

# Le patient obèse

Philippe Cornet

Maître de Conférences : UFR Pierre et Marie Curie

**Résumé :** L'obésité fait partie des pathologies nutritionnelles qui doivent bénéficier d'une prise en charge précoce et globale, sans céder à l'idéal de minceur qui prévaut dans la société. Le repérage des patients à risques doit être rigoureux : antécédents familiaux, facteurs de risques personnels dont le surpoids, sédentarité et tabagisme sont les plus accessibles à l'éducation. La reconnaissance des situations précipitantes permet d'anticiper les conséquences. Le surpoids doit être diagnostiqué et pris en considération dès le jeune âge. Une prise en charge au long cours qui tient compte des possibilités du patient, et de ses préférences, permet une éducation nutritionnelle bénéfique. L'activité physique à tous les âges doit être privilégiée, en l'adaptant aux capacités et aux goûts de chaque personne. Des aides peuvent être recherchées chez les diététiciennes ou dans des réseaux de soins coordonnés autour des problèmes nutritionnels.

**Mots clés :** surcharge pondérale, obésité, IMC, nutrition.

## Introduction

Les maladies de surcharge constituent un des dix premiers motifs de consultation en médecine générale. Elles sont principalement représentées par le diabète de type 2, les dyslipidémies et l'obésité. En augmentation constante dans les sociétés industrialisées, elles sont très largement impliquées dans la genèse des pathologies cardiovasculaires. Elles supposent toutes une aide au changement de comportement qui requiert des capacités de relation et d'éducation. L'obésité est l'archétype de la maladie de surcharge : elle remplit la triple condition d'être à la fois un véritable problème de santé publique, un thème outrageusement médiatisé et dramatiquement sous médicalisé. Véritable épidémie non infectieuse, la prévalence de l'obésité ne cesse de croître tant chez l'adulte que chez l'enfant. Elle atteint 10% de la population adulte, 16% des enfants : deux millions des jeunes de moins de dix huit ans sont obèses, et un enfant sur dix l'est avant l'âge de dix ans. Le dépistage des sujets à risque, la prévention et la prise en charge de l'obésité doivent être mis en œuvre en soins primaires.

## Définition de l'obésité

Chez une personne adulte, le surpoids est défini pour un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 25 à 30, l'obésité pour un IMC >30 et l'obésité massive pour un IMC >40. Cette classification trouve son intérêt en épidémiologie

mais ne change pas fondamentalement la prise en charge individuelle.

Chez l'enfant, l'analyse du carnet de santé et de la courbe de corpulence est fondamentale. L'analyse de la courbe d'IMC d'un enfant montre une progression de l'indice dans la première année : l'enfant grossit plus qu'il ne grandit. Puis la courbe s'inverse de la fin de la première année jusque vers l'âge de 5 à 6 ans, la croissance en taille est plus importante que l'augmentation du poids. Vers 5-6 ans, la courbe s'inverse à nouveau pour croître : l'enfant grossit plus qu'il ne grandit, c'est le rebond d'adiposité. L'anticipation de ce rebond, ou pire, la croissance continue de l'IMC sans diminution après un an, est un facteur pronostique péjoratif pour le risque d'obésité ultérieure. L'existence de deux déviations standard sur les courbes de référence (poids ou IMC) permet d'affirmer l'obésité.

## Critères de dépistage des sujets à risque

A l'exception des obésités génétiques qui sont rares, l'obésité est, pour l'essentiel, une maladie liée à une inadaptation à l'environnement : c'est une pathologie sociétale. La prédisposition individuelle au stockage s'exprime si le contexte psychosocial et métabolique de la personne le conduit à une inadéquation de ses entrées alimentaires à ses besoins. Les sujets prédisposés à l'obésité sont ceux qui ont :

- des antécédents familiaux d'obésité,
- une obésité de la petite enfance ou une précocité de l'âge du rebond d'adiposité,
- des antécédents de régimes à répétition avec des reprises de poids (syndrome du yo-yo).

D'autres facteurs sont inconsciemment associés à l'obésité : sédentarité, absence d'implication affective et éducative des parents dans l'enfance, niveau socio-économique bas, surpoids à la naissance (1).

Si ces personnes à risque se trouvent en situation précipitante, elles développent une obésité. Les situations précipitantes sont d'ordre psychologique, social, affectif, évènementiel, iatrogène : la dépression, le deuil et les séparations, le travail à horaires décalés, l'arrêt du tabac, la grossesse, certains traitements. Elles peuvent se combiner ou se succéder.

## Démarche de prévention

La stratégie de prévention en soins primaires ne concerne pas l'ensemble de la patientèle. Elle est déterminée par le dépistage préalable des sujets à risque et le repérage des situations à risque. La vigilance sera d'autant plus grande que les deux critères seront réunis (2).

Chez l'enfant en bas âge, les conseils portent sur l'optimisation de l'alimentation en aidant les parents à ne pas interpréter systématiquement les pleurs de leur enfant comme une manifestation de la faim. Ni le poids de naissance, ni le poids à un an ne sont directement corrélés au risque d'obésité ultérieure. Chez le jeune enfant à risque, l'accent doit être mis sur la modification durable des comportements vis-à-vis de l'alimentation et sur l'activité physique (1). L'augmentation des surcharges pondérales infantiles est plus liée à la sédentarité qu'à la modification de la qualité nutritionnelle. Il s'agit de permettre la constitution d'une véritable culture du sport. Elle se forge très progressivement au cours du temps mais se conserve jusqu'à l'âge adulte. L'attitude du médecin doit être positive en promouvant la dépense énergétique liée à l'activité plutôt que de proposer des régimes restrictifs. De façon paradoxale, ces derniers menacent l'équilibre psychique de l'enfant et lui font courir un risque accru d'obésité à l'adolescence ou à l'âge adulte. D'une manière générale, toute intervention diététique intempestive engage, de façon péjorative, le pronostic de l'évolution de la courbe de poids.

Les adolescents à risque de surpoids doivent bénéficier de la même stratégie favorisant au plus l'activité physique et le sport. Il convient de conseiller le jeune déjà obèse

sur le choix des sports à pratiquer. Les contraintes articulaires peuvent être majeures, tout particulièrement au niveau des genoux. Il est préférable d'éviter les sauts, les extensions répétées avec reprise brutale des appuis de pieds et les sports d'endurance excessifs pour le système cardio-respiratoire. A l'inverse, les sports ménageant les articulations des membres inférieurs sont à promouvoir : natation et sports d'eau, vélo, aviron. Le cadre diététique doit permettre à l'adolescent de consolider ses préférences alimentaires, de diversifier ses choix, de développer son plaisir à manger et de prendre conscience des erreurs les plus grossières dans son mode alimentaire. La démarche pédagogique est un accompagnement sans fixer de normalité pondérale.

Chez l'adulte, les situations précipitantes mobilisent l'attention ; les plus fréquentes sont l'arrêt du tabagisme, l'arrêt du sport, les grossesses, la ménopause, certains traitements chroniques (antidépresseurs, neuroleptiques, antiépileptiques, corticoïdes, insuline, protocoles pour la procréation médicalement assistée).

La prévention de l'obésité en soins primaires obéit à quatre principes :

- Intervenir chez les sujets à risque et ne pas céder à l'idéal de minceur qui prévaut dans la société.
- Repérer les situations précipitantes pour anticiper leurs conséquences.
- Favoriser l'activité physique à tous les âges, en l'adaptant aux capacités et aux goûts de chaque personne.
- S'inscrire dans le temps, avec une démarche pédagogique d'éducation.

## Stratégie d'accompagnement et de soins

La stratégie thérapeutique de l'obésité s'inscrit dans une double perspective : la prise en charge des complications et l'aide aux changements de comportement (3). Cette démarche prend du temps et il est nécessaire de définir un projet de soins étalé dans le temps et des objectifs pour chacune des consultations.

Deux situations sont possibles : soit la demande émane du patient qui souhaite être aidé pour perdre du poids, soit c'est le médecin qui propose à son patient de l'aider à maigrir. Dans le second cas, le chemin est parfois long pour convaincre la personne et les techniques d'aide aux changements de comportement prennent tout leur sens.

## Les cinq temps de la première consultation

### Recueillir les antécédents et les éléments cliniques

Le recueil des antécédents familiaux se fait au mieux avec un arbre généalogique en répertoriant les personnes obèses de la famille. Cette reconstitution ne témoigne pas nécessairement du caractère génétique de l'obésité, car le partage des habitudes alimentaires génère souvent les mêmes effets ; elle permet d'évaluer les responsabilités respectives des deux composantes, génétique et environnementale. L'existence de nombreux ascendants obèses témoigne de la prédisposition familiale à la surcharge pondérale.

L'obésité est une maladie hétérogène qui a un retentissement variable sur la santé physique. Le plus souvent ce retentissement est d'autant plus grave que l'obésité est ancienne et sévère. Lors de la première consultation, les signes fonctionnels sont répertoriés. Les trois plaintes les plus fréquentes sont :

- Les douleurs, siégeant le plus fréquemment au niveau des membres inférieurs, trop souvent sous-évaluées. Elles réduisent les déplacements des patients, ce qui aggrave l'isolement et diminue d'autant les dépenses énergétiques liées à l'activité physique.
- La dyspnée, parfois pour des efforts modérés, liée à l'adiposité périviscérale et à la pression intraabdominale qui entraînent une mobilité réduite du diaphragme, responsable d'une hypoventilation des bases et d'un syndrome restrictif. Elle peut-être majorée par l'existence concomitante d'une insuffisance cardiaque.
- La fatigue, qui peut avoir de multiples composantes : des troubles de la ventilation avec une hypercapnie, un syndrome d'apnée du sommeil (SAS), une dépression. Le SAS est trop souvent ignoré, le délai moyen de son dépistage est de 10 ans, son diagnostic repose sur un interrogatoire simple et un examen non invasif. Il se manifeste par des ronflements nocturnes, des apnées lors du sommeil, une nycturie, des céphalées matinales et des somnolences diurnes. Le diagnostic est confirmé par un enregistrement polysomnographique. La recherche d'un SAS doit être systématique chez un patient obèse.

### Analyser la demande d'amaigrissement

C'est le temps fondamental de la première consultation. Chaque personne qui souffre d'obésité a des raisons personnelles, intimes de vouloir maigrir. Le médecin est tenté de légitimer la demande d'amaigrissement aux seules raisons de la santé du patient. Si cet objectif reste pertinent, il n'est pas nécessairement celui du patient. "Pourquoi

voulez-vous maigrir ? ", "Qu'attendez-vous à être moins corpulent ? ", deux questions indispensables à poser afin de déterminer avec le patient ce qui fonde son projet. De cette formulation initiale dépend le choix des actions qui seront développées au cours du suivi.

### Reconstruire l'histoire pondérale

La reconstruction de l'histoire pondérale permet d'analyser les circonstances qui ont présidé à la prise de poids, les tentatives pour y faire face, les phases de stabilité pondérale. Chez les jeunes, le carnet de santé permet une analyse fine des variations pondérales en se référant aux courbes de poids et d'IMC. Les modifications des habitudes alimentaires se trouvent souvent associées à des événements marquants dans l'histoire de la personne.

### Analyser le morphotype

Selon la répartition des graisses, le risque cardio-vasculaire et les complications métaboliques sont variables. La surcharge graisseuse prédominant dans la partie sus-ombilicale (obésité androïde) augmente le risque cardio-vasculaire et un diabète de type 2, une HTA ou une dyslipidémie sont souvent associés. A l'inverse, une répartition sous-ombilicale des graisses (obésité gynoïde) est moins souvent associée à des complications cardio-vasculaires. Si l'obésité est massive, la graisse est répartie dans l'ensemble du corps (obésité mixte). Outre les risques afférents, le morphotype est un des éléments pronostiques à l'amaigrissement.

### Evaluer les éléments pronostiques à l'amaigrissement

Il est illusoire de fixer un poids à atteindre ou de planifier dans le temps la perte de poids : de nombreux paramètres influencent la célérité de l'amaigrissement qu'ils soient d'ordre physiologique individuel, psychologique et environnemental. Chaque individu répond différemment à une restriction énergétique, son métabolisme s'adapte plus ou moins bien à la pénurie. L'antériorité du surpoids, la répartition gynoïde des graisses, le nombre des phénomènes yo-yo sont autant de facteurs péjoratifs à la perte de poids. La capacité de résistance à la frustration, les troubles associés des comportements alimentaires, une dépression masquée grèvent le pronostic. Les difficultés d'organisation des repas, certains traitements délétères participent également au résultat.

## La conclusion de la première consultation

Au terme de la première consultation, il est possible :

- d'appréhender les raisons profondes qui amènent une personne à formuler une demande d'amaigrissement,

- d'évaluer le retentissement physique et psychologique de son obésité,
- d'appréhender les éléments pronostiques de ce projet.

La consultation peut se conclure sur une demande d'un carnet alimentaire rédigé sur une semaine, en y notant l'ensemble des repas pris, leurs horaires et les éventuels grignotages.

## Le carnet alimentaire

Il constitue le support indispensable à l'analyse des habitudes alimentaires du patient, fondement même de sa culture alimentaire héritée des traditions nationales, régionales, familiales voire religieuses et enrichie des rencontres culinaires au cours de sa vie. Le carnet alimentaire est un instrument pédagogique tant pour le médecin que pour son patient, il permet l'analyse régulière des adaptations culinaires au projet diététique et la personnalisation des conseils. Le généraliste n'est pas toujours formé à l'analyse exhaustive d'un carnet alimentaire. Il faut s'attarder sur la structure du carnet (rythme des repas, prises alimentaires extraprandiales, équilibre entre les différents repas), et rechercher les aliments à haute densité énergétique (corps gras, graisses cachées, alcool). Plutôt que d'imposer un modèle alimentaire de type régime standard, il est plus opportun de proposer des conseils diététiques respectueux de la culture alimentaire du patient en opérant par aménagements successifs et acceptés par ce dernier (4). L'obésité est une maladie chronique, il n'y a pas urgence à maigrir, ce qui permet de séquencer sa prise en charge sur plusieurs consultations en fixant pour chacune d'elles un objectif. Une telle disposition rend ce type d'accompagnement compatible avec l'exercice professionnel.

## Coordination des soins et collaboration professionnelle

L'obésité est une maladie qui, par son expression polymorphe, nécessite une prise en charge globale. Les complications sont hétérogènes, le retentissement psychologique variable, les incidences sociales multiples. L'obésité est associée avec une plus grande fréquence à l'HTA, au diabète de type 2, aux dyslipidémies, au syndrome métabolique, au syndrome d'apnée du sommeil, à l'hypertrophie ventriculaire gauche et à l'insuffisance cardiaque congestive, aux troubles du rythme, au risque thromboembolique, à l'arthrose des membres inférieurs, à la maladie veineuse et au lymphoedème. La difficulté de la prise

en charge peut être accentuée pour des corpulences très élevées du fait des contraintes techniques d'examen : échocardiographie cardiaque médiocre, ECG d'effort limité à cause des performances sous maximales, scanner impossible en raison du diamètre insuffisant des machines. Il est fréquent de rencontrer chez les personnes souffrant d'obésité un sentiment de dépréciation d'eux-mêmes, une image dévalorisée de leur corps, des difficultés relationnelles et un sentiment d'isolement sinon d'exclusion. Cette situation est aggravée par la discrimination à l'emploi et une plus grande précarité sociale. Devant la complexité du projet de soins, des collaborations étroites avec les autres spécialistes, le médecin du travail, les services sociaux et, pour les jeunes encore scolarisés, avec les professeurs d'éducation physique, sont indispensables.

## La gastroplastie

La gastroplastie est indiquée dans l'obésité morbide, c'est à dire pour des patients ayant un IMC supérieur à 40 (ou supérieur à 35 s'il existe des complications mettant en jeu le pronostic vital), après avoir bénéficié d'une prise en charge globale d'au moins un an. Les contre-indications sont les troubles majeurs du comportement alimentaire, la pathologie psychiatrique instable, l'alcoolisme, les risques anesthésiques non acceptables, l'absence de suivi nutritionnel en amont et le risque qu'il ne soit pas possible en aval. L'indication de la gastroplastie peut être posée par le médecin généraliste qui connaît son patient et évalue au mieux les risques et le bénéfice du traitement. Les manifestations bénignes les plus communes après l'intervention sont les vomissements, le pyrosis et les pesanteurs gastriques. Dans ce cas, il faut s'assurer du fractionnement des repas, de la bonne mastication préalable de petites bouchées, d'une alimentation ni trop chaude, ni trop froide, ni trop salée. Deux situations plus graves ou d'urgence doivent être connues :

- l'infection du boîtier permettant de gonfler l'anneau, qui se manifeste par de la fièvre ou des signes d'abcédation en regard du dispositif sous-cutané,
- le glissement brutal de l'anneau avec plicature de l'estomac, qui se manifeste par des signes de choc et non par des signes locaux épigastriques.

La surveillance de la tolérance anatomique de l'anneau se fait par un transit oeso-gastrique annuel afin de détecter une dilation pathologique de l'œsophage. Lorsque l'indication est correctement posée, la gastroplastie présente un rapport bénéfice-risque acceptable (5).

## Conclusion

L'obésité est l'archétype des maladies chroniques de surcharge, elle pénalise un nombre croissant de sujets de plus en plus jeunes. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) mis en place en 2001, s'est fixé parmi ses

objectifs prioritaires, de prévenir l'augmentation de la prévalence de l'obésité. La médecine générale, du fait de la spécificité des soins primaires, doit s'inscrire dans ce processus de prévention et de prise en charge en collaboration avec les différents professionnels susceptibles d'intervenir.

## Références

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandation pour la Pratique Clinique. Paris : ANAES, 2003.
2. Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité en France. Cahiers de Nutrition et de Diététique 1998;33 (suppl.1):1-48.
3. Baclet N, Cornet P, Eraldi-Gackière D, Gross P, Roques M. Obésité : accompagner pour soigner. Paris : Doin Collection conduites, 2001.
4. Basdevant A, Laville M, Lerebours E. Traité de nutrition clinique de l'adulte. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2001.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. Evaluation technologique. Paris : ANAES, 2001.



### CLASSIFICATION À REVOIR ?

La classification pédagogique habituelle "savoir, savoir faire, savoir être" reste utile mais elle est artificielle.

Il reste en effet à enseigner l'essentiel : la fonction médicale ne peut justement pas se découper de cette façon.

Elle est globale, incluant le soigné, la maladie, l'environnement, et même le soignant (qu'il le veuille ou non).

*Dans des réflexions (?) et éducatives // Revue 2002*