

Accueil et prise en charge des personnes en situation de surpoids ou d'obésité

Contribution du Collège de la Médecine Générale

Table des matières

Introduction.....	4
I - Généralités	5
1- Enjeux	5
2- Définitions et diagnostic.....	5
3- Limites de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)	7
4- Morphotypes	8
II - Accueil de la personne en situation d'obésité - matériel et équipement nécessaire.....	9
1- Accessibilité du cabinet médical.....	9
2- Équipement du cabinet médical.....	9
3- Matériel du cabinet médical.....	9
4- Communication	9
5- Orientation	10
III - Approche des phénomènes de stigmatisation et discrimination des personnes en obésité.....	11
1- Les représentations sociales.....	11
2- La stigmatisation.....	11
3- Comprendre le comportement d'ajustement des personnes victimes face à une stigmatisation	12
4- Comment le médecin peut-il revoir sa posture de stigmatisation ?	12
IV - Conduire « la » ou « les » premières consultations pour obésité en médecine générale.....	13
1- Le médecin s'inquiète à propos de l'obésité de la personne	13
2- La personne s'inquiète à propos de son obésité.....	14
V - Les dix points forts pour la conduite des premières consultations pour obésité	15
VI - Complications de l'obésité de l'adulte	16
VII - Sexualité et obésité	18
1- Généralités, argumentaire.....	18
2- Les bonnes questions à se poser	19
3- A retenir pour le médecin généraliste.....	19
VIII - Examen gynécologique chez la femme en situation d'obésité.....	20
1- Généralités, argumentaire.....	20
2- Les bonnes questions à se poser	20
3- A retenir pour le médecin généraliste.....	21

IX - Activité physique, bases de la prescription	22
1- La balance énergétique	22
2- Lutter contre la sédentarité.....	22
3- Promouvoir l'activité physique.....	22
4- Comment pratiquer une activité physique ?.....	23
5- Où pratiquer cette activité physique ?.....	24
X - Rôle des associations d'usagers et des patients partenaires	25
1- Le soutien par les pairs des patients en situation d'obésité	25
2- Les associations nationales.....	25
3- Les associations locales	25
4- Le partenariat entre associations locales et établissements de la santé	26
5- Les patients partenaires	26
6- Le partenariat entre médecins de ville et milieu associatif.....	27
XI - Les traitements médicamenteux de l'obésité. Les agonistes des récepteurs au GLP1.....	28
1- Quels sont les mécanismes d'action ?.....	28
2- Quelles sont les conditions de prescription ?.....	28
3- Quelles sont les contre-indications au traitement ?	29
4- Comment prescrire le traitement ?.....	29
5- Quels sont les effets secondaires du traitement ?.....	29
6- Quelle est l'efficacité du traitement ?.....	29
7- Quand arrêter le traitement ?.....	30
XII - Les traitements chirurgicaux de l'obésité.....	31
1- Les critères d'éligibilité à la chirurgie bariatrique	31
2- Quelles sont les contre-indications ?.....	31
3- Rôle du médecin généraliste avant la chirurgie	31
4- Rôle du médecin généraliste dans le suivi après la chirurgie	32
<i>Références</i>	33

Introduction

L'obésité est considérée comme la première épidémie non infectieuse de l'humanité. Sa prévalence augmente dans tous les pays quel que soit le niveau de développement. Si l'obésité est un fait social elle est aussi une maladie, de nombreux rapports scientifiques se succèdent pour en rappeler ses effets délétères. En France l'obésité touche 17% de la population adulte (Santé Publique France, 2019) et du fait de ses complications ubiquitaires mobilisent de nombreux professionnels de santé.

Parmi eux le médecin généraliste est au centre du dispositif de soins du fait de sa fonction de premier recours et de coordination des soins.

Ces fiches n'ont pas vocation à l'exhaustivité à propos de l'obésité mais plutôt de constituer des repères, des balises, susceptibles d'assurer au médecin généraliste les capacités nécessaires à l'accompagnement des personnes en obésité en aménageant son cabinet, en se préparant à accueillir ces patients sans jugement au risque de la stigmatisation, en bénéficiant d'une base de compétences pratiques fondées sur des savoir-faire.

L'accueil et l'accompagnement dans le soin des personnes en obésité a ses caractéristiques dont il convient de tenir compte pour adapter sa pratique clinique et relationnelle au risque d'une rupture et d'une perte de chance pour ces patient.es.

Ces fiches parcourent les situations « chronologiques » d'un parcours potentiel d'une personne en situation d'obésité depuis l'accueil jusqu'au suivi de la chirurgie bariatrique en passant par l'analyse d'une demande concernant le poids, les traitements à proposer et le rôle des associations. Elles se veulent éthiques et respectueuses en commençant par renoncer à l'usage du terme « obèse » pour désigner les personnes en situation d'obésité qui ne sauraient être réduites à cette seule caractéristique morphologique.

I - Généralités

1- Enjeux

Le surpoids et l'obésité sont des situations fréquentes en population adulte en France avec respectivement 30,3 % en Métropole et 17% de la population¹ (Obépi, 2020) mais avec de fortes disparités régionales (8% dans les Hautes Alpes et 23% dans l'Orne. Dans les territoires d'Outre-mer 20% des personnes adultes sont en obésité aux Antilles, 16% à la Réunion et 26% à Mayotte (DRESS, 2022 ; 34)².

Elle croît avec l'âge avec 9,2% chez les 18-24 ans et 19,2% chez les 65 ans et plus (Obépi, 2020).

La situation socio-économique aggrave le différentiel de prévalence aux dépens des populations les plus défavorisées puisque si 9,9% des cadres sont en obésité, 18% le sont chez les ouvriers. Les hommes sont plus souvent en surpoids que les femmes (36,9 % contre 23,9 %), mais c'est l'inverse pour l'obésité, 17,4 % chez les femmes contre 16,7 % chez les hommes. (Obépi, 2020).

Le médecin généraliste est en position privilégiée pour assurer l'accueil des personnes en surpoids ou en obésité du fait de sa fonction de praticien de première ligne et le plus souvent en qualité de médecin traitant.

2- Définitions et diagnostic

L'obésité est une maladie chronique qui correspond à un excès de masse grasse ayant des conséquences néfastes sur la santé associée à des perturbations du métabolisme des adipocytes ayant des conséquences néfastes sur la santé.

Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose aujourd'hui principalement sur l'indice de masse corporelle (IMC) calculé par le rapport du poids (en kilogrammes) à la taille (en mètres) (poids/taille au carré) soit : $IMC = \text{Poids(kg)}/\text{Taille (m)}^2$. (Fig. 1)

Fig. 1 : Obésité de l'adulte selon l'IMC

IMC (kg/m ²)	Classification
< 18,5	Maigre
18,5 – 24,9	Poids de référence
25 – 29,9	Surpoids
≥ 30	Obésité modérée (classe 1)
35 – 39,9	Obésité sévère (classe 2)
≥ 40	Obésité massive ou morbide (classe 3)

Source illustration : d'après World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO Technical Report Series(n°894); 2000*

Ainsi, pour poser un diagnostic d'obésité, il est indispensable de mesurer la taille et le poids sur le lieu de soins.

Si la mesure de la taille est impossible du fait de l'incapacité de tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea (taille du corps entier extrapolée à partir de la distance talon-genou) :

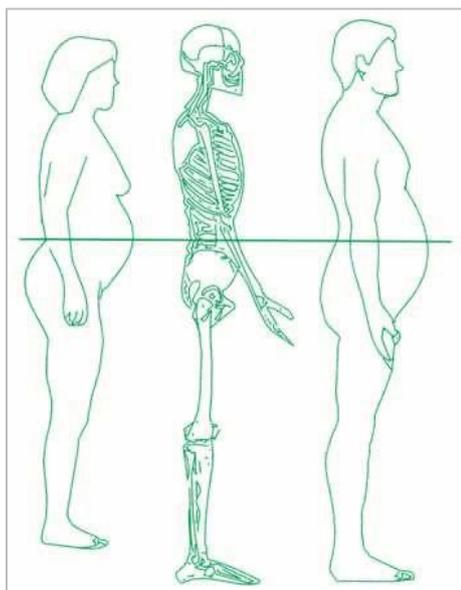
- Femme : taille (cm) = 84,88 – 0,24 x âge (années) + 1,83 x taille de la jambe (cm).
- Homme : taille (cm) = 64,19 – 0,04 x âge (années) + 2,03 x taille de la jambe (cm).

Pour un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m² et inférieur à 35 kg/m², l'examen clinique devra être complété par la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque (voir figure ci-après). Le tour de taille est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte (obésité abdominale). L'excès de

¹ Obépi. 2020

graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité (Fig. 2, page suivante).

Fig. 2 : Mesure du périmètre abdominal



Source illustration : d'après la Belgian Association for the Study of Obesity. Le consensus du BASO. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids, 2002

Mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque), avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale².

On distingue deux seuils de risque en fonction du tour de taille (Fig. 3).

Fig. 3 : Augmentation du risque en fonction du tour de taille.

	Femmes	Hommes
Seuil 1 Risque augmenté (diabète 2, HTA, cardiopathie ischémique,	≥ 80-87,9 cm	≥ 94,00-101,9 cm
Seuil 2 Risque très augmenté	≥ 88cm	≥ 102cm

Source illustration: World Health organisation (WHO).³

² D'après la Belgian Association for the Study of Obesity. Le consensus du BASO. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids, 2002

³ D'après World Health organization (WHO). Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva : WHO Technical report series (n°894); 2000 [1].

3- Limites de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)

Si l'IMC est un outil pertinent du fait de sa faible corrélation à la taille, sa forte corrélation à la masse grasse et son lien avec la mortalité, il présente toutefois des limites qu'il convient de garder en tête, afin d'offrir aux patients demandeurs une approche d'accompagnement personnalisée. En voici quelques exemples et illustrations, qui ont pour but d'aider les médecins généralistes à prendre du recul sur cet outil⁴.

Des seuils pas toujours adaptés

Il existe deux façons de définir des seuils de « normalité » : l'une fondée sur la répartition statistique des données (ici les poids) dans la population étudiée (les percentiles), l'autre fondée sur la corrélation entre le seuil choisi et les conséquences sur la santé, notamment la mortalité.

A titre d'exemple, les seuils de surpoids et d'obésité retenus chez l'enfant sont fondés sur les percentiles des répartitions des poids en fonction de l'âge chez les filles et les garçons ; dans la population adulte, les seuils utilisés sont ceux définis par l'OMS (Fig.1).

La première limite est l'absence de distinction homme/femme sur la classification retenue par l'OMS chez l'adulte, de même que l'absence de prise en compte de l'âge. Or l'interprétation de l'IMC ne sera pas la même pour une personne de 30 ans et une autre de 80 ans du même sexe.

Enfin, les seuils adoptés par l'OMS, censés être appliqués à la population mondiale, ne permettent pas de différenciation entre les individus de différentes ethnies même si des normes existent applicables aux populations d'origine asiatique. Or, les conséquences d'un surpoids ou d'une obésité ne sont pas les mêmes pour un individu selon son origine.

Absence de caractérisation de la silhouette

En effet, l'IMC est un outil de calcul qui, fondé sur la taille et le poids d'un individu, ne permet pas de déduire, lorsque celui-ci est au-dessus du seuil de surpoids, comment les excès de masse grasse se répartissent.

Or d'un point de vue médical, la répartition des graisses a un impact important sur le risque cardio-vasculaire global, l'obésité abdominale ayant des conséquences plus néfastes sur la santé.

Absence d'informations sur l'histoire du poids

Une autre limite de l'IMC est qu'il s'agit d'un indicateur calculé à un instant donné de la vie d'une personne, sans information sur l'existence possible d'une perte ou prise de poids récente et possiblement rapide.

Un exemple du caractère inadapté de l'utilisation de l'IMC dans ce cadre est la femme enceinte, qui va vivre une prise de poids en moyenne entre 8 et 13 kg au cours d'une période limitée aux 9 mois de la grossesse.

De la même façon, ce calcul à un instant T ne sera pas adapté à une personne âgée qui peut se dénourrir rapidement dans le cadre d'une altération de son état général. Ainsi une personne peut avoir un IMC élevé ou normal, et souffrir tout de même de dénutrition.

Association forte avec la masse musculaire

Enfin, il faut souligner que l'IMC n'est pas seulement un reflet de la masse grasse mais tient aussi compte de la masse musculaire. L'utilisation de l'IMC peut donc poser des problèmes d'interprétation pour des individus ayant un pourcentage de masse musculaire atypique comme les athlètes et sportifs.

A retenir pour le médecin généraliste

Si l'IMC permet une classification par la corpulence des individus elle n'a pas une grande pertinence clinique, en effet l'attitude clinique du médecin sera-t-elle différente si une personne à un IMC à 29,5 ou à 30,5 kg/m² ? Vraisemblablement non. Son usage a essentiellement une pertinence épidémiologique et reste un indicateur individuel pour l'éligibilité à la chirurgie bariatrique.

En revanche la cinétique de prise de poids et le morphotype de la personne permettront une meilleure approche clinique.

⁴ De Saint Pol, Thibault (2007). « Comment mesurer la corpulence et le poids « idéal » ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle », Notes & Documents, 2007-01, Paris, OSC

4- Morphotypes

On distingue trois types de morphotypes selon la répartition de la masse grasse : androïde, gynoïde et ovoïde (Fig. 4). Le morphotype androïde correspond à une répartition préférentielle de la graisse dans la partie supérieure du corps. Les risques afférents à ce morphotype sont particulièrement élevés et ce d'autant plus que la graisse se situe en intra-abdominal (péri-viscéral). Cette répartition favorise l'insulinorésistance et augmente le risque métabolique et cardiovasculaire.

Le morphotype gynoïde, à l'inverse, correspond à une répartition de la graisse dans la partie basse du corps (fesses, cuisses et jambes). Ce morphotype rencontré plus fréquemment chez la femme expose à un degré bien moindre au risque cardio-métabolique. Il est associé à l'insuffisance veineuse et à la gonathrose ou les pathologies de la statique de cheville en proportion du degré de surpoids (voir illustration ci-dessous).

Enfin le morphotype ovoïde correspond à la somme des deux précédent et se rencontre dans les situations d'obésité sévère à massive et expose au maximum de complications⁵.

Fig. 4 : Morphotypes selon la répartition de la masse grasse



Source illustration : Morphotypes selon la répartition de la masse grasse, Centre intégré Nord Francilien de l'Obésité⁶

A retenir :

Si le calcul de l'IMC permet d'affirmer l'obésité et son degré de gravité il n'est pas le seul élément d'évaluation de la situation d'une personne en situation d'obésité. Le morphotype, les complications, les objectifs de la personne, ses conditions sociales, ses aptitudes psychiques.

⁵ D'autres classifications sont utilisées qui se superposent à sévère et massive : complexe ou stade II et très complexe ou stade III

⁶ Morphotype selon la répartition de la masse grasse, Centre intégré Nord Francilien de l'Obésité, <https://www.cinfo.fr/>

II - Accueil de la personne en situation d'obésité - matériel et équipement nécessaire

Ce document a pour but de proposer des pistes pour aider les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation d'obésité.

Comme nous l'avons vu, la prévalence de cette pathologie chronique est élevée et en augmentation régulière. Si le médecin souhaite se former à l'amélioration de ses pratiques en termes d'accompagnement de ces patients, cela commence par un accueil qui leur est adapté pour que chaque patient, qu'importe leur corpulence, se sente à l'aise au sein du cabinet médical. Il s'agit de créer un environnement inclusif, chaleureux et mettant en confiance les patients. En effet, selon les pays d'Europe, 56 à 61% des adultes en situation d'obésité ont vécu une expérience de stigmatisation et 2/3 d'entre eux par des médecins ou autres soignants.⁷ Des expériences de ce type peuvent profondément marquer les patients⁸ et avoir un impact négatif sur leur suivi médical.

1- Accessibilité du cabinet médical

L'idéal est d'avoir un accès aux normes à Personnes à Mobilité Réduite (PMR) :

- Ascenseur assez large pour les cabinets en étage, et dans notre cas ayant aussi une capacité de charge suffisante,
- Accès sans escalier au cabinet médical,
- Espaces communs (couloirs, sanitaires avec une barre pour se relever) suffisamment spacieux⁸.

2- Équipement du cabinet médical

Pour accueillir une personne en obésité il est indispensable d'équiper son cabinet médical avec un mobilier adapté, soit :

- Au moins une chaise sans accoudoirs, résistante à la charge, avec une largeur d'assise non standard, à disposition dans le bureau médical et dans la salle d'attente ;
- Une table d'examen large et supportant un poids important (si possible réglable en hauteur afin de faciliter son accès). Des coussins de support peuvent compléter l'équipement pour le confort de la personne à examiner.

3- Matériel du cabinet médical

De la même façon que le mobilier doit être adapté, il est nécessaire d'avoir à sa disposition un matériel adéquat. Ce matériel doit être à disposition du médecin avec le reste de son matériel, attention à ne pas le stocker dans une « réserve » étiquetée « obésité » qui pourrait être mal pris par la personne qui consulte. Il se compose de :

- Une balance électronique de capacité de charge importante (minimum 150 kg, idéalement 200 kg) ;
- Une toise ;
- Un mètre ruban (1,50m) ;
- Un brassard à tension de taille « large »⁹ et un tensiomètre automatique de poignet lorsque le brassard large est insuffisant.

4- Communication

Pour que chaque personne se sente à l'aise dans le cabinet médical, il convient aussi de se poser la question de la façon dont ses affichages, brochures ou même magazines à disposition dans la salle d'attente ou le cabinet pourraient être perçus par une personne en situation d'obésité.

La HAS recommande de choisir des supports de communication non stigmatisants (brochures/affiches, etc.)⁸

L'idéal serait d'afficher des silhouettes inclusives et d'éviter la multiplication des messages de prévention sur le surpoids/obésité ou l'activité physique, qui pourraient inquiéter une personne en situation d'obésité venant pour un motif tout autre et lui feraient craindre que ces sujets soient systématiquement soulevés avec vous.

⁷ HAS. Recommander les bonnes pratiques, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, Janvier 2023

⁸ Barrois Ophélie, Stigmatisation des personnes en situation d'obésité en consultation médicale : vécu, présentations et impacts, thèse présentée pour le diplôme d'État en médecine générale, 2022

⁹ HAS. Recommandations de bonne pratique, Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, Septembre 2011

5- Orientation

Outre son propre cabinet, il convient de veiller à avoir dans son carnet d'adresses des structures adaptées à vos patients en situation d'obésité¹⁰ :

- IRM et TDM recevant des personnes de forte corpulence,
- Service de gynécologie et maternité ayant des tables adaptées,
- Service hospitalier, toutes spécialités confondues, ayant du mobilier adapté et du linge d'examen de grande taille.

¹⁰ HAS. Recommander les bonnes pratiques, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, Janvier 2023

III - Approche des phénomènes de stigmatisation et discrimination des personnes en obésité

Les personnes en obésité sont fréquemment victimes de stigmatisation et de discrimination. Les professionnels de santé n'échappent pas à ces représentations péjoratives (Cornet, 2015)¹¹.

Accueillir une personne en obésité passe par l'analyse de ses propres représentations lorsque l'on est mal à l'aise ou bien que l'on considère que la personne est responsable, par des comportements inadaptés, de son état. La stigmatisation est un processus banal auquel il est difficile d'échapper tant il crée des raccourcis de la pensée et fait son lit dans les conformismes de cette dernière.

1- Les représentations sociales

Nous ne pouvons pas être au monde sans en avoir une représentation : nous « faisons de toute chose une image, notre image » (Nietzsche, 1989)¹², c'est-à-dire que nous nous construisons une représentation du monde à partir de nos valeurs, nos croyances, nos préjugés, nos stéréotypes. Personne n'échappe à ce processus qui nous met en relation avec notre environnement des objets, des personnes, des idées ...

Les représentations sociales concourent à une réalité commune à un ensemble social, ici les soignants. Si elles facilitent les échanges, puisqu'elles évitent de redéfinir sans cesse ce dont on parle, elles construisent aussi des préjugés peu remis en question au sein du même groupe. C'est ainsi que les personnes en obésité sont souvent considérées comme manquant de volonté, ou incapables de s'assumer en mettant en place les moyens de perdre du poids afin de rejoindre le groupe des « normaux » (Goffman, 2009)¹³.

2- La stigmatisation

La stigmatisation est un processus d'*infériorisation de l'autre* (Goffman, 2009)¹³. Elle empêche toute forme d'égalité dans la relation et condamne l'autre (le stigmatisé) à faire ses preuves. C'est ainsi que la personne en obésité devra développer des comportements jugés *a priori* « bons pour lui » de telle sorte à se faire accepter par les soignants. Il lui sera demandé un engagement dans ses efforts pour perdre du poids ou augmenter son activité physique, à défaut de quoi elle se trouverait disqualifiée au regard des soignants qui eux ne ménagent pas leurs efforts pour la guider. La relation attendue est celle d'une soumission à l'autorité morale du médecin qui sait ce qui est « bon en soi ». Tout écart risque de majorer les formes de stigmatisation en particulier dans le discours normatif propre aux médecins. Ce discours normatif est largement guidé par une volonté de bien faire, de coller aux recommandations des bonnes pratiques ou au respect des parcours de soins. Mais cela se fait en rupture entre les temporalités du médecin et de la personne, une dyschronie qui éloigne médecin et patient qui ne progressent pas au même rythme (Cornet, 2018)¹⁴.

La stigmatisation vis-à-vis des personnes en obésité se déploie sur deux registres dans une double rupture : la première serait une forme de mollesse psychique, « un laisser-aller » en lien avec un hypothétique défaut de la volonté. La seconde serait une rupture esthétique au regard de l'idéal du corps, idéal de minceur, qui envahit les représentations dans les sociétés post-modernes. Cette *Double rupture* avec l'image idéale du corps témoigne d'un renoncement à être sculpteur de son corps pour traduire une faiblesse des formes et de l'esprit.

¹¹ Cornet P. Corps obèse et société : regards croisés entre médecins et patients. Thèse, UPEC, 2015

¹² Nietzsche F. [1882], Le gai savoir. Coll. Folio Essai, Ed. Gallimard, 1989 ; p.159

¹³ Goffman E. Stigmate, les usages sociaux des handicaps. Éditions de minuit, Le sens commun, 2009

¹⁴ Cornet P., Duverne S., Soares A., Le corps obèse et la tyrannie de l'idéal du corps. Médecine, 2018, Volume 14, Numéro 7

3- Comprendre le comportement d'ajustement des personnes victimes face à une stigmatisation

Face aux stigmatisations la personne victime tente d'ajuster ses comportements et ainsi soulager les tensions psychiques en lien avec ce qu'elle vit. Les stratégies d'ajustement les plus fréquentes sont :

- Admettre de ne pas être comme le plus grand nombre (ou les dominants sociaux) en faire le constat.
- Se culpabiliser dans l'idée que l'on a commis une faute qu'il faudra réparer.
- Se révolter en avançant le prétexte de l'injustice.
- Se regrouper pour partager son vécu (communauté, association, blog).
- Payer une « redevance sociale » d'intégration afin de se conformer aux attentes, en occupant une sorte de strapontin social. Faire ce que les autres attendent aux dépens de son propre désir.
- Prendre des engagements pour modifier, effacer, stigmatiser son propre stigmat.

4- Comment le médecin peut-il revoir sa posture de stigmatisation ?

Les soignants, dont les médecins, peuvent examiner leurs représentations et se convaincre que :

- Les professionnels de santé, dont les médecins, partagent les mêmes représentations sociales avec la population générale, leur fonction ne les protège pas d'une attitude de stigmatisation.
- Le stigmat est le fruit des représentations sociales : préjugés, croyances et stéréotypes.
- Le stigmat est un processus d'*infériorisation* de l'autre qui enferme le soignant dans une posture dominante de sachant.
- Il est possible de réduire ses stigmatisations en travaillant ses relations de soin problématiques pour en comprendre les intrications et les effets d'écho avec sa propre vie.

IV - Conduire « la » ou « les » premières consultations pour obésité en médecine générale

Conduire « la » ou « les » premières consultations c'est en priorité analyser la demande.

Deux situations se présentent, soit le médecin s'inquiète à propos de l'obésité de la personne, soit c'est la personne qui s'inquiète à propos de son obésité. La conduite en consultation est très différente.

1- Le médecin s'inquiète à propos de l'obésité de la personne

C'est la situation la plus difficile puisqu'aucune demande n'est formulée par la personne. Le motif de la consultation n'est pas toujours en lien avec une complication de l'obésité. Parfois même le médecin ne s'autorise pas à aborder la question puisque le motif est autre.

Il est possible de faire usage de technique « d'intervention brève ». Il s'agit de mobiliser l'attention de la personne sous la forme d'une question telle que :

- « M'autorisez-vous à aborder la question du poids ? »

Si la réponse est positive, il est possible d'enchaîner ainsi :

- « Rencontrez-vous des difficultés du fait de votre poids ? »

Ou encore :

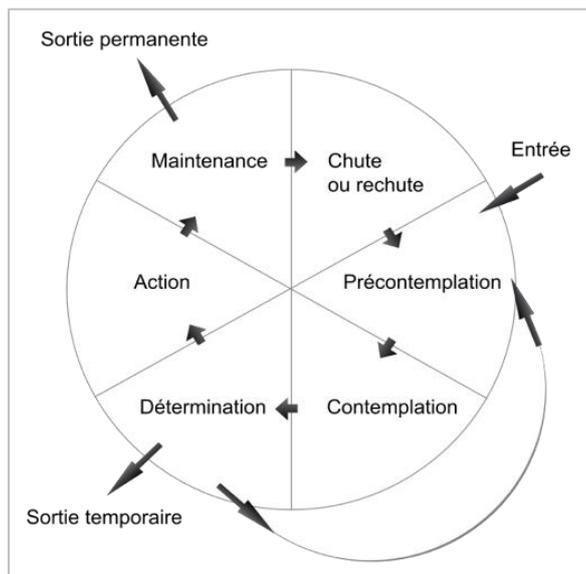
- « Votre poids entraîne-t-il des difficultés dans votre vie ? »

Voire, si la personne exprime une envie d'échanger sur ce point :

- « Comment vous sentez-vous actuellement ? »
- « Que pensez-vous de votre poids ? »

Quelle que soit la réponse le médecin souligne sa disponibilité pour en parler. La technique d'intervention brève vise à mobiliser la personne en l'invitant à considérer son état avec un soignant susceptible de lui apporter de l'aide. Elle s'inscrit dans un processus de changement de comportements tel que Prochaska et Di Clemente l'ont schématisé (Fig.5).

Fig. 5 : Modèle Trans théorique du changement d'après Prochaska et Di Clemente



Source illustration : Modèle transthéorique du changement. Département de médecine générale. Sorbonne Université.

Mise à jour 21 avril 202 (https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Mode%CC%80le-tranthe%CC%81orique-du-changement.pdf).

L'intervention brève permet le passage de la pré-contemplation à la contemplation si la personne ne se préoccupe pas de sa corpulence ou bien de la contemplation à la détermination si elle s'en souciait mais ne savait pas comment agir.

2- La personne s'inquiète à propos de son obésité

La situation n'est pas la plus fréquente, mais elle est la plus simple quant à l'analyse de la demande. Dans ce cas la personne se trouve déterminée et prête à agir pour améliorer sa situation.

Le temps fort de cette consultation repose sur les motifs de cette demande.

Les raisons de vouloir perdre du poids sont multiples et il serait simpliste de croire que la santé est le motif principal, même si l'obésité est déjà source de complications.

Alors comment approcher la demande ? En posant une question de type :

« *Au fond de vous-même pourquoi voulez-vous perdre du poids ?* »

« *Comment imaginez-vous que votre vie serait si vous aviez moins de poids ?* »

« *Avez-vous déjà eu envie de changer certaines choses en rapport avec votre poids ?* »

C'est à partir de la réponse que le projet de soin sera construit car il ne faut pas penser que les personnes en situation d'obésité souhaitent perdre du poids du seul fait de leur situation médicale présente ou à venir, même s'il convient d'intégrer un plan de soins relatif aux complications de l'obésité si elles existent. Toutefois ce volet ne constitue pas une urgence et sa mise en place se fera progressivement à partir des priorités dans le cadre d'une décision partagée.

V - Les dix points forts pour la conduite des premières consultations pour obésité

La mise en place d'un plan de soins pour une personne en obésité peut s'appuyer sur dix points forts :

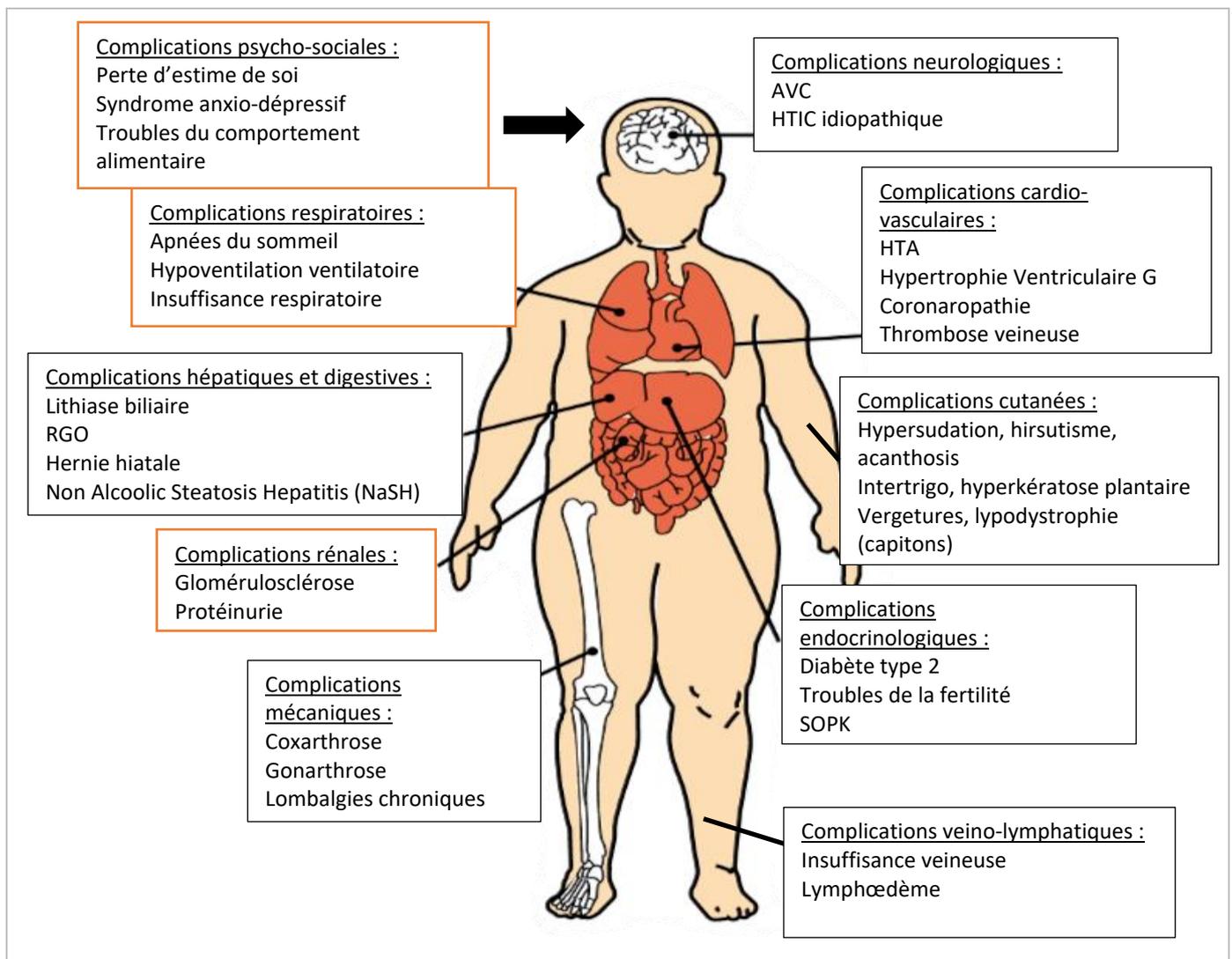
- 1- Analyser la demande :** Ne pas confondre les motifs intimes d'une demande d'amaigrissement avec les moyens de leur réalisation, à savoir le régime et la majoration de l'activité physique (Chapitre IV).
- 2- Prescrire des examens complémentaires fondés sur la clinique !** Ne prescrire des examens complémentaires à visée étiologique de l'obésité que si la clinique le justifie. L'obésité d'origine endocrinienne est rare. Lorsqu'une endocrinopathie existe l'obésité n'est jamais un signe clinique isolé. A titre d'exemple le dosage systématique de la TSH ne se justifie pas en dehors d'arguments cliniques en faveur d'une hypothyroïdie, le surpoids isolé ne le justifie pas.
- 3- Penser global !** Prendre en compte le retentissement somatique et les complications de l'obésité. La prise en charge de l'obésité doit être globale, elle n'est pas réduite à la seule perte de poids. La prévention et le traitement des complications demeurent des objectifs initiaux primordiaux tout comme le bien-être social et psychique.
- 4- Rechercher un état dépressif !** Évaluer la possibilité d'un état dépressif sous-jacent réclamant des soins spécifiques. L'existence d'une dépression peut entraîner une inversion des priorités en favorisant les soins psychiatriques avant toute autre stratégie de soins.
- 5- Prendre en considération les cultures et croyances !** Tenir compte de la culture alimentaire du sujet, de ses croyances de santé, de ses traditions culinaires, ethniques, régionales ou religieuses. Les modifications des habitudes alimentaires de façon durable ne sont possibles qu'à cette condition.
- 6- Fixer une démarche plus que des objectifs !** S'abstenir de fixer un poids à atteindre et ne pas en arrêter le délai pour y parvenir. Les données actuelles ne permettent pas de définir une perte de poids. La variabilité individuelle de réponse à la restriction alimentaire comme à la suralimentation est très hétérogène. Déterminer un tableau de marche de la perte de poids est illusoire, spéculatif et voué à l'échec.
- 7- Éviter la restriction !** Garder à l'esprit que le cadre suscite la transgression. Plus la restriction cognitive est grande et plus le risque de décompensation est important. Pour échapper à ce risque, il convient de ne diaboliser aucun aliment s'il tient une place particulière dans la culture de la personne. Établir un plan alimentaire ne se fait pas sur la loi binaire du tout ou rien et de l'interdit/autorisé, mais, mieux, sur la pondération réfléchie, acceptée et hédonique de la composition des repas successifs.
- 8- Utiliser les expériences antérieures !** Tenir compte des expériences antérieures. Le recueil attentif des informations relatives à ces expériences permet d'éviter de réitérer les mauvaises et de s'enrichir des meilleures en s'appuyant sur les acquis. Il convient de recenser les résultats, les difficultés rencontrées et les moyens mis en place pour les surmonter, les échecs et les succès avec leurs causes et leurs conséquences.
- 9- Valoriser l'activité physique !** L'activité physique est une source d'équilibre physique, métabolique et psychologique. L'absence d'activité est un élément pronostique pondéral défavorable. Elle passe souvent par une phase de reconditionnement à l'effort (Chapitre IX).
- 10- Repérer les troubles du comportement alimentaire** Les troubles graves des conduites alimentaires : anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, prises alimentaires non-conscientes, ... peuvent favoriser des variations importantes du poids. Elles nécessitent des prises en charge spécialisées. En revanche la restriction cognitive répétée favorise fréquemment des troubles des comportements alimentaires de type grignotage, frénésie alimentaire, polyphagie ... Ces troubles peuvent susciter un accompagnement thérapeutique ou psychothérapeutique spécialisé mais aussi s'améliorer pour peu que la restriction cognitive ne soit pas trop sévère.

Ces dix points permettent de poser un cadre pour le suivi d'une personne en obésité. Ils ne prétendent pas à l'exhaustivité des problématiques mais en constituent les principale

VI - Complications de l'obésité de l'adulte

Les complications des obésités sont multiples et ubiquitaires. Au cours des consultations successives le médecin généraliste en fera l'inventaire et en mesurera la gravité et le retentissement. Si l'on ne peut détailler toutes les complications il est possible d'en établir une cartographie non exhaustive (Fig.6) qui permet de les repérer en clinique. Certaines méritent une attention plus particulière (Fig.7). Notons que l'obésité constitue un facteur de risque de certains cancers (colon, sein, rein, endomètre, Thyroïde, lymphome non hodgkinien, ovaire, vésicule, foie, ...).

Fig. 6 : Cartographie des complications



Source illustration : Ebbeling, Cara B, Dorota B Pawlak, et David S Ludwig. 2002. 'Childhood Obesity: Public-Health Crisis, Common Sense Cure'. *The Lancet* 360 (9331): 473-82.

Fig. 7 : Complications des obésités (focus particulier)

<p>LES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES</p> <p>APNÉES DU SOMMEIL Dépistage systématique du SAOS (polygraphie ventilatoire) : – si IMC \geq 30 kg/m² associé à des signes cliniques évocateurs (incluant une hypertension artérielle nocturne ou résistante au traitement). – si IMC \geq 35 kg/m² même en l’absence de signes cliniques évocateurs ou de troubles du sommeil.</p> <p>HYPOVENTILATION ALVEOLAIRE Dépistage systématique d’un syndrome obésité hypoventilation par mesure des gaz du sang artériel : si IMC \geq 35 kg/m² ; si IMC \geq 30 kg/m² et SaO₂ < 94 % ; si IMC \geq 30kg/m² et présence d’un syndrome restrictif. EFR (avec mesure volumes et débits) si IMC \geq 30 kg/m² et dyspnée.  Syndrome restrictif = capacité pulmonaire totale (CPT) < 85 %¹⁵.</p>	<p>LES COMPLICATIONS RÉNALES</p> <p>NEPHROPATHIE ET PROTEINURIE L’obésité est un facteur indépendant de risque rénal, car elle est associée à un risque accru d’albuminurie et de glomérulosclérose, et aggrave l’évolution de la maladie rénale chronique quelle que soit la néphropathie primitive¹⁶</p> <p> Dépistage systématique des maladies rénales : systématique en cas d’IMC \geq 30 kg/m² : estimation du débit de filtration glomérulaire : créatininémie et clairance en CKD-EPI, couplée à une albuminurie. Si résultat normal : répéter le dépistage au minimum tous les 3 ans. Si non : fréquence plus rapprochée en fonction du résultat initial et du risque rénal.</p>
<p>LES COMPLICATIONS SOCIO-COMPORTEMENTALES</p> <p>STIGMATISATION : voir chapitre III</p> <p>ISOLEMENT ET ÉVITEMENT La stigmatisation, outre ses conséquences sur le bien être psychique, conduit aussi à des stratégies d’évitement des situations source d’anxiété et de dévalorisation. « Les attitudes subies eu égard aux attentes des autres peuvent entrainer un évitement des interactions avec les professionnels de santé par peur d’être blâmé, jugé ou de ressentir de la honte, une altération des relations familiales, une peur d’être exclu de son milieu social, de travail ou de formation »¹⁵.</p>	<p>LES COMPLICATIONS PSYCHIQUES</p> <p>ANXIÉTÉ / DÉPRESSION Prévalence des syndromes anxio-dépressifs augmentée dans la population atteinte d’obésité, de même que les pensées suicidaires et passages à l’acte.</p> <p>PERTE D’ESTIME DE SOI Sentiments de honte, d’inutilité fréquents. Perte d’estime de soi et faible confiance en soi.</p> <p>TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE « Se sentir incapable d’adopter des comportements en faveur de sa santé peut générer des comportements inadaptés comme des crises de frénésie alimentaire, hyperphagie voire boulimie »¹⁵.</p>

¹⁵ HAS. Recommander les bonnes pratiques, Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l’adulte, janvier 2023

¹⁶ Laville M. Conséquences rénale de l’obésité. Néphrologie et Thérapeutique, vol 7, n°2, 2011

VII - Sexualité et obésité

1- Généralités, argumentaire

La santé sexuelle nécessite une approche positive et globale du patient, quel qu'il soit. Elle ne se limite pas aux troubles ou dysfonctions médicales et fait appel à « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité » (OMS) (1).

L'analyse de la sexualité humaine est toujours faite de l'intrication de multiples facteurs. Le rôle du médecin généraliste est de pouvoir ouvrir un espace de parole sur le sujet et de déconstruire les fausses croyances souvent présentes (sexo-éducation).

L'obésité a un impact significatif sur la sexualité et une sexualité altérée peut être un facteur d'entretien de l'obésité. Le médecin généraliste doit pouvoir aborder et comprendre les effets de l'obésité sur la sexualité de ses patients en situation d'obésité afin de mieux les accompagner :

- Le nombre moyen de rapport sexuel est moins important que dans la population générale (2), toutefois il est important de rappeler au patient que ce n'est pas le nombre ni la durée qui compte mais la satisfaction ressentie par chacun des partenaires.
- L'évitement des rapports est principalement lié à des difficultés physiques d'exécution d'un rapport et à une baisse de désir. La baisse de désir étant elle-même en lien avec une insatisfaction de son image corporelle (2)(3).
- Les troubles anxio-dépressifs et leurs traitements (psychotropes) ont un impact négatif sur la sexualité : baisse de désir, baisse de l'excitation, difficulté à atteindre l'orgasme (4).
- Les complications pulmonaires (syndrome restrictifs, apnée du sommeil, augmentation du risque d'asthme) peuvent entraîner une dyspnée d'effort et être un frein aux rapports sexuels (4).
- L'épanouissement sexuel est lié à la satisfaction de son image corporelle, à la perception positive d'un corps attirant (6), le corps doit être perçu comme désiré et désirable quel que soit le poids et son évolution. Il faut lutter contre le stéréotype sociétal, renforcé par les médias et les réseaux sociaux, qui véhicule l'idée qu'un corps désirable est un corps mince.

Chez les femmes en situation d'obésité

- Il existe plus de risques de dysfonction sexuelle : baisse de désir, trouble de l'excitation, moins de lubrification, plus de douleurs pendant les rapports (5).
- Les troubles endocriniens (augmentation des œstrogènes) entraînent une augmentation du risque de développer un cancer hormono-dépendant : cancer du sein, cancer de l'endomètre (6). Ces cancers de la sphère gynécologique ont un retentissement sur la sexualité : effets iatrogènes des traitements, image corporelle, anxiété, modifications dans la relation de couple...
- La chirurgie bariatrique améliore la sexualité des patientes en situation d'obésité en diminuant l'incontinence urinaire et l'hyperactivité vésicale (7), mais amène des séparations de couple une fois sur deux (8).
- Sur le plan social, les femmes en situation d'obésité font majoritairement un mariage « descendants » (partenaire de revenus moindre) et les femmes minces un mariage « ascendant » (partenaire de revenu supérieur) (8).

Chez les hommes en situation d'obésité

- Il existe plus de risques de dysfonction sexuelle : baisse de désir, doute sur ses capacités, dysfonction érectile (4).
- Les dysfonctions érectiles ou orgasmiques sont majorées par les pathologies cardio-vasculaires associées comme le diabète ou l'hypertension (2), mais également par les traitements de ses pathologies (bêta-bloquants, IEC, thiazidiques).
- Les dysfonctions érectiles sont majorées par les troubles endocriniens : augmentation des œstrogènes (hypogonadisme hypogonadotrope) par baisse de testostérone (9).
- La perte de poids et l'augmentation de l'activité physique permettent d'améliorer la fonction érectile (4).

2- Les bonnes questions à se poser

- Suis-je à l'aise avec le fait de parler de sexualité à mes patients ? Est-ce que je laisse la possibilité à mes patients de me parler de leur sexualité ?
- Quelle est le niveau de satisfaction de mon patient pour sa sexualité ? pour son image corporelle ?
- Demander au patient s'il y a un évitement des rapports sexuels et quelle en est l'origine ?
Chez les femmes : baisse de désir ? baisse de l'excitation ? sécheresse ? douleur (dyspareunie) ?
Chez les hommes : baisse de désir ? baisse de l'excitation ? dysfonction érectile ? doute sur ses performances ?
Chez tous : difficulté physique d'exécution du rapport ? peur de faire mal ? fatigue ? transpiration importante ? essoufflement ? positions ? incontinence urinaire ? difficulté de communication avec le partenaire ?
- Demander au patient qui a des traitements (cardio-vasculaire, psychotropes) si ceux-ci ont un impact sur sa sexualité : risque d'inobservance thérapeutique accrue.

3- A retenir pour le médecin généraliste

- Aborder la sexualité avec respect, en reconnaissant que la sexualité a un impact important sur la qualité de vie et qu'elle peut être impactée par de multiples facteurs chez le patient en situation d'obésité.
- Repérer les facteurs physiques, psychologiques et culturels qui influent sur le désir, l'excitation et l'orgasme, et qui seront différents d'une personne à une autre.
- Explorer les raisons d'un évitement des rapports sexuels.
- Garder une approche multidisciplinaire avec : sexologue, psychologue, nutritionniste...
- Informer de l'importance du travail sur l'image corporelle et l'estime de soi, et rechercher une dépression qui majore la baisse de désir.
- Encourager les patients à communiquer avec leur partenaire sur leurs préoccupations et leurs besoins en matière de sexualité.
- Déconstruire les fausses croyances : image du corps idéal à réfléchir ; objectif de nombre ou de temps à déconstruire ; conseiller d'aller à son rythme, de prendre son temps, sur les lubrifiants, de ne pas oublier les préliminaires (baisers, caresses, massages...); parler des aides techniques (anneau, vacuum) ou médicamenteuses (IPDE5) au maintien de l'érection, des positions à privilégier...
- Encourager les patients en situation d'obésité à une perte de poids en évoquant l'amélioration possible de leur satisfaction sexuelle.

VIII - Examen gynécologique chez la femme en situation d'obésité

1- Généralités, argumentaire

En 2020, la prévalence de l'obésité est estimée à 17,4% chez la femme (10).

On sait également que les femmes en situation d'obésité ont un risque augmenté de cancers hormono-dépendants (endomètre, ovaire, sein) et de cancer du col de l'utérus (11). Or, l'IMC élevé a été retrouvé comme un facteur associé à une diminution des dépistages organisés des cancers du sein et du col de l'utérus. Il existe également une moindre survie par cancer chez les femmes en situation d'obésité (12). Le cancer du col de l'utérus est le 12^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme en France. Malgré l'existence d'un dépistage efficace, il est responsable d'environ 1 100 décès par an (13).

Les barrières au dépistage du cancer du col de l'utérus retrouvées du côté de la femme en situation d'obésité sont (12) :

- L'embarras voire la honte à réaliser l'examen en lien avec une faible estime de soi,
- La peur de réaliser un examen gynécologique,
- La notion de « compétitive care » et l'articulation entre la prévention et les traitements des pathologies (associées ou compliquant l'obésité) ; qui peut être contrebalancé par un meilleur suivi en soins primaire chez les femmes ayant des comorbidités.

Les barrières existent également du côté des professionnels de santé avec (11)(12) :

- Le tabou de la question du poids en consultation,
- L'équipement inadéquat pour l'examen gynécologique,
- Les difficultés ou l'inconfort à réaliser l'examen gynécologique,
- La mauvaise connaissance des facteurs de risques gynécologiques liés à l'obésité,
- Les difficultés à vaincre les réticences des femmes,
- Les pratiques stigmatisantes voire discriminatoires.

Il existe souvent un cumul de facteurs menant à un faible suivi gynécologique : plus faible situation socioéconomique, absence ou mauvaise complémentaire santé, contrainte financière, mauvaise relation avec les professionnels de santé, absence de relation sentimentale. Les femmes en situation d'obésité de nationalité étrangère forment un groupe plus particulièrement vulnérable (12).

2- Les bonnes questions à se poser

Comment assurer une prise en charge globale de ma patiente en situation d'obésité ?

Il est important d'aborder le rapport au corps et le retentissement de l'obésité sur la vie affective et sexuelle, avec sa patiente. Il faut s'assurer de la régularité de son suivi gynécologique en adoptant une attitude respectueuse et non stigmatisante (14).

Afin de dépasser les barrières au dépistage, il est possible de (12) :

- Renforcer les compétences psychosociales des patientes pour augmenter leur littératie en santé,
- Développer leur intérêt pour leur santé, ainsi que leur confiance en elle,
- Délivrer de l'information sur les dépistages,
- Répondre aux interrogations ou craintes par rapport au déroulement de l'examen gynécologique.

Quels sont les adaptations nécessaires pour un examen gynécologique chez une femme en situation d'obésité ?

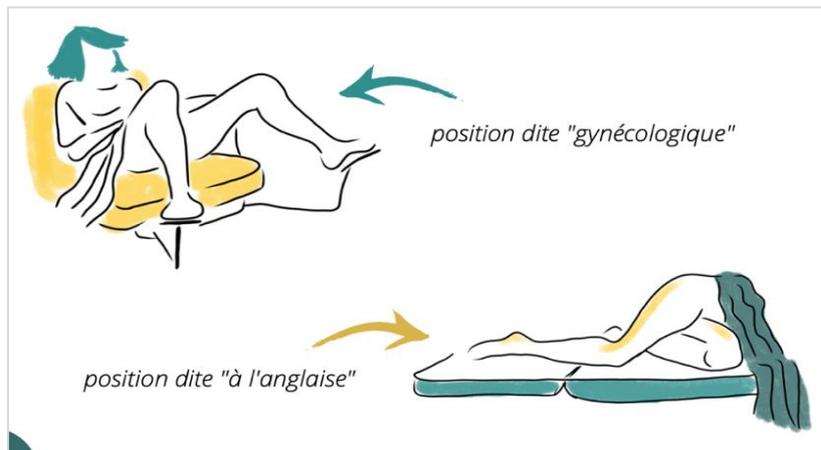
La mesure du poids est un élément non essentiel qui ne doit pas être systématique lors de l'examen gynécologique (11).

Il est important de garder une réflexion sur l'adaptation :

- Du **matériel utilisé** qui doit être adapté à une femme en situation d'obésité (Cf. fiche accueil de la personne en situation d'obésité), et notamment pour l'examen gynécologique (14) : table d'examen stable et d'une largeur adaptée, speculum plus long.
- Du **temps de consultation** : qui doit être suffisant pour l'information et la réalisation d'un examen gynécologique confortable pour la patiente et le médecin (11).

- De la **position pour l'examen gynécologique** (15)(16) (Fig.8) : la position en décubitus latéral (ou dite « position à l'anglaise ») permet de limiter l'inconfort et la gêne de la patiente, de respecter sa pudeur en exposant moins son sexe au professionnel, de reporter la masse abdominale sur le côté (et non en avant sur le petit bassin, comme dans la position en décubitus dorsal avec les étriers), ce qui est également moins gênant pour le professionnel réalisant l'examen gynécologique. L'orientation du speculum peut être plus difficile pour le médecin en décubitus latéral, mais il est possible de proposer l'auto-insertion à la patiente, et une fois en place l'accès au col de l'utérus est plus physiologique.

Fig. 8 : Position pour l'examen gynécologique



Source illustration : Site internet Pour une M.E.U.F. (19)

Que faire si je suis en difficulté pour réaliser un examen gynécologique ou que la patiente refuse ?

En cas de difficulté sur la réalisation de l'examen, le médecin pourra orienter la patiente vers un service spécialisé (14). Dans le cas où un examen gynécologique serait refusé par la patiente ou impossible, le médecin à la possibilité de demander au Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) l'envoi d'un kit d'auto-prélèvement vaginal pour la détection d'ADN HPV, afin que le dépistage du cancer du col de l'utérus soit tout de même réalisé (13).

3- A retenir pour le médecin généraliste

- Aucun examen gynécologique ou mesure du poids ne doit être systématique ou "de routine".
- Respecter la pudeur et le confort de la femme en proposant un déshabillage partiel ou en 2 temps (le haut du corps pour l'examen des seins puis remettre le haut et déshabiller le bas), en privilégiant un examen génital en position « décubitus latéral » ou *a minima* en informant la patiente des différents types de positions d'examen gynécologique possibles et en lui laissant le choix de la position (décubitus dorsal, avec ou sans les étriers ; décubitus latéral).
- Proposer à la patiente l'auto-insertion du spéculum pour plus de confort.
- Penser aux auto-prélèvement vaginaux (pour les dépistages infectieux ou en cas d'examen refusé /impossible pour le test HPV).

IX - Activité physique, bases de la prescription

Pourquoi et comment proposer l'activité physique chez une personne en situation d'obésité ?

L'activité physique n'a pas vocation à faire perdre du poids mais à protéger la masse musculaire, à stabiliser le poids, à réduire les risques cardio-vasculaire et respiratoires.

1- La balance énergétique (Fig. 9)

Les dépenses énergétiques sont constituées d'une part, du coût lié au fonctionnement métabolique des organes et de leur fonction et d'autre-part, de l'activité physique. Le maintien ou l'augmentation de l'activité physique favorise les dépenses du capital énergétique des entrées assurées par l'alimentation. De façon très schématique si les dépenses excèdent les entrées les réserves constituées par les graisses de stockage diminuent, à l'inverse si les dépenses sont moindres que les entrées le stockage, donc le poids augmente. Ce modèle, certes simpliste, permet de comprendre les fluctuations pondérales au grès des comportements alimentaires et d'activité physique sur des périodes assez longues de déséquilibre car les variations au jour le jour sont régulées et sans incidence sur le poids.

Fig. 9 : La balance énergétique

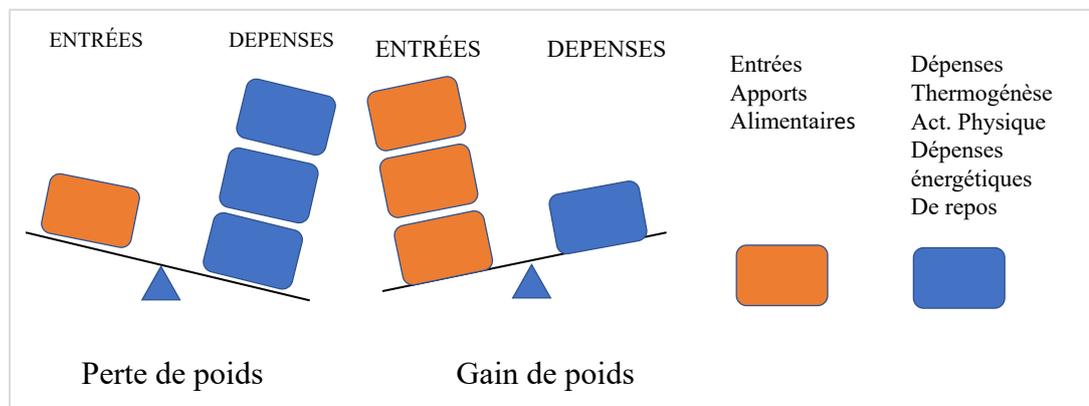


Illustration réalisée par le Pr Philippe Cornet

2- Lutter contre la sédentarité

Le premier objectif est de lutter contre la sédentarité qui favorise la réduction de la dépense énergétique totale et favorise le stockage des graisses ainsi que l'insulino-résistance. Des repères simples permettent d'évaluer la sédentarité :

- Le temps passé devant des écrans ;
- Le temps des repas ;
- Le temps passé au lit.

Si les deux derniers sont indispensables le premier peut être réduit en encourageant les activités ménagères, le travail manuel, le bricolage, le jardinage sans parler de l'activité physique proprement dite. La dimension ludique et de plaisir doit être prise en compte.

Un relevé sur une semaine du temps écran permet de fixer des objectifs par étapes pour réduire la sédentarité.

3- Promouvoir l'activité physique

L'obésité a souvent comme conséquence une désadaptation à l'effort qui, à mesure du temps et de la prise de poids, rend difficile voire impossible toute forme d'activité physique. Dans ce cas l'accompagnement thérapeutique passe par un reconditionnement progressif à l'effort.

Pour ce faire il faut faire une évaluation initiale sur les aptitudes à l'activité mais aussi au plaisir à pratiquer une activité physique ; certaines personnes ont une détestation à toutes formes d'activités physiques.

Quelques questions simples peuvent aider le médecin généraliste afin de préparer un projet de soins fondé sur la reprise de l'activité physique :

- Rencontrez-vous des difficultés physiques à cause de votre poids ?
- Avez-vous renoncé à des activités physiques à cause de votre poids ?
- Quels sont les sentiments qui vous animent devant ces difficultés ?
- Quelles sont les activités que vous feriez ou referiez avec plaisir ?

Pour aider le médecin à cerner la motivation et le plaisir à l'exercice physique il est possible de s'appuyer sur des questionnaires validés.¹⁷ Le plaisir à l'exercice physique maintient la motivation à persister et stimule le système de la récompense des endorphines et de la dopamine.

En pratique :

On établit le bilan des difficultés physiques ressenties à l'effort (essoufflement, fatigue, douleurs, palpitations ... On en établit la chronologie d'apparition. On évalue le retentissement fonctionnel en termes de limitation ou de renoncement. On explore le vécu émotionnel du handicap. A partir de ce bilan on propose une stratégie de soins. La prescription de l'activité physique adaptée à chaque personne conditionne l'engagement et le plaisir dans la durée.

4- Comment pratiquer une activité physique¹⁸ ?

L'activité physique la plus simple est la marche pour autant que la personne n'éprouve pas de douleurs. Dans ce cas il est souhaitable d'envisager d'autres types d'activités (yoga, activités en piscine, en isométrie en position assise, etc.). Une progression régulière dans le temps reste l'un des objectifs afin d'améliorer les performances quant à la durée et l'intensité de l'effort. La mesure du nombre de pas journaliers peut constituer un support intéressant de mesure des progrès effectués. Les activités physiques qui soulagent les articulations des pressions excessives sur les genoux et les chevilles sont à privilégier : marche sur terrain souple, activités physiques adaptées en milieu aquatique (aqua santé, aqua gym, etc.), vélo d'appartement ou d'extérieur (assistance électrique) ...

Il est aujourd'hui possible de faire une prescription d'activité physique par ordonnance médicale pour les personnes en ALD (décret du 1^{er} mars 2017) pour une durée de trois à six mois renouvelable sachant que l'obésité n'est pas une ALD mais certaines de ses comorbidités associées peuvent l'être (diabète 2, insuffisance cardiaque ou respiratoire, ...). La rédaction d'une ordonnance d'activité physique se fait à partir d'un formulaire pré-rempli qui facilite la tâche du médecin (Fig.10). Le remboursement est conditionné par un accord préalable mais reste exceptionnel. Certaines collectivités territoriales ou les complémentaires santé prennent parfois en charge ce type de prescription avec des forfaits de séances.

Fig. 10 : Formulaire de prescription d'activité physique par le médecin

Source illustration : Agence Régionale de Santé-Occitanie, disponible auprès de toutes les ARS

Pour consulter le formulaire : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/prescription-dune-activite-physique-adaptee>

¹⁷ Questionnaire EMAPS de l'ONAPS – Échelle de motivation pour l'activité physique à des fins de santé : <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Emaps.pdf> et sa grille d'interprétation <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Interpretation-Emaps.pdf>

¹⁸ <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sportsante/maisons-sport-sante-carte>

5- Où pratiquer cette activité physique ?

Soit chez un kinésithérapeute, soit avec un éducateur sportif diplômé pour les sports adaptés ou encore par l'intermédiaire de certaines associations qui permettent l'accès à une activité physique adaptée encadrée par un professionnel formé.

Les Maisons sport-santé constituent des recours et orientent les personnes vers les professionnels compétents ou dans toutes les associations sportives bénéficiant de la reconnaissance des pouvoirs publics pour peu qu'elles proposent ce type de dispositif encadré. Reste que la plupart des activités peuvent être pratiquées en toute autonomie si la personne le souhaite et sous réserve d'une évaluation initiale avec son médecin traitant de la non-contre-indication à cette activité (parfois des examens complémentaires sont nécessaires).

Des activités physiques peuvent se pratiquer chez-soi. Il est fréquent que des personnes en situation d'obésité se sentent mal à l'aise quant à pratiquer une activité physique en public. Le vélo d'appartement, le Step up (marche pied), le rameur sont quelques activités d'intérieur susceptibles de favoriser la réhabilitation à l'effort sous condition d'une mise en situation progressive et sécurisée.

Des professionnels formés à l'activité physique adaptée (APA) assurent au sein d'associations, dans le cadre de certains réseaux, un bilan quant à l'aptitude à l'APA, la mise en route encadrée de l'activité. La co-construction d'un programme est réalisée entre le professionnel et la personne en obésité. La pratique en groupe permet des renforcements de motivation dans un esprit ludique.

A retenir pour le médecin généraliste :

- L'activité physique fait partie intégrante des soins à la personne en situation d'obésité.
- Elle n'a pas vocation à faire perdre du poids mais participe de la réduction des risques protège la masse musculaire et stabilise le poids.
- Elle nécessite un bilan préalable d'aptitude à l'effort et d'une programmation progressive.
- Elle peut être prescrite dans un cadre réglementaire (APA) parfois dans le cadre d'une ALD au titre des complications (diabète 2, cardiaques, respiratoires...).

X - Rôle des associations d'usagers et des patients partenaires

1- Le soutien par les pairs des patients en situation d'obésité

Dans le cadre d'une décision thérapeutique partagée, les médecins généralistes sont amenés à accueillir des témoignages de situations de vie complexe, mais aussi à conseiller aux personnes en situation d'obésité des évolutions des habitudes de vie, dans le sens d'une adaptation de l'alimentation, de l'activité physique, et des activités psycho-sociales. Les associations d'usagers constituent des **relais d'information et d'accompagnement** au quotidien et à long terme, en soutenant les patients, et aussi leur entourage et les aidants.

2- Les associations nationales

Les associations nationales, comme la Ligue nationale contre l'obésité et le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) **informent la population** concernant la science de l'obésité et les **messages clés** à retenir, et orientent les patients vers des acteurs pertinents en fonction des besoins exprimés, pour la santé, le travail, le logement, ou autres situations de vie complexes. Par exemple, la Ligue nationale contre l'obésité a mis en place un accueil téléphonique¹⁹ dédié, Obécoute²⁰ où est proposé un accompagnement des personnes concernées dans leurs difficultés et projets, qu'ils soient médicaux, psychologiques, juridiques, etc. Les associations nationales ont pour mission la défense des droits des patients, et se mobilisent contre toute forme de **stigmatisation** liée au poids.

Leur action est systémique et donne le ton du discours unifié de la communauté des acteurs associatifs du territoire. Ce faisant, elles sont des interlocuteurs à privilégier en cas de litige lié à la discrimination, mais aussi pour encourager les personnes concernées à mieux connaître la maladie, ce qui a pour effet de déconstruire les sentiments de culpabilité, d'insatisfaction corporelle (la stigmatisation intrapersonnelle) et de méfiance qui les empêchent d'accéder et d'adhérer durablement à l'offre de soins adaptée à leur(s) pathologie(s).

Les associations nationales se doivent de relever, la question de l'usage par tous, professionnels de la santé, décideurs, médias, d'un langage et d'images adaptés non-stigmatisants²¹ ; à commencer par remplacer le terme « *obèse* » par « **personnes en situation d'obésité** » (expression par ailleurs consacrée par la Haute Autorité de Santé dans ses derniers travaux)²², ou « *personnes en obésité* », ou « *personnes vivant avec une obésité* ». Les recherches, depuis plus de 20 ans dans le domaine du handicap et des maladies chroniques, montrent qu'une personne ne doit pas être identifiée par sa pathologie, sinon sa santé globale en pâtit (dépression, anxiété, troubles des conduites alimentaires (TCA), décrochage du système de soins, etc.). Cette évolution de langage a fait son chemin pour la plupart des maladies et troubles (l'on évite la violence des termes péjoratifs, comme « *cancéreux* » ou « *attardé mental* »), alors que pour l'obésité, il est encore accepté que la personne soit identifiée à son obésité. La spécificité de l'obésité est qu'elle est, à son tour, identifiée à un stigmate d'ordre physique et à un défaut moral²³. Cette évolution s'étend aussi aux autres éléments inappropriés de langage, comme « *obésité morbide* » à laquelle a été substituée « *obésité complexe* », ou « *stade III* ».

3- Les associations locales

Les associations locales ont pour vocation la **pair-aidance**, et la socialisation des personnes en situation d'obésité dans un cadre bienveillant, exempt de jugement moral ou esthétique. Leur offre comporte, de manière récurrente ou occasionnelle, des activités physiques (adaptées, ou sport santé), des ateliers thématiques en lien avec la gestion psycho-comportementale de la maladie, des événements artistiques ou sportifs, par exemple : sophrologie, groupes de parole, ateliers culinaires en pleine conscience, sur les sensations alimentaires, ou sur l'alimentation émotionnelle, les séances photo ou art thérapie, ateliers en lien avec l'image corporelle, de socio-esthétique, conférences/rencontres avec les

¹⁹ Obécoute : <https://liguecontrelobesite.org/actualite/obecoute-lunique-plateforme-de-referance-en-france-erigee-par-la-lco/>

²⁰ Flyer Obécoute à partager avec les patients : <https://cutt.ly/flyer-obecoute>

²¹ « Utilisation du langage de la personne en premier », Obésité Canada, <https://cutt.ly/langage-personne>

²² HAS. « [Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'adulte](#) », février 2024

²³ Voir chapitre N° 3, « La stigmatisation »

professionnels de la santé, pièces de théâtre mettant en scène les défis relevés par les personnes en obésité, défilés de mode grandes tailles, bourses aux vêtements et vides-dressings, etc...

Prenons l'exemple des **activités physiques adaptées**, les associations sont les structures privilégiées où l'offre s'allie à des prix accessibles, favorisant la pratique des personnes les plus vulnérables économiquement, vu le lien entre précarité économique et obésité.

Les associations sont gérées par des bénévoles, des personnes qui, en sus de leurs contraintes professionnelles, personnelles et médicales / thérapeutiques, s'engagent et œuvrent pour développer et maintenir des actions auprès des personnes en surpoids ou en obésité.²⁴ La reconnaissance et la valorisation de leurs compétences psycho-sociales et professionnelles, de leur engagement et de leur légitimité sont en cours d'évolution, mais restent insuffisantes.

4- Le partenariat entre associations locales et établissements de la santé

Chacune de ces activités pérennes ou occasionnelles implique des financements et des partenariats locaux, et sont rarement entièrement autofinancées par les adhérents. L'autofinancement ne conduit que rarement à la présence des intervenants professionnels, en particulier les médecins généralistes, en raison du coût prohibitif des prestations. Dans l'optique d'une collaboration fructueuse entre le milieu médical et celui associatif, l'aide et le soutien devraient se matérialiser dans les deux sens, afin que les associations puissent faire le relai en complémentarité avec le parcours de soins, contribuer à la socialisation des personnes concernées, les soutenir vers un mieux-être avec la maladie chronique de l'obésité.

Les établissements de la santé (CSO, SMR, etc.) et les professionnels de la santé en ville (CPTS) peuvent :

- Soutenir l'organisation d'événements, par le biais de la mise à disposition de ressources, comme prêt de locaux, de salles équipées de matériel sportif, etc. ;
- Participer aux conférences, dans l'optique d'un échange de savoirs, scientifiques et expérientiels ;
- Co-organiser des journées territoriales de l'obésité ;
- Capter les associations dans la dispense de programmes d'ETP.

Les patients partenaires doivent être formés à l'ETP, l'accès à la formation est une priorité, sans que cela relève de la responsabilité seule des patients.

Les **médecins généralistes** ont la possibilité de créer le lien entre leurs patients et les associations. Ils peuvent se tenir informés des projets des associations nationales et locales, en parler avec leurs patients, inciter le bénévolat associatif et la pair-aidance, formaliser avec les patients leur projet de formation et de professionnalisation en tant que patients partenaires.

5- Les patients partenaires

Les patients ressources, partenaires²⁵ ou experts sont le plus souvent des bénévoles élus, représentants des associations. Cela n'est pas une condition, parfois, les patients partenaires sans attache associative suivent aussi des formations professionnalisantes. Ils peuvent intervenir dans diverses situations requérant leurs expertises acquises :

- Les témoignages auprès d'autres patients,
- La co-construction des programmes d'éducation thérapeutique,
- La formation des professionnels de la santé ou de l'activité physique,
- La recherche médicale ou sociale,
- Les conférences ou les webinaires à destination du grand public ou professionnels de la santé,
- La fonction de patient-traceur dans les établissements de santé,
- Le mandat de représentant des usagers dans les établissements de santé,
- La consultance dans des projets de communication, d'études de marché, d'enquêtes épidémiologiques ou sociologiques, essais cliniques, comités d'éthique, comités de pilotage, etc.

²⁴ HAS. « [Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'adulte](#) », février 2024, Chapitre 14 « Rôle des patients-ressources, des associations d'usagers dans le parcours », p. 106

²⁵ Ordre national des Médecins - « [Le patient partenaire](#) », décembre 2023

- La participation à des groupes de travail de la Haute Autorité de Santé,
- La participation et l'intervention lors de congrès scientifiques et autres événements en lien avec l'obésité,
- Les actions de relations publiques et politiques avec les décideurs publics.

Ils apportent la valeur ajoutée de leur vécu et du recul par rapport à leur pathologie, la vision pragmatique de l'expérience personnelle cumulée avec celle des autres, favorisant une meilleure compréhension de la vie avec la maladie, au-delà de la sphère de la santé.

6- Le partenariat entre médecins de ville et milieu associatif

Le principe de **parcours de soins coordonné**, pluridisciplinaire et individualisé, rend la relation possible et salubre entre les médecins de ville, notamment les médecins généralistes en tant que coordinateurs, les patients, en tant que chefs de leur projet de santé et de vie, les autres professionnels de la santé ou établissements spécialisés en obésité, le cas échéant, les associations de patients et les patients partenaires.

L'argument principal vient du constat d'un manque de moyens pour les médecins. Contraints par le rythme des consultations, les médecins peinent à assurer pleinement tous les objectifs requis vis-à-vis d'une personne ne obésité (Alliance thérapeutique durable, anamnèse exhaustive, exploration des causes et des retentissements de l'obésité, options thérapeutiques adaptées...). La prise en charge efficace de l'obésité requiert pourtant tous ces éléments afin de motiver durablement à l'adaptation du mode de vie.

Dans ce contexte, les associations représentent un relais bienvenu dans l'**accompagnement complémentaire** des patients. Sans s'y substituer, elles complètent la panoplie des options thérapeutiques : activités physiques adaptées, psychologiques, éducatives et sociales qui demeurent au même titre que les soins médicaux les piliers de traitement.

Le manque de connaissance du tissu associatif local peut être comblé en faisant appel aux associations nationales, qui connaissent le tissu associatif local et peuvent rediriger les requêtes vers les acteurs locaux pertinents et légitimes. Les sites internet des associations nationales ont publié des **annuaires** comprenant les associations locales adhérentes²⁶.

Ce chapitre a pour but d'informer et d'encourager au réflexe constant de faire appel aux associations, leur faire confiance et s'appuyer sur leurs actions. Concrètement, les médecins généralistes peuvent s'informer sur le contenu des programmes et des objectifs des associations de patients nationales et locales, et noter leurs contacts. Les associations de patients sont des ressources importantes pour les patients et des partenaires compétents et complémentaires des activités de soins du médecin généraliste.

²⁶ Annuaires : <https://liguecontrelobesite.org/fr/annuaire/> et <https://cnao.fr/annuaire/>

XI - Les traitements médicamenteux de l'obésité. Les agonistes des récepteurs au GLP1

Le traitement de l'obésité repose dans un premier temps sur les mesures diététiques associées au renforcement de l'activité physique. Cette association doit être systématiquement proposée à une personne en situation d'obésité²⁷. En complément de ces mesures si l'objectif de perte de poids n'est pas atteint il est possible de prescrire un agoniste des récepteurs au GLP1 (liraglutide ou semaglutide). Son efficacité a été mise en évidence par des programmes d'étude (STEP (semaglutide), et SCALE (liraglutide))²⁸ sur des populations aux caractéristiques suivantes : personnes en surpoids ($27 \text{ kg/m}^2 < \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) ou en obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

D'autres molécules nouvelles sont en cours d'expérimentation mais seuls les agonistes des récepteurs du GLP1 sont susceptibles d'être à ce jour prescrits par le médecin spécialiste dans des conditions particulières (voir infra.). Cette famille de médicaments est d'un usage courant dans certaines formes de diabète de type 2 associée à une obésité.

1- Quels sont les mécanismes d'action ?

Les agonistes des récepteurs au GLP1 limitent l'appétit et réduisent ainsi la prise alimentaire en agissant au niveau du noyau arqué de l'hypothalamus. Il existe aussi parallèlement une stimulation réduite du cortex pariétal, ce qui rend la vue des aliments à haute appétibilité moins attractive. Enfin ils ralentissent la vidange gastrique.

2- Quelles sont les conditions de prescription ?

La HAS dans ses recommandations de 2022 préconise l'usage des agonistes des récepteurs du GLP1 en précisant que leur prescription relève du niveau 2 ou 3 du parcours²⁹.

A ce jour :

Une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) a été octroyée le 29/06/21 puis "La spécialité Wegovy® (sémaglutide), a obtenu une autorisation d'accès précoce post autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée le 21 juillet 2022, dans l'indication : Obésité chez l'adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (obésité massive), $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ (Obésité sévère) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids : hypertension traitée ; dyslipidémie traitée ; maladie cardio-vasculaire établie ; syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Ceci lorsqu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique disponible »³⁰. Cette indication se fait en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids.

À la demande du laboratoire Novo Nordisk, cette autorisation d'accès précoce a fait l'objet d'un retrait par décision du Collège de la Haute Autorité de santé le 27 septembre 2023. Du fait de ce retrait, conformément à l'article L. 162-16-5-1 du Code de la sécurité sociale, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale a été publié le 20 octobre 2023 au Journal Officiel pour mettre un terme à la prise en charge dont bénéficie Wegovy® au titre de cette autorisation d'accès précoce.

Le devenir des personnes traitées par liraglutide à la suite de ces décisions sera assurer selon les conditions suivantes : La continuité des traitements initiés avant le 21 octobre 2021 par Wegovy® au titre de l'indication concernée est assurée par le laboratoire Novo Nordisk et pendant une durée d'un an à compter de l'arrêt de la prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce, c'est-à-dire jusqu'au 20 octobre 2024. Le respect de cet engagement s'accompagne d'une prise en charge par l'Assurance maladie au titre de cette continuité de traitement pendant trois mois, c'est-à-dire jusqu'au 20 janvier 2024. Au-delà de cette date, le laboratoire Novo Nordisk a pris la décision d'assurer une mise à disposition de Wegovy® à titre gracieux pendant les 9 mois suivants, pour les patients nécessitant la poursuite de leur traitement, dès lors qu'il a été initié au titre de l'accès précoce avant le 21 octobre 2021.

²⁷ HAS. Obésité : prise en charge de 2^{ème} et 3^{ème} niveaux, 2022, p.41

²⁸ Les programmes SCALE et STEP regroupent plusieurs études il est possible d'en prendre connaissance par le tableau publié dans l'argumentaire des recommandations : Obésité : prise en charge de 2^{ème} et 3^{ème} niveau, HAS, 2 juin 2022, pp. 135-50

²⁹ HAS. 2022 ; 41

³⁰ Bel Lassen P., Aron-Wisniewski J., Les médicaments de l'obésité : état actuel et futures avancées. Cahiers de nutrition et de diététique ; 58 (2023) 273-282

Pour assurer les traitements en cours tant que les patients en tirent un bénéfice, il est permis jusqu'au 20 octobre 2024 la fourniture, l'achat et l'utilisation de Wegovy® par les établissements de santé dans l'indication de l'autorisation de l'accès précoce, sans figurer sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du Code de la santé publique ni au 1° de l'article L. 5126-6 du Code de la santé publique. Il peut être rétrocedé par les pharmacies à usage intérieur autorisées à la vente au public.

Le liraglutide injectable à la dose de 3mg/j (Saxenda®) ne bénéficie pas d'une ATU dans l'indication de l'obésité pas plus qu'une AMM. Son usage bénéficie d'une AMM et d'un remboursement dans le seul cadre du traitement du diabète de type 2.

En pratique :

En tenant compte de la situation actuelle de disponibilité restreinte et encadrée, l'avenir étant conditionné par l'évolution de cette situation.

- La prescription initiale du traitement par liraglutide (Wegovy®) est faite par un spécialiste de l'obésité. Les conditions du renouvellement seront discutées. L'avenir d'une mise sur le marché est conditionné par les discussions entre les instances et le laboratoire (voir les conditions de délivrance supra.).
- Le traitement peut être prescrit :
 1. $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ + comorbidités ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$,
 2. Lorsque l'autonomie est limitée de façon importante,
 3. Si les changements de comportements et de modes de vie sont limités (troubles comportements alimentaires, handicap ...).
- Le traitement est arrêté si les objectifs (~ 5%) de pertes de poids ne sont pas atteints à 6 -12 mois alors que les mesures initiales par la diététique ajustée, l'activité physique augmentée et le traitement ont été bien suivis.

3- Quelles sont les contre-indications au traitement ?

Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'exception de la grossesse et l'âge ≥ 65 ans³¹, mais la balance bénéfices-risques doit être particulièrement examinée en cas d'insuffisance rénale modérée à sévère (stade 3b-4), de maladie inflammatoire chronique de l'intestin et d'antécédent de pancréatite – même si le risque de pancréatite avec les agonistes des récepteurs au GLP1 est controversé dans la littérature –, et d'insuffisance cardiaque (FEVG < 40%).

4- Comment prescrire le traitement ?

La dose maximum de sémaglutide (Wegovy®) est de 2,4mg/semaine en injection sous-cutanée. La prescription se fait à doses progressives sur 4 semaines afin de favoriser la tolérance.

5- Quels sont les effets secondaires du traitement ?

Les effets secondaires sont essentiellement digestifs particulièrement les nausées et plus rarement des vomissements. Ils sont liés en partie au ralentissement de la vidange gastrique. Dans la plupart des cas les effets secondaires n'entraînent pas un arrêt du traitement d'autant qu'ils sont souvent transitoires.

6- Quelle est l'efficacité du traitement ?

- Pertes > 5% du poids pour 67% des patients et > 10% pour 30% des patients dans le programme SCALE à 14 mois.
- Pertes > 5% du poids pour 86,4% des patients et > 20% pour 32% des patients programme STEP à 68 semaines.

³¹ HAS. 2002, WEGOVY® (semaglutide) – Obésité. Avis sur les médicaments - Mis en ligne le 22 déc. 2022

7- Quand arrêter le traitement ?

- Le traitement par analogue du GLP1 doit être systématiquement réévalué à 12 semaines. Il doit être arrêté si la perte de poids est < 5%.
- Les études du programme SCALE ont évalué des durées variables de 36 jusqu'à 160 semaines, celles du programme STEP se sont déroulées sur 68 semaines.

L'obésité est une maladie chronique et proposer un traitement temporaire n'est pas adapté à la situation. De ce fait, les modalités quant à l'arrêt du traitement restent une des problématiques de l'usage des agonistes des récepteurs au GLP1 sur le long cours. Nul doute que ces termes seront précisés prochainement. Il est envisageable que le traitement soit ininterrompu à l'avenir afin de maintenir l'effet continu sur l'appétit.

A retenir :

- Les agonistes des récepteurs au GLP1 ouvrent des perspectives dans le traitement des obésités par leurs effets régulateurs sur la prise alimentaire.
- Ils sont à ce jour de prescription restreinte, avec une prescription par un spécialiste de l'obésité.
- Les effets secondaires sont fréquents, essentiellement digestifs, mais sans gravité et souvent transitoires.
- La prescription s'accompagne toujours de mesures diététiques et de renforcement de l'activité physique.
- La réévaluation de l'efficacité du traitement à 6-12 mois est recommandée.
- Les perspectives en font un atout supplémentaire dans le traitement de l'obésité et une alternative possible à la chirurgie bariatrique.

XII - Les traitements chirurgicaux de l'obésité

Le traitement de l'obésité repose dans un premier temps sur les mesures diététiques associées au renforcement de l'activité physique. Cette association doit être systématiquement proposée à une personne en situation d'obésité³². Elle est parfois complétée par la prescription d'un agoniste des récepteurs au GLP1 (11). La chirurgie bariatrique est une solution d'exception lorsque l'ensemble des processus de soins et d'accompagnement thérapeutique ont échoué et que l'obésité est menaçante pour la santé de la personne. Cette proposition intervient au minimum après au minimum six mois de suivi par des professionnels formés et impliqués dans le soin aux personnes en situation d'obésité. La chirurgie bariatrique a modifié le pronostic pour les personnes dont l'obésité est sévère mais obéit à des critères précis d'indications, à des précautions en amont de l'intervention et a un suivi précis en aval. L'indication est discutée en équipe pluri-professionnelle, le plus souvent au sein d'un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) ou à défaut d'une structure équivalente, en y associant le médecin généraliste. Cette chirurgie « nécessite une préparation spécifique avant la chirurgie et un suivi régulier et à vie ».³³

1- Les critères d'éligibilité à la chirurgie bariatrique

- L'indice de masse corporelle et les comorbidités associées. Pour bénéficier d'une chirurgie bariatrique la personne doit avoir un IMC ≥ 40 kg/m², ou bien un IMC ≥ 35 kg/m² associé à des comorbidités sévères ou invalidantes (diabète 2, risque cardiovasculaire ou respiratoire élevé, arthrose invalidante des membres inférieures ...)
- L'âge. Il n'y a pas de bornes d'âge quant à l'indication chirurgicale. Toutefois chez les adolescents elle reste exceptionnelle avant 18 ans après suivi spécialisé et deux avis de RCP.³⁴ Elle est discutée au cas par cas chez les personnes âgées en fonction des comorbidités associées à l'obésité et son retentissement spécifique, ainsi que l'espérance de vie ;
- Absence de contre-indication.

2- Quelles sont les contre-indications ?

Les contre-indications sont somatiques et psychiatriques, lorsqu'il existe :

- Une espérance de vie réduite du fait d'une maladie grave ou d'une polyopathie ;
- Une cirrhose hépatique sévère ;
- Une maladie de Crohn ou maladie inflammatoire de l'intestin grêle ;
- Une insuffisance rénale sévère (stade 4-5) sans dialyse ;
- Une maladie coronaire instable ;
- Une embolie pulmonaire récente (< 6 mois) ;
- Des conduites addictives par abus d'alcool ou de substances dérivées des cannabinoïdes ;
- Des troubles psychiatriques non stabilisés par les traitements ;
- Une incapacité à suivre les protocoles de soins et à accepter les contraintes du suivi.

3- Rôle du médecin généraliste avant la chirurgie

L'accompagnement préalable par le médecin généraliste est un temps essentiel à la préparation de la chirurgie. Le médecin généraliste participe à la coordination des soins dans le parcours avec les différents acteurs et professionnels qui assurent le bilan initial en renforçant compétences d'auto-soins (intégration de l'information, des modifications de comportements alimentaires, de préparation aux modifications envisageables des traitements en cours ...) : « Le médecin généraliste, en lien et en cohérence avec le médecin spécialiste de l'obésité, peut être amené à échanger des informations et à les reformuler pour soutenir la personne dans sa réflexion »³⁵. Il s'informe de la progression des différentes étapes du bilan pré-opératoire ³⁶.

³² HAS. Recommander les bonnes pratiques. Guide du parcours de soins surpoids et obésité, 11 janvier 2023, mise à jour février 2024

³³ Ibid. p.83

³⁴ Chevalier, J-M., Arienzo R., Pacini F., Indications chirurgicales in Les obésités médecine et chirurgie, Dir. J-M Lecerf. & al. Elsevier Masson, 2021, 94 ; 533-3

³⁵ HAS. Op. cit. p.86

³⁶ HAS. 2023 ; 87-89

Mais le médecin généraliste aborde aussi les questions de modification du corps aux décours de la chirurgie, tout particulièrement concernant l'abdomen, les cuisses, les fesses, les bras, les seins ou encore le visage. L'amaigrissement important et rapide a une incidence importante sur l'image corporelle dans l'année qui suit la chirurgie. Quelques questions simples peuvent favoriser le dialogue : « *comment imaginez-vous votre corps avec l'amaigrissement important ?* », « *est-ce que vous le redoutez ?* ».

Le médecin généraliste renforce les messages relatifs au suivi post-chirurgical en soulignant qu'il est à vie. Il peut orienter vers des associations où la personne trouvera des ressources qui renforceront son information, son autonomie et qui seront sources d'aides éventuelles dans le champ social (Chapitre X).

4- Rôle du médecin généraliste dans le suivi après la chirurgie

La personne en obésité aura reçu les informations relatives aux complications post-opératoires immédiats par l'équipe spécialisée. Le médecin traitant s'assurera que la personne a bien intégré ces informations et les reformulera si nécessaire.

La chirurgie bariatrique entraîne des risques de déficience et de carence pour un certain nombre de vitamines et sels minéraux. Le médecin généraliste sera le garant du renouvellement de la prescription et du suivi à long terme de l'observance des prescriptions des produits de substitution. Ainsi que des carences éventuelles (Vit.D3, calcium, fer, Vitamines B1- B6, vitamine B9, vitamine B12, zinc, sélénium, magnésium)³⁷.

L'ordonnance type de suivi recommandée par la HAS est la suivante : NFS, ionogramme, créatinine, magnésium, phosphore, sélénium, albumine, 25OH vit D3, folates, ferritine, CRP, vit B12, zinc, calcium et PTH (Ca/PTH à doser sur le même prélèvement)³⁸.

Le médecin généraliste assurera le suivi somatique et psychique de la personne opérées au cours des années qui suivent l'intervention. Il renforcera l'incitation à l'activité physique afin de préserver la masse musculaire.

Toutes ces tâches sont d'autant plus essentielles que le nombre de perdus de vue après la première année qui suit l'intervention est très important. En effet le pourcentage de personnes suivies régulièrement n'atteint pas 50 % à 2 ans et décroît fortement à 5, 10 et 15 ans³⁹.

Le médecin traitant rassure sur la reprise de poids très commune après la troisième année à distance de l'intervention, le nadir de la perte se situant généralement entre deux et trois ans. Une reprise de l'ordre de 10% du poids perdu est habituelle. La reprise de poids attendue peut se calculer selon la formule :

(Poids actuel – poids au nadir)

(Poids initial (avant intervention) – poids au nadir)

Afin d'analyser les raisons d'une reprise plus importante, le médecin généraliste s'assurera de l'absence de troubles du comportement alimentaire, de l'éventuel arrêt des activités physiques, d'un effet iatrogène par un nouveau traitement...

Enfin, dans les suites de l'intervention le médecin traitant pourra évoquer les possibilités de la chirurgie plastique et reconstructive en fonction des modalités de remboursement par l'Assurance Maladie. Il pourra planifier les avis chirurgicaux dans le cadre d'une décision médicale partagée.

*Travaux coordonnés par le Pr Philippe CORNET pour le CMG
Avril 2024*

³⁷ Il existe dans la pharmacopée des produits polyvitaminés en association avec des sels minéraux

³⁸ HAS. Op. cit. p.121

³⁹ HAS. OP. cit. p.109

Références

- (1) Ministère de la Santé. Santé sexuelle. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
- (2) Nejmed-Dine K, Rafi S, Mghari GE, Ansari NE. Obésité et vie sexuelle. *Annales d'Endocrinologie*. 1 sept 2017 ;78(4):437.
- (3) Ben Thabet J, Sallemi R, Charfi N, Maâlej Bouali M, Charfi N, Zouari L, et al. Sexual satisfaction in Tunisian obese subjects. *Sexologies*. juill 2014;23(3):e71-3.
- (4) Ribes G, Maillot-Mary S. La sexualité de la personne obèse. *Pelv Perineol*. Mars 2010 ;5(1):49-55.
- (5) Marzouk H, Kharrat I, Debbabi W, Chermiti S. Obésité et dysfonction sexuelle. *Annales d'Endocrinologie*. 1 févr 2023 ;84(1):232.
- (6) <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Facteurs-de-risque>
- (7) Treacy P. La sexualité des patientes obèses avec troubles du plancher pelvien avant et après chirurgie bariatrique : une étude prospective monocentrique utilisant le nouveau questionnaire PISQ-IR. *Progrès en Urologie*. nov 2019;29(13):709-10.
- (8) Ribes G., Iceta S. Sexualité du sujet en situation d'obésité, in *Les obésités, médecine et chirurgie*, Chap. 58, Elsevier Masson, 2021
- (9) Rowland DL, McNabney SM, Mann AR. Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. *Sex Med Rev*. 2017 Jul;5(3):323-338
- (10) Enquête Obépi-Roche 2020 : <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
- (11) Océane Bicand. L'influence de l'obésité dans une consultation de gynécologie en médecine générale, une étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Occitanie. Thèse de médecine. Université de Montpellier. 2022
- (12) G. Menvielle, ERESP, IPLESP, INSERM, INCa. Déterminants du dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes obèse. 2014
- (13) INCa, Référentiel national – Dépistage du cancer du col de l'utérus / Cadre et modalités de recours aux autoprélèvements vaginaux. 2022
- (14) HAS, Assurance Maladie. Surpoids-obésité de l'adulte : 14 messages clés pour améliorer les pratiques. Fiche Recommander les bonnes pratiques. 2023.
- (15) Cornet P., Duverne S., Miramont V. Paris : Ellipses ; 2022. (100 questions-réponses)
- (16) Pour une M.E.U.F. Déroulement de la consultation gynécologique [Internet]. Disponible sur : <https://www.pourunemeuf.org/>