

L'obésité, une maladie multifactorielle et chronique

Valérie Laikuen^a

Médecin généraliste, responsable d'un service d'obésité complexe, spécialisée en éducation thérapeutique du patient, directrice de thèse pour les internes de médecine générale

Fanny Ribière^a

Cadre de santé

Frédéric Sanguinol^a

Médecin spécialiste en obésité

Pierre-Yves De Kérimel^a

Directeur

Jean-Luc Sudres^{a,b}

Psychologue clinicien et art thérapeute, docteur en psychopathologie, habilité à diriger des recherches (HDR) en psychologie, professeur de psychologie (psychopathologie clinique)

Jean-Pierre Bouchard^{c,d,e,*}

Docteur en psychologie (psychopathologie), docteur en droit, successivement psychologue hospitalier hors classe, ingénieur hospitalier en chef de classe exceptionnelle au centre hospitalier de Cadillac, qualifié aux fonctions de professeur des universités (psychologie, psychologie clinique, psychologie sociale), professeur extraordinaire (extraordinary professor)

^aClinique du Château de Vernhes, Route de Villemur, 31340 Bondigoux, France

^bUniversité Toulouse

Jean-Jaurès, UFR de psychologie, 5 allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse, France

^cCentre hospitalier de Cadillac (IPIP/UMD), 33410 Cadillac, France

^dPsychologie-criminologie-victimologie (PCV), 33000 Bordeaux, France

^eDepartment of Statistics and Population Studies, Faculty of Natural Sciences,

University of the Western Cape, Robert-Sobukwe road, Bellville, 7535 Cape-Town, South Africa

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

jean_pierre_bouchard@yahoo.fr (J.-P. Bouchard).

Pathologie de la modernité, l'obésité se développe dans la population à une vitesse importante liée à des facteurs de risques et de dérèglements somatopsychiques multiples. Les réponses du système de santé se sont enrichies de programmes et de centres spécialisés qui ne doivent pas nous faire oublier les pragmatismes cliniques de base.

© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – multifactorialité ; obésité ; pragmatisme clinique ; programme de soin ; recommandation de bonnes pratiques

Obesity, a multifactorial, chronic disease. A pathology of modernity, obesity is developing rapidly in the population, linked to multiple risk factors and somatopsychic disturbances. The healthcare system's responses have been enriched by specialized programs and centers, but we mustn't forget basic clinical pragmatism.

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – multifactoriality; obesity; clinical pragmatism; care program; good practice recommendation

L'obésité se définit selon l'indice de masse corporelle (IMC) ; soit le poids/taille au carré. Si les niveaux de sévérité de la maladie peuvent se caractériser avec celui-ci (obésité modérée = IMC entre 30 et 35, obésité sévère = IMC entre 35 et 40, obésité massive ou morbide = IMC supérieur à 40), il ne suffit pas à élaborer la stratégie thérapeutique ; une classification spécifique est nécessaire [1,2]. D'ailleurs, « une situation d'obésité est dite complexe en cas d'aggravation par l'obésité d'une maladie chronique somatique ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé ; ou en cas d'obésité de classe III (IMC \geq seuil 40 kg/m²) et du cumul de facteurs associés : situation de handicap fonctionnel ou périmètre de marche limité, retentissement professionnel, social, familial, non-atteinte des objectifs de perte de poids et de modifications des habitudes de vie ; ou de contre-indication de la chirurgie bariatrique ; ou d'échec de la chirurgie bariatrique » [3].

◆ En 2020, la dernière étude Obepi-Roche fait un état des lieux de l'obésité en France et retrouve 30,3 % de Français en surpoids, et 17 % atteints d'obésité ; donc plus de 8,5 millions de personnes. Deux pour cent de la population, soit un peu plus d'un million de Français, sont en obésité morbide ou massive. L'étude montre que l'obésité est corrélée au milieu social, elle est deux fois plus élevée chez les catégories populaires (employés ou ouvriers) que chez les cadres (18 % vs 9,9 %).

L'obésité ne figure toujours pas dans la liste des affections longue durée

◆ Il est également retrouvé une augmentation :
• de la prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction de l'âge : 18 % des enfants de 2 à 7 ans, 6 % des enfants de 8 à 17 ans, 9,9 % des 18 à 24 ans, 13,8 % des 25 à 34 ans, 16,7 % des 35 à 44 ans, 18,4 % des 45 à 54 ans, 19,9 % des 55 à 64 ans, 19,2 % chez les 65 ans et plus. Notons qu'en matière d'obésité pédiatrique, 75 % des enfants en surcharge pondérale sont issus des catégories populaires et inactives ;

• des disparités sur le territoire français, notamment dans des régions Hauts-de-France et Grand-Est avec des taux de prévalence atteignant les 20 à 22 % de la population. Ces chiffres sont en constante augmentation depuis 1997 (figure 1).

◆ Paradoxalement, malgré ce contexte situationnel alarmant et les nombreuses comorbidités internationalement reconnues, l'obésité ne figure toujours pas dans la liste des affections longue durée (ALD).

Des facteurs de risques en conséquence

Les apports des travaux de recherche et la clinique de terrain conduisent à s'arrêter sur les facteurs de risques suivants :

• les changements des habitudes alimentaires (augmentation des portions, aliments transformés, densité énergétique accrue, aliments industriels, disponibilité de l'alimentation) ;

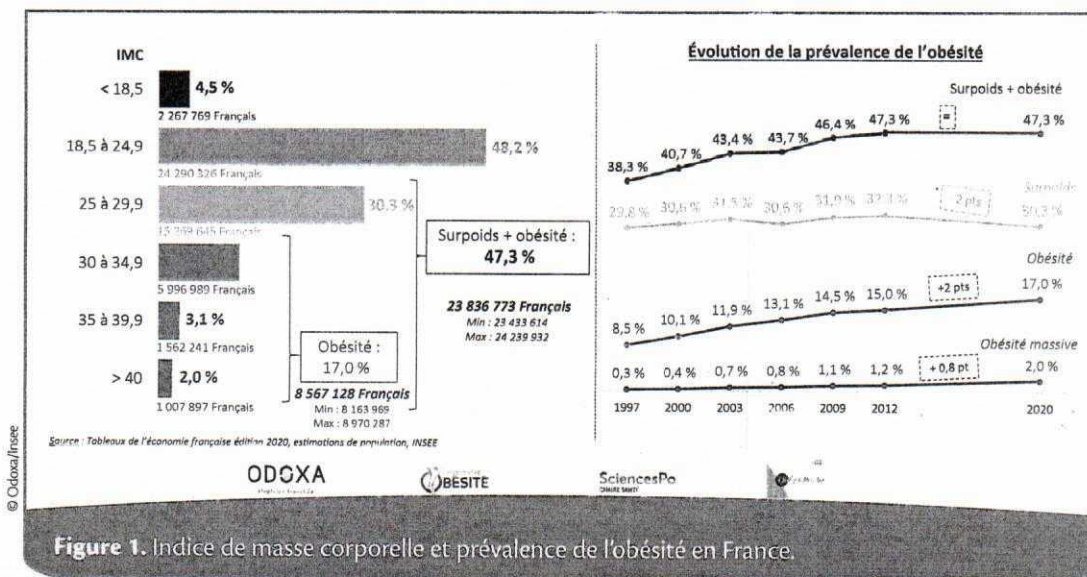


Figure 1. Indice de masse corporelle et prévalence de l'obésité en France.

- l'accroissement de la sédentarité (culture numérique, utilisation au quotidien de la voiture et des transports en commun) ;
- la transformation de l'environnement familial ou socioprofessionnel (mode de vie, situation économique, sociale ou familiale) ;
- la perturbation de l'horloge biologique (stress chronique, effets secondaires de médicaments tels que les antidépresseurs, les corticoïdes, les neuroleptiques consommés sur le long terme, les troubles du sommeil, l'irrégularité des repas, le travail de nuit) ;
- la spécificité et la qualité du microbiote intestinal ;
- les situations prénatales singulières (tabagisme maternel, diabète ou surpoids maternel, prise de poids excessive durant la grossesse, déficit ou excès de croissance du fœtus, milieu socio-économique défavorable) ;
- les troubles du comportement alimentaire (anorexie, orthorexie, boulimie, hyperphagie, grignotages compulsifs) ;
- la prédisposition génétique (risque majoré de 2 à 8 fois si un des membres de sa famille est en situation d'obésité).

✦ **Les conséquences de l'obésité sur la santé sont donc multiples et potentiellement graves (figure 2).** D'ailleurs, les principales comorbidités que sont l'hypertension artérielle et les pathologies cardiovasculaires, le diabète de type 2, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles du sommeil, les pathologies ostéo-articulaires, les troubles dépressifs, le risque majoré de cancers nécessitent une approche holistique (bio-médico-psycho-socio-culturo-professionnelle) d'équipe pluridisciplinaire pour en circonscrire les contours *via* une proposition de filière de soins optimale [1].

Les réponses du système de santé

Les programmes

✦ **Le Gouvernement a élaboré le premier programme national Nutrition santé (PNNS) en janvier 2001**, sur la base d'un rapport du Haut Conseil de la santé publique. Il s'alarmait déjà du constat de forte prévalence de l'obésité aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, de la tendance à la hausse de cette prévalence et des coûts. Globalement, estimés aujourd'hui à 12 milliards d'euros par an, les coûts directs et indirects de l'obésité sont colossaux.

✦ **Nous en sommes au 4^e PNNS** couvrant la période de 2019 à 2023. Face à cette aggravation constante de l'obésité en France, le Gouvernement a lancé en 2010 le Plan obésité 2010-2013 qui comporte 4 axes prioritaires :

- améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte ;
- mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique ;
- prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination ;
- investir dans la recherche.

Les centres spécialisés et intégrés

✦ **Tout cela a permis la création de 37 centres spécialisés obésité (CSO) [4-6]** dont 5 centres intégrés de l'obésité (CIO), qui ont pour missions :

- la prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation d'obésité sévère ou complexe ;
- l'organisation, l'animation et le développement de la filière de soins "obésité" en région.

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Recommander les bonnes pratiques. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. 11 janvier 2023. www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l'adulte.
- [2] Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : Chirurgie. Recommandation de bonne pratique. 2023. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022_06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf.

Références

[3] Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Recommander les bonnes pratiques. Recommandation. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : Prise en charge médicale. 2 juin 2022. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf.

[4] Savey V, Bihan E, Genot AL, Jegou L, Thouret A, Vastel E. Accueil et bilan initial lors de la prise en charge d'une personne en situation d'obésité sévère au sein d'un centre spécialisé de l'obésité. *Rev Infirm* 2023;72(293):23-6.

[5] Savey V, Bedar A, Queslier C, Thouret A, Vastel E. Le lien ville-hôpital dans le parcours de soins des patients obèses sévères suivis au sein d'un centre spécialisé de l'obésité. *Rev Infirm* 2023;72(293):29-32.

[6] Lee Bion A, Savey V, Bedar A, Bihan E, Grandguillot M, Vastel E. Les composantes chirurgicales dans la prise en charge de l'obésité sévère. *Rev Infirm* 2023;72(293):33-5.

[7] Brulin-Solignac D, Bouchard JP. La psychologie dans l'éducation thérapeutique du patient. *Rev Infirm* 2021;70(269):18-9.

[8] Golay A, Pralong F. Le couple infernal de l'obésité et des troubles mentaux. *Rev Med Suisse* 2017;13(555):6.

[9] Ritz P, Dargent J. *Abord clinique du patient obèse*. New York (États-Unis) : Springer Verlag; 2009.

[10] Sanguinol F, Lagger G, Golay A. L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses. *EducTher Patient* 2009;1(1):57-62.

[11] Sanguinol F. L'obésité : une maladie chronique multifactorielle. *Kinesither Rev* 2008;(76):14-6.

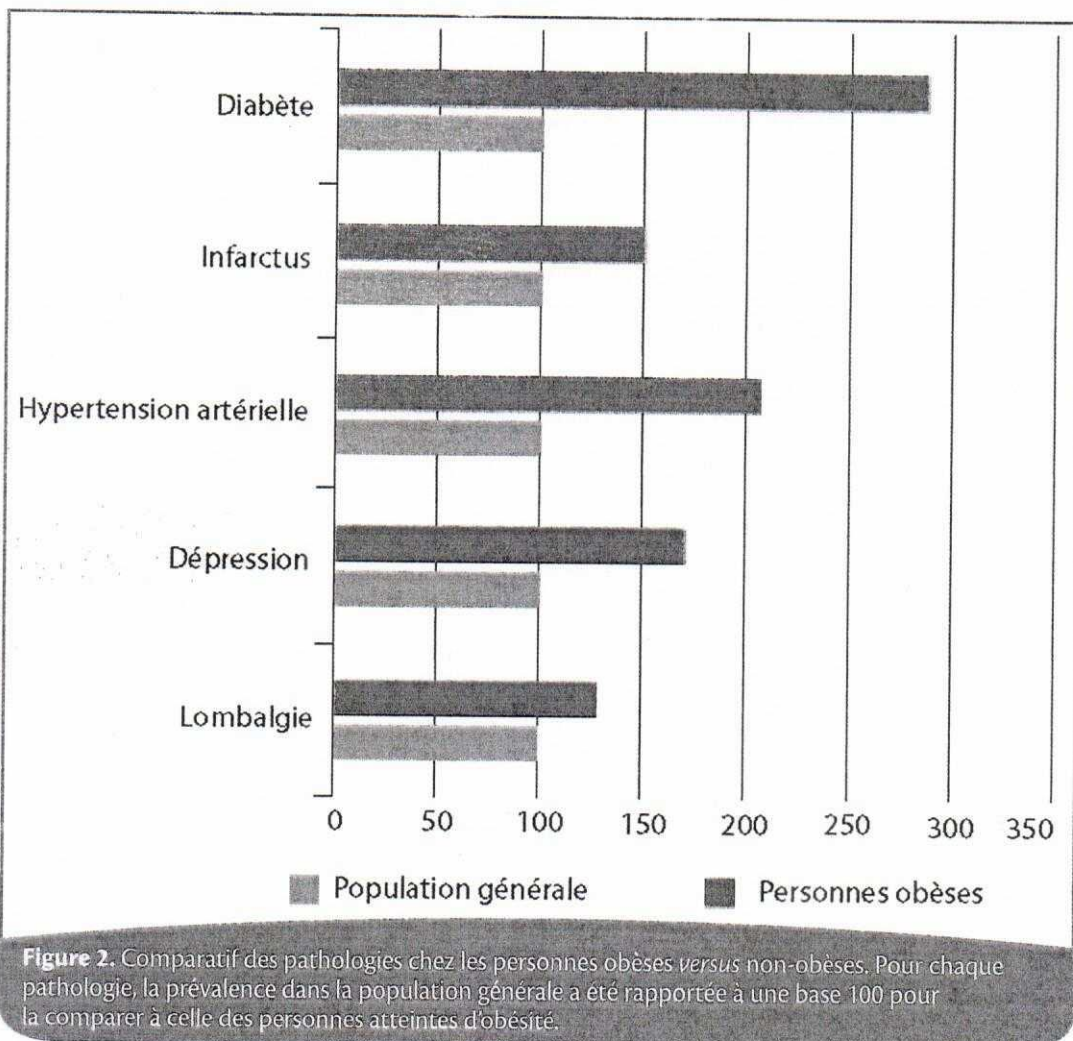
[12] Laikuen V, Ribière F, Guillot JP, Sanguinol F, De Kérimel PY, Bouchard JP, et al. De l'obésité morbide à l'obésité complexe : des enjeux somato-psychiques. *Rev Infirm* 2023;72(293):20-2.

[13] Julien Sweets S, Romo L. Impulsivité alimentaire et troubles du comportement alimentaire : de la neuropsychologie à la psychologie clinique. *Ann Med Psychol (Paris)* 2020;178(3):314-7.

[14] Sudres JL, Laikuen V, Ribière F, Guillot JP, Sanguinol F, Bouchard JP, et al. L'accompagnement psychologique de la perte de poids. *Rev Infirm* 2023;72(293):27-8.

[15] Bouchard JP. Parcours patient et obésité sévère. *Rev Infirm* 2023;72(293):15.

[16] Gagnon-Leguen V,



◆ Rappelons donc simplement que les CSO doivent être sollicités pour les cas complexes. C'est-à-dire lorsque la prise en charge à domicile devient une impasse. Ils disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique, etc.) et des équipements adaptés requis. Une feuille de route obésité 2019-2022 avait prévu de faire l'évaluation des CSO, de définir les actions à mener et d'ajuster les missions.

◆ Toutefois, le PNNS actuel précise que la prise en charge de l'obésité se décline en trois niveaux de sévérité et de complexité de soins (figure 3) :

- les soins de 1^{er} recours : repérage, diagnostic, orientation et suivi ; réalisés par les professionnels médicaux et paramédicaux de proximité ;
- les soins de 2^e recours : prise en charge médicale ou chirurgicale en établissements médicaux et de réadaptation (SMR) et les différents spécialistes de l'obésité ;
- les soins de 3^e recours : prise en charge d'obésité complexe avec soins spécifiques, coordination à l'échelle régionale et interrégionale ; assurés par

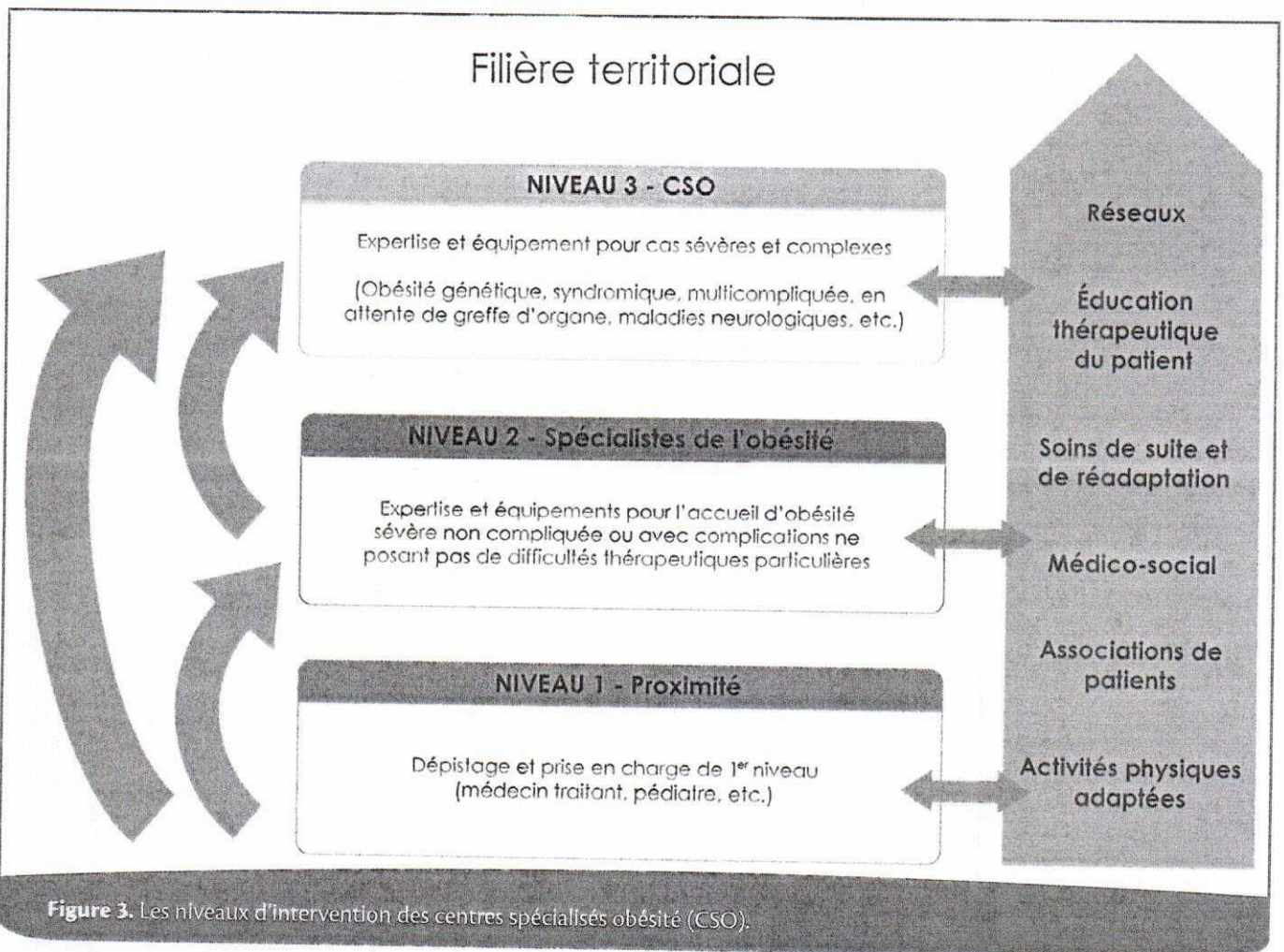
les CSO, centre hospitalier universitaire (CHU) en lien avec les SMR spécialisés "obésité".

◆ Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé (HAS) développent tous ces niveaux, y compris pour le recours à la chirurgie [1-3].

◆ Les centres référents de la prise en charge médicale, chirurgicale et pédiatrique, les CSO, peuvent mener des explorations spécialisées au moyen d'équipements adaptés. De plus, ils coordonnent le parcours de soins en lien avec les SMR spécialisés et les réseaux. Tout cela en mettant également à disposition des temps de formation pour les soignants et les équipes.

Les recommandations de bonnes pratiques

◆ En juin 2022, la HAS publie des recommandations de bonnes pratiques dans la prise en charge de l'obésité pour les 2^e et 3^e recours et ajoute à la classification de l'IMC d'autres paramètres : le retentissement médical, le retentissement fonctionnel ou qualité de vie, les troubles psychologiques,



psychopathologiques ou cognitifs, les troubles du comportement, les étiologies de l'obésité, le comportement alimentaire et la trajectoire pondérale.

✦ **Dans cette dynamique, plusieurs SMR**, telle la clinique du Château de Vernhes (Bondigoux, 31), proposent un panel de soins de haut niveau avec :

- une prise en charge de l'obésité complexe (diagnostic, stratégie thérapeutique personnalisée, modules spécifiques, hospitalisation complète, hôpital de jour) ;

- une activation de la séquence soins médicaux, de réadaptation et d'éducation thérapeutique [7].

✦ **Le tout visant à conférer à la personne une implémentation de son accompagnement** alliant compétences de soins et compétences psychosociales [8-18].

Conclusion

Dans la rencontre de la complexité des figures de l'obésité et des personnes en souffrant, le soignant gagnera à s'inscrire dans les actions suivantes :

- je réagis immédiatement ;
- je dépiste et je repère les comorbidités ;
- j'informe et échange avec les patients et l'équipe de soins ;
- je positionne le patient dans la filière de soins en fonction de ses difficultés actuelles ;
- je construis avec le patient un réseau de soins pluriel et adapté ;
- j'instaure un suivi patient au long cours et en partenariat.

Il n'y a pas d'obésité banale. Il n'y a que des personnes singulières et des soignants à l'écoute. •

Références

- Canale C. Des associations pour favoriser l'accès aux soins et la reconnaissance de l'obésité. *Rev Infirm* 2023;72(293):36-7.
- [17] Brulin-Solignac D, Bouchard JP. La psychologie dans l'éducation thérapeutique du patient. *Rev Infirm*. 2021; 70(269): 18-19.
- [18] Brulin L, Lordon H, Bouchard JP. Interventions psychologiques auprès des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique: intérêt des ateliers psychoéducatifs à composante psychologique au sein d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. *Ann Med Psychol* 2020; 178 (3): 324-334.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.