

Dominique Durrer^a, Yves Schutz^b

Utilité des outils pratiques pour la prise en charge de l'obésité au cabinet médical

Tout a été écrit sur l'obésité, ses causes, ses répercussions et son traitement. Mais, dans cette pléthore d'informations, il est devenu difficile de s'y retrouver. Bien que les documents de consensus nationaux ou Européens abondent dans les revues scientifiques [1–9], le nombre d'ouvrages pratiques richement illustrés à disposition des praticiens manque encore à l'appel. Dans cet article, à l'aide d'un cas pratique réel, nous allons résumer les différents outils («tools») utiles au praticien pour la prise en charge de l'obésité: des outils diagnostiques, motivationnels, nutritionnels, comportementaux et des outils activité physique.

Etude de cas

Lorsqu'un médecin reçoit un patient en surpoids ou obèse à sa consultation, une des questions principales qui se pose à lui est celle-ci: *Faut-il vraiment entreprendre un traitement long et difficile, grevé d'un taux d'échec très élevé ou viser une stabilisation du poids actuel?* Des outils bien conçus vont aider le praticien à répondre à cette question.

Pour mieux illustrer l'utilité de ces outils, prenons un cas pratique: il s'agit de Madame B., 58 ans. Elle vient à votre consultation car elle a pris 65 kilos en 20 ans (indice de masse corporelle IMC actuel 46,9 kg/m²), dont les derniers 20 kg durant l'année précédente, à la suite de son divorce.

Pour mieux comprendre l'histoire de l'obésité de cette patiente, nous allons commencer par préciser l'histoire de son poids (outils diagnostiques) au cours des années et jusqu'à son poids actuel.

Madame B. était de poids normal à 25 ans, 55 kg pour 160 cm (IMC 21,5 kg/m²), jusqu'à sa première grossesse où elle a pris 35 kg et en a conservé 15 par la suite. Lors de sa deuxième grossesse, elle prend 18 kg et en conserve 10. Un mariage perturbé et des problèmes d'anorexie avec une de ses filles sont des facteurs à l'origine de l'apparition de troubles du comportement alimentaire sous forme d'hyperphagie boulimique et la prise de poids est importante et rapide entre 33 et 37 ans (20 kg). Notre patiente a donc grossi de 45 kg entre 25 ans et 37 ans (IMC 39 kg/m²) principalement suite à des troubles du comportement alimentaire. Mais il existe

^a Eurobesitas, ^b Département de Physiologie, Université de Lausanne

tout de même un point positif dans cette situation difficile, elle n'a pas présenté de yo-yo car n'a jamais vraiment fait de régimes drastiques.

Les 20 derniers kilos (120 kg pour un IMC de 47 kg/m²) semblent en relation avec la ménopause, une profession très sédentaire (informaticienne), un comportement peu actif (voiture et pas d'activité physique ou sportive). De plus, elle ne fait pas la cuisine et mange dehors pratiquement tous les jours. Bien qu'elle fasse moins de crises actuellement, elle snacke tous les après-midi pour faire face au stress.

Outils diagnostiques

Dans cet article concis, les outils diagnostiques à disposition (histoire pondérale, traitements antérieurs, complications, attentes, etc.) ne peuvent être détaillés. Ils sont accessibles dans l'ouvrage de base [10].

Mais nous devons aussi évaluer les facteurs de risque associés à l'excès pondéral ou l'obésité de notre patiente, ce qui déterminera notre attitude thérapeutique.

En d'autres termes, une des questions-clé de la prise en charge est de savoir s'il faut vraiment intervenir sur le problème de poids du patient?

La décision doit prendre en compte l'appréciation du médecin et plusieurs critères objectifs:

- l'évaluation anthropométrique (indice de masse corporelle = IMC, circonférence abdominale, éventuellement composition corporelle pour évaluer la quantité de tissu adipeux);
- l'anamnèse du patient obèse (comportements, hérédité);
- les risques liés au style de vie;
- les risques de complications cardiométaboliques du patient (tab. 1);
- la motivation du patient aux changements de comportements.

Une intervention se justifie dans les conditions suivantes:

- IMC >30 kg/m²;
- IMC entre 25 et 29,9 kg/m² avec une circonférence abdominale >102 cm pour un homme ou >88 cm pour une femme;

La présence d'un syndrome métabolique nécessite toujours un traitement.

Tableau 1

Risques cardiométaboliques: combinaison de l'indice de masse corporelle et du tour de taille [10].

Classification de risque pour la santé basé sur l'indice de masse corporelle et la circonférence abdominale	IMC (kg/m ²)	Classe d'obésité	Risque*	
			≤94 cm	>102 cm
			≤80 cm	Femme >88 cm
Maigreur	<18,5		–	–
Normal	18–24,9		–	–
Excès pondéral	25–29,9	surpoids	modéré	élevé
Obésité	30–34,9	I	élevée	très élevée
	35–39,9	II	très élevée	très élevée
	≥40	III	extrêmement élevée	extrêmement élevée

- IMC entre 25 à 29,9 kg/m² et présence d'au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaires et/ou métaboliques.
- présence d'un diabète.

Au cas où le patient ne serait pas prêt psychologiquement à modifier son style de vie, il est préférable de travailler d'abord sur la motivation et/ou de régler le problème psychologique en priorité et de différer le traitement pour éviter une confrontation à l'échec. Toutefois, dans cette première phase, il reste indispensable de traiter les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques, les complications de l'obésité ainsi que de stabiliser le poids. Après avoir posé votre diagnostic et l'indication pour le traitement, il est essentiel d'évaluer la motivation propre de votre patiente, motivation indispensable au succès thérapeutique.

Outils motivationnels

Revenons à Madame B.: un des éléments majeurs, qui va nous pousser à prendre en charge cette patiente doit être sa motivation à changer son style de vie. Est-elle venue consulter d'elle-même ou sous la pression d'un autre médecin, ou de sa famille, ou de ses amis? Est-elle vraiment motivée à changer? Un test simple (fig. 1) va vous aider à évaluer vos chances de succès. La motivation est essentielle au succès à long terme de tout changement de quelque comportement que ce soit. Elle constitue un des paramètres fondamentaux pour le succès de la démarche en vue d'une perte de poids et pour l'adhésion au traitement. Un patient démotivé a peu de chance d'atteindre l'objectif conjointement fixé avec le médecin. Vous pouvez d'abord évaluer le stade de motivation dans lequel

Figure 1
Test de succès thérapeutique [10].

Tester les chances de succès de votre patient
(téléchargeable sur www.eurobesitas.ch et www.medhyg.ch
[livres → obésité, les outils pour le praticien])

1	Le patient est-il venu consulter (pour perdre du poids) de sa propre initiative ou de celle d'une tierce personne?				
	+	-			
		(propre initiative)	(tierce personne)		
2	Quelle est l'importance que le patient porte à la perte de poids?				
	-	+	++	+++	
		(aucune)		(beaucoup)	
3	Quel est le degré de confiance de votre patient pour atteindre ses objectifs (motivation)?				
	-	+	++	+++	
		(pré-contemplation)	(contemplation)	(préparation)	(action)
4	A) Combien le patient devrait-il perdre de poids (en kilos)?				
	+	-	--		
	(5-15 kg)	(15-30 kg)	(plus de 30 kg)		
		B) A quels bénéfices associés peut-il s'attendre?			
		-	+		
		(peu)	(beaucoup)		

Majorité de +: Les chances de succès sont importantes. Nombre égal de + et de -: Chance de succès modéré. Majorité de -: Peu de chance de succès. Si le patient est venu de sa propre initiative, il s'agit d'un bon pronostic. Le patient est probablement prêt à passer à un stade «action» (à contrôler, cf. stades de Prochaska). S'il a été référé par une tierce personne (famille, médecin, ami, etc.), il faudra préciser son stade de motivation. Une approche non appropriée entraînerait un échec probable. Si l'importance que le patient porte à la perte de poids et sa confiance à y parvenir est ++ ou +++ le pronostic est plutôt bon. Si l'importance est grande mais la confiance faible, il faudra particulièrement travailler avec le patient les problèmes d'estime de soi et d'affirmation de soi. Si le patient doit perdre plus de 10 à 15 kg, les chances de succès à long terme seront plus réservées.

notre patiente se trouve selon l'échelle ascendante de Prochaska & Di-Clemente (tab. 2).

Reportez-vous au test de la figure 1. S'il est positif, alors une prise en charge pourra être utile. Si notre patiente n'est pas assez motivée, utilisez l'entretien motivationnel qui constitue une méthode efficace pour l'amener à modifier pas à pas ses habitudes. Notons qu'un nouveau cours (*Medical Motivation*) de 3 demi-journées a spécialement été développé pour former les médecins de premier recours à l'entretien motivationnel, et ceci dès l'année 2009. Les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'évaluation de la motivation du patient sont résumés dans le tableau 3.

Outils nutritionnels

L'évaluation des apports alimentaires quantitatifs d'une manière précise (à 50 kcal/jour près) demeure illusoire pour les médecins, en particulier chez des patientes obèses, où les erreurs sont gigantesques (sous-évaluations quasi systématiques des apports énergétiques par carnet alimentaire quantitatif, prouvées par de nombreuses études).

Pour appréhender les problèmes nutritionnels en clinique, on utilise généralement un plan alimentaire restructuré, basé sur les choix et les habitudes du patient: il s'agit de l'approche proposée par une majorité des spécialistes reconnus dans le domaine de l'obésité. Ce plan est basé sur un carnet alimentaire *semi-quantitatif* de 7 jours incluant le week-end. On y détectera les erreurs dans la structure des repas (absence de petit déjeuner, repas trop peu calorique engendrant des grignotages consécutifs, etc.), les erreurs dans les volumes et les types d'aliments consommés (excès d'aliments gras et sucrés ou d'aliments gras et salés, trop peu de fruits et légumes, absence ou excès de féculents, excès de graisses visibles ajoutées sous forme de beurre, d'huile ou de mayonnaise, etc.). De plus, les grignotages et les compulsions alimentaires ainsi que les autres troubles du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique, boulimie vraie, *night eating syndrome*, etc.) doivent être recherchés par le médecin.

Le but est de rééduquer le patient à manger *selon ses sensations physiologiques de faim et de satiété* et à *traquer les aliments tabous ou les comportements trop restrictifs* qui débouchent souvent sur des compulsions de type compensatoire. De plus, ils ris-

Tableau 2
Attitudes à adopter selon les stades de motivation [11].

Stades	Attitude
Précontemplation	Valider la situation actuelle Faire naître le doute Favoriser l'analyse plutôt que l'action Mettre en évidence les avantages et les risques
Contemplation	Créer une balance décisionnelle pour atteindre le stade de l'action au moyen de l'ambivalence du patient
Préparation	Identifier les contradictions et les embûches; organiser un soutien social Planifier un programme d'action à petits pas
Action	Structurer le soutien social Renforcer concrètement la confiance en soi du patient Privilégier les besoins à long terme
Maintien	Aider à identifier et à utiliser les stratégies Planifier le suivi; prévenir les rechutes
Rechute	Aider à retourner au stade de contemplation en évitant la culpabilité Analyser et travailler avec le patient les stimuli qui ont entraîné la rechute

Tableau 3

Éléments qui doivent être pris en considération lors de l'évaluation de la motivation du patient [10].

1	Les raisons et la motivation propre du patient pour la perte de poids (cf. questionnaire pour évaluer les stades de motivation, tab. 2).
2	Les tentatives précédentes de perte de poids avec leurs succès et leurs échecs.
3	La présence ou l'absence d'un soutien psychologique et social de la part de la famille et des amis.
4	La compréhension du problème par le patient: est-il conscient des risques pour sa santé et des bénéfices liés à une perte de poids?
5	La possibilité et la volonté pour le patient de se donner du TEMPS pour changer de style de vie.
6	L'attitude, les croyances et les expériences antérieures (bonnes ou mauvaises) face à l'activité physique.
7	Les barrières potentielles face aux changements nécessaires

quent d'entraîner le patient dans une spirale de troubles du comportement alimentaire de plus en plus graves.

Le but est aussi de freiner la vitesse de prise alimentaire pour mieux se calquer sur ses sensations de satiété physiologique et de (re)trouver le plaisir des goûts, le plaisir de manger ... tout simplement. Pour évaluer l'apport alimentaire de Madame B., nous allons lui demander de remplir un carnet alimentaire sur une durée de 7 jours, incluant le week-end, car les apports sont souvent différents le week-end. Le carnet rempli par la patiente est visualisé sur la figure 2. Que pouvons-nous en retirer dans notre exemple?

- **La structure des repas:** Madame B. mange de manière totalement déstructurée. Elle saute le repas de midi et compulse à 15 h. Elle snacke entre 18 et 19 h et ne prend son prochain repas qu'à 20 h.
- **La répartition de l'énergie ingérée:** cette répartition est anarchique et sans rythme. Une grande quantité de calories le matin, rien à midi, puis un échappement vers 15 h avec une succession d'énormes quantités de calories jusqu'à 21h30.
- **Le type de nutriments:** il s'agit de manière prépondérante de lipides saturés, de glucides sous forme de féculents et de sucre. Ce régime est carencé en vitamines et en fibres satiétogènes.
- **Le comportement alimentaire:** Madame B. ne mange jamais par faim, mais par envie ou par compensation. On devra donc cen-

trer notre travail sur l'aspect émotionnel et aider la patiente à élaborer des stratégies spécifiques et adaptées pour répondre à ses émotions en lieu et place des compulsions alimentaires. Elle devra également récupérer ses sensations de satiété afin d'identifier le moment où elle s'arrêtera naturellement de manger. Il s'agit d'un travail long et progressif et qui nécessite sûrement l'aide d'un spécialiste.

Dans certains cas moins complexes où le problème se situe surtout dans la répartition des macronutriments ingérés, il suffit parfois, pour engendrer une perte de poids, de rétablir une structure des repas et donc d'éviter que la patiente n'ait trop faim entre deux repas.

Dans d'autres cas simples, il s'agit d'une méconnaissance nutritionnelle. Il faut donc donner l'information aux patients et diminuer l'apport de sucre et de graisse progressivement.

Ayant analysé les apports nutritionnels, considérons l'autre plateau de la balance du bilan énergétique, c'est-à-dire les dépenses énergétiques.

L'estimation de la dépense énergétique permet de calculer les besoins caloriques de notre patiente: la dépense peut être calculée à partir de son métabolisme de repos et de son activité physique. La première composante est estimée à partir du poids et du sexe (tab. 4) et la deuxième est calculée grossièrement au moyen d'un questionnaire sur l'activité physique simplifié, développé spécifiquement pour les médecins de premier recours (fig. 3).

L'estimation de la dépense énergétique a plusieurs buts principaux:

- Réévaluer constamment les besoins énergétiques aux différents poids de la patiente. Par exemple lorsque la patiente a 55 kg, ses besoins sont estimés à moins de 1900 kcal par jour. En atteignant son poids maximum de 120 kg, ses besoins énergétiques pour maintenir ce nouveau poids sont d'environ 2500 kcal par jour, même en considérant une activité physique plus faible à ce poids-là. (Actuellement, la patiente pèse 98 kg et ses besoins sont estimés à 2200 kcal par jour).
- Faire prendre conscience à votre patiente qu'à un poids inférieur, il faudra diminuer les apports énergétiques sur le long terme pour maintenir son nouveau poids.

Après avoir effectué une analyse de la prise alimentaire et des besoins énergétiques, considérons maintenant l'étude du comportement alimentaire de manière plus détaillée.

Outils comportementaux

Nous avons également à disposition toute une série d'outils comportementaux afin d'examiner des éléments susceptibles d'influencer le devenir de la prise en charge.

D'abord, le comportement alimentaire en soi: est-ce que Madame B. mange en famille, dans une ambiance agréable, chaleureuse, conviviale et caractérisée par des échanges quotidiens? Est-ce elle qui prépare les repas? Non; sur la base des informations obtenues par le carnet alimentaire, Madame B. mange seule et souvent au restaurant. Le pronostic est défavorable. Il faudrait mieux encourager Madame B. à cuisiner elle-même, si nécessaire après avoir suivi un cours de cuisine. Elle pourra devenir «proactive» et autonome dans un processus de changement et savourera les plats qu'elle a elle-même cuisinés.

Ses repas ne sont pas structurés. Manger à sa faim et structuré en trois repas donnera les meilleures chances de succès.

Madame B. mange souvent pour calmer son stress. Manger en fonction de ses sensations physiologiques de faim et de satiété et aider Madame B. à trouver une stratégie adaptée pour réduire son stress, comme l'autohypnose, le yoga, les massages relaxants, une promenade, etc. sera le prochain pas à faire.

CARNET ALIMENTAIRE DE : Anna...					
Dimanche	Où	Quoi ? (Description du repas)	Entre deux repas	Avec qui ?	Remarques
Petit déjeuner : 10h30	Salon sans TV	1 Bol de café + 2 Sucres 1 Pain au chocolat + 2 Croissants 1 Yaourt Grecque + 4 c à café de sucre		Parents	15min
Déjeuner :		RIEN			Partie se promener
15h00	Salon devant TV	1 Sandwich de Tarama ~100g + ½ Baguette 2 tartines (~50g) de gruyère (~60g) fondu au four micro-onde 1 Paquet de Gâteau : Cookies 1 Cannelle de Sprite		Seule	Devant TV
18h00	Devant TV		4 Verres de Fanta 4x200ml + 1Magnum	Seule	5min
19h00	Devant TV		1 Paquet de saucisse cocktail + Mayonnaise		5min
Dîner : 20h00	Salon sans TV	2 Assiettes de salade composée (Riz, Tomate, Thon, Œufs durs, Gruyère) + mayonnaise ~ 4 C à S 3 Verres de Jus de fruits + ½ Baguette		Parents	10 min
21h30	Devant TV	1 Yaourt Grecque à la pêche + 1 Pqet de Mikado + 1 Tisane + 2 sucres			5 min

Figure 2

Carnet alimentaire rempli par la patiente décrite dans le texte [10].

Tableau 4

Evaluation de la dépense énergétique de repos exprimée par kilo de poids corporel chez l'homme et la femme de 20 à 60 ans. Utilisez la catégorie de poids la plus proche [10].

Catégories de poids (kg)	Femme kcal/kg x jour	Homme kcal/kg x jour
50	25	29
55	23	27
60	22	26
65	21	25
70	20	24
75	19	23
80	18	22
85	18	22
90	18	22
95	17	21
100	17	21

Madame B. choisit le yoga et l'autohypnose pour améliorer son bien-être. Travailler avec la patiente une stratégie pour diminuer le «snacking» de 16 h sera une priorité. Mange-t-elle assez à midi? Les stratégies que vous pouvez proposer à votre patiente pour éviter ou retarder une crise compulsive sont résumées dans le tableau 5.

Outils activité physique

L'activité physique est un des piliers de la prise en charge de l'obésité. Elle va aider à adhérer au plan alimentaire, à amincir la silhouette (par augmentation de la masse musculaire aux dépens de la masse grasse), et augmentera également la dépense énergétique.

Tableau 5

Stratégies que vous pouvez proposer à votre patiente pour éviter ou retarder une crise compulsive [10].

Sortir de la maison
Prendre une douche ou un bain
Téléphoner à un(e) ami(e)
Se reposer, dormir
Voir des ami(e)s
Aller au cinéma
Se laver les dents
Ecouter de la musique
Danser
Promener le chien
Lire
Coudre
Visiter une exposition
Peindre
Dessiner
Méditer, se centrer sur soi
Prendre un moment pour se concentrer sur sa respiration, sur les buts de la journée
Aller marcher, faire du sport

D'abord, évaluons l'activité physique de Madame B. au moyen du questionnaire activité physique (fig. 3). Celui-ci révèle qu'elle ne fait aucun sport et utilise surtout la voiture dans ses déplacements quotidiens.

Madame B. est d'accord d'utiliser un podomètre pour évaluer son niveau d'activité physique générale en terme de déplacement. Sur une semaine, sa moyenne est de 3800 pas par jour, donc très basse. Elle est très motivée à augmenter son nombre de pas par jour progressivement jusqu'à 10 000 pas par jour (but à atteindre) par augmentation graduelle de 1000 pas par semaine.

En négociant avec Madame B., elle est d'accord de suivre un cours d'aquagym par semaine. En effet, elle était très bonne nageuse à l'époque et elle adore l'eau.

Pour terminer, Madame B. a effectué tous ces changements très progressivement et a perdu 22 kilos en une année et demi. C'est donc un succès. Le but de cette prise en charge n'est bien sûr pas de retrouver son poids de 55 kg qu'elle avait à 28 ans! Le but, à son âge, sera d'obtenir un IMC d'environ 28 à 30 kg/m², c'est-à-dire environ 72 à 80 kg tout en restant très active. Rappelons qu'un obèse dit «fit» a moins de facteurs de risque cardiovasculaire qu'un sujet de poids normal sédentaire.

Questionnaire activité physique (semi-quantitatif) simplifié pour médecins généralistes/praticiens

(téléchargeable sur www.eurobesitas.ch et www.medhyg.ch)

I. Activité physique (+)		
1 Profession		
a) Quelle est votre profession (cf. tableau 20)?	Active = A	Moyennement active = B Sédentaire = C
b) A quel pourcentage travaillez-vous?	< 50% = C	50-80% = B 80-100% = A
2 Transports		
Comment vous rendez-vous au travail (plus de 30 min aller et retour)?	A pied = A	En vélo = A En voiture ou transport publique = C
3 Activité physique quotidienne/loisirs et sports		
a) En moyenne, combien de temps marchez-vous à l'extérieur chaque jour (en incluant les transports/déplacements)?	10-30 min. = C	30-60 min. = B > 60 min. = A
b) Pratiquez-vous un sport? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Si oui, le(s)quel(s)		
Fréquence moyenne /semaine (si durée > 30 min.)	1-2/sem. = A	3-4/sem. = AA > 4/sem. = AAA
Indiquez le total des A, B, C: ___ A ___ B ___ C		
II. Inactivité physique (-)		
4 En moyenne, combien de temps passez-vous chaque jour, en dehors du travail, devant la TV/ordinateur/vidéo?		
0-2h (ne rien soustraire)	2-4h enlever A (ou B si pas de A)	4-8h enlever AA (ou BB si pas de AA)
5 En moyenne, combien de temps passez-vous en position assis(e)/couché(e) chaque jour du lever au coucher?		
4-6h enlever A (ou B si pas de A)	6-8h enlever AA (ou BB si pas de AA)	> 8h enlever AAA (ou BBB si pas de AAA)
Evaluation globale		
Nombre majoritaire de: A = activité physique élevée B = activité physique moyenne C = activité physique faible (sédentaire)		
Nombre majoritaire de B ou C → élaborer une stratégie avec le patient pour:		
1) Augmenter la durée (éventuellement l'intensité) de l'activité physique quotidienne et sportive.		
2) Réduire la durée de l'inactivité physique.		

Figure 3 Questionnaire semi-quantitatif d'activité physique [10].

Tableau 6

Ce qu'il faut retenir.

- 1 Poser le diagnostic et évaluer les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques ainsi que le degré de motivation du patient.
- 2 Une fois la stratégie adoptée, en accord avec le patient, avancer par petits changements d'une consultation à l'autre.
- 3 Le patient doit impérativement prendre une part active à son propre traitement et élaborer lui-même ses propres stratégies. Le médecin l'aidera à trouver les moyens de les mettre en pratique.
- 4 Si le patient est en phase dynamique de gain de poids, il faut d'abord passer par une phase de stabilisation avant d'initier la perte de poids.

Conclusion

Les points saillants de la prise en charge sont résumés dans le tableau 6. En conclusion, la prise en charge holistique d'un patient obèse est complexe, et le développement d'outils pratiques peut aider le praticien à mieux gérer les stratégies ciblées sur les différents secteurs concernés [10]. Le patient demeure au centre de la thérapie et choisit, étape par étape, les modifications comportementales qu'il veut apporter à son style de vie. Le praticien joue un rôle capital de «partenaire» et l'aide à trouver, à renforcer ou à maintenir sa motivation, en plus de le soutenir dans ses choix.

Références

- 1 WHO Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva, WHO Technical Report Series 894; 2000.
- 2 Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts*, 2008;1,106–16.
- 3 Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse. *Schweiz Med Wochenschr* 1999;129(suppl 114): 21S–36S. Revised version 2006 to be downloaded on www.asemo.ch.
- 4 Lauterbach K, Wirth A, Westenhofer J, Hauner H. Evidenz-basierte Leitlinie zur Behandlung der Adipositas in Deutschland. Köln: Hauser; 1998.
- 5 Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France. *Diabetes Metab* 2002;28:146–50.
- 6 The NICE Clinical Guideline CG43: Obesity: the Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children. December 2006. www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11000.
- 7 National Institutes of Health (NIH), National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, National Institutes of Health, 2000; NIH publication 00–4084. www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm.
- 8 Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E, for members of the Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. Executive summary. *CAMJ* 2007;176 (suppl 8):S1–13.
- 9 Australian National Health and Medical Research Council, Australian guidelines of obesity for practitioners: overweight and obesity in adults and in children and adolescents: a guide for general practitioners, September 2003 [http://www. \(FIND Web\)](http://www.findweb.com)
- 10 Dominique Durrer, Yves Schutz. Obésité: les outils pour le praticien. Genève: Ed. Médecine & Hygiène; 2008.
- 11 Prochaska JO, Di Clemente CC. Toward a Comprehensive Model of Change, in: Miller WR, Heather N: *Treating Addictive Behaviours in Process of Change*. New York: Plenum Press; 1986.

Correspondance:
 Dr Dominique Durrer
 Eurobesitas
 Quai Perdonnet 14
 1800 Vevey
dominique.durrer@bluewin.ch