

Centre interdisciplinaire de l'obésité: une porte d'entrée unique pour une prise en charge personnalisée

Dre LUCIE FAVRE^a, Dre JOHANNA FRANTZ^{ab} et Dre STYLIANI MANTZIARI^c

Rev Med Suisse 2023; 19: 567-71 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.819.567

L'obésité est une maladie chronique qui affecte gravement la santé physique et psychologique, mais sa prise en charge est insuffisamment coordonnée. L'absence de stratégies thérapeutiques définies est particulièrement évidente depuis l'arrivée de nouveaux traitements médicamenteux. La coordination entre les professionnels impliqués (spécialistes de l'obésité, médecins généralistes et autres soignants) et l'implication du patient sont autant d'enjeux au cœur d'une évaluation nécessaire pour la construction d'un projet de soins personnalisés. Les centres interdisciplinaires doivent garantir un accès à l'information et offrir l'ensemble des thérapies actuellement disponibles. Une évaluation psychologique précoce permet d'orienter la prise en charge en tenant compte de la vulnérabilité et des ressources des patients.

Interdisciplinary Center for Obesity: a single-entry point for personalized care

Obesity is a chronic disease that seriously affects physical and psychological health. However, its management is insufficiently coordinated. The lack of defined therapeutic strategies is particularly evident since the arrival of new drug treatments. Coordination between the professionals involved- obesity specialists, general practitioners and other caregivers - and the involvement of the patient are all issues at the heart of an evaluation necessary for the construction of a personalized care project. Interdisciplinary centers must guarantee access to information and offer the full range of therapies currently available. An early psychological evaluation allows for the orientation of care, taking into account the vulnerability and resources of patients.

INTRODUCTION

En Suisse, la prévalence de l'obésité (IMC supérieur à 30 kg/m²), estimée à 11% de la population adulte, est en augmentation constante depuis 1992.¹ Nous observons par ailleurs une augmentation des obésités sévères (IMC supérieur à 40 kg/m²) qui exposent à des complications médicales difficiles à prendre en charge et qui ne sont pas reflétées dans

les données de l'Office fédéral de la statistique. Bien que cette maladie représente un enjeu majeur de santé publique avec un impact significatif, tant sur la qualité que l'espérance de vie des patients, elle n'a jamais bénéficié d'une prise en charge suffisamment définie et coordonnée. La difficulté à reconnaître l'obésité comme une maladie chronique a certainement participé à ce manquement mais l'évolution des connaissances physiopathologiques² et des traitements désormais disponibles doit inciter à la mise en place de stratégies thérapeutiques structurées, telles que celles proposées pour d'autres maladies chroniques (diabète de type 2, hypertension artérielle).

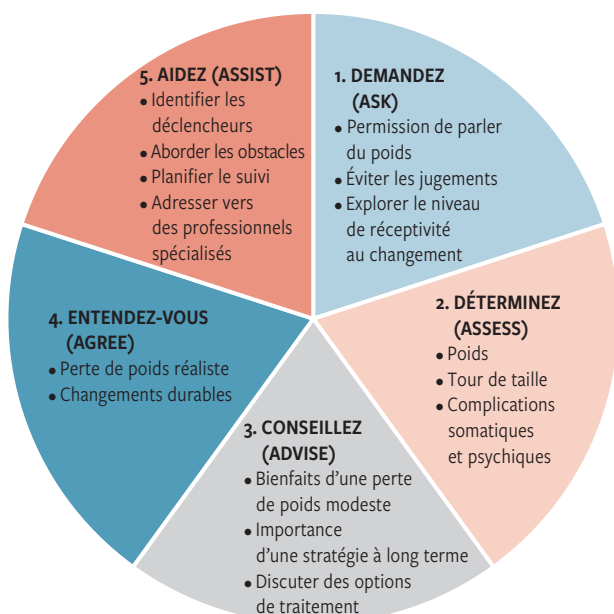
Nous proposons dans cet article de redéfinir les modalités de prise en charge du surpoids et de l'obésité, en intégrant les compétences multidisciplinaires et les options thérapeutiques désormais présentes. L'offre de traitement ne doit plus dépendre des compétences disponibles dans les différentes structures de soins mais doit évoluer pour mettre le patient au centre de la prise en charge.

STRUCTURE DE RELAIS ET DE SOUTIEN POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le suivi de la dynamique pondérale dès la petite enfance représente la première et la plus importante mesure afin de prévenir l'obésité. Les directives cliniques internationales soulignent le rôle clé dans l'identification et le suivi du surpoids par les médecins de famille.³ Cependant, plusieurs études relèvent que les problèmes de poids sont insuffisamment abordés en consultation générale et la gestion du poids n'est pas toujours proposée aux patients.⁴ Ces derniers ne perçoivent d'ailleurs pas toujours l'excès de poids comme un risque réel pour leur santé ou évitent de consulter par crainte d'y être confrontés. Des décennies d'abord erronés de cette maladie ont conforté ces positions, le patient ayant souvent été amené ou même encouragé à trouver lui-même une solution à sa maladie en pratiquant un régime alimentaire, une approche que l'on sait désormais inefficace et contre-productive.^{2,5} Le Canadian Obesity Network propose un programme favorisant la communication entre médecin et patient, l'évaluation médicale de l'obésité et l'établissement d'un plan de soin dans le contexte des soins primaires⁶ (figure 1). Lorsque le patient est orienté dans un centre spécialisé, il est primordial de collaborer étroitement avec le médecin généraliste pour coordonner les soins. Concrètement, quelles sont les plus-values d'un centre interdisciplinaire pour le patient et pour les professionnels de la santé ?

^aService d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cService de chirurgie viscérale, Département de chirurgie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
lucie.favre@chuv.ch | johanna.frantz@chuv.ch | styliani.mantziari@chuv.ch

FIG 1 Les «5A» de la gestion de l'obésité par les médecins de premier recours



(Adaptée du Canadian Obesity Network website⁶).

CENTRE DE L'OBÉSITÉ: UNE PORTE D'ENTRÉE UNIQUE

Les centres spécifiquement dédiés au traitement de l'obésité doivent offrir une approche interprofessionnelle, coordonnée et collaborative en réunissant les soignants spécialisés – endocrinologues, chirurgiens bariatriques, psychiatres, psychologues, diététicien-nes, spécialistes en activité physique, infirmier-ères spécialisé-es – et assurant une collaboration avec les médecins généralistes et les autres soignants impliqués. Cette organisation doit permettre d'intégrer toutes les options thérapeutiques et garantir aux patients un accès équitable à l'information et à l'expertise multidisciplinaire. Le premier intervenant qui accueillera le patient, qu'il/elle soit chirurgien-ne ou endocrinologue, exposera l'ensemble des traitements en présentant des données probantes. Il s'exprimera de manière à donner un sens, pour son interlocuteur, à ces informations. Les valeurs et les préférences du patient, acteur de son projet thérapeutique, doivent être intégrées afin de construire un parcours de soins personnalisé.

TRAITEMENT CONSERVATEUR: MODIFICATION DE L'HYGIÈNE DE VIE

Une perte pondérale modeste de 5 à 10% confère déjà de nombreux bénéfices cliniques.^{7,8} On peut relever notamment une diminution de la progression du diabète de type 2, une diminution de la pression artérielle, une réduction du risque cardiovasculaire ou une amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi. Une modification de l'hygiène de vie est le socle nécessaire pour permettre d'obtenir des résultats à long terme. Une évaluation multidimensionnelle incluant l'environnement, les aspects culturels, la situation sociale et économique

et les aspects psychologiques sont autant d'éléments à apprécier pour accompagner les patients vers ces changements.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

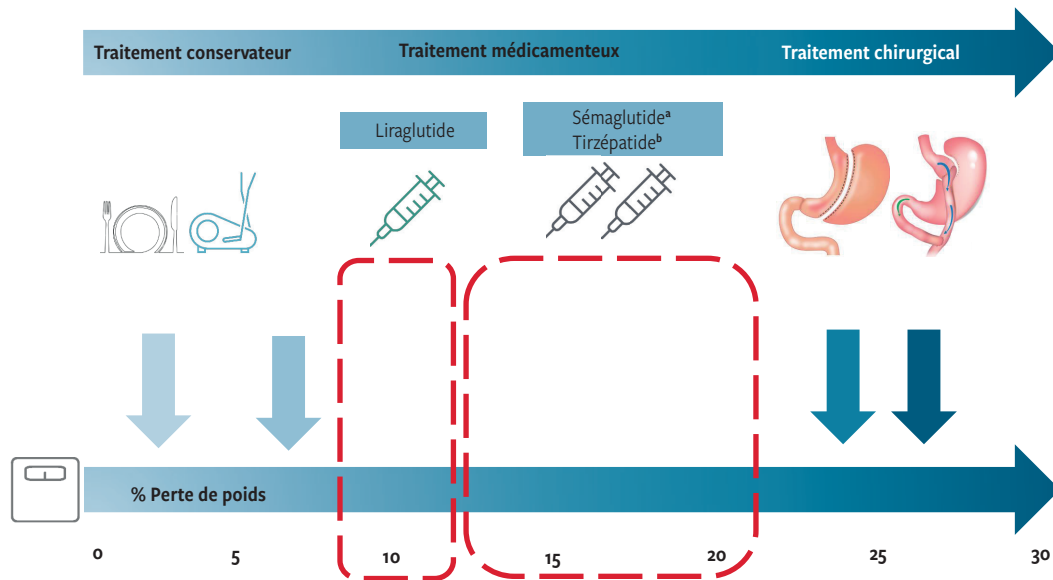
Après de nombreux échecs retentissant dans la pharmacothérapie de l'obésité,⁹ rien ne laissait à penser une évolution aussi rapide et efficace avec de nouvelles molécules. Les traitements par analogue du GLP-1^{10,11} et les co-agonistes GLP-1/GIP¹² représentent une révolution dans le traitement du surpoids et de l'obésité, en comblant le fossé existant entre le traitement conservateur et la chirurgie bariatrique (figure 2). Le liraglutide (Saxenda) à la dose de 3 mg/j est à ce jour le seul traitement autorisé en Suisse, mais le sémaglutide (Wegovy) et le tirzépate sont attendus prochainement. Ils sont une solution optimale, après la mise en place d'une bonne hygiène de vie, chez les patients qui souffrent d'une surcharge pondérale ou une obésité modérée ainsi que pour ceux qui présentent des contre-indications à la réalisation d'une chirurgie bariatrique. Les résultats attendus avec ces traitements, ainsi que les effets indésirables, doivent être expliqués au patient, de même que l'absence de résultats à long terme disponible à ce jour.

CHIRURGIE BARIATRIQUE ET MÉTABOLIQUE

La chirurgie bariatrique reste à ce jour le traitement le plus efficace à long terme contre l'obésité.¹³ Elle induit une amélioration ou même une rémission complète des comorbidités métaboliques liées à l'obésité, telles que le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie. Elle diminue significativement le risque d'évènement cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral).¹⁴ Des données robustes ont également démontré une diminution significative de la mortalité globale¹⁵ ainsi que du risque de développer certains types de cancer, comme le cancer colorectal, œsophagien, gastrique ou mammaire.^{16,17} Une diminution pondérale tangible et durable est obtenue avec une perte moyenne de 28 à 32% du poids initial 10 ans après bypass gastrique, qui reste l'intervention plus souvent pratiquée en Suisse.¹⁸ La chirurgie bariatrique entraîne un taux de complications postopératoires majeures faible (3-4,5%) lorsqu'elle est réalisée dans des centres experts.^{18,19} La durée d'hospitalisation, sensiblement réduite au fil des dernières années, et la récupération rapide permettent aux patients de reprendre leurs activités personnelles et professionnelles en 3 à 4 semaines. Malgré ces données rassurantes, seule une petite fraction des patients éligibles y a recours. Les raisons sont multifactorielles mais la crainte des complications et les carences à substituer à long terme sont les motifs le plus souvent évoqués. Nous assistons ces dernières années au développement de techniques endoscopiques (ballon intragastrique, «endosleeve»), dont le but est de mimer les résultats de la chirurgie tout en évitant ses risques. Les résultats de ces interventions, même à court et moyen terme, restent largement inférieurs et l'introduction des nouvelles techniques, souvent peu réglementée, sans préparation spécifique ou accompagnement nécessaire, nuit à la chirurgie bariatrique dans son ensemble. Il est évident que les résultats à long terme de la chirurgie bariatrique sont largement dépendants de la préparation du patient avant

FIG 2 Traitements de l'obésité

^a Le sémaglutide (Wegovy) a obtenu une autorisation Swissmedic en 2022, il n'est actuellement pas commercialisé en Suisse pour le traitement de l'obésité.
^b L'étude de phase 3 du tirzépate dans le traitement de l'obésité a été terminée avec succès, une demande d'autorisation auprès de la FDA est en cours, pas d'autorisation auprès de Swissmedic à ce jour.



l'intervention mais aussi du suivi rigoureux au long cours. Ce dernier permet de détecter et supplémenter les différentes carences vitaminiques, d'intervenir en cas de reprise pondérale significative et d'offrir un accompagnement multidisciplinaire adapté aux besoins individuels.

PSYCHIATRIE DE LIAISON

L'obésité associée à un trouble du comportement alimentaire (TCA) entraîne de graves conséquences sur la santé physique et mentale des individus.²⁰ De nombreux troubles psychiques sont associés à l'obésité tels que les troubles de l'humeur (dépression, bipolarité), les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles liés à l'utilisation de substances, les troubles liés au traumatisme et la schizophrénie. Il existe des preuves solides de la nature bidirectionnelle de l'obésité et des problèmes de santé mentale, en particulier la dépression et l'anxiété.²¹ Il est ainsi essentiel de prendre en compte les aspects psychiques pour offrir une prise en charge cohérente.

Les psychiatres et psychologues de liaison interviennent comme consultant dans la prise en charge des patients obèses, tant dans les traitements conservateur et médicamenteux que chirurgical. Leur mission est de faire le lien entre les patients et les somaticiens lorsque la souffrance psychique ou les comorbidités psychiatriques entravent une bonne communication. Les interventions consistent en entretiens conjoints, évaluations diagnostiques du TCA et de ses comorbidités, interventions psychothérapeutiques brèves, groupe thérapeutique cognitivo-comportemental et groupes de parole. Ils ont également un mandat dans l'évaluation préchirurgicale, qui consiste à repérer de potentielles contre-indications psychiatriques à une chirurgie bariatrique et identifier et traiter

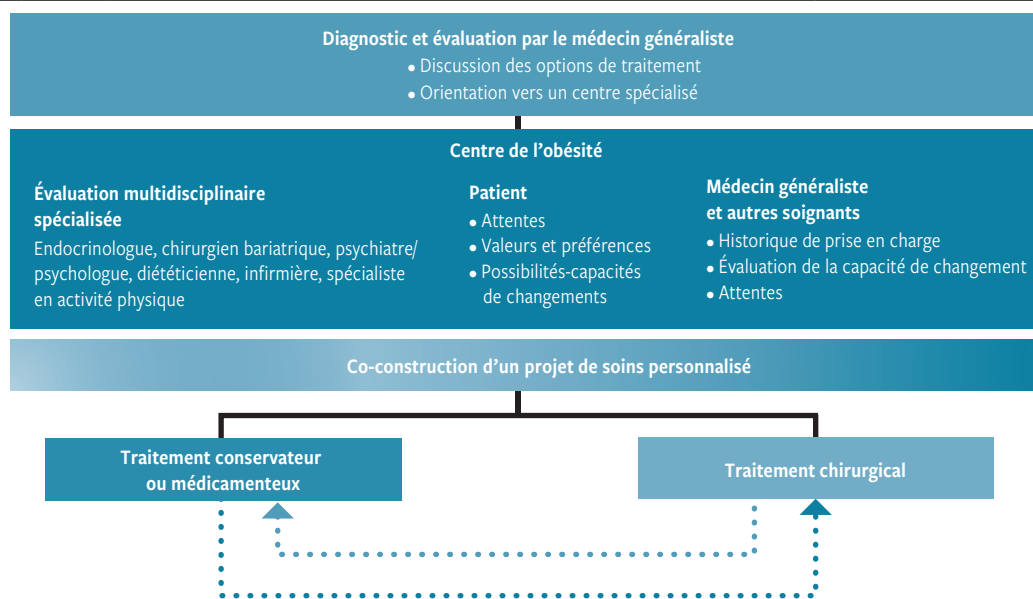
les troubles psychiques susceptibles d'affecter de manière significative les résultats à long terme de la chirurgie bariatrique. Il est également essentiel d'intervenir, en post-opératoire, chez les patients les plus vulnérables ainsi que chez les patients en souffrance afin de les soutenir et leur offrir des soins appropriés. En effet, l'impact d'une chirurgie bariatrique ne peut se résumer à la perte pondérale mais doit ambitionner une amélioration de la qualité de vie des patients.²² Dans le cadre du centre interdisciplinaire de l'obésité, nous proposons des interventions précoces afin d'identifier au plus tôt les patients les plus vulnérables et leur proposer un traitement adapté.

OPTIMISER LA COORDINATION DU PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Les différentes options de traitement peuvent être combinées, de manière synchrone ou séquentielle, pour constituer le plan de traitement de chaque patient (figure 3). La transition d'une filière de traitement à une autre, très souvent nécessaire dans les situations complexes et chroniques comme l'obésité, est largement facilitée dans une structure où tous les spécialistes font d'emblée partie du parcours de soins du patient. Un centre expert coordonné permettra d'adapter les moyens thérapeutiques aux besoins individuels du patient, tout en gardant une vision globale sur la situation. La mutualisation de certaines ressources, parmi les disciplines impliquées, et la coordination optimisée des différents examens et consultations au sein d'un centre interdisciplinaire permettent de désengorger le système de santé et de faciliter le parcours du patient. Ceci est d'une importance primordiale, afin d'augmenter l'adhérence des patients au suivi médical à long terme, qui représente souvent un défi dans le cas d'une maladie chronique aux multiples facettes comme l'obésité.

FIG 3 Évaluation interprofessionnelle, multidisciplinaire et multidimensionnelle

Pour co-construire un parcours de soins personnalisé.



FORMATION ET RECHERCHE

Les centres tertiaires de l'obésité doivent assurer la formation de base pour les différentes spécialités impliquées, mais aussi la formation continue des professionnels de la santé. Il existe actuellement une discordance frappante entre le nombre croissant des patients souffrant d'un surpoids/d'obésité, et de soignants formés dans la prise en charge de ces patients. L'obésité reste ainsi encore largement sous-traitée, par manque d'accès à des structures spécialisées de soins. Finalement, la recherche médicale est nécessaire à une meilleure compréhension de la maladie, à une évaluation des résultats des différents traitements à disposition ainsi qu'au développement de nouvelles thérapies.

CONCLUSION

L'évolution des traitements de l'obésité doit favoriser la création de centres spécialisés qui offrent toutes options de traitement disponibles. Il s'agit notamment de lutter contre les biais d'orientation, vers une ou l'autre des options thérapeutiques, lorsque l'information est incomplète ou non respectueuse des données scientifiques. Une évaluation multidisciplinaire est nécessaire pour construire un projet thérapeutique qui tienne compte de l'importance de l'excès

pondéral, des comorbidités ainsi que des préférences et attentes du patient. L'orientation thérapeutique initialement choisie peut être amenée à changer en fonction des résultats obtenus ou de l'évolution de l'état de santé des patients.

Conflit d'intérêts: Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

L. Favre: <https://orcid.org/0000-0003-0337-3219>

J. Frantz: <https://orcid.org/0000-0001-5827-0626>

S. Mantziari: <https://orcid.org/0000-0003-1315-1898>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'évolution des traitements de l'obésité requiert la mise en place de stratégies thérapeutiques structurées
- Des structures interdisciplinaires de référence doivent permettre de concentrer l'ensemble des compétences professionnelles autour du patient dès le début de sa prise en charge et intégrer le médecin de premier recours afin de définir un projet thérapeutique personnalisé
- Les différentes options de traitement doivent être envisagées en tenant compte des comorbidités somatiques et psychiques des patients et peuvent être combinées pour permettre une prise en charge optimale

1. OFS. Enquête suisse sur la santé 2017. 2020.

2. *Sumithran P, Proietto J. The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clinical science*. 2013;124(4):231-41. doi: 10.1042/CS20120223.

3. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management. Disponible

sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>. 2014.

4. Laidlaw A, McHale C, Locke H, Cecil J. Talk weight: an observational study of communication about patient weight in primary care consultations. *Prim Health Care Res Dev*. 2015;16(3):309-15. doi: 10.1017/S1463423614000279.

5. Fothergill E, Guo J, Howard L, et al. Persistent metabolic adaptation 6 years

after "The Biggest Loser" competition. *Obesity*. 2016. doi: 10.1002/oby.21538.

6. Canadian Obesity Network. 5As of obesity management. <https://obesitycanada.ca/fr/ressources-professionnelles/5as-maison/> (Consulté en Janvier 2022).

7. Cefalu WT, Bray GA, Home PD, et al. Advances in the Science, Treatment, and Prevention of the Disease of Obesity:

Reflections From a Diabetes Care Editors' Expert Forum. *Diabetes care*. 2015;38(8):1567-82. doi: 10.2337/dc15-1081.

8. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DIRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet*. 2018;391(10120):541-51. doi: 10.1016/s0140-6736(17)33102-1.

9. Onakpoya IJ, Heneghan CJ, Aronson JK. Post-marketing withdrawal of anti-obesity medicinal products because of adverse drug reactions: a systematic review. *BMC Med.* 2016;14(1):191. doi: 10.1186/s12916-016-0735-y.
10. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *The New England journal of medicine.* 2015;373(1):11-22. doi: 10.1056/NEJMoa1411892.
11. *Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *The New England journal of medicine.* 2021. doi: 10.1056/NEJMoa2032183.
12. **Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *The New England journal of medicine.* 2022;387(3):205-16. doi: 10.1056/NEJMoa2206038.
13. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes – 5-Year Outcomes. *The New England journal of medicine.* 2017;376(7):641-51. doi: 10.1056/NEJMoa1600869.
14. Romeo S, Maglio C, Burza MA, et al. Cardiovascular events after bariatric surgery in obese subjects with type 2 diabetes. *Diabetes care.* 2012;35(12):2613-7. doi: 10.2337/dc12-0193.
15. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England journal of medicine.* 2007;357(8):741-52. doi: 10.1056/NEJMoa066254.
16. Lazzati A, Poghosyan T, Touati M, Collet D, Gronnier C. Risk of Esophageal and Gastric Cancer After Bariatric Surgery. *JAMA surgery.* 2023. doi: 10.1001/jamasurg.2022.6998.
17. Schauer DP, Feigelson HS, Koebeck C, et al. Bariatric Surgery and the Risk of Cancer in a Large Multisite Cohort. *Annals of surgery.* 2019;269(1):95-101. doi: 10.1097/SLA.0000000000002525.
18. Mantziari S, Dayer A, Duvoisin C, et al. Long-Term Weight Loss, Metabolic Outcomes, and Quality of Life at 10 Years After Roux-en-Y Gastric Bypass Are Independent of Patients' Age at Baseline. *Obesity surgery.* 2020;30(4):1181-8. doi: 10.1007/s11695-019-04181-z.
19. Peterli R, Borbely Y, Kern B, et al. Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of surgery.* 2013;258(5):690-4; discussion 5. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182a67426.
20. Aguera Z, Lozano-Madrid M, Mallorqui-Bague N, et al. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr.* 2021;35(2):57-67. doi: 10.1007/s40211-020-00346-w.
21. Perry C, Guillory TS, Dilks SS. Obesity and Psychiatric Disorders. *Nurs Clin North Am.* 2021;56(4):553-63. doi: 10.1016/j.cnur.2021.07.010.
22. Troisi A. Emergence of bariatric psychiatry as a new subspecialty. *World J Psychiatr.* 2022;12(1):108-16. doi: 10.5498/wjpv12.i1.108.

* à lire

** à lire absolument