

Obésité, chirurgie bariatrique et inégalités ethnosociales : éclairer les besoins de recherche en Belgique

*Obesity, bariatric surgery and ethno-social inequalities:
an insight into the research needs in Belgium*

MANÇO A.A.

Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations, Liège

RÉSUMÉ

Introduction : La littérature portant sur la chirurgie bariatrique suggère des disparités entre populations minoritaires ou migrantes, d'une part, et groupes majoritaires ou natifs, d'autre part. La plupart des études concernent les États-Unis. Il est possible de documenter trois types de disparités : (1) inégalités dans l'accès à la chirurgie bariatrique, y compris dans des pays bénéficiant d'une assurance de santé universelle; (2) différences dans l'accomplissement du processus thérapeutique; (3) inégalités dans les résultats des opérations chirurgicales (traitement du syndrome métabolique, du diabète, disparités dans la perte de poids).

Méthode et structure : Le présent article propose une synthèse narrative de la littérature disponible en ligne et publiée entre 2011 et 2021, portant sur les inégalités ethnosociales observées dans la mise en œuvre de la chirurgie bariatrique et des étapes qui l'accompagnent. L'information est organisée autour des constats d'inégalités dans l'accès à la chirurgie et différences dans les résultats des opérations (traitement des affections métaboliques, perte de poids et incidents péri-opératoires).

Résultats : Les recherches consultées relèvent des disparités dans la perte de poids après la chirurgie bariatrique entre la population majoritaire et la plupart des groupes ethniques minoritaires. Certes, d'autres travaux moins nombreux illustrent une absence de différence. La revue débouche sur l'identification des pratiques pouvant renforcer l'égalité d'accès et de réussite de la chirurgie bariatrique.

Conclusion : Ces constats interrogent et justifient l'utilité d'un approfondissement, d'autant plus qu'il n'existe pas de recherches systématiques en Belgique au sujet des inégalités ethnosociales en matière de chirurgie bariatrique.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 487-494

Doi : 10.30637/2022.21-067

ABSTRACT

Introduction: The literature on bariatric surgery shows disparities between minority or migrant populations, on the one hand, and majority or native groups, on the other hand. Most of these studies come from the United States. It is possible to document three types of disparities: 1/ inequalities in access to bariatric surgery, including countries with universal health insurance; 2/ differences in the accomplishment of the therapeutic process; 3/ inequalities in the results of surgery (treatment of metabolic syndrome, diabetes, disparities in weight loss and outbreak of peri-operative incidents).

Method and structure: This article offers a narrative synthesis of the available online literature published between 2011 and 2021, focusing on the ethnosocial inequalities observed in the implementation of bariatric surgery in all its stages. The article comprises findings of inequalities in access to surgery and differences in surgical results.

Results: The article debates disparities in weight loss after bariatric surgery within the majority population and the most minority ethnic groups. The article leads to the identification of best practices that can promote equal access to bariatric surgery and strengthen its success.

Conclusion: These findings justify the usefulness of further research on this topic, especially since there is no systematic data collection with respect to ethno-social inequalities in bariatric surgery in Belgium.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 487-494

Doi : 10.30637/2022.21-067

Key words : obesity, bariatric surgery, ethno-social inequalities, Belgium

INTRODUCTION

Le présent article propose une synthèse de la littérature portant sur les inégalités ethnosociales observées dans la mise en œuvre de la chirurgie bariatrique et des étapes qui l'accompagnent. Les recherches consultées, essentiellement réalisées aux États-Unis, relèvent notamment des disparités dans la perte de poids après la chirurgie bariatrique entre populations minoritaires ou migrantes, d'une part, et groupes majoritaires ou natifs, d'autre part. D'autres travaux, moins nombreux, illustrent une absence de différence. Ces constats interrogent et justifient l'utilité d'un approfondissement, d'autant plus qu'il n'existe pas de recherches systématiques en Belgique au sujet des inégalités ethnosociales en matière de chirurgie bariatrique.

La revue de la littérature est de type narratif et porte sur les publications disponibles (sur Google Scholar) publiées entre 2011 et 2021. Les principaux mots-clés utilisés pour interroger la banque de données sont *bariatric surgery; socio-economic/ethnic; inequalities/disparities/differences*. Les supports spécialisés tels qu'*Obesity reviews; Obesity Surgery; Obesity: The Journal of The Obesity Society; Bariatric Surgical Practice and Patient Care, etc.* ont été privilégiés. La trentaine de références listées en bibliographie permettent d'alimenter les points récurrents issus des travaux consultés.

Ces points organisent le plan de la présente contribution. Il est en effet possible de documenter trois types de disparités : (1) inégalités dans l'accès à la chirurgie bariatrique, y compris dans des pays bénéficiant d'une assurance de santé universelle; (2) différences dans l'accomplissement du processus thérapeutique; (3) inégalités dans les résultats des opérations chirurgicales (traitement du syndrome métabolique, du diabète, disparités dans la perte de poids).

La revue débouche sur l'identification des pratiques pouvant renforcer l'égalité d'accès et de réussite de la chirurgie bariatrique. Enfin, les constats plaident pour l'organisation de recherches empiriques dans notre pays afin d'examiner les inégalités ethnosociales en matière de chirurgie bariatrique.

L'OBESITE ET SON TRAITEMENT

Le surpoids et l'obésité constituent un problème majeur de santé à l'échelle du monde. Aux États-Unis, plus des deux tiers des adultes (personnes de 18 ans et plus) sont en surpoids (indice de masse corporelle ou IMC ≥ 25 kg/m²), comprenant 38 % d'obèses (IMC ≥ 30 kg/m²). Les femmes ont un taux d'obésité (40 %) plus élevé que les hommes (35 %), même si 72 % des hommes sont en surpoids contre 64 % des femmes. Les taux d'obésité sont nettement plus élevés dans les zones urbaines par rapport aux campagnes. En termes d'âge, la plus grande proportion de personnes obèses se situe entre 40 et 59 ans suivie du groupe 60 ans et plus. Toutefois, dans ce pays, l'obésité juvénile a triplé depuis 1980 se stabilisant à 17 %¹. L'étude de

Drieskens *et al.*² 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 du pays. Après une croissance régulière depuis 1997, la prévalence du surpoids est restée stable chez les hommes entre 2013 et 2018, mais elle a légèrement augmenté chez les femmes. En revanche, la prévalence de l'obésité a augmenté chez les hommes, tout en restant stable chez les femmes, durant la même période. 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 plus bas. En 2018, chez les jeunes de 18 ans et moins, la prévalence du surpoids (incluant l'obésité) était de 16 % chez les garçons et 15 % chez les filles. Une étude portant sur les tendances mondiales du poids montre qu'en 1975, 3 % des hommes et 6 % des femmes étaient obèses. En 2014, ce nombre avait presque triplé pour atteindre 11 % chez les hommes et 15 % chez les femmes. Selon les prévisions, ces chiffres dépasseront dès 2025, 18 % chez les hommes et 21 % chez les femmes, à travers le globe³.

Or, 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'arthrose, le syndrome d'apnées du sommeil, l'hyperlipidémie, le mal de dos chronique, etc. À l'avenir, le maintien d'un poids sain pourrait être important dans la prévention d'une forte morbidité. Des recherches indiquent un effet positif de la perte de poids sur l'amélioration de la santé physique⁴.

Le traitement médical du surpoids et de l'obésité nécessite un cadre impliquant médecins, infirmiers, diététiciens, spécialistes de la santé mentale et de l'exercice physique. Avec cette prise en charge multidisciplinaire et régulière, les résultats montrent que la plupart des patients obtiennent une réduction de poids de 5 à 10 %. En particulier, les programmes de perte de poids 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. Il a également été observé que le nombre de consultations par patient au sein du même programme est lié à une plus grande réduction de poids⁵. Dans ce cadre thérapeutique, les patients sont souvent orientés vers des programmes d'encadrement diversifiés, dont des systèmes commerciaux de perte de poids, tels que *Weight Watchers*. Lorsque l'IMC dépasse 27 kg/m² avec la présence d'une comorbidité comme l'hypertension ou l'apnée du sommeil, ou est supérieur ou égal à 30 kg/m² sans comorbidité, la pharmacothérapie est recommandée comme complément utile au régime alimentaire, à l'exercice et à la thérapie comportementale. Il existe plusieurs médicaments indiqués pour la perte de poids, dont les modérateurs de l'appétit et, la metformine en cas de diabète de type II, avec leurs avantages et inconvénients⁶.

Enfin, une fois que l'IMC d'un individu dépasse 35 kg/m² en présence d'une comorbidité spécifique ou est supérieur à 40 kg/m² sans comorbidité, la chirurgie bariatrique doit être considérée comme une option thérapeutique. Il a été montré que la chirurgie métabolique et bariatrique constitue un traitement efficace et durable de l'obésité malgré un faible taux de recours parmi les personnes obèses, bien que le nombre de chirurgies bariatriques a sensiblement augmenté dans le monde ces 25 dernières années : environ 200.000 interventions par an rien qu'aux États-Unis et autant en Amérique du Sud⁷. La procédure chirurgicale la plus courante (deux tiers des opérations pratiquées) est la Sleeve gastrectomie laparoscopique, dans laquelle l'estomac est réduit de volume d'environ 80 %. En règle générale, cela conduit à 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, conduit à 60 % à 70 % de perte de poids en excès sur la même période. Dans tous les cas, la chirurgie n'est qu'une étape d'une quête de changement nutritionnel et comportemental. En cas d'échec, une seconde intervention bariatrique peut s'avérer nécessaire pour environ 14 % des patients⁸.

OBESITE, CHIRURGIE ET INEGALITES ETHNIQUES

Dans ce contexte général, il convient de noter qu'en général l'obésité touche de manière disproportionnée les individus appartenant à des groupes ethniques minoritaires dans les régions où ils sont installés. En 2015 aux États-Unis, les taux de surcharge pondérale des adultes parmi les principaux groupes ethniques étaient⁹ : Afro-Américains (AA) (73 %), Hispaniques (H) (70 %), Amérindiens (69 %), blancs non hispaniques (BNH) (63 %) et populations originaires de l'Asie et du Pacifique (38 %). Parmi les enfants de 2 à 19 ans, 39 % des H, 35 % des AA, 29 % des BNH et 20 % des personnes originaires de l'Asie et du Pacifique sont en surpoids ou obèses. Dans d'autres pays industrialisés, la situation semble également proche de ces résultats. Vandenheede *et al.*¹⁰ ont montré 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'Asie du Sud et des Caraïbes) 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 le recours à une chirurgie bariatrique entre populations minoritaires ou migrantes, d'une part, et groupes majoritaires ou natifs, d'autre part.

Il est possible de documenter trois types de disparités principales :

1. Des inégalités dans l'accès à la chirurgie bariatrique¹¹, y compris dans des pays bénéficiant d'une assurance de santé universelle comme la Suède¹², les Pays-Bas¹³, la Nouvelle-Zélande¹⁴ et le Canada¹⁵;

2. Des différences dans l'accomplissement du processus thérapeutique¹⁶;
3. Des disparités dans les résultats des opérations chirurgicales, comme le traitement du syndrome métabolique¹⁷, celui du diabète¹⁸, voire des différences dans la perte de poids obtenue¹⁹.

Certes, d'autres travaux, moins nombreux et pour certains anciens, illustrent une absence d'inégalité entre diverses ethnies en matière d'accessibilité et de bénéfice du traitement bariatrique : aux États-Unis²⁰, à Singapour²¹, en Israël²² ainsi qu'au Royaume-Uni et en Irlande²³.

INEGALITES DANS L'ACCES ET L'ACCOMPLISSEMENT DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Étant donné que les personnes les plus touchées par l'obésité appartiennent, notamment aux États-Unis, 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 dans ce pays suggèrent que les AA et les H constituent moins de 10 % de tous les patients concernés par ce traitement²⁵. La même référence montre 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 citadins, par exemple, sont quatre fois 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 près de deux fois par rapport aux patients âgés de 20 à 39 ans et six fois en regard de ceux de plus de 60 ans. La méta-analyse conduite par Bhogal *et al.*²⁶ observe que les patients ayant subi une chirurgie bariatrique sont significativement plus susceptibles d'être blancs, une femme et assurés. Dans un pays comme les États-Unis dont le système de santé est inégalitaire, les personnes bénéficiant d'une couverture assurantielle ont huit fois plus la possibilité de bénéficier d'une opération bariatrique que la population non assurée²⁵, bien que des différences significatives ont également été notées en défaveur des AA comparés aux BNH ayant la même couverture d'assurance santé²⁷. Le facteur économique en général, n'est donc pas à écarter, malgré l'équivalence du statut assurantiel. Il peut empêcher les patients membres de minorités ethniques d'opter pour une chirurgie bariatrique, comme l'attestent également les recherches effectuées en Europe¹³. L'étude canadienne de Doumouras *et al.*¹⁵ parle du « *coût caché d'un bilan préopératoire étendu* ». Aux États-Unis, la rareté d'un suivi médical général et un état de santé globalement moins bon chez les AA, comparés aux BNH (dont la moyenne d'âge est plus élevée que le groupe AA), ainsi que les risques perçus de la chirurgie (plus ancrés dans la population AA que blanche) semblent également être parmi les facteurs explicatifs des différences constatées dans le choix d'un traitement bariatrique. De fait, pour Residori *et al.*²⁸, près de la moitié d'un échantillon de patients opérés bariatriques new-yorkais, composé en majorité

d'AA et d'H, présente un diabète, de l'hypertension et/ou une hyperlipidémie qui ne sont ni diagnostiqués ni traités avant le processus péri-opératoire. Par ailleurs, selon Wee *et al.*²⁹, une majorité de patients AA semble considérer, à l'inverse de la plupart des patients BNH, 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. Ainsi, l'origine et les conditions socio-économiques des patients doivent être prises en compte lors des évaluations psychosociales afin de soutenir les personnes qui risquent d'abandonner le processus thérapeutique. Les recherches futures devraient ainsi explorer des solutions politiques pour améliorer l'accès à la chirurgie bariatrique, tandis qu'une approche qualitative¹⁶ peut aider à mieux comprendre les raisons de ces disparités.

DIFFERENCES DANS LES RESULTATS DES OPERATIONS CHIRURGICALES

Les disparités selon l'origine ethnosociale dans les résultats des opérations bariatriques sont abordées dans la littérature à travers quatre principaux axes :

1. Les inégalités dans le traitement du syndrome métabolique (surcharge pondérale, augmentation des graisses sériques, athérosclérose, hypertension artérielle, résistance aux effets de l'insuline, hyperglycémie, hyperuricémie) ;
2. Les disparités dans le traitement du diabète de type II ;
3. Les différences constatées dans la perte de poids elle-même, suite à la chirurgie bariatrique ;
4. La qualité de l'expérience péri-opératoire.

Inégalités dans le traitement des affections métaboliques

Les connaissances à propos de l'impact différentiel de la chirurgie bariatrique sur les maladies chroniques telles que le syndrome métabolique sont encore limitées. Des études américaines portant principalement sur les différences de résultats entre les patients ayant subi une chirurgie bariatrique, d'une part blancs et d'autre part AA ou H, ont montré que si les membres des minorités ethniques présentent des améliorations significatives, celles-ci sont de moins grande ampleur que les bénéfices des BNH. Tiwari *et al.*³⁰ ont évalué les résultats de près de 40.000 *by-pass* gastriques, dont la moitié fut réalisée sur des patients H ou AA. Ils constatent un taux de résolution du syndrome métabolique moindre auprès de ces populations, même si certaines caractéristiques (être femme, diplômé universitaire, de moins de 40 ans ou participer activement à un suivi nutritionnel régulier) contribuent à compenser l'inégalité constatée. Ces résultats indiquent que l'influence de facteurs tels que la culture alimentaire et la génétique doit être investiguée davantage. Pour Coleman *et al.*¹⁷, le syndrome métabolique est moins susceptible de disparaître chez les patients AA ou H ayant subi une Sleeve, en comparaison à la technique de la dérivation gastrique.

Il est nécessaire d'évaluer également les différences dans la régression du diabète au sein de divers groupes ethniques. Une analyse rétrospective californienne incluant 650 patients atteints de diabète de type II qui ont subi une dérivation gastrique ou une Sleeve¹⁸ a notamment montré, douze mois après l'opération, des réductions significatives dans tous les groupes observés, de l'IMC et de la glycémie à jeun, mais les patients asiatiques et AA n'ont pas connu le même degré d'amélioration que le groupe majoritaire blanc en ce qui concerne ces paramètres. L'étude suggère la mise en place d'interventions supplémentaires qui peuvent aider ces patients, même si Wood *et al.*³¹ ne constatent pas de différences dans l'évolution du diabète entre le groupe AA et d'autres populations ayant subi une opération bariatrique.

Enfin, pour ces derniers auteurs, le taux de rémission de l'hypertension artérielle est plus faible chez les patients AA (40 %) comparés aux autres patients (56 %), bien que le taux de rémission du syndrome d'apnée du sommeil et celui du reflux gastro-œsophagien soient légèrement plus fort dans le groupe minoritaire. Par conséquent, il est important que des études déterminent les différences ethniques dans l'amélioration des comorbidités liée à la perte de poids et élucident les raisons de ces disparités ethnoculturelles.

Différences dans la perte de poids

Une méta-analyse³² note des disparités dans la perte de poids après chirurgie bariatrique entre la population blanche et la population hispanique et la population AA même si cette dernière présente un IMC moyen plus élevé avant l'opération. Ce constat est également étayé, en particulier dans le cas de la dérivation, par d'autres recherches¹⁷ portant sur la population féminine. La perte de poids est de 3 à 10 % inférieure pour le groupe AA comparé aux groupes blanc ou hispanique³¹. D'après Nijamkin *et al.*³³ qui ont accompagné durant un an un groupe de patients de culture hispanique ayant subi un *by-pass* gastrique, il est possible d'améliorer la perte de poids grâce à un programme d'éducation axé sur des contenus diététiques et le mode de vie, ainsi que l'exercice physique. Une recherche conduite par Stenberg *et al.*¹² en Suède montre que cinq ans après la chirurgie bariatrique, les immigrants, quelle que soit leur origine, perdent moins de poids que la moyenne de la population, en particulier dans les grandes villes. La différence moyenne est de l'ordre de 3 % en défaveur de cette population.

Incidents péri-opératoires

En ce qui concerne la qualité de l'expérience péri-opératoire, les recherches relèvent aussi des disparités entre les patients AA et d'autres populations aux États-Unis. Pour et Hui *et al.*¹⁹ ayant travaillé sur de grands échantillons appareillés, les AA subissant un *by-pass* gastrique ont des durées opératoires et d'hospitalisation plus longues, augmentées d'un taux de complications majeures plus élevé (embolie pulmonaire, thrombo-embolie rénale globale ou veineuse, infarctus du myocarde postopératoire, arrêt

cardiaque) ainsi qu'un nombre d'admissions aux soins intensifs plus important que les patients BNH. De plus, les sujets AA sont davantage concernés par des réadmissions à l'hôpital, voire des réinterventions et des réopérations, dans les 30 jours qui suivent la dérivation. Pour les patients ayant subi une Sleeve, les AA ont des durées opératoires plus longues et des taux plus élevés de complications majeures postopératoires, de réadmissions et de réinterventions, voire de mortalité (deux fois plus importante que le groupe BNH). Ils rencontrent, en revanche, moins de complications mineures, superficielles et de fuites. Les AA ayant subi une chirurgie bariatrique sont plus jeunes et plus lourds que les patients non AA et présentent des profils de comorbidité plus graves. Le travail de Wood *et al.*³¹ mené dans l'État du Michigan sur deux cohortes appariées de patients mentionne également pour les sujets AA comparés à d'autres populations plus de complications durant le mois qui suit l'intervention bariatrique (plus de visites aux services d'urgence et de réadmissions) ainsi que plus de coûts de soins de santé (consécutifs à une plus longue durée moyenne d'hospitalisation). La même étude signale que moins de patients AA, par rapport aux patients blancs, ont rapporté à l'évaluation un an après l'opération, avoir une « très bonne qualité de vie » (3 % de moins) et être « très satisfait de la chirurgie » (6 % de moins). Cette recherche suggère que les différences culturelles et d'origine entre patients doivent être prises en compte pour optimiser les résultats de la chirurgie bariatrique.

PRATIQUES POUVANT RENFORCER L'EGALITE D'ACCES ET DE REUSSITE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

L'analyse de la littérature permet d'identifier plusieurs actions qui peuvent contribuer à corriger les disparités entre groupes socioculturels en matière de chirurgie bariatrique.

1. 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 des 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 à propos de la chirurgie bariatrique ;
2. 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 fournir l'information médicale, l'accompagnement nutritionnel et psychologique, dans leur langue ou dans une langue tierce qu'ils maîtrisent. Ce service peut se concevoir avec l'aide d'interprètes ou de médiateurs sociomédicaux, ou encore au moyen d'un matériel imprimé ou audiovisuel, également disponible en ligne ;

3. Aider les personnes qui envisagent une intervention chirurgicale à négocier les 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 ;
4. S'adapter à la diversité socioculturelle des 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 la prise en charge 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 ;
5. 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 buts 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.

Pour Ofori *et al.*¹⁶ qui ont approché le point de vue de patients notamment issus des minorités, les principaux facteurs de réussite d'un traitement bariatrique sont :

1. L'intervention d'un soutien social comprenant l'écoute et l'appui du médecin de famille, de l'équipe chirurgicale, dont le 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 ;
2. La résolution des comorbidités et le sentiment d'amélioration de la qualité de la vie ;
3. L'accessibilité financière et géographique des centres spécialisés en chirurgie bariatrique, ainsi que l'accès à des aliments sains et à des installations sportives ;
4. Les chercheurs ne constatent pas de variations dans cette liste de facilitateurs selon les groupes ethniques rencontrés : une approche sensible aux diversités socioculturelles est ainsi susceptible d'assurer une meilleure communication et compréhension dans toute interaction en matière de traitement bariatrique.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES SYSTEMATIQUES EN BELGIQUE

Au terme de cette synthèse, il est important d'appréhender les limites de l'étude, dont les

biais potentiels dans la sélection des publications analysées. Le biais le plus important concerne sans doute l'origine américaine de la plupart des études sur la thématique. Le lecteur peut se demander si leurs conclusions peuvent se transposer à des réalités européennes. Même si la prudence s'impose, comme dans toute comparaison, selon Admiraal *et al.*¹³, les résultats constatés aux États-Unis peuvent être appliqués à la situation européenne. Certes dans l'Union européenne, les patients disposent généralement d'une couverture assurantielle plus large que la moyenne des citoyens américains, mais les auteurs cités avancent que cela n'annule pas le fait qu'en Europe également, des inégalités puissent exister en matière médicale, entre la majorité de la population et des groupes minoritaires.

Ces constats interrogent et justifient l'utilité d'un approfondissement, car il n'existe, à notre connaissance, pas de recherches approfondies en Belgique, au sujet des inégalités ethniques en matière de chirurgie bariatrique, bien qu'une publication²⁴ montre que la prévalence de la chirurgie bariatrique est élevée chez les patients à faible statut socio-économique de toute origine, en lien avec la prévalence plus élevée de l'obésité dans ce groupe.

La présente synthèse 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. Or, un rapide tour de quelques centres spécialisés en médecine bariatrique en Wallonie (dont un centre namurois) montre que les personnes issues de l'immigration et en particulier des patients afrodescendants y représentent une part appréciable au sein des personnes traitées.

Pourtant aucune approche *ad hoc* de ce public n'est développée, 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 du pays ne manquent pas de collaborateurs parlant plusieurs langues utiles aux 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.

Plus globalement, une démographie 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 puissent évaluer l'accessibilité différentielle pour ces groupes à la médecine bariatrique, en comparant ces données démographiques aux statistiques de leur patientèle. L'analyse des statistiques des hôpitaux permettra également d'apprécier le taux d'abandon du bilan pré-opératoire dans les 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'enquête (éventuellement qualitative : entretiens, groupes de parole) peut compléter ces données afin de mesurer la qualité de l'expérience péri-opératoire pour ces différentes catégories de patients. Ces informations sont nécessaires à l'identification de l'ampleur de probables inégalités ethniques 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, de suivi diététique et physique adapté, ainsi qu'en matière d'écoute et d'orientation psychologique...) aux patients qui en éprouvent le besoin, et contribuer au succès de la thérapie.

CONCLUSION

La littérature internationale sur la chirurgie bariatrique montre des disparités entre les populations minoritaires ou migrantes et les groupes majoritaires ou natifs, dans au moins trois domaines : l'accès à la chirurgie, l'accomplissement du processus thérapeutique et les résultats des opérations chirurgicales. Ces observations montrent l'utilité d'un approfondissement local de la question, à l'heure où cette chirurgie concerne de plus en plus de patients.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Flegal KM, Kruszon-Moran D, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Trends in Obesity Among Adults in the United States, 2005 to 2014. *JAMA*. 2016;315(21):2284-91. doi: 10.1001/jama.2016.6458. PMID: 27272580.
2. Drieskens S, Charafeddine R, Gisle L. L'Enquête de santé 2018. État nutritionnel. Bruxelles : Sciensano. 2019; Numéro de rapport : D/2019/14.440/62.
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. 2016;387(10026):1377-1396. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X. Erratum in: *Lancet*. 2016;387(10032):1998. PMID: 27115820.
4. Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. 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. doi: 10.1111/obr.12113. Epub 2013 Oct 3. PMID: 24118750.
5. Wadden TA, Butryn ML, Hong PS, Tsai AG. Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(17):1779-91. doi: 10.1001/jama.2014.14173. PMID: 25369490; PMCID: PMC4443898.
6. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U *et al.* ; Endocrine Society. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(2):342-62. doi: 10.1210/jc.2014-3415. Epub 2015 Jan 15. Erratum in: *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(5):2135-6. PMID: 25590212.
7. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg*. 2015;25(10):1822-32. doi: 10.1007/s11695-015-1657-z. PMID: 25835983.
8. Mechanick JL, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahan MM *et al.* ; American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2013 Mar;21 Suppl 1(0 1):S1-27. doi: 10.1002/oby.20461. PMID: 23529939; PMCID: PMC4142593.
9. Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Kit BK *et al.* Trends in Obesity Prevalence Among Children and Adolescents in the United States, 1988-1994 Through 2013-2014. *JAMA*. 2016 Jun 7;315(21):2292-9. doi: 10.1001/jama.2016.6361. PMID: 27272581; PMCID: PMC6361521.
10. Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I, Agyemang CO, Harding S, Juel K *et al.* Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol*. 2012;27(2):109-17. doi: 10.1007/s10654-011-9638-6. Epub 2011 Dec 14. PMID: 22167294.
11. Smith ED, Layden BT, Hassan C, Sanchez-Johnsen L. Surgical Treatment of Obesity in Latinos and African Americans: Future Directions and Recommendations to Reduce Disparities in Bariatric Surgery. *Bariatric Surg Pract Patient Care*. 2018;13(1):2-11. doi: 10.1089/bari.2017.0037. PMID: 32612896; PMCID: PMC7325708.
12. Stenberg E, Näslund I, Persson C, Szabo E, Sundbom M, Ottosson J *et al.* The association between socioeconomic factors and weight loss 5 years after gastric bypass surgery. *Int J Obes (Lond)*. 2020;44(11):2279-2290. doi: 10.1038/s41366-020-0637-0. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32651450; PMCID: PMC7577856.
13. Admiraal WM, Bouter K, Celik F, Gerdes VE, Klaassen RA, van Dielen FM *et al.* 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(9):1497-500. doi: 10.1007/s11695-013-1017-9. PMID: 23820896.
14. Bennett EK, Poppe K, Rahiri JL, MacCormick AD, Tenbensen T, Selak V. Variation in publicly funded bariatric surgery in New Zealand by ethnicity: cohort study of 328,739 patients. *Surg Obes Relat Dis*. 2021;17(7):1286-1293. doi: 10.1016/j.soard.2021.03.027. Epub 2021 Apr 9. PMID: 33941480.
15. Doumouras AG, Lee Y, Babe G, Gmora S, Tarride JE, Hong D *et al.* The hidden cost of an extensive preoperative work-up: predictors of attrition after referral for bariatric surgery in a universal healthcare system. *Surg Endosc*. 2020 Feb;34(2):988-995. doi: 10.1007/s00464-019-06894-9. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31190227.
16. Ofori A, Keeton J, Booker Q, Schneider B, McAdams C, Messiah SE. Socioecological factors associated with ethnic disparities in metabolic and bariatric surgery utilization: a qualitative study. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(6):786-795. doi: 10.1016/j.soard.2020.01.031. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32139155; PMCID: PMC7247954.
17. Coleman KJ, Huang YC, Koebnick C, Reynolds K, Xiang AH, Black MH *et al.* Metabolic syndrome is less likely to resolve in Hispanics and non-Hispanic blacks after bariatric surgery. *Ann Surg*. 2014 Feb;259(2):279-85. doi: 10.1097/SLA.000000000000258. PMID: 24100336.
18. Valencia A, Garcia LC, Morton J. The Impact of Ethnicity on Metabolic Outcomes After Bariatric Surgery. *J Surg Res*. 2019;236:345-51.
19. Hui BY, Roberts A, Thompson KJ, McKillop IH, Sundaresan N, Poliakin L *et al.* Outcomes of Bariatric Surgery in African Americans: an Analysis of the Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program (MBSAQIP) Data Registry. *Obes Surg*. 2020;30(11):4275-4285. doi: 10.1007/s11695-020-04820-w. Epub 2020 Jul 4. PMID: 32623687; PMCID: PMC7334624.
20. Stanford FC, Jones DB, Schneider BE, Blackburn GL, Apovian CM, Hess DT *et al.* Patient race and the likelihood of undergoing bariatric surgery among patients seeking surgery. *Surg Endosc*. 2015;29(9):2794-9. doi: 10.1007/s00464-014-4014-8. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25492453; PMCID: PMC4597304.
21. Toh BC, Chan WH, Eng AKH, Lim EKW, Lim CH, Tham KW, Fook-Chong S, Tan JTH. Five-year long-term clinical outcome after bariatric metabolic surgery: A multi-ethnic Asian population in Singapore. *Diabetes Obes Metab*. 2018;20(7):1762-1765. doi: 10.1111/dom.13263. Epub 2018 Mar 25. PMID: 29460379.
22. Sakran N, Dar R, Gralnek IM, Mokary SE, Dola T, Aboody-Nevo H *et al.* The Impact of Ethnic Differences Between Israeli-Jews and Israeli-Arabs on Post-bariatric Surgery Weight Loss: a Prospective Cohort Analysis. *Obes Surg*. 2021;31(4):1882-1886. doi: 10.1007/s11695-020-05072-4. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33140291.
23. Old OJ, Egan RJ, Norton SA, Morgan JD. Ethnic minorities have equal access to bariatric surgery in the UK and Ireland. *Obes Surg*. 2013 May;23(5):727-9. doi: 10.1007/s11695-013-0904-4. PMID: 23462861.
24. Kestens W. Access to bariatric surgery in Belgium in 2016 for different socio-economic groups. *Eur J Public Health*. 2018;28(4): https://doi.org/10.1093/eurpub/cky214.266.
25. Wallace AE, Young-Xu Y, Hartley D, Weeks WB. Racial, socioeconomic, and rural-urban disparities in obesity-related bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010;20(10):1354-60. doi: 10.1007/s11695-009-0054-x. Epub 2010 Jan 6. PMID: 20052561.

26. Bhogal SK, Reddigan JI, Rotstein OD, Cohen A, Glocker D, Tricco AC *et al.* Inequity to the utilization of bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2015 May;25(5):888-99. doi: 10.1007/s11695-015-1595-9. PMID: 25726318.
27. Mainous AG 3rd, Johnson SP, Saxena SK, Wright RU. Inpatient bariatric surgery among eligible black and white men and women in the United States, 1999-2010. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(8):1218-23. doi: 10.1038/ajg.2012.365. PMID: 23912399.
28. Residori L, García-Lorda P, Flancbaum L, Pi-Sunyer FX, Laferrère B. Prevalence of co-morbidities in obese patients before bariatric surgery: effect of race. *Obes Surg.* 2003;13(3):333-40. doi: 10.1381/096089203765887615. PMID: 12841889.
29. Wee CC, Huskey KW, Bolcic-Jankovic D, Colten ME, Davis RB, Hamel M. 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. doi: 10.1007/s11606-013-2603-1. Epub 2013 Sep 19. PMID: 24048655; PMCID: PMC3889969.
30. Tiwari MM, Goede MR, Reynoso JF, Tsang AW, Oleynikov D, McBride CL. Differences in outcomes of laparoscopic gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7(3):277-82. doi: 10.1016/j.soard.2011.02.005. Epub 2011 Feb 24. PMID: 21459686.
31. Wood MH, Carlin AM, Ghaferi AA. Association of Race With Bariatric Surgery Outcomes. *JAMA Surg.* 2019;154(5): https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0029.
32. Admiraal WM, Celik F, Gerdes VE, Dallal RM, Hoekstra JB, Holleman F. Ethnic differences in weight loss and diabetes remission after bariatric surgery: a meta-analysis. *Diabetes Care.* 2012;35(9):1951-8. doi: 10.2337/dc12-0260. PMID: 22923683; PMCID: PMC3424999.
33. Nijamkin MP, Campa A, Sosa J, Baum M, Himburg S, Johnson P. Comprehensive nutrition and lifestyle education improves weight loss and physical activity in Hispanic Americans following gastric bypass surgery: a randomized controlled trial. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(3):382-90. doi: 10.1016/j.jada.2011.10.023. Epub 2012 Mar 1. PMID: 22717198.

Travail reçu le 16 octobre 2021 ; accepté dans sa version définitive le 1er février 2022

CORRESPONDANCE :

A.A. MANÇO
 Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations
 Rue Agimont, 17 - 4000 Liège
 E-mail : amanco@irfam.org