

Obésité - quel type de mangeur êtes-vous?



FONDATION SUISSE
DE L'OBESITE FOSO

Tödistrasse 48
CH-8002 Zurich
www.foso.ch



Gros mangeur

Amateur de sucreries

Amateur de gras

Grignoteur

Mangeur nocturne

Mangeur compulsif



FONDATION SUISSE
DE L'OBESITE FOSO



Foto: Marcel Nöcker / Schweizer Illustrierte

Heinrich von Grünigen
Président de la Fondation Suisse
de l'Obésité FOSO

Chère lectrice, cher lecteur,

Si vous tenez cette brochure en main, c'est que vous souffrez vous-même d'obésité ou que vous vous faites du souci pour un être cher qui souffre de cette maladie.

Peut-être avez-vous déjà fait plusieurs tentatives de régime infructueuses. Vous avez essayé maintes fois de perdre du poids, pour le reprendre par la suite. Vous n'êtes pas seul(e) dans ce cas. En Suisse, une personne sur trois souffre de surcharge pondérale. Et nous ne parlons pas ici des quelques kilos sur les hanches qu'il faudrait reperdre après les fêtes de fin d'année.

Lorsqu'elle est importante, la surcharge pondérale est une maladie complexe. On l'appelle alors l'obésité. C'est une maladie chronique. Autrement dit: l'obésité ne se guérit pas (encore). On doit vivre avec. Mais on peut apprendre à la gérer, à la maîtriser dans une certaine mesure.

Cette brochure est destinée à vous aider dans ce sens. Nous n'avons pas de recette miracle. Il n'en existe pas. En effet, chaque personne a sa forme «personnelle» d'obésité. Il existe cependant une série de schémas de comportement «typiques». Toute personne qui en apprend davantage sur l'obésité peut sans doute mieux vivre avec elle et accepter aussi plus volontiers une aide médicale.

Nous souhaitons vous soutenir dans cette démarche. Nous, c'est la FOSO, Fondation Suisse de l'Obésité.

Je vous souhaite beaucoup de succès!

Le surpoids, un phénomène de civilisation	4
Indice de Masse Corporelle (IMC)	5
Tableau du IMC – déterminez votre IMC	6
L'obésité, une maladie avec des complications	7
Sur les causes de l'obésité: des gènes au style de vie	8
Un surpoids n'est pas nécessairement semblable à un autre	9
Description des différents types de comportement alimentaire	10
Les 6 types de mangeurs	11
Questionnaire: Déterminez votre type de comportement alimentaire	12
Résultat: Quel est votre type de mangeur?	13
Recommandations pour un comportement alimentaire selon le type	14
L'obésité est un phénomène de notre temps	15
12 règles pour une attitude consciente face à la nourriture	16
Possibilités de traitement / thérapies	17
La thérapie médicamenteuse	18
La thérapie chirurgicale	19
Les frais et les caisses maladie	20
Dépistage précoce et prévention	21
Littérature	22
La Fondation Suisse de l'Obésité FOSO / Informations	23

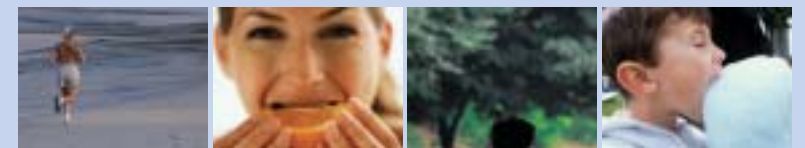
Une publication de la Fondation Suisse de l'Obésité – FOSO
Conseiller scientifique: PD Dr. med. Fritz Horber, Zurich

© SAPS – Copie et reproduction du contenu seulement avec l'autorisation explicite de la FOSO

La publication de cette brochure a été rendue possible grâce à la société Abbott SA.

Conception: aidentity Marketing und Kommunikation AG, Berne

Traduction: 24translate GmbH, St. Gallen



Comment tout a commencé et pourquoi il en est ainsi...

Lorsque les hommes préhistoriques devaient chercher et chasser leur nourriture dans les steppes, ils parcouraient chaque jour d'innombrables kilomètres. L'effort physique, le froid et la lutte constante pour la survie ont contribué à ce que seules réussissent les races qui, grâce à leur patrimoine génétique, pouvaient exploiter au mieux leur nourriture et constituer aussi des réserves pour les périodes de disette. Quiconque amassait de la graisse pouvait survivre. La situation est restée pratiquement inchangée pendant des millénaires et a profondément marqué l'évolution de l'humanité. De mémoire d'homme, il y a toujours eu des gens plus ou moins gros ou maigres. Jusqu'au début du siècle dernier, l'embonpoint était encore signe d'aisance et de prestige.

Les choses ont fondamentalement changé en l'espace de quelques décennies: désormais, les gens absorbent plus d'énergie par leur alimentation qu'ils n'en dépensent par l'effort physique. Nous exerçons la plupart de nos activités en position assise et nous nous déplaçons majoritairement en voiture. L'éventail des aliments, denrées d'agrément et stimulants répond absolument à toutes les attentes et est accessible à tout moment. Et la publicité incite déjà les plus petits à se goinfrer de sucreries.

Parallèlement se développe un culte du corps et de la forme physique insoupçonné à ce jour, lié à des idéaux absolus de beauté et de minceur qui accompagnent notre quotidien du matin au soir. De nos jours, toute personne «grosse» risque dès lors d'appartenir à un groupe méprisé. Les enfants gros sont souvent victimes déjà d'exclusion et de discrimination au sein de leur famille, et au plus tard à l'école. Il est prouvé que les personnes souffrant de surcharge pondérale sont défavorisées dans le choix professionnel (une étude américaine

a montré que les obèses doivent s'attendre en moyenne à un manque à gagner annuel de 2.000 dollars par kilo en trop). Dans la recherche d'un(e) partenaire, ils ont également bien souvent moins de possibilités de vivre une relation stable que les personnes de poids normal.

Il existe donc aussi chez nous d'énormes lacunes en matière d'information, de sensibilisation et d'aide vis-à-vis de celles et ceux qui sont concernés par cette maladie. Des solutions simplistes («il/elle n'a qu'à manger moins») ne sont pas des réponses valables face au défi que constitue l'obésité pour la société moderne, notamment aux yeux de l'Organisation Mondiale de la Santé.



Au fait, quand parle-t-on de surpoids ou d'obésité? Le poids «idéal» ou disons normal est défini différemment selon l'âge, le sexe et l'anatomie. Selon une vieille règle plus qu'approximative, un homme devrait avoir grosso modo le poids correspondant aux centimètres de sa taille au-delà d'un mètre.

Aujourd'hui, le poids des adultes est défini au niveau international par l'indice de masse corporelle (IMC), selon la formule: le poids du corps en kilogrammes, divisé par la taille en mètres au carré. (Pour le calcul automatique de l'IMC, plusieurs sites Internet proposent de petits programmes de calcul, notamment aussi sous www.foso.ch > Obésité?).

L'IMC permet de définir plusieurs catégories de poids:

Indice de masse corporelle (IMC)	Évaluation / catégorie
IMC inférieur à 18,5 (OMS)	Insuffisance pondérale
IMC entre 18,5 et 24	Poids normal
IMC entre 25 et 29	Léger surpoids
IMC entre 30 et 35	Surpoids / obésité (degré I)
IMC entre 35 et 40	Obésité (degré II)
IMC supérieur à 40	Obésité (degré III)



Pourquoi le nombre de personnes obèses augmente-t-il sans cesse? Il est rare que l'obésité relève d'une seule cause. La cause la plus évidente est la formule de la gestion énergétique: le corps humain fonctionne comme un «moteur» qui, selon les sollicitations, dépense plus ou moins de carburant (sous forme de calories). Si, par la nourriture, quelqu'un absorbe régulièrement et sur une certaine période davantage de calories qu'il n'en dépense par l'effort physique, cet excédent d'énergie est transformé en graisse et stocké en «dépôts». Le corps humain a aussi un certain métabolisme fondamental, à l'état de repos absolu. Il dépense donc aussi «à vide» une certaine quantité d'énergie. Si ce métabolisme fondamental est très actif, il peut aussi éliminer l'excédent d'énergie durant la nuit; en revanche, s'il est peu actif, cela favorise le stockage des graisses. Le métabolisme fondamental diffère d'un être humain à l'autre et dépend du système métabolique de chacun. On peut le déterminer par des tests cliniques et savoir ainsi ce à quoi il faut tout particulièrement veiller au moment de manger. Les personnes dont le métabolisme fondamental est peu actif ont davantage tendance à l'obésité.

L'ingestion des aliments est en outre régie par un système de régulation complexe de «messagers» et de «récepteurs» hormonaux. Si cette communication entre «l'estomac» et le «cerveau» ne fonctionne plus, la personne ne remarque pas quand elle est «rassasiée». Elle suit alors un instinct d'alimentation le plus souvent inconscient ou se laisse guider par des tentations alléchantes. Car le fait de manger ne relève pas seulement de l'ingestion d'aliments, mais aussi d'un plaisir bienvenu. Par ailleurs, beaucoup d'entre nous ont appris dans leur jeunesse qu'il faut manger ce qu'on a dans son assiette...

Un autre problème concerne la «mauvaise» alimentation. La cuisine actuelle est trop riche et trop grasse. Une personne exerçant une profession sédentaire dépense par jour



environ 2.000 à 3.000 kilocalories; or, la moitié de cette quantité est souvent contenue dans un seul repas principal. L'alcool et le sucre (présent en grandes quantités dans les boissons sucrées) apportent directement de l'énergie au corps et font en sorte que les graisses issues de la nourriture ne soient plus brûlées, mais stockées.

La «dépense» est la seconde valeur qui détermine le bilan énergétique. Les individus ne pratiquent actuellement presque plus de travaux physiques lourds, ils se déplacent en majorité sur des roues et disposent même d'une aide motorisée pour les tâches ménagères les plus élémentaires. Le manque de dépense physique constitue donc l'une des raisons essentielles du surpoids.

Un mauvais comportement alimentaire peut aussi découler de facteurs psychologiques. La frustration et la solitude sont souvent compensées par une grande quantité de nourriture grasse et sucrée qui «fait du bien», même si les sentiments de malaise et de culpabilité suivent aussitôt. C'est ainsi que le cercle vicieux se referme bien souvent: les obèses sont exclus et discriminés, ils se consolent par des plaisirs sucrés et s'enfoncent de plus en plus dans une dépendance.

L'effet est identique avec les innombrables super-régimes qui promettent une perte de poids rapide par une réduction extrême de la quantité de nourriture, parfois limitée à quelques aliments. Seule et unique conséquence: le corps s'adapte à la restriction draconienne de l'apport énergétique, se met en veilleuse comme s'il y avait famine et freine encore davantage la dépense énergétique. Ensuite, dès que la personne revient à son alimentation «normale» d'avant, le poids grimpe à nouveau rapidement et en règle générale, la balance finit même par afficher 15% de plus qu'auparavant. C'est le fameux effet de yo-yo. Dans certains cas, l'obésité sévère est donc pour ainsi dire «nourrie» par une série de régimes restrictifs.

Les facteurs génétiques jouent également un rôle dans l'obésité; ils rendent plus

sensible à la profusion calorique de notre époque. Concernant l'obésité, on parle d'une cause polygénétique, c'est-à-dire que plusieurs défauts différents au niveau de différents gènes peuvent être responsables de l'apparition plus ou moins précoce du surpoids, sous quelque forme que ce soit. L'étude de ces liens génétiques en est encore à ses débuts. Au printemps 2003, des chercheurs ont démontré qu'il existe un lien direct entre le défaut génétique d'un «récepteur» dans le cerveau (la mélanocortine 4) et le phénomène des frénésies alimentaires compulsives et incontrôlées (appelées aussi «hyperphagie boulimique»). 20 à 30% des obèses sévères souffrent de ce syndrome et chez un tiers de ceux-ci, le lien génétique est avéré.

Mais un surpoids n'est pas nécessairement semblable à un autre. Même si cette affirmation peut sembler banale, elle décrit une réalité importante: chaque personne souffrant d'obésité a son «propre» excès de poids avec des causes qui lui sont spécifiques et qui se fondent sur son passé, son environnement ainsi que sa configuration physique et génétique personnelle.

La recherche médicale a décrit au fil des années différents «types de mangeurs» qui se distinguent par des caractéristiques similaires dans le comportement alimentaire. Ces profils-types décrivent des schémas de comportement succincts. Un ou plusieurs d'entre eux peuvent s'appliquer à une personne précise.

Petite remarque concernant le manque de dépense physique:

Des recherches récentes montrent qu'une personne de poids normal devrait faire chaque jour une demi-heure de marche soutenue pour conserver son poids. Une personne en surpoids devrait faire chaque jour une heure de marche (soit 6,2 kilomètres!) pour ne pas prendre davantage de poids et une personne en surpoids qui a perdu du poids devrait faire chaque jour une heure et demie de marche soutenue... Soyons francs: qui a la possibilité et/ou le courage de le faire? Mais nous pourrions au moins faire un premier pas, à petites doses – ce serait toujours mieux que rien... Par ailleurs, tout «refus de non-dépense physique au quotidien» est un progrès: donc, préférons l'escalier à l'ascenseur, le vélo à la voiture, la marche à pied au tramway...

Comme la littérature médicale spécialisée est le plus souvent rédigée en anglais, les types de comportement alimentaire ont été initialement définis dans cette langue. Nous avons recherché des termes équivalents en français. Les particularités suivantes dans le comportement alimentaire caractérisent les personnes qui correspondent à l'un ou l'autre type:

Le **«gros mangeur»** ou **«glouton»** («big eater» ou «gorger»)

- mange deux à quatre fois par jour,
- n'a pas assez après une portion normale (par portion «normale», nous entendons une assiette d'un diamètre de 27 cm moyennement remplie),
- mange deux, trois ou parfois même plus de quatre portions avant d'être rassasié; aime manger,
- n'a pas de sentiment de culpabilité lorsqu'il a beaucoup mangé (ou trop mangé),
- mange rarement entre les repas.

L' **«amateur de sucreries»**

(«sweet eater»)

- ingère plus d'un quart de son besoin quotidien en calories sous forme de nourriture ou boissons sucrées (p.ex. crèmes glacées, sucreries, boissons gazeuses sucrées, jus de fruits, etc.), et ce, trois fois par semaine ou davantage,
- sucre fortement le café et le thé,
- saupoudre de sucre les flocons de céréales et le muesli au petit-déjeuner,
- adore manger beaucoup de chocolat sous toutes les formes.

L' **«amateur de gras»** («fat eater»)

- aime les aliments riches en graisses (p.ex. gâteaux, pâtisseries, crèmes glacées,...),
- applique une épaisse couche de beurre sur son pain,
- utilise beaucoup de graisse pour cuisiner,
- fait frire les aliments,
- mange en moyenne plus de 100 grammes de graisse par jour.

Le **«grignoteur/mangeur de snacks et de friandises»** («nibbler/grazer/snack eater»)

- mange souvent tout au long de la journée (5 à 7 fois),
- mange régulièrement entre les repas,
- mélange allègrement les aliments les plus divers, p.ex. chips, fromage, biscuits, chocolat, yaourt, fruits...
- mange par envie ou par faim,
- mange par ennui ou pour déstresser.



Le **«mangeur nocturne»** («nightly eater»)

- saute le petit-déjeuner quatre jours par semaine ou davantage,
- mange surtout le soir, en ingérant plus de la moitié de son besoin quotidien en calories après 19 heures,
- souffre de troubles du sommeil, a du mal à s'endormir et à dormir d'une traite, se lève aussi quatre nuits ou davantage par semaine pour se servir dans le réfrigérateur,

- n'est cependant pas un mangeur compulsif («binge eater») (voir ci-dessous «mangeur compulsif»),
- présente ce syndrome pendant plus de trois mois.

(Il peut aussi arriver que quelqu'un qui souffre de ce syndrome se réveille brusquement la nuit à côté du réfrigérateur et ne comprend pas ce qui s'est passé. Dans ce cas, un traitement par des spécialistes médicaux et psychologiques est indiqué de toute urgence.)

Le **«mangeur compulsif»** («binge eater», «binge» = terme anglais pour cuite, virée...)

- mange en un temps très court des quantités de nourriture exceptionnelles, même sans avoir faim, ce qui peut entraîner un sentiment de culpabilité et une dépression,
- n'est cependant pas obligé de (se faire) vomir ensuite,
- présente ce syndrome régulièrement, c'est-à-dire au moins deux fois par semaine pendant une demi-année ou plus,
- a en outre le sentiment de ne pas pouvoir se contrôler, en rapport avec au moins trois des faits suivants:
 - il se sent dégoûté, coupable ou dépressif en raison de sa boulimie,
 - il a mangé beaucoup trop, même sans avoir faim,
 - il mange jusqu'à ce qu'une sensation de remplissage désagréable se fasse sentir,
 - il mange en cachette, par gêne des quantités ingurgitées,
 - il mange plus vite que la normale.

(La personne qui souffre de ce syndrome devrait suivre un traitement médical ou psychologique et se faire expliquer sa situation par des spécialistes qualifiés.)

Répondez aux questions suivantes par «OUI» si l'affirmation correspond volontiers à votre comportement et par «NON» si elle n'y correspond pas vraiment.

n°	Question:	OUI	NON
1	Je n'ai aucune sensation de satiété ou alors seulement très tard.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je mange de préférence tout ce qui me plaît. Souvent, je n'en connais pas la teneur en matières grasses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je me lève souvent la nuit pour manger encore quelque chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Le bord de lard de la viande ne me gêne pas du tout. Au contraire, un bon morceau de viande a besoin de graisse pour rester juteux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'adore les sucreries.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me sens coupable et dépressif après une fringale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je pourrais manger le double à chaque repas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En public, je mange plutôt peu, voire rien du tout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je grignote souvent des choses en journée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Dans une journée normale, je mange la majeure partie de la nourriture le soir ou la nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Les portions sont régulièrement plus grandes (davantage qu'au restaurant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je saute souvent le petit-déjeuner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je pourrais souvent manger de manière incontrôlée tout ce qui se présente sous mon nez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je n'arrive guère à résister aux sucreries.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Le beurre, le fromage, la charcuterie, etc. font partie de mes aliments préférés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je m'arrête seulement de manger lorsque je ressens une sensation désagréable ou que je me sens mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je mange de préférence des choses salées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	J'ai toujours de la nourriture à portée de main.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je me rends exprès au réfrigérateur/kiosque, etc. pour prendre quelque chose à grignoter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je mange plutôt vite et de manière incontrôlée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Au moins deux fois par semaine, j'ai des fringales. Je mange alors jusqu'à ce qu'il n'y ait plus rien ou que je me sente mal, éventuellement même jusqu'à me faire vomir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	La faim se fait sentir seulement le soir ou la nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Mes boissons sont principalement sucrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Au moment de cuisiner, je ne peux pas m'empêcher de manger davantage par gourmandise que de goûter simplement les mets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Sans une épaisse couche de beurre, je n'aime pas manger du pain. Chaque jour, je mange au moins une fois quelque chose de sucré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	J'ai toujours une plus grande faim que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Presque chaque nuit, je me lève pour grignoter quelque chose sortant du réfrigérateur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Chaque jour, je grignote plusieurs fois entre les repas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Chaque jour, j'ai besoin de quelque chose de sucré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30			



Dans le tableau suivant, entourez à présent les chiffres des affirmations auxquelles vous avez répondu par «OUI» ci-dessus. Le «type» dont vous avez entouré le plus de chiffres pourrait correspondre à votre comportement alimentaire spécifique:

Veillez noter que ce questionnaire peut indiquer un ou plusieurs comportements

ou troubles alimentaires qui, le cas échéant, permettent au médecin de recommander une autre approche thérapeutique. Consultez en tout cas, pour une évaluation définitive, une institution ou un cabinet médical spécialisé en obésité qui propose des conseils en nutrition et possède du personnel médical spécialisé dans ce domaine.

Résultats	
1, 7, 11, 20, 27	Gros mangeur / glouton (big eater / gorging)
5, 14, 23, 26, 30	Amateur de sucre (sweet eater)
2, 4, 15, 17, 25	Amateur de gras (fat eater)
9, 18, 19, 24, 29	Grignoteur / mangeur de friandises et de snacks (nibbler/grazer/snack eater)
3, 10, 12, 22, 28	Mangeur nocturne (nightly eater)
6, 8, 13, 16, 21	Mangeur compulsif (binge eater)



Le surpoids / l'obésité est une maladie qu'il faut traiter de manière individuelle. Ici, l'accent doit être mis sur la synergie entre plusieurs mesures. Trois points sont absolument incontournables:

- une analyse du propre comportement alimentaire et de la situation psychologique
- la modification ou l'adaptation durable de l'alimentation, avec prise en compte des besoins énergétiques personnels,
- la mise en place d'une dépense physique plus fréquente et régulière (voir page 9).

Selon le cas, les points suivants peuvent s'y rajouter:

- un soutien par certains médicaments ou substituts de repas,
- une intervention chirurgicale si toutes les autres méthodes restent sans succès pendant deux ans.

Mais à quoi cela vous sert-il d'avoir déterminé «votre» type de comportement alimentaire ou même de déceler chez vous des caractéristiques de plusieurs de ces types de mangeurs? Cela vous montre avant tout ce à quoi vous devez veiller plus particulièrement si vous souhaitez réussir à modifier et adapter votre comportement alimentaire:

Les gros mangeurs ont «besoin» de grosses portions pour être rassasiés, mais ils doivent veiller à ce que celles-ci ne leur apportent pas trop d'énergie. Ils doivent éviter une trop forte «densité énergétique», enrichir les portions de beaucoup de légumes, ne pas se rassasier de pâtes, de pain et d'aliments caloriques. Néanmoins, les protéines ne doivent pas manquer. Le modèle est l'assiette à trois parts: «1/2 de légumes, 1/4 de viande 1/4 d'accompagnement (riz, pâtes, etc.)». Au restaurant d'entreprise, les gros mangeurs doivent se laisser guider précisément par ce qui correspond à ces exigences. À la maison, ils choisiront sciem-



ment les quantités correspondantes pour cuisiner et au restaurant, ils veilleront à commander davantage de légumes pauvres en matières grasses et moins de pâtes. Par ailleurs, ils ne devraient pas accepter une deuxième portion, même si le personnel de salle a souvent la fâcheuse habitude de repérer les «bons mangeurs» et de les motiver en disant : «Mais vous, vous reprendrez certainement encore un peu de cette délicieuse viande en sauce...». Et si la personne a grandi dans l'après-guerre, elle a aussi appris à vider son assiette («Pense aux pauvres enfants en Afrique!»). Mais en tout cas, une chose est particulièrement importante: il faut ralentir le rythme lors des repas. Enfin, l'autodiscipline est tout spécialement de mise dans le cas de buffets!

Les amateurs de sucre ne doivent pas renoncer entièrement aux aliments sucrés car le risque réside dans la quantité. Les sucreries les plus dangereuses sont les boissons sucrées dont la teneur en sucre n'est bien souvent pas visible. Parmi celles-ci figurent malheureusement aussi les jus de fruits, que ce soit d'orange, de pomme ou de raisins, considérés par erreur comme «sains». Ici, un changement d'habitude conscient s'impose: buvez 1,5 à 2 litres de liquide par jour, si possible non sucré. L'eau pure, plate ou gazeuse, est le meilleur

désaltérant, mais les thés en tout genre, froids ou chauds et non sucrés, sont également excellents.

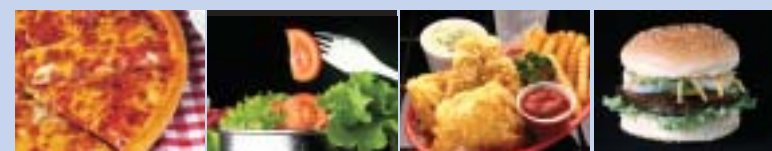
Si vous aimez le chocolat, vous ne devez pas vous en priver totalement. Mais il est important de le savourer toujours en petites quantités et de choisir aussi la meilleure qualité que vous puissiez trouver. Car vous avez tout à fait le droit de vous gâter, tant que c'est avec modération. Encore un mot sur les édulcorants: jusqu'à présent, le fait qu'ils fassent vraiment grossir est seulement prouvé dans l'engraissement des porcs. Pour l'homme, il n'existe aucune preuve médicale. Mais attention! Si vous buvez un verre de Coca Light, ne croyez pas que vous avez ensuite droit à un succulent morceau de pâtisserie... Ce serait une erreur «lourde de conséquence»!

Les amateurs de gras doivent tout d'abord connaître la teneur en matières grasses des différents aliments. Chez le grossiste en alimentation, la plupart des produits sont étiquetés. Une faible teneur en matières grasses ne signifie pas nécessairement que l'aliment manquera de goût, même si beaucoup de personnes considèrent que la graisse, porteuse de goût, contribue fortement au plaisir culinaire. Ici, le principe est le même que pour le mangeur de sucre: c'est la quantité qui importe. Vous ne devez surtout pas vous imaginer que vous pouvez manger d'autant plus d'aliments pauvres en matières grasses. Mais il existe d'innombrables conseils et astuces sur la manière de réduire la teneur en matières grasses des repas dans votre propre cuisine, par des achats ciblés et un usage très parcimonieux des huiles et autres graisses. Et si malgré tout, vous vous accordez de temps à autre un délice bien gras, ne lésinez pas sur la qualité: il faut que ce soit la crème de la crème, en petite quantité. À cet égard, il est important qu'un

fil du temps, vous sachiez globalement combien de matières grasses vous ingérez dans la journée. Idéalement, vous ne devriez pas dépasser 30 à 60 grammes. Et vous y serez vite! Le tableau des valeurs lipidiques de «xline» (Xenical) est un bon outil pour cela.

Les grignoteurs et mangeurs de friandises et de snacks ont intérêt à se passer systématiquement dès l'achat de toutes les choses qui pourront les tenter lorsqu'elles seront à portée de main à la maison. Mais la situation se complique au restaurant d'entreprise: il est si facile de prendre un croissant aux noisettes, une barre de chocolat ou un morceau de tarte, que l'on se surprend seulement en flagrant délit, lorsqu'il est déjà trop tard... Les fruits en tout genre, mais aussi les yaourts maigres, offrent ici une alternative idéale: il faudrait toujours en avoir à portée de main, pour éviter d'emblée les petites faims entre les repas, que l'industrie alimentaire nous suggère si volontiers dans les publicités à la télévision. Mais le grignoteur doit avant tout prendre conscience qu'il fait BEL ET BIEN partie de cette catégorie de mangeur! Il pourra alors essayer de limiter sciemment les aliments caloriques à forte densité énergétique.

Les mangeurs nocturnes et les mangeurs compulsifs souffrent de troubles alimentaires si graves que dans le cadre de cette brochure, nous ne pouvons pas leur donner des «conseils» qui seraient un tant soit peu sérieux. Dans leur cas, il faut procéder à des analyses médicales et psychologiques fouillées avant de pouvoir recommander et entamer une thérapie précise, au cas par cas. Seul un centre interdisciplinaire reconnu et spécialisé en obésité peut offrir ces compétences. La Fondation Suisse de l'Obésité (FOSO) dispose d'adresses de ce type (voir page 23).





Pour une modification ou adaptation consciente et durable du comportement alimentaire, les bonnes résolutions ne suffisent pas. Il faut aussi une vraie volonté et beaucoup de capacité d'apprentissage. Pour tous les types de mangeurs décrits ci-dessus, les mêmes principes stricts sont en vigueur. Nous les appelons les

12 règles pour une attitude consciente face à la nourriture:

1. Je réduis la «densité énergétique» des aliments que je mange dans le sens de l'assiette à trois parts: ½ de légumes, ¼ de viande, ¼ d'accompagnement.
2. J'évite si possible d'ingérer des calories sous forme liquide, comme p.ex. des jus de fruits, des boissons sucrées, de l'alcool (1 dl de vin a autant d'énergie que 8 g de graisse et comme l'alcool dans le sang est brûlé directement, la graisse se retrouve à la taille...).
3. Je bois au moins 1,5 à 2 litres par jour, de préférence de l'eau ou du thé non sucrés; je choisis tout au plus des boissons light.
4. Chaque jour, j'ingère si possible 1 g de calcium sous forme de produits laitiers maigres: cela favorise et renforce le processus de la réduction du poids.
5. Je contrôle la quantité de matières grasses que je mange par jour (idéalement 30 à 60 g).
6. Je surveille la quantité de nourriture, je mange «moins» et je m'en tiens aux recommandations du service de conseils en nutrition ou à des recettes spécifiques.
7. Je ne mange jamais «sur commande ou si je n'ai pas faim», seulement parce que c'est l'heure.
8. Je renonce à des aliments à forte teneur en matières grasses et je veille à un mélange équilibré des différents fournisseurs d'énergie que sont les hydrates de carbone, les protéines et les lipides.
9. Je mange lentement, je prends mon temps et je savoure les mets.
10. Au restaurant, je commande de petites portions. Souvent, l'entrée suffit comme plat principal.
11. Je commence par adapter mon comportement alimentaire dès l'achat: je choisis consciemment les aliments, je veille à la qualité et à la quantité.
12. Je ne me laisse pas priver du plaisir de savourer mon repas! Cela me va aussi comme cela.

Selon que l'un ou l'autre type de comportement alimentaire est plus ou moins marqué, il peut aussi avoir des répercussions sur le recours à des traitements médicaux complémentaires. Nous distinguons en la matière deux voies fondamentalement différentes: la voie médicamenteuse et la voie chirurgicale. Mais toutes les thérapies de l'obésité ont un point commun: elles ne peuvent pas être temporaires, elles doivent entraîner un changement de comportement à vie!

Il est vieux, le rêve d'une pilule miracle qui ferait fondre les kilos en trop comme neige au soleil. Tous les efforts de la recherche pour développer un médicament radical qui empêcherait le stockage des graisses dans le corps sans effets secondaires nocifs restent sans résultat probant à ce jour. Le groupe pharmaceutique Novartis a même arrêté ses recherches dans ce domaine fin 2002, au bout de dix ans.

Conséquence: les mystérieux remèdes miracles connaissent un boom extraordinaire, surtout autour des périodes de fête, avec des slogans publicitaires absurdes du genre: «Maigrissez en mangeant autant de pizzas que vous voulez!» On ne mettra jamais assez en garde contre de telles inepties qui prospèrent sur le terreau de la charlatanerie: les distributeurs spéculent sur la détresse des personnes concernées, qui s'accrochent à la moindre lueur d'espoir, si illusoire soit-elle. Or, le seul à perdre du poids, c'est le porte-monnaie des acheteurs crédules. Ne vous laissez jamais rouler par des annonces tonitruantes qui prétendent garantir une perte de poids spectaculaire! Ignorez ces offres qui ne peuvent jamais tenir leurs promesses.

En revanche, il existe une série de produits et préparations qui, selon le goût de chacun, peuvent très bien aider la personne à changer son comportement alimentaire. Il s'agit là de produits appelés substituts de repas qui peuvent, en accompagnement

d'une thérapie de l'obésité à proprement parler, «remplacer» un ou plusieurs repas par jour. Les noms de ces produits sont connus; ils vont de Contour et Figure Control à Slimfast, en passant par Modifast et Minvitan. Ils ont tous des propriétés similaires avec des goûts différents et sont disponibles notamment sous forme de boissons, potages, muesli et biscuits. Ils peuvent «remplacer» un repas normal ou un en-cas et contiennent les minéraux, remontants et fibres nécessaires, mais une quantité de calories et de graisses réduite (selon la marque).

La même catégorie compte aussi des produits comme Herbalife et similaires ainsi que le concept PreCon, dans lequel les substituts alimentaires sont donnés sous surveillance médicale, en combinaison avec des conseils d'accompagnement sur la nutrition et l'exercice physique. Toutes ces préparations peuvent, dans certaines conditions, s'inscrire judicieusement dans une thérapie globale de l'obésité, le produit de substitution remplaçant un repas.

La thérapie médicamenteuse

À ce jour, deux médicaments ont vraiment fait leurs preuves en Europe dans la lutte contre l'obésité. Il s'agit de «Reductil» et de «Xenical»:

Reductil agit au niveau du cerveau, sur la commande de la sensation de satiété et du processus métabolique dans le corps. Les expériences montrent qu'en douze mois, Reductil peut occasionner une perte de poids d'environ 10 % du poids initial. Selon la sensibilité de la personne, il peut cependant aussi avoir des effets secondaires: bouche sèche, maux de tête, constipation, insomnie et hypertension. Chez les sujets cardiaques, la prudence est de mise.

Toutefois, même la prise d'un médicament exige, pour être efficace, de changer aussi les habitudes de vies connues jusque là.



C'est pourquoi son fabricant, la société Abbott SA, propose avec son service en ligne www.reductip.ch un programme d'accompagnement qui informe et assiste les patients par des conseils utiles et des suggestions de comportements. Le médicament pourrait convenir surtout au gros mangeur, au grignoteur et au mangeur de sucre (ce qui n'est cependant pas prouvé à ce jour par des études correspondantes).

Xenical agit au niveau des intestins où il bloque la digestion d'une partie (environ un tiers) des graisses ingérées avec l'alimentation. Ces graisses ne sont pas absorbées par le corps, mais éliminées sous forme non digérée. Cela réduit d'une part l'absorption des graisses, et assure d'autre part un contrôle très efficace d'une trop grande consommation de graisses, parce que celle-ci risque de s'accompagner d'effets secondaires très désagréables comme des pets malodorants ou une élimination incontrôlée de graisses liquides dans le slip. Si un repas (p.ex. une entrecôte Café de Paris accompagnée de frites) contient environ 100 grammes de graisses, 30 grammes en seront éliminés sous forme liquide le lendemain! Le liquide coule à travers tous les vêtements et ce problème ne relève pas du médicament, mais de la personne qui

mange de manière non raisonnable et «erronée»! Si quelqu'un ne mange pas plus de 30 grammes de graisses par jour, il ne doit craindre aucun effet secondaire. C'est pourquoi il convient de se familiariser avec une alimentation pauvre en graisses avant de commencer à prendre du Xenical. – Le fabricant du Xenical, Roche Pharma, propose lui aussi avec le programme «xline», sous www.roche-pharma.ch/xline/, un service de conseils aux patients. En termes de typologie alimentaire, ce médicament convient évidemment au mangeur de gras, pour autant qu'il n'ait pas déjà réduit sa consommation de graisses.

La thérapie chirurgicale

Parmi les interventions chirurgicales, il existe actuellement deux méthodes éprouvées: la gastroplastie par cerclage gastrique ajustable et la gastroplastie par dérivation gastrique. Dans la plupart des cas, les deux interventions peuvent être réalisées par laparoscopie, c'est-à-dire au moyen de sondes qui évitent une large ouverture de la paroi abdominale du patient.

Le **cerclage gastrique ajustable** consiste à enserrer la partie supérieure de l'estomac avec un anneau en matière plastique souple, de manière à y former une petite poche de la taille approximative d'une tasse à moka. L'anneau est doublé à l'intérieur d'un fin tuyau qui peut être rempli d'un liquide depuis l'extérieur, par le biais d'une valve, ce qui permet de restreindre l'ouverture intérieure de l'anneau et de l'adapter au comportement alimentaire de la personne. La nouvelle petite «poche d'estomac» est à présent pleine beaucoup plus rapidement, entraînant déjà après quelques bouchées une sensation de satiété ou l'impossibilité de continuer à manger. Le passage contrôlé par l'anneau est cependant si petit qu'avant d'être avalée, la nourriture doit être mâchée très soigneusement jusqu'à former une bouillie très fine. Sinon, elle risque de boucher l'ouverture, entraînant un pro-

cessus douloureux qui nécessite de vomir le contenu de l'estomac et, dans certains cas urgents, d'élargir même l'anneau. Cette technique a permis et permet toujours de traiter des personnes pour lesquelles aucune autre thérapie n'a porté ses fruits sur deux ans.

La gastroplastie par cerclage gastrique ajustable n'est pas exempte de risques. Certes, les cas mortels en cours d'opération sont rares jusqu'à présent (moins de 0,4%), mais chez environ 20 % des patient(e)s, des complications sont survenues dans les six premières années après l'intervention, rendant nécessaire un traitement post-opératoire.

Cette intervention permet de réduire le surpoids de près de 50 %, ce qui nécessite dans beaucoup de cas (surtout chez les patient(e)s plus âgé(e)s) une intervention de chirurgie plastique ultérieure, pour enlever la peau excédentaire. Un cerclage gastrique ajustable peut être enlevé, mais il doit en réalité être porté à vie, sinon la personne risque de reprendre très rapidement le poids perdu.

La **dérivation gastrique** connaît plusieurs variantes. D'une part, la taille de l'estomac est tellement réduite par intervention

chirurgicale qu'il n'en reste plus qu'une petite poche. Ensuite, le chirurgien isole cette poche du reste de l'estomac. Puis, au moyen d'un bout d'intestin, il relie directement la petite poche d'estomac à la partie inférieure de l'intestin grêle. Il «contourne» ainsi une partie plus ou moins grande de l'appareil digestif. Résultat: le corps ne peut plus digérer et assimiler qu'une partie de la nourriture, en particulier de la graisse.

En pratique, il existe plusieurs techniques pour réaliser cette opération. L'intervention est cependant beaucoup plus compliquée et présente un risque accru de complications: un patient sur cent meurt dans l'opération et tous les 5 à 10 cas, un traitement post-opératoire est nécessaire. L'efficacité en termes de perte de poids est plus grande au début qu'avec le cerclage gastrique ajusté; au bout de cinq ans, les résultats des deux méthodes sont assez comparables.

Il est vrai que d'autres interventions sont envisagées actuellement, mais elles n'ont pas encore fait l'objet de tests cliniques, ce qui ne permet pas de donner des indications fiables. Parmi ces méthodes, citons:

- le «ballon gastrique», utilisé depuis quelque temps. Il s'agit d'introduire par l'œsophage un petit ballon dans l'estomac,





au moyen d'une sonde. Ce ballon doit y créer une sensation de satiété. Les experts déconseillent cette intervention parce que le ballon doit être remplacé tous les trois mois et ne convient donc pas à une thérapie à vie;

- le «pacemaker gastrique» qui émet des impulsions électriques dans la paroi de l'estomac et simule ainsi une sensation de satiété «sur place», ce qui freine l'appétit. En Suisse, cette technique relativement récente fait seulement l'objet de quelques essais isolés qui ne permettent pas encore de conclusions générales.

Les frais des interventions chirurgicales sont-ils pris en charge par les caisses maladie?

Un sujet particulier en rapport avec les interventions chirurgicales en cas d'obésité est la pratique des caisses maladie en matière de garantie de paiement. Une explication détaillée dépasserait largement le cadre de la présente brochure. Les critères précis sont certes fixés dans la loi sur l'assurance maladie (LAMal), mais il existe, parmi les assureurs, des brebis galeuses qui, par des combines légalistes et des interprétations audacieuses, tentent de se soustraire à la prise en charge des frais.



Les conditions suivantes doivent être remplies pour une garantie de paiement:

- L'indice de masse corporelle (IMC) doit être supérieur à 40 (voir page 5/6).
- Le (la) patient(e) ne doit pas avoir plus de 60 ans.
- Une thérapie nutritionnelle doit avoir été suivie sans succès pendant deux ans.
- Le (la) patient(e) doit présenter au moins une maladie supplémentaire.
- L'intervention doit se faire dans un centre reconnu par l'Office fédéral de l'assurance sociale (OFAS).

Le problème lors du traitement de l'obésité réside dans le fait que plus une thérapie intervient tard dans la vie de l'obèse, plus elle est difficile. C'est un paradoxe: tant que l'on est jeune, le corps est capable d'endurer assez bien la charge supplémentaire liée au surpoids. Si l'on n'est pas soumis à une forte pression psychologique, on peut vivre selon la devise: «Je suis obèse, et alors?» Mais lorsque le poids continue à grimper, que la qualité de vie diminue sensiblement et que le poids des souffrances est suffisamment grand, le retour en arrière ne peut plus se faire qu'au prix de gros efforts.

Le plus simple serait de veiller dès l'enfance à ce que l'obésité ne se développe même pas: par une alimentation consciente, «correcte» et/ou apprise, par beaucoup d'activité physique (ou peu de sédentarité) et par des mesures particulières lorsqu'une prédisposition génétique semble exister.

C'est un constat banal. Mais c'est un fait que le nombre d'enfants en surpoids a augmenté massivement ces dernières années. Dans ce domaine, l'école et les parents ont un défi de taille à relever. La prédisposition au surpoids devrait être repérée au plus tôt. Les connaissances et comportements alimentaires corrects devraient être transmis et acquis au sein de la famille et au plus tard à l'école. Les enfants en surpoids ne devraient plus être victimes d'exclusion ni de régimes quelconques; ils ont besoin d'une aide et d'une assistance spécifiques! Bien souvent, il faut aussi un encadrement psychologique parce qu'un trouble alimentaire peut être la conséquence d'un poids psychologique. Dans ce cas, c'est tout l'environnement familial qui est concerné.

À cela s'ajoutent les tentations incessantes suscitées par des propositions de nourriture toujours nouvelles: sucreries, boissons riches en calories, snacks entre les repas..., tous vantés comme «sains» par la publicité, ils conduisent à une alimentation mal équilibrée et incomplète. Par ailleurs, la famille mange de moins en moins souvent ensemble, à table. De nombreux enfants se rendent à l'école sans avoir pris de petit-déjeuner; ils s'approvisionnent en route ou au kiosque, et à domicile, ils mangent souvent sans contrôle devant la télévision. Des équipes d'experts internationales se basent sur de vastes études sur le terrain pour affirmer que le problème a pris une telle ampleur qu'il ne peut plus guère être résolu par une personne isolée dans son environnement. Sans doute les autorités responsables de la santé publique et de l'éducation devraient-elles créer ensemble, au niveau législatif, de nouvelles conditions destinées à éviter que dans les prochaines années, le surpoids ne continue à se répandre comme une épidémie parmi les enfants et adolescents.

Un vaste champ d'investigation s'ouvre là encore à la science et à la politique de santé publique. Il est important que certaines découvertes fondamentales s'imposent dans les esprits:

- Un mauvais style de vie n'est pas la seule cause du surpoids.
- Des gènes défectueux peuvent être également responsables du comportement alimentaire d'obèses sévères.
- Chez les enfants qui se distinguent par un surpoids important, il faudrait déterminer assez tôt les éventuelles causes génétiques.
- Les obèses sévères ne sont pas toujours personnellement responsables de leur sort.

Ces découvertes impliquent cependant aussi d'autres constats:

- Les obèses sévères ne doivent pas être victimes de préjugés en raison de leur poids.
- Des initiatives de recherche sont nécessaires de toute urgence, afin d'apprendre à mieux comprendre les multiples causes du surpoids.
- La surcharge pondérale importante (obésité, IMC > 35) est une maladie.
- Tous les obèses ne souffrent pas de la «même» maladie.
- Une thérapie passe-partout n'a pas les mêmes effets sur tout le monde: il convient de développer des thérapies sur mesure pour chaque type de surpoids.

Quelques livres au sujet du surpoids / de l'obésité:

Arnaud Basdevant et Bernard Guy-Grand : Médecine de l'obésité. – Flammarion 2004

Arnaud Basdevant et Daniel Ricquier : Pour une approche scientifique de l'obésité. – Annales de l'Institut Pasteur, 2003, € 22.–

Arnaud Basdevant : Obésité – une véritable épidémie ? – Les Enquêtes de Marie-Odile Monchicourt, 2003, € 21.–

Jane Kirby et Dr Jocelyne Raison : Maigrir pour les nuls – votre guide pratique pour maigrir et rester mince ! – ISBN: 2736133234, 2001, € 2.–

Marie-Laure Frelut : L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. – Edition Odile Jacob, 190 pages. CHF 38,40

Maigrir en bonne santé – un programme d'amaigrissement de type « auto aide », édité par la Société Suisse de Nutrition SSN, 101 pages, CHF 26.–, à commander sous tel. 031 919 13 06

Régimes amaigrissants – pour faire le bon choix ! 23 régimes minceur populaires sur la sellette, édité par la SSN (voir en haut)

Publications scientifiques:

Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz 1999. Golay A. für die Consensusgruppe; F.F. Horber für die Bariatriche Chirurgie. (Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse 1999. Golay A. pour le groupe de consensus; F.F. Horber pour la chirurgie bariatrique.) Schweiz Medizinische Wochenschrift 1999; 49 Supplementum 114: 3S-20S (téléchargeable du site Internet www.foso.ch)

Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Tech Rep Ser 1999; 894:1-253

Symposium: Dairy product components and weight regulation, J Nutr. 2003; 133:245S-270S

Genotype, obesity and cardiovascular disease-has technical and social advancement outstripped evolution? J Int Med 2003;254(2):114-25

Nestlé M. Science 2003:781

Weight loss counseling revisited.: Serdula MK, Khan LK, Dietz WH JAMA. 2003 Apr 9; 289(14):1747-50

Popular diet, scientific review, Freedman MR., King J., Kennedy E. Obes Res 2001, 9 Suppl. 1 S1-S40

Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Porjes WJ, Swanson MS, MacDonald KG, Long SB, Morris PG, Brown BM et al. Ann Surg 1995 Sep; 222(3):339-50

Differentiated long-term effects of intentional weight loss on diabetes and hypertension. Sjostrom CD, Peltonen M, Wedel H, Sjostrom L. Hypertension. 2000 Jul; 36(1):20-5.

Biertho L., Steffen R., Ricklin Th., Horber F., Pomp A., Inabnet W.B. et al. Laparoscopic gastric bypass versus laparoscopic adjustable gastric banding: a comparative study of 1200 cases. J Am College of Surgeons 2003 197(4): 536-44

Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. N Engl J Med 2001;344: 1343-50

Adresses utiles:

Société Suisse de Nutrition SSN, Effingerstr. 2, 3001 Berne
Service d'information sur la nutrition NUTRINFO
Tél. 031 385 00 08 (tous les matins)
E-mail: nutrinfo@sge-ssn.ch
Internet: www.sge-ssn.ch

Association Suisse du Diabète, Rütistrasse 3A, 5400 Baden
Tél. 056 200 17 90 / Fax 056 200 17 95 / compte de don: PC 80-9739-7
E-mail: sekretariat@diabetesgesellschaft.ch
Internet: www.associationdudiabete.ch

Association Suisse des Diététicien/nés diplômé/es
Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee
Tél. 041 926 07 97 / Fax 041 926 07 99 / e-mail: service@svde-asdd.ch
Internet: www.svde-asdd.ch

Fondation Suisse de Cardiologie, Schwarztorstrasse 18
Case postale 368, 3000 Berne 14
Tél: 031 388 80 80 / Fax 031 388 80 88
E-Mail: info@swissheart.ch

Ligue suisse contre le cancer, Case postale 8219, 3001 Berne
Tél: 031/389 91 00 / Fax: 031/389 91 60
E-Mail: info@swisscancer.ch

Association boulimie anorexie ABA, Avenue Villamond 19, 1005 Lausanne
Tél: 021 239 04 39
E-Mail: info@boulimie-anorexie.ch

Informations sur la FOSO

Vous n'êtes pas seul(e) face à votre surpoids. La Fondation Suisse de l'Obésité (FOSO) s'engage en votre faveur et défend vos intérêts.

La FOSO a été fondée fin 1997 par des médecins engagés, avec les objectifs suivants:

- l'information et la sensibilisation dans le domaine de l'obésité;
- l'orientation et l'encadrement des personnes concernées;
- l'intégration des personnes en surpoids dans la société;
- la représentation des intérêts des personnes concernées en matière de politique de la santé;
- le soutien de la recherche et l'amélioration des connaissances sur l'obésité.

La fondation dispose d'un bureau à Zurich. Celui-ci fournit des informations par téléphone et par écrit sur toutes les questions liées au surpoids.

Sur Internet, nous vous informons sous www.foso.ch sur des questions actuelles liées à l'obésité.

Pour soutenir la fondation, les responsables ont créé l'association «Solidarité avec les personnes souffrant d'obésité». Devenez membre de cette association! Moyennant une cotisation annuelle de 50.– CHF, vous recevrez régulièrement une newsletter actuelle ainsi que plusieurs réductions intéressantes.

Demandez des Informations sous 044 251 54 13 ou enregistrez-vous sur le site internet www.foso.ch

Merci beaucoup de votre solidarité!

Pour de plus amples informations, contactez:
Fondation Suisse de l'Obésité - FOSO
Bureau
Tödistrasse 48
CH-8002 Zurich
Tél. 01 251 54 13
E-mail: info@foso.ch
CP: 87-407427-9

