

L'interdisciplinarité pour un traitement global du patient obèse

Dr^s FRANK HABICHT^a, MARIE-LUCE GUILLERMIN-SPAHR^a et ELISABETTA BOBBIONI-HARSCH^a

Rev Med Suisse xxxxx; xxx: xxx

L'obésité est une maladie chronique compliquée par des comorbidités somatiques graves et par l'association à des troubles de la sphère psychologique. De plus, le patient obèse souffre souvent de problématiques d'ordres personnel et/ou socioculturel. L'interaction entre tous ces facteurs correspond au concept de maladie complexe, qui, très clairement, nécessite une prise en charge globale. Ceci implique un travail interdisciplinaire dont le but est d'intégrer et coordonner les actions des différents thérapeutes qui assurent le suivi du patient. Par le biais de différentes initiatives, le Groupe interdisciplinaire pour le traitement de l'obésité (GITO) s'efforce d'appliquer et de promouvoir les principes de l'interdisciplinarité aussi bien dans l'activité clinique que dans la réflexion sur les problématiques liées à l'obésité.

Interdisciplinarity for obese patient global management

Obesity is a chronic illness involving serious somatic comorbidities and psychological disorders. Furthermore, obese patients often suffer from personal and/or socio-cultural problems. Taken together these elements amount to a complex illness requiring comprehensive patient care and hence an interdisciplinary approach aimed at integrating and coordinating the interventions of the different health professionals. Through various initiatives, the Interdisciplinary group for the treatment of obesity (GITO) endeavours to apply and promote an interdisciplinary approach both in clinical practice and in the debate on the problems relating to obesity.

L'OBÉSITÉ: RÉSULTAT D'UNE MULTITUDE DE CAUSES

L'obésité est définie selon l'OMS comme une accumulation excessive de graisse qui présente un risque pour la santé.¹ La raison ultime de cette accumulation excessive est toujours un déséquilibre de la balance énergétique, en d'autres termes un apport alimentaire excédant la dépense énergétique.

L'apport alimentaire excessif est la résultante d'une multitude de facteurs qui aboutissent à un comportement alimentaire pathologique. Dans ce comportement pathologique, entrent en jeu plusieurs composantes, comme une dérégulation hormonale et/ou neurologique,² ou une altération d'ordre comportemental.³ A leur tour, les fonctions hormonale et neurologique aussi bien que le comportement lui-même sont influencés par la génétique, l'épigénétique et l'environne-

ment.⁴ A tout ceci s'ajoutent également les effets de certains traitements médicamenteux. Les éléments que nous venons de citer ne sont que les plus connus dans une longue liste. Celle-ci est très vraisemblablement destinée à s'allonger. Par conséquent, nous n'aurons probablement jamais fait le tour de tous les éléments responsables du dérèglement de l'apport énergétique.

La dépense énergétique globale est composée pour l'essentiel par le métabolisme de base et l'activité physique. S'il est vrai qu'il existe une variabilité individuelle du métabolisme de base, il n'y a pas de preuve qu'une réduction de la dépense énergétique liée à une diminution du métabolisme de base joue un rôle significatif dans le développement de l'obésité. Par contre, la sédentarité est un facteur unanimement reconnu comme responsable majeur de l'actuelle épidémie d'obésité.⁵

L'OBÉSITÉ ET SES CONSÉQUENCES

Il est bien connu que l'obésité est un fléau avec de multiples complications de santé. Le but ici n'est pas de décrire toutes les comorbidités qui lui sont liées mais simplement de rappeler qu'il s'agit de pathologies graves, à caractère chronique et souvent invalidantes. En 2010, une déclaration de l'OMS indiquait que l'augmentation de l'incidence de l'obésité avait atteint les proportions d'une épidémie mondiale et qu'au moins 2,8 millions de personnes décédaient chaque année des conséquences de leur surpoids ou obésité.⁶ Dans une mise à jour effectuée par la même organisation en mai 2014, ce chiffre a augmenté jusqu'à 3,4 millions.⁷

L'OBÉSITÉ: UNE MALADIE CHRONIQUE, COMPLIQUÉE ET COMPLEXE

L'obésité est une maladie chronique. Il n'existe ainsi jamais de guérison. Même si l'objectif principal du traitement médical est la perte de poids, la rechute fait partie de la règle. En effet, seulement 20% des patients qui ont obtenu une perte de poids manifeste arrivent à la maintenir sur le long terme.⁸ Le challenge médical revient à établir une relation thérapeutique étroite et sur le long terme, dans le but de limiter l'intensité et la durée de ces rechutes.

Le développement de comorbidités est une conséquence inévitable de l'obésité. Celles-ci vont toucher, comme cité précédemment, le système cardiovasculaire, le contrôle métabolique et le système ostéoarticulaire, entre autres. De plus, il est également bien connu que l'obésité est très souvent asso-

^aGroupe interdisciplinaire pour le traitement de l'obésité (GITO),
Route des Acacias 45 A, 1227 Les Acacias
frank.habicht@hin.ch | elisabetta.harsch@gmail.com | www.gito-ge.ch

ciée à des pathologies de la sphère psychique. Ainsi, dans son cursus de vie, le patient obèse devient tôt ou tard un malade compliqué, ce terme indiquant la présence simultanée de plusieurs maladies chez un même individu.

Chez le patient obèse, ces multiples pathologies chroniques coexistent souvent avec des problématiques d'ordre personnel ou contextuel, comme l'exclusion sociale, un bas niveau culturel, ou encore des problèmes financiers. L'interaction entre facteurs socioculturels et pathologies multiples engendre des situations bien souvent très difficilement gérables, voire ingérables. Ceci correspond au concept de maladie complexe, cette dernière étant l'aboutissement de situations sous-jacentes infiniment nombreuses, et dont les conséquences sont imprévisibles.⁹

LE TRAITEMENT D'UNE MALADIE COMPLEXE: DE LA MULTIDISCIPLINARITÉ À L'INTERDISCIPLINARITÉ

Au vu de ce qui précède, il apparaît très clairement que la prise en charge d'un patient souffrant d'obésité doit impérativement être globale. Le patient obèse fait couramment l'objet d'un traitement multidisciplinaire du fait de ses multiples comorbidités (maladie compliquée). L'histoire naturelle de l'obésité, évoluant toujours vers une maladie complexe, impose un traitement global du patient par le biais de l'interdisciplinarité. En effet, le travail interdisciplinaire s'efforce de créer des interactions entre les différents intervenants, d'intégrer et coordonner l'activité de chacun et d'établir des buts thérapeutiques communs.

Dans l'optique d'une prise en charge globale, l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) a créé un réseau international de centres publics ou privés spécialisés dans le traitement de l'obésité. Les buts de ce réseau sont multiples: tout d'abord, offrir aux patients un traitement interdisciplinaire grâce à la création d'équipes de thérapeutes ayant différentes formations. Deuxièmement, établir des échanges d'informations et la mise en commun de données dans le but de favoriser l'analyse, la réflexion et le possible développement de projets d'études.¹⁰⁻¹²

De plus en plus, dans les milieux de soins, ce concept d'interdisciplinarité est bien accepté. Or, dans la réalité, nous sommes souvent bien loin d'une bonne mise en pratique. Les raisons sont nombreuses, les principales nous semblent être les suivantes: en tant que soignant, partager avec d'autres soignants demande du temps, de l'énergie. Cela nécessite une souplesse d'esprit, un degré obligatoire de remise en question car, dans la collaboration, il faut sans cesse s'adapter aux autres.

Un autre point important est la difficulté de mettre en place un matériel logistique commun et, en particulier, des dossiers communs. A ce titre, les progrès de l'informatique nous aident et nous aideront très probablement à avancer dans ce domaine.¹³

Le secret médical indispensable pour préserver les intérêts des patients représente aussi un obstacle à l'interdisciplinarité. Souvent, les patients et également les médecins s'opposent à

partager des données de santé afin de sauvegarder ce secret médical. De ceci, il découle que tout ne peut pas être partagé. Ainsi, il nous faut impérativement définir avec nos patients les limites entre les éléments du dossier à transmettre et ceux qui doivent rester confidentiels. En reprenant l'exemple de l'outil «dossier informatisé partagé», ces notions ont été bien prises en compte en donnant la possibilité au patient de décider quel élément est, ou n'est pas visible et par qui.

Concernant le partage des informations, les collaborations entre médecins somaticiens et psychiatres sont souvent particulièrement difficiles. Plusieurs écoles psychothérapeutiques clivent les aspects psychiques et somatiques alors que ces composantes se côtoient en permanence chez l'individu. Il nous semble donc difficile, voire même impossible de prendre en charge des patients de façon correcte sans une réelle collaboration entre médecins psychiatres et somaticiens.

LE GITO, UN EXEMPLE CONCRET D'INTERDISCIPLINARITÉ

En 2011, s'est créé à Genève un groupe de médecins praticiens qui, ayant différentes formations, ont en commun une longue expérience dans le traitement de l'obésité. Ce groupe est composé d'internistes, d'endocrinologues, de psychiatres, de pédiatres, de chirurgiens bariatriques et de chirurgiens plasticiens. Le but de l'association est de mettre en pratique les principes de l'interdisciplinarité illustrés dans les chapitres précédents.

Il est évident que le concept d'interdisciplinarité s'étend également à d'autres thérapeutes et, en particulier, aux médecins de famille, dont la collaboration est indispensable. Dans ce travail, doivent aussi être impliqués les nombreux autres professionnels de la santé tels que psychologues, diététiciens, physiothérapeutes bien souvent présents aux côtés de nos patients obèses.

A l'intérieur de l'Association, le travail interdisciplinaire s'applique à différentes activités: cela peut concerner le traitement spécifique d'un patient, quand ce dernier est suivi par plusieurs membres du groupe. Des consultations communes entre patient, médecin somaticien et médecin psychiatre sont organisées. Des réunions ont lieu à intervalles réguliers permettant aux membres de l'association de solliciter l'avis des autres spécialistes sur un cas qui leur pose problème. Un dossier médical commun spécifique à l'obésité est à l'étude. Ce dossier pourrait être intégré dans le dossier électronique partagé qui est actuellement mis en place par l'Etat de Genève.

L'approche interdisciplinaire s'applique aussi à la réflexion sur différentes problématiques liées à l'obésité. Les thèmes à approfondir, proposés par un ou plusieurs membres du groupe, font d'abord l'objet d'une mise au point en ce qui concerne les données de la littérature. La synthèse de ce travail est ensuite présentée au groupe. Chaque membre est invité à exprimer son point de vue et à contribuer au débat. La visibilité du GITO est assurée par un site internet (gito-ge.ch) ainsi que par des publications dans des journaux scientifiques.¹⁴

CONCLUSION

En conclusion, le traitement des maladies complexes nécessite une prise en charge globale du patient et, donc, une approche interdisciplinaire. L'activité du GITO s'inscrit dans ce concept pour essayer d'améliorer la prise en charge du patient obèse.

Remerciements: Les auteurs remercient le Professeur Francis Waldvogel pour l'aide apportée à l'élaboration de cet article.

Conflits d'intérêt: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'obésité étant une maladie complexe, son traitement global ne peut se pratiquer qu'en interdisciplinarité
- L'interdisciplinarité implique non seulement un travail à plusieurs mais également une forte interaction entre soignants
- A Genève, s'est créé en 2011 le Groupe interdisciplinaire pour le traitement de l'obésité (GITO) afin d'améliorer la prise en charge médicale des patients obèses

1 Consultation OMS sur l'obésité, 1997; Genève, Suisse. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale: rapport d'une consultation de l'OMS. OMS, Série de Rapports techniques; 894. Bibliothèque de l'OMS.

2 ** Rui L. Brain regulation of energy balance and body weight. *Rev Endocr Metab Desord* 2013;14:387-407.

3 Sominsky L, Spencer SJ. Eating behaviour and stress: A pathway to obesity. *Front Psychol* 2014;5:434.

4 ** Benyshek DC. The "early life" origins of obesity-related health disorders: New discoveries regarding the intergenerational transmission of developmentally programmed traits in the global cardio metabolic health crisis.

Am J Phys Anthropol 2013;152:79-93.

5 de Jong E, Visscher TL, HiraSing RA, et al. Association between TV viewing, computer use and overweight, determinants and competing activities of screen time in 4- to 13-year-old children. *Int J Obes* 2013;37:47-53.

6 WHO: Global status report on non communicable diseases 2010. disponible sur whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

7 OMS Fact Sheet n°311, mis à jour en mai 2014; disponible sur www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

8 Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005;82:222S-5.

9 * Waldvogel F, Perone N, Schusselé-

Fillietaz S, Balavoine JF. Les maladies complexes: de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Rev Med Suisse* 2012;8:1022-4.

10 Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, et al. Task force of the European association for the study of obesity. Criteria for EASO-Collaborating centres for obesity management. *Obes Facts* 2011;4:329-33.

11 * Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, et al. Obesity Management task force of the European association for the study of obesity: Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obes Facts* 2008;1:106-16.

12 Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Bariatric scientific collaborative group

expert panel: Interdisciplinary European guidelines on surgery for severe obesity. *Obes Facts* 2008;1:52-9.

13 Perone N, Schusselé Fillietaz S, Budan F, et al. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. *Santé Publique* 2015;HSS1:77-86.

14 Bobbioni-Harsch E, Guillermin ML, Habicht F. Quelles interférences réciproques entre chirurgie bariatrique et psychopathologie? *Rev Med Suisse* 2014;10:1721-6.

* à lire

** à lire absolument