

# Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours

Septembre 2011

## POURQUOI REPÉRER L'EXCÈS DE POIDS ?

L'obésité est une maladie chronique.

L'excès de poids augmente la morbidité.

La mortalité totale augmente avec l'indice de masse corporelle (IMC)<sup>1</sup> essentiellement à partir d'un IMC  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup>, sauf pour les patients âgés.

Il faut souligner l'intérêt de la perte de poids chez des personnes avec obésité pour réduire les comorbidités associées. Ainsi, une perte de poids de 5 % à 10 % diminue le risque d'apparition du diabète de type 2.

**AE**

- Il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale.
- Les personnes ayant une obésité sont victimes de nombreuses discriminations qui touchent toutes les dimensions de la vie.  
Il est recommandé que le médecin en mesure l'impact.
- Il est recommandé que le médecin mette en garde les patients contre les régimes successifs à l'origine de fluctuations de poids qui peuvent être dangereuses pour la santé et contre l'utilisation des traitements médicamenteux.

1. L'IMC est calculé en divisant le poids par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup>.

## QUAND DIAGNOSTIQUER LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ ?

### AE

- Le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients.
- La taille doit être mesurée à la première consultation.
- Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution.

### Facteurs favorisant la prise de poids

- Apports énergétiques excessifs (alimentation trop riche, trop dense en calories, boissons sucrées, grande taille des portions).
- Sédentarité.
- Arrêt ou réduction de l'activité physique et sportive.
- Arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées.
- Consommation d'alcool.
- Prise de certains médicaments (parmi lesquels des neuroleptiques, des antidépresseurs, des antiépileptiques, l'insuline, les sulfamides hypoglycémiantes, les corticoïdes).
- Facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité.
- Antécédents d'obésité dans l'enfance.
- Grossesse.
- Ménopause.
- Troubles du comportement alimentaire (impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, hyperphagie boulimique).
- Troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale.
- Facteurs professionnels (parmi lesquels stress au travail, travail posté).
- Diminution du temps de sommeil.

## COMMENT DIAGNOSTIQUER LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ ?

Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose sur l'IMC.

### Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC\*

	Classe de l'obésité	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Poids normal		18,5 - 24,9
Surpoids		25,0 - 29,9
Obésité	I. modérée	30,0 - 34,9
	II. sévère	35,0 - 39,9
	III. morbide	≥ 40

\* Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de Rapports techniques 2003 ; (894).

**C**

Pour un IMC supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup>, 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.

Le tour de taille est un indicateur de l'excès de graisse au niveau abdominal. Cet excès est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.

## QUE PROPOSER ?

Voir le tableau bilan initial et la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial.

**AE**

- Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.
- La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.
- Il est recommandé au médecin d'éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne en excès pondéral la seule responsable de son poids.

## OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

**AE**

- Pour les patients en surpoids, l'objectif est avant tout de ne pas prendre de poids
- En cas de tour de taille élevé ( $\geq 80$  cm chez la femme,  $\geq 94$  cm chez l'homme), l'objectif est de stabiliser le poids et de réduire le tour de taille.
- En cas de comorbidité associée, l'objectif est la perte de poids et/ou la réduction du tour de taille.
- Pour les patients ayant une obésité, il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial et de prendre en charge les comorbidités associées.
- Stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique.

## CONSEILS GÉNÉRAUX

<b>AE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas.</li><li>• Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, au bout de 6 mois à un an le médecin peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, et tout en continuant à le suivre (diététicien ou médecin spécialisé en nutrition, psychologue et/ou psychiatre, professionnels en activités physiques adaptées).</li></ul>
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il est nécessaire d'informer le patient en surpoids des bénéfices pour sa santé à ne pas prendre de poids.</li><li>• En cas de désir de perdre du poids, alerter la personne en surpoids sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés.</li><li>• Établir avec le patient ayant une obésité des objectifs de réduction pondérale réalistes (avec en moyenne une perte de poids de 1 à 2 kg/mois), en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique.</li></ul>

## CONSEILS POUR MODIFIER LES HABITUDES ALIMENTAIRES

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lorsqu'un amaigrissement est envisagé (surpoids avec comorbidité ou obésité), le conseil nutritionnel vise à diminuer la ration énergétique en orientant le patient vers une alimentation de densité énergétique moindre et/ou un contrôle de la taille des portions.</li></ul>
<b>AE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le médecin doit chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires.</li><li>• Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée (voir la fiche de conseils pour l'alimentation).</li></ul>

## CONSEILS POUR AUGMENTER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DIMINUER LA SÉDENTARITÉ

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les patients doivent être encouragés à effectuer au moins 2 h 30 par semaine d'activité physique d'intensité modérée.</li><li>• Pour en retirer un bénéfice supplémentaire pour la santé les adultes devraient augmenter la durée de leur activité physique d'intensité modérée de façon à atteindre 5 h par semaine (ou pratiquer 2 h 30 par semaine d'activité physique d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue) (voir fiche exemples d'activités physiques).</li></ul>
----------	---

**AE**

- L'activité physique quotidienne doit être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle.
- Le type d'activité physique doit être expliqué et négocié avec le patient en fonction de ses possibilités et de sa motivation.

## APPROCHE PSYCHOLOGIQUE ET COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

**AE**

- Toutes les approches favorisant la relation médecin-patient ou l'aptitude au changement peuvent être prises en compte ; mais les techniques cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité.
- Les autres techniques ne sont pas encore évaluées.

## TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

**AE**

- Au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs, et des interactions médicamenteuses (entre autres avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux), la prescription d'orlistat n'est pas recommandée.
- La prescription de traitements médicamenteux visant à entraîner une perte de poids et n'ayant pas d'AMM dans le surpoids ou l'obésité est proscrite.

## SUIVI

**AE**

- La fréquence des consultations doit être adaptée afin de parvenir à la perte pondérale visée et de la maintenir.
- La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours.
- Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique, et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme.

### Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>AE</b>
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts

**HAS**

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :

« Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » - Septembre 2011.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)