

Obésité



Hôpitaux
Universitaires
Genève

**Carmen Sanchez, Daniela Goncalves et Delphine
Amstutz**

Diététiciennes diplômées

Service de médecine de premier recours, DMCPRU

2019

DÉROULEMENT

- ▶ Guidelines et objectifs de prise en charge
- ▶ Prise en charge de l'obésité
- ▶ Danger des régimes stricts
- ▶ Rôle du MPR

CAS DE PATIENT

Patient A., 39 ans, originaire de Syrie, est arrivé en Suisse fin 2018. Il vit dans un foyer avec sa femme et leurs 5 enfants

Poids: 118 kg Taille: 175 cm BMI: 38.5 kg/m²

- Comorbidités: diabète type 2, dyslipidémie, HTA et gonalgies
- Médicaments: metformine, glibenorme, perindopril
- Labo: TG: 3,06 mmol/l – LDL: 2,74 mmol/l – glyquée: 8,4 % (janvier 2019)

▶ **Quel stade d'obésité?**

▶ **Quels objectifs de prise en charge?**

DÉFINITION SURPOIDS / OBÉSITÉ

[International Obesity Task force, Clinical Guidelines]

CLASSIFICATION OF OVERWEIGHT AND OBESITY BY BMI, WAIST CIRCUMFERENCE AND ASSOCIATED DISEASE RISK*

	BMI (kg/m ²)	Obesity Class	Disease Risk* Relative to Normal Weight and Waist Circumference	
			Men ≤ 102 cm (≤ 40 in) Women ≤ 88 cm (≤ 35 in)	> 102 cm (> 40 in) > 88 cm (> 35 in)
Underweight	<18.5		—	—
Normal ⁺	18.5 – 24.9		—	—
Overweight	25.0 – 29.9		Increased	High
Obesity	30.0 – 34.9	I	High	Very High
	35.0 – 39.9	II	Very High	Very High
Extreme Obesity	≥40	III	Extremely High	Extremely High

* Disease risk for type 2 diabetes, hypertension, and CVD.

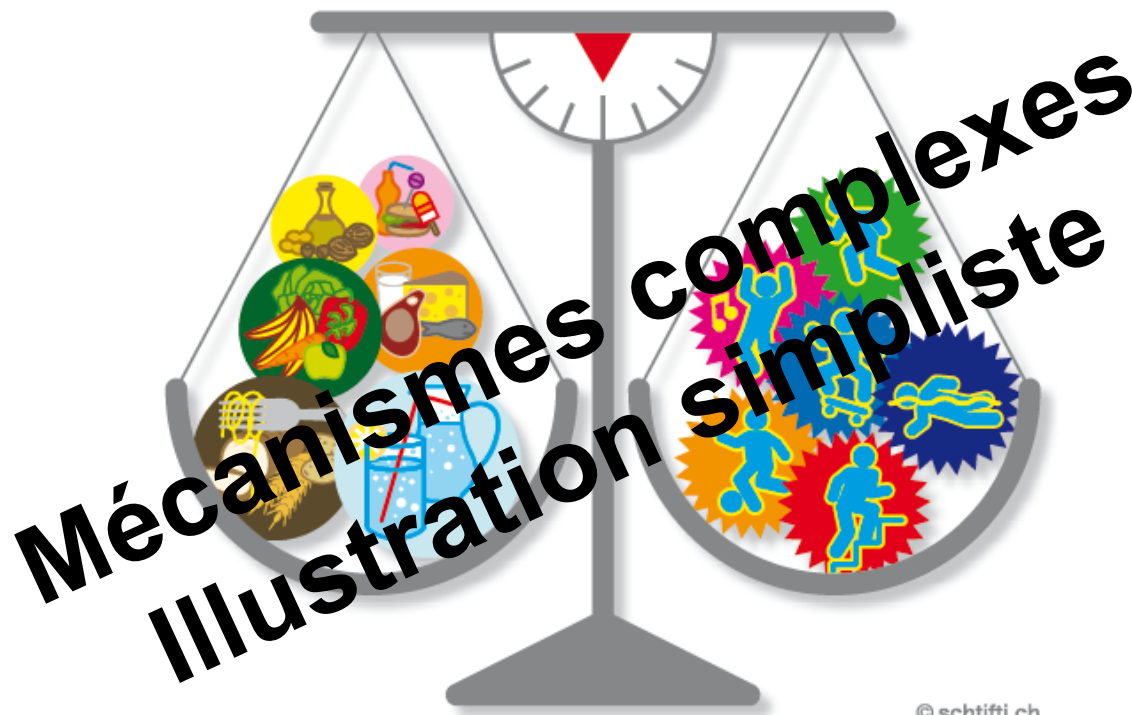
+ Increased waist circumference can also be a marker for increased risk even in persons of normal weight.

Limites du BMI :

- *Ne prends pas en compte la composition corporelle*
 - *Normes différentes chez la personne âgée*

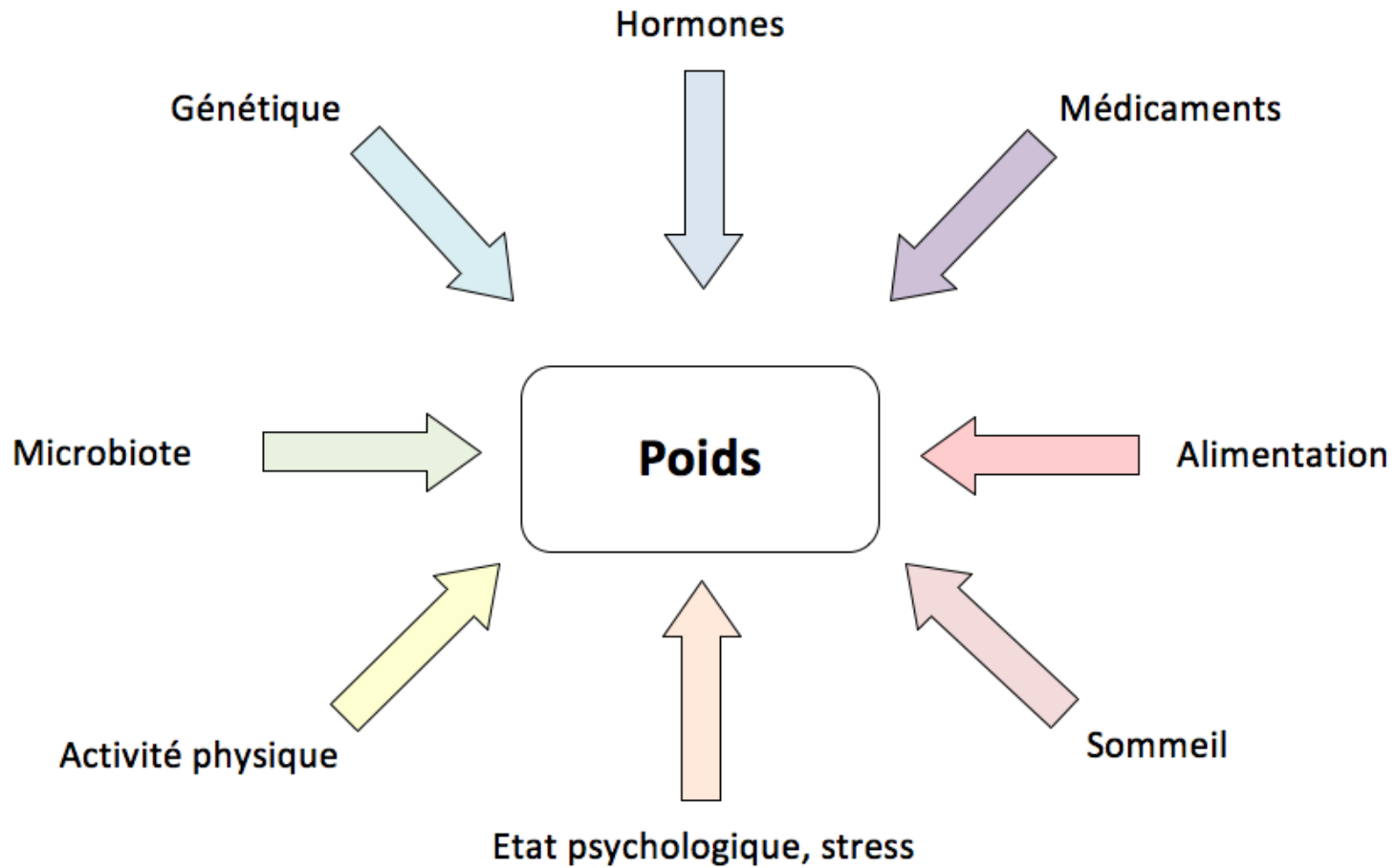
CAUSES DE L'OBÉSITÉ (1)

BILAN ÉNERGÉTIQUE



© schtifti.ch

CAUSES DE L'OBÉSITÉ (2)



CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ

▶ **Physiologiques**

- ▶ Diabète type 2, HTA, MCV...
- ▶ Syndrome d'apnées du sommeil, troubles respiratoires
- ▶ Infertilité, complications ostéo-articulaires, cancers, etc.

▶ **Psychosociales**

- ▶ Stigmatisation, préjugés
- ▶ Mauvaise estime de soi, déformation de l'image corporelle
- ▶ Dépression

GUIDELINES OMS

- ▶ Stabiliser l'excès de poids si dynamique de prise pondérale
- ▶ Perte de 5 à 15% → amélioration diabète, dyslipidémie, hypertension, fonction ovarienne, difficulté respiratoire, douleurs dorsales et articulaires, arthrose, qualité du sommeil...

Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 894 P11)

GUIDELINES USA

- ▶ Perte de poids conseillée si BMI \geq 30 kg/m²
- ▶ Objectif : -10% du poids initial sur 6 mois
- ▶ Puis efforts pour maintenir la perte de poids (phase de stabilisation)
- ▶ Traitement basé sur 3 axes:
 - ▶ Comportemental
 - ▶ Diététique
 - ▶ Activité physique

*US Preventive Services Task Force
Ann Intern Med. 2005;142:525-531*

*National institutes of health, Clinical Guidelines on the identification,
evaluation and treatment of overweight and obesity in adults, 1998*

QUELS OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE AU SMPR?

- ▶ Stabiliser le poids ou viser une perte pondérale de 5 à 10% du poids sur 6-12 mois, selon :
 - ▶ BMI, âge et contexte clinique
 - ▶ Histoire pondérale (dynamique actuelle du poids + tentatives passées de perte de poids)
 - ▶ Attentes du patient
- ▶ Normaliser le comportement alimentaire
 - ▶ Réapprentissage écoute et respect faim-satiété
 - ▶ Traitement TCA type grignotages compulsifs, hyperphagie boulimique, hyperphagie prandiale...
- ▶ Rééquilibrer l'alimentation
- ▶ Augmenter l'activité physique

... En vue de limiter le risque de MCV et améliorer le bien-être et la qualité de vie

CAS DE PATIENT

Patient A., 39 ans, originaire de Syrie, est arrivé en Suisse fin 2018. Il vit dans un foyer avec sa femme et leurs 5 enfants

Poids: 118 kg Taille: 175 cm BMI: 38.5 kg/m²

- Comorbidités: diabète type 2, dyslipidémie, HTA et gonalgies
- Médicaments: metformine, glibenclamide, perindopril
- Labo: TG: 3,06 mmol/l – LDL: 2,74 mmol/l – glyquée: 8,4 % (janvier 2019)

- ▶ Quel stade d'obésité?
obésité stade 2
- ▶ Quels objectifs de prise en charge?
 - normaliser comportement alimentaire
 - équilibrer l'alimentation
 - viser une perte pondérale de 5-10% du poids initial, soit ~6-12 kg en 6 à 12 mois, puis maintenir nouveau poids
 - augmenter l'activité physique

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

A éviter :

- ▶ Objectif pondéral irréaliste et « éclair »
- ▶ Régimes ou plans alimentaires
- ▶ Messages erronés ou simplistes sur les « bons / mauvais » aliments, « autorisés / interdits »
- ▶ « Oublier » de dépister et traiter les TCA

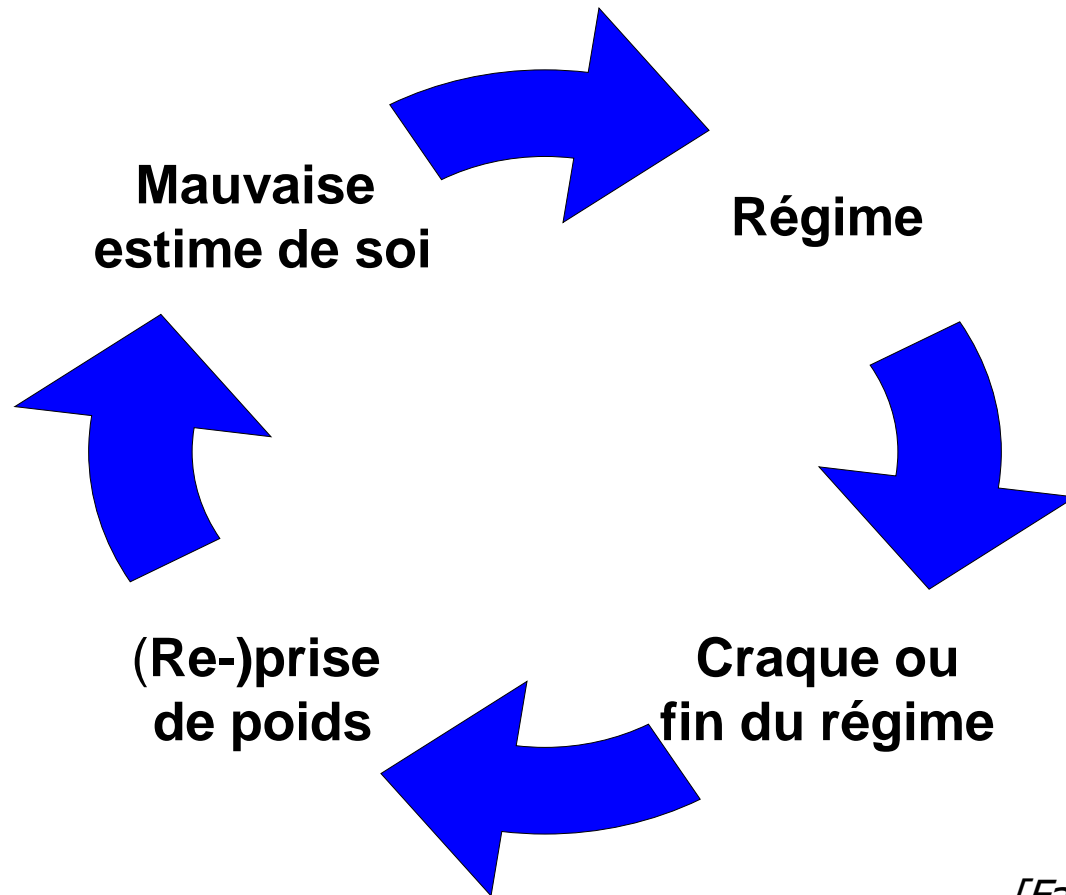
D'APRÈS VOUS... QUELS SONT LES
INCONVÉNIENTS DES RÉGIMES STRICTS?

DANGERS DES RÉGIMES STRICTS

- ▶ Régime → restriction cognitive
 - ▶ Privation alimentaire volontaire
- ▶ **Conséquences**
 - ▶ Effet «yoyo»
 - ▶ Perturbations métaboliques
 - ▶ Perturbations psycho-comportementales
 - ▶ Incapacité à reconnaître les sensations de faim et de satiété
 - ▶ Mauvaise estime de soi (échecs)
 - ▶ Développement ou aggravation de troubles du comportement alimentaire (TCA)

[G. Apfeldorfer, 2011]

CERCLE VICIEUX DE LA RESTRICTION COGNITIVE



[Fairburn 1985]

RÔLE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LE PATIENT OBÈSE

- ▶ ↗ **dépense énergétique** : permet un meilleur respect des sensations de faim et satiété
→ **Aide à la perte de poids**
- ▶ ↘ **masse grasse corporelle totale tout en préservant la masse maigre** : permet le maintien du métabolisme de base lors de pertes pondérales
→ **Aide à prévenir une reprise pondérale**
- ▶ ↘ **Graisse abdominale et viscérale** : impact positif sur les comorbidités ; diabète, dyslipidémies, etc.
→ **Prévention MCV**

Source : www.bougersante.ch



RÔLE DU MPR DANS L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DES PATIENTS OBÈSES

RÔLE DU MPR DANS L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DES PATIENTS OBÈSES (1)

Evaluation

- ▶ BMI
- ▶ Histoire pondérale
- ▶ Brève anamnèse alimentaire
- ▶ Stade de changement, motivation

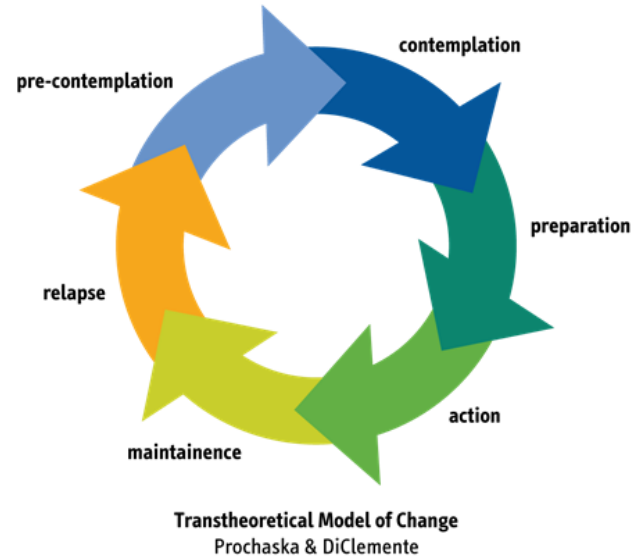
A proscrire

- ▶ Perte de poids rapide
- ▶ Perte de poids si poids normal
- ▶ Régimes ou plans alimentaires
- ▶ Messages erronés, simplistes

RÔLE DU MPR DANS L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DES PATIENTS OBÈSES (2)

1. Définir les objectifs généraux de prise en charge
2. Primo-information nutritionnelle sur l'équilibre alimentaire
3. Evaluer le stade de changement
4. Vérifier si le patient répond aux critères de remboursement de la consultation diététique
5. Proposer un suivi diététique avec objectif de prise en charge nutritionnelle

+ Evaluer l'intérêt d'un suivi psychologique ou par un autre professionnel



INDICATIONS À UNE PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE

- ▶ Patient répond aux critères de remboursement
ET
- ▶ Stade de changement adéquat, motivation de la part du patient
- 😊 Possibilité d'un **suivi conjoint médecin SMPR de l'obésité + diététicienne**

Si patient parlant français, obèse : possibilité de lui proposer une **prise en charge globale au Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques (Soleillane)**

OUTIL 1 : LA PYRAMIDE ALIMENTAIRE



La pyramide alimentaire suisse

Sucreries, snacks salés & alcool

En petites quantités.

Huiles, matières grasses & fruits à coque

Chaque jour une petite quantité d'huile et fruits à coque. Beurre/margarine avec modération.

Produits laitiers, viande, poisson, œufs & tofu

Chaque jour 3 portions de produits laitiers et 1 portion de viande/poisson/œufs/tofu...

Produits céréaliers, pommes de terre & légumineuses

Chaque jour 3 portions. Produits céréaliers de préférence complets.

Légumes & fruits

Chaque jour 5 portions de couleurs variées.

Boissons

Chaque jour 1-2 litres de boissons non sucrées. Préférer l'eau.



Chaque jour au moins 30 minutes de mouvement et suffisamment de détente.

<http://www.hug-ge.ch/pluriprofessionnels-sante/service-medecine-premier-recours>
FR, ENG, ESP, PORT, allemand, italien, turc, albanais, serbo-croate, tamoul, arabe

OUTIL 2 : L'ASSIETTE ÉQUILIBRÉE

Département de Médecine Communautaire, de Premier Recours et des Urgences
Consultation diététique du Service de Médecine de Premier Recours

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Une assiette équilibrée c'est...



Une portion de légumes crus ou cuits ou de salade ou un potage

Une portion de farineux : riz, pâtes, pain, pommes de terre, blé, petits pois, millet, quinoa, maïs, haricots secs, lentilles, pois chiches, polenta, boulgour, couscous, semoule, plantain, manioc.
La taille de la portion est à adapter à sa faim et à son activité physique !

Une source de protéines : viandes, volailles, poissons, fruits de mer, œufs, fromages, tofu.

+ 1 ou 2 verre(s) d'eau

+ 1 cuillère à soupe d'huile par personne (de préférence olive, colza)

(+ Un dessert, si vous avez encore faim : privilégiez un fruit frais ou une salade de fruit ou une compote ou un yogourt)

Doc créé par DA et DDC, validé par SR_04.2014

<http://www.hug-ge.ch/pluriprofessionnels-sante/service-medecine-premier-recours>

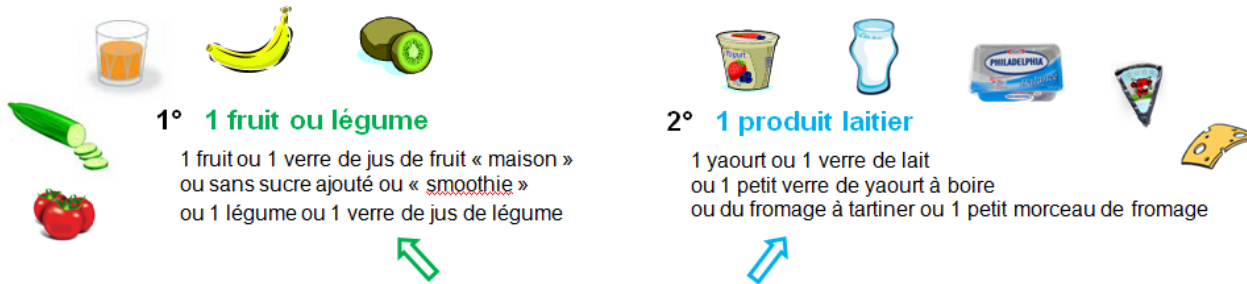
FR, ENG, ESP, PORT

OUTIL 3 : PETIT-DÉJEUNER ÉQUILIBRÉ

Département de Médecine Communautaire, de Premier Recours et des Urgences
Consultation diététique du Service de Médecine de Premier Recours

HUG  
Hôpitaux Universitaires de Genève

Un petit-déjeuner équilibré c'est...



1° 1 fruit ou légume

1 fruit ou 1 verre de jus de fruit « maison »
ou sans sucre ajouté ou « smoothie »
ou 1 légume ou 1 verre de jus de légume

2° 1 produit laitier

1 yaourt ou 1 verre de lait
ou 1 petit verre de yaourt à boire
ou du fromage à tartiner ou 1 petit morceau de fromage

Pour bien commencer la journée !

*Je ne suis pas obligé
de tout prendre.
J'adapte en fonction
de ma faim !*

3° 1 farineux

1-2 tranches de pain (de préférence multi-céréales + éventuellement un peu de
beurre et de confiture)
ou 1 barre de céréales ou 1 petit paquet de crackers (biscuits de céréales)
ou 1 bol de céréales (de préférence complètes et non-sucrées)
ou 1 viennoiserie (croissant, pain au chocolat, etc.) → 1 fois par semaine

+ 1 boisson

De l'eau ou un café ou un thé...



<http://www.hug-ge.ch/pluriprofessionnels-sante/service-medecine-premier-recours>

FR, ENG, ESP, PORT

RÔLE DU MPR (3)

MESSAGES-CLÉS SENSATIONS ALIMENTAIRES

- ▶ But : manger le plus souvent lorsque la faim ET l'envie de manger sont présentes
- ▶ Manger lentement : 20 minutes/repas
- ▶ Déguster, se concentrer sur l'acte alimentaire, faire appel aux 5 sens
- ▶ ... Ne pas oublier la dimension hédonique de l'alimentation!

OBÉSITÉ : MESSAGES À RETENIR

▶ Structure alimentaire

- ▶ Rythme de prises alimentaire +/- régulier
- ▶ Moments spécifiques dédiés aux repas

▶ Equilibre alimentaire

- ▶ Qualitatif
- ▶ Quantitatif

▶ Comportement & sensations alimentaires

- ▶ Différencier faim et envie
- ▶ Vitesse et satiété
- ▶ Dépistage et traitement des troubles du comportement alimentaire (TCA)
- ▶ Plaisir, dégustation (5 sens)

BIBLIOGRAPHIE : POUR ALLER PLUS LOIN...

- ▶ Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, rapport OMS, 2003: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf
- ▶ Position of the American Dietetic Association: Weight Management, JADA, 2009 : <http://www.andea.org/files/files/WeightManagement.pdf>
- ▶ AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults, 2013 : <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437739.71477.ee.full.pdf>
- ▶ Prescription de régimes amaigrissants : une pratique qui perdure?, Rev Med Suisse 2012; 8; 678-81
- ▶ Efficacité de l'éducation thérapeutique, Rev Med Suisse 2009; 5: 688-690
- ▶ Société suisse de nutrition (divers documents didactiques, notamment « Gérer son poids en harmonie », 2014) : <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/en-cas-de-maladie/en-cas-de-surpoids/>

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Des questions ?

Tél : 29 415

Outils et informations :

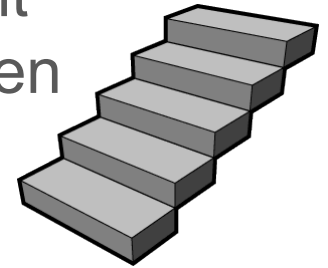
<http://www.hug-ge.ch/pluriprofessionnels-sante/service-medecine-premier-recours>



RÔLE DE LA DIÉTÉTICIENNE

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE

- ▶ Etablir des **objectifs spécifiques** permettant d'atteindre le(s) but(s) généraux de la prise en charge
- ▶ Mettre au point des **stratégies** concrètes permettant d'atteindre ces objectifs spécifiques
- ▶ **Soutenir** la mise en pratique au quotidien de ces objectifs



...En vue de modifier **durablement** les habitudes et/ou le comportement alimentaire du patient.

MOYENS À DISPOSITION

- ▶ Arguments scientifiques, travail d'information
- ▶ Retranscription des recommandations théoriques et populationnelles en changements concrets et individualisés
- ▶ Entretien motivationnel
- ▶ Outils généraux de l'éducation thérapeutique ;
 - ▶ Écoute, empathie
 - ▶ Partir des connaissances et croyances du patient
 - ▶ Responsabiliser/investir le patient
 - ▶ Le soutenir, l'encourager face au changement
 - ▶ Valoriser les efforts entrepris par le patient

→ **Alliance thérapeutique !**

LA PREMIÈRE CONSULTATION DIÉTÉTIQUE

- ▶ *Situation clinique, ATCD médicaux, traitement médicamenteux, analyses sanguines, etc.*
- ▶ **Attentes, souhaits du patient ainsi que croyances et représentations**
- ▶ Situation familiale, sociale, culturelle, financière, psychologique
- ▶ Histoire pondérale
- ▶ Anamnèses alimentaire et de style de vie
 - ▶ Habitudes alimentaires
 - ▶ Sensations alimentaires
 - ▶ Dépistage TCA
 - ▶ Activité physique

→ DPI : rapport « Consultation nutrition... » sous R (Résumé)

LE SUIVI DIÉTÉTIQUE

- ▶ Évaluation du stade de changement et de la motivation du patient
- ▶ Suivi des changements alimentaires
 - ▶ Rythme
 - ▶ Equilibre
 - ▶ Comportement
- ▶ Suivi du poids
- ▶ Enseignements nutritionnels sur des thèmes divers, selon les besoins et la capacité d'apprentissage
- ▶ Mise en évidence des difficultés rencontrées par le patient et fixation / renforcement des objectifs

→ DPI : rapport sous NdS
(Notes de Suite)

AXES DE TRAVAIL : ENSEIGNEMENT

- ▶ Fixer un objectif de poids réaliste
- ▶ La perte de poids n'est pas le seul objectif chez le patient obèse
- ▶ 1) Normaliser le comportement alimentaire
 - ▶ Dépister et traiter les TCA
 - ▶ Introduire une structure alimentaire
- ▶ 2) Rééquilibrer l'alimentation
- ▶ En parallèle : augmenter l'activité physique

Obésité = maladie chronique complexe, nécessitant une prise en charge interdisciplinaire

NOS OUTILS

- ▶ Carnets alimentaires (simples / spécifiques)
- ▶ Outils d'analyse du comportement alimentaire
- ▶ BIA = mesure de composition corporelle
- ▶ Podomètres
- ▶ Aliments factices / emballages
 - ▶ Portions d'assiette
 - ▶ Sources de sucre
 - ▶ Lecture d'étiquettes
 - ▶ Gammes « petit budget »
 - ▶ Graisses cachées
- ▶ Guides-photos alimentaires
- ▶ Balances décisionnelles
- ▶ Etc.



QUAND ET COMMENT ADRESSER UN PATIENT À LA CONSULTATION DIÉTÉTIQUE

INDICATIONS À UNE PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE

- ▶ Patient répond aux critères de remboursement **ET**
- ▶ Stade de changement adéquat, motivation de la part du patient
- 😊 Possibilité d'un **suivi conjoint médecin SMPR de l'obésité + diététicienne**

Si patient parlant français, obèse : possibilité de lui proposer une **prise en charge globale au Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques (Soleillane)**

CRITÈRES DE REMBOURSEMENT DE LA CONSULTATION DIÉTÉTIQUE

- ▶ Obésité (BMI > 30kg/m²)
- ▶ Surpoids (BMI > 25kg/m²) + comorbidité (gonalgies, SAS...)
- ▶ Troubles du métabolisme (diabète, intolérance au glucose, dyslipidémies)
- ▶ Maladies cardio-vasculaires (HTA, s/p AVC, infarctus...)
- ▶ Maladies du système digestif
- ▶ Maladie des reins
- ▶ Etat de malnutrition (carences nutritionnelles) ou de dénutrition (y compris anorexie, boulimie)
- ▶ Allergies et intolérances alimentaires

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DPI

Dans DPI : onglet P (prescription)

→ Alimentation/Hydratation

→ Consultation de nutrition

Génère 2 formulaires qui apparaissent dans l'onglet « R » :

- « Bon de nutrition » : formulaire contenant les renseignements nécessaires pour le professionnel

- « Demande de consultation de nutrition » : formulaire pour les assurances maladies

Envoyer le patient pour prise des 2 premiers rdv auprès des hôtesse (carton avec mention de la langue et év. interprète)

DEMANDE DE CONSULTATION NUTRITIONNELLE

Consultation avis
 libération nutritionnelle diabète patient hospitalisé consultation ambulatoire

Données anthropométriques
 Si le poids et/ou la taille du patient sont absents ou ne vous semblent pas justes, vous pouvez les mettre à jour ici. Poids : (le 20/02/2015) kg Taille : cm

Déjà
 dès que possible urgent à la date précise autre

Alertes
 Alertes connues: Pas d'alerte connue.

Mesures spécifiques de sécurité (obligatoire)
 Pas de mesure spécifique précisée.

Consultation ambulatoire
Problèmes
 Troubles du métabolisme (hyperlipémie, diabète, intolérance au glucose, etc...)
 Obésité (SI au-dessus du body mass index ainsi que les symptômes qui découlent de la surcharge pondérale ou qui sont associées (HTA, troubles du métabolisme, problèmes artériels, syndrome métabolique, etc...)
 Maladies cardio-vasculaires
 Malades du système digestif
 Malades des reins
 Date de malnutrition ou dénutrition
 Allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation

Pré-rempli mais modifiable
 Nombre de consultations :

Facultatif : Renseignements dans DPI
 Renseignements pour les assurances maladies
 Date de prise en soin

OBLIGATOIRES
 Renseignements spécifiques pour le SMRP
 Renseignements nutritionnels (documents déjà donnés au patient)
Statut de motivation
 Pré-consultation Consultation Détermination Action Mandat
Langue
 Français Anglais Espagnol Portugais Autre
 Besoin d'un interprète: Non Oui
Localisation
 Quartier n°: Centre PSU Autre