

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

Septembre 2011

Pourquoi repérer l'excès de poids ?



Que faire chez les sujets ayant  
un âge physiologique avancé ?



Quand diagnostiquer le surpoids  
et l'obésité ?



Que faire en amont de la grossesse  
et en cas de grossesse ?



Comment diagnostiquer le surpoids  
et l'obésité ?



Que faire en cas d'obésité associée  
à un diabète, à une arthrose ou lors  
d'un traitement médicamenteux ?



Que proposer ?



 Données de prévalence

 Conséquences de l'excès de poids

 Intérêt de la prise en charge de l'obésité

 Données sur les fluctuations pondérales (effet Yo-Yo) associées à une augmentation du risque de morbidité

### Données de prévalence

En France, la prévalence de l'obésité est estimée à 15 % de la population adulte et cette prévalence est en augmentation.

**Il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale.**

Il est recommandé d'être particulièrement attentif à la tranche d'âge 25-34 ans, et aux personnes issues de milieux défavorisés (surtout pour les femmes).

### Conséquences de l'excès de poids

L'obésité est une maladie chronique. L'excès de poids augmente la morbidité. La mortalité totale augmente avec l'IMC essentiellement à partir d'un IMC  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup> sauf pour les patients âgés.

**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 prenne en compte aussi les préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation de la maladie.

## Intérêt de la prise en charge de l'obésité

Il faut souligner l'intérêt de la perte de poids chez des personnes ayant une obésité pour réduire les comorbidités associées. En particulier, une perte de poids de 5 % à 10 %, maintenue :

- améliore le profil glucidique et lipidique ;
- diminue le risque d'apparition du diabète de type 2 ;
- réduit le handicap lié à l'arthrose ;
- réduit la mortalité toutes causes confondues, la mortalité par cancer et la mortalité par diabète dans certains groupes de patients ;
- diminue la pression sanguine ;
- améliore les capacités respiratoires des patients avec ou sans asthme.

## Données sur les fluctuations pondérales (effet Yo-Yo) associées à une augmentation du risque de morbidité

**Il est recommandé que le médecin mette en garde les patients contre des régimes successifs à l'origine de fluctuations de poids qui peuvent être dangereuses pour la santé.**





### Circonstances du diagnostic



### Facteurs favorisant la prise de poids

#### Circonstances du diagnostic

L'IMC doit être calculé pour tous les patients quel que soit le motif de consultation.

**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 (Consulter la table d'indice de masse corporelle).**

#### Facteurs favorisant la prise de poids

Il est recommandé de rechercher les facteurs favorisant la prise de poids (**tableau 1**).

Il n'y a pas lieu de rechercher une hypothyroïdie, un Cushing, une acromégalie en l'absence de signes cliniques d'appel.

 **IMC, tour de taille**

 **Matériel nécessaire**

## IMC, tour de taille

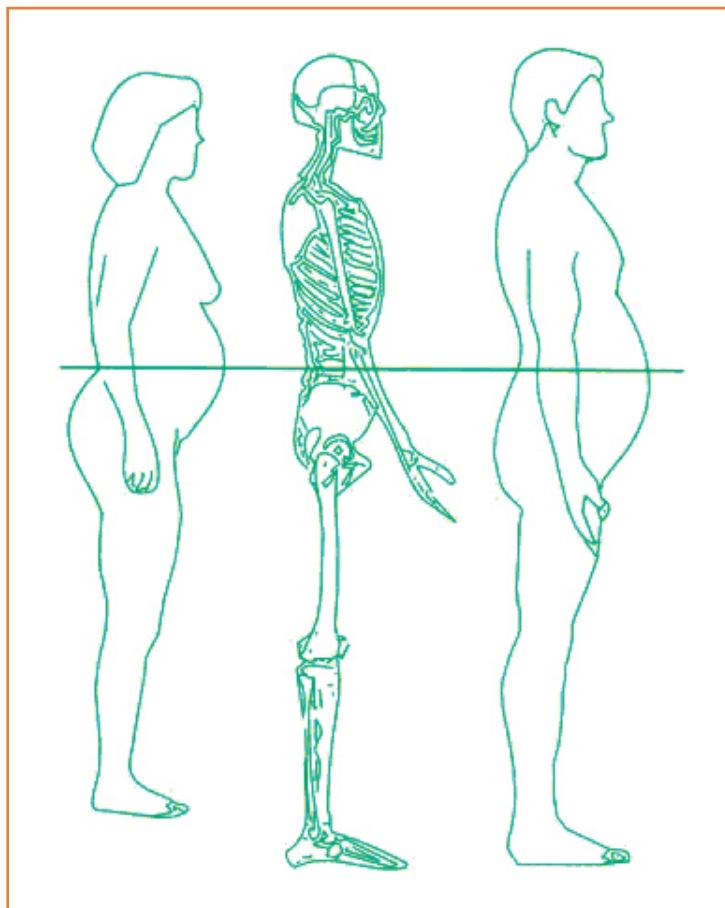
Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose sur l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids (en kilos) et de la taille (en mètres) (poids/taille au carré).

**Pour un IMC égal ou 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 (voir figure 1) (grade C).**

Le tour de taille est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte (obésité abdominale). L'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.

La mesure de la composition corporelle par impédancemétrie n'est pas recommandée.

La mesure du pli cutané et le rapport tour de taille/tour de hanche ne sont pas recommandés en médecine de premier recours.



**Figure 1.** 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 normale 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.

Chaque cabinet médical doit être équipé :

- de sièges adaptés aux personnes avec obésité, y compris dans la salle d'attente ;
- de tensiomètre avec brassard adapté ;
- d'une toise ;
- de pèse-personne gradué jusqu'à 150 kilos minimum et idéalement jusqu'à 200 kilos.

La mesure du tour de taille doit être faite avec un mètre ruban.

  
Bilan initial

  
Quels objectifs  
thérapeutiques ?

  
Suivi à long terme

### Quels conseils thérapeutiques ?

  
Généralités

  
Conseils diététiques

  
Intervention visant à augmenter  
l'activité physique

  
Approches psychologique et  
cognitivo-comportementale

  
Traitement  
médicamenteux

  
Autres méthodes pour  
la perte de poids

**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.**

#### Bilan initial (origine et conséquences du surpoids et de l'obésité)

**Il est recommandé au médecin d'éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne en excès pondéral la seule responsable de son poids.**

Le bilan initial est présenté dans le [tableau 1](#).

En l'absence de signes cliniques en faveur d'une hypothyroïdie, il n'y a pas d'indication à faire un dosage de TSH.

En l'absence de signes cliniques en faveur d'une maladie de Cushing, il n'y a pas d'indication à faire un dosage de cortisol libre urinaire/24h.

**Le médecin généraliste prend en charge le patient (voir infra).**

**Il envisagera l'aide d'un professionnel de santé en deuxième recours en cas :**

- **de récurrence après plusieurs régimes ou d'échec de la prise en charge de premier recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an en général. Le médecin généraliste pourra faire appel à un médecin spécialisé en nutrition ou un diététicien, à un psychiatre ou un psychologue clinicien, à un masseur-kinésithérapeute ou un enseignant en activités physiques adaptées ;**
- **d'IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> avec comorbidité et IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup> si demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique.**

Dans les troubles du comportement alimentaire caractérisés le recours au psychiatre ou au psychologue formé pour ces pathologies peut être rapidement nécessaire.

Il n'est pas possible actuellement de proposer un schéma plus précis pour faire appel au deuxième recours. Ce deuxième recours n'est pas suffisamment organisé et visible, en particulier en fonction de la disponibilité locale des différents professionnels et des coûts restant à la charge du patient.





Tableau 1. Bilan initial d'un excès de poids

Interrogatoire et examen clinique	
<b>Mesurer le tour de taille</b>	
<b>Rechercher des facteurs favorisant la prise de poids</b>	
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 hypoglycémifiants, les corticoïdes)	
Facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité	
Antécédents d'obésité dans l'enfance	
Grossesse	
Ménopause	
Troubles du comportement alimentaire	
Troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale	
Facteurs professionnels (parmi lesquels stress au travail, travail posté)	
Diminution du temps de sommeil	
<b>Identifier un trouble du comportement alimentaire</b>	
Impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, moins fréquemment hyperphagie boulimique	
<b>Retracer l'histoire pondérale</b> (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
<b>Évaluer l'activité physique</b> (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
<b>Évaluer l'activité sédentaire</b> (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
<b>Étudier les habitudes et les apports alimentaires</b> (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
<b>Rechercher les médicaments pris par le patient et leur lien avec la prise de poids</b>	
<b>Évaluer sa perception de l'excès de poids, son vécu et sa <u>motivation au changement</u></b>	
<b>Rechercher les conséquences de l'excès de poids</b>	
<b>Somatiques</b>	Hypertension artérielle (mesurer la pression artérielle avec un brassard adapté, sur les bras coniques, la mesure est réalisée à l'avant-bras) Dyspnée d'effort Angor Apnées du sommeil, endormissement diurne, ronflements, asthénie matinale Douleurs articulaires (genoux, hanches, chevilles, lombaires) Macération des plis, mycoses Insuffisance veineuse, lymphœdème Incontinence urinaire Anomalies du cycle menstruel Signes orientation de présence d'un cancer (métrorragies, examen des seins, etc.)
<b>Psychologiques</b>	Troubles anxio-dépressifs, perte de la libido Troubles du comportement alimentaire secondaires à l'obésité (« pertes de contrôle », compulsions alimentaires secondaires aux régimes répétés, syndrome du mangeur nocturne)
<b>Sociales</b>	Difficultés à l'embauche, discrimination, stigmatisation, arrêts de travail, perte du travail, isolement
<b>Altération de la qualité de vie</b>	
Ordonnance	
<b>Exploration d'anomalie lipidique (EAL)</b>	
<b>Chez des sujets âgés de plus de 45 ans ayant un IMC <math>\geq 28</math> kg/m<sup>2</sup> : glycémie à jeun</b>	



## Quels objectifs thérapeutiques ?

### Patients en surpoids

**Il n'y a aucun argument pour inciter à perdre du poids un patient en simple surpoids stable et sans comorbidité associée, mais il est important de prévenir une prise de poids supplémentaire.**

**Quand son tour de taille est élevé ( $\geq 80$  cm chez la femme,  $\geq 94$  cm chez l'homme), l'objectif est de prévenir une prise de poids supplémentaire et de réduire le tour de taille car un tour de taille élevé est un facteur de risque de diabète et de maladie cardio-vasculaire (indépendamment de l'IMC).**

**En cas de comorbidité associée, l'objectif est de perdre du poids et/ou de réduire le tour de taille.**

### Patients avec une obésité

**Il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial.**

Cet objectif est réaliste pour l'amélioration des comorbidités et de la qualité de vie.

**Il est recommandé de prendre en charge les comorbidités associées.**

**Le maintien de la perte de poids est essentiel.**

**Stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique.**

Il faut être attentif à l'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient.

## Généralités

**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.**

**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).**

Le médecin du travail peut aussi être une aide et un relais de la prise en charge, en modifiant par exemple, si le besoin s'en faisait sentir, les rythmes ou les horaires de travail (pour certains patients ayant un travail de nuit ou un travail posté).

Il est nécessaire de considérer et de sensibiliser l'entourage proche des patients en excès de poids. Le cas échéant, il peut être intéressant de l'associer à la démarche thérapeutique.

Il est nécessaire de donner les informations dans un style et un langage qui conviennent à la personne et à son entourage.



Patients en surpoids

**Il est nécessaire d'informer le patient des bénéfices pour sa santé à ne pas prendre de poids (grade B).**

Il est recommandé de lui donner des conseils (voir infra) pour éviter une prise de poids.










**En cas de désir de perdre du poids, alerter la personne sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés (grade B).**





Patients avec une obésité

**Établir avec le patient 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 (grade B).**

Le tableau 2 résume les interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique (en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités).

Tableau 2. Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25 - 30			
30 - 35			
35 - 40			
> 40			

-  **SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie** (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
-  **SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
-  **Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)
-  **Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids). **Considérer la chirurgie bariatrique\***

\* Voir recommandations HAS, 2009. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte.

**Il est nécessaire d'évaluer les habitudes alimentaires pour estimer les apports énergétiques et d'évaluer l'activité physique pour estimer la dépense énergétique (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial).**

**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.**

**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 (grade B).**

**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** (ne pas sauter de repas, contrôler les portions, ne pas se resservir, prendre le temps de manger, éviter le grignotage, diversifier les repas, etc.) **(Consulter la fiche de conseils pour l'alimentation).**

Il est important de reconnaître et de lever les tabous alimentaires, les fausses croyances, les sources de frustration et de désinhibition.

Il peut être nécessaire de proposer au patient de modifier ses comportements d'achat des aliments, le mode de préparation des repas **(Consulter la fiche de conseils pour l'alimentation).**

Les changements de comportement doivent être prolongés sur le long terme. L'arrêt de ces mesures expose à une rechute.

Les régimes très basses calories (moins de 1 000 Kcal par jour) ne sont pas indiqués sauf cas exceptionnels. Ils doivent être supervisés par un médecin spécialisé en nutrition.

Il est recommandé d'informer le patient que la recherche de perte de poids sans indication médicale formelle comporte des risques en particulier lorsqu'il est fait appel à des pratiques alimentaires déséquilibrées et peu diversifiées (grade B).

L'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien familial ou communautaire.

**Une analyse des activités quotidiennes et des capacités physiques du patient doit être systématiquement réalisée avant d'apporter des conseils (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial).**

L'éducation thérapeutique vise à encourager les patients à augmenter leur activité physique même s'ils ne perdent pas de poids et à réduire le temps consacré à des activités sédentaires.



**L'activité physique quotidienne doit être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle.**

L'évaluation du risque cardio-vasculaire global doit être réalisée avant la reprise d'une activité physique. En fonction de son intensité et des comorbidités, elle peut justifier un avis cardiologique.

**Les patients doivent être encouragés à effectuer au moins 150 minutes (2 h 30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée (Consulter la fiche d'exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité). Cette activité physique peut être fractionnée en une ou plusieurs sessions d'au moins 10 minutes (grade B).**

**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 300 minutes (5 h) par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue (grade B).**

**Le type d'activité physique doit être expliqué et négocié avec le patient en fonction de ses possibilités et de sa motivation.**

Tout nouvel effort par rapport à la situation antérieure doit être valorisé et encouragé.

Le médecin peut avoir recours à un professionnel en activités physiques adaptées en cas d'objectif thérapeutique initial non atteint ou en cas de demande du patient.

### Approches psychologique et cognitivo-comportementale

**Il est recommandé d'avoir une approche psychologique pour les patients en excès de poids.**

**Elle peut être réalisée par le médecin généraliste et complétée si nécessaire par une prise en charge spécialisée (en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire, de trouble dépressif).**

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

### Traitement médicamenteux

L'orlistat est actuellement le seul médicament ayant une indication dans l'obésité autorisé en France, non remboursé.

**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.**



## Autres méthodes pour la perte de poids

**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.**

Il n'y a pas d'effet démontré de l'acupuncture, de l'acupression, des suppléments alimentaires, de l'homéopathie, de la thérapie par l'hypnose dans le traitement de l'excès de poids.

## Suivi à long terme

L'obésité est une maladie chronique.

**La fréquence des consultations doit être adaptée afin de parvenir à la perte pondérale visée et de la maintenir.**

Au début, les consultations sont rapprochées. Ensuite les consultations sont moins fréquentes. Des chiffres concrets concernant la fréquence des consultations ne peuvent pas être donnés.

**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.**

Des fiches résumant la prise en charge des patients en surpoids ou avec une obésité sont présentées.

**Consulter la fiche de prise en charge du surpoids et la fiche de prise en charge de l'obésité.**



Au-delà de 75 ans, le risque majeur lié au poids n'est plus l'obésité mais la dénutrition et/ou un surpoids qui peut masquer une malnutrition protéino-énergétique avec une importante fonte musculaire (sarcopénie).

**Il est recommandé de ne pas faire maigrir systématiquement un sujet âgé ayant une obésité mais il faut tenir compte du retentissement de l'excès de poids sur la qualité de vie.**

  
**Préparation à la grossesse**

  
**Femmes enceintes**

  
**Accompagnement de la femme après la naissance de l'enfant**

  
**Femmes qui ont un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> après la naissance de l'enfant**

### Préparation à la grossesse

**Pour les femmes avec une obésité ayant un désir de grossesse il est recommandé d'encourager la perte de poids en informant sur les bénéfices pour sa fécondité, sa santé et celle de l'enfant à naître (mesures alimentaires et activité physique) (grade B).**

### Femmes enceintes

**Pour une femme enceinte en excès de poids, il est recommandé d'encourager vivement l'activité physique, en particulier pour diminuer le risque de diabète gestationnel (grade B).**

L'objectif de l'activité physique de loisirs est d'entretenir sa forme physique :

- si les femmes n'avaient pas d'activité physique de loisirs régulière, elles devraient commencer par des sessions de 15 minutes d'activité continue au maximum, trois fois par semaine, puis augmenter peu à peu pour aboutir à des sessions quotidiennes de 30 minutes ;
- si les femmes avaient une activité physique de loisirs régulière avant la grossesse, elles devraient être en mesure de continuer sans effets néfastes à condition que cette activité de loisirs soit adaptée.

**Le médecin doit expliquer aux femmes enceintes qu'il n'est pas nécessaire de manger pour deux et que les besoins caloriques changent peu durant les 6 premiers mois de grossesse et augmentent modestement dans les 3 derniers mois.**

**La prise de poids pendant la grossesse devrait être limitée à 7 kilos pour les femmes ayant un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Toute prise de poids jugée excessive ou trop rapide doit conduire à un avis spécialisé.**





## Accompagnement de la femme après la naissance de l'enfant

**Il est recommandé de conseiller aux mères présentant un excès de poids d'allaiter leur enfant comme à toutes les femmes.**

Les professionnels de santé doivent les assurer qu'une alimentation saine, une activité physique régulière et une perte de poids graduelle ne vont pas affecter la qualité ou la quantité du lait maternel (grade C).

Il faut profiter de la consultation qui a lieu 6 à 8 semaines après la naissance pour discuter avec la femme de son poids.

## Femmes qui ont un IMC $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup> après la naissance de l'enfant

Il est recommandé d'expliquer aux femmes les risques pour la santé associés à l'obésité pour elles-mêmes et pour les futures grossesses, et les encourager à perdre du poids (grade B).





**Diabète**



**Arthrose**



**Prescription de médicaments chez le patient ayant une obésité**

### Diabète

Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux patients ayant une obésité et un diabète. La prise en charge est fondée sur les conseils diététiques, l'activité physique, une approche psychologique et, si nécessaire, le recours aux diététiciens ou aux médecins spécialisés en nutrition, endocrinologues, psychologues, psychiatres, enseignants en activité physique adaptée.

### Arthrose

Pour un patient en excès pondéral souffrant d'arthrose il est recommandé d'encourager une perte de poids d'au moins 5 % par rapport au poids initial.

### Prescription de médicaments chez le patient ayant une obésité

Lors de la prescription d'un médicament chez un patient ayant une obésité, il est recommandé de tenir compte des données pharmacocinétiques lorsqu'elles existent.

La recommandation de bonne pratique  
est consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

