



Droit à la santé et migrations : l'exemple du traitement de l'obésité

Altay Manço

© Une analyse de l'IRFAM – Liège, 2024 – n°4

La présente analyse étaye l'importance d'approfondir le thème des inégalités socioculturelles dans l'accès, l'accomplissement et les résultats des thérapies bariatriques en Belgique, afin de développer des stratégies de dépassement de ces situations dommageables.

L'obésité est une épidémie à l'échelle mondiale. Aux États-Unis, plus des deux tiers des adultes sont en surpoids et 38 % obèses. Les femmes ont un taux d'obésité (40 %) plus élevé que les hommes (35 %). Les taux d'obésité sont nettement plus élevés dans les zones urbaines par rapport aux campagnes. La plus grande proportion de personnes obèses se situe entre 40 et 59 ans. Toutefois, l'obésité juvénile a triplé depuis 1980, se stabilisant à 17 % (Flegal, 2016).

L'étude de Drieskens (2018) révèle qu'en 2018, plus de 55 % de la population adulte belge est en surpoids et 21 % obèse. Les prévalences de surpoids et d'obésité sont plus élevées en Wallonie que dans les autres régions. En Belgique, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, le surpoids et l'obésité sont liés au statut socio-économique, une prévalence plus élevée est observée chez les personnes avec un niveau de scolarité bas.

Le surpoids et l'obésité sont associés à l'incidence de multiples comorbidités,

notamment le diabète de type II, de nombreux cancers et les maladies cardiovasculaires, ainsi que l'asthme, les maladies de la vésicule biliaire, l'arthrose et le mal de dos chronique. Des recherches indiquent l'effet positif de la perte de poids sur l'amélioration de la santé physique (Warkentin, 2014).

Le traitement du surpoids et de l'obésité nécessite un cadre pouvant impliquer médecins, infirmiers, diététiciens, spécialistes de la santé mentale et de l'exercice physique. Dans cette prise en charge multidisciplinaire et régulière, les preuves suggèrent que la plupart des patients obtiennent une réduction de poids de 5 à 10 % (Jensen, 2014). En particulier, les programmes qui mettent en avant la diminution de l'apport calorique et l'exercice physique, ainsi qu'un traitement comportemental conduisent à une plus grande perte de poids que les traitements qui omettent l'un de ces composants.

Lorsque l'ampleur de la maladie est telle qu'apparaissent des comorbidités comme l'hypertension ou l'apnée du sommeil, la pharmacothérapie est recommandée comme complément au régime alimentaire, à l'exercice et à la thérapie comportementale. Dans les cas les plus avancés, la chirurgie bariatrique est considérée comme une option. Il a été montré que la chirurgie constitue un traitement efficace

et durable de l'obésité malgré un faible taux d'utilisation parmi les personnes obèses, bien que le nombre de chirurgies bariatriques a sensiblement augmenté dans le monde ces dernières années (Angrisani, 2013).

La procédure chirurgicale la plus courante (deux tiers des opérations pratiquées) est la gastrectomie, dans laquelle 80 % de l'estomac est enlevé. Cela donne lieu à de 50 % à 60 % de perte de poids en excès en 18 mois. Le *by-pass* gastrique (un quart des opérations), consistant à détourner le transit alimentaire vers l'intestin et en organiser la malabsorption, provoque de 60 % à 70 % de perte de poids en excès sur la même période (Ogden, 2016).

Obésité et inégalités ethniques

Dans ce contexte, il faut noter que l'obésité touche de manière disproportionnée, d'une part, les femmes et, d'autre part, les individus appartenant à des groupes ethniques minoritaires dans les régions où ils sont installés (Davidson, 2017). En 2015, aux États-Unis, les taux d'embonpoint et d'obésité des adultes parmi les principaux groupes ethniques étaient : Afro-Américains (73 %), Latino-Américains (70 %), Amérindiens (69 %), blancs non hispaniques (63 %) et populations originaires de l'Asie et du Pacifique (38 %). Dans d'autres pays industrialisés, la situation est proche de ce tableau : Vandenheede (2017) montre que la mortalité due au diabète, par exemple, est plus élevée dans la plupart des groupes de migrants (comme les populations originaires de l'Afrique du Nord, de la Turquie, de l'Afrique subsaharienne) installés dans sept pays européens, dont la Belgique, par rapport aux personnes natives de ces pays.

Pourtant, de nombreuses recherches à travers le monde industrialisé suggèrent des disparités, à divers niveaux, dans l'accès à une chirurgie bariatrique entre populations minoritaires ou migrantes, d'une part, et groupes majoritaires ou natifs, d'autre part. Si la plupart de ces études concernent les États-Unis, il est possible de documenter au moins trois types de disparités :

(1) des inégalités dans l'abord de la chirurgie bariatrique, y compris dans des pays bénéficiant d'un système de mutuelle (Admiraal, 2013) ;

(2) des différences dans l'accomplissement du processus thérapeutique (Ofori, 2020) ;

(3) des inégalités dans les résultats des opérations chirurgicales, comme le traitement du syndrome métabolique, celui du diabète, voire des disparités dans la perte de poids obtenue ou des incidents lors du traitement (Valencia, 2019).

Ces constats interrogent et justifient l'utilité d'un approfondissement, d'autant plus qu'il n'existe pas de recherches en Belgique au sujet des inégalités ethnosociales en matière de traitement de l'obésité, bien qu'une publication (Kestens, 2018) montre que la prévalence de la chirurgie bariatrique est élevée chez les patients de sexe féminin et à faible statut socio-économique, en lien avec la prévalence plus élevée de l'obésité dans ce groupe.

Inégalités dans l'accès et l'accomplissement de la chirurgie bariatrique

Étant donné que les personnes les plus touchées par l'obésité appartiennent à des minorités ethniques, on pourrait s'attendre à ce

que les statistiques des opérations bariatriques reflètent cette réalité. Pourtant, les données sur la chirurgie bariatrique aux États-Unis suggèrent que les Afro-Américains et les Latino-Américains constituent moins de 10 % de tous les patients concernés par ce traitement (Wallace, 2010). Ces auteurs montrent, par ailleurs, que la probabilité de bénéficier d'une telle opération qui nécessite un lourd bilan préopératoire varie en fonction de divers facteurs démographiques.

Les citoyens sont plus susceptibles de subir cette opération que ceux vivant en milieu rural. Les femmes sont quatre fois plus nombreuses à vivre cette intervention par rapport aux hommes. Les personnes âgées de 40 à 59 ans le sont par rapport aux patients plus jeunes ou plus vieux. Des différences significatives sont également notées en défaveur des Afro-Américains comparés aux blancs ayant la même couverture d'assurance santé (Mainous, 2013). Le facteur économique n'est pas à écarter, malgré l'équivalence du statut assurantiel. Il peut empêcher les patients membres de minorités ethniques d'opter pour une chirurgie bariatrique, y compris en Europe.

Par ailleurs, selon Wee (2014), une majorité de patients afro-américains semblent considérer, à l'inverse de la plupart des patients blancs, que l'obésité ne diminue pas leur qualité de vie. Les représentations idéales du corps varient dans le temps et en fonction de l'origine culturelle : cela influence les objectifs de perte de poids d'une population à l'autre. L'origine et les conditions socio-économiques des patients doivent être prises en compte lors des évaluations psychosociales afin de les soutenir, et prévenir de moins bons résultats en matière de perte de poids. Les travaux devraient explorer des solutions politiques pour améliorer l'accès à la chirurgie bariatrique, tandis qu'une approche sociale peut aider à mieux comprendre les raisons de ces disparités.

Écarts dans les résultats des opérations chirurgicales

Les disparités selon l'origine ethnosociale dans les résultats des opérations bariatriques sont constatées dans quatre domaines (Valencia, 2019) :

- (1) les inégalités dans le traitement du syndrome métabolique (hypertension, hyperglycémie...);
- (2) les disparités dans le traitement du diabète de type II;
- (3) les différences constatées dans la perte de poids;
- (4) la qualité de l'expérience péri-opératoire.

Les observations montrent un taux de résolution du syndrome métabolique significativement moindre auprès des populations minoritaires, même si certaines caractéristiques (être femme, diplômé universitaire, jeune, participant à un suivi nutritionnel) contribuent à compenser l'inégalité sociale. La culture alimentaire et la génétique jouent également un rôle. La mise en place d'interventions spécifiques peut aider les patients concernés. Il est important que la médecine détermine à la fois les différences ethniques dans l'amélioration des comorbidités liées à la perte de poids et élucide les raisons de ces disparités ethnoculturelles. Il est, par exemple, possible d'améliorer la perte de poids grâce à un programme d'éducation axé sur des contenus diététiques et le mode de vie des groupes ciblés, ainsi que l'exercice physique.

En ce qui concerne la qualité de l'expérience péri-opératoire, les recherches relèvent également des disparités entre les patients afro-américains et d'autres populations aux États-Unis. Pour Hui (2020), les Afro-Américains subissant un *by-pass* gastrique ont des durées opératoires et d'hospitalisation plus longues,

augmentées d'un taux de complications plus élevé, ainsi qu'un nombre d'admissions aux soins intensifs plus important que les patients blancs. De plus, les sujets afro-américains sont davantage concernés par des réadmissions à l'hôpital, voire des réinterventions et des réopérations, dans les 30 jours qui suivent le pontage. Ces travaux suggèrent que les différences culturelles et d'origine entre patients doivent être prises en compte pour optimiser les résultats de la chirurgie bariatrique, sachant que, selon Admiraal (2013), *les résultats constatés aux États-Unis peuvent être appliqués à la situation européenne montrant aussi des inégalités entre la majorité de la population et des groupes minoritaires.*

Pratiques pour renforcer l'égalité d'accès et de réussite des traitements

Davidson (2017), relatant les pratiques des équipes spécialisées en chirurgie bariatrique, identifie plusieurs actions qui peuvent contribuer à corriger les disparités entre groupes socioculturels face à la chirurgie bariatrique. Il est important de sensibiliser les membres des minorités ethniques aux diverses interventions possibles, afin de lutter contre l'obésité, d'autant plus que ces populations peuvent comprendre un grand pourcentage d'individus en surpoids. Cette activité peut inclure des séances d'information (ou de brefs films) dans différentes langues, organisées dans les localités où ces populations minoritaires sont concentrées, avec l'aide d'associations communautaires. Les professionnels de la santé qui travaillent avec ces populations ou dans les localités concernées doivent également être formés.

Aux personnes issues de minorités ethniques participant au programme pré-opératoire et ne maîtrisant pas la langue de travail du corps médical, il semble utile de proposer l'information chirurgicale et l'accompagnement nutritionnel, ainsi que les conseils psychologiques, dans les limites du possible, dans leur langue ou dans une langue tierce qu'ils maîtrisent, du moins en partie, éventuellement avec l'aide d'interprètes ou de médiateurs sociomédicaux, ou encore au moyen d'un matériel imprimé ou audiovisuel, également disponible en ligne.

Aider les personnes qui envisagent une intervention chirurgicale à négocier des questions d'assurance peut également être primordial, en particulier lorsque la langue locale n'est pas leur parler principal et qu'ils ne maîtrisent pas ou peu le fonctionnement des institutions mutualistes.

S'adapter à diversité socioculturelle représentée par les patients bariatriques comprend également le respect des enjeux alimentaires, culturels et religieux. Pour les soignants, il est utile d'être informés sur ces points, ainsi que des rôles de genre ou encore l'implication possible des membres de la famille ou de la communauté dans traitement bariatrique. L'appréciation des facteurs sociaux, économiques et environnementaux auxquels sont spécifiquement confrontés les patients issus des minorités est ainsi essentielle et peut contribuer à augmenter la probabilité que les patients suivent les recommandations et les attentes en matière de nutrition et d'exercice physique.

Il est également important de reconnaître que les objectifs de perte de poids peuvent varier en fonction des perspectives culturelles. Les attentes du patient et celles de l'équipe médicale doivent être discutées avant l'opération pour s'assurer que les objectifs des

uns et des autres soient alignés. Ces efforts sont nécessaires afin que le patient minoritaire se sente accueilli, respecté et compris tout au long du processus de traitement. C'est un gage de réussite du traitement et conséquemment une étape importante dans la poursuite de l'équité dans le domaine de la chirurgie bariatrique.

Selon Ofori (2020) qui a mené des interviews avec des patients issus des groupes minoritaires, les principaux facteurs de réussite d'un traitement bariatrique sont la présence d'un soutien social comprenant l'écoute et l'appui du médecin de famille, de l'équipe chirurgicale, d'un personnel paramédical, ainsi que de la famille et des proches, ou d'autres patients réunis en groupe *self-help*, éventuellement à travers un réseau numérique. La résolution des comorbidités et le sentiment d'amélioration de la qualité de la vie accentuent le sentiment de réussite. L'accessibilité financière et géographique des centres spécialisés en chirurgie bariatrique, ainsi que l'accès à des aliments sains et à des installations sportives sont aussi parmi les facteurs de réussite. Enfin, une approche sensible aux diversités socioculturelles est aussi susceptible d'assurer une meilleure communication en matière de traitement bariatrique.

Perspectives pour la Belgique

Ce travail souligne l'importance d'analyser la question des inégalités socioculturelles dans l'accès et les résultats des interventions bariatriques en Belgique, afin de contribuer au dépassement des risques.

Notre participation aux activités et groupes de parole d'un centre namurois entre 2020 et 2022

montre que les personnes issues de l'immigration et en particulier des patients afrodescendants y représentent une part appréciable au sein des consultants, comme semble également le confirmer une étude gantoise (Kestens, 2018). Pourtant, à la différence des Pays-Bas (Admiraal, 2013), aucune approche *ad hoc* de ce public n'est développée, dans notre pays, même pas en matière linguistique, alors que toute la dimension interactive du processus péri-opératoire se base sur l'échange verbal et que les hôpitaux ne manquent pas de collaborateurs parlant plusieurs langues utiles pour les patients issus de l'immigration. Si des adaptations informelles sont signalées (accepter lors des visites la présence d'un proche du patient pour l'interprétation), des actions structurelles pourraient être imaginées en valorisant les ressources humaines disponibles, afin d'augmenter l'efficacité de l'intervention médicale.

Par ailleurs, l'impact de la diversité culturelle ou ethnique sur les opérations bariatriques n'est jamais abordé dans le processus péri-opératoire. Quand nous avons évoqué le sujet avec les médecins et le personnel paramédical du centre namurois, en leur fournissant une synthèse de la littérature telle que présentée ici, nous n'avons reçu aucune réaction. Nous remarquons également le même hiatus sur les réseaux sociaux : plusieurs pages privées ou publiques réunissent des milliers de personnes concernées, en Belgique francophone, par les opérations bariatriques et leur suivi. Ces pages servent comme un canal d'information informel. Nombreux sont les internautes qui y partagent leur expérience, leurs questions et doutes, voire leurs appréciations à propos de médecins, de centres hospitaliers, ou de produits qui concernent le traitement de l'obésité. Force est de constater que très peu de participants non anonymes de ces pages

sont issus de l'immigration récente. Les sujets dont nous traitons n'y sont jamais évoqués. Les inégalités en matière du traitement de l'obésité ne sont pas encore un sujet de débat en Belgique.

Plus globalement, une sociodémographie de l'obésité en Belgique tenant compte à tout le moins de la localisation, de l'âge, du sexe et du niveau de scolarisation des sujets, ainsi que de l'origine et de l'ancienneté de la présence en Belgique des personnes immigrées sera un outil précieux, afin que les équipes spécialisées locales puissent évaluer l'accessibilité différentielle pour ces groupes, en comparant les données démographiques aux statistiques de leur patientèle. L'analyse des statistiques des hôpitaux permettra également d'apprécier le taux d'attrition comparé des catégories de patients concernés, ainsi qu'une veille des indicateurs de réussite des opérations bariatriques, à divers termes, tenant compte du devenir de divers groupes de patients.

Enfin, une démarche d'écoute (entretiens, groupes de parole) peut compléter ces données afin de mesurer la qualité de l'expérience pour ces différentes catégories de patients. Ces informations sont nécessaires à l'identification de l'ampleur de probables inégalités ethnosociales, en Belgique, en matière de chirurgie bariatrique. Elles serviront également pour imaginer et mettre en œuvre divers dispositifs d'appui (en matière d'interprétation et de médiation, en matière de suivi diététique et physique, ainsi qu'en matière d'orientation psychologique...) aux patients qui en éprouvent le besoin, et contribuer au succès de la thérapie.

Bibliographie

- Admiraal W. M., Bouter K., Çelik F. Ethnicity Influences Weight Loss 1 Year After Bariatric Surgery: a Study in Turkish, Moroccan, South Asian, African and Ethnic Dutch Patients. *Obes Surg* 2013; 23:1497-1500.
- Angrisani L, Santonicola A, Iovino P Bariatric surgery worldwide 2013. *Obes Surg*. 2015;25(10):1822-32.
- Davidson P. Cultural Disparities in Obesity and Bariatric Surgery, *Today's Dietitian*. 2017; 19(10): 42-48.
- Drieskens S, Charafeddine R, Gisle L. *Enquête de santé 2018. État nutritionnel*. Bruxelles : Sciensano. 2019.
- Flegal K M, Kruszon-Moran D, Carroll M D Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. *JAMA*. 2016;315(21):2284-91.
- Hui B. Y., Roberts A., Thompson K. J. Outcomes of Bariatric Surgery in African Americans: an Analysis of the Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program Data Registry. *Obes Surg* 2020; 30:4275-4285.
- Jensen M. D., Ryan D. H., Apovian C. M., 2013 Guideline for the management of overweight and obesity in adults. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(25 Pt B):2985-3023.
- Kestens W. Access to bariatric surgery in Belgium in 2016 for different socio-economic groups. *European Journal of Public Health*. 2018; 28 (4).
- Mainous A. G., Johnson S. P., Saxena S. K. Inpatient bariatric surgery among eligible black and white men and women in the United States, 1999-2010. *Am J Gastroenterol*. 2013; (108): 1218-1223.
- Ofori A., Keeton J., Booker Q. Socioecological factors associated with ethnic disparities in metabolic and bariatric surgery utilization: a qualitative study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2020; 16 (6): 786-795.
- Ogden C. L., Carroll M. D., Lawman H. G. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014. *JAMA*. 2016; 315 (21): 2292-2299.
- Valencia A., Garcia L. C., Morton J. The Impact of Ethnicity on Metabolic Outcomes After Bariatric Surgery. *Journal of Surgical Research*. 2019; 236:345-351.
- Vandenheede H., Deboosere P., Stirbu I. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol*. 2012; 27:109-117.

- Wallace A. E., Young-Xu Y., Hartley D. Racial, socio-economic and rural-urban disparities in obesity-related bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010; 20(10): 1354-1360.
- Warkentin L M, Das D, Majumdar S R The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 2014;15(3):169-82.
- Wee C. C., Huskey K. W., Bolcic-Jankovic D. Sex, race, and consideration of bariatric surgery among primary care patients with moderate to severe obesity. *J Gen Intern Med.* 2014; 29(1): 68-75.