



ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE

Fondée le 3 août 1803
sous le nom de Société de Pharmacie de Paris
Reconnue d'utilité publique le 5 octobre 1877

« L'obésité : un problème de santé publique toujours d'actualité »

Séance bi-académique

Mardi 17 novembre 2015 - 14 h 30

Académie nationale de médecine
16, rue Bonaparte Paris 6^{ème}

Accueil par Jean-Yves Le GALL, Président de l'Académie nationale de médecine et Jean-Luc DELMAS, Président de l'Académie nationale de Pharmacie.

Les deux Présidents rendent hommage aux 130 victimes des événements dramatiques du vendredi 13 novembre 2015. Une minute de silence est observée en leur honneur. Ils rendent hommage au courage et au dévouement des professionnels de santé : pompiers, infirmiers, équipes du SAMU, praticiens libéraux qui se sont mobilisés spontanément ainsi que tous les praticiens hospitaliers et notamment ceux de chirurgie, anesthésie, réanimation pour leur prise en charge rapide des soins aux victimes.

Jean-Yves Le GALL est heureux d'accueillir le Président Jean-Luc DELMAS ainsi que tous les membres présents de l'Académie nationale de Pharmacie.

Le thème de cette séance porte sur l'obésité, problème majeur de santé publique touchant une proportion de plus en plus croissante de la population. À titre d'exemple on estime aux USA que 55 % des adultes sont en surpoids se traduisant par de nombreuses conséquences cliniques.

Jean-Luc DELMAS, à son tour, rappelle que l'obésité représente un problème récurrent de santé publique.

C'est un mal de la société moderne. L'Homme n'a pas su ou n'a pas voulu adapter ses comportements à l'évolution de la vie contemporaine. L'urbanisation a explosé, les travaux pénibles se sont raréfiés grâce à la mécanisation et l'automatisation, les transports en constant progrès ont supprimé les efforts inhérents aux déplacements ou en ont changé la nature. Et pendant ce temps, le régime alimentaire n'a pas été réduit, pire, les pratiques culinaires individuelles et surtout leur industrialisation (en clair la « malbouffe ») ont fait exploser le nombre de calories absorbées quotidiennement.

L'obésité figure dans le hit parade des sujets de la presse professionnelle et des supports grand public, comme ces marronniers inusables parce que traitant de problèmes pour lesquels la société n'a pas trouvé de remède.

En une semaine au printemps, le sujet était évoqué au moins à dix reprises dans les supports professionnels, qui, par exemple, mesuraient la pandémie et son coût, parlaient de handicap, faisaient le lien entre obésité maternelle et mortalité infantile, évaluaient le raccourcissement de la durée de vie, proposaient de nouveaux médicaments ou un nouvel usage de la vitamine D, dénonçaient la faiblesse des politiques nutritionnelles... Les chiffres se bousculent et font peur. On parle de 25 % des adolescents concernés, d'une croissance régulière du nombre de sujets atteints depuis plus de trente ans, y compris dans les pays où vivaient le plus d'obèses en 1980, d'un coût mondial de 2 000 milliards de dollars ...

Il était donc légitime que nos deux académies consacrent une nouvelle séance à l'obésité dix ans plus tard.

CO-MODÉRATEURS

Philippe BOUCHARD, *membre de l'Académie nationale de médecine*

Claude MONNERET, *Vice-président de l'Académie nationale de Pharmacie*,

Philippe BOUCHARD, membre de l'Académie nationale de médecine rappelle que cette réunion a été co-organisée avec Claude MONNERET, Vice-Président de l'Académie nationale de Pharmacie et Arnaud BASDEVANT, membre de l'Académie nationale de médecine. Malheureusement, pour des raisons de santé le Professeur BASDEVANT, responsable du Plan national Obésité, ne peut être présent aujourd'hui. Il avait demandé à sa principale collaboratrice, le Professeur Karine CLÉMENT, de le remplacer. Elle aussi malheureusement ne peut être présente et ne peut donc pas effectuer sa présentation « *Nouveaux regards sur la physiopathologie de l'obésité* » car elle est endeuillée par le décès de sa nièce assassinée au Bataclan. Les membres des deux Académies adressent au Professeur CLÉMENT leurs plus sincères condoléances ainsi que leurs amicales pensées au Professeur BASDEVANT.

Introduction générale

Claude MONNERET, *Vice-Président de l'Académie nationale de Pharmacie*.

Le 6 mai 2015, l'OMS dressait un bilan alarmant : une nouvelle menace pèse sur l'Europe, l'obésité.

Le phénomène est général puisqu'entre 1980 et 2004, la prévalence de l'obésité dans le monde a fait plus que doubler. Ce fléau mondial concernait 1,5 milliards d'individus de plus de vingt ans en 2010, il en touchera 2,3 milliards en 2015.

En France par exemple, la proportion de femmes en surpoids (IMC supérieur ou égal à 25kg/m²) atteindrait 58 % des femmes en 2030, celle des hommes 66 % contre respectivement 43 % et 54 % en 2015. Une tendance similaire serait observée pour l'obésité. Les surcharges pondérales s'accompagnent de co-morbidités liées au diabète, à l'hypertension, aux maladies cardiaques... On estime que cette maladie coûte chaque année 15 milliards d'euros à la société. Près de 500 000 des nouveaux cas de cancers survenus en 2015 chez des adultes seraient liés à un surpoids ou une obésité. L'un des cancers les plus fréquents est le cancer du sein chez les femmes ménopausées.

L'obésité est un problème multi-factoriel de santé publique : facteurs génétiques, facteurs de risque comme le mode de vie alimentaire, la sédentarité, l'alcool, le manque de sommeil, facteurs sociaux.

Actuellement un seul traitement médicamenteux, l'orlistat, un inhibiteur de la pancréase hépatique (Xénical®) est autorisé en France. Plusieurs échecs sont à noter : Médiator® dont l'usage a été détourné, le rimonabant (Acomplia®), Qsiva®.

La Cour européenne a donné son feu vert fin mars 2015 au mélange de naltrexone (déjà utilisée pour traiter la dépendance à l'alcool et aux opiacés) et de bupropion (un anti-dépresseur anti-tabac) pour le traitement de l'obésité. Ce médicament doit être combiné à un régime pauvre en calories et à l'exercice physique. Il semble néanmoins qu'il y ait beaucoup de réticences à son utilisation du fait d'une efficacité limitée sur la perte de poids et une incertitude sur les risques. Un autre médicament contre l'obésité vient récemment d'être approuvé. Il s'agit du liraglutide (Saxenda®) déjà utilisé pour traiter le diabète de type 2 mais à des doses supérieures pour une utilisation dans la gestion du poids.

En dehors de ces traitements médicamenteux, il y a la chirurgie bariatrique (50 000 opérés en 2014), elle-même non dénuée d'effets secondaires (risque de suicide en particulier) et doit donc être associée à un suivi régulier des patients.

Enfin, il convient de se méfier des compléments alimentaires. L'un des derniers proposés est la framboisine (cétone de framboise) utilisée pour la combustion des graisses et pour réduire le tissu adipeux. C'est un phénol substitué, extrait en très faible quantité de la framboise mais fabriqué industriellement par synthèse. En fait, il ne s'agit pas d'un produit naturel. Donc le « marché de l'obésité » représente un domaine attractif pour les industriels et pour certains « charlatans ».

Ce fléau impacte sévèrement la vie aussi bien professionnelle que sociale des personnes atteintes. Un champ d'investigation considérable est ouvert : meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans la maladie, nouvelles cibles thérapeutiques à découvrir, mécanismes d'action des molécules d'intérêt et approfondissement de leurs nombreux effets secondaires, études *in utero* pour voir l'influence de la mère sur le devenir de l'enfant... Au total, une meilleure prévention et éducation des patients, une meilleure nutrition, plus d'activité physique pourraient aider à réduire l'impact de ce fléau.

« Facteurs génétiques et comportements dans l'obésité »

Pr Philippe FROGUEL, *Directeur de l'Unité Mixte de Recherche CNRS 8199, Université Lille Nord de France, Institut Pasteur de Lille*

Même si la prévalence de l'obésité en France est relativement limitée, dans 20 ans cela risque de ne plus être le cas. Pourquoi y a-t-il tant d'obèses ou mieux pourquoi ne sommes-nous pas tous obèses ? La réponse est dans les gènes. L'épidémie d'obésité est liée à l'environnement mais les différences individuelles peuvent être attribuées aux différences génétiques entre individus. Cela signifie que pour des individus exposés aux mêmes facteurs environnementaux, certains présenteront un développement plus important de l'obésité. Dans les formes extrêmes de l'obésité, il faut faire des études génétiques.

3 à 5 % des cas d'obésité sévère sont probablement monogéniques. L'obésité monogénique est due à un dysfonctionnement de la satiété ou hyperphagie. Ces gènes sont situés au niveau de l'hypothalamus dans la voie métabolique de la leptine-mélanocortine. Ces formes d'obésité extrême sont liées à la présence d'une mutation unique sur un gène. Parmi les différents gènes identifiés, la mutation du gène MC4R est la plus fréquente. La pénétrance des mutations de ce gène est génération et âge dépendante. D'autres gènes ont été étudiés : leptine, récepteur à la leptine, pro convertase, SIM 1... Par ailleurs, la prévalence de la mutation varie en fonction de l'origine géographique. L'obésité est d'autant plus extrême qu'il existe de la consanguinité et donc une homozygotie. Les parents hétérozygotes porteurs de la mutation ne sont pas obèses. Enfin, le type de mutations, le nombre d'allèles mutés, la position sur les chromosomes, le mode d'héritabilité donc le phénotype associé sont variables.

Sont ensuite présentés les travaux portant sur les délétions sur le chromosome 16 mais aussi les duplications. Ici est étudiée non la qualité de l'ADN mais la quantité d'ADN. Quand il y en a trop peu, existe un risque accru d'obésité associé à un autisme. La duplication rend mince : maigreur pathologique associée à la schizophrénie.

L'obésité est une maladie multifactorielle. L'environnement joue un rôle majeur et interagit avec les gènes. Une centaine de gènes a été identifiée. Ils sont exprimés dans le cerveau et notamment dans la substance noire. Le séquençage du génome à la naissance ne doit pas être entrepris systématiquement. En revanche, il faut suspecter une obésité monogénique - maladie génétique - chez les enfants présentant une obésité sévère hyperphagique avant trois ans particulièrement si un retard mental est associé et de même chez les enfants obèses dans les familles consanguines. Il faut faire des tests simples faciles à réaliser.

QUESTIONS - RÉPONSES – COMMENTAIRES

(Q) : dans les formes monogéniques d'obésité, est-ce que le type de mutation faux-sens influence le phénotype ?

(R) : *on peut penser que si aucune protéine n'est fabriquée, l'effet est sévère. Sur PCSK1 et MC4R on a montré qu'il existe une relation linéaire entre l'activité des mutations et la sévérité du phénotype. Ce qui est fait en pratique et en routine est relativement simple par rapport à la complexité des mécanismes en jeu.*

Professeur ISRAËL (Q) : dans une population de patients de très grande maigreur, avez-vous trouvé des gens ayant des mutations ?

(R) : *le seul exemple connu à ce jour est la duplication du chromosome 16 retrouvé chez les enfants qui ne grossissaient pas. Des collègues travaillent sur des anorexies, des maigreurs constitutionnelles sans résultat probant jusqu'ici.*

François TRIVIN (Q) : d'autres pathologies endocriniennes se traduisent par une obésité n'impliquant pas la voie de la leptine, notamment le syndrome des ovaires polykystiques. Peut-on identifier des anomalies génétiques ou est-ce simplement l'aspect nutritionnel ou l'accumulation de glucose ?

(R) : *le syndrome des ovaires polykystiques est dû à une insulino-résistance. Les généticiens n'ont rien trouvé de probant lié à ce type de syndrome.*

Philippe BOUCHARD (R) : *le syndrome des ovaires polykystiques qui touche 15 à 25 % des femmes est une maladie de fabrication des androgènes dans l'ovaire pour laquelle des gènes ont été identifiés. Cette maladie est responsable d'une infertilité. L'obésité sur le syndrome est amplifiée par l'insulino-résistance.*

(Q) : les facteurs environnementaux qui modulent l'expression génique sont-ils indépendants du génome ou agissent-ils après l'intermédiaire d'une modification épigénétique ?

(R) : *lorsqu'on n'a pas de preuve, les généticiens disent que c'est épigénétique. En fait, les arguments épidémiologiques sont prédominants. Sur le diabète gestationnel, par exemple, je pense que ce sont les changements de l'environnement, de l'éducation qui représentent des arguments plus solides que les facteurs épigénétiques.*

(Q) : y-a-t-il des études menées sur la maladie de Bardet-Biedl, maladie récessive autosomique, se traduisant par une rétinopathie pigmentaire et par une obésité ?

(R) : *dans cette maladie, 15 gènes ont été trouvés. Les mutations MC4R rendent obèses car elles interagissent avec les protéines ciliaires. Les anomalies génétiques seraient apparentées à des maladies ciliaires. Le modèle des maladies ciliaires est fascinant. Ce sont des maladies très rares.*

« Déterminants précoces de l'obésité in utero et chez l'enfant »

Marie-Aline CHARLES, Directeur de recherche INSERM

L'obésité de l'enfant a fortement progressé dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, y compris chez les enfants avant l'âge de cinq ans. Des expositions pendant la période fœtale et les premières années de vie peuvent entraîner des modifications importantes du développement qui prédisposent à certaines maladies chroniques jusqu'à l'âge adulte. De nombreux facteurs sont susceptibles d'interférer avec le développement précoce, de la période prénatale aux deux premières années de vie et moduler la susceptibilité à l'obésité ultérieure. Les facteurs en cause sont d'ordre nutritionnel, toxique, microbiologique ou psycho-social.

En ce qui concerne la période prénatale, l'indice de masse corporelle (IMC) maternel avant la grossesse est un facteur associé à l'obésité de l'adulte de façon très reproductible. Cependant, dans les cinq premières années de vie, les variants génétiques connus n'expliquent pas les relations entre l'IMC maternel et l'IMC de l'enfant. L'effet génétique est-il masqué par des facteurs dont l'effet est prépondérant ? L'effet épigénétique est-il contrôlé par des gènes à empreinte ? De nombreuses études sont également concordantes pour le gain de poids maternel gestationnel - il existe une relation linéaire significative avec l'IMC de l'enfant mais cette relation ne s'explique pas par des facteurs génétiques partagés - ainsi que le tabagisme maternel pendant la grossesse. Plus récemment, une méta-analyse a conclu que l'accouchement par césarienne est également un marqueur de risque. Pour la période post-natale, le marqueur le plus constamment associé à l'obésité de l'adulte est la rapidité de la croissance pondérale au cours des premiers mois de vie. Emergent d'autres marqueurs précoces de l'obésité : l'exposition maternelle, l'exposition post-natale à des perturbateurs endocriniens, le sommeil, l'activité physique, la sédentarité, l'alimentation avant trois ans. La plupart des études sont négatives pour l'allaitement maternel.

Les progrès de la génétique de l'obésité, de l'épigénétique et les connaissances nouvelles sur le microbiote intestinal devraient permettre de décrypter les mécanismes en cause. Nombre de ces marqueurs précoces ont vu leur fréquence augmenter et ils ont pu nourrir l'épidémie d'obésité chez l'enfant.

QUESTIONS - RÉPONSES – COMMENTAIRES

Claude DREUX (Q) : parmi les marqueurs précoces de l'obésité, vous n'avez pas évoqué l'alcoolisme de la mère pendant la grossesse. L'alcool a-t-il une influence sur l'obésité ?

(R) : *dans les études épidémiologiques, je n'ai pas vu d'études qui associent la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse avec le risque d'obésité chez l'enfant. En fait, les études sous-déclarent la question de l'alcoolisme chez la mère. Ceci étant, la consommation d'alcool pendant la grossesse a beaucoup diminué ces dernières années.*

(Q) : vous n'avez pas cité le syndrome de Barker qui se traduit par un retard de croissance intra-utérin avec apparition d'un syndrome métabolique à l'adolescence.

(R) : *il y a dans ce syndrome peu d'obésité chez ces enfants : une masse maigre qui diminue, une masse grasse qui augmente et contribue au syndrome métabolique mais pas d'obésité.*

(Q) : quels sont les rôles respectifs de la mère et du père ? Pouvez-vous les préciser ?

(R) : *à la naissance, c'est la corpulence de la mère qui explique le poids de naissance de l'enfant alors qu'à sept ans, le poids du père a rattrapé la comparaison avec le poids de la mère. Pour le père, il y a une relation génétique alors que pour la mère cela est moins clair ; l'environnement intra-utérin joue certainement un rôle et perdure. C'est ce que j'ai voulu montrer.*

(Q) : ne faudrait-il pas alerter les obstétriciens qui tolèrent des prises de poids de plus de 12 kg pendant la grossesse, à l'instar de ce qui se passe aux USA ?

(R) : *je pense que le message passe auprès des obstétriciens et le gain de poids commence à être bien pris en compte par rapport à il y a dix ans. En France, on observe assez peu de gains de poids extrêmes de 20 kg comparativement aux USA.*

(Q) : le régime végétarien chez la mère a-t-il une influence sur l'IMC de l'enfant ?

(R) : *je n'ai pas d'étude en tête mais j'aurai tendance à dire oui.*

(Q) : la faiblesse de corrélation des études que vous montrez n'est-elle pas liée à la faiblesse de l'outil de mesure, c'est-à-dire à l'IMC qui n'est pas adapté ?

(R) : *il est vrai que l'IMC n'est pas l'outil le plus adapté. Cependant, les études qui mesurent la masse grasse permettent de retrouver le même type de relation qu'avec l'indice de masse corporelle.*

Philippe BOUCHARD (Q) : avez-vous fait des études sur la transplantation des enfants adoptés et leur croissance corporelle ?

(R) : *avec l'augmentation actuelle de la corpulence de l'enfant on s'intéresse à la survenue des pubertés précoces même chez les enfants non adoptés pour comprendre comment la croissance précoce mais aussi l'exposition aux perturbateurs endocriniens sont impliquées. C'est un champ de recherche très actif en ce moment.*

« Rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et l'accompagnement du traitement »

Fabienne BLANCHET, *Directeur du CESPHEM, Ordre national des Pharmaciens, membre correspondant de l'Académie nationale de Pharmacie*

La prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient sont des missions des pharmaciens d'officine.

L'obésité représente une maladie chronique complexe multifactorielle s'accompagnant de nombreuses comorbidités (diabète, maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, cancers ...) ayant un impact majeur sur la qualité de vie. Ceci justifie une prise en charge personnalisée au long cours et sous contrôle médical. Les modalités de prise en charge médicale et chirurgicale ont été définies par la HAS et un plan Obésité a été lancé par le Président de la République. Dans la lutte contre l'obésité, le pharmacien, professionnel de santé de proximité, peut intervenir à différents niveaux : par l'information et la sensibilisation du public tout d'abord, en contribuant à la prévention nutritionnelle - la France s'est dotée d'une politique publique de santé nutritionnelle dès 2001. C'est le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ayant pour objectif de réduire l'obésité et les surpoids, augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité, améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles -, au repérage et à l'orientation des personnes en surpoids ou atteintes d'obésité vers une consultation médicale - dans ce cadre des outils sont disponibles à l'officine, tels que les disques de calcul de l'IMC pour évaluer le statut nutritionnel des adultes et des enfants - et enfin en accompagnant au quotidien ces patients. Par exemple, pour les patients traités par orlistat, seul médicament en France ayant l'indication « traitement de l'obésité », le pharmacien va conseiller sur les modalités de prise mais aussi informer sur les effets indésirables, le régime alimentaire et les risques d'interactions médicamenteuses. Dans le cas des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique, il est important de sensibiliser à l'importance d'un suivi médico-chirurgical régulier, sensibiliser à la prise d'une supplémentation (vitamines, minéraux, oligo-éléments) et apporter des conseils pratiques sur les nouvelles habitudes alimentaires à adopter. Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm), commission de l'Ordre national des pharmaciens, est présent auprès des pharmaciens pour les aider dans ces missions.

L'obésité représente un véritable défi de santé publique et justifie l'implication de tous les professionnels de santé. Le pharmacien est idéalement placé pour intervenir à différents niveaux. De nombreuses initiatives existent sur le terrain notamment en termes de prévention malheureusement trop isolées aujourd'hui. Il est donc nécessaire d'avoir une meilleure intégration des pharmaciens dans la chaîne de soins de premier recours avec un travail en réseau plus important.

QUESTIONS - RÉPONSES – COMMENTAIRES

Claude MONNERET (Q) : quel est le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention de l'obésité ?

(R) : *l'allaitement maternel est recommandé dans le PNNS car il apporte beaucoup de bénéfices mais en ce qui concerne la prévention de l'obésité, chez l'enfant je laisse Madame CHARLES y répondre.*

Marie-Aline CHARLES (R) : *en fait, les études sont contradictoires. Il faut voir à quel type de préparations infantiles, l'allaitement maternel est comparé. Dans les études anciennes, les préparations infantiles étaient très riches en protéines, les protéines représentant un facteur de promotion de l'obésité. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Dans le seul essai randomisé connu à ce jour, on n'a pas vu moins d'obésité avec l'allaitement maternel.*

(Q) : l'orlistat est commercialisé sous deux spécialités médicales différentes : Xénical® et Alli®. L'une a une dose double de l'autre et n'est disponible que sur prescription alors que l'autre est une spécialité de vente libre. Vu les risques importants liés à cette molécule que vous avez cités, comment peut-on laisser hors prescription médicale l'orlistat ?

(R) : aujourd'hui la spécialité Alli® qui était effectivement en vente libre a été retirée du marché. L'orlistat n'est donc disponible que sur prescription médicale.

(Q) : il y a dix ans on utilisait le dinitrophénol et l'on observait de nombreux cas de cataracte avec cette molécule. Ce produit a-t-il été définitivement retiré du marché ?

(R) : Il a été effectivement définitivement retiré du marché en France.

Claude Dreux (Q) : on parle de la prescription du sport et de l'éducation physique sur ordonnance avec remboursement par l'assurance maladie. Pensez vous que ce soit une bonne méthode pour favoriser l'activité physique chez les enfants obèses ?

(R) : l'activité physique est un point très important. Il faut éduquer les patients aux mesures hygiéno-diététiques et la prescription et le remboursement de cette pratique peuvent y contribuer.

Jean-Claude CHAUMEIL (Q) : aujourd'hui on parle d'une véritable « épidémie » de diabète de type 2. Pensez-vous que les conseils du pharmacien ou du médecin pourraient éviter cette « épidémie » qui touche 4 millions de personnes ?

(R) : le rôle du pharmacien est un rôle d'information générale, de repérage de patients, de mesure de l'IMC, pour pouvoir orienter les patients vers la consultation médicale en associant les mesures hygiéno-diététiques. Un travail interprofessionnel doit être mis en place pour que tous les professionnels tiennent un discours commun et cohérent vis-à-vis du patient. Cela reste à développer.

Monique ADOLPHE (Q) : dans chaque pharmacie, jadis, il y avait une balance. Pourquoi n'en trouve-t-on plus aujourd'hui ?

(R) : peut-être qu'avec le développement des balances personnelles dans chaque foyer, ce type d'instrument est moins nécessaire aujourd'hui à l'officine.

Jean-Luc DELMAS (Q) : les professionnels de santé et notamment les pharmaciens doivent prendre en main leur rôle en matière de santé publique sans attendre que des textes ou des recommandations aient à le leur dire. De plus lorsqu'on informe, il faudrait que les pharmaciens évitent aussi de référencer dans leur officine des produits dangereux (ex : la cétone de framboise citée par Claude MONNERET), car cela représente une atteinte à leur crédibilité. Qu'en pensez-vous ?

(R) : je suis complètement d'accord avec vous et notamment sur cette question des compléments alimentaires. Le Cespharm publie des informations sur les compléments alimentaires en indiquant, notamment, qu'ils peuvent ne pas être anodins et peuvent présenter des risques pour la santé. Les pharmaciens ont une responsabilité dans le référencement et dans la délivrance de ces compléments alimentaires. Ces actions visent ensuite à sensibiliser le public.

(Q) : je suis surpris que le traitement chirurgical de l'obésité n'ait pas été envisagé dans cette séance. C'est aujourd'hui 50 000 chirurgies bariatriques pratiquées chaque année.

Philippe BOUCHARD (R) : votre remarque est judicieuse. Le traitement chirurgical de l'obésité devrait être mis à l'ordre du jour d'une séance commune avec l'Académie de chirurgie. Néanmoins cette question aurait été abordée avec toutes ses conséquences par le Professeur Karine CLÉMENT qui n'est pas là aujourd'hui.

Conclusion

Philippe BOUCHARD indique que le Professeur BASDEVANT aurait évoqué le caractère délétère de la dissémination des obèses dans la société. Si on veut aider ces patients il ne faut pas les discriminer.

Il résume ensuite les trois présentations de cette journée en remerciant chaudement les orateurs pour leur contribution majeure à la prise en charge de cette question de santé publique.

Clôture de la séance (non lue en raison d'un arrêt rapide de la séance dû aux tragiques événements)

Jean-Luc DELMAS, Président de l'Académie nationale de Pharmacie.

Des thèmes comme celui que nous avons traité sont humiliants pour la société, ceux qui ont pour fonction de rechercher des pistes de bien-être et, parmi eux, les professionnels de santé. L'homme a su aller sur la lune et il est sur le point de maîtriser d'innombrables pathologies voire d'allonger la vie, mais là, il bute, car il est face à lui-même, incapable de se réguler collectivement.

Il y a cependant des axes de progrès qui devraient permettre, sinon de régler, du moins de circonscrire le phénomène. Ainsi, il existe des prédispositions génétiques, qui gagnent à être investiguées. Le diagnostic *in utero* et chez le jeune enfant est par ailleurs de nature à anticiper des précautions en matière d'hygiène de vie et

d'alimentation, voire à mesurer l'intérêt d'une chirurgie bariatrique précoce. Dans la lutte contre ce fléau, les professions de santé ne peuvent qu'agir de concert, car nos thérapies classiques, fussent-elles sophistiquées, auront des effets minorés voire illusoire, si les citoyens délabrent leur niveau de santé de base par des pratiques de vie inappropriées en général, et à leur cas en particulier.

Le pharmacien, premier contact avancé auprès du public, a un double devoir : une mission de contribution à la détection car la mère de famille figure au premier rang des quatre millions de contacts quotidiens avec les officines de France et une posture d'accompagnement dans les suites d'opérations chirurgicales et dans la mise en œuvre des mesures de correction de comportements.

Si nos deux académies reconsidèrent l'obésité dans dix ans, j'espère qu'elles pourront constater que des progrès significatifs auront été enregistrés.

La séance est levée à 17 h 00.