

Les 10 points clés de la prise en charge de l'obésité de l'adulte en médecine générale

1. L'obésité est une maladie chronique qui touche en France 15% de la population adulte ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ; 54 % des hommes et 44 % des femmes sont en surpoids ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Il existe un fort gradient social.
2. Le poids et son évolution doivent être notés dans le dossier médical des patients, une fois par an.
3. Les personnes souffrant d'obésité sont victimes de nombreuses discriminations qui touchent tous les aspects de leur vie. Il est parfois difficile (aussi bien pour le patient que pour le médecin) d'aborder en consultation la problématique du poids. Le plus simple est de demander au patient l'autorisation de le faire, afin de choisir le bon moment.
4. L'objectif thérapeutique est d'améliorer la qualité de vie, les capacités fonctionnelles et les comorbidités. Une perte de poids de l'ordre de 5 % améliore déjà ces indicateurs.
5. Chez un patient en surpoids, en poids stable et sans comorbidité associée, il n'y a aucun argument pour l'inciter à perdre du poids, mais il est important de prévenir une prise de poids supplémentaire.
6. La prise en charge de l'obésité est du ressort du médecin généraliste, avec en appui, des professionnels comme les médecins nutritionnistes ou endocrino-diabéto-nutritionniste (nouveau DES), les diététiciens, les psychologues, les kinésithérapeutes ou les enseignants en activité physique adaptée. Elle est basée sur les principes de l'éducation thérapeutique et vise à renforcer les capacités d'adaptation du patient. La prise en charge est globale, centrée sur la personne et s'inscrit dans la durée. Elle concerne l'alimentation, l'activité physique et la dimension psychologique et sociale.
7. Il faut rechercher des événements de vie et/ou des troubles du comportement alimentaire qui pourraient être en rapport avec le développement de l'obésité et source de souffrance psychique.
8. En l'absence de signes cliniques évocateurs, il est inutile de rechercher biologiquement une hypothyroïdie ou un syndrome de Cushing.
9. Il est recommandé de s'adresser à un professionnel de second recours en cas de :
 - troubles du comportement alimentaire caractérisés : le recours au psychiatre ou au psychologue formé pour ces pathologies peut être rapidement nécessaire ;
 - récurrence après plusieurs tentatives de modifications thérapeutiques du mode de vie et d'échec de la prise en charge de premier recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an ;
 - $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, ou en cas d' IMC inférieur avec comorbidités graves dépendantes du poids.
 - demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique.
10. La chirurgie bariatrique ne peut être envisagée que chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :
 - $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par la perte de poids (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, stéatohépatite non alcoolique, maladies ostéo-articulaires invalidantes) ;
 - **en deuxième intention après échec d'un traitement médical bien conduit (alimentation, activité physique et dimension psychologique) pendant au moins 6-12 mois ;**
 - en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids ;
 - patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire ;
 - patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;
 - risque opératoire acceptable.

Le médecin généraliste traitant doit être associé à la décision pré-opératoire et au suivi post-opératoire. Un plan de suivi doit être mis en place, incluant les prescriptions vitaminiques au long cours selon les recommandations.

Références :

- Speed, M. S., Jepsen, O. H., Børghlum, A. D., Speed, D. & Østergaard, S. D. Investigating the association between body fat and depression via Mendelian randomization. *Transl Psychiat* **9**, 184 (2019).
- HAS. Recommandations Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours. Site visité le 3/12/2020
- Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
- Sturgiss E, van Weel C. T Le cadre des 5 A pour la prise en charge de l'obésité. Avons-nous besoin d'un modèle plus complexe ? *Can Fam Physician*. 2017;63(7):506-8.