

Prise en charge des personnes en situation d'obésité

Dre DAINA SAPOVALOVA ^{a,*}, Dre CHLOÉ ZILLWEGER ^{b,*}, Dre FLORENCE SOMERS ^a, Dr JORGE CÉSAR CORREIA ^{a,c}, Dre SARAH FIORENTINI ^d et Pr ZOLTAN PATAKY ^{a,c}

Rev Med Suisse 2025; 21: 1682-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.932.47730

L'obésité est une maladie chronique, multifactorielle et récidivante. Cette pathologie résulte d'interactions complexes entre déterminants biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et génétiques. La prise en charge en médecine de premier recours nécessite une approche globale, individualisée et interdisciplinaire, centrée sur la personne. L'éducation thérapeutique du patient, le dépistage des comorbidités et la lutte contre la stigmatisation doivent en constituer les piliers. Les traitements médicamenteux et la chirurgie peuvent être complémentaires dans le cadre d'un accompagnement structuré à long terme. Le rôle du médecin traitant est déterminant pour restaurer une relation thérapeutique de confiance, soutenir la motivation aux changements comportementaux sur le long terme et coordonner les ressources du réseau.

Management of obesity

Obesity is a chronic, multifactorial, and relapsing disease. This condition is the result of a complex interplay of biological, psychological, social, environmental, and genetic factors. Management in primary care requires a comprehensive, individualized, and interdisciplinary approach centered on the lived experiences of people living with obesity. Therapeutic patient education, early screening for complications, and addressing weight stigma are essential pillars. Pharmacological and surgical options can be valuable, but only as part of a structured, long-term care plan. The primary care physician plays a key role in rebuilding trust, supporting motivation for long-term behavioral changes, and coordinating care within an interdisciplinary network.

NOUVEAUTÉS

L'approche actuelle de l'obésité tend à s'éloigner des repères biométriques isolés, tels que l'indice de masse corporelle (IMC), au profit d'une évaluation plus fine et clinique de la situation du patient. Des mesures clés comme le tour de taille, reflet de l'adiposité viscérale et du risque cardiométabolique, sont prises en compte. L'échelle Edmonton Obesity Staging System (EOSS) permet aussi de graduer la gravité de l'obésité en tenant compte des complications cardiométaboliques, de l'impact fonctionnel et de la santé mentale. Elle guide la vitesse d'intervention thérapeutique (**tableau 1**).

^aUnité d'éducation thérapeutique du patient, Centre collaborateur OMS, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bUnité de consultation ambulatoire de médecine interne générale, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cCentre facultaire de diabète, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 14, ^dMédecine de famille, Cabinet du Jet d'Eau, Rue du 31-Décembre 8, 1207 Genève
daina.sapovalova@hug.ch | chloe.bernal@hug.ch | florence.somers@hug.ch
jorgecesar.correia@hug.ch | dre.fiorentini@cabinetdujetdeau.ch | zoltan.pataky@hug.ch

*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

L'arrivée des agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide 1 (GLP-1, sémaglutide) et du GLP-1/glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GLP-1/GIP, tirzépatide) représente une véritable révolution dans le traitement de l'obésité, avec une efficacité pondérale notable chez des patients ciblés. Toutefois, leur effet est transitoire en l'absence de modifications durables du mode de vie, et la reprise de poids est fréquente à l'arrêt du traitement. Ces médicaments doivent toujours s'inscrire en complément d'un travail comportemental ciblant les causes modifiables de l'obésité, à savoir l'alimentation, l'activité physique, le comportement alimentaire et les causes psychiques. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en constitue la pierre angulaire, permettant de le mettre en œuvre de façon personnalisée. Son efficacité prouvée sur les paramètres biologiques, la santé mentale, la qualité de vie et le sentiment d'auto-efficacité la rend incontournable pour une perte de poids à long terme. Dans ce cadre, les régimes restrictifs et les injonctions générales du type «mangez moins, bougez plus» n'ont plus leur place.

TABLEAU 1 Échelle Edmonton Obesity Staging System¹⁴

STADE 0: par exemple, sans facteurs de risque liés à la situation d'obésité sans symptômes physiques, sans problèmes d'estime de soi et sans limitations fonctionnelles.

STADE 1: hypertension limite, prédiabète, enzymes hépatiques élevées, etc., dyspnée à l'effort modéré, douleurs articulaires occasionnelles, fatigue, etc.

STADE 2: HTA, diabète de type 2, apnées du sommeil, SOPK, ostéoarthrite, reflux gastro-oesophagien, dépression, TCA, troubles anxieux, la qualité de vie commence à être impactée

STADE 3: infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications diabétiques, ostéoarthrite invalidante, dépression majeure, idées suicidaires, incapacité à travailler ou à effectuer des activités de routine, mobilité réduite, la qualité de vie est significativement impactée.

STADE 4: par exemple, en fauteuil roulant en raison d'une arthrite invalidante, d'une hyperpnée sévère et d'un trouble anxieux.

HTA: hypertension artérielle; SOPK: syndrome des ovaires polykystiques;

TCA: trouble du comportement alimentaire.

Stade	Critères
0	Pas de complication médicale, ni de symptômes physiques/psychologiques ou encore de limitation fonctionnelle
1	Complication subclinique ou symptômes physiques/psychologiques légers, et/ou légère atteinte du bien-être sans impact fonctionnel
2	Complication nécessitant une prise en charge ou symptômes psychologiques modérés ou limitation fonctionnelle modérée
3	Complication médicale ou psychologique significative ou limitation fonctionnelle significative
4	Complication médicale ou psychologique sévère ou limitation fonctionnelle sévère

(Adapté de réf.¹⁴).

L'accent est mis sur l'équilibre alimentaire, l'écoute des sensations corporelles et la pratique d'une activité physique adaptée. Cette approche favorise l'adhésion thérapeutique sur le long terme, réduit les troubles du comportement alimentaire (TCA) et soutient une amélioration durable de la santé, au-delà de la seule perte de poids.

Dans cette perspective plus globale, la lutte contre la stigmatisation des personnes en situation d'obésité (PeSO) est désormais reconnue comme un déterminant majeur de la santé. Longtemps négligée, cette stigmatisation, alimentée par de fausses idées reçues sur les causes de l'obésité, freine la qualité des soins. Elle fait aujourd'hui l'objet de recommandations claires pour garantir une relation thérapeutique respectueuse et efficace.

DÉFINITION DE L'OBÉSITÉ

L'obésité est une maladie chronique, multifactorielle et récidivante. C'est surtout une maladie pandémique dont la prévalence ne cesse d'augmenter: une personne sur huit est concernée dans le monde, et la prévalence a doublé en Suisse en 30 ans.¹ Elle est caractérisée par une accumulation de tissu adipeux nuisible à la santé. Si l'IMC ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) reste l'outil diagnostique standard, il ne reflète ni la répartition des graisses ni le retentissement clinique. L'échelle EOSS est recommandée pour évaluer la gravité selon les complications et orienter la prise en charge. Le tour de taille, indicateur clé du risque cardiométrabolique, doit être mesuré avec rigueur: à mi-distance entre la dernière côte palpable et la crête iliaque, en fin d'expiration, debout, avec un ruban horizontal non compressif.²⁻⁵

ORIGINE MULTIFACTORIELLE: UNE MALADIE COMPLEXE ET NON UN CHOIX

L'obésité résulte d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, comportementaux et environnementaux. Parmi eux figurent le terrain génétique, le dérèglement des signaux de satiété, le stress, le manque de sommeil, les traumatismes, l'alimentation émotionnelle, l'environnement obésogène (produits ultratransformés, comportements sédentaires) et l'influence des politiques publiques.³⁻⁵ Certains médicaments (neuroleptiques, corticoïdes, etc.) peuvent favoriser la prise de poids. Les mécanismes neuro-hormonaux impliquant la ghréline, le GLP-1, la leptine et la dopamine expliquent les vulnérabilités comportementales et l'échec des régimes restrictifs.⁶

APPROCHES DE PREMIÈRE INTENTION

L'ETP constitue le socle de la prise en charge. Elle permet une meilleure compréhension du vécu de la PeSO ainsi que de ses besoins, et permet de proposer des interventions thérapeutiques personnalisées conduites par des professionnels de santé formés. Elle vise la prévention des complications et l'amélioration de la qualité de vie des PeSO en développant leurs compétences pour gérer et mieux vivre avec la maladie chronique.⁷ Cette pratique de soins concerne toutes les dimensions biopsychosociales du traitement de l'obésité.

Plus spécifiquement à propos de l'axe diététique, le plus souvent investi, le travail vise des changements progressifs, individualisés et centrés sur le plaisir de manger, à l'inverse des régimes restrictifs qui se révèlent inefficaces à long terme. Les recommandations portent sur une alimentation équilibrée et en pleine conscience, ainsi que sur l'écoute des sensations digestives.^{4,5,8}

Quant à l'activité physique, elle doit être adaptée aux capacités de la PeSO et introduite progressivement, avec l'accompagnement de professionnels formés. Elle améliore les paramètres cardiométraboliques, la composition corporelle et la qualité de vie.^{4,5,9}

Il est également fondamental de rechercher systématiquement la présence de TCA, tels que l'hyperphagie boulimique, l'alimentation émotionnelle ou la restriction cognitive, car ceux-ci sont fréquents. La thérapie cognitivo-comportementale s'avère efficace, souvent en association avec un soutien psychologique ou psychiatrique.^{4,5}

APPROCHES DE DEUXIÈME INTENTION

En complément des approches de première ligne, des traitements médicamenteux peuvent être envisagés, mais ils ne doivent jamais être utilisés seuls ni être considérés comme des solutions miraculeuses et définitives. Les agonistes des récepteurs du GLP-1 et du GLP-1/GIP ont montré induire une perte de poids importante dans les études cliniques. Toutefois, leur effet reste transitoire sans changement durable du mode de vie, et la reprise pondérale est fréquente. Leur prescription doit être encadrée (critères d'éligibilité, identification du bon moment d'initiation, suivi) et s'inscrire dans une stratégie centrée sur la personne et non pas uniquement sur le poids (tableau 2).¹⁰⁻¹³

Pour certains patients, une intervention chirurgicale peut représenter une option thérapeutique. La chirurgie bariatrique peut être indiquée dès un IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$, ou $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ en cas de diabète de type 2 non contrôlé. Elle permet une perte de 50 à 70% de l'excès pondéral, avec une amélioration des comorbidités. La réussite de la chirurgie bariatrique repose cependant sur la qualité de la préparation, les modifications comportementales réalisées et le suivi à vie de la PeSO. Le risque de reprise de poids, de développement d'addictions (alcool et autres), de carences et de complications postopératoires nécessite un suivi à long terme.

APPLICATION AU CABINET

Compte tenu de la prévalence croissante de l'obésité, les médecins en cabinet doivent être sensibilisés à l'impact du système de soins sur le vécu stigmatisant des PeSO. Dans le cadre d'une prise en charge longue et complexe, il est essentiel de soigner la relation thérapeutique, de demander l'accord de la personne avant d'aborder la question du poids et d'utiliser le terme «personne en situation d'obésité». Le respect de ces conditions contribue à instaurer un climat de confiance et une relation thérapeutique durable, qui sont essentiels dans le cadre d'un projet de perte de poids.

Le médecin de premier recours peut s'appuyer sur le modèle des 6A pour structurer une démarche de soins personnalisée avec la PeSO (**figure 1**). Après avoir demandé son accord pour aborder le sujet (Ask), il évalue la situation du patient par le biais d'un entretien, d'un examen clinique et d'examens complémentaires (Assess). Il propose des interventions et accompagne des objectifs de changements de mode de vie (Advise) en s'accordant avec le patient (Agree). Il soutient la motivation du patient (Assist) et coordonne le projet de santé

(Arrange) dans une logique interdisciplinaire impliquant différents professionnels de santé (par exemple, diététicien-ne, psychologue, spécialiste de l'activité physique adaptée). L'orientation vers des structures spécialisées (unité d'ETP, espaces de soins pour TCA, service de chirurgie viscérale) est indiquée en cas de demande de traitement médicamenteux ou chirurgical, de difficultés persistantes à modifier les habitudes de vie, de TCA sévères, de suspicion d'obésité secondaire ou de souhait correspondant du patient.

TABLEAU 2**Médicaments disponibles en Suisse pour favoriser la perte pondérale**

^aLa prise en charge du surpoids commence dès un IMC ≥ 25. Wegovy est remboursé à partir d'un IMC ≥ 28 avec comorbidités. La chirurgie bariatrique, quant à elle, est indiquée dès un IMC ≥ 30 avec un diabète de type 2 non contrôlé.

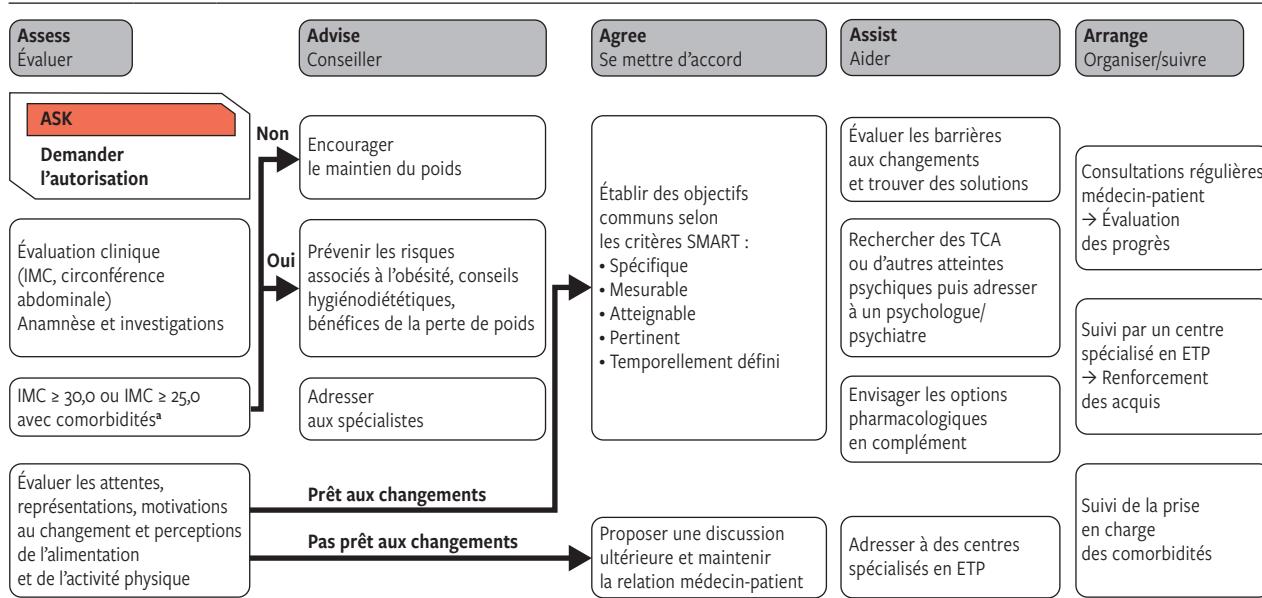
GIP: glucose-dependent insulinotropic polypeptide; GLP-1: glucagon-like peptide 1; HbA1c: hémoglobine glyquée; IMC: indice de masse corporelle.

Médicament	Mode d'action	Efficacité	Remboursement en Suisse	À retenir
Orlistat (Xenical)	Inhibe les lipases intestinales, réduit l'absorption des graisses d'environ 30%	Perte de poids modeste (> 5% à 52 semaines), mais significative si associée à un régime pauvre en graisses	IMC ≥ 28 ^a et diabète de type 2 sous antidiabétiques oraux (doit être interrompu après 6 mois si la perte de poids est inférieure à 5 kg et/ou si l'HbA1c ne diminue pas d'au moins 0,5%; peut être poursuivi jusqu'à 2 ans en cas de succès). IMC ≥ 35 (doit être arrêté après 6 mois si la perte de poids n'atteint pas au moins 10% du poids initial). La prise en charge des coûts nécessite l'accord préalable du médecin-conseil de l'assureur	Plus efficace lorsqu'il est associé à un régime pauvre en graisses. Les repas riches en graisses peuvent augmenter les effets secondaires
Agonistes du GLP-1 • Sémaglutide (Wegovy) – pour les adultes • Liraglutide (Saxenda) – pour les adolescents	Agissent sur les récepteurs du GLP-1 dans le cerveau, augmentent la satiété, réduisent l'appétit et ralentissent la vidange gastrique. Améliorent également la sensibilité à l'insuline	Dans les essais cliniques, la perte de poids moyenne était de 15,8% avec le sémaglutide contre 6,4% avec le liraglutide	Wegovy (sémaglutide) est remboursé en Suisse depuis le 1 ^{er} mars 2024, sous certaines conditions: prescription par un spécialiste diabétologue/endocrinologue ou par un centre d'obésité, IMC ≥ 35 ou ≥ 28 ^a avec au moins une comorbidité (prédiabète, diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie), suivi d'un régime et activité physique prouvée	Un an après l'arrêt du traitement, les patients ont repris environ deux tiers du poids perdu
Tirzépatide (Mounjaro)	Agit sur les récepteurs du GLP-1 et du GIP, augmente la satiété et améliore la sensibilité à l'insuline	Dans les essais cliniques, perte de poids de jusqu'à 20,9% sur 72 semaines	Indication étendue en juillet 2024 pour la prise en charge de l'obésité sans diabète, mais non remboursée par l'assurance de base	Les patients qui ont arrêté le tirzépatide et sont passés au placebo ont repris 14% du poids perdu en 52 semaines

FIG 1**Méthode des «6A» appliquée à la prise en charge de l'obésité¹⁵**

^aLa prise en charge du surpoids commence dès un IMC ≥ 25. Wegovy est remboursé à partir d'un IMC ≥ 28 avec comorbidités. La chirurgie bariatrique, quant à elle, est indiquée dès un IMC ≥ 30 avec un diabète de type 2 non contrôlé.

ETP: éducation thérapeutique du patient; IMC: indice de masse corporelle; SMART: Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Time-bound; TCA: trouble du comportement alimentaire.



LIMITES ET PERSPECTIVES

L'efficacité des agonistes du GLP-1 et du GLP-1/GIP repose sur une prise en charge globale, individualisée et durable. Aucun traitement médicamenteux ou chirurgical ne peut à lui seul induire des changements profonds du mode de vie dans un environnement obésogène.

Dans ce contexte, la médecine de premier recours conserve un rôle pivot dans le parcours de soins, en assurant une continuité centrée sur la personne. Pour renforcer cette dynamique, il est essentiel de soutenir les praticiens grâce à des formations en obésité et en ETP, à des outils concrets et adaptés à la pratique quotidienne, ainsi qu'à une meilleure coordination avec les structures spécialisées.

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

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé ChatGPT comme-aide à la rédaction syntaxique des phrases.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est essentiel de demander l'accord du patient avant d'aborder le poids et d'utiliser l'expression «personne en situation d'obésité» pour favoriser une relation non stigmatisante.
- Il convient d'activer tôt le réseau interdisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) et d'orienter vers des structures de référence en cas de besoin spécialisé.
- Le traitement médicamenteux et le traitement chirurgical peuvent être complémentaires, mais ils ne doivent jamais être proposés en première intention et doivent toujours être le résultat d'une discussion approfondie avec le patient.

1 Mueller B, Wenger M, Panczak R, et al.

Enquête suisse sur la santé 2022

– Surpoids et obésité. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2024.

2 Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med.* 2024 Sep;30(9):2395-9.

3 *Rubino F, Cummings DE, Eckel RH. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025 Mar;13(3):221-62.

4 Laederach K, Durrer D, Gerber P, Pataky Z. Consensus du traitement de l'obésité 2016. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2016.

5 Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European Guidelines for Obesity

Management in Adults. *Obes Facts.* 2015;8(6):402-24.

6 van Bloemendaal L, IJzerman RG, Ten Kulve JS, et al. GLP-1 receptor activation modulates appetite- and reward-related brain areas in humans. *Diabetes.* 2014 Dec;63(12):4186-96.

7 World Health Organization. Therapeutic patient education: an introductory guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 I.

8 Société Suisse de Nutrition. Recommandations nutritionnelles suisses pour les adultes. Berne: Office fédéral de la sécurité alimentaire, 2024.

9 *Bize R. Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Manuel de

référence à l'intention des médecins.

Berne: Unisanté; 2022.

10 Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med.* 2021 Mar 18;384(11):989-1002.

11 **Correia JC, Sader J, Gariani K, Pataky Z. Gestion de l'arrêt des GLP-1: comment accompagner une transition en toute sérénité. *Rev Med Suisse.* 2025 Mar 19;21(910):527-30.

12 **Pataky Z, Somers F, Guillermain-Spahr ML, et al. Nouveaux traitements médicamenteux pour le surpoids et l'obésité. Prescription et suivi. *Rev Med Suisse.* 2025 Mar 19;21(910):522-6.

13 Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, et al. Continued Treatment With Tirzepatide for

Maintenance of Weight Reduction in Adults With Obesity. *The SURMOUNT-4 Randomized Clinical Trial.* *JAMA.* 2023 Dec 11;331(1):38-48.

14 *Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond).* 2009 Mar;33(3):289-95. DOI: 10.1038/ijo.2009.2.

15 Berkcan S, Correia JC, Pataky Z. Comment prendre en charge l'obésité au cabinet d'un médecin généraliste? *Rev Med Suisse.* 2022 Mar 23;18(774):508.

* à lire

** à lire absolument