

Comment prendre en charge l'obésité au cabinet d'un médecin généraliste?

Dre SERPIL BERKCAN^a, Dr JORGE CÉSAR CORREIA^b et Pr ZOLTAN PATAKY^c

Rev Med Suisse 2022; 18: 508-11 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.508

La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter et seul un changement de comportement peut permettre une diminution de poids et une amélioration du profil cardiométabolique. Le médecin généraliste joue un rôle important dans la prévention de l'excès pondéral et dans l'identification des patients à risque. Il est souvent en première ligne pour leur donner des conseils hygiéno-diététiques et pour les accompagner sur le long terme. Le but de cet article est de fournir au médecin de premier recours quelques directives dans la prise en charge de l'obésité, de l'accueil au cabinet médical jusqu'à l'orientation vers un centre spécialisé en cas de nécessité.

How to manage obesity in the general practitioner's office?

The prevalence of obesity continues to increase and only a change in behavior can lead to a reduction in weight and an improvement of the cardio-metabolic profile. The general practitioner plays an important role in preventing excess weight and in identifying patients at risk. He is often on the front line to provide hygiene-dietetic advice and long-term support. The purpose of this article is to give the primary care physician some guidelines from reception at the office to referral to a specialist center if necessary.

INTRODUCTION

L'obésité est une maladie chronique, complexe et récidivante, souvent source de souffrance psychologique et sociale. En Suisse, presque un adulte sur deux est en surpoids ou en situation d'obésité.¹ L'obésité résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique, conduisant à un excès de graisse corporelle. Elle peut augmenter la mortalité et la morbidité. Elle augmente notamment le risque de complications cardiométaboliques et articulaires, de diabète de type 2, de certains cancers et d'apnées du sommeil. La souffrance psychologique et sociale s'accompagne d'un risque de dépression, de troubles anxieux et d'autres maladies psychiatriques.² D'origine multifactorielle, l'obésité est influencée notamment par des causes individuelles, telles que des facteurs psychosociaux, génétiques et physiologiques.³ L'effet de l'environnement obésogène dans lequel nous vivons est tout aussi important. Tout cela rend la prévention et le changement de comportement difficiles.⁴ L'obésité représente l'un des défis importants de santé publique

de notre époque. Plusieurs organismes internationaux, dont l'Organisation mondiale de la santé, émettent des recommandations et proposent l'implémentation d'initiatives qui visent à freiner la montée de la pandémie d'obésité, particulièrement chez les enfants.⁵

Dans la lutte contre l'obésité, le médecin généraliste, à l'instar d'autres professionnels de la santé, tient un rôle central du fait de la relation de confiance instaurée entre lui et son patient. Cependant, les généralistes, qui manquent souvent de temps et d'outils pour traiter cette maladie, n'abordent pas si facilement la problématique du poids. Des études révèlent que les patients attendent de leur médecin de premier recours qu'il entre en matière sur cette question et qu'il leur donne des conseils.⁶ Même dans les cas où un patient en situation de surpoids ou d'obésité consulte pour un autre motif, son médecin devrait lui demander s'il souhaite avoir une discussion sur son poids. Si le temps est limité, un autre rendez-vous devrait être proposé au patient.

ACCUEIL ET DIAGNOSTIC AU CABINET DU GÉNÉRALISTE

Le médecin doit au préalable être sensibilisé afin d'éviter toute forme de stigmatisation, parfois inconsciente. Les patients qui présentent une obésité souffrent de la stigmatisation au quotidien, également de la part des professionnels de la santé.² Cela peut entraîner un risque de dépression, une faible estime de soi, des troubles du comportement et un évitement des consultations médicales. Il est ainsi primordial d'accueillir le patient avec empathie, sans jugement, en prêtant une attention particulière au vocabulaire, en employant par exemple les termes « poids », « indice de masse corporelle » (IMC), plutôt que « obésité » ou « excès de graisse ».⁷

L'évaluation clinique initiale consiste à peser le patient et à mesurer sa taille, afin de calculer son IMC. La circonférence abdominale est également un bon indicateur du risque cardiométabolique. Une anamnèse approfondie s'impose afin de clarifier avec le patient les facteurs de gain de poids et la chronologie de son évolution pondérale. Le dépistage et le bilan des comorbidités sont essentiels dans la prise en charge de l'obésité. Il est important de rechercher un diabète de type 2 (glycémie à jeun, hémoglobine glyquée), une dyslipidémie (bilan lipidique), une hypertension artérielle (mesure au cabinet ou réalisation d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle), une hépatopathie, telle qu'une stéatose hépatique non alcoolique ou une stéatohépatite non alcoolique (tests hépatiques, ultrason hépatique), un asthme, un syndrome d'apnées du sommeil ou encore de l'arthrose.²

^aService de médecine interne générale, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bService d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Unité de diabétologie, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cService d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Unité d'éducation thérapeutique du patient, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
serpilsophie.berkcan@hcuge.ch | jorgecesar.correia@hcuge.ch | zoltan.pataky@hcuge.ch

TRAITEMENTS DE L'OBÉSITÉ

Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue la pierre angulaire du traitement de l'obésité. Il s'agit d'une approche biopsychosociale qui favorise l'implication des patients dans les soins. Elle vise à les aider à acquérir et à maintenir des connaissances et des compétences pour gérer la maladie et son traitement sur le long terme. Des études ont mis en évidence que l'ETP améliore la prise en charge, la morbidité et la qualité de vie des patients.⁸ À l'instar de toute maladie chronique, il est capital de tenir compte de la personne souffrant d'obésité dans sa globalité et de ne pas se limiter à son poids corporel ou aux comorbidités biomédicales. La consigne «manger moins, bouger plus» est non seulement inefficace, mais elle peut également être contre-productive et stigmatisante. Les patients sont dans la plupart des cas au courant des recommandations pour une alimentation équilibrée ainsi que de la nécessité d'une activité physique. Ils ont toutefois de la difficulté à intégrer ces changements dans leur quotidien. Cela implique une réorganisation de leur vie et un travail sur la confiance en soi. En ce qui concerne l'activité physique, ils ont souvent de la difficulté à en pratiquer en raison de douleurs ou de la dyspnée, ou encore pour des raisons psychologiques, comme la peur du regard des autres. Ces aspects sont à considérer pour une prise en charge centrée sur la personne.⁹ Le médecin de premier recours peut pratiquer l'éducation thérapeutique dans son cabinet ou adresser le patient à des centres spécialisés.¹⁰

L'Université de Genève offre la possibilité à tout professionnel des soins de suivre des formations continues (CAS (Certificate of Advanced Studies) ou DAS (Diploma of Advanced Studies)) dans ce domaine. Ces formations permettent d'acquérir des compétences clés en éducation thérapeutique afin d'améliorer les soins apportés aux patients.¹¹

Méthode des «5A» et entretien motivationnel

La méthode des «5A» est un outil de communication qui peut aider le médecin généraliste à guider un entretien motivationnel. Ce dernier consiste notamment à poser des questions ouvertes, à pratiquer une écoute réflexive, à valoriser le patient et à résumer ou reformuler ses propos (**tableau 1**). Son objectif est d'aider le patient à acquérir sa propre motivation au changement et à explorer son ambivalence face à la modification de comportement.¹²

Le premier «A» fait référence à «Assess» (évaluer). Comme décrit plus haut, après avoir obtenu l'accord du patient pour discuter de son poids, il s'agit d'effectuer l'examen clinique, l'anamnèse et le bilan des comorbidités. Cette étape comprend également l'évaluation des représentations, des attentes et des motivations du patient.

Vient ensuite «Advise» (conseiller), soit prévenir le patient des risques associés à l'obésité, lui donner des conseils hygiéno-diététiques ciblés, adaptés à ses connaissances, et éviter de lui recommander uniquement de «manger moins, bouger plus». On peut expliquer au patient qu'une perte de poids de 5 à 10% est déjà bénéfique pour diminuer les comorbidités liées à l'obésité et améliorer la qualité de vie. À ce stade, il peut être

TABLEAU 1	Questions au patient pour commencer l'entretien motivationnel
------------------	--

- Seriez-vous d'accord que nous parlions de votre poids?
- Comment vous sentez-vous par rapport à votre poids en ce moment?
- Dans quelle mesure est-il important pour vous de changer votre comportement (alimentaire, physique) dorénavant?
- Si vous décidiez de changer votre style de vie, que modifieriez-vous?
- Quels seraient les deux ou trois avantages que vous pourriez en retirer?
- Que signifie pour vous «manger sainement»?
- Est-ce que vous mangez lorsque vous vous ennuyez, lorsque vous êtes stressé ou triste?
- Qu'est-ce que l'«activité physique» signifie pour vous?
- Quel genre d'activité physique aimez-vous pratiquer? En avez-vous apprécié dans le passé?
- Est-ce que notre discussion vous a aidé à avancer? Comment envisagez-vous la suite?
- Quels sont les objectifs raisonnables que vous pourriez vous fixer pour perdre du poids?
- Quels sont les changements que vous seriez prêt à effectuer?
- Quel type d'aide souhaiteriez-vous pour atteindre vos objectifs?

(Adapté de réf. 7).

utile d'adresser le patient à des spécialistes (diététiciens, psychologues, centres spécialisés dans l'obésité).

La prochaine étape est de se mettre d'accord, «Agree», avec le patient sur les objectifs, qui doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et définis dans le temps (acronyme SMART). Par exemple, au lieu de conseiller de pratiquer une activité physique, on pourrait fixer l'objectif d'effectuer une marche aux alentours du domicile ou jusqu'à un lieu spécifique, puis, dans un second temps, proposer trente minutes de marche par jour.

Il est également important d'identifier les barrières au changement de comportement, «Assist» (aider), évaluer l'impact psychologique de l'obésité sur l'image de soi et rechercher les éventuels troubles du comportement alimentaire (TCA), qui sont fréquents, avant d'adresser le patient, le cas échéant, vers des psychologues/psychiatres spécialisés en TCA. En outre, les médicaments approuvés dans le traitement de l'obésité et les centres spécialisés en ETP maximisent la prise en charge.

Enfin, un suivi régulier, «Arrange» (organiser), est nécessaire pour objectiver l'évolution du poids et de la circonférence abdominale, de même que celle des comorbidités liées à l'obésité, en vue d'optimiser le succès¹³ (**figure 1**).

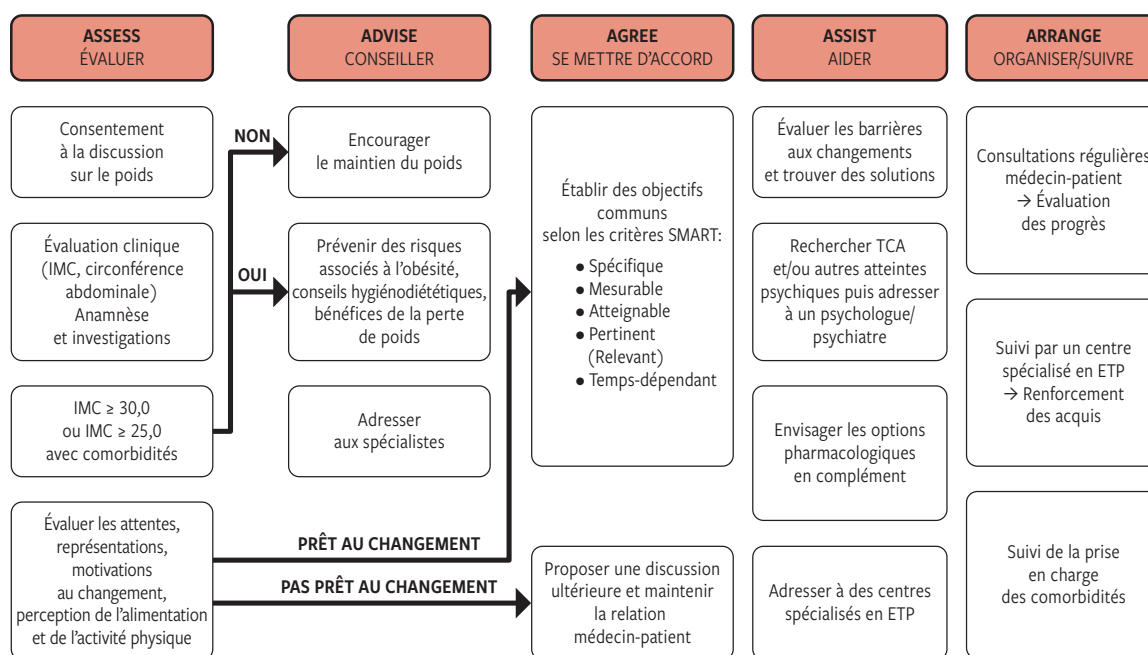
Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique est un outil supplémentaire, qui doit être prescrit en complément à l'éducation thérapeutique et jamais en première intention. Les médicaments ont comme objectif à la fois la perte de poids et la diminution du risque cardiovasculaire. En Suisse, deux médicaments sont actuellement approuvés pour le traitement de l'obésité.

L'orlistat est un inhibiteur de la lipase pancréatique, qui induit une réduction de l'absorption intestinale des graisses. Son effet secondaire principal, les diarrhées grassieuses, peut être évité grâce à une approche pédagogique. Les patients doivent apprendre qu'en mangeant moins gras, ils diminuent les effets indésirables. Ils peuvent se procurer l'orlistat à la dose

FIG 1 Méthode des «5A» appliquée pour la prise en charge de l'obésité

ETP: Éducation thérapeutique du patient; TCA: Troubles du comportement alimentaire.



(Adaptée de réf. 13).

de 60 mg par jour sans ordonnance; une dose de 120 mg par jour nécessite une ordonnance.⁷

Le second médicament est l'analogue du GLP-1 (Glucagon-Like Peptide 1). Il s'agit d'une hormone intestinale sécrétée principalement par l'iléon en réponse au bol alimentaire, qui augmente le sentiment de satiété, réduit la vidange gastrique et par conséquent la prise de nourriture. Le liraglutide est approuvé en Suisse depuis 2020 à la posologie de 3 mg une fois par jour en sous-cutané pour le traitement de l'obésité et permet, après une année, une perte de poids moyenne de 8 à 10% par rapport au poids initial.¹⁴ Il faut préciser que la prescription de ce traitement en Suisse est actuellement réservée aux spécialistes.

Récemment, une étude a révélé qu'un autre analogue GLP-1, le semaglutide, administré hebdomadairement à la dose de 2,4 mg, permet une perte de poids de 15% en moyenne par rapport au poids de départ après une année et demie (figure 2). Chez environ un tiers des patients ayant participé à l'étude, une perte de poids égale ou supérieure à 20% a été observée.¹⁵ La mise sur le marché en Suisse de ce médicament à cette dose pour le traitement de l'obésité est prévue courant 2022. Les résultats de cette étude sont encourageants. Pour rappel, la chirurgie bariatrique permet une perte de poids de 20 à 35% après une à deux années.²

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE

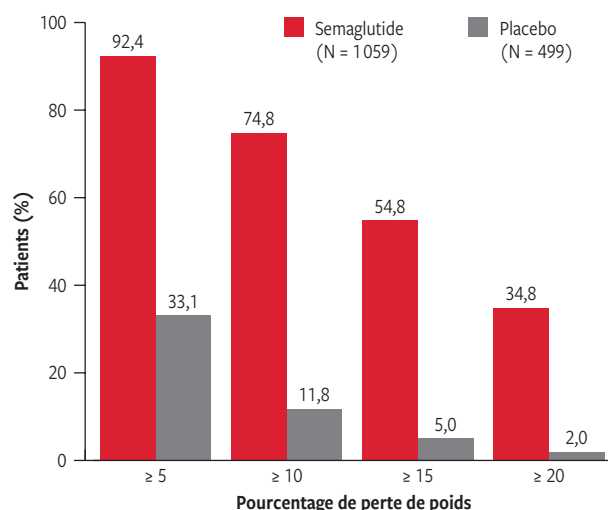
Le médecin généraliste est en première ligne pour prévenir, diagnostiquer, débiter un traitement et effectuer un suivi à long terme des patients qui présentent une obésité. Dans

certains cas, il est aussi de son devoir d'adresser le patient à des spécialistes, notamment pour la prescription des analogues du GLP-1 ou pour des prises en charge pluridisciplinaires. Des centres spécialisés dans l'ETP proposent des programmes d'enseignement thérapeutique sur plusieurs jours, voire un suivi sur le long terme. Comme l'Unité d'éducation thérapeutique du patient aux Hôpitaux universitaires de Genève, ces

FIG 2 Perte pondérale sous semaglutide par rapport au placebo

La figure indique le pourcentage de perte pondérale après 17 mois de traitement.

Données sur le traitement à la semaine 68



(Adaptée de réf. 15).

centres travaillent en équipes multidisciplinaires (médecins et infirmiers spécialistes en obésité, diététiciens, psychiatres ou psychologues, spécialistes en activités physiques et physiothérapeutes) pour une prise en charge globale et centrée sur la personne.⁹

CONCLUSION

Le médecin de premier recours est au cœur de la prise en charge de l'obésité. Chaque consultation médicale est une opportunité pour développer la promotion de la santé. Le traitement de l'obésité diminue la morbidité et la mortalité, et améliore la qualité de vie des patients. Ceux-ci, dans la plupart des cas, attendent de leur médecin de famille qu'il aborde cette question. L'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique guident le médecin dans le cadre de la prise en

charge de cette maladie complexe. La pharmacologie, bien qu'encore limitée, offre des espoirs dans le traitement de l'obésité.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Chaque entretien médical peut être une fenêtre d'opportunité pour la prévention et le traitement de l'obésité
- L'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel avec la méthode des «5A» (Assess, Advise, Agree, Assist et Arrange) aident au changement de comportement
- Les analogues GLP-1 et l'orlistat complètent la prise en charge conservatrice de l'obésité

1 Office fédéral de la santé publique. Surpoids et obésité. 2021. Disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas.html>

2 **Laederach K, Durrer D, Gerber P, Pataky Z. Consensus du traitement de l'obésité 2016. Disponible sur : https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/1_ueber_uns/15_ASE-MO/2017_05_30_consensus_FINAL_FR.pdf

3 Kopp W. Development of Obesity: The Driver and the Passenger. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2020;13:4631-42.

4 Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments. *Lancet* 2011;378:804-14.

5 Rechel B, Maresso A, Sagan A, et al. The Role of Public Health Organizations

in Addressing Public Health Problems in Europe: The Case of Obesity, Alcohol and Antimicrobial Resistance. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2018. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536190/

6 *Torti J, Luig T, Borowitz M, et al. The 5As Team Patient Study: Patient Perspectives on the Role of Primary Care in Obesity Management. *BMC Fam Pract* 2017;18:19.

7 *Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts* 2019;12:40-66.

8 Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of Therapeutic Patient Education in Chronic Diseases and Obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79:283-6.

9 Malatesta D. Programmes multi-pro-

fessionnels/multidisciplinaires de la prise en charge de l'obésité en Suisse : synthèse des interviews d'experts de l'obésité et de professionnels de la santé intéressés par l'obésité en Suisse. Mai 2021. Disponible sur : www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-und-b/programmes-multiprofessionnels-obesite.pdf.download.pdf/Rapport_Programmes%20multiprofessionnels%20ob%C3%A9sit%C3%A9_mai21.pdf

10 Locatelli L, Pataky Z, Joly C, Golay A. Comment accompagner les patients obèses dans un processus de changement à long terme ? *Rev Med Suisse* 2016;12:584, 586-90.

11 Université de Genève. CAS Éducation thérapeutique du patient 2021. Disponible sur : www.unige.ch/formcont/cours/cas-education-therapeutique-du-patient-2021

12 Gache P, Fortini C, Meynard A, Reiner Meylan M, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Med Suisse* 2006;2:2154, 2156-62.

13 Fitzpatrick SL, Wischenka D, Appelhans BM, et al. An Evidence-Based Guide for Obesity Treatment in Primary Care. *Am J Med* 2016;129:115.e1-7.

14 Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med* 2015;373:11-22.

15 **Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med* 2021;384:989-1002.

* à lire

** à lire absolument