Les Recommandations

L’International Task Force (IOTF), constituée sous l’égide de l’International Association for the Study of Obesity, a travaillé deux ans pour conduire l’Organisation Mondiale de la Santé à produire un volumineux rapport, Obesity : pretentaine ans managing the global epidemic, rendu public en 1998.

L’un des objectifs de l’IOTF était de conduire chaque pays à élaborer, dans l’esprit de ce rapport, des recommandations adaptées à chaque situation nationale. Voilà qui est fait pour la France qui se trouve ainsi parmi les premiers à atteindre cet objectif. Les auteurs de ces Recommandations doivent être remerciés pour avoir si vite pris le relais et les trois sociétés – A.F.E.R.O., S.N.D.L.F. et A.L.F.E.D.I.A.M. – d’en avoir accepté le patronage, mais c’était leur rôle.

Sous la responsabilité des docteurs Arnaud Basdevant, Martine Laville et Olivier Ziegler (A.F.E.R.O.), les recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l’obésité, ont été rédigées afin d’aider le médecin à la prise en charge des patients obèses.
« Les recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l’obésité » publié dans les Cahiers de Nutrition et Diététique (septembre 1998, vol. 33, supplément 1).

Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en FranceL'Association Française d'Etudes et de Recherches sur l'Obésité (AFERO)
La Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française (SNDLF)
L'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM)

- Diagnostic
- Prévention dans la population générale
- Prévention chez le sujet
- Objectif du traitement
- Moyens Médicaux
- Chirurgie
- Stratégie
- Obésité chez l'enfant
- Système de soin

DIAGNOSTICL’obésité se définit comme un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé. L’obésité doit être considérée comme une maladie car elle peut mettre en cause le bien-être somatique, psychologique et social de l’individu*.
En clinique, l’estimation de la masse grasse repose sur le calcul de l’indice de masse corporelle (IMC). Cet indice est le rapport du poids (exprimé en kg) sur le carré de la taille (exprimée en mètre).
Chez l’adulte, l’obésité est définie par un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/ (m2).
Chez l’adulte, l’adiposité abdominale est associée à des complications métaboliques et vasculaires. Le tour de taille est l’indice anthropométrique le plus simple pour estimer l’importance des dépôts adipeux abdominaux. Un tour de taille de plus de 90 cm chez la femme et de plus de 100 cm chez l’homme caractérise l’obésité abdominale.
Chez l’enfant, il est proposé de définir l’obésité par des valeurs d’indice de masse corporelle situées au-delà du 97e centile en se référant aux abaques qui figurent dans le carnet de santé (version 1998).
Chez le sujet âgé il n’existe pas de définition consensuelle de l’obésité.
La recherche clinique sur la mesure de la masse grasse et sa distribution doit être développée afin de définir l’obésité sur des éléments plus précis, notamment chez l’enfant.
Une adaptation des techniques d’imagerie aux situations d’obésité massive est une priorité pour améliorer la qualité du diagnostic des complications.Haut de page PRÉVENTION DANS LA POPULATION GÉNÉRALELes actions de prévention dans la population générale sont justifiées par l’importance des déterminants comportementaux et environnementaux de l’obésité et par l’accroissement de sa prévalence chez les enfants.

1) Ces actions de prévention doivent être centrées sur :

- la promotion de l’activité physique dans la vie quotidienne et les loisirs.
- l’information nutritionnelle visant à réduire les excès d’apports caloriques qui dépendent pour une large part de la densité calorique de l’alimentation (matières grasses) et des boissons (alcool), ainsi que des prises alimentaires en dehors des repas.

2) Les messages de prévention doivent :

- aller à l’encontre de la promotion actuelle d’un " idéal minceur " source de désordres du comportement alimentaire, de désèquilibres nutritionnels et de troubles psychologiques.
- être orientés vers l’équilibre alimentaire et l’activité physique et exclure toute référence à la notion de "

poids idéal ".
3) Ces actions de prévention doivent :
- s’appuyer sur l’éducation nutritionnelle à l’école et au collège.
- être relayées par les organismes chargés de l’éducation pour la santé.
- être orientées vers les secteurs de la population particulièrement affectés par l’augmentation de la fréquence des obésités (sujets jeunes et milieux défavorisés).
- privilégier les interventions au niveau local en raison d’une plus grande prévalence de l’obésité dans certaines régions, en particulier dans le Nord de la France.
4) Il est recommandé de :
- lutter contre la publicité et les allégations nutritionnelles trompeuses dans le domaine du contrôle du poids.
- établir avec l’industrie agro-alimentaire et la grande distribution un code de bonne pratique dans le domaine de la communication nutritionnelle, en particulier celle destinée aux enfants et aux adolescents.
- améliorer l’étiquetage des produits alimentaires pour le rendre lisible et compréhensible pour les consommateurs.
Haut de page

PRÉVENTION CHEZ LES SUJETS+ RISQUE D’OBÉSITÉ

1) Une prévention orientée de l’obésité est justifiée :

- chez les individus à haut risque de prise de poids : sujets ayant des apparentés du premier degré atteints d’obésité, enfant présentant un rebond d’adiposité précoce avant l’âge de 6 ans.
- dans les circonstances favorisant la prise de poids : arrêt du tabac, arrêt de l’activité physique et sportive ; traitements médicamenteux (certains antidépresseurs, neuroleptiques, certains antiépileptiques, corticoïdes, œstrogènes, progestatifs) ; certaines maladies endocriniennes en particulier l’hypothyroïdie ; changements d’habitudes de vie ; grossesse, ménopause ; périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale.
- chez les personnes présentant une prise de poids rapide, supérieure à 5 % du poids habituel.
- chez les sujets présentant ou étant prédisposés à une maladie susceptible d’être aggravée par la prise de poids : par exemple un diabète.
2) Il est recommandé d’informer le sujet
- des facteurs qui peuvent, dans son cas particulier, entraîner une prise de poids excessive et des moyens (activité physique, alimentation) d’y faire face. Haut de page

OBJECTIFS DU TRAITEMENT1) La prise en charge doit être globale. Les objectifs du traitement ne se réduisent pas à la perte de poids : le traitement des complications est un objectif primordial quelles que soient l’évolution pondérale et les difficultés du contrôle du poids.
Il faut insister sur :

- le traitement de l’hypertension, du diabète, des dyslipidémies.
- la prise en charge des complications respiratoires (syndrome d’apnée du sommeil) et cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque et coronaire).
- le projet thérapeutique doit prendre en compte les objectifs psychologiques et sociaux.
- pour certains sujets, chez qui l’obésité ne constitue pas un risque vital mais est essentiellement une source de souffrance psychologique, la priorité peut être donnée à la restauration de l’estime de soi, et de l’image du corps, ainsi qu’à la lutte contre le rejet social.
2) Les objectifs pondéraux doivent :
être réalistes et individualisés : la tolérance à la restriction alimentaire connaît des limites physiologiques et psychologiques. Ces limites, dont le seuil est variable d’un individu à l’autre, doivent être prises en compte dans la définition des objectifs pondéraux.
s’inscrire dans la durée : après la perte de poids initiale, obtenue au bout d’environ six mois, l’objectif est son maintien à long terme.

En pratique :

- dans la majorité des cas, une perte de poids de 5 à 15 % par rapport au poids maximal, constitue un objectif réaliste, entraînant des bénéfices pour la santé.
une perte de poids de 20 % et plus, peut être envisagée si les moyens nécessaires pour y parvenir ne mettent pas en cause l’équilibre nutritionnel, somatique, psychologique et social de l’individu.
- dans certains cas, éviter l’aggravation de l’obésité est le seul objectif raisonnable quand la restriction alimentaire est mal tolérée et quand les résistances biologiques à la perte de poids sont fortes. Cet objectif ne doit pas être considéré comme un résultat négatif dans cette maladie qui a une tendance spontanée à l’aggravation.
3) L’évaluation des procédures thérapeutiques doit inclure, outre l’évolution du poids, les effets sur les complications et les facteurs de risque vasculaire, et sur la qualité de vie.Haut de page

MOYENS MÉDICAUXLe traitement de l’obésité repose sur une combinaison de mesures thérapeutiques.

1) Activité physique
La pratique d’une activité physique régulière, d’intensité modérée, est recommandée non seulement pour le contrôle du poids à long terme mais aussi pour l’amélioration de la situation métabolique.
La première recommandation est d’augmenter le niveau d’activité physique dans la vie quotidienne (marche d’un pas soutenu plutôt que déplacements en voiture, escaliers plutôt qu’ascenseurs, etc.) et au cours des loisirs. La pratique d’une activité programmée (2 à 3 fois par semaine) d’intensité supérieure pourra compléter cette mesure.
L’absence d’activité physique régulière est un facteur de mauvais pronostic pondéral.

2) Conseils pour l’alimentation
Dans la majorité des cas, il s’agit de corriger un excès d’apports énergétiques et d’aider le sujet à trouver un équilibre alimentaire plutôt que de prescrire un régime dit " hypocalorique ". Dans cette perspective, il est recommandé d’aider le sujet à :

- évaluer ses apports alimentaires en l’informant sur le contenu énergétique des aliments,
- analyser l’importance des prises alimentaires en dehors des repas et leurs circonstances déclenchantes : le carnet alimentaire est un outil utile pour cette évaluation.La prise en charge des désordres du comportement alimentaire est une condition nécessaire et, dans bien des cas, un préalable indispensable à tout programme de traitement de l’obésité car :

les compulsions alimentaires et les grignotages peuvent être une source importante d’apport calorique et leur contrôle peut suffire à réduire l’excès de poids.
la prescription d’un régime peut aggraver des troubles du comportement alimentaire.
La prescription diététique visant à réduire les apports caloriques doit tenir compte des habitudes alimentaires individuelles et ne pas faire appel à des restrictions alimentaires sévères :
des régimes modérément restrictifs entraînent de meilleurs résultats à long terme et induisent moins d’effets secondaires que les restrictions alimentaires sévères. Ils permettent de maintenir une diversité alimentaire et une certaine convivialité.

En pratique, cette approche diététique revient

- à conseiller une réduction d’environ 15 à 30 % des apports alimentaires par rapports à ceux évalués par l’enquête alimentaire (par exemple 1 400 à 1 700 Cal si les apports habituels étaient de 2 100 Cal/j et 2 000 à 2 500 si les apports habituels étaient de 3 000 Cal).
- u, ce qui revient souvent au même, à conseiller des apports correspondant aux 2/3 de la dépense énergétique quotidienne, calculée en tenant compte de l’âge, du sexe, du poids et du niveau habituel d’activité physique.

Les régimes à basses et très basses valeurs caloriques ne doivent pas faire partie des prescriptions courantes.

3) Approches cognitivo-comportementales
Les approches cognitivo-comportementales sont proposées s’il existe des difficultés d’application des mesures initiales (diététique et activité physique) et en cas de troubles du comportement alimentaire.

4) Soutien psychologique, psychothérapie
Le soutien psychologique fait partie intégrante de la prise en charge de cette situation chronique dont le traitement implique des modifications comportementales et des contraintes.
Une psychothérapie est indiquée en cas de dépression, de troubles de l’image de soi et dans les cas où les troubles du comportement alimentaire sont en rapport avec des difficultés psychologiques ou des situations conflictuelles durables.

5) Surveillance médicale
Les conseils concernant l’alimentation ou l’activité physique sont des prescriptions médicales imposant une surveillance et un soutien au long cours.
Le suivi n’est pas codifié. Il doit être individualisé. Différentes études indiquent si un suivi régulier (environ toutes les 4 à 6 semaines) pendant les premiers mois et prolongé, contribue à la prévention de la rechute.

6) Médicaments
Le traitement pharmacologique de l’obésité :

- ne doit être envisagé qu’en cas d’échec des mesures précédentes, pour des patients dont l’IMC est supérieur à 30 kg/(m2), ou chez ceux dont l’IMC est supérieur à 25 kg/(m2) et qui présentent une

anomalie clinique ou un risque de morbidité élevé, en rapport avec l’excès de poids.
- a pour objectif principal d’aider au maintien de la perte de poids au long cours :
  - seuls des médicaments dont l’efficacité et la tolérance auront été démontrées par des études pendant au moins un ans peuvent être retenus.
  - la poursuite du traitement au-delà du troisième mois ne devrait être envisagée que chez les patients répondeurs lors de cette période initiale de prescription.

Le traitement pharmacologique des comorbidités :
La présence d’une obésité ne doit pas faire renoncer mais, au contraire, inciter à l’utilisation des traitements pharmacologiques du diabète, des dyslipidémies et de l’hypertension artérielle, si les anomalies métaboliques et tensionnelles persistent malgré les conseils concernant la diététique et la pratique d’une activité physique.Haut de page

CHIRURGIE

1) Interventions visant à favoriser la perte de poids
La chirurgie de l’obésité :
- doit être considérée comme une mesure exceptionnelle, dont l’indication relève du spécialiste.
- ne doit être envisagée qu’après une prise en charge médicale spécialisée bien conduite d’au moins un an, incluant des approches complémentaires (diététique, activité physique, prise en charge des troubles du comportement alimentaire et d’éventuelles difficultés psychologiques, traitement des comorbidités et des complications de l’obésité).
- ne doit être envisagée que dans les cas d’obésités résistante aux traitements conventionnels et exposant à des complications importantes, non contrôlées par le traitement médical. L’IMC doit être supérieur à 40 kg/m2 ou à 35 kg/m2 s’il existe des complications ou comorbidités associées qui menacent le pronostic vital ou fonctionnel.
- doit être pratiquée par un chirurgien formé dans ce domaine, au sein d’une équipe entraînée à l’anesthésie et à la surveillance médicale périopératoire des sujets présentant une obésité massive.

L’évaluation préopératoire doit :
- être menée par une équipe multidisciplinaire associant un spécialiste en nutrition, un psychiatre, le chirurgien et l’anesthésiste, en collaboration avec le médecin traitant.
- prendre en compte les dimensions somatiques, psychologiques et sociales.
- comporter la recherche de contre-indications (en particulier psychologiques, comportementales, anesthésiques, stomatologiques et digestives).
- évaluer les risques opératoires (en particulier respiratoires et cardiovasculaires) et prendre les mesures pour les prévenir.
- tenir compte de la motivation du patient qui serait un facteur pronostic.

Une information claire et précise doit être fournie à l’intéressé(e) sur les avantages, les inconvénients, les risques de l’intervention et de ses suites.
Une surveillance médicale prolongée pendant plusieurs années est indispensable pour dépister les effets secondaires de cette procédure (en particulier les déséquilibres nutritionnels et les conséquences psychologiques).
La mise en place de centres de références et d’un registre national est recommandée pour permettre l’évaluation de cette procédure chirurgicale.

2) Chirurgie plastique et réparatrice
La chirurgie réparatrice peut être justifiée après amaigrissement afin de pratiquer l'exérèse des excès de peau et de tissu adipeux sous-cutané, qui peuvent poser des problèmes mécaniques et avoir un important retentissement psychologique.
La décision opératoire doit s’inscrire dans une prise en charge médicale de l’obésité et n’être envisagée qu’en période de stabilité pondérale. Haut de page

STRATÉGIES

1) La prise en charge doit être précoce, si possible au stade de constitution du surpoids.

2) Chez les sujets dont l’IMC est compris entre 25 et 29,9 kg/(m2) :
en l’absence de complications de l’excès pondéral, l’objectif peut être d’éviter une prise de poids supplémentaire. Les conseils nutritionnels, l’activité physique, les adaptations comportementales sont les seules mesures indiquées.
il faut envisager une perte de poids s’il existe une obésité abdominale, des facteurs de risque vasculaire, ou une affection associée dont l’évolution est influencée par l’excès de poids, et si l’excès de poids est mal toléré.

3) Chez les sujets dont l’IMC est supérieure ou égale à 30 kg/(m2) :
l’objectif est l’obtention d’une perte de poids, puis d’une stabilisation pondérale à long terme ainsi que la prévention ou le traitement des complications.
l’obésité non compliquée, relève des mesures diététiques associées à une augmentation de l'activité physique. Une approche comportementale peut être proposée lorsque la mise en place de ces mesures s’avère difficile.
si les complications de l’obésité sont menaçantes et non contrôlées par des mesures spécifiques, un traitement médicamenteux peut être envisagé.

4) L'obésité morbide ou massive :
IMC supérieure ou égale à 40 kg/(m2) relève d'une prise en charge spécialisée en collaboration avec le médecin traitant. Haut de page

OBÉSITÉS DE L’ENFANT

1) Il est recommandé :
- d’interpréter les valeurs du poids et d’IMC en tenant compte de l’âge et de se référer aux courbes de poids et d’IMC du carnet de santé (version 1998).
- de tenir compte du rebond d’adiposité avant 6 ans, et du déplacement rapide sur les courbes de centiles (par exemple le passage du 60e au 90e centile) qui sont des indices de risque de constitution de l’obésité appelant des réponses médicales.
- de ne traiter l’excès de poids avant l’âge de trois ans que si les parents sont obèses ou si l’excès de poids est extrême.
- d’agir sur un ensemble de comportements conduisant à la sédentarité et à des prises alimentaires en dehors des repas et des collations (temps passé devant la télévision, déstructuration des rythmes alimentaires).
- de ne réduire que modérément les apports énergétiques pour respecter les besoins de la croissance et éviter les effets secondaires, en particulier comportementaux de la restriction alimentaire.
- de combattre la mise à l’écart de l’enfant obèse.
- d’associer la famille au projet thérapeutique afin qu’elle y contribue de façon positive.
- de confier la prise en charge des obésités massives de l’enfant à des pédiatres spécialisés dans la prise en charge desobésités.

2) L’augmentation de la prévalence de l’obésité de l’enfant justifie un développement de la recherche clinique et épidémiologique dans ce domaine.Haut de page

SYSTÈME DE SOIN

1) Pour améliorer le recours au système de soin, il est recommandé de :
- lutter contre les attitudes négatives du public et des personnels de santé vis-à-vis des sujets obèses.
- considérer l’obésité comme un problème de santé publique en raison de l’importance de ses complications, en particulier métaboliques et vasculaires et de sa prévalence élevée (plus de 7 % de la population adulte en France).
- de développer des consultations pour la prévention et le traitement des obésités dans des conditions accessibles aux personnes en difficultés économiques et sociales.

- de faire figurer l’obésité massive multicompliquée parmi les affections de longue durée prises en charge à 100 %

2) Pour améliorer la prise en charge de l’obésité, il est recommandé de :
- rendre plus cohérent le système de prise en charge et de mieux définir le rôle des différents intervenants :
- le médecin généraliste et le pédiatre (et d’une manière générale les médecins traitants) ont un rôle primordial dans le diagnostic de l’obésité et de ses complications, dans la définition des objectifs et la mise en place des premières mesures thérapeutiques.
- le médecin spécialiste a pour domaine de compétence particulier, la prise en charge des obésités massives et/ou multicompliquées, les désordres importants du comportement alimentaire et les obésités résistant aux mesures de première intention.
- les centres de références sont impliqués dans :
- la prise en charge des situations nécessitant une approche d’équipe, en particulier dans le cas des obésités massives.
- le diagnostic et le traitement des complications nécessitant un plateau technique adapté (pour la recherche d’un syndrome d’apnée du sommeil, de complications vasculaires, pour l’étude du bilan d’énergie, pour l’éducation nutritionnelle).
- l’évaluation des procédures diagnostiques et thérapeutiques.
- la formation des médecins et personnels de santé dans ce domaine de la pathologie nutritionnelle.
- veiller à ce que les actions respectives des différents intervenants s’inscrivent dans un projet défini, coordonné et explicite pour le patient.

3) Pour développer la prévention, il est recommandé :
- d’impliquer les généralistes, les pédiatres, les médecins scolaires, les médecins du travail dans l’identification des sujets et des situations à risque d’obésité ainsi que dans les actions de prévention nutritionnelle.
- de développer l’enseignement en Nutrition au cours de études médicales et paramédicales et dans le cadre de la formation continue.

4) Pour mieux évaluer la place de l’obésité parmi les problèmes de santé publique en France,
il est recommandé :
- d’améliorer son identification par les systèmes d’information médicale.Haut de page

Cahiers de nutrition et de dietetique; vol.33, spl.1, sept 1998
Extract reproduced with the kind permission of Masson Editeur and Cahiers de Nutrition et Dietetique ©.