

# Remise du prix Benjamin DELESSERT

Créé en 1988, le Prix Benjamin Delessert récompense un chercheur de renom pour l'ensemble de ses travaux. Le jury de ce prix est constitué des membres du comité scientifique de l'Institut Benjamin Delessert.

Le lauréat du Prix 2021 est Olivier Ziegler, Président-fondateur du GCC Groupe de Coordination et de Concertation des CSO (Centres spécialisés de l'Obésité), Coordinateur du Centre Spécialisé de l'Obésité de Nancy et copilote et Professeur des Universités, Praticien hospitalier en Nutrition Université de Nancy I.

## Curriculum caché d'un médecin de l'Obésité Olivier Ziegler

*Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition, Hôpital Brabois adultes et CSO de Nancy  
CHRU de Nancy et université de Lorraine*

### Introduction

Le terme curriculum dans son sens commun, désigne un parcours. J'aborderai ici sa partie cachée, faite d'expériences formatrices qui ont contribué à me transformer et à élargir mes champs d'intérêt. Mon apprentissage de médecin de l'obésité a été progressif et fait de multiples étapes, planifiées ou non et donc partiellement à mon insu. Il est le fruit de rencontres avec de belles personnes mais aussi de confrontations avec l'échec et les difficultés de la vie. Le hasard ou la nécessité, je ne saurais trancher.

Sans fausse humilité, je dois reconnaître que je ne suis qu'un héritier ou le porte-parole militant d'une dynamique collective qui a construit cette médecine de l'obésité. Il y eut d'abord les pères fondateurs comme Gérard Debry et Bernard Guy-Grand puis Arnaud Basdevant, l'« architecte éclairé » d'un système de soins rénové et enfin les cliniciens chercheurs, qui ont mis en place avec leurs équipes, des approches thérapeutiques basées sur les preuves. Ma passion pour l'enseignement me conduira parfois à simplifier mon propos dans une optique pédagogique. Nous passerons ainsi de la physiopathologie à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et au partenariat patient-soignant.

### 1. Comprendre, donner du sens : déterminants de l'obésité

Tout patient a besoin de donner du sens à toutes les dimensions de sa maladie. Les soignants ont besoin eux aussi de points de repère, pour comprendre et décrire cette maladie évolutive.

- **Histoire naturelle et trajectoires**

Pour A Basdevant (1), l'approche clinique repose sur l'analyse des « stades évolutifs du processus bio-psycho-environnemental » à l'origine de l'obésité. Reprenant ce concept avec Judith Aron-Wisniewsky et Karine Clément (15), nous proposons une description schématique de l'histoire naturelle de

l'obésité en 3 phases (préclinique, constitution et chronicisation) et en distinguant les 2 trajectoires qui mènent au phénotype MHO, (*metabolically healthy obese*) puis MUHO (*metabolically unhealthy obese*) en fonction de la capacité d'expansion du tissu adipeux (TA) et de multiples facteurs d'ajustement. Les complications cardio-métaboliques sont associées à la dysfonction et au remodelage fibro-inflammatoire du TA puis à la sénescence de ce tissu.

L'équipe d'épidémiologie de Harvard (12) a décrit 5 trajectoires de corpulence de l'enfance à l'âge adulte en utilisant 2 cohortes américaines (*Nurses' Health Study* et *Health Professionals Follow-up Study*). Les sujets les plus à risques sont les individus en surpoids dès l'enfance stables ou dont l'excès de poids s'aggrave d'une part et les sujets minces à 5 ans qui prennent beaucoup de poids ensuite d'autre part. Dans les 2 cas, le risque de diabète ou de maladies cardio-vasculaires et le risque de mortalité sont plus élevés que dans les autres groupes.

- **Potentiel de prise de poids**

Ce concept pragmatique est utile pour comprendre quels sont les individus qui ont une prédisposition pour l'obésité, quand la balance énergétique est positive et l'environnement obésogène. Le rebond d'adiposité précoce décrit par MF Rolland Cachera est le facteur de risque le plus connu.

Les facteurs génétiques sont appréciés à partir des antécédents familiaux d'obésité. Lorsque l'ascension de l'IMC est précoce et rapide, il serait utile de pouvoir détecter en routine les formes oligogéniques qui sont rares mais ont un impact majeur. Les travaux récents de Khera et al (4) ont confirmé l'intérêt d'un score de prédiction polygénique pour identifier les formes graves d'obésité.

La médecine de précision de demain développera des outils (par exemple le microbiote intestinal ou certaines marques épigénétiques) pour analyser l'impact des facteurs de l'environnement et du mode de vie. Nous insisterons sur l'importance des premières années de vie et plus précisément sur les événements de vie difficiles potentiellement psycho-traumatisants.

La **capacité d'expansion du tissu adipeux** est un paramètre majeur de ce potentiel de prise de poids. Celle-ci dépend principalement de l'adipogenèse mais aussi de la lipogénèse favorisée par la sensibilité à l'insuline et de la qualité du microenvironnement du TA.

L'expérience montre que cette capacité est variable d'un dépôt lipidique à l'autre : certains individus sont capables de stocker plusieurs kg de lipides dans le TA des bras et d'autres dans le tissu adipeux viscéral, par exemple.

Le seuil personnel de masse grasse (5) est un autre paramètre utile au clinicien. Au-delà de ce seuil, les capacités de stockage du TA sont dépassées conduisant à une dysfonction du TA et à des dépôts ectopiques dans le foie, le pancréas ou le muscle. L'augmentation progressive de la glycémie, des taux de triglycérides ou de transaminases (ALAT) sont des signes précoces, alors que ces paramètres sont encore dans la zone normale.

Le Rôle **du cerveau** est tout aussi déterminant. Les 3 composantes de la boîte noire qui permet d'ajuster et de moduler le comportement alimentaire pour maintenir l'homéostasie métabolique ou émotionnelle, en fonction du contexte psychologique (par exemple, impulsivité/compulsivité) et de l'environnement obésogène sont schématiquement décrites. Le clinicien tente d'évaluer leur rôle relatif pour chaque patient en fonction de son expérience : 1) contrôle homéostatique par l'analyse de la perception de la faim du rassasiement et de la satiété ; 2) système de récompense par l'analyse de la sensibilité au plaisir alimentaire (*liking*), de la motivation (*wanting*) et de la perte de contrôle (*craving/ binge eating*) en faveur d'une addiction alimentaire, ainsi que par la recherche d'autres addictions ; 3) fonctions exécutives à travers le contrôle inhibiteur de la prise alimentaire et la flexibilité cognitive qui est limitée en cas de restriction rigide.

Nous montrons ici les liens entre les psycho trauma principalement au cours de l'enfance et le risque de *binge eating disorder* (BED) dans une cohorte de candidats à la chirurgie bariatrique. De plus un travail récent post mortem montre que ces psycho traumas sont susceptibles d'altérer la connectivité cérébrale dans les zones contrôlant le comportement alimentaire (7).

- **Phénotypage et classification**

De nouvelles classifications de l'obésité « dynamiques et intégratives », sont nécessaires pour mieux prendre en compte l'histoire naturelle de la maladie et les facteurs pronostiques. La classification d'Edmonton (EOSS, *Edmonton Obesity Staging System*) a ouvert la voie. Une adaptation française, basée sur des critères plus précis quant à la complexité de la maladie est en cours de validation (FOSS, *French Obesity Staging System*). La classification ABCD, américaine prend aussi en compte les déterminants de l'obésité, les classes d'IMC, les complications et leur degré de sévérité (2). Dans ces 3 exemples, l'objectif est de mieux décrire pour mieux soigner, mais aussi de valoriser au mieux le coût des soins.

## 2. Soigner : de l'éducation thérapeutique à la 3<sup>ème</sup> médecine

La médecine de l'obésité répond parfaitement à la description de cette 3<sup>ème</sup> médecine des maladie chronique conceptualisée par André Grimaldi et collaborateurs (3). L'éducation thérapeutique y occupe une place prépondérante (13,16).

- **Médecine narrative**

L'observation de soi et la verbalisation de l'expérience vécue sont les piliers de cette approche : retour à la médecine narrative ! A partir de l'expérience subjective du patient et de ses récits de vie, le soignant ou plus exactement l'équipe de soins pluridisciplinaire procède à une analyse fonctionnelle des comportements. Comme souligné par A Grimaldi (3), la priorité est donnée à l'« homéostasie émotionnelle » dans toutes les maladies chroniques. Ici nous pouvons travailler sur l'alimentation émotionnelle, vite repérée par l'analyse de l'histoire pondérale et l'entretien clinique. Les Troubles du Comportement alimentaires (TCA) décrivent un continuum du physiologique au pathologique (14). L'alimentation émotionnelle rend compte de la vulnérabilité psychique du sujet, le BED étant un signe de gravité. Le sujet va apprendre à faire les liens événement-alimentation-émotion, ce qui sera pour lui profondément déculpabilisant (16).

- **Médecine de la relation et du lien**

Les pratiques collaboratives se sont imposées et nous passons progressivement de l'ancien modèle paternaliste, centré sur le biomédical à un modèle délibératif de la relation à la personne. L'obésité est une maladie invalidante, difficile à soigner, où dominent les sentiments d'injustice, de culpabilité et d'impuissance aggravés par l'incertitude angoissante de la maladie chronique .... La personne en situation d'obésité a besoin d'être rassurée et accompagnée. L'important c'est le lien. Une relation d'aide, le « care » est absolument nécessaire. Il s'agit d'aider le sujet à changer son regard sur lui - même et sur les autres. Carl Rogers, propose de « *favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie* », le sujet « *en vient véritablement à s'aimer* » écrit-il (11).

- **Limites de la psychométrie**

L'analyse psychométrique du CA est utile pour le phénotypage des patients. Nous avons beaucoup utilisé le *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ) dès les années 1990 (7). Cependant, l'expérience a montré que de nombreux patients ne s'exprimaient pas, en choisissant systématiquement la réponse la plus optimiste. Ces auto-questionnaires « lisses » ne montrant ni

restriction, ni alimentation émotionnelle, ni externalité (les « Ni Ni ») sont pourtant source d'interrogation comme l'est aussi la sous-évaluation des apports alimentaires.

Cette constatation nous a amené à décrire un nouveau phénotype psycho-comportemental l'« Anosognosie des conduites alimentaires » par analogie avec les observations faites en neuropsychiatrie. Les critères diagnostiques principaux sont la banalisation des conduites alimentaires et surtout l'absence de perception de la perte de contrôle, alors qu'un BED paraît probable. Dans une cohorte prospective de 173 patients candidats à la chirurgie bariatrique, évalués par le même clinicien et le même psychiatre la prévalence varie entre 15 et 20 % en fonction de la définition. Les causes semblent multiples : biais de désirabilité, attitude défensive (refus de se confier), mécanismes de défenses (déli, clivage), troubles de la personnalité, déficit de certaines fonctions exécutives voire déficit intellectuel mineur, ...

- **Approche cognitivo-comportementale et psychodynamique**

Nous proposons 3 options complémentaires pour construire la relation de soins : la posture éducative de l'ETP, l'approche cognitivo-comportementale (TCC) et l'appréciation psychodynamique des changements en cours (16). L'obésité est une maladie qui se voit. Le clinicien amène le patient à s'exprimer sur sa perception de lui-même (vision de soi, image corporelle, confiance en soi et estime de soi).

Pour André Grimaldi (3), le patient chronique « devient malade d'être malade », lorsqu'il perçoit le caractère définitif de son nouvel état, sans guérison possible. Le retentissement psycho-social peut être majeur. Pour l'obésité, il s'agit bien d'une « double peine » lorsque la vulnérabilité psychique est préalable au développement de la maladie.

L'objectif opérationnel est de faire entrer le patient dans un processus d'*empowerment* et de résilience (16). Le premier, le pouvoir d'agir repose sur 2 leviers, le sentiment d'auto-efficacité et la capacité de "lâcher prise". En effet, la croyance en ses propres capacités est un prérequis pour s'engager dans la voie du changement... Mais accepter qu'il y ait des limites et que certains éléments restent hors contrôle, est probablement encore plus important, en ce qui concerne l'obésité (16). La résilience psychologique ou capacité à rebondir après avoir subi un événement traumatique, est un processus dynamique qui rend compte de la mobilisation des ressources internes et externes du sujet.

Nous défendons l'idée que l'objectif thérapeutique central est d'aider le sujet à retrouver l'homéostasie émotionnelle, laquelle passe par une meilleure gestion des affects et par la mise en place de stratégies d'ajustement ou de défense souples et variées (16). Le climat facilitant de l'ETP et les approches TCC jouent ici un grand rôle, l'équipe pluridisciplinaire pouvant devenir collectivement le tuteur de résilience du patient (16).

La relation soignant-soigné a été formidablement décrite par Gérard Reach (10). Pour conduire à l'*empowerment* et à la résilience, elle suppose une démarche de transformation personnelle à la fois du patient et du soignant. La résilience peut être considérée comme un nouveau paradigme intégrateur, utile pour décrire l'évolution du sujet dans le contexte d'un parcours de soins. Nous présentons ici l'exemple de la préparation à la chirurgie bariatrique. Le taux de succès de cette chirurgie est beaucoup plus important chez les sujets devenus résilients que chez les autres (8).

### **3. Affronter les enjeux organisationnels**

Dans le plan Obésité (2010-2013) piloté par A Basdevant, le choix stratégique le plus décisif avait été la création des 37 centres de l'obésité (CSO). En effet, ces structures de niveau 3 avaient notamment pour mission de développer et d'animer la filière Obésité dans tous les territoires.

La création d'une coordination nationale (GCC, Groupe de Coordination et de Concertation des CSO), en s'appuyant sur les 2 sociétés savantes concernées, l'AFERO et la SOFFCO s'est révélée une initiative utile, voire déterminante. L'alliance entre le GCC et le réseau FORCE (*French Obesity Research Centre of Excellence*) a permis de remettre la recherche clinique au centre des actions des CSO.

Le dynamisme et l'intérêt du GCC a été reconnue dans le Rapport de l'IGAS sur la chirurgie bariatrique. L'idée d'une suite au PO s'est progressivement imposée et a conduit à la Feuille de route Obésité (FdRO), copilotée par le président du GCC et la DGOS. La gradation et la coordination des soins ou la cohérence de la chaîne de soins en restent les maîtres mots.

Une cellule de crise GCC-AFERO-FORCE a alerté les autorités de santé sur le rôle de l'obésité en tant que facteur de risque pour les formes graves de la COVID-19. Le ministère français a été l'un des premiers à prendre des mesures pour protéger les personnes en situation d'obésité, dès le seuil 30 kg/m<sup>2</sup> de l'IMC. La FdRO est désormais chargée de poursuivre cette mission.

### **4. Promouvoir le Partenariat patients-professionnels de santé**

Le partenariat de soin qui s'est particulièrement développé au Québec, ouvre de nouveaux horizons pour l'ETP. Dans le modèle de Montréal, le patient devient membre de l'équipe de soins. Il apporte ses récits de vie, son savoir expérientiel, ses projets de vie aux autres membres de l'équipe.

Dans les suites d'un projet de recherche INTER-REG sur ce thème (APPS, pour Approche Patient Partenaire de soins en Grande Région), l'équipe de Nancy a lancé une concertation nationale en utilisant la méthode Delphi pour définir les conditions optimales de la « transition de l'ETP au partenariat ». Un eColloque, le 6 novembre 2020 a rassemblé le conseil scientifique et les experts impliqués. Un guide pratique est en cours de rédaction. Le partenariat est l'avenir de l'ETP !

### **Conclusion**

Le patient en est droit d'attendre d'un médecin de l'obésité une double compétence, biomédicale d'une part et relationnelle et pédagogique d'autre part. Connaître et comprendre les déterminants de l'obésité est une nécessité incontournable. Savoir construire une relation de soin authentique l'est tout autant : à l'empathie du soignant répond la confiance du soigné. Chacun apprend de l'autre. La réciprocité des apprentissages est une réalité quotidienne. Chaque situation est singulière et une nouvelle aventure débute à chaque rencontre.

### **Remerciements**

Merci aux pionniers que sont Arnaud Basdevant et son équipe, André Grimaldi, Martine Laville, Gérard Reach, Pierrette Witkowski et bien d'autres. Je remercie chaleureusement mes collègues et amis de l'AFERO, des CSO et tout spécialement le bureau du GCC, toute la communauté de la Nutrition du CEN au CNU, ainsi que mes collaborateurs de la faculté de médecine et du CHRU de Nancy, sans oublier les patients et leurs savoirs expérientiels, si précieux.

## **Références :**

- Basdevant A, Clément K. Histoire naturelle et origine des obésités. In Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Basdevant A, ed. Paris: Médecine Sciences Publications, Lavoisier; 2011. p. 10-20.
- Garvey WT, Mechanick JI. Proposal for a Scientifically Correct and Medically Actionable Disease Classification System (ICD) for Obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2020;28:484-92.
- Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques vers la 3ème médecine. Odile Jacob, Paris 2017.
- Khera AV, Chaffin M, Wade KH, Zahid S, Brancale J, Xia R, et al. Polygenic Prediction of Weight and Obesity Trajectories from Birth to Adulthood. *Cell*. 2019;177:587-96.e9.
- Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7:344-55
- Lucch A, Kahn JP, Stricker-Kronrad A, Ziegler O, Drouin P, Méjean L. Internal validation of a french version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. *Eur psych* 1996;11:198-203.
- Lutz P-E, Tanti A, Gasecka A et al. Association of a History of Child Abuse With Impaired Myelination in the Anterior Cingulate Cortex: Convergent Epigenetic, Transcriptional, and Morphological Evidence. *Am J Psychiatry* . 2017;174:1185-1194.
- Mathieu J. La dynamique de résilience dans le parcours de pré chirurgie bariatrique . Congrès de la SOFFCO-MM, Paris septembre 2020.
- Quilliot D, Brunaud L, Mathieu J, Quenot C, Sirveaux MA, Kahn JP, Ziegler O, Witkowski P. Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Res*. 2019;276:134-141.
- Reach G. Éducation thérapeutique : à la recherche d'une définition. *Médecine des maladies Métaboliques* 2017 ;11: 628-635.
- Rogers CR. le développement de la personne. Dunod-InterEditions (1ère édition 1968). Paris 2005.
- Song M, Hu FB, Wu K, Must A, Chan AT, Willett WC, et al. Trajectory of body shape in early and middle life and all cause and cause specific mortality: results from two prospective US cohort studies. *BMJ* 2016;353:i2195.
- Ziegler O, Karine Clément K, Aron-Wisnewsky J. Histoire naturelle et trajectoires des obésités. In *Les Obésités : Médecine et chirurgie*. Lecerf JM et coll, eds. Elsevier Masson Paris 2021, sous presse.
- Ziegler O, Böhme P. Education thérapeutique pour l'obésité : démarche, enjeux et rôle de l'équipe de soins. In *Les Obésités : Médecine et chirurgie*. Lecerf JM et coll, eds. Elsevier Masson Paris 2021, sous presse.
- Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, Basdevant. Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Référentiel et organisation. Rapport à la Direction Générale de la Santé et à la Direction Générale de l'Offre de Soins. *Obésité* 2014;9:302-28.
- Ziegler O, Mathieu J, Böhme P, Witkowski P. Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2017;11:237-45.