendra qu'à certaines personnes. En effet, adopter un tel régime à long terme est risqué car se priver de nourriture pendant deux jours peut faire apparaître des troubles du comportement alimentaire.

LA CHRONONUTRITION

Ces régimes se basent sur l'hypothèse que manger certains aliments à certains moments de la journée permet de perdre du poids ou, du moins, de ne pas en gagner. Cela impose par exemple un petit-déjeuner riche en lipides et pratiquement exempt de glucides, un repas de midi hyperprotéiné et des fruits au goûter. « Quelques études ont montré chez la souris que les graisses étaient mieux métabolisées selon le moment où elles étaient ingérées, explique le Dr Durrer. Mais ce n'est pas prouvé chez l'être humain. Ces régimes sont, de plus, plutôt riches en graisses et pas hypocaloriques. » Mais surtout, ils ne permettent aucune souplesse - et sont trop restrictifs sur certains points.

LE RÉGIME PALÉO

Prétendant reconstituer le régime de nos ancêtres chasseurs-cueilleurs, le régime paléo proscrit la nourriture industrielle, les produits laitiers et les céréales. Les médecins recommandent certes de manger un minimum de plats préparés, mais le régime paléo demeure « complètement déséquilibré », assène le Dr Durrer. « Il va vous manquer les fibres que l'on trouve dans les céréales complètes. Et le calcium que l'on trouve dans les laitages : si vous ne buvez pas d'eau riche en calcium, vous aurez des carences. » Le régime étant très restrictif, on risque fortement de « craquer » et reprendre du poids.

LE PROGRAMME WEIGHT WATCHERS®

Weight Watchers® propose un régime pauvre en calories et en graisses combiné à différents modes de soutien. Pour le Dr Durrer, c'est le régime le moins dangereux : assez équilibré et sans trop de restrictions. « Son inconvénient principal est d'être assez cher. Et il n'a pas de versant psychologique pour aborder d'éventuels troubles du comportement alimentaire. » Comme tout régime amaigrissant, il doit être poursuivi à vie si l'on entend ne pas reprendre du poids. Toutefois la spécialiste n'exclut pas une pérennisation chez certains : « Compter les points [représentant un capital d'apport énergétique à dépenser sur une semaine, ndlr] est fastidieux mais peut devenir naturel. »

Coupe-faim, pourquoi il ne faut pas croire aux miracles

Perdre du poids avec une simple pilule et sans faire d'effort, beaucoup en rêvent. Mais, comme le souligne le Professeur Alain Golay, spécialiste de l'obésité aux Hôpitaux universitaires de Genève, «on se fait du mal à croire aux miracles». Alors prudence!

TEXTE PATRICIA BERNHEIM

Chaque année, on entend parler de nouvelles découvertes pour maigrir et les forums sur internet s'agitent face à de nouveaux produits supposés «couper la faim» de manière

miraculeuse. Mais gare! «Il faut commencer par rappeler que la faim est un phénomène physiologique qui assure notre survie. Si on n'a plus faim, on meurt», rappelle le professeur Alain Golay, spécialiste de l'obésité aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Des produits dangereux

Auparavant, il existait des médicaments, comme les dérivés d'amphétamines, qui agissaient sur le centre de la faim situé dans le cerveau, en faisant ressentir l'effet de satiété plus rapidement. «Ce sont des produits dangereux, qui agissent comme une drogue et induisent une dépendance. Ils ont heureusement tous été retirés du marché et sont strictement interdits de vente en Suisse», commente le spécialiste.

Leurs effets secondaires sont en effet bien supérieurs à leurs bénéfiques. Les études montrent qu'ils peuvent générer une hypertension artérielle ou un accident cardiovasculaire. Le fameux Mediator®, utilisé en France avant d'être interdit, faisait partie de cette catégorie de médicaments. On le soupçonne d'avoir fait entre 500 et 1000 victimes.

Le cas du baclofène

Sur les forums, on évoque beaucoup le baclofène, un médicament myorelaxant

prescrit dans le cadre de la sclérose en plaques, mais utilisé par certains internautes pour perdre du poids. L'avis du professeur Golay est sans appel: «On oublie! Il n'existe pas d'autre indication médicale que la sclérose en plaques pour ce médicament. C'est scandaleux que des personnes se voient prescrire ce médicament pour perdre du poids alors qu'aucune étude ne prouve son efficacité. Cela m'irrite d'entendre ça. On ne joue pas avec ce type de médicaments qui peuvent avoir des effets secondaires importants!»

Pour ces mêmes raisons, en janvier dernier, l'Agence nationale française de sécurité du médicament et des produits de santé émettait une mise en garde contre l'utilisation du baclofène dans le cadre d'un régime amaigrissant. Douleurs musculaires, nausées, baisse de la tension artérielle, problèmes respiratoires et même coma figurent parmi les effets secondaires toxiques observés.

Du côté des plantes

Aujourd'hui, en matière de coupe-faim on trouve essentiellement des préparations à base de plantes et de fibres venues généralement de pays exotiques. Leur fonctionnement repose sur un même principe: elles ont la propriété d'absorber massivement l'eau et de

DES MÉDICAMENTS CONTRE L'OBÉSITÉ?

Sur le plan pharmaceutique, les traitements efficaces pour lutter contre l'obésité sont rares. Un seul d'entre eux, utilisé aux HUG, offre une piste. L'orlistat (Xenical®) permet de diminuer l'absorption des graisses. Cette molécule présente en outre un intérêt sur le plan pédagogique dans la mesure où, si le patient mange trop gras, le médicament provoque des effets secondaires désagréables (diarrhées huileuses) généralement dissuasifs. Uniquement délivré sur ordonnance médicale, ce traitement a été élaboré pour les personnes ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 28 kg/m².

remplir l'estomac, ce qui aurait pour effet d'induire la sensation de satiété très rapidement. Considérées comme des compléments alimentaires, ces préparations ne sont pas soumises aux mêmes contraintes que les médicaments. « Il reste encore à prouver qu'elles diminuent la faim », remarque le spécialiste.

Les bonnes vieilles recettes

Si la pilule miracle qui permet de maigrir sans effort n'existe pas, il reste en revanche une approche qui a fait ses preuves : manger mieux et pratiquer

régulièrement une activité physique. Certains aliments jouent par exemple naturellement le rôle de coupe-faim. Parmi eux figurent les fruits, riches en eau et en fibres rassasiantes ainsi qu'en vitamines et oligo-éléments nécessaires à notre santé. ●

“ON NE JOUE PAS AVEC CE TYPE DE MÉDICAMENTS!,,



« JE N'AIME PAS LES ÉPINARDS ! »

Jusqu'à l'âge de deux ans, tout allait pour le mieux, mais voilà que Tom refuse tout ce qui ressemble de près ou de loin à un légume. Caprices ? Pas forcément. Parmi les explications possibles : la néophobie alimentaire. Un phénomène fréquent, agaçant peut-être, mais bénin et réversible.

TEXTE LAETITIA GRIMALDI





« Oh non, pas des carottes... Je veux des pâtes! » Face à un enfant qui décréte du haut de ses deux ans et demi qu'il ne veut pas manger des légumes, inquiétude, désarroi, voire exaspération, ont tendance à s'entrechoquer dans la tête des parents. Et pour cause, difficile d'accepter ces refus systématiques, et surtout de faire l'impasse en toute quiétude sur les fruits et légumes indispensables à notre métabolisme. En deuxième position de la pyramide alimentaire, après nos besoins en eau, ils sont en effet une source essentielle de fibres, de vitamines et de minéraux. Un argument qui laissera a priori notre enfant de marbre.

**“IL FAUT
PROPOSER
À L'ENFANT
DE GOÛTER,
SANS
PRESSION NI
MENACE,,**

Alors comment faire face? «La première chose est d'accepter qu'entre deux et sept ans en moyenne, une phase de refus, certes pénible mais normale, se produit chez la plupart des enfants, explique Muriel Lafaille Paclet, diététicienne au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)*. Elle va de pair avec le développement et l'apprentissage de l'autonomie. A table, cela se traduit par un rejet de certains goûts, odeurs, aspects, du fait même d'ingérer, ou encore un rejet vis-à-vis d'aliments nouveaux. On parle de néophobie alimentaire». Si les légumes en sont les premières victimes, ce n'est pas un hasard. Fibreux, parfois difficiles à

mâcher, emprunts d'amertume ou d'acidité, ils ne font pas le poids face à un plat de coquillettes. A noter que certains fromages, poissons ou viandes peuvent aussi se voir rejeter sans ménagement.

Une attirance pour le fade

«Les enfants ont naturellement une attirance pour le fade, les aliments blancs ou beiges», confirme le Pr Benoist Schaal, chercheur au Centre des sciences du goût de l'Université de Bourgogne (France). La raison? Elle est innée! «A l'âge des premiers choix, les enfants s'orientent spontanément vers les mets d'apparence onctueuse et inoffensive, faciles à

ingérer, à digérer et nourrissants, comme le riz ou les pâtes, tandis qu'ils rejettent les textures plus difficiles et les goûts prononcés». En écho à la saveur douce du liquide amniotique? Très probablement. Mais pour certains spécialistes, l'explication remonte à bien plus loin. Cette tendance serait le vestige de la quête vitale des aliments les plus riches et énergétiques possibles menée par nos lointains aïeux. Tandis que l'amertume rejetée des légumes ferait écho à une précaution ancestrale vis-à-vis de baies potentiellement toxiques. D'où notre attrait spontané, aidé par la publicité et la composition des plats cuisinés, vers les aliments gras, salés, sucrés. Sauf qu'aujourd'hui, sous nos latitudes aisées, l'effort pour se nourrir se résume plus souvent à ouvrir la porte d'un réfrigérateur qu'à risquer sa vie une lance à la main, crapahutant de rocher en rocher à la recherche d'un peu de gibier. Nous pouvons donc troquer sans crainte les mets gorgés de graisse ou de sucre au profit d'aliments plus sains, légumes en tête. Mais là encore, l'argument pourrait ne pas convaincre Tom.

Finesse et bienveillance

Par chance (pour nous, parents), le phénomène n'est pas inéluctable. « Cette tendance au rejet, dont le pic se situe entre deux et quatre ans, est compensée par une exposition antérieure, indique le Pr Benoist Schaal. Plusieurs travaux ont

montré que les enfants exposés à des saveurs variées par le lait maternel ou lors des premiers mois de diversification alimentaire acceptaient plus facilement les aliments nouveaux. Le climat à table joue aussi énormément. Nous sommes des êtres omnivores, mais cela s'apprend. La finesse et la bienveillance des parents sont cruciales. »

Alors, quelle attitude adopter face au plat de carottes qui refroidit? « Proposer à l'enfant de goûter, sans pression ni menace, au risque sinon de renforcer son rejet », conseille Muriel Lafaille Pacllet. S'il fait la grimace? « Il n'aime pas, c'est son droit, poursuit la spécialiste. L'idéal est de pouvoir discuter avec lui de ce qu'il vient de goûter et quelques jours ou semaines plus tard, lui re-proposer l'aliment ». Car le goût ne cesse d'évoluer. « Des travaux ont montré qu'une exposition entre sept et neuf fois à un aliment finit par convaincre les papilles », précise le Pr Benoist Schaal.

Pour certains, la difficulté est plus profonde. Quand s'inquiéter? « Si on observe une cassure de la courbe de croissance, ou qu'un enfant refuse tout fruit, légume ou laitage, il faut consulter, recommande Muriel Pacllet Lafaille. Le pédiatre, et si besoin une diététicienne, aidera à réajuster les apports et à trouver des parades pour éviter les carences. » ●

* Auteure avec Nicoletta Bianchi du livre *A table. Guide-conseil pour l'alimentation en famille*, Editions Babyguide, 2007.

Faire aimer les légumes? (Presque) un jeu d'enfant

Quelques gouttes de stratégies, un zeste de malice, une louche d'enthousiasme... Les conseils de Muriel Lafaille Pacllet, diététicienne au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Opter pour le déguisement.

Tartes aux légumes, gratins, potages passeront mieux que des légumes présentés dans leur plus simple appareil.

S'amuser. Radis pour les yeux, concombre pour le nez, tranche de tomate pour le sourire et rondelles de carottes pour les joues!

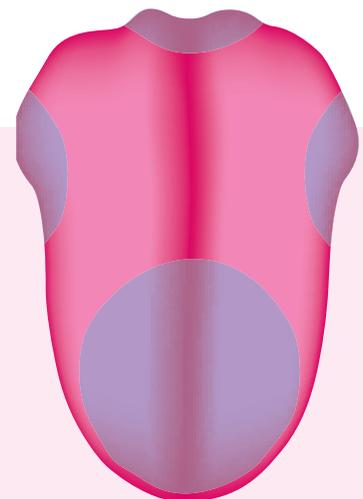
Décrypter avec les cinq sens, et notamment l'odorat. Le goût est aussi (et beaucoup) une question d'odeurs. Melon ou poire? Jouer aux devinettes les yeux cachés.

Travailler en équipe. Choisir ensemble les fruits au marché, les peser, les cuisiner.

Laisser la magie opérer. Ses copains se ruent sur la ratatouille? Effet d'entraînement garanti!

INTREPRÉTATION DES 5 SAVEURS

Tous les récepteurs (papilles) situés sur la langue sont capables de discerner les cinq saveurs primaires : sucré, salé, acide, amer et umami.



INTERPRÉTATION DU GOÛT PAR LE CERVEAU

1 LES PAPILLES

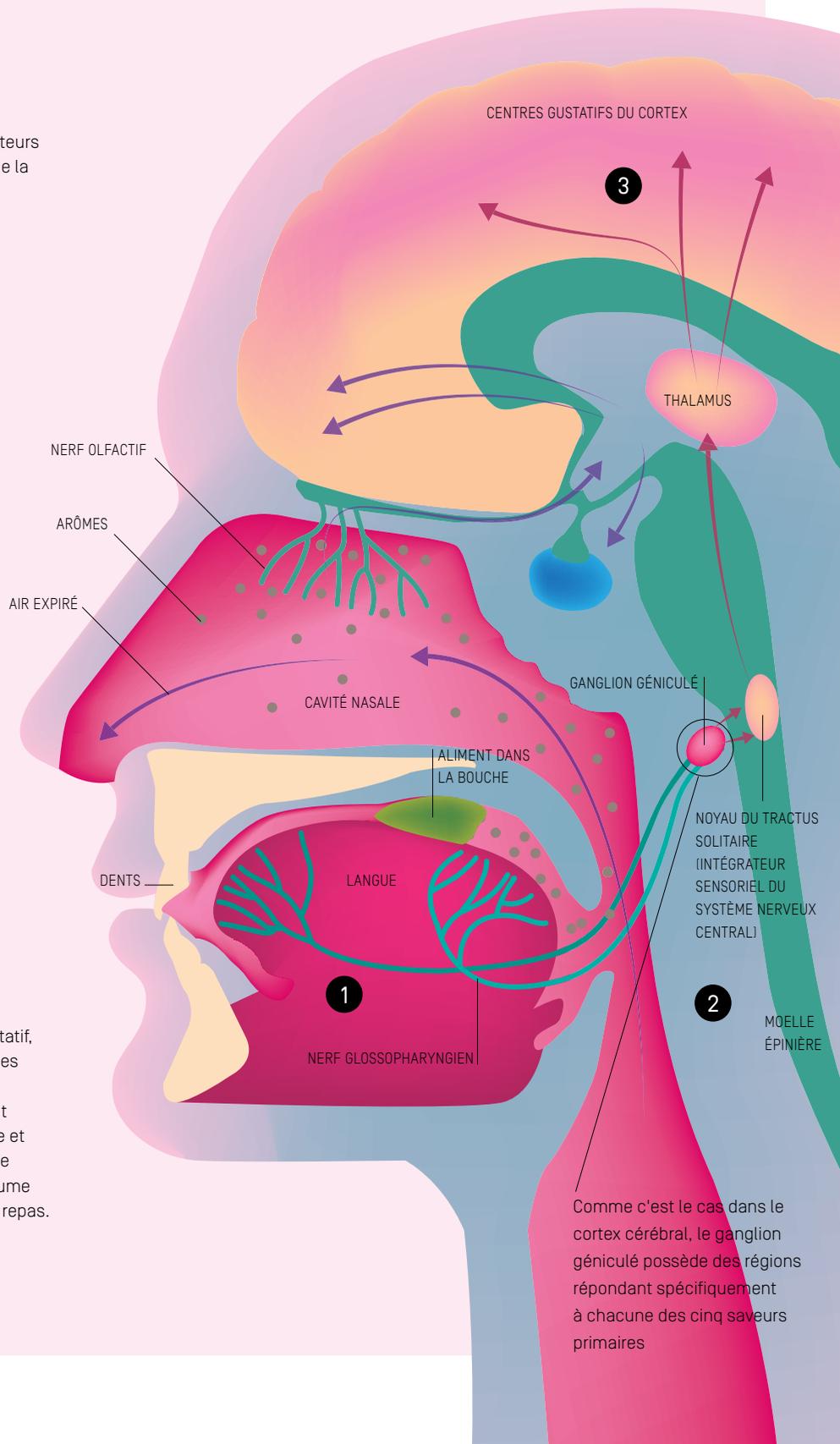
La langue possède des récepteurs (papilles) qui sont à l'origine de la perception du goût.

2 TRANSDUCTION

Chaque papille dispose de 3 à 5 bourgeons qui contiennent des cellules réceptrices capables de transmettre l'information sur le goût au cerveau. Selon le stimulus nerveux reçu, les canaux des récepteurs vont se fermer ou s'ouvrir pour laisser passer ou non des atomes chargés en électricité, les ions. C'est ce qui est à l'origine de la différence de perception des saveurs. Ce phénomène chimique s'appelle la transduction. L'information récoltée transite jusqu'au cerveau par le nerf glossopharyngien.

3 LE CERVEAU

Les messages nerveux sont envoyés au cerveau qui les mémorise dans le centre gustatif, mais aussi olfactif. En effet, des arômes qui s'échappent des aliments mastiqués pénètrent dans le nez par l'arrière-gorge et atteignent les terminaisons de l'odorat. C'est pourquoi un rhume altère souvent le goût de nos repas.



Comme c'est le cas dans le cortex cérébral, le ganglion géniculé possède des régions répondant spécifiquement à chacune des cinq saveurs primaires

Le fructose, une fabrique de diabètes de type 2

Vous ne connaissez pas le sirop de maïs ? Pourtant il figure, sous le nom de fructose, dans la majorité des aliments et boissons sucrés transformés industriellement. Et cela pose un gros problème : de nombreuses études le désignent comme étant la cause principale du diabète.

TEXTE PATRICIA BERNHEIM



L'alimentation industrielle est riche en sucres ajoutés, dont les dangers sur la santé ne sont plus à prouver.

A l'époque du paléolithique, le fructose était rare et saisonnier. A l'exception des climats tropicaux, il ne se trouvait qu'en faible concentration dans des fruits mûrs. Aujourd'hui, le fructose est disponible toute l'année et il est utilisé en très grandes proportions par l'industrie alimentaire. Tous les mets sucrés en contiennent : sodas, thés froids, jus de fruits, pâtisseries, biscuits, chocolat. Bref, il y en a partout.

Si le sucrose - combinaison de fructose et de glucose - est depuis longtemps utilisé dans les boissons et les mets industrialisés, il a graduellement été remplacé par

avec d'autres sucres, est l'un des principaux responsables du développement du diabète et de ses complications.

« L'information n'est effectivement pas nouvelle. Cela fait longtemps que l'on sait que la problématique réside dans l'excès de fructose présent dans les boissons et les aliments industrialisés qui contiennent des sucres ajoutés », vitupère le Pr Alain Golay, spécialiste de l'obésité et du diabète aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). « Notre société est envahie par le sirop de maïs, tout le sucre ajouté vient du maïs. Le problème, ce sont ses effets sur la santé. On le hurle

augmente davantage le niveau de glycémie que les autres types de sucre et qu'il aggrave la résistance à l'insuline, ce qui mène à l'obésité, au diabète et aux maladies cardio-vasculaires », explique le Pr Golay. L'étude Mayo souligne que les effets négatifs du fructose sur la sensibilité à l'insuline sont plus prononcés que ceux du glucose et que le fructose favorise par ailleurs une plus grande consommation d'aliments et donc du surpoids. La consommation excessive de fructose a également été associée aux complications du diabète, aux lésions de certains organes ainsi qu'à des maladies rénales. De ce point de vue, les sucres alimentaires qui ne contiennent pas de fructose se sont révélés moins dommageables pour la santé.

« Le sirop de maïs est la pire chose qui puisse exister, affirme le spécialiste. Pour limiter les conséquences néfastes du sucre ajouté, sa consommation devrait être limitée à 5%, au maximum 10% de l'apport calorique total. Concrètement, cela signifie manger moins de sucreries, favoriser le fructose des fruits et non celui du maïs ».

Rien ne vaut le naturel

« Il ne faut pas faire de confusion entre le fructose ajouté et celui qui est contenu dans les fruits que l'on consomme », précise encore Alain Golay. « La différence réside dans le dosage et le contexte. Un fruit contient très peu de fructose. Manger deux fruits par jour est excellent parce qu'ils contiennent aussi de l'eau, des fibres, des antioxydants et d'autres constituants qui sont utiles pour lutter contre le surpoids, le diabète ainsi que les maladies cardio-vasculaires. ●

“POUR LIMITER LES CONSÉQUENCES NÉFASTES DU SUCRE AJOUTÉ, SA CONSOMMATION DEVRAIT ÊTRE LIMITÉE,,

un autre type de sucre, le sirop de maïs, qui contient une dose élevée de fructose. Là où le sucrose est composé de 50% de fructose et de 50% de glucose, le sirop de maïs contient jusqu'à 65% de fructose, ce qui représente presque la moitié de son poids. En comparaison, le fructose contenu dans une pêche mûre représente seulement 1% du poids du fruit.

Un sirop envahissant

Une étude récente de la Mayo Clinic souligne qu'il existe un nombre considérable d'études scientifiques, de données et d'études cliniques démontrant que le fructose ajouté, même en combinaison

sur les toits depuis des dizaines d'années, mais on est face à des lobbies très puissants, notamment aux Etats-Unis. » Selon l'étude Mayo, environ 75% de tous les aliments et boissons aux Etats-Unis contiennent du sucre ajouté et 13% de la population américaine consomme au moins 25% de ses calories sous cette forme. Les boissons sucrées sont particulièrement concernées puisque les trois quarts d'entre elles contiennent du sirop de maïs.

Un sucre très dommageable

« Le problème d'une consommation de fructose en grandes quantités, c'est qu'il

Unique en Suisse
BIO-ALIGNEMENT

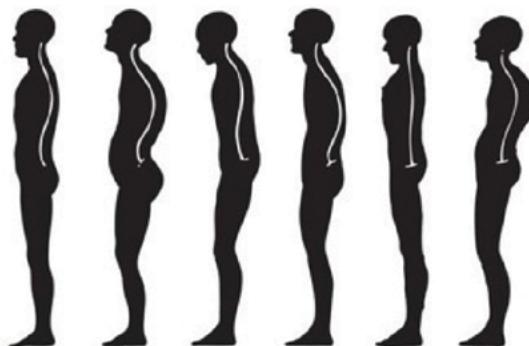
Pour corriger les distorsions

Sans manipulation

Sans forcer le corps

www.bioalignement.ch

Tél. 078 790 04 25



L'ocytocine : nouveau traitement contre l'obésité ?

Connue pour son rôle clé lors de l'accouchement et de l'allaitement, l'ocytocine dévoile un champ d'action toujours plus large. Parmi les facettes sous les projecteurs : elle aiderait à diminuer le poids en agissant sur la graisse corporelle.

TEXTE LAETITIA GRIMALDI

Présente chez la femme enceinte au moment de l'accouchement, injectée pour provoquer les contractions de l'utérus lorsqu'elles ne se font pas naturellement, et indispensable à la fabrication du lait maternel, l'ocytocine est l'hormone de la maternité par excellence. On aurait pourtant tort de la cantonner à ce rôle. Et pour cause : synthétisée par une multitude d'organes – hypothalamus, ovaires, testicules, thymus, reins, cœur – elle est présente tout au long de la vie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, à des quantités certes moindres que lors de l'accouchement. Hormone incontournable, l'ocytocine régulerait nos émotions et nos réponses au stress, interviendrait dans les manifestations d'empathie, la confiance en soi, et même dans les élans amoureux. Et son action pourrait ne pas s'arrêter là : les dernières études suggèrent qu'elle entraîne une perte de poids chez les personnes obèses.

Le poids du stress

Cet effet provient-il d'une action directe sur le psychisme ? C'est possible, car l'interaction entre le stress et les variations de poids est bien connue. On sait également que la prise de nourriture a, chez certaines personnes, un effet apaisant, mais aussi qu'un lien existe entre isolement social et obésité. Autrement dit, des interactions multiples relient les comportements et les variations de poids.

Mais ce n'est pas tout. L'ocytocine est

devenue ces dernières années l'un des centres d'intérêt des scientifiques et des spécialistes de l'obésité. De très nombreuses recherches portent sur ses effets, tant sur le traitement de certaines maladies psychiatriques – telles que l'autisme, l'anxiété, la schizophrénie, les troubles compulsifs, le stress post-traumatique – que sur celui de pathologies du métabolisme, telles que l'obésité et le diabète.

“L'OCYTOCINE
POURRAIT
AMÉLIORER
L'ASSIMILATION
DU SUCRE PAR
L'ORGANISME
CHEZ LES
DIABÉTIQUES,,

Graisses indésirables

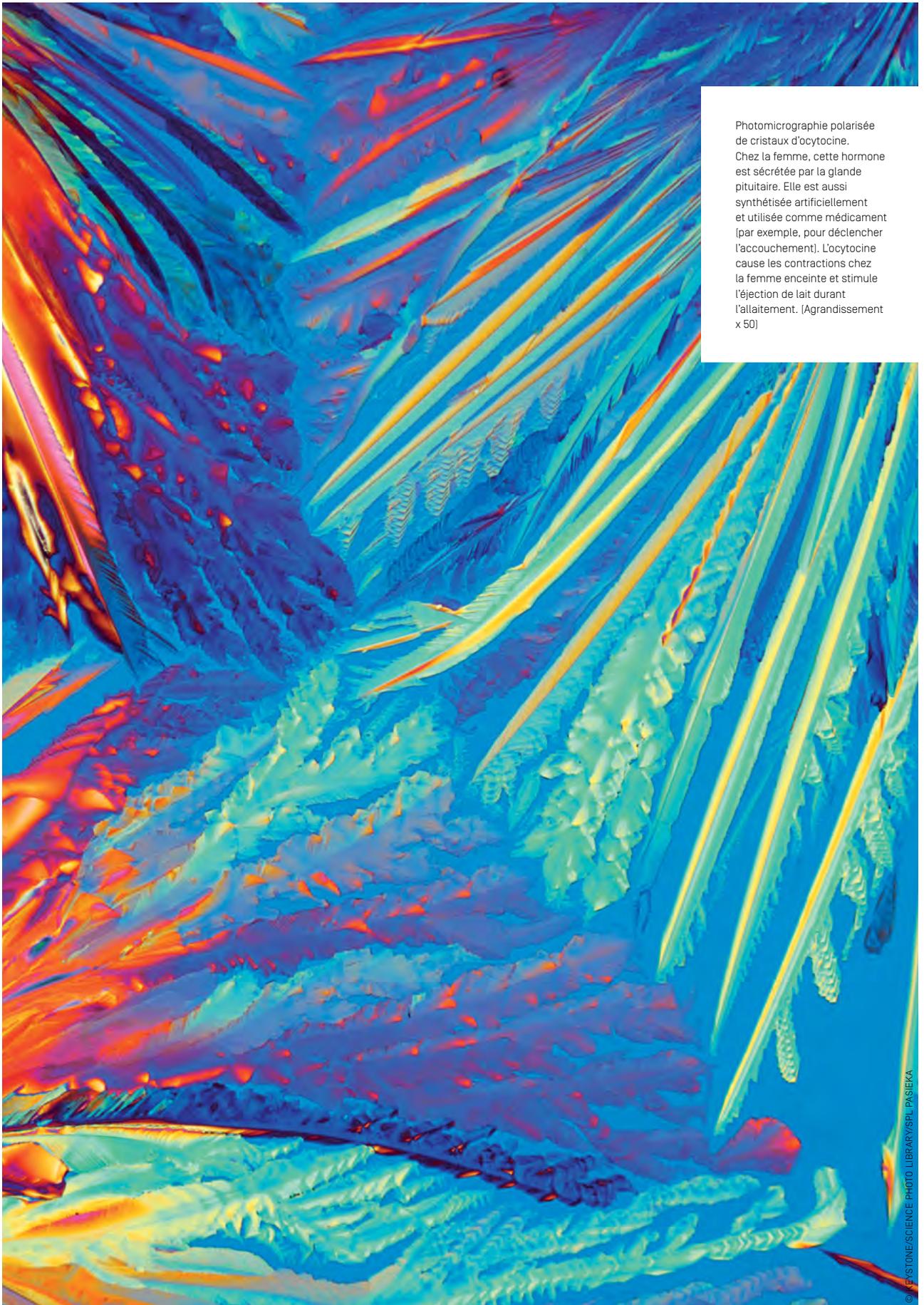
Les chercheurs ont ainsi découvert une autre performance de l'ocytocine : sa faculté à diminuer la masse de graisse et à réguler les taux de sucre trop élevés en cas de diabète. Une étude réalisée par une équipe genevoise chez des rats obèses nourris par une alimentation riche en lipides a démontré qu'une perfusion

d'ocytocine pendant quatorze jours induisait une importante perte de poids, indépendamment de la quantité de nourriture ingérée. Mieux encore, elle a montré une diminution spécifique de la masse de graisse.

Mais qu'en est-il chez l'homme ? Les résultats sont encourageants, mais il n'existe que deux études publiées et elles ont été menées sur un nombre restreint d'individus. L'une d'elles, réalisée aux Etats-Unis, a consisté à administrer de l'ocytocine par voie intranasale à des patients obèses, quatre fois par jour pendant huit semaines. Le résultat : une diminution significative du poids – environ 9 kg – et une réduction du LDL-cholestérol, aussi appelé « mauvais cholestérol ». Réjouissance supplémentaire : aucun effet secondaire n'a été observé au cours de ce traitement.

En ce qui concerne l'action de l'ocytocine sur le diabète, une étude allemande a montré une amélioration de l'assimilation du sucre par l'organisme, faculté mise à mal en cas de diabète.

La suite ? Il serait très important d'avoir des résultats d'essais cliniques plus vastes, non seulement chez des patients obèses mais aussi chez des patients diabétiques de type 2. Ceci permettrait également de mieux comprendre les mécanismes d'action de l'ocytocine. L'espoir d'un nouveau traitement dans la lutte contre l'obésité et le diabète de type 2 semble en tout cas permis ! ●



Photomicrographie polarisée de cristaux d'ocytocine. Chez la femme, cette hormone est sécrétée par la glande pituitaire. Elle est aussi synthétisée artificiellement et utilisée comme médicament (par exemple, pour déclencher l'accouchement). L'ocytocine cause les contractions chez la femme enceinte et stimule l'éjection de lait durant l'allaitement. (Agrandissement x 50)

La maigreur aggrave les maladies

Avoir un indice de masse corporel bas peut entraîner tout un tas de carences et de problèmes de santé, et allonger les séjours hospitaliers. Explications.

TEXTE ESTHER RICH

Dans une société où la maigreur est érigée en symbole de beauté et de réussite, il est difficile de réaliser à quel point elle peut être nuisible pour la santé. Et pourtant, les personnes dont l'indice de masse corporel est inférieur à 18,5 sont susceptibles de souffrir de différents maux et carences. «Même chez les sujets génétiquement prédisposés à être maigres, la maigreur n'est pas totalement bénigne, explique Andrea Trombetti, médecin adjoint du Service des maladies osseuses des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Le poids stimule les os et les rend plus forts face aux contraintes, alors qui dit faible poids, dit masse osseuse diminuée et fragile.» L'ostéoporose guette donc les silhouettes frêles, même celles qui mangent correctement.

Et lorsque la perte de poids rime avec dénutrition, les conséquences pour la santé peuvent être graves. «Les personnes qui souffrent d'une maladie chronique ont parfois de la difficulté à s'alimenter correctement. Cela peut être dû à un manque d'appétit lié à un traitement qui procure des nausées ou des vomissements, mais aussi à la maladie elle-même si elle touche des organes comme l'intestin ou la sphère ORL, explique Pauline Coti Bertrand, médecin associé au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Dans certains de nos services, les personnes dénutries représentent 20 % de

la patientèle, mais cela peut aller jusqu'à 50 %.»

La fonte musculaire

«La dénutrition est un véritable problème que nous prenons très au sérieux au CHUV, poursuit la spécialiste, car elle entraîne notamment une perte de masse musculaire. Celle-là même qui permet

le bon fonctionnement des organes. En résultent des problèmes d'immunité et de cicatrisation. Quant à la perte de masse grasse, elle rend le maintien de la température corporelle difficile. Les patients se refroidissent et brûlent davantage de calories pour maintenir leur température, ce qui les fait maigrir encore plus.»

Le cercle vicieux n'est pas loin. Moins de muscle, donc plus de risques de chutes. Plus grande fragilité osseuse, donc davantage de fractures, notamment celles du col du fémur courantes chez les personnes âgées. «La dénutrition aggrave tout, affirme Andrea Trombetti. Elle allonge la durée des séjours hospitaliers et induit une surmortalité.» D'ailleurs, elle est mauvaise également pour les personnes rondes ! «Certaines

personnes en surpoids espèrent profiter de leur séjour hospitalier pour perdre quelques rondeurs, explique Pauline Coti Bertrand. Mais lorsqu'on est malade, on va perdre la masse musculaire avec les conséquences déjà décrites. Bien que ces patients ne semblent pas dénutris, il faut veiller à ce qu'ils mangent suffisamment.»

“QUI DIT FAIBLE POIDS,
DIT MASSE OSSEUSE DIMINUÉE
ET FRAGILE,,

A l'hôpital, les soignants se renseignent sur le poids du patient avant sa maladie afin de réaliser si la perte de poids est importante ou pas. Inutile de se référer au poids de la consultation précédente qui peut déjà être bien en dessous du poids habituel.

Maladie et métabolisme

Parfois manger correctement ne suffit pas, car certaines maladies augmentent le métabolisme. «Toutes les insuffisances d'organes (cœur, poumons, reins) élèvent les besoins énergétiques. Les patients affirment s'alimenter comme d'habitude, mais cela ne suffit pas, précise Pauline Coti Bertrand. L'âge entraîne aussi un rendement métabolique moins bon. Il faut donc augmenter légèrement



La dénutrition se caractérise par des apports alimentaires insuffisants pour couvrir les besoins de l'organisme.

les apports nutritionnels en vieillissant alors même que l'appétit a tendance à baisser.» La spécialiste va jusqu'à préconiser aux personnes minces de mettre de côté quelques kilos avant la septantaine afin d'avoir une petite réserve en cas de maladie. «Quand on est jeune et que l'on est maigre, on a peu de risques d'avoir une maladie grave, précise-t-elle. Mais quand on est âgé, être mince, c'est se mettre dans une situation d'extrême

fragilité. Sans ces quelques kilos de réserve, même une grippe de trois jours peut déjà amener à la dénutrition.»

Une hyperthyroïdie peut aussi être en cause dans la maigreur, mais seul un faible pourcentage de la population en souffre. «Lorsque la glande thyroïde travaille trop, les organes fonctionnent à très fort régime, explique Andrea Trombetti. Tout ce qui est absorbé est consommé. L'organisme va donc rapidement puiser

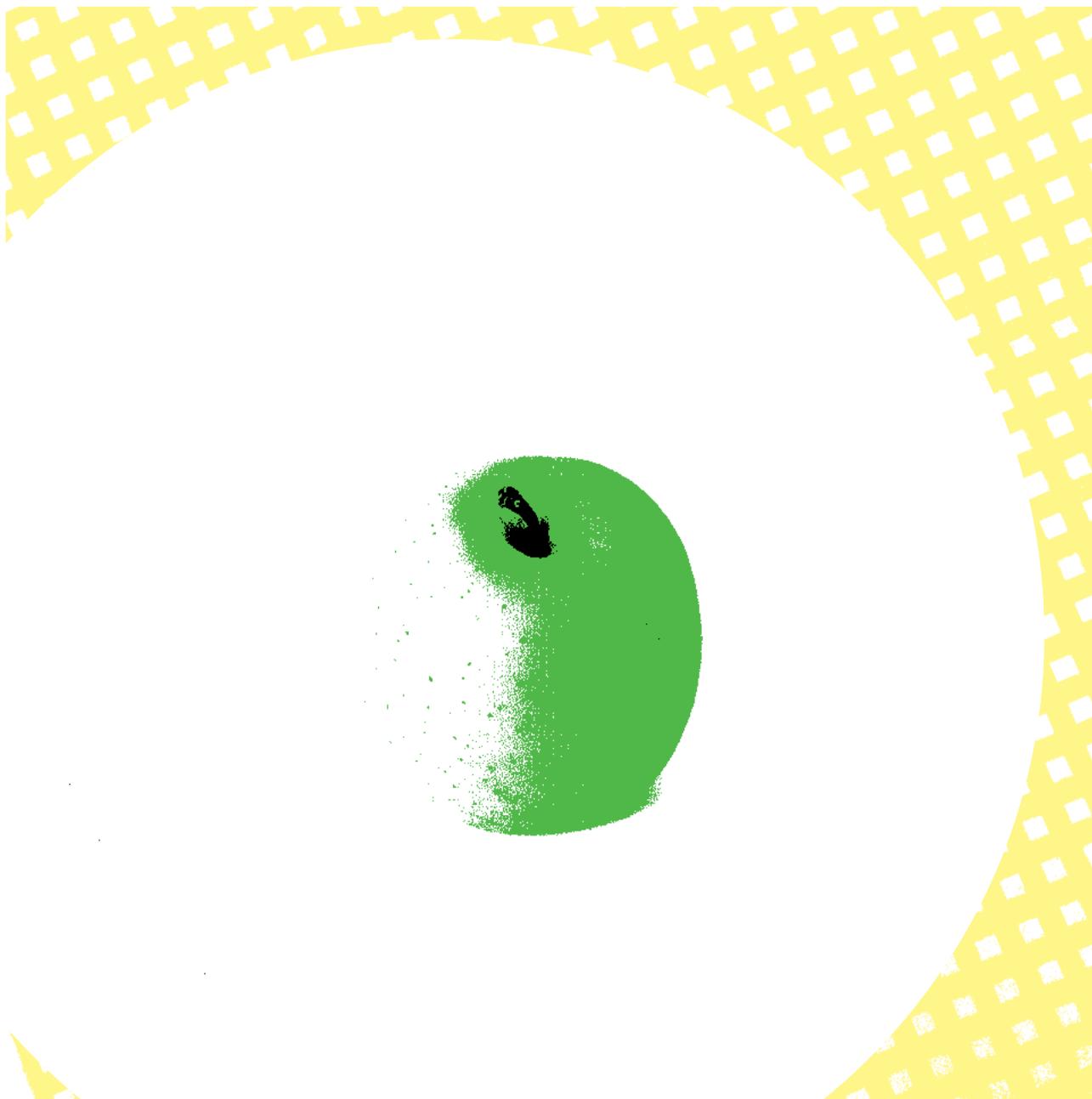
dans ses stocks. Les muscles et les os sont attaqués. L'atrophie musculaire et l'ostéoporose ne sont pas loin. Seuls des médicaments permettent de diminuer la production hormonale de la thyroïde et normaliser le poids.»

En conclusion, quelle que soit la raison d'une maigreur importante, elle doit être prise en considération dès qu'une maladie, même bénigne, survient. ●

Ce poids qui m'obsède

Ils frôlent l'anorexie, esquivent de peu la « vraie » boulimie... les troubles alimentaires atypiques, moins connus que ces maladies mais plus fréquents, représentent une source de souffrance de tous les instants pour les personnes qui en sont victimes. Ces conduites brouillent les pistes, mais se soignent.

TEXTE LAETITIA GRIMALDI



« Tout est parti d'une envie de perdre du poids à 17 ans. Je pesais 86 kg, je ne supportais plus mon corps. Au départ, tout s'est bien passé, j'ai pu mincir, raisonnablement, avec l'aide d'une diététicienne. Puis j'ai perdu le contrôle, je n'ai pas su m'arrêter. Je suis descendue à 47 kg pour un 1,70 m, et mon poids est devenu une obsession permanente. Je voulais une maîtrise totale de mon alimentation et ne plus prendre ou perdre un gramme. Le cauchemar a duré six ans. » Maria, architecte, aujourd'hui âgée de 25 ans, raconte ainsi une tension constante qui s'est traduite par des mois de privations, suivis de crises proches de la boulimie.

Pourtant, quand la jeune femme finit par consulter, le médecin ne lui parle ni de boulimie ni d'anorexie, mais de troubles des conduites alimentaires atypiques (TCAA). La différence ? « Elle se

du poids, une mauvaise estime de soi et le réflexe de se comparer sans cesse aux autres », poursuit la spécialiste.

Cinq fois plus fréquents que l'anorexie

Moins connus que leurs homologues dits « typiques » - l'anorexie, la boulimie, ou l'hyperphagie boulimique -, ces troubles liés à l'alimentation et au rapport au corps sont pourtant plus répandus : « Si l'anorexie concerne 1 à 2% de la population, les TCAA seraient cinq fois plus fréquents, en particulier chez les adolescentes. Mais les chiffres exacts sont difficiles à déterminer car les personnes qui en souffrent n'ont pas toujours le réflexe de consulter, souvent freinées par la honte ou le déni », déplore Sophie Vust. A cette explication s'ajoute celle d'une maladie souvent invisible aux yeux de l'entourage. Et pour cause : les variations

“LES TROUBLES ALIMENTAIRES ATYPIQUES VONT SOUVENT DE PAIR AVEC UNE MAUVAISE ESTIME DE SOI,,

situe surtout au niveau de l'ampleur des symptômes, explique Sophie Vust, psychologue-psychothérapeute au Centre hospitalier universitaire vaudois et auteure de *Quand l'alimentation pose problème**. Les privations et les stratégies pour maigrir ne sont pas aussi extrêmes que dans l'anorexie. Quant aux crises de pulsions vers la nourriture, elles sont moins intenses et moins fréquentes qu'en cas de boulimie. De plus, ces épisodes ne s'accompagnent généralement pas de gestes compensatoires, comme le fait de se faire vomir pour limiter la prise de poids. »

Cette définition « par la négative » se double de caractéristiques spécifiques. « Les TCAA vont souvent de pair avec une insatisfaction perpétuelle vis-à-vis

de poids sont souvent limitées et les souffrances intériorisées ou masquées par une vie sociale en apparence normale. Leur prise en charge n'en demeure pas moins cruciale pour plusieurs raisons. En plus de la souffrance qu'ils engendrent, ces troubles dits « atypiques » peuvent constituer une porte d'entrée vers les troubles typiques, anorexie et boulimie en particulier, aux conséquences plus dramatiques encore sur la santé psychique et physique. Par ailleurs, non traités, ils comportent un risque de chronicité, autrement dit de s'ancrer sur le long terme. »

Le relais d'un malaise plus profond

Alors que faire ? « Face à une souffrance qui s'accroît au fil des mois, en

Des troubles reconnus depuis peu

Les troubles des conduites alimentaires atypiques (TCAA) n'ont fait leur apparition qu'il y a une vingtaine d'années dans les colonnes des ouvrages de référence du diagnostic médical. On les trouve désormais, sous des dénominations toutefois encore changeantes, tant dans la Classification internationale des maladies (CIM) que dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

particulier à l'adolescence, il est important de consulter, indique Sophie Vust. Le premier rendez-vous peut se faire auprès du médecin de famille, qui orientera si nécessaire vers un spécialiste. » Diverses approches pourront être proposées : psychothérapie individuelle (analytique ou cognitivo-comportementale par exemple), thérapie de groupe, thérapie corporelle (méditation, relaxation, etc.). « L'idée est de comprendre que la nourriture n'est pas le problème en soi mais le relais d'un malaise plus profond, et donc d'aller chercher plus loin », explique la spécialiste.

Un parcours qu'a entrepris Maria : « Aujourd'hui, le problème est derrière moi. Mon poids s'est stabilisé autour de 60 kg, je ne me sens ni grosse ni trop mince. L'idée de prendre quelques kilos à Noël ou pendant les vacances était un drame, maintenant je l'intègre parfaitement, et mes kilos en trop fondent d'eux-mêmes. Ce qui m'a aidé ? La psychothérapie, la méditation, mes lectures... J'ai surtout appris à écouter mon corps, mes besoins, et à lâcher prise. » ●

* Editions Médecine & Hygiène, 2012.

Le « binge eating », manger de manière compulsive

Ce trouble du comportement alimentaire qui conduit à manger beaucoup, vite et de manière incontrôlée entraîne souvent de l'obésité. Un médicament destiné à lutter contre ce syndrome a récemment été autorisé aux Etats-Unis. Mais il y a de très faibles chances pour qu'il soit admis en Suisse.

TEXTE ELISABETH GORDON

On parle beaucoup de cette fâcheuse vogue du « binge drinking » qui pousse certains jeunes à boire de l'alcool rapidement et avec excès dans le seul but de devenir ivre. Le « binge eating » ou hyperphagie, qui concerne la nourriture, n'a en revanche rien d'un effet de mode. Cette attitude se manifeste par des « crises au cours desquelles une personne mange beaucoup, très vite et en ayant l'impression de perdre le contrôle de son comportement alimentaire », souligne Vittorio Giusti, médecin-chef au

Centre cardio-métabolique de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB). Lorsque ces crises se renouvellent plus de deux fois par semaine, on parle alors d'hyperphagie boulimique.

A tout âge

Ce trouble du comportement alimentaire toucherait quelque 10 % de la population – sans doute plus, « car souvent les personnes concernées ne consultent pas », constate le médecin. Il affecte surtout les femmes, bien qu'il puisse aussi toucher

certaines hommes, et peut survenir à tout âge, contrairement à la boulimie qui frappe principalement les jeunes. Il se distingue aussi de ce dernier trouble par le fait que les individus ne cherchent pas à compenser le surplus de nourriture consommé en s'efforçant de vomir, en prenant des laxatifs ou en faisant du sport pour éviter de grossir. L'hyperphagie s'accompagne donc d'une importante prise de poids: « 40 % des personnes obèses présentent ce trouble », constate Vittorio Giusti. Avec tous les risques de diabète

ORTHOREXIE : VOULOIR MANGER TROP SAIN PEUT DEVENIR MALSAIN

Etre attentif à la qualité de sa nourriture est une chose. Mais certaines personnes sont tellement préoccupées par le besoin de manger sainement que cela devient chez elles une véritable obsession. Elles ne cherchent pas à maigrir. Elles ne se soucient ni du goût des plats, ni du plaisir qu'ils procurent. Mais elles s'inquiètent sans cesse de la provenance des aliments qu'elles consomment, de leur composition – contiennent-ils des additifs, des colorants, de la graisse, du sucre ? –, de leur préparation, de leur

propreté. Bref, des effets néfastes qu'ils pourraient avoir sur leur santé. Cette attitude a un nom, l'orthorexie. C'est un trouble du comportement alimentaire qui « s'apparente aux troubles compulsifs obsessionnels, les TOC », précise Vittorio Giusti, médecin-chef du Centre cardio-métabolique de l'Hôpital intercantonal de la Broye [HIB].

Le phénomène n'a rien de nouveau, mais « sa prévalence est actuellement en augmentation et cela nous inquiète », ajoute-t-il. On ne sait pas quelle est la proportion de la population qui est concernée, mais une enquête menée par le spécialiste il y a quelques années à l'Université de Lausanne avait montré que « 7 % des étudiants étaient affectés par l'orthorexie ».

Ce trouble est très certainement favorisé à la fois par les scandales qui ont éclaté dans l'agroalimentaire (comme celui de la vache folle), par toutes les informations qui circulent sur les bienfaits et les méfaits de l'alimentation, ainsi que par les incitations permanentes à manger sainement et bio à tout prix. Dans ses formes les plus sévères, il peut avoir d'importantes conséquences. « Certaines personnes peuvent consacrer la moitié de leur temps à penser à leur nourriture », souligne Vittorio Giusti. Cela peut alors conduire « à des troubles psychologiques et psychiatriques et avoir des répercussions sur le comportement et le quotidien des individus concernés ». Avec les impacts sociaux, et financiers, que l'on imagine.

de type 2 et de maladies cardio-vasculaires que cela entraîne.

Dans la majorité des cas, l'hyperphagie boulimique est associée à des troubles psychologiques tels que « le manque d'estime et d'affirmation de soi, l'anxiété, la dépression ou des phobies », précise le médecin. Son traitement nécessite donc le recours à des psychologues spécialisés et vise essentiellement à « réduire les fréquences des crises et à les transformer en simples grignotages ». Résultat d'autant plus difficile à atteindre que le syndrome est sévère et qu'il est installé depuis longtemps.

Traitements médicamenteux

En Europe, et notamment en Suisse, les médecins prescrivent parfois à leurs patients de la fluoxétine (le fameux Prozac®), « un antidépresseur que l'on prescrit à des doses plus élevées pour traiter la boulimie et l'hyperphagie ».

Récemment, un autre médicament, utilisé jusqu'ici dans le traitement des troubles de l'attention avec hyperactivité (TDA-H), a été approuvé par la FDA (l'agence américaine de régulation des médicaments) dans la prise en charge de la compulsion alimentaire : le lisdexamfetamine dimesylate (Vyvanse®). Celui-ci appartient à la famille des amphétamines et peut entraîner de nombreux effets secondaires :

des insomnies, une accélération du rythme cardiaque, de l'anxiété et même des troubles psychiques, sans compter les risques de dépendance. Ce qui fait dire à Vittorio Giusti « qu'il ne sera sans doute jamais autorisé en Europe, ni en Suisse ». D'autant, précise-t-il, que « ce médicament, qui est en fait destiné à

dépendance à l'alcool ou au tabac. « De nombreuses recherches sont menées sur le sujet », constate le médecin de l'HIB qui n'est pas très confiant dans leur réussite. « Il est possible de se passer d'alcool ou de cigarettes, dit-il, mais pas de nourriture. Notre organisme dispose d'ailleurs de toute une série de méca-

“LE « BINGE EATING » OU HYPERPHAGIE EST ASSOCIÉ À UN MANQUE D'ESTIME ET D'AFFIRMATION DE SOI, À UNE ANXIÉTÉ, UNE DÉPRESSION OU DES PHOBIES,,

lutter contre l'obésité, ne fait perdre que 6 à 7% du poids initial». Ses bénéfices paraissent donc bien minces par rapport aux complications potentielles.

Peu de chances de réussite

De leur côté, des chercheurs américains disent avoir trouvé une molécule active contre le binge eating chez la souris, en tirant parti du fait que la compulsion alimentaire est un phénomène similaire à la

nismes pour contrôler la prise alimentaire. Si l'on bloque l'un d'entre eux, il en utilisera un autre.» C'est pour cette raison que Vittorio Giusti « ne croit pas qu'une solution médicamenteuse pourra permettre de lutter contre l'hyperphagie boulimique, ou même l'obésité, car c'est trop compliqué ». Mieux vaut donc traiter le problème à sa racine et s'attaquer aux problèmes psychologiques qui favorisent le comportement compulsif. ●

Publireportage

Mepha: Guide consacré à la maladie d'Alzheimer

En Suisse, environ 110'000 personnes souffrent de démence et deux tiers des malades sont affectés par la démence de type Alzheimer.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer souffrent de troubles de la mémoire et de la parole. Elles ont des difficultés à planifier et à réaliser les tâches de la vie courante ainsi qu'à reconnaître des objets, des personnes ou des lieux. La maladie d'Alzheimer est incurable; elle conduit à une perte d'autonomie et a des conséquences graves pour les personnes concernées et leur entourage.

Le guide gratuit de Mepha «**Mieux informé sur la démence de type Alzheimer**» a pour objectif de donner aux patients, aux proches et aux personnes intéressées un aperçu clair de cette

pathologie. Il aborde les premiers signes de la maladie, la pose du diagnostic et les options thérapeutiques actuelles. Les proches y trouveront des conseils pour mieux gérer leurs relations avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le guide fournit aussi des informations en lien avec la prévention de la maladie d'Alzheimer.

Reto W. Kressig, professeur extraordinaire de gériatrie à l'Université de Bâle et médecin-chef au Centre universitaire de gériatrie et de réadaptation de l'Hôpital Felix Platter à Bâle, a participé à la rédaction du guide «**Mieux informé sur la démence de type Alzheimer**». Ce dernier peut être téléchargé gratuitement sur le site web de Mepha, le leader suisse sur le marché des génériques: www.mepha.ch.



APPLICATIONS ET OBJETS CONNECTÉS POUR GÉRER SON POIDS

Bouger plus, manger mieux ? La technologie peut vous y aider.

TEXTE [BENOÎT PERRIER](#)



SE PESER

Surveiller son poids trop étroitement n'est pas recommandé : on ne devrait se peser qu'une à deux fois par mois au maximum, le matin et à jeun. Mais, même à cet intervalle, une balance connectée peut permettre de suivre facilement l'évolution de son poids, sur un smartphone ou un ordinateur. Différents modèles existent, dont ceux du Français [Withings](#).

Prix : à partir de 100 francs environ



S'EXERCER

Vous ne trouvez pas le temps de faire du sport ? Et si vous arriviez quand même à faire sept minutes d'exercice ? Deux entraîneurs américains ont sélectionné douze exercices qui développent à la fois la force et l'endurance à réaliser dans ce laps de temps. Les seuls accessoires nécessaires sont une chaise et un mur.

De nombreuses applications existent pour vous décrire ces exercices et vous donner le timing dans lequel vous devez l'accomplir. C'est le cas de [Seven](#) de la société Perigee.

Plateformes : Android, iOS, Windows Phone

Prix : gratuit avec fonctionnalités payantes



GARDER LE RYTHME

S'exercer en musique peut motiver. Certains coureurs n'envisagent pas une sortie sans écouteurs! Deux applications, [Spring](#) et [RockMyRun](#) vous proposent d'adapter automatiquement cette bande-son à l'intensité de votre effort. La seconde manipule même en direct le tempo des chansons que vous écoutez!

Plateformes : iOS, Android (RockMyRun uniquement)

Prix : gratuit avec fonctionnalités payantes



ENREGISTRER SES MOUVEMENTS

La sédentarité, le fait de bouger peu, est l'allié du surpoids. Des bracelets connectés peuvent enregistrer votre mouvement et vous alerter si vous n'avez pas atteint un quota de pas quotidiens. Les montres connectées comme l'Apple Watch embarquent également des capteurs permettant de recueillir ces données. Certains bracelets enregistrent la fréquence cardiaque.

Différents modèles existent, dont ceux de [Jawbone](#), [Fitbit](#) ou [Garmin](#)

Prix : à partir de 90 francs environ



BIEN MANGER

Faire attention à ce que l'on mange est parfois difficile, que l'on soit distrait ou que l'on ignore la composition énergétique de ses aliments. De nombreuses applications viennent à la rescousse, à l'instar de [Lifesum](#) qui permet de noter ses prises alimentaires et de répertorier les calories ingérées. Et pour bien manger, il faut prendre le temps : [Eat Slower](#) est une application qui vous permet de donner un rythme à vos bouchées (20 secondes, 30 secondes, etc.). En mangeant plus lentement, vous donnez plus de temps à votre cerveau pour se rendre compte que votre corps a eu la quantité de nourriture qu'il nécessitait.

Plateformes : Android, iOS

Prix : gratuit (Eat Slower et Lifesum) avec fonctionnalité payantes (Lifesum)

FICHE MALADIE

L'OBÉSITÉ

L'obésité est une maladie qui augmente le risque de survenue d'autres maladies et réduit l'espérance et la qualité de vie. Les patients atteints de cette accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle nécessitent une prise en charge individualisée et à long terme, diététique et comportementale.

EXPERT DR CHIARA FERRARIO,
MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE,
DIABÉTOLOGIE ET MÉDECINE INTERNE

TEXTE ELLEN WEIGAND



Les surpoids et l'obésité sont devenus les premiers facteurs de risque de décès dans le monde. En 2014 plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids (indice de masse corporelle supérieur à 25), dont 600 millions obèses (IMC supérieur à 30), selon l'Organisation mondiale de la santé. En Suisse, l'Enquête sur la santé 2012 faisait état de 41 % de la population en surpoids (dont 51 % d'hommes), et de 11 % des hommes et 9 % des femmes souffrant d'obésité.

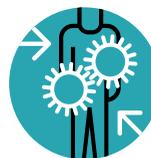
L'obésité est une maladie multifactorielle dont les conséquences à long terme induisent un déséquilibre entre les apports (calories ingérées) et les besoins (calories dépensées) énergétiques. Les calories non utilisées sont stockées dans le tissu adipeux. Ce trouble du comportement alimentaire complexe est dû à des facteurs principalement héréditaires et psychologiques (dépression, traumatismes, anxiété, etc.), mais également environnementaux (alimentation trop riche, sédentarité, stress). Seuls de rares cas sont provoqués par certaines maladies ou troubles hormonaux, ou sont des effets secondaires de certains médicaments.

On définit ainsi l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse constituant un risque pour la santé. Car c'est cette graisse qui accroît les facteurs de risque d'une série de maladies liées à l'obésité – diabète de type 2, hypertension, maladies cardiovasculaires, etc. L'obésité est également un facteur de risque

accru pour les cancers hormonodépendants (endomètre, sein, etc.).

La surcharge pondérale altère aussi la qualité de vie du patient (exclusion sociale, mauvaise image de soi, perte de confiance en soi, mobilité réduite, etc.).

Causes et facteurs de risque



L'obésité est due à un déséquilibre alimentaire entre la quantité de calories absorbées et celles éliminées par l'organisme (par l'activité physique notamment) sur le long terme. Les causes de ce déséquilibre sont complexes et souvent multifactorielles, principalement :

- Facteurs environnementaux : l'accès facilité à une alimentation trop riche en graisses et sucre (et boissons sucrées et alcoolisées), mais pauvre en éléments nutritifs (vitamines, oligoéléments, micronutriments), ainsi que le manque d'activité physique (sédentarité) et le stress favorisent l'obésité.
- Facteurs génétiques : il y a souvent une prédisposition génétique à l'obésité.

- Facteurs psychologiques – troubles du comportement alimentaire (40-70 % des cas) : la dépression, le manque d'estime de soi, une mauvaise image corporelle, des traumatismes, l'agressivité, etc., constituent des causes fréquentes des troubles du comportement alimentaire. Manger, parfois de façon compulsive, devient l'unique manière de compenser ses émotions négatives. Par ailleurs, la discrimination sociale des personnes obèses et l'isolement dont elles font l'objet peuvent renforcer les problèmes d'ordre psychique.
- Les régimes trop restrictifs – l'effet « yo-yo » : suivre des régimes très restrictifs sans modification durable du mode de vie est voué à l'échec. Ces échecs augmentent la frustration et la culpabilité, renforçant souvent les mécanismes de compensation par la nourriture. De plus, les pertes pondérales rapides successives perturbent l'organisme et induisent une reprise plus rapide, avec une augmentation du tissu adipeux et donc un risque accru de comorbidités.
- Les effets indésirables de certains médicaments (certains antidépresseurs, neuroleptiques, etc.) : ils augmentent l'appétit et/ou provoquent une rétention d'eau.
- L'âge : il s'accompagne souvent d'une augmentation modérée du tissu graisseux due à des modifications physiologiques liées au vieillissement, à quoi s'ajoutent des changements du comportement alimentaire et une activité physique réduite.
- Etc.

Symptômes



IMC (Indice de masse corporel)

L'obésité est déterminée par l'indice de masse corporel (IMC, ou BMI de l'anglais *body mass index*), calculé en divisant le poids corporel (en kg), par le carré de sa taille (m²).

Exemples de calcul de l'IMC

Pour une personne pesant 70 kg et mesurant 1,65 m :
 $70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7 \text{ kg/m}^2$.

Pour une personne pesant 100 kg et mesurant 2 m :
 $100 / (2 \times 2) = 25 \text{ kg/m}^2$.

Dès que l'IMC dépasse 30 kg/m², un individu est considéré comme obèse. Et plus l'IMC est élevé, plus le risque de comorbidités (maladies secondaires) et de décès prématuré est élevé.

Tour de taille

Pour évaluer ces risques, on tient encore compte de la circonférence abdominale. Cette mesure du tour de taille, à la hauteur du nombril, sert à évaluer la quantité de graisse et sa répartition sur le corps. Ce sont en effet des indicateurs du risque d'autres maladies : un tour de taille supérieur à 88 cm chez la femme ou à 102 cm chez l'homme indique une obésité abdominale, associée notamment à

un risque accru de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires qui augmente avec le nombre de centimètres.

Exceptée la surcharge pondérale, il n'existe donc pas à proprement parler de symptômes de l'obésité, mais une personne obèse peut présenter un symptôme ou un autre des maladies que l'obésité favorise, notamment :

- un prédiabète ou un diabète de type 2 ;
- une hypertension (pression artérielle élevée) ;
- une hypercholestérolémie (taux élevé de cholestérol dans le sang) ;
- un syndrome métabolique (associant diabète, excès de cholestérol et hypertension artérielle) ;
- une hyperlipidémie (taux élevé de lipides dans le sang) ;
- des apnées du sommeil ;
- des difficultés respiratoires à l'effort notamment (dyspnée) ;
- des douleurs articulaires (dans les genoux, les membres supérieurs ou le bas du dos) à cause du surpoids ;
- une arthrose précoce (usure du cartilage) ;
- des troubles veineux (varices, phlébite, etc.) ;
- des troubles psychologiques (dépression, anxiété, etc.), dus notamment à une mauvaise image et estime de soi, mais également à l'exclusion sociale dont les personnes obèses sont victimes ;
- une réduction de la mobilité et donc des difficultés à exécuter certains mouvements ou à pratiquer certains sports ;
- une plus grande fatigabilité musculaire ;
- une réduction de la fertilité, tant chez la femme que chez l'homme ;
- etc.

Les traitements



Il n'existe aucun traitement médicamenteux curatif pour l'obésité. Si le patient souffre déjà de maladies dues à son surpoids, celles-ci doivent bien sûr être traitées, en plus des mesures prises pour diminuer le poids.

Traitement médical

Le traitement de l'obésité peut être médical ou chirurgical, mais se fait dans tous les cas sur deux axes : comportemental et diététique. Toute thérapie débute par une prise de conscience du trouble alimentaire – le patient vit souvent dans le déni du problème – puis vise un changement des habitudes alimentaires et du mode de vie (reprise ou augmentation de l'activité physique régulière, meilleure gestion du stress). La durée et le succès du traitement dépendent du degré du trouble alimentaire et de l'investissement du patient. La prise en charge s'effectue par une équipe pluridisciplinaire (endocrinologue, diététicien/nutritionniste, psychothérapeute, physiothérapeute, etc.). Cette prise en charge individualisée et globale comporte :

- des conseils diététiques pour réduire et/ou stabiliser le poids;
- une psychothérapie, par exemple thérapie cognitivo-comportementale pour comprendre et traiter les troubles du comportement alimentaire;
- un programme d'exercices physiques et de physiothérapie;
- un traitement médicamenteux.

Médicaments

Aujourd'hui, seul l'orlistat (Xenical®) est autorisé comme traitement de l'obésité, en Europe du moins. Il est utilisé en association à un traitement conservateur, en particulier une prise en charge diététique visant à réduire l'apport en graisses, lorsque le taux de graisse corporelle du patient est important (IMC > 30 kg/m²). Son principe actif réduit l'absorption des lipides au niveau de l'intestin. Les effets indésirables – selles huileuses et flatulences – surviennent surtout en cas d'alimentation trop grasse, ce qui peut inciter le patient à manger moins gras, mais ils sont aussi responsables de nombreuses interruptions de traitement. De nombreux autres médicaments (avec plus ou moins de succès) sont utilisés aux USA notamment pour traiter l'obésité.

Traitement chirurgical

Les diverses techniques de chirurgie bariatrique ont pour résultat de réduire la quantité de nourriture que l'on peut ingérer et/ou l'absorption des aliments, et agissent de ce fait sur le métabolisme. Le choix de l'intervention adéquate dépend, entre autres, de l'IMC du patient, de son âge, de la répartition de la masse grasseuse, de la présence de maladies associées, de sa maturité psychoaffective ainsi que de ses attentes et de ses préférences.

L'efficacité de la chirurgie bariatrique est reconnue en ce qui concerne la perte de poids, la diminution ou la disparition des comorbidités et une augmentation de l'espérance de vie. Le patient peut bénéficier d'une telle intervention, remboursée par l'assurance-maladie de base, en cas d'obésité de classe II ou III selon l'OMS (IMC > 35 kg/m²), et après l'échec d'un traitement médical pendant au moins deux ans. La bonne préparation du patient et sa motivation sont en effet essentielles pour la réussite à long terme de l'intervention.

Trois techniques sont aujourd'hui majoritairement employées :

→ Le court-circuit gastrique ou by-pass gastrique :

C'est actuellement la méthode de référence. Elle consiste à réduire la capacité de l'estomac et à le relier au jéjunum (une partie de l'intestin grêle) pour limiter l'absorption des nutriments par l'intestin grêle. Le court-circuit permet une plus grande perte de poids, durable, et un meilleur contrôle des maladies liées à l'obésité que la gastrectomie en manchon.

→ La gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy* :

Relativement simple, cette chirurgie restrictive irréversible est toujours plus répandue, notamment dans les pays où se pratique un grand nombre d'interventions gastriques. Elle consiste à ôter la majeure partie de l'estomac pour ne laisser en place qu'un tube étroit (manchon) réduisant la quantité d'aliments

qu'on peut avaler. On manque toutefois de recul sur son efficacité, les risques et complications à long terme. Cette technique peut en revanche être indiquée chez des patients à haut risque ou souffrant d'obésité extrême (IMC > 60 kg/m²), vu qu'elle peut être réalisée plus rapidement qu'un by-pass gastrique.

→ Le cerclage gastrique ajustable (anneau gastrique) :

Un anneau ajustable est posé autour de l'estomac et réduit la quantité d'aliments que l'on peut ingérer sur un laps de temps donné. Cette technique réversible est associée à des complications fréquentes et peut nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale. Pour ces raisons, elle n'est plus recommandée.

Chirurgie plastique

Après une prise en charge conservatrice ou chirurgicale, une intervention est généralement nécessaire pour diminuer l'excès de peau dû à la perte massive de poids. Cela pour des raisons esthétiques, médicales et de bien-être : les profonds plis de peau excédentaires, disgracieux, peuvent aussi provoquer des dermatites à répétition ou rendre certains gestes pénibles (par exemple difficultés à s'habiller avec une sorte de tablier de peau de 20 à 30 cm de longueur au niveau du ventre).

En Suisse la chirurgie réparatrice est prise en charge par l'assurance-maladie seulement si l'excès de peau cause des problèmes de santé, comme des abcès ou des infections cutanées (25 % des cas).

Evolution et complications



Sans un suivi médical, et en l'absence de changement des habitudes alimentaires et du mode de vie sur le long terme, la personne obèse risque fortement de développer diverses maladies graves, potentiellement mortelles. Elle peut aussi souffrir de handicaps physiques (mobilité réduite, perte de musculature, etc.). Non soigné, le trouble du comportement alimentaire risque encore d'entraîner ou d'aggraver des problèmes d'ordre psychologique (mauvaise image de soi, dépression, idées suicidaires, etc.) voire des maladies psychiatriques, ainsi que de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Suivi et complications chirurgicales

Quelle que soit la chirurgie utilisée, le patient nécessitera un suivi à vie, et cela auprès d'un spécialiste de l'obésité au moins pendant les cinq ans suivant l'intervention.

Outre les complications inhérentes à toute intervention chirurgicale, la chirurgie bariatrique peut être associée à de nombreuses complications. De plus, elle entraîne des carences nutritionnelles et vitaminiques à cause de la réduction importante de l'absorption des nutriments. Cela nécessite souvent la prise de compléments alimentaires et de traitements vitaminés à vie. A défaut, le patient

encourt des problèmes de santé, tels des dommages neurologiques graves (carences en vitamine B12, voire en acide folique) ou de l'ostéoporose (carences en calcium).

Perdre massivement du poids et changer d'image corporelle a également un fort impact psychologique sur le patient – et sur la perception qu'en a son entourage – auquel il devra être préparé.

Prévention



L'apparition et l'évolution d'une obésité peuvent être, du moins partiellement, influencées par une alimentation équilibrée (pas trop grasse ni sucrée) et un rapport sain à la nourriture dès la prime enfance, ainsi que par un mode de vie sain :

- manger de tout, mais sans excès (et sans oublier fruits et légumes!);
- manger seulement lorsqu'on a faim, et suffisamment lentement pour laisser s'installer le sentiment de satiété. Eviter de se resservir et apprendre à « laisser des restes »;
- manger aux heures de repas et collations seulement, en évitant le grignotage entre deux (devant l'écran, la télévision, etc.);
- réduire les facteurs de stress ou apprendre à mieux gérer le stress;
- exercer une activité physique régulière (30 minutes par jour au moins, qu'on peut fractionner aussi en 3 x 10 minutes). On peut l'intégrer facilement également dans son quotidien, par exemple en prenant les escaliers au lieu de l'ascenseur, en descendant du bus un ou deux arrêts avant sa destination, en ne prenant pas sa voiture pour de courts trajets, en jouant avec ses enfants, en jardinant ou en promenant son chien, etc.

Lorsqu'un surpoids est déjà installé

Si l'on est déjà en surpoids (IMC 25 - 29,9 kg/m²), il faut éviter les régimes draconiens (effet yoyo). Comme indiqué, une alimentation équilibrée associée à une activité physique régulière permettent de prévenir ou limiter l'obésité et de stabiliser le poids. Les personnes qui n'y parviennent pas sans aide devraient consulter leur médecin qui les adressera à un spécialiste le cas échéant.

Examens



Si les valeurs de l'IMC et du tour de taille indiquent un surpoids ou une obésité, le médecin cherchera à identifier les facteurs de risques d'autres maladies, notamment par un bilan sanguin.

Pour aller plus loin :

« **Chirurgie bariatrique en 2013 : principes, avantages et inconvénients des interventions à disposition** », Michel Suter, Vittorio Giusti, Rev Med Suisse 2013;658-663.

« **Chirurgie de l'obésité: le suivi à vie des opéré(e)s est indispensable** », Planète Santé, 21/01/2015.

« **Activité physique et santé** », brochure gratuite [OFS 2014] à télécharger sur <http://www.hepa.ch>.

Bien manger pour ma santé. Guide pratique pour une cuisine équilibrée, Ed. Médecine et Hygiène, 2015, Prix : 22 CHF.

Nouvelles couches d'incontinence ID Expert (anciennement Euron)



Remboursées par les caisses maladies selon prescription médicale. De toute première qualité destinées tant aux professionnels qu'aux privés.

Offre spéciale : Livraison gratuite pour les privés.

Demandez des échantillons gratuits en nous retournant ce talon dûment coché

Nos atouts :

- Testées dermatologiquement, sans Latex
- Sa forme anatomique et son aspect cotonneux vous garantissent une protection efficace contre les fuites
- Contient un gel anti-odeur qui prend également soin du PH de votre peau

Distri-Hygienics Sàrl · Rte d'Hermance 218A · 1246 Corsier / Ge · Tél. 078/763.28.61
Claudine D'hondt · Directrice Commerciale · distri.hygienics@bluewin.ch



Chirurgie de l'obésité : quelle prise en charge par l'assurance de base ?

La chirurgie de l'obésité est prise en charge par l'assurance-maladie de base à certaines conditions. En revanche, le traitement des altérations liées au succès de cette chirurgie, par exemple les excès cutanés, est à la charge de l'assuré, sauf exceptions.



MARC HOCHMANN FAVRE

Le remboursement de la chirurgie de l'obésité

La chirurgie de l'obésité peut, à certaines conditions, être prise en charge par l'assurance-maladie de base.

L'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) définit ces conditions, à savoir¹ :

- le patient présente un indice de masse corporelle supérieur à 35, soit une obésité sévère ;
- un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet².

Au surplus, la pose de l'indication du traitement chirurgical, sa réalisation et le contrôle du suivi doivent être effectués

conformément aux directives médicales du SMOB³.

Dans la mesure où les conditions énoncées ci haut sont remplies, l'assurance de base prend en charge les chirurgies suivantes, sans que le préavis du médecin-conseil de l'assurance ne soit nécessaire⁴ :

- Gastroplastie verticale
- Anneau gastrique ajustable
- Gastrectomie en manchette
- Bypass gastrique proximal
- Diversion bilio-pancréatique

En revanche, le traitement de l'obésité par l'implantation d'un ballonnet intragastrique n'est pas pris en charge par l'assurance de base⁵.

Le remboursement de la chirurgie « esthétique » après succès du traitement

Lorsque la chirurgie de l'adiposité est un succès et que le patient a perdu du poids, il est fréquent que celui-ci présente, par exemple, des excès cutanés inesthétiques, voire gênants. Se pose alors la question de la prise en charge par l'assurance de base des opérations visant à supprimer ces altérations liées au succès du traitement de l'adiposité. Malheureusement, la réponse est en général négative.

La loi prévoit qu'une prestation n'est à charge de l'assurance-maladie de base

que si elle diagnostique ou traite une maladie ou ses suites⁶. Selon la jurisprudence, les défauts esthétiques n'ont pas valeur de maladie, même lorsqu'ils sont la conséquence d'une maladie⁷. L'élimination chirurgicale des plis du ventre après une cure d'amaigrissement prise en charge par l'assureur de base est donc une mesure qui relève de la chirurgie esthétique, laquelle n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-maladie⁸. Des circonstances particulières peuvent toutefois conduire à reconnaître au patient une prise en charge de ces altérations par l'assurance-maladie obligatoire, notamment lorsque les défauts causent des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie. Tel peut être le cas lorsque les altérations touchent une zone du corps visible et spécialement sensible sur le plan esthétique comme le visage⁹, ce qui a contrario exclut les altérations touchant notamment l'abdomen. Sont également considérées comme maladie les altérations, par exemple les cicatrices, qui provoquent des douleurs ou des limitations fonctionnelles¹⁰. Enfin, pourraient également être qualifiés de maladie les troubles psychiques que développerait un patient à la suite des altérations morphologiques liées au succès de la chirurgie de l'obésité.

Dans de telles circonstances, le patient pourrait obtenir de l'assurance de base la prise en charge du traitement de ces

altérations, par exemple par une intervention chirurgicale. Il convient toutefois, dans de telles hypothèses, d'obtenir au préalable la garantie de l'assureur de couvrir les frais de traitement. En cas de refus, le patient peut demander à l'assureur de rendre une décision formelle, qui ouvre la voie du contentieux judiciaire.

Le devoir d'information du médecin en matière économique

Selon la jurisprudence, il appartient au médecin d'attirer l'attention du patient

lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet¹¹.

A défaut d'apporter une information suffisante ou de renvoyer le patient à s'informer auprès de sa caisse maladie, les frais d'un traitement par hypothèse non pris en charge par l'assureur pourraient être réclamés au médecin. ●

“LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE FAISANT SUITE AU SUCCÈS D'UN TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ N'EST GÉNÉRALEMENT PAS PRISE EN CHARGE,,

- 1 Contrairement à ce qui prévalait avant le 1^{er} janvier 2011, l'OPAS actuellement en vigueur ne prévoit pas de limite d'âge. De plus, l'exigence de comorbidités est abandonnée et l'assuré n'a pas à faire une demande préalable à l'assurance de base. Enfin, l'indice de masse corporelle ouvrant le droit aux prestations a été abaissé de 40 à 35.
- 2 Pour les patients avec un indice de masse corporelle supérieur à 50, une durée d'une année est suffisante.
- 3 Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders.
- 4 Directives médicales du SMOB du 25 septembre 2013 (annexe 9.4).
- 5 Annexe 1 à l'OPAS
- 6 Art. 25 al. 1 LAMal
- 7 Arrêt du Tribunal fédéral des assurances K50/05 du 22 juin 2005.
- 8 RMA 1985 n° K638 page 197.
- 9 Arrêt du Tribunal fédéral des assurances K135/04 du 17 janvier 2006.
- 10 Arrêt du Tribunal fédéral des assurances K50/05 du 22 juin 2005.
- 11 ATF 119 II 456.



Pour allier plaisir et bien-être.

Vous souffrez d'une intolérance alimentaire? Régalez-vous sans craindre les effets secondaires avec les quelque 85 produits sans lactose et sans gluten Coop Free From et Schär! Ils vous attendent dans tous les grands supermarchés Coop et sur www.coopathome.ch

Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, abonnez-vous à la newsletter «Alimentation» sur www.coop.ch/freefrom

freefrom

coop

Pour moi et pour toi.

JOSEF ZISYADIS

« Le goût des bons plats me vient de l'enfance »

On le croise au marché, chez les artisans bouchers ou boulangers de Suisse romande. Mais c'est à Lausanne, dans les bureaux de la Semaine du goût, dont il est le président, que nous l'avons rencontré.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE

P.S. : Vous êtes, entre autres, président de la Semaine du goût, co-président de Slow Food Suisse, co-fondateur des Jardins d'Ouchy à Lausanne... D'où vous vient cet amour pour la bonne chère ?

J.Z. : Il me vient de l'enfance. Je suis arrivé en Suisse, à Lausanne, à l'âge de 6 ans avec mes parents. Sans papiers, je ne connaissais pas la langue. Alors comme pour tous les immigrés, la cuisine de ma mère, de mes origines, avait une très grande importance. Les repas étaient un moment de retrouvailles en famille. Je cuisine depuis tout petit. A 8 ans déjà, je réchauffais les plats que ma mère avait préparés.

C'est donc grâce à votre mère que vous savez cuisiner aujourd'hui ?

Oui. Je cuisine tous les jours. C'est la seule chose que je sais faire de mes mains ! C'est mon plus grand plaisir de la journée. J'ai la culture du produit frais, de l'huile d'olive, des herbes aromatiques, du poisson. Je suis très cuisine grecque, moyen-orientale, méditerranéenne en général, en lien avec mes origines (*ndlr* turques et grecques).

Quelles autres valeurs associez-vous à la nourriture ?

Je suis co-président de Slow Food Suisse, un mouvement qui se veut un antidote à l'industrialisation de l'alimentation.

Nous défendons une autre conception de l'agriculture, nous voulons une alimentation propre, bonne et juste. Propre en regard des conditions de production des aliments, bonne car nous revendiquons le droit au plaisir. Enfin, juste et équitable, car manger c'est aussi être solidaire avec ceux qui ont produit ce que nous mangeons.

La nourriture locale et de qualité est-elle à la portée de toutes les bourses ?

Oui. Contrairement à ce que l'on croit, manger local revient moins cher que s'approvisionner dans les grandes surfaces, et c'est sans parler de la qualité. Aujourd'hui, beaucoup de foyers passent leur temps à remplir le frigo le samedi et à jeter ce qui est périmé à la fin de

“BEAUCOUP DE FOYERS PASSENT LEUR TEMPS À REMPLIR LE FRIGO LE SAMEDI ET À JETER CE QUI EST PÉRIMÉ À LA FIN DE LA SEMAINE,,

Au quotidien, comment mettez-vous ces principes en pratique ?

Je n'achète aucun produit alimentaire dans les grands magasins. Cela ne me donne aucun plaisir, ce n'est pas appétissant. J'ai tout un réseau de maraîchers, artisans bouchers, boulangers, pêcheurs, etc. On trouve partout des gens qui ont une relation humaine avec la nourriture. Je fais mes courses au jour le jour. Je mange local, de saison, bio si possible. Mais j'évite le bio industriel.

Politiquement, vous défendez les couches sociales les moins favorisées.

la semaine. On gaspille beaucoup. Il faut s'occuper de son frigo, qui doit être le plus vide possible, ranger les aliments au bon endroit, acheter au jour le jour, selon les envies, faire une liste de courses pour ne pas céder à ce que l'on veut nous faire acheter. Ce n'est pas une question de temps ni de moyens, mais de volonté.

On a l'impression qu'aller au marché, manger local et fait maison est devenu une attitude bobo. Qu'en pensez-vous ?

Je ne suis pas d'accord. Vous savez, les classes populaires ont toujours su cuisiner par souci d'économie. Ce sont elles



qui ont le plus souffert de l'industrialisation agro-alimentaire. A 17 ans, je suis parti de la maison avec mon carnet de recettes de cuisine. J'achetais des carcasses de poulet à la Migros et je cuisinais les restants de viande au curry. Il n'y avait rien d'exceptionnel, mais mes copains adoraient ça. C'est toute une façon de vivre, celle d'il y a 50-60 ans, que l'on a perdu.

Pour moi, c'est aussi important d'avoir une relation humaine avec les commerçants, d'échanger sur les produits que l'on achète. Prendre le temps de cuisiner aussi a du sens. La cuisson est un temps donné pour partager avec ses enfants, sa femme ou son mari. Pour moi, c'est le meilleur moment de la journée.

Quel regard portez-vous sur la façon de nous nourrir aujourd'hui et sur l'impact que cela peut avoir sur notre santé ?

Je déplore l'industrialisation de l'alimentation, les plats cuisinés, qui sont plus gras, plus sucrés, plus salés, plus chers. Le marché des aliments, des produits sans gluten, etc. aussi. Les aliments ont de moins en moins de goût. Et on a perdu le visage de ceux qui sont derrière ce que nous mangeons. Nous vivons une véritable perte d'autonomie alimentaire. Tout est fait pour que l'on passe de moins en moins de temps à table.

Je regrette aussi l'individualisation de la nourriture en fonction des problèmes de santé des uns et des autres. Les repas, qui à la base sont des moments de partage, deviennent une somme d'individualités.

Et le système de santé dans tout ça ?

Je suis pour une santé qui soit la plus sociale possible. Je trouve qu'il est inadmissible que l'on soit taxé la même chose que l'on soit pauvre ou riche. Il y a de plus en plus d'assurances complémentaires. On va vers une médecine à deux vitesses. Il n'y a pas de solidarité à ce niveau-là.

“JE SUIS ARRIVÉ EN SUISSE À L'ÂGE DE 6 ANS. COMME POUR TOUS LES IMMIGRÉS, LA CUISINE DE MA MÈRE, DE MES ORIGINES, AVAIT UNE TRÈS GRANDE IMPORTANCE,,

On le sait, soigner son alimentation est bon pour la santé. Que faites-vous pour préserver votre hygiène de vie ?

Je bois beaucoup de jus de fruits et de légumes. J'aime les légumes crus ou cuits à la vapeur et je mange beaucoup de poisson. Je vais à 7 heures du matin chercher mon poisson frais à Ouchy. Je ne mange de la viande qu'une à deux fois par semaine, davantage pour des raisons écologiques. Pour moi, manger de la viande doit rester un moment de fête. Tous les matins, je déguste des huiles d'olive à jeun. Je m'amuse à les reconnaître. Je ne sais pas si c'est bon pour la santé, mais j'ai l'impression que cela me fait du bien. Mais de manière générale j'ai plutôt un rapport spontané à la nourriture.

Une fois par mois, je fais trois jours de diète complets. Je ne me nourris que d'eau et de jus de fruits. Je ressens ce besoin de faire une pause car je suis tout le temps en train de déguster. Le premier jour est le plus dur. Mais dès le deuxième, je sens que je suis plus disponible. J'ai une plus grande capacité de travail, j'ai plus d'énergie. Je perds à chaque fois deux ou trois kilos, mais ce n'est pas le but. C'est une façon de faire attention à soi, d'écouter son corps. Après, on est plus sensible au goût. Je déguste plusieurs eaux et fais la différence entre elles.

Sinon, je ne déjeune pas et ne mange jamais à midi, sauf si je suis invité. Je n'aime pas manger en une heure et je préfère prendre mon temps le soir.

Faites-vous cela pour garder la ligne ?

Non. C'est une forme de vie. J'ai sûrement un léger surpoids, mais je n'en fais pas une obsession. Je veille à mes 90 kg. Je m'autorégule. Si je sens que j'ai pris du poids, je vérifie avec la balance.

Faites-vous du sport pour votre santé ?

Je ne suis pas un grand sportif, mais j'essaie de marcher le plus possible. Je fais de la musculation deux à trois fois par semaine, pour le plaisir. Ça me fait penser à autre chose.

Quels rapports entretenez-vous avec le milieu médical ?

Je suis plutôt méfiant. Ça relève d'une peur sûrement. Je tolère la douleur et dois me faire violence pour prendre des médicaments : je n'ai pas pris d'aspirine depuis des lustres. Je préfère les préparations homéopathiques. Je refuse d'être dépendant de quoi que ce soit. C'est certainement une réaction contre la surmédicalisation de notre société. Je me demande souvent comment je réagirais si j'avais soudain un grave problème de santé.

Avez-vous peur de vieillir ?

Non. En réalité, je n'ai pas envie de vivre très vieux car je ne veux pas être un souci pour mes enfants. J'ai 59 ans. J'aimerais profiter de la retraite. J' imagine vivre de manière plus austère, plus chichement. J'aimerais avoir mon propre jardin pour y planter mes légumes de base. ●

planète
santé

J'ai envie de comprendre...

L'anxiété

et les troubles anxieux

www.planetesante.ch

de Suzy Soumaille
en collaboration avec Guido Bondolfi

CHF 16.- / 14 euros

ISBN 978-2-88049-390-5

Anxiété généralisée, attaque de panique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif: les troubles anxieux sont les maladies psychiques les plus répandues, touchant près de 20% de la population. A force d'évitements, les personnes concernées sont guettées par l'épuisement et la démoralisation, avec un risque élevé de basculer dans la dépression. Un ouvrage clé pour comprendre comment échapper à la dictature de l'anxiété, en affrontant ce qui fait peur de façon progressive.

Plus d'informations: planetesante.ch/anxiete



Information santé grand public



Le diabète
A. Golay
P. Bernheim



Ma sexualité (homme)
E. Weigand
F. Bianchi-Demicheli



Le mal de dos
S. Genevay
E. Gordon



Le sommeil
E. Gordon
R. Heinzer
J. Haba-Rubio



Ma sexualité (femme)
E. Weigand
F. Bianchi-Demicheli



Les allergies
S. Soumaille
P. Eigenmann



La dépression
S. Soumaille
G. Bondolfi
G. Bertschy

Je commande: ex. L'anxiété
..... ex. Le diabète
..... ex. Ma sexualité (homme)

..... ex. Le mal de dos
..... ex. Le sommeil
..... ex. Ma sexualité (femme)

..... ex. Les allergies
..... ex. La dépression

CHF 16.- / 14 euros

Frais de port: Suisse CHF 3.- / Etranger 5 €

Je souhaite m'abonner à la collection et recevoir chaque livre dès sa parution au prix préférentiel de CHF 10.-/8 €. Maximum 4 livres par an.

En ligne: www.medhyg.ch - e-mail: livres@medhyg.ch
tél. +41 22 702 93 11 - fax +41 22 702 93 55
ou retourner ce coupon à: Editions Médecine&Hygiène
CP 475, 1225 Chêne-Bourg, Suisse

Vous trouverez également ces ouvrages chez votre libraire.

Nom et adresse

.....

E-mail

.....

Date et signature

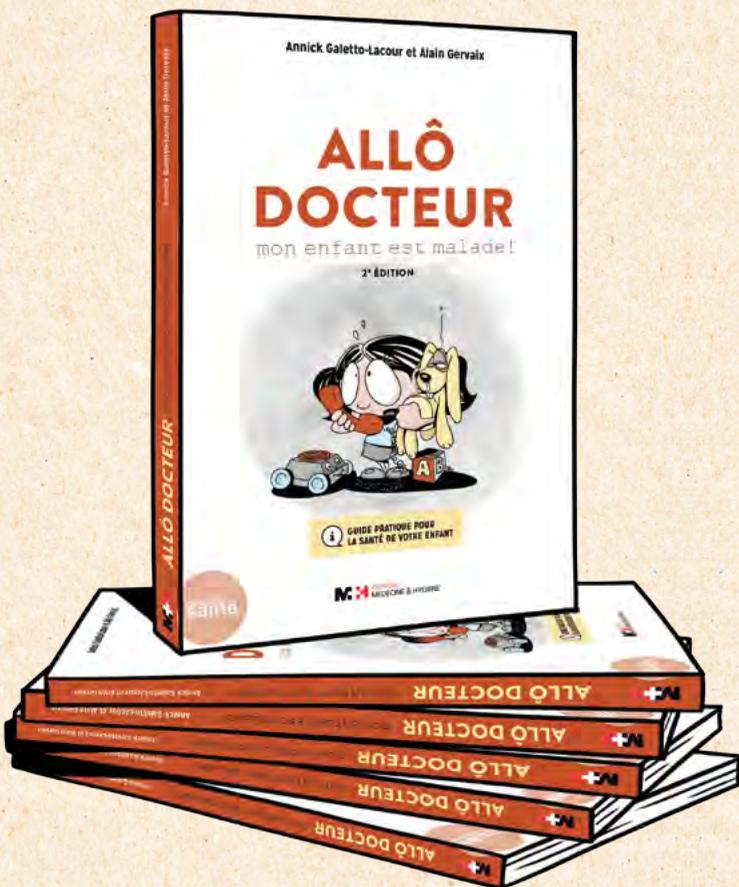
.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: VISA Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:



M+H EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE

ALLÔ DOCTEUR MON ENFANT EST MALADE !

2^E ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

Annick Galetto-Lacour
Alain Gervais

GUIDE PRATIQUE À L'USAGE DES PARENTS
ET DE TOUTE PERSONNE EN CONTACT
AVEC DE JEUNES ENFANTS

300 PAGES
FORMAT : 15 X 23 CM
ISBN : 978-2-88049-373-8

ALLÔ DOCTEUR MON ENFANT EST MALADE !

2^e édition revue et augmentée

Annick Galetto-Lacour, Alain Gervais

Toute personne en contact avec un enfant se pose ces questions : Que faire en cas d'accident ? De fièvre ? Quels soins apporter ? Quels sont les gestes qui sauvent ? Quand faut-il consulter un pédiatre ou un centre médical ? De la petite urgence aux accidents ménagers en passant par les maladies courantes de l'enfance, cet ouvrage indispensable répond aux questions des parents, éducateurs ou professionnels de la petite enfance.

Avec plus de 80 chapitres, cette nouvelle édition d'Allô Docteur est enrichie de nombreux détails et illustrations sur les maladies courantes et les accidents du quotidien, offrant des solutions encore plus complètes sur les gestes qui sauvent, les signes d'alerte ou l'administration des traitements et médicaments.

Annick Galetto-Lacour, médecin adjoint, et Alain Gervais, médecin chef de service des Urgences pédiatriques des Hôpitaux universitaires genevois, unissent à nouveau leurs compétences professionnelles et leur expérience de parent dans cette deuxième édition, augmentée de précieux encadrés de conseils et d'avertissements.

Informations et extraits sur www.medhyg.ch/allo-dr

COMMANDE

Je commande :

___ ex. de **ALLÔ DOCTEUR, MON ENFANT EST MALADE !**
2^E ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

CHF 29.- / 24 €

Frais de port : Suisse CHF 3.- et 5 € pour les autres pays

En ligne : www.medhyg.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, fax : +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Nom et adresse

.....

E-mail

.....

Date et signature

.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire : Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration :

.....