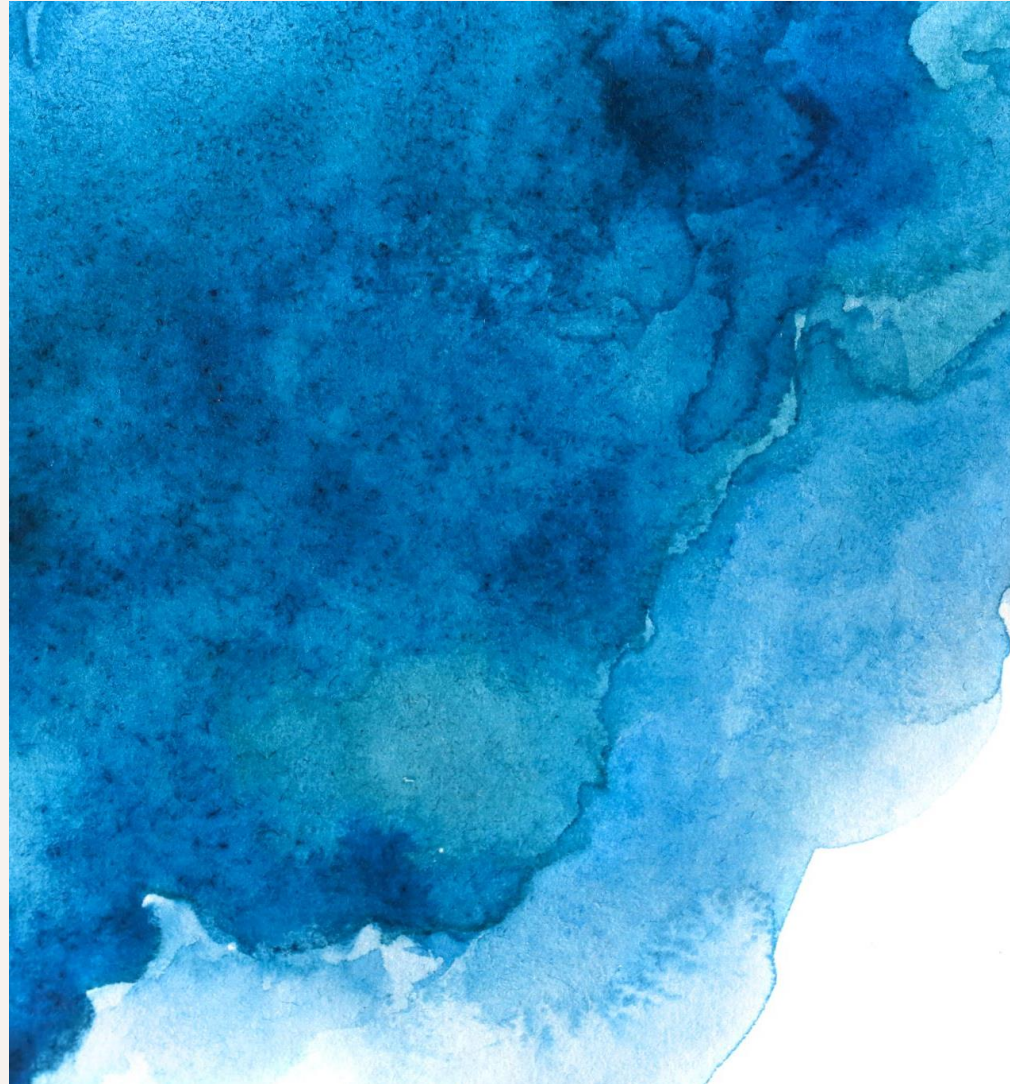


Prise en charge
globale des
Personnes en
Situation
d'Obésité (PeSO)

Place du
médecin de
premier recours



HUG

DR SOMERS
FLORENCE

UNITÉ D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU
PATIENT

HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES DE
GENÈVE

11.09.2025

A background illustration of a diverse group of people of various ages, ethnicities, and genders, smiling and looking towards the camera. The style is flat and colorful.

CHARTRE DE GROUPE

Confidentialité

Bienveillance

Non jugement

Respect

Ecoute

Sommaire

Obj général: Renforcer votre sentiment d'efficacité personnelle à prendre en charge des PeSO avant et pendant ou après la prise en charge spécialisée

-
- I. Partage entre pairs: vécu et rôle du médecin de premier recours dans la prise en charge des PeSO
 - II. L'obésité dans toutes ses dimensions
 - III. Des clés pour favoriser une prise en charge globale des PeSO en médecine de premier recours
 - IV. Transfert à la pratique

Pas de conflit d'intérêt

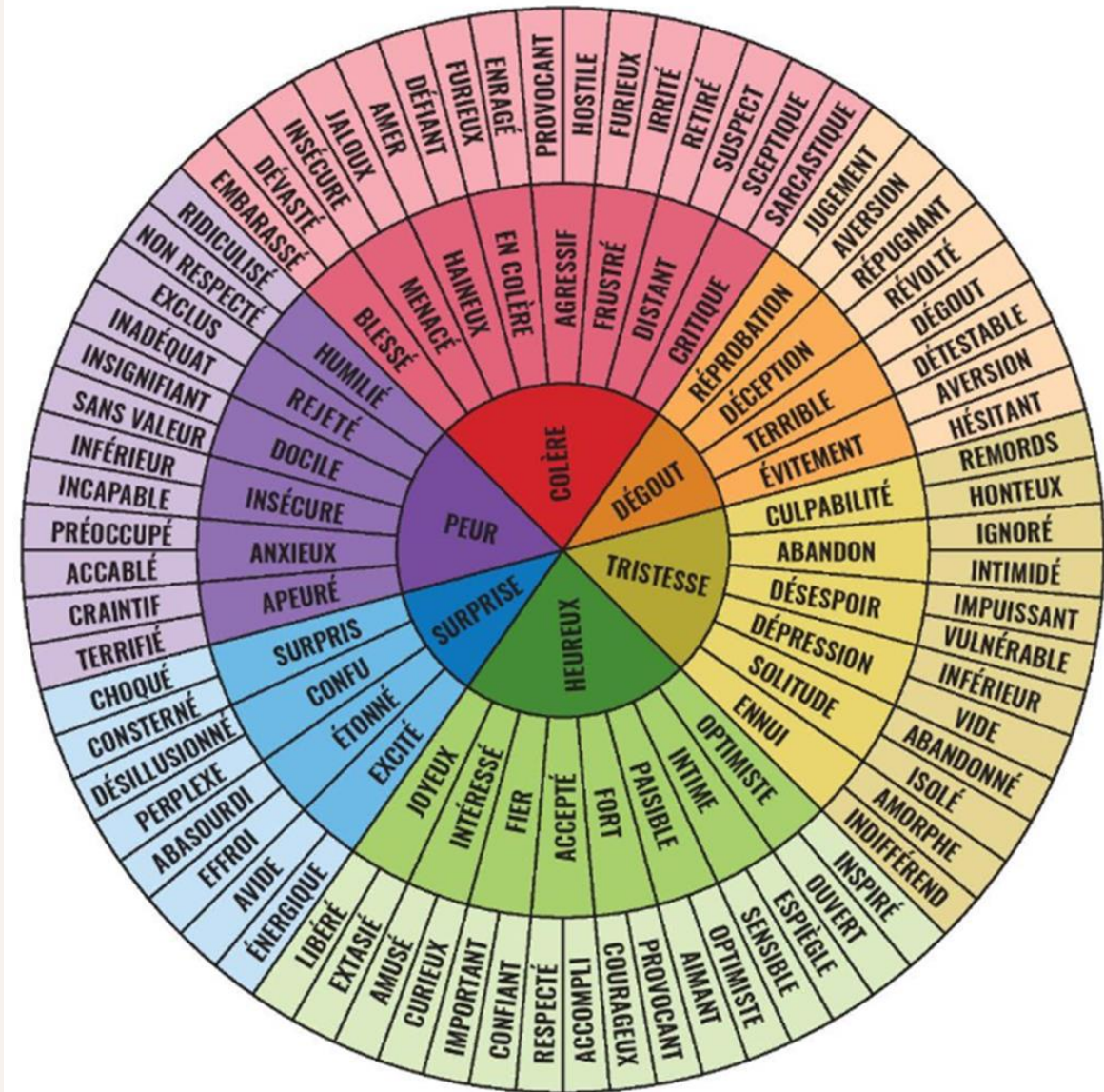


I. Partage entre pairs: vécu et rôle du médecin de premiers recours dans la prise en charge des PeSO

Vignette clinique

- Mme M, 48 ans
 - Consulte pour des douleurs lombaires aiguës sur fond chronique
 - Co-morbidités: dépression traitée
 - Examen clinique:
 - absence de déficit neurologique (absence de red flags)
 - Poids: 92 kg, Taille: 156 cm, BMI : 37.8 kg/m² [+7 kg en 6 mois]
-

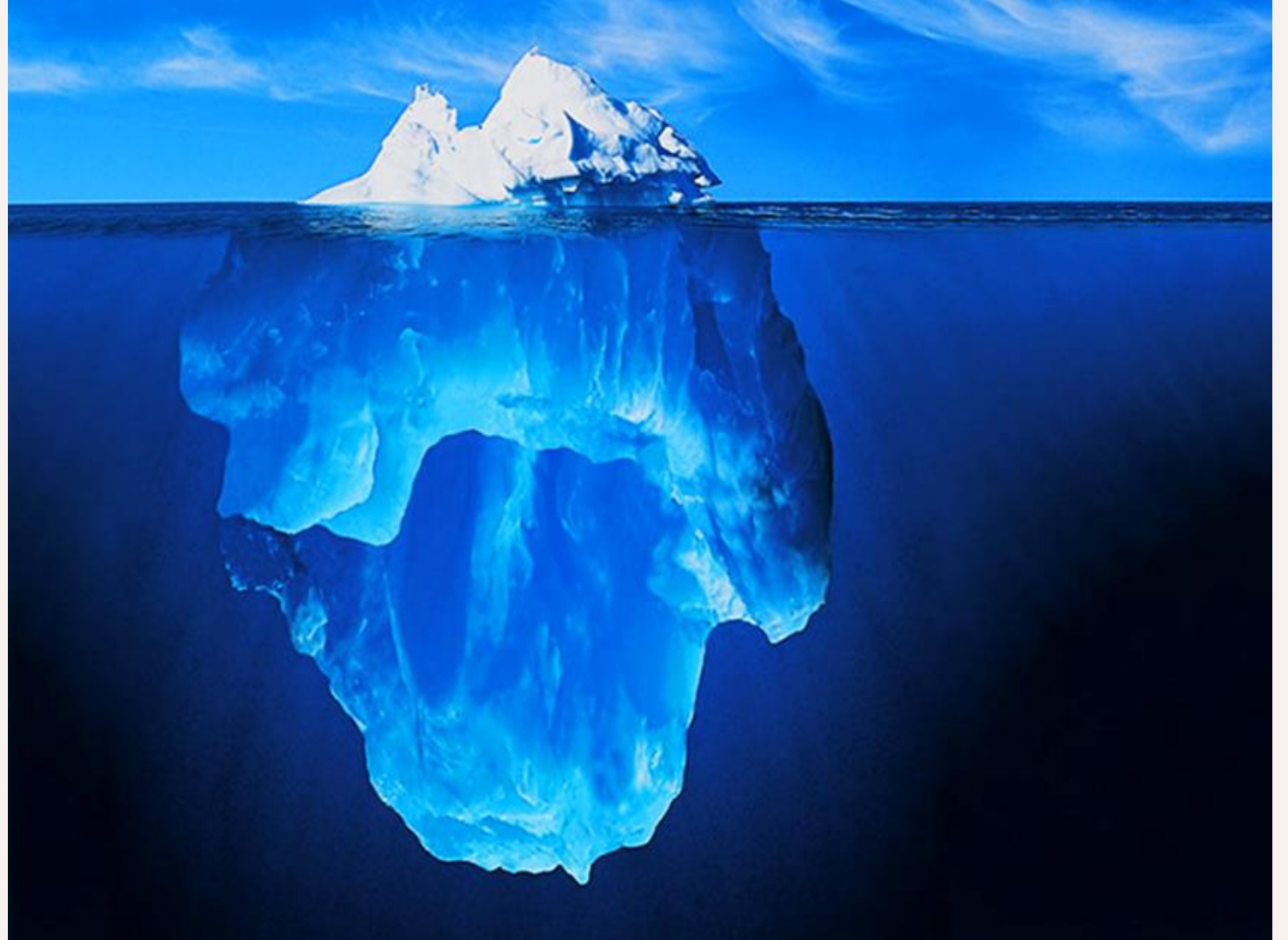
Quels émotions ou sentiments ressentez-vous lorsque vous êtes confronté.e.s à la prise en charge d'une PeSO?



Quel rôle investissez-vous
ou envisagez-vous
pertinent d'investir pour la
prise en charge de PeSO?

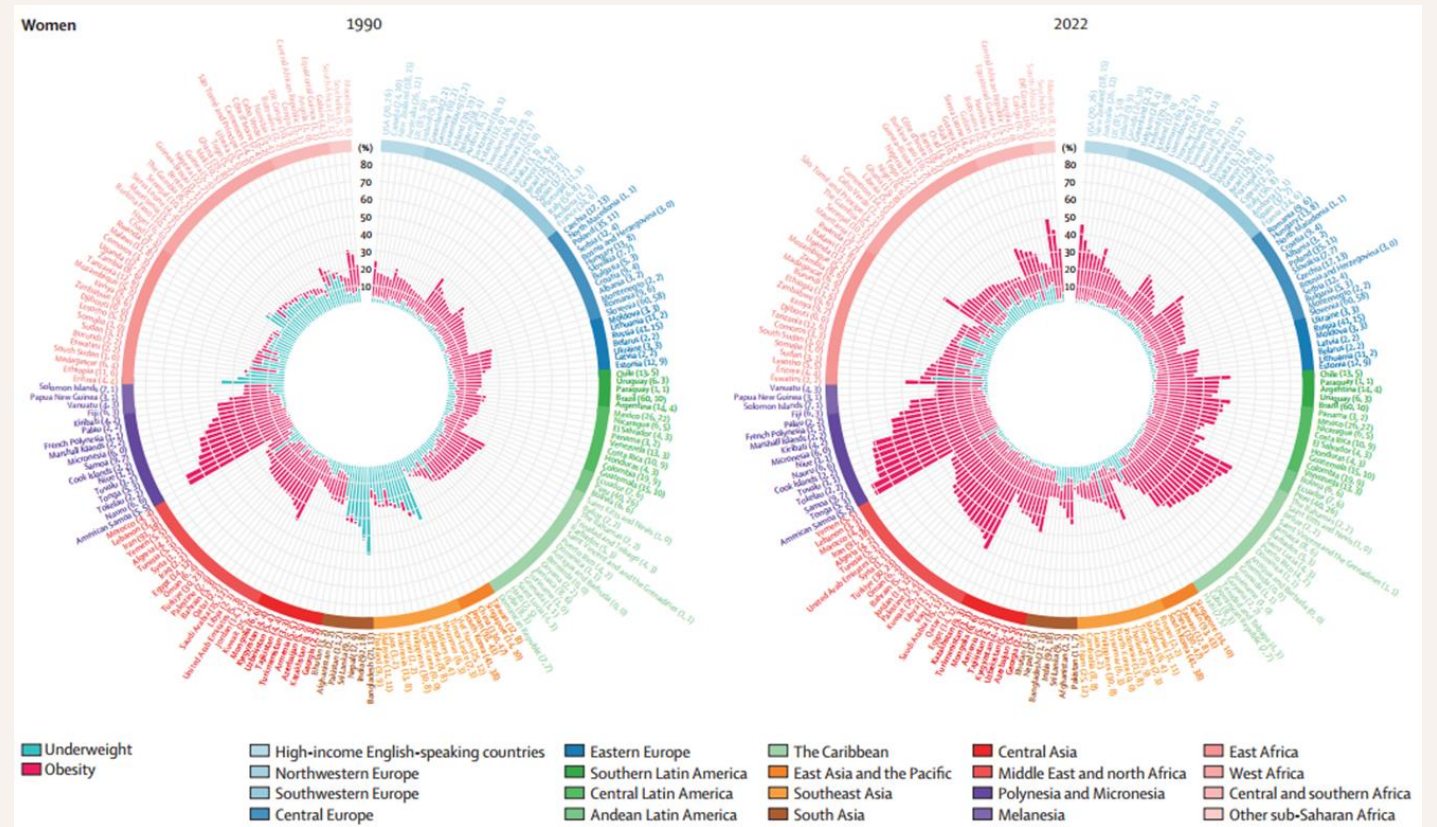


II. L'obésité dans toutes ses dimensions



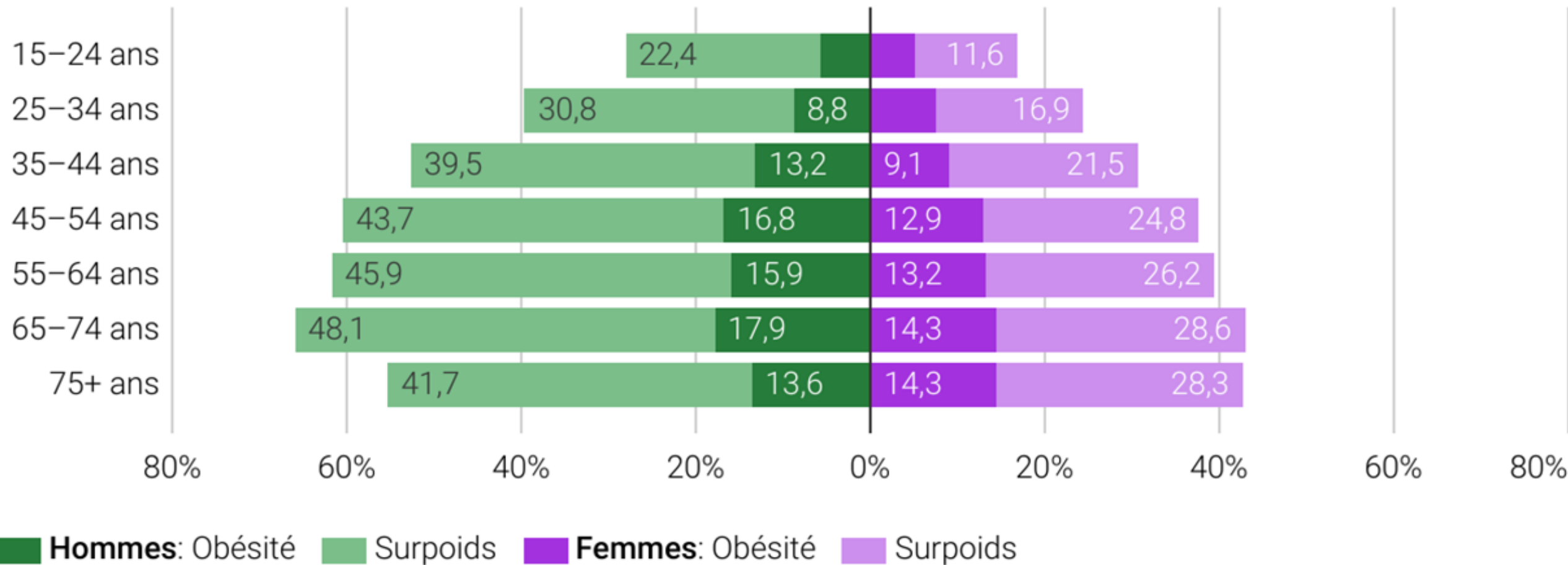
Epidémiologie: données mondiales (2022)

- Une personne sur 8 est en situation d'obésité aujourd'hui dans le monde
- 43% des personnes en surpoids (2,5 Mrd).
- Tendances 1990-2022
 - Adultes: x2
 - Enfants et ado: x4



Surpoids et obésité, en 2022

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



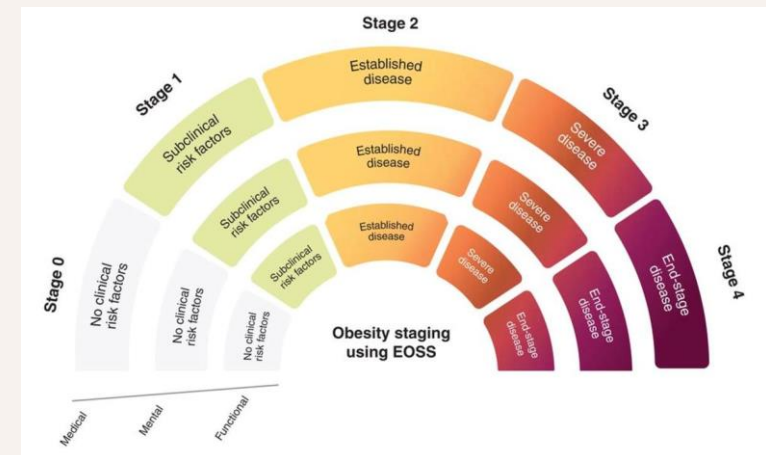
Diagnostic

INDICE DE MASSE CORPORELLE

	Seuil d'obésité selon IMC (kg/m2)	
Classes de l'obésité	Europe	Asie
Surpoids (pré-obésité)	25-29.9	23-27.5
Obésité classe I	30-34.9	27.5
Obésité classe II	35-39.9	
Obésité classe III	>40	

AUTRES INDICATEURS

- **Morphologiques:** tour de taille, ratio tour de taille/hanche, tour de taille/taille
- **Echelle de risque:** Edmonton Obesity Staging System (EOSS)

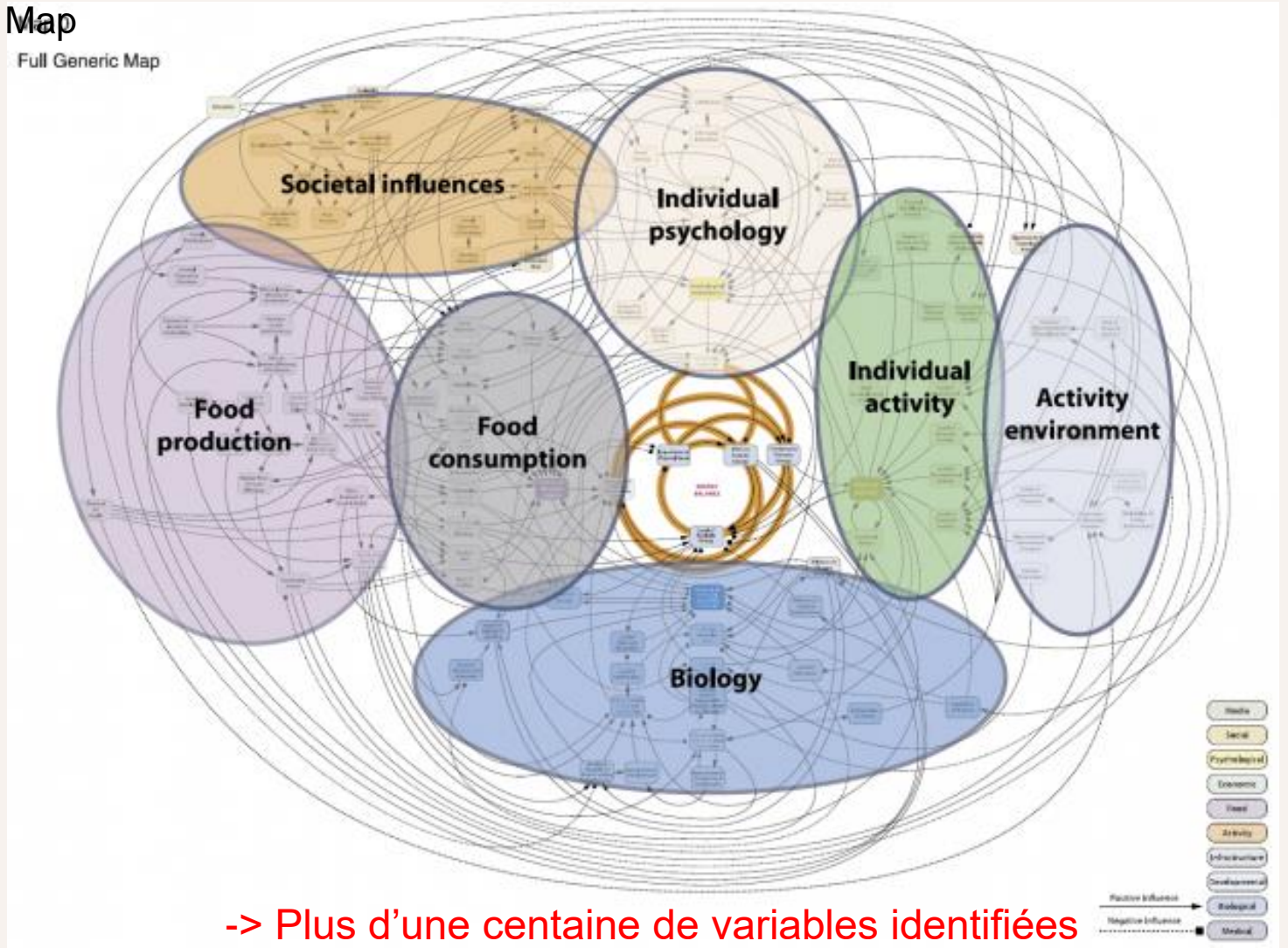


Causes de l'obésité

«L'obésité n'est ni un choix personnel ni un manque de volonté»

Obesity system Map

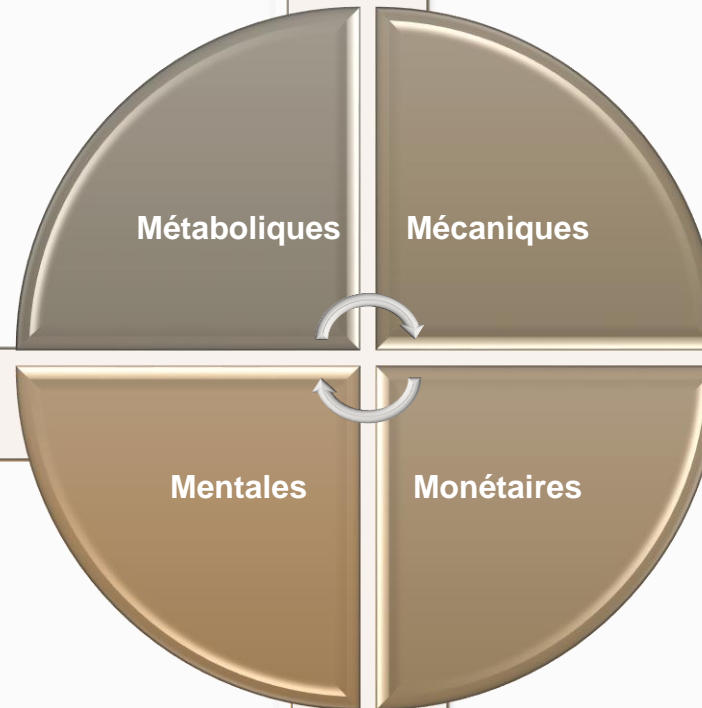
Full Generic Map



Complications liées à l'obésité «les 4M»

- Prédiabète, diabète de type 2
- MAFLD, MASH
- HTA
- Dyslipidémie
- Hyperuricémie
- Trouble de la fertilité
- Certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon)

- Reflux gastro-oesophagien
- SAS
- Arthralgies, arthrose
- Incontinence urinaire et fécale
- Fasciite plantaire
- Intertrigo



- Trouble de l'image corporelle
- Atteinte de l'estime de soi
- Anxio-dépression

- Atteinte de l'accès à la formation, employabilité
- Surcoût alimentaire, vestimentaire
- Coût des programmes de perte de poids
- Isolement social

Accès au Traitement de l'excès de poids/obésité en médecine de premier recours

Table 2 Patients who received, or did not receive, a weight management intervention over the study period by gender and body mass index (BMI) category

BMI category	Total	Advice	Referral	Drugs	No treatment
Men					
Overweight (BMI 25–29.9)	30 950	1805 (5.8)	913 (2.9)	86 (0.3)	28 282 (91.4)
Obese (BMI 30–34.9)	12 711	1129 (8.9)	762 (6.0)	313 (2.5)	10 697 (84.2)
Severe obesity (BMI 35–39.9)	3368	363 (10.8)	349 (10.4)	333 (9.9)	2499 (74.2)
Morbid obesity (BMI ≥40)	1384	168 (12.1)	239 (17.3)	322 (23.3)	831 (60.0)
Women					
Overweight (BMI 25–29.9)	24 144	1331 (5.5)	762 (3.2)	451 (1.9)	21 794 (90.3)
Obese (BMI 30–34.9)	11 364	925 (8.1)	740 (6.5)	889 (7.8)	9116 (80.2)
Severe obesity (BMI 35–39.9)	4777	462 (9.7)	445 (9.3)	671 (14.0)	3460 (72.4)
Morbid obesity (BMI ≥40)	2715	284 (10.5)	479 (17.6)	724 (26.7)	1578 (58.1)

Figures are frequencies (row per cent).

- Etude UK, étude observationnelle
- Public: Sélection/registre de santé: Clinical Practice Research Datalink (CPRD): >91000 patients BMI > 25 kg/m² inclus avec un suivi min de 12 mois en médecine de premier recours, 2005-2012
- Outcomes: taux /délai d'intervention
- Interventions: conseils, orientation, traitements médicamenteux



Retard à l'intervention

Table 3 Rate of obesity management intervention by body mass index (BMI) category (per 1000 patient years), based on records of advice, referral or obesity drug prescription

	Advice	Referral	Drugs
Overall rate	30.3 (29.3 to 31.4)	20.0 (19.3 to 20.8)	13.9 (13.5 to 14.4)
Overweight (BMI 25–29.9)	22.6 (21.6 to 23.8)	11.2 (10.5 to 11.9)	2.9 (2.6 to 3.2)
Obese (BMI 30–34.9)	36.4 (34.4 to 38.6)	23.7 (22.3 to 25.2)	15.7 (14.7 to 16.7)
Severe obesity (BMI 35–39.9)	47.2 (42.7 to 52.3)	38.4 (35.4 to 41.7)	41.5 (39.0 to 44.1)
Morbid obesity (BMI ≥40)	60.2 (51.8 to 70.4)	75.7 (69.5 to 82.6)	89.9 (85.0 to 95.2)

Table 1 Demographic details reported by participants

	GPs	Nurses
Sex		
Male	6	
Female	11	17
Age (in years)		
30–39	7	1
40–49	3	7
50–59	6	5
60–69	1	4
Experience as GP/nurse in general practice (in years)		
0–9	7	7
10–19	3	6
20–29	7	4
Weight status		
Normal (BMI 18.5–24.9 kg/m ²)	9	9
Overweight (BMI 25–29.9 kg/m ²)	7	4
Obese (BMI 30 kg/m ² and above)		4
Not specified	1	

BMI, body mass index; GP, general practitioner.

Table 2 Barriers coded to the TDF framework

Behavioural domain	Barrier	GP	Nurse
Knowledge	Lacking content knowledge of guidelines	✓	✓
	Not recognising obesity as a complex medical problem	✓	✓
	Uncertainty about raising the topic routinely	✓	✓
Skills	Uncertainty about how to raise the topic sensitively	✓	✓
	Uncertainty about how to raise the topic when patient is not consulting with related problem	✓	✓
Beliefs about consequences	Potential to damage the doctor–patient relationship	✓	✓
	Concern that patient will feel alienated and disengage from healthcare	✓	✓
	Beliefs about negative responses	✓	✓
Beliefs about capabilities	Potential to 'open a can of worms'	✓	✓
	Feeling ineffective at helping patients with weight loss	✓	✓
Motivation	Desire to maintain a positive, non-judgemental relationship with patient	✓	✓
Competing goals	Prioritising other areas of patient care	✓	✓
	Prioritising other public health concerns	✓	✓
Emotion	Fear of upsetting patients	✓	✓
	Feeling awkward/uncomfortable raising the issue	✓	✓
	Hopelessness	✓	✓
Professional role and identification	Frustration	✓	✓
	Threat to professional reputation	✓	✓
	Impact of own weight status	✓	✓
GP practice and available resources	Personal feelings about advocating weight loss	✓	✓
	Having time to open up a sensitive issue	✓	✓
	Feeling as if there's nothing to offer patients	✓	✓
Social influences	No continuity of care with patients	✓	✓
	Adhering to the patient's agenda	✓	✓
	Perceptions about patient receptiveness to advice	✓	✓

GP, general practitioner; TDF, Theoretical Domains Framework.

Obstacles à la prise en charge en médecine de premier recours dans la littérature

- Analyse qualitative
- Entretiens semi-structurés, UK
- Thème: Points de vue, opinions et expériences concernant **l'initiation d'une discussion sur le poids**

Synthèse

L'OBÉSITÉ, UNE MALADIE

- Multifactorielle
- Complexe
- Chronique
- Complications liées à l'obésité
- À la prise en charge tardive



SES TRAITEMENTS

- Prise en charge globale, et la plus précoce possible
 - Personnalisés
 - Avec le soutien d'une équipe interdisciplinaire
 - Qui ne se limitent pas
 - à perdre du poids
 - déséquilibrer la balance énergétique
 - à des traitements rapides
 - A long terme
 - Objectifs visés: prévention/rémission/stabilisation des complications + amélioration de la santé globale
-



II. Des clés pour favoriser une prise en charge globale des PeSO en médecine de premier recours

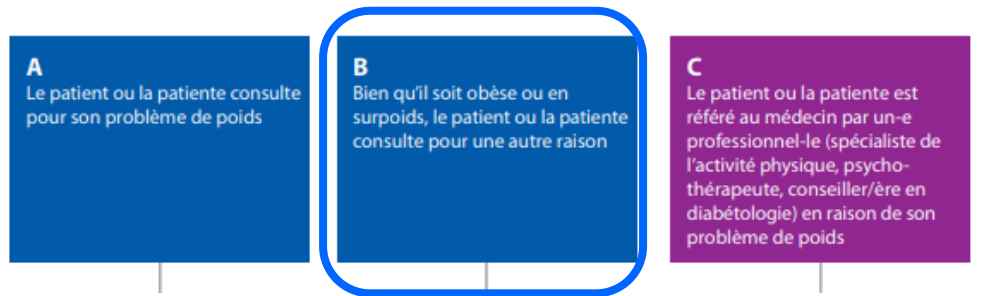
Vignette clinique

Vous avez traité la situation aigue.

Comment aborderiez-vous le sujet du poids avec la patiente?

Pourquoi est-ce important d'y réfléchir?

Traitement du surpoids et de l'obésité





La stigmatisation liée au poids

Attitudes et croyances négatives concernant le poids (langage ou matériel non adapté, jugement implicite,...)

CONSTATS	CONSÉQUENCES						
<ul style="list-style-type: none">• plus de 50% des médecins attribuent l'obésité à un manque de volonté des PeSO• 2/3 des PeSO rapportent des expériences de stigmatisation liée au poids	<table border="1"><tbody><tr><td data-bbox="1526 589 1870 796">Evitement des consultations médicales, méfiance</td><td data-bbox="1895 589 2239 796">Mauvaise adhésion aux recommandations</td></tr><tr><td data-bbox="1526 825 1870 1032">Anxiété, dépression, internalisation de la stigmatisation</td><td data-bbox="1895 825 2239 1032">Trouble du comportement alimentaire</td></tr><tr><td data-bbox="1526 1061 1870 1268">Baisse de l'estime de soi, isolement social</td><td data-bbox="1895 1061 2239 1268">Stress chronique, inflammation chronique, augmentation du risque CV</td></tr></tbody></table>	Evitement des consultations médicales, méfiance	Mauvaise adhésion aux recommandations	Anxiété, dépression, internalisation de la stigmatisation	Trouble du comportement alimentaire	Baisse de l'estime de soi, isolement social	Stress chronique, inflammation chronique, augmentation du risque CV
Evitement des consultations médicales, méfiance	Mauvaise adhésion aux recommandations						
Anxiété, dépression, internalisation de la stigmatisation	Trouble du comportement alimentaire						
Baisse de l'estime de soi, isolement social	Stress chronique, inflammation chronique, augmentation du risque CV						



CLE n°1 COMMUNIQUER

« *Le patient en situation
d'obésité est une personne* ».

Demander l'accord

- Pour parler du sujet si ce n'est pas le motif de consultation
- « Est-ce que vous seriez d'accord que nous discutons du sujet de votre poids? »

Posture empathique

- Outils: questions ouvertes, reflets de différentes profondeurs, résumés
- Finalités: **mieux comprendre** la PeSO: *son vécu, ses motivations, représentations, préférences,...*

Posture collaborative

- Outils: respect, un langage commun, mise en accord tout au long du projet, travail **AVEC** et non pour
- Finalités: La **PeSO est un acteur à part entière** de son projet de santé. Ce partenariat nourrit l'**alliance thérapeutique**.

Vignette clinique

- Mme M. souffre de sa situation d'obésité. Elle vous dit qu'elle a déjà tout essayé et qu'elle ne sait plus quoi faire.
- Elle accepte d'en parler avec vous. Vous programmez ensemble un RDV pour ce motif.

Qu'auriez-vous envie d'explorer?



CLE n°2 EVALUER

Evaluer pour mieux situer

- la **problématique** de la PeSO
- les **causes** de l'obésité
- et les **complications** liées à l'obésité

...et permettre un **projet de soins sur mesure**.

Entretien

Explorer

- Les motivations: vécu de la maladie au quotidien et bénéfices attendus du projet, objectifs, moyens
- Situation psychosociale, habitudes de vie
- Histoire du poids
- Diététique, comportement alimentaire, activité physique
- Représentations sur la/sa maladie et les/ses traitements
- Anamnèse médicale dont échelle anamnétique de dépistage SAOS

Examen clinique

- **Grader l'obésité**
- Rechercher des causes non communes d'obésité (<1%): endocriniennes, syndromiques, génétiques
- **Rechercher des complications liées à l'obésité**

Examens paracliniques

- **Examens biologiques essentielles:** hémogramme HbA1c, glycémie à jeun, bilan lipidique (SCORE2, GSLA), fonction hépatique (score FIB-4), fonction rénale avec créatinine et DFG, TSH, ferritine, RAC.
- **Examens complémentaires guidés par les résultats de l'entretien initial et l'examen clinique**

Vignette clinique

- Motivations de Mme M: est gênée pour sa mobilité au quotidien, a peur de présenter du diabète, aimerait diminuer ses douleurs articulaires
- Histoire du poids: nombreuses expériences de régimes restrictifs menés seule
- Ne comprend pas sa situation pondérale, sentiment d'injustice face à ses efforts
- Souhaite la même piquûre que sa voisine qui est « très efficace »
- Evite les féculents, CA non accessible , absence de connexion aux sensations digestives, 3000 pas quotidiens
- EC: TT 113 cm, vergetures abdominales fines et blanches non évolutives, affaissement des voutes plantaires
- Biologie: prédiabète

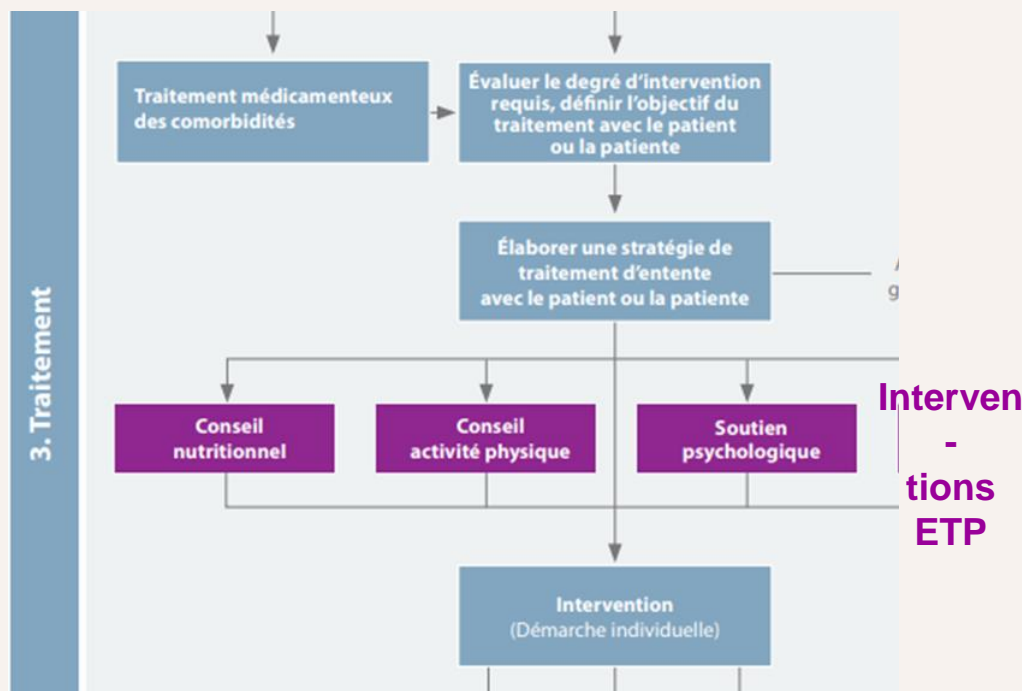
Comment vous positionnez-vous face à sa demande d'aide médicamenteuse pour le traitement de son obésité?

Comment organisez-vous sa prise en charge?

Les traitements de l'obésité

LE SOCLE

LES CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX DANS LES DIFFÉRENTS AXES



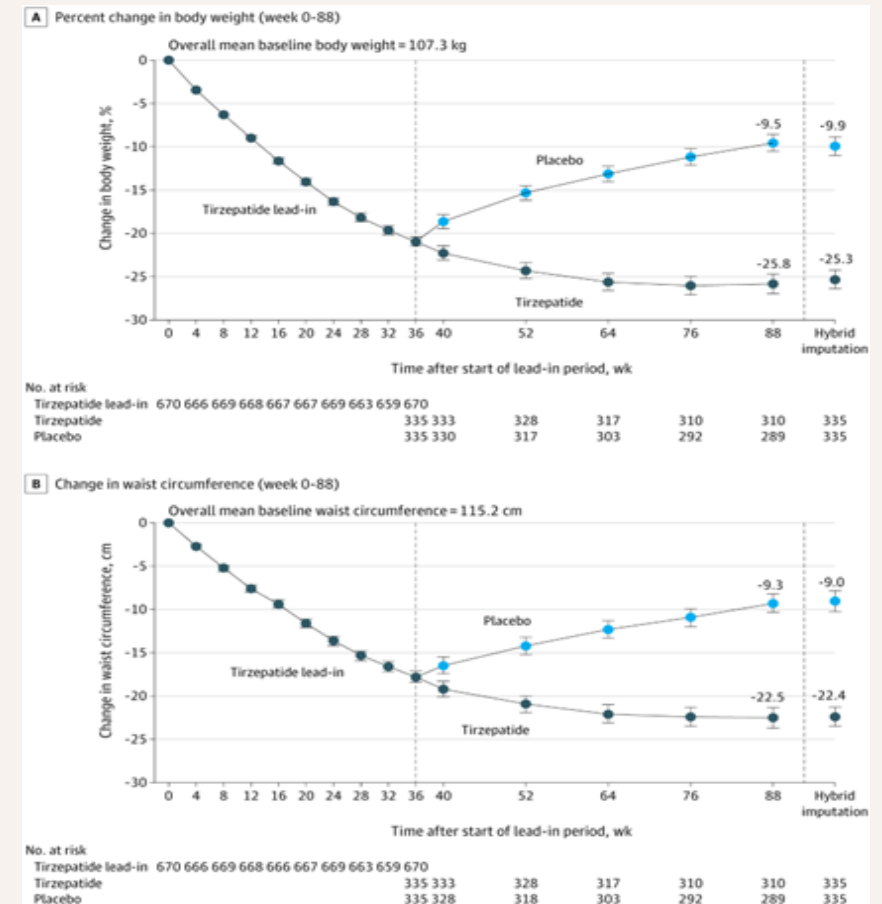
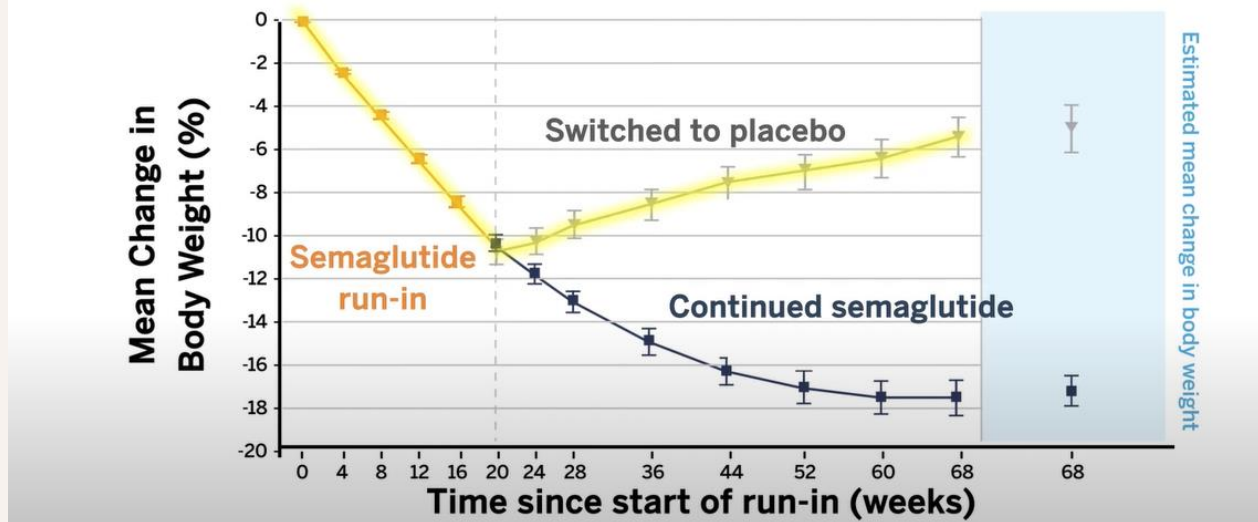
LA SECONDE LIGNE

PLACE DES MÉDICAMENTS (ET DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE)

- Prérequis pour les PeSO
 - 1a. Être en capacité de comprendre l'origine multifactorielle du surpoids ou de l'obésité **et**
 - 1b. Être en capacité d'identifier ses propres facteurs de risque, déclencheurs, périodes de vie, etc., contribuant au développement des troubles du comportement alimentaire et à la prise de poids **et**
 - 1c. Avoir un suivi multimodal centré sur le poids dans un passé récent ou en cours (diététique, psychologique, autres)

La situation emblématique de l'aide médicamenteuse « le bon traitement au bon moment au bon dosage »

Continued use of GLP-1 RA is needed to maintain weight loss: STEP 4 trial



Pour améliorer la santé à long terme

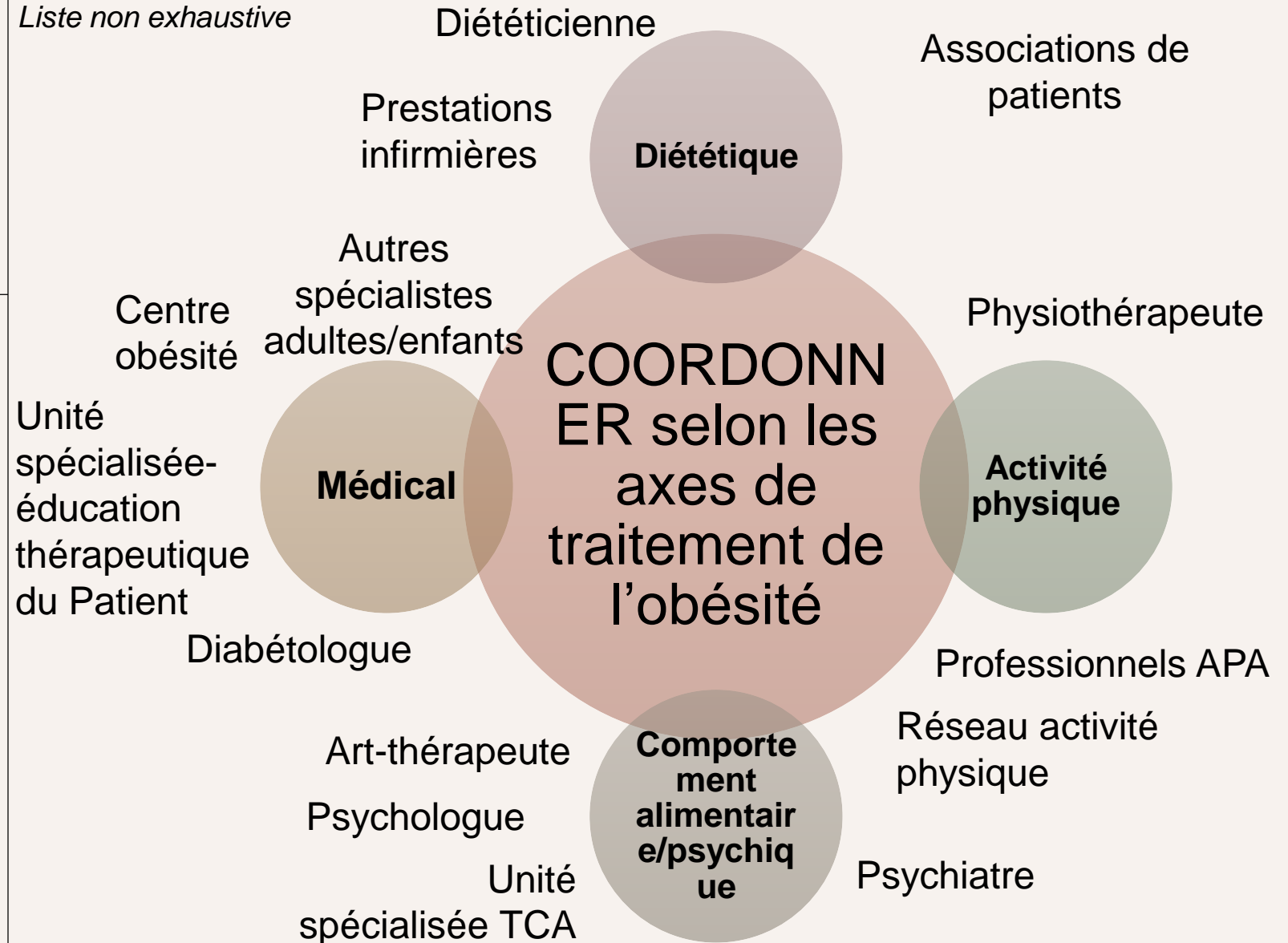


CLE n°3 COORDONNER

**Mobiliser une équipe multi-
/interdisciplinaire pour
faire face à la
complexité et à la
chronicité de l'obésité.**

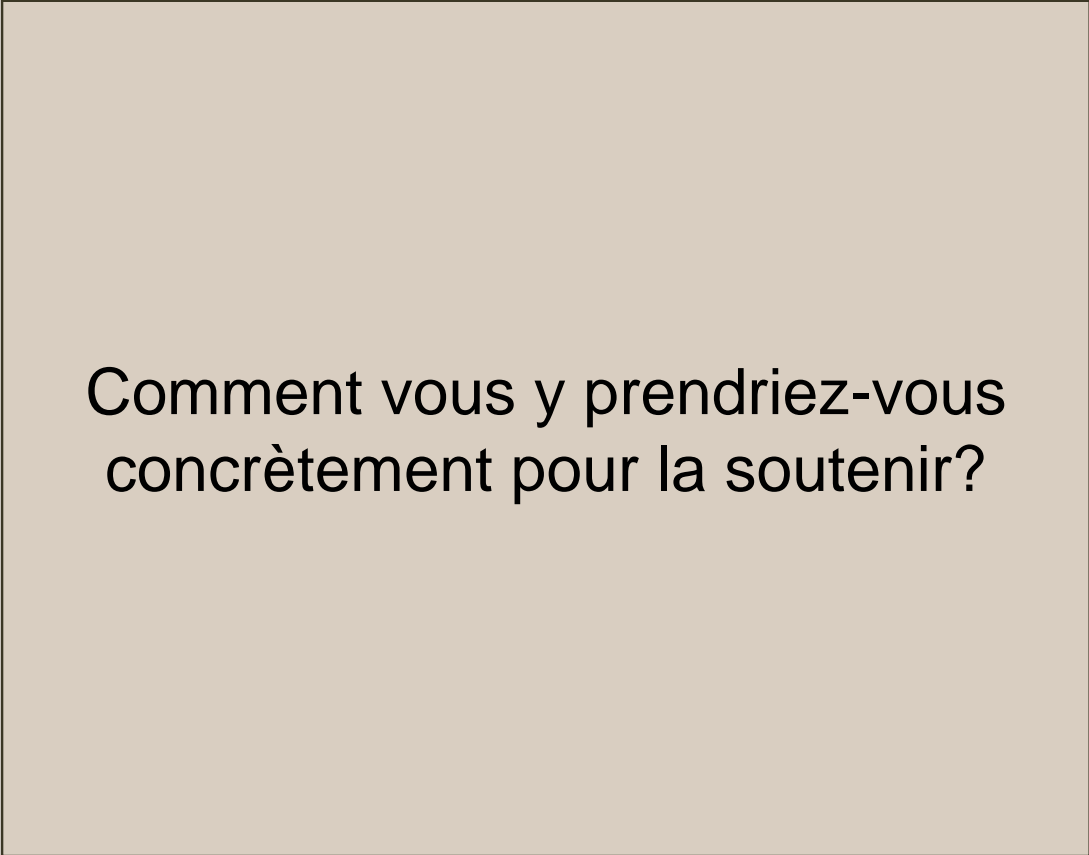
*« Les aides
médicamenteuses ou la
chirurgie bariatrique ne
sont pas magiques. »*

Liste non exhaustive



Vignette clinique

- Après ce RDV, vous adressez Mme M. à un centre obésité.
- Dans l'attente, vous vous accordez sur
 - Un bon de balnéothérapie pour la soutenir dans sa pratique d'activité physique en tenant compte de ses limitations douloureuses
 - Des consultations avec une diététicienne pour faire le tri sur ses connaissances.
- 12 mois plus tard: Mme M. a entamé le suivi dans le centre obésité depuis plusieurs mois. Elle se situe en dynamique de perte de poids. Elle vous revoit pour son suivi habituel.
- Vous avez envie de la soutenir pour son projet de perte de poids.



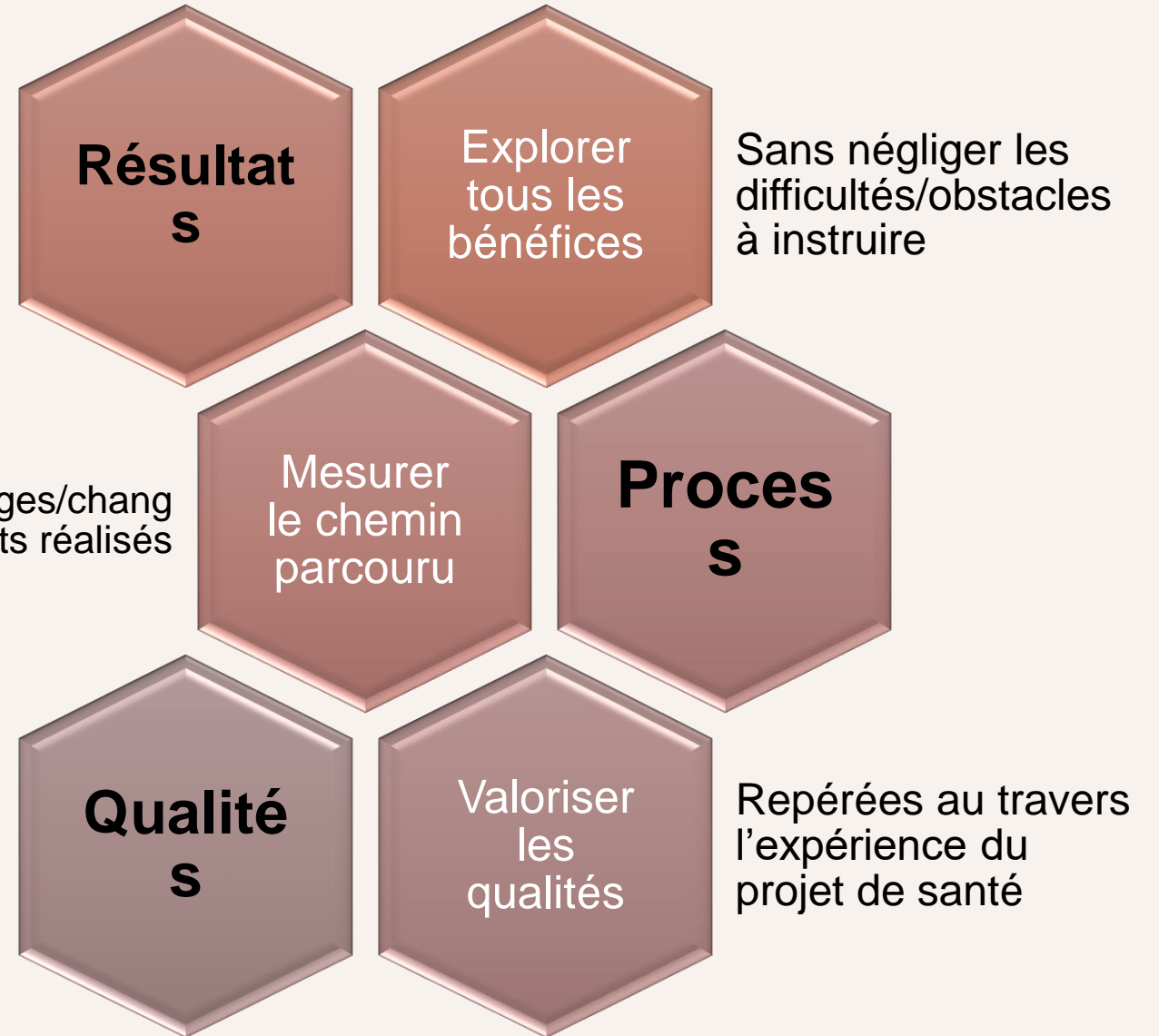
Comment vous y prendriez-vous concrètement pour la soutenir?



CLE n°4 SOUTENIR

*« L'obésité est une
maladie chronique.
Soutenir la
motivation à long
terme est crucial ».*

Apprentissages/changements réalisés





Ce que je remporte/ ce que je souhaite expérimenter pour ma pratique quotidienne

Partage entre pairs

Take home messages

- L'obésité est une **maladie multifactorielle, complexe, chronique**, qui se complique dont le traitement ne se limite pas à perdre du poids.
 - Le médecin de premier recours a un rôle essentiel pour **initier avec la PeSO la démarche personnalisée** de traitement et la **soutenir durablement**.
- Ses leviers pour y travailler sont:
 - **Communiquer** efficacement pour mieux comprendre et **collaborer** avec la PeSO
 - **Evaluer** l'obésité et ses retentissements
 - **Coordonner** le réseau de soins multidisciplinaire sans surinvestir l'aide médicamenteuse
 - **Soutenir** la motivation de la PeSO à long terme

Les coulisses de la séance: la démarche ETP

EDUCATION THERAPEUTIQUE: QUELQUES NOTIONS

- Partir de la problématique des personnes concernées
- Se baser sur des concepts pédagogiques (sentiment d'efficacité personnelle, A. Bandura) pour former
- Engager les personnes concernées

RENFORCER LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE

- Favoriser/rechercher les expériences actives de maîtrise
 - Apprendre avec des pairs
 - Valoriser avec précision
 - Développer un climat de confiance et de plaisir
- > Des stratégies au bénéfice de l'objectif pédagogique

merci!