

SYNTHESE

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte

Validée par le Collège le 11 janvier 2023

Mis à jour en févr. 2024

L'obésité est une maladie chronique complexe avec une incidence sur la santé globale. Les déterminants du surpoids et de l'obésité sont multiples : facteurs de l'environnement, facteurs psychologiques, sociaux, origines génétiques.

La prévention tout au long de la vie est essentielle pour prévenir un surpoids et l'évolution vers une obésité, éviter une aggravation de l'obésité et l'apparition de complications.

Seule une évaluation multidimensionnelle et souvent pluriprofessionnelle permet de comprendre la situation et de personnaliser les soins et l'accompagnement, d'améliorer la qualité de vie.

Le traitement du surpoids et de l'obésité ne se résume pas à l'atteinte d'un objectif pondéral. Il vise à promouvoir la santé grâce à des modifications des habitudes de vie, le traitement du retentissement sur la santé, l'amélioration de la qualité de vie, l'accompagnement de la souffrance des personnes.

La continuité du parcours de soins est assurée par un suivi de la santé globale, régulier et prolongé, des stratégies de maintien des habitudes de vie et de l'objectif pondéral dans la durée, le soutien des patients-ressources et des associations d'usagers tout au long du parcours de soins contribuant à éviter les ruptures.

Le groupe de travail avait plusieurs choix pour nommer les patients présentant un surpoids et surtout une obésité : « obèses », « personnes en situation d'obésité », « personnes vivant avec une obésité » ou encore « personnes en obésité ». Le choix s'est porté sur « personne en surpoids » et « personne en obésité ». Il s'agissait d'insister sur la place centrale de la personne et la raison du parcours de soins, à savoir le surpoids ou l'obésité.

Dépister un surpoids ou une obésité et accompagner si besoin les modifications des habitudes de vie

Dépister à toute occasion. Si le moment n'est pas opportun, convenir avec la personne d'une consultation dédiée

- ➔ Tout motif de consultation médicale peut être une occasion de dépister un surpoids ou une obésité, et d'aborder une préoccupation pour le poids, si la personne est d'accord.
- ➔ Les consultations médicales de prévention gratuites proposées à l'âge de 25 ans, 45 ans et 65 ans contribuent également au dépistage du surpoids et de l'obésité (accessibles depuis janvier 2024¹), ainsi que l'examen de prévention en santé pour les jeunes (16 à 25 ans) en situation de précarité, d'invalidité ou de handicap sans suivi médical régulier.
- ➔ Ce dépistage doit également être réalisé dans les services et établissements de santé et médico-sociaux, et dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance (jeunes majeurs).
- ➔ Tout professionnel de santé, gynécologue, autre médecin spécialiste, sage-femme, infirmier, médecin ou infirmier de la santé scolaire ou de la santé au travail, pharmacien, peut aussi

¹ [Mon bilan. Prévention pour les professionnels de santé](#)

repérer une situation de surpoids ou d'obésité, l'aborder avec la personne si elle le souhaite et lui conseiller d'en parler à son médecin généraliste.

Comment dépister un surpoids ou une obésité ?

- **Calculer l'indice de masse corporelle (IMC) et suivre l'évolution de la courbe** au minimum une fois par an, et plus fréquemment en cas d'antécédents familiaux et personnels, de traitement médicamenteux au long cours induisant une prise de poids (corticothérapie, psychotropes, etc.), de maladie chronique aggravée ou pouvant l'être par un surpoids ou une obésité.
- **Mesurer et suivre l'évolution du tour de taille** pour évaluer le risque cardiovasculaire :
 - mesurer la taille et le poids (utiliser un pèse-personne adapté à la corpulence), sur le lieu des soins : les mesures déclaratives généralement sous-estiment le poids et surestiment la taille ;
 - mesurer le tour de taille : à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale, bras le long du corps ;
 - évaluer la dynamique de la courbe, être attentif aux signes d'alerte : ascension continue de la courbe de corpulence, prise ou perte de poids rapide (risque de rebonds pondéraux avec une augmentation de l'IMC), changements du contexte de vie, d'emploi, ayant un impact sur les habitudes de vie, pratique répétée de régimes amaigrissants, arrêt du tabac non accompagné.
- **Reporter ces mesures** dans « Mon espace santé² ».

Ouvrir la discussion sur les habitudes et le contexte de vie, le ressenti, avec l'accord de la personne

- **Si la corpulence est stable** : valoriser les comportements en faveur de la santé et encourager à aller vers les repères en vigueur : activité physique, diminution des comportements sédentaires, alimentation, sommeil.
- **Si la courbe de corpulence est ascendante** : rechercher un ou des facteurs déclenchants et engager la personne à modifier progressivement ses habitudes de vie en débutant par celle qui lui semble la plus facile à changer à court terme. Planifier une évaluation.
- **Si la situation ne s'améliore pas**, poursuivre par une évaluation multidimensionnelle de la situation, et si nécessaire des explorations et des examens. Évaluer le besoin d'une éducation thérapeutique et la mettre en œuvre en proximité.
- **Dans une situation de surpoids ou d'obésité** : confirmer le diagnostic, l'expliquer, compléter par une évaluation globale multidimensionnelle avec l'appui, si nécessaire, d'autres professionnels en proximité pour coconstruire un projet de soins et d'accompagnement personnalisé.

Stigmatisation : prévenir, reconnaître, dépister et accompagner

- **Les personnes en surpoids ou en obésité sont confrontées à différentes formes de stigmatisation** auxquelles tout professionnel impliqué dans le parcours doit être attentif.
 - La stigmatisation sociale renvoie aux réactions des individus vis-à-vis des personnes en surpoids ou en obésité, que ce soit dans la vie courante ou dans le milieu des soins.

² Mon espace santé <https://www.monespacesante.fr/>

- À cette stigmatisation sociale peut s'ajouter une autostigmatisation (stigmatisation dite internalisée), réaction de la personne appartenant au groupe stigmatisé contre elle-même. Elle peut entraîner des conséquences autant physiques que psychologiques comme une perte d'estime de soi, de confiance en soi, une dépression, des idées suicidaires, un retrait de la vie sociale, un évitement des soins, une perte de motivation.
 - La stigmatisation structurelle renvoie à ce qui limite la pleine participation citoyenne des personnes. Cette stigmatisation conduit à une inégalité de traitement dans les médias, dans l'emploi, le travail, la représentation.
- **Les professionnels impliqués dans le parcours devraient :**
- avoir une démarche réflexive visant à reconnaître et analyser des pratiques stigmatisantes dans leur activité et/ou milieu de travail ;
 - se former et mettre en œuvre une démarche de bientraitance collective.
- **Tout professionnel prévient la stigmatisation grâce à :**
- un temps de consultation ou de soins suffisant pour une écoute et des échanges approfondis, la réalisation d'un examen clinique ou de soins qui peuvent être plus difficiles ou plus longs ;
 - la qualité de son écoute et de sa communication, une vigilance dans la rencontre avec la personne vis-à-vis des messages donnés et reçus et des représentations véhiculées autant par les professionnels que par les personnes soignées ;
 - un environnement, un matériel de soins, d'examen (scanner, IRM), un transport sanitaire, adaptés et confortables, un lieu de soins spécialisé pour accueillir et soigner toute personne, quelle que soit sa corpulence.
- **L'accompagnement d'une stigmatisation vécue ou perçue consiste à :**
- solliciter un « récit de soi » narratif pour accéder de manière active au vécu et à l'expérience de la personne soignée et repérer des signes évocateurs tout particulièrement d'une autostigmatisation et de ses conséquences émotionnelle, psychologique, comportementale, physiologique, sociale et familiale, financière, économique ;
 - proposer la possibilité d'un soutien par un psychologue ou un psychiatre, si besoin un travailleur social, un médecin ou un infirmier du service de prévention et de santé au travail, un médecin scolaire ou universitaire, lorsque ni la personne ni le médecin qui la suit n'ont les ressources nécessaires pour faire face à la situation ;
 - orienter vers des patients-ressources, des représentants d'associations d'usagers pour partager leur vécu, rechercher un soutien et obtenir des informations.

Expliquer le diagnostic et les étapes suivantes du parcours

Éclairer la personne sur son état de santé, proposer d'explorer la situation

- **Expliquer le diagnostic :** la dynamique de la prise de poids, le retentissement du surpoids ou de l'obésité sur la santé, la présence d'éventuelles complications et l'engager dans un projet de soins.
- Faciliter le dialogue grâce à des bonnes pratiques de communication, au choix des mots pour éviter de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser, et à la construction d'un langage commun. Recourir à la médiation en santé ou à l'interprétariat linguistique en santé lorsqu'il existe une barrière de langue associée aux migrations de population. Prendre en compte les représentations à l'œuvre dans d'autres cultures de l'embonpoint.

- Écouter la personne avec empathie, faire preuve de sollicitude, accéder au sens et à la valeur qu'elle attribue à sa situation, s'appuyer sur ses représentations et ses croyances, comprendre ce qui est important pour elle, ses difficultés, ses attentes, ses priorités.
- ➔ **Proposer une évaluation multidimensionnelle** pour comprendre les déterminants individuels du surpoids ou de l'obésité et éclairer la personne sur les investigations à réaliser ou les orientations vers les compétences d'autres professionnels de santé pour coconstruire un projet de soins personnalisés.

Évaluer l'état de santé globale, rechercher le retentissement, les complications

- ➔ Proposer une consultation dédiée et longue ou réalisée en plusieurs fois.
- ➔ Réaliser un examen clinique complet (Annexe).
- ➔ Explorer les plaintes, les gênes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne, les situations de handicap fonctionnel. Aborder lors de l'entretien les préoccupations de la personne vis-à-vis de sa corpulence, de son tour de taille, le retentissement psychologique, social, professionnel, familial, sur la vie affective et sexuelle, sur la qualité de vie, une autostigmatisation.
- ➔ Prescrire chez toute personne, quel que soit son IMC un bilan biologique : glycémie à jeun, exploration des anomalies lipidiques.
- ➔ Prescrire un bilan biologique et des explorations complémentaires ciblés en fonction des signes cliniques et en cas d'IMC ≥ 30 kg/m² (Annexe).
- ➔ Hors chirurgie bariatrique, perte de poids importante ou symptomatologie évocatrice, le dosage des vitamines et des minéraux (vitamine C, acide folique, vitamines B1, B12, ADEK, fer, zinc, etc.)³ n'est pas indiqué chez la personne en situation d'obésité.

Évaluer les habitudes et le contexte de vie

- ➔ Évaluer le niveau d'activité physique et les comportements sédentaires⁴⁻⁵, les modes de déplacement, le sommeil (quantité et qualité) et la régularité des rythmes de vie.
- ➔ Évaluer la variété et l'équilibre de l'alimentation, la consommation à chaque repas d'aliments générant la satiété, la taille des portions, l'environnement et le contexte des repas, la perception des signaux internes : faim, satiété, rassasiement, le recours à des produits de régime, les pratiques de jeûne, la prise de compléments alimentaires non prescrits ; la consommation d'alcool.
- ➔ Explorer avec tact les habitudes alimentaires, culturelles, de la famille et leur lien avec un surpoids ou une obésité individuelle ou familiale.
- ➔ Évaluer avec le médecin du service de prévention et de santé au travail le lien éventuel entre le travail et le surpoids ou l'obésité : travail sédentaire, posté, de nuit, stress professionnel, stigmatisation, harcèlement.
- ➔ Orienter si besoin vers un ou plusieurs professionnels en proximité pour approfondir ou compléter l'évaluation (cf. Fiches « Rôle des professionnels dans le parcours de soins »).

³ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

⁴ Questionnaire GPAQ (*Global Physical Activity Questionnaire*) en français <https://www.who.int/fr/publications/m/item/global-physical-activity-questionnaire>

⁵ Questionnaire ONAPS <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Questionnaire-Onaps.pdf>

Repérer précocement des signes de perturbations de l'alimentation et de troubles des conduites alimentaires et orienter

- Être attentif aux signes de perturbations de l'alimentation : hyperphagie prandiale, tachyphagie, prise alimentaire en réaction à un ressenti émotionnel et/ou en dehors des repas, compulsions, sans perte de contrôle.
- Être attentif aux signes de TCA : épisodes récurrents de crise d'hyperphagie boulimique associée à une perte de contrôle, qu'il y ait ou non vomissements ; restriction cognitive définie par un contrôle de l'alimentation pour réduire volontairement la quantité de nourriture ingérée avec parfois une alternance avec des périodes d'hyperphagie, entraînant une prise de poids.
- Orienter, selon la situation clinique, vers un diététicien, un médecin spécialiste de l'obésité, un psychologue ou un psychiatre, spécialistes des TCA, pour approfondir l'évaluation, accompagner ou traiter de manière prioritaire ou concomitante à l'amélioration de l'alimentation.

Dépister systématiquement, évaluer et accompagner précocement les difficultés psychologiques, les troubles psychiatriques, les situations à risque

- Déceler une ou plusieurs de ces situations : difficultés de vécu de la prise de poids, signes de maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste), stigmatisation, évolution rapide de la courbe de corpulence concomitante à un événement traumatique.
- Proposer si besoin l'intervention d'un psychologue⁶ lorsque ni la personne ni le médecin qui la suit n'ont les ressources nécessaires pour faire face à la situation : il repère le rapport au corps et aide la personne à exprimer le vécu douloureux de la prise de poids, explore les situations de maltraitance, de stigmatisation, de harcèlement. Le psychiatre est tout particulièrement sollicité en cas d'anxiété, de signes de dépression, d'une idéation suicidaire ou d'un passage à l'acte qui sont des urgences.
- Évaluer les conduites addictives : substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites), mais également comportementales sans substances psychoactives (jeu d'argent, achats compulsifs) : accompagner vers les ressources spécialisées les personnes désireuses de se soigner ou de réduire leurs pratiques à risque et adapter le projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

Dépister systématiquement, évaluer et accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale, familiale, professionnelle

- Évaluer une situation sociale, familiale, professionnelle qui se dégrade et une désocialisation car elles jouent un rôle aggravant dans les situations de surpoids ou d'obésité.
- Rechercher des solutions avec l'appui du travailleur social sur la base d'un diagnostic social et la mise en place d'un plan d'accompagnement avec si besoin : ouverture de droits, accès à une alimentation suffisante et équilibrée, accès à la pratique d'une activité physique adaptée, aides financières pour des soins ou un transport vers un lieu de soins, adaptation du lieu de vie, aide au déplacement, facilitation des démarches pour l'accès au logement et à l'emploi, la reconnaissance d'une situation de handicap le cas échéant.
- Favoriser le maintien dans l'emploi et éviter la désinsertion professionnelle : le médecin de la santé au travail s'appuie sur un réseau d'acteurs pour accompagner l'employé et l'employeur dans la mise en place des adaptations du poste de travail. Favoriser la poursuite de la formation et éviter l'abandon de la scolarité avec l'accompagnement de la médecine scolaire.

⁶ Dispositif d'accès et de remboursement à des séances de psychologue monpsy.sante.gouv.fr

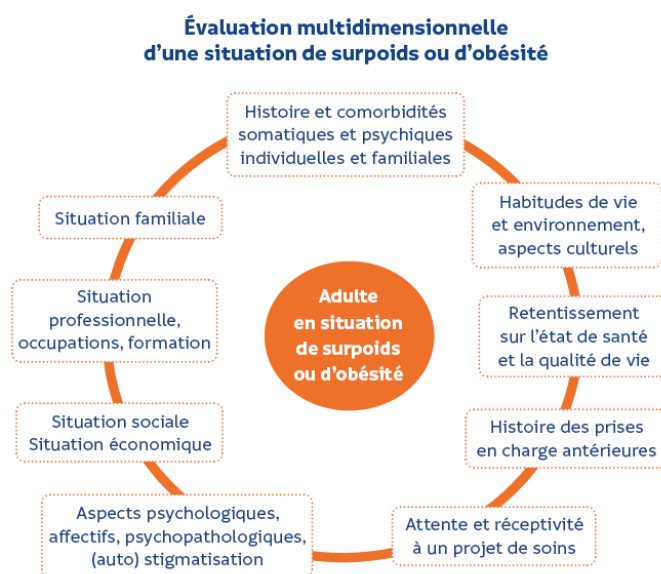
Savoir rechercher une dénutrition, particulièrement chez une personne âgée

- ➔ Un IMC ≥ 30 kg/m² n'exclut pas une dénutrition. Une personne en surpoids ou en obésité de tout âge peut être dénutrie selon les critères de la Haute Autorité de Santé et de la Fédération française de nutrition⁷.
- ➔ Une sarcopénie est confirmée si la dénutrition est associée à une diminution de la force et de la masse musculaire avec un retentissement fonctionnel, en particulier chez une personne âgée de plus de 70 ans. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une modification de la composition corporelle avec une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse⁸.
- ➔ La prise en charge nutritionnelle est à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition.

Recourir à un avis spécialisé si une obésité de cause rare est suspectée

Face à un adulte présentant une obésité sévère, associée à des altérations/troubles du comportement alimentaire⁹ : s'aider de l'outil en ligne d'aide au diagnostic des obésités syndromiques Obsgen¹⁰ et recourir à un avis spécialisé auprès d'un centre de référence maladies rares (CRMR) PRADORT¹¹, ou la filière nationale de santé DéfiScience¹², selon le PNDS « Obésités de cause rare » (2021)¹³.

S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle pour personnaliser et graduer le projet de soins



⁷ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte.

Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte

⁸ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus.

Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denuitration-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus

⁹ Les éléments de diagnostic, d'orientation, de suivi médical, de coordination, de lien avec les proches sont précisés dans un document de synthèse spécifique au médecin généraliste https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/synthese_mq_generique_obesites_de_causes_rares.pdf

¹⁰ <http://obsngen.nutriomics.org>

¹¹ PRADORT (Syndrome de PRADer-Willi et autres Obésités Rares avec Troubles du comportement alimentaire) <https://www.chu-toulouse.fr/-syndrome-de-prader-willi-et-autres-obesites-rares->

¹² DéfiScience : <https://www.defiscience.fr>. Liste des CSO : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-d-obesite>. Site des ERHR : <https://gnchr.fr/notre-reseau/equipes-relais-handicaps-rares>

¹³ Centre de référence des maladies rares PRADORT, DéfiScience, Haute Autorité de Santé. Obésités de causes rares. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

- ➔ **Explorer les dimensions en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité** : identifier les problématiques, les besoins, les attentes de la personne. Faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir. Rechercher des réponses adaptées et personnalisées.
- ➔ **Selon les besoins requis par la situation, prendre l'appui d'un ou plusieurs professionnels en proximité** (champ sanitaire, social, médico-social, médecine du travail) **ou d'un médecin spécialiste de l'obésité ou d'une équipe spécialisée dans l'obésité** pour approfondir ou compléter l'évaluation, être conseillé dans la démarche diagnostique ou de soins, et/ou être aidé dans la recherche des professionnels ou d'une équipe de soins la plus à même d'intervenir en proximité.
- ➔ **Définir la complexité de la situation pour coconstruire un projet personnalisé de soins et d'accompagnement** dans le cadre d'une démarche de décision partagée avec la personne et/ou ses proches et/ou l'équipe de la structure médico-sociale, le cas échéant.
 - Trois situations de complexité croissante ont été proposées (encadré).
 - Pour aller plus loin dans l'évaluation ou la demande d'expertise auprès des professionnels ou des structures spécialisées dans l'obésité, il est conseillé de s'appuyer sur des paramètres de phénotypage clinique proposés dans la recommandation de bonne pratique de la HAS et de la FFN « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale¹⁴ ».

Une situation de surpoids (IMC entre seuils 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) **ou d'obésité** (IMC < seuil 35 kg/m², classe I) **est dite non complexe** en l'absence de complications somatiques et/ou psychopathologiques associées, OU si elles sont traitées, stabilisées et suivies en proximité, ET sans cumul de facteurs favorisant une situation de surpoids ou d'obésité (par exemple, une problématique sociale ou psychologique associée) ou pouvant trouver des réponses accessibles et adaptées en proximité.

Une situation d'obésité est dite complexe du fait de la sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques, retentissement fonctionnel, retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie, troubles du comportement alimentaire associés à des troubles psychopathologiques, problématique sociale, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité.

Une situation d'obésité est dite très complexe en cas d'aggravation par l'obésité d'une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé ; OU en cas d'obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et du cumul de facteurs associés : situation de handicap fonctionnel ou périmètre de marche limité, retentissement professionnel, social, familial, non-atteinte des objectifs de perte de poids et de modifications des habitudes de vie ; OU de contre-indication de la chirurgie bariatrique ; OU d'échec de la chirurgie bariatrique.

Nota bene : la définition conventionnelle de l'obésité (IMC > 30 kg/m²) devrait être abaissée chez les migrants sud-asiatiques pour détecter des niveaux équivalents de risque cardiovasculaire, basés sur la glycémie, la pression artérielle et le bilan lipidique. Les personnes asiatiques devraient être classées en surpoids sur la base d'un IMC compris entre 23 et 27 kg/m² et en obésité à partir d'un IMC à 28 kg/m²¹⁵.

¹⁴ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

¹⁵ Wu Y. Overweight and obesity in China [editorial]. BMJ 2006;333(7564):362-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.333.7564.362> ; Chen CM. Overview of obesity in Mainland China. Obes Rev 2008;9(Suppl 1):14-21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00433.x>

Graduer et moduler les soins et l'accompagnement selon la complexité de la situation individuelle

Graduer et moduler les soins et l'accompagnement consiste à répondre aux besoins de la personne en fonction de la complexité de sa situation grâce au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles.

L'accompagnement est une démarche permettant de soutenir et d'encourager l'engagement de la personne et favoriser l'autonomie en santé. Il vise à renforcer les capacités de la personne à opérer ses propres choix pour améliorer sa santé définie au sens le plus large. Cet accompagnement met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien, et est du ressort de tout professionnel impliqué dans le parcours de soins.

L'intensité des interventions, le nombre et le profil des professionnels peuvent varier dans le temps en fonction de l'évolution favorable ou non de la situation individuelle.

- **Mobiliser et coordonner les différentes compétences professionnelles et les moyens nécessaires** pour répondre aux besoins individuels en prenant en compte les trois situations.
 - 1. **surpoids ou obésité sans complications dite non complexe.**
 - 2. **obésité dite complexe.**
 - 3. **obésité dite très complexe.**
- **Proposer des soins et un accompagnement continu dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité pour répondre aux besoins individuels**
 - Les soins et l'accompagnement d'une personne en surpoids ou en obésité ont des points communs et des spécificités qui dépendent de la complexité de la situation individuelle. Ils sont présentés dans les pages suivantes.
- **Organiser des temps de coordination** des interventions et **de concertation** des acteurs : utiliser un support à la coordination de l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social). Veiller à la cohérence des messages et éviter la juxtaposition des interventions :
 - si la situation est complexe ou très complexe, une réunion d'analyse ou de concertation pluriprofessionnelle (RCP) et un outil de coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social), par exemple le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), sont souhaitables (obésité complexe) ou nécessaires (obésité très complexe) ;
 - la désignation d'un référent de proximité permet de répondre à un besoin de coordination complémentaire à celle du médecin qui suit la personne, de faire le lien avec et entre les professionnels impliqués dans le parcours et de soutenir l'engagement de la personne.
- **Moduler ensuite les soins et l'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation individuelle et de l'atteinte des objectifs** : réévaluer les besoins en s'appuyant sur les données de l'évaluation multidimensionnelle afin de poursuivre, adapter et/ou compléter les soins et l'accompagnement, augmenter ou diminuer leur intensité, élargir ou restreindre l'équipe pluriprofessionnelle en fonction des besoins, poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens, recourir à l'expertise d'un médecin spécialiste de l'obésité ou à l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité.
- **Poursuivre la transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes** pour assurer la continuité et éviter les ruptures du parcours, maintenir les objectifs du projet de soins dans les priorités des jeunes adultes.

Le rôle du référent de proximité dans une situation d'obésité complexe ou très complexe est d'organiser et de suivre la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement, avec l'appui d'un outil de coordination commun* à l'ensemble des professionnels du champ sanitaire, social et médicosocial. Il gère les priorités et déclenche, si nécessaire, une réévaluation de la situation avant l'échéance prévue.

Il est l'interlocuteur privilégié de la personne soignée. Il soutient son engagement, repère ses difficultés et assure une cohérence des interventions en créant du lien avec le médecin qui la suit. L'utilisation d'un outil de coordination peut être utile. Le référent prend l'initiative de contacter les personnes dont les consultations ont été interrompues.

Le référent est désigné par le médecin qui assure la coordination des soins en concertation avec les professionnels impliqués dans le parcours de soins. Il doit être clairement identifié par tous les intervenants et la personne soignée. Il sera choisi, si possible avec elle, parmi les professionnels de proximité.

* Haute Autorité de Santé. Modèle de plan personnalisé de coordination en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

Principes généraux des soins et de l'accompagnement quelle que soit la complexité de la situation

Partager la décision pour coconstruire un projet de soins et d'accompagnement

- Échanger des informations mutuelles pour s'accorder sur une option de soins à partir de la présentation de différents choix possibles.
- Tenir compte des attentes et préférences de la personne, de ses priorités du moment, de ses projets, des difficultés exprimées, de ses ressources personnelles et sociales.
- Formuler les objectifs choisis en commun sous la forme de critères de réussite : précis, atteignables et progressifs, faciles à mettre en œuvre, acceptés et révisables. Encourager et aider chaque personne à se fixer un objectif à la fois, centré sur l'activité en elle-même plutôt que sur son résultat, rechercher les moyens de garder sa motivation, suivre ses progrès, rechercher du soutien.
- S'assurer ensemble de la faisabilité du projet de soins, tout particulièrement s'il comporte des séances d'éducation thérapeutique et des séances d'activité physique adaptée, et/ou des séances de diététique, et/ou des consultations avec un psychologue ou un psychiatre.
- Se mettre d'accord sur la possibilité de revenir sur la décision prise à un moment donné et d'adapter les soins et l'accompagnement, en particulier pour entendre un éventuel souhait de répit ou de soutien complémentaire. Si la personne n'est pas prête à s'engager dans le projet de soins, celui-ci peut être différé et reformulé.
- Proposer à la personne un document support de son parcours de soins pour y inscrire ses objectifs, ses essais et son vécu et faciliter le partage et l'analyse de son expérience.

Accompagner progressivement les modifications des habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique

Tout professionnel devrait fonder son action sur une posture éducative et une écoute empathique, en allant au-delà de l'information ou du conseil vers l'accompagnement du développement de compétences et le soutien de la motivation et :

- proposer un format personnalisé de séances d'éducation thérapeutique (fréquence, modalités, durée, suivi éducatif entre les séances en présentiel ou en télésoin) pour favoriser l'acceptabilité, l'assiduité et respecter les possibilités de la personne, tout particulièrement si plusieurs professionnels interviennent dans le parcours ;
- aider la personne à suivre ses propres progrès en matière de maintien ou d'augmentation d'activité physique, de limitation des comportements sédentaires, d'amélioration de l'alimentation grâce à des dispositifs d'autosurveillance. La pertinence de leur utilisation et l'interprétation des données pour ajuster sa conduite à tenir sont à accompagner.

Promouvoir la santé et le bien-être, maintenir une bonne condition physique, accompagner une stabilisation du poids

- création d'un environnement favorable et cohérent pour modifier les habitudes de vie, en lien avec les proches ou les professionnels qui prennent soin de la personne.
- initiation ou reprise et maintien dans la durée de l'activité physique sur un mode régulier avec, si besoin, une adaptation en fréquence et en intensité aux capacités physiques.
- évaluer le besoin d'une prescription d'une activité physique adaptée (APA) et la prescrire après une évaluation médicale minimale ou une consultation médicale d'APA¹⁶ ;
- réduction du temps passé en position assise ou allongée au quotidien et de l'usage des écrans, rupture de la sédentarité avec des quantités d'activité physique même faibles¹⁷ ;
- amélioration de l'alimentation, de sa variété et de son équilibre, de la taille des portions ; préservation de la qualité du sommeil et des rythmes de vie ;

¹⁶ Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

¹⁷ PNNS <https://www.mangerbouger.fr/>

Objectifs

Objectifs prioritaires quelle que soit la complexité de la situation

- Accompagner les difficultés psychologiques, une autostigmatisation.
- Accompagner toute forme de vulnérabilité sociale, une maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste), d'éventuelles difficultés en milieu professionnel ou de formation, une stigmatisation perçue ou vécue.
- Accompagner le rapport au corps et le vécu de la prise de poids : insatisfaction corporelle, altération de l'image de soi et de l'estime de soi, retentissement sur la vie affective et sexuelle.
- Traiter les perturbations de l'alimentation, les troubles des comportements alimentaires, les troubles du sommeil.
- Face à des troubles psychiatriques avérés, discuter des modalités de l'accompagnement de la perte de poids avec un psychiatre. En cas de prescription médicamenteuse : évaluer régulièrement son effet sur la prise de poids.
- Proposer des solutions pour soulager les symptômes, accompagner le retentissement fonctionnel, faciliter la participation aux activités de la vie quotidienne.
- Repérer des signes d'alerte : dépression, trouble anxieux, stigmatisation, mésusage de substances psychoactives, douleur chronique : proposer un accompagnement spécifique.
- Favoriser le maintien dans l'emploi, la poursuite de la formation ou d'une formation, en lien avec le service de la santé au travail ou de la santé scolaire, universitaire.
- En cas de perte de poids importante, être vigilant face à une déstabilisation psychique et des modifications corporelles, proposer un accompagnement physique, psychologique, voire un accompagnement des proches visant à aider la personne à s'adapter aux changements et à une nouvelle relation à son corps.

Objectifs spécifiques selon trois situations de complexité

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<p>La perte de poids n'est pas prioritaire. Dans un premier temps, se mettre d'accord avec la personne pour stabiliser le poids. Dans un deuxième temps, accompagner l'objectif personnalisé de poids pour atteindre un poids de forme (celui dans lequel la personne se sent bien physiquement et psychologiquement) et un tour de taille ≤ 88 cm pour la femme et 102 cm pour l'homme. Dans un troisième temps, maintenir ce poids de forme, une bonne condition physique avec un niveau de masse musculaire satisfaisant et éviter les variations de poids.</p>	<p>Personnaliser l'objectif de perte de poids selon son retentissement sur la santé et les maladies associées, la mobilité, la qualité de vie, en l'adaptant aux capacités de réduction pondérale, de l'âge, de l'investissement possible de la personne, de ses attentes : expliquer à la personne les bénéfices attendus d'une perte de poids sur sa santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – expliquer à la personne les bénéfices attendus d'une perte de poids sur la santé *; – définir les modalités d'accompagnement de la perte de poids : progressivité, absence de rebond pondéral, anticipation des difficultés, suivi régulier. 	<p>Rompres le cercle vicieux d'aggravation réciproque de l'obésité et de la ou des maladies associées.</p> <p>Hiérarchiser les objectifs des traitements en tenant compte des priorités de santé vitale, et de celles de la personne.</p> <p>Optimiser les traitements non médicamenteux et médicamenteux, établir des priorités révisables en tenant compte des attentes et priorités de la personne : maintenir son indépendance, prendre part aux activités de la vie quotidienne, sociale, professionnelle, jouer un rôle actif dans sa famille.</p>

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<p>Développer une stratégie visant à éviter l'évolution vers une obésité plus sévère et/ou la survenue de complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> – aider la personne à maintenir les modifications des habitudes de vie dans la durée ; – poursuivre le suivi annuel de l'IMC, du tour de taille, ou plus fréquemment en cas de signes d'alerte. 	<p>Traiter les symptômes (douleur, essoufflement, etc.) ou les complications de l'obésité pour améliorer la santé, permettre la participation aux activités de la vie quotidienne, adapter l'activité physique, rompre la sédentarité, anticiper une perte d'autonomie ou son aggravation.</p> <p>Développer une stratégie visant à prévenir la reprise de poids et éviter les variations de poids, et maintenir les modifications des habitudes de vie dans la durée.</p>	<p>Personnaliser l'objectif de perte de poids : très progressive et accompagnée sur le plan diététique, psychologique, et du reconditionnement physique : éviter une perte trop importante de masse maigre et un rebond pondéral.</p> <p>Développer une stratégie visant à prévenir la reprise de poids et éviter les variations de poids, et maintenir les modifications des habitudes de vie dans la durée.</p>

* Une réduction du poids (en pourcentage du poids initial) de 3 à 5 %, durable, améliore le taux de triglycérides, de la glycémie, et réduit le risque de développer un diabète de type 2 ; une réduction de 5 à 10 % améliore la pression artérielle, le LDL et HDL-cholestérol, et diminue le besoin de traitements pour contrôler la pression artérielle, la glycémie et les lipides. Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

Coordination et concertation

Points communs

- Organiser des temps de coordination des interventions et de concertation entre les professionnels impliqués dans le parcours de la personne et un partage d'informations selon des modalités définies entre eux.
- Solliciter l'avis de la personne soignée sur la stratégie de soins, la hiérarchisation des objectifs, les domaines prioritaires à aborder en éducation thérapeutique, le cas échéant ses proches ou les professionnels qui prennent soin d'elle.
- S'appuyer sur un médecin spécialiste de l'obésité, ou une structure spécialisée dans l'obésité en fonction de la sévérité de l'obésité et du cumul de facteurs causes ou conséquences de l'obésité, pour être conseillé dans la démarche diagnostique ou de soins, et/ou bénéficier d'un plateau technique, et/ou participer à une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), et/ou être aidé dans la recherche de professionnels ou d'une équipe susceptible de répondre aux besoins de la personne en proximité.
- Le recours à la téléconsultation, la téléexpertise¹⁸ facilite l'accès aux médecins spécialistes, le télésoin à l'infirmier, au diététicien, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien.
- Organiser et suivre la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement grâce à un référent de proximité si la situation est complexe ou très complexe

¹⁸ Haute Autorité de Santé. Téléconsultation et téléexpertise. Mise en œuvre. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

Spécificités selon la complexité de la situation

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<p>Le médecin généraliste assure la coordination des soins et de l'accompagnement.</p> <p>Il peut partager ou confier cette mission à un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.</p>	<p>La coordination des soins et de l'accompagnement est assurée par le médecin généraliste ou un médecin spécialiste de l'obésité, ou un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité. La coordination peut être partagée avec un infirmier (exercice coordonné ou pratique avancée), qui peut être le référént de proximité s'il a été désigné.</p> <p>L'organisation et l'animation d'une RCP (réunion de concertation pluriprofessionnelle ou d'analyse d'une situation complexe) et l'élaboration d'un plan individualisé de coordination en santé associant l'ensemble des professionnels ayant participé à l'évaluation de la situation sont souhaitables.</p> <p>Établir un accord clair sur la répartition des rôles de chaque intervenant, la fréquence des interventions, les modalités d'évaluation régulière de l'atteinte des objectifs.</p>	<p>La coordination des soins et de l'accompagnement est réalisée par un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité ou un centre de référence maladies rares le cas échéant, en lien avec le médecin spécialiste (selon la maladie chronique que l'obésité aggrave), le médecin généraliste et l'infirmier de pratique avancée, référént de proximité.</p> <p>L'organisation et l'animation d'une RCP et l'élaboration d'un plan individualisé de coordination en santé associant l'ensemble des professionnels ayant participé à l'évaluation de la situation sont nécessaires à la hiérarchisation des objectifs thérapeutiques, au choix des interventions et au suivi.</p> <p>Établir un accord clair sur la répartition des rôles de chaque intervenant, la fréquence des interventions, les modalités d'évaluation régulière de l'atteinte des objectifs.</p>

Soins et accompagnement

Points communs

- Permettre à la personne d'apporter progressivement des modifications à ses habitudes de vie grâce à des séances d'éducation thérapeutique
- Renforcer la motivation de la personne, son sentiment d'auto-efficacité personnelle, indépendamment de l'évolution du poids, en poursuivant les séances d'ETP grâce à une stratégie de maintien des modifications des habitudes de vie et de l'objectif pondéral si la perte de poids est indiquée.
- Identifier avec la personne les situations qui nécessitent une anticipation et une préparation de plans d'action écrits qui définissent les solutions alternatives personnalisées pour faire face à des difficultés de suivi des objectifs du projet de soins, de poursuite de ses engagements, une baisse de motivation de type « Si je suis confrontée à... alors... ».
- Accompagner les situations d'écarts ou de difficultés à rester dans les objectifs définis dans le projet de soins et éviter l'abandon du parcours :
 - dédramatiser, maintenir le lien de confiance ;

- lutter contre les règles rigides que certaines personnes s'imposent ou qui leur sont imposées (objectifs irréalistes, difficilement intégrables au mode de vie et au contexte de vie) et qui conduisent à la frustration, à un sentiment d'échec, à la culpabilité ;
 - rechercher avec elle des moyens de modérer la fatigue comportementale ou la lassitude liée à la monotonie des routines : varier l'activité physique, l'alimentation.
- Poursuivre les séances d'éducation thérapeutique et l'activité physique, sur un mode régulier en présentiel ou en distanciel grâce à la téléconsultation ou au télésoin, à condition que la personne soignée ait la capacité de communiquer à distance ou d'utiliser les outils technologiques utiles à ces dispositifs. Séances en présentiel et en télésoin peuvent être combinées, en particulier sur le long terme.

Spécificités selon la complexité de la situation

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<p>Proposer selon les besoins éducatifs évalués, des séances dédiées d'éducation thérapeutique, si possible mensuelles pendant 6 à 12 mois, délivrée par un ou plusieurs professionnels de santé, selon diverses modalités : en individuel, en groupe ou en alternance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – sélectionner les contenus et les intervenants en fonction de l'évaluation des besoins éducatifs ; – proposer, si besoin, un suivi éducatif entre les séances (en présentiel ou en télésoin) pour : soutenir la motivation, faire face sans culpabilité à un écart par rapport aux objectifs ou aux acquis et reprendre ses engagements, maintenir le lien en cas d'absence aux séances ; – faciliter l'adhésion et la régularité des séances en tenant compte des interventions des professionnels requis pour répondre aux besoins (diététicien et/ou enseignant en APA, et/ou psychologue, etc.) et des préférences et possibilités de la personne ; 	<p>Mettre en œuvre ou poursuivre une éducation thérapeutique personnalisée : évaluer les besoins et les difficultés (modifications des habitudes de vie et création d'un environnement favorable, estime de soi, image de soi, affirmation de soi), développer de nouvelles compétences. Proposer une séance dédiée d'éducation thérapeutique au mieux mensuelle pendant 6 mois avec un suivi éducatif entre les séances (présentiel ou télésoin).</p> <p>Traiter les complications somatiques ou psychiatriques de l'obésité, après avoir sollicité un avis médical spécialisé.</p> <p>Rechercher des adaptations pour soulager les symptômes, faciliter les gestes et postures de la vie quotidienne, les déplacements, les gestes d'hygiène élémentaire, l'habillement, prévenir les chutes : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, podologue (semelles pour affaiblissement de la voûte plantaire, amélioration de la stabilité, conseils de chaussage).</p> <p>Compléter si besoin par des séjours courts et répétés en soins médicaux et de réadaptation (SMR spécialisé système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition) :</p>	<p>Traiter la ou les maladies chroniques associées après optimisation des traitements. Traiter les troubles du comportement alimentaire s'ils existent.</p> <p>Rechercher les moyens d'améliorer ou de maintenir les capacités fonctionnelles, la réalisation des activités de la vie quotidienne, les gestes d'hygiène élémentaire, l'habillement.</p> <p>Hiérarchiser les objectifs éducatifs pour poursuivre ou initier les séances d'éducation thérapeutique en tenant compte du traitement de la ou des maladies chroniques associées à celui de l'obésité :</p> <ul style="list-style-type: none"> – au préalable, évaluer les besoins éducatifs, rechercher un juste équilibre entre les priorités de la personne, celles requises par l'état de santé et le maintien de la qualité de vie ; – proposer un format souple et adapté à l'état de santé de la personne, à ses capacités à se mobiliser, à ses préférences : séances à domicile et/ou télésoin, en présentiel pour rompre l'isolement. <p>Améliorer la qualité de vie en recherchant des adaptations visant à soulager les symptômes, à faciliter les déplacements, à prévenir les chutes et savoir se relever.</p>

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<ul style="list-style-type: none"> – poursuivre les séances d'ETP au-delà de 6 mois après un bilan global de l'état de santé et de l'atteinte des objectifs définis avec la personne soignée et une concertation entre le médecin et les professionnels impliqués dans le parcours. 	<ul style="list-style-type: none"> – évaluer la balance bénéfiques/inconvénients du séjour, ses modalités (hospitalisation complète, séjours courts répétés, ambulatoire) si possible lors d'une RCP organisée par la structure spécialisée dans l'obésité en lien avec le médecin généraliste et avec la participation des professionnels impliqués dans le parcours ; – poursuivre des soins aigus avec des équipements adaptés, et répondre à un besoin de rééducation locomotrice (perte d'autonomie), ou à des conditions sociales ou environnementales ne permettant pas des soins et un accompagnement pluriprofessionnel en proximité ou au domicile, et/ou nécessitant une mise à distance temporaire du milieu habituel de vie ; – associer la personne soignée à la décision et s'accorder avec elle sur les conditions du séjour ; – préparer le séjour ainsi que le retour à domicile pour garantir la continuité sur le plan médical, familial, social et/ou professionnel et assurer ainsi l'efficacité du séjour requis ; – discuter la reconduction ou la prolongation du séjour selon les mêmes modalités. <p>Mettre en place des aménagements en milieu professionnel pour la poursuite du travail dans de bonnes conditions.</p>	<p>Compléter avec un séjour, le plus souvent long, en soins médicaux et de réadaptation (SMR spécialisé système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition) ou autre (orthopédique, cardiaque) : évaluer la balance bénéfiques/inconvénients d'un séjour lors d'une RCP organisée par la structure spécialisée dans l'obésité en lien avec le médecin généraliste et avec la participation des professionnels impliqués dans le parcours.</p> <p>Adapter le travail avec le médecin de la santé au travail : faciliter les déplacements, aménager le poste, améliorer les conditions de travail, prévenir une éventuelle stigmatisation, un harcèlement.</p> <p>Anticiper les demandes de financement pour adapter le domicile, faciliter les gestes de la vie quotidienne, faciliter la demande de reconnaissance de la situation de handicap par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de financement de la prestation de compensation du handicap (PCH).</p>

Suivi régulier de l'état de santé globale sur plusieurs années

Points communs

- Associer la personne soignée à l'évaluation de l'atteinte des objectifs personnalisés, du déroulement de son parcours.
- Réévaluer les besoins en s'appuyant sur les données de l'évaluation multidimensionnelle afin de moduler le projet de soins et d'accompagnement tout en prenant en compte les bilans des professionnels du parcours et le vécu de la personne.
- Lui donner la possibilité de faire des choix lors de la reformulation de nouveaux objectifs. Entendre un besoin de répit le cas échéant tout en négociant de garder un lien avec les soignants.

- Être attentif dans l'année qui suit la mise en œuvre effective des habitudes de vie et des autres objectifs du projet de soins à un regain pondéral après une perte de poids, à une stagnation du poids au-dessus de l'objectif pondéral défini, avec des difficultés à poursuivre la perte de poids :
 - Être vigilant face aux signes de découragement, de détresse psychologique, de reprise des perturbations de l'alimentation ou des troubles des comportements alimentaires, de conduites addictives.
 - Compléter le traitement et poursuivre les séances d'éducation thérapeutique pluriprofessionnelle et l'activité physique, sur un mode régulier en adaptant les objectifs éducatifs.
 - S'assurer du maintien des objectifs du projet de soins dans les priorités des jeunes adultes dans le cadre de la poursuite de la transition et du passage des soins pédiatriques aux soins adultes.
 - Réévaluer l'ensemble de la situation et prendre l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité pour comprendre les résistances à la poursuite de la perte de poids :
 - aider la personne à comprendre les modifications physiologiques, la baisse des dépenses énergétiques, les adaptations endocriniennes liées à la perte de poids, les difficultés de la poursuite de la perte de poids et de son maintien à long terme ;
 - lui expliquer que la stabilisation du poids est déjà un succès en soi ;
 - rechercher avec elle des stratégies pour maintenir une balance énergétique adaptée et des solutions alternatives à l'envie de manger déclenchée dans certaines situations (stress, ennui...) ou face à une augmentation de l'appétit et à une diminution de la sensation de satiété ; poursuivre les séances d'éducation thérapeutique pluriprofessionnelle et l'activité physique, sur un mode régulier ;
 - proposer un accompagnement psychothérapeutique respectant la pluralité des approches après évaluation psychologique ou psychiatrique.

Spécificités selon la complexité de la situation

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<p>La consultation médicale de suivi est mensuelle pendant 6 mois. La fréquence est ensuite adaptée à l'évolution de la situation.</p> <p>Ce suivi réalisé par le médecin généraliste peut être alterné avec un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.</p> <p>En cas d'atteinte partielle ou complète des objectifs thérapeutiques au bout de 6 à 12 mois : proposer des modalités de suivi plus souples, restreindre si besoin le nombre des intervenants.</p> <p>En cas de difficultés ou de non-atteinte des objectifs au bout de 6 à 12 mois, réévaluer la</p>	<p>La consultation médicale de suivi est, au minimum, mensuelle pendant un à deux ans. La fréquence dépend ensuite de l'évolution de la situation et de la demande de la personne.</p> <p>Ce suivi réalisé par le médecin généraliste peut être alterné avec un médecin spécialiste de l'obésité ou le médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité. Ce suivi peut être partagé avec un infirmier (exercice coordonné ou pratique avancée) qui peut être le référent de proximité s'il a été désigné.</p> <p>En cas d'atteinte partielle ou complète des objectifs thérapeutiques au bout de 6 à 12 mois,</p>	<p>La consultation médicale de suivi est au minimum mensuelle et poursuivie tout au long de la vie. Le suivi peut s'espacer en fonction de l'évolution de la situation et de la demande de la personne.</p> <p>Ce suivi est réalisé par un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité ou un centre de référence maladies rares le cas échéant, avec le médecin généraliste et l'infirmier de pratique avancée référent de proximité.</p> <p>L'organisation d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (ou d'analyse d'une situation complexe) est nécessaire pour réajuster le plan individualisé de coordination en santé en y associant l'ensemble des professionnels impliqués dans le projet de soins.</p>

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
<p>situation dans sa globalité : poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens, compléter ou adapter l'intensité des soins et de l'accompagnement. Prendre l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité.</p>	<p>réévaluer la situation et moduler les soins et l'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation individuelle : adapter l'intensité des soins et de l'accompagnement ou proposer des modalités de suivi plus souples ou restreindre si besoin le nombre des intervenants.</p>	<p>Le suivi est renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, un séjour en soins médicaux et de réadaptation (SMR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie, mobiliser des aides à domicile ; – poursuivre les soins et l'accompagnement au domicile, mobiliser les proches.
<p>Obésité dite complexe & Obésité dite très complexe</p> <p>En cas de difficultés ou de non-atteinte des objectifs thérapeutiques au bout de 6 à 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> – réévaluer la situation dans sa globalité, prendre l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité ou d'une structure spécialisée dans l'obésité et si besoin d'un psychiatre : évaluer les facteurs de résistance à la perte de poids, poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens, compléter ou adapter l'intensité des soins et de l'accompagnement ; – envisager la prescription d'un traitement médicamenteux par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité et selon certaines conditions¹⁹⁻²⁰ : <ul style="list-style-type: none"> • traitement de seconde intention uniquement chez l'adulte ayant un IMC initial ≥ 35 kg/m² associé à des comorbidités et d'âge ≤ 65 ans ; ou envisagé d'emblée en cas d'obésité compromettant l'autonomie ou entraînant une altération sévère de la fonction d'un organe et pour lesquels les modifications du mode de vie sont limitées ; • associé à une perte de poids et à la pratique d'une activité physique ainsi qu'au maintien dans le temps des modifications des habitudes de vie pour éviter un rebond pondéral ; • prescrit initialement et après avis par un médecin spécialiste de l'obésité, d'un centre spécialisé de l'obésité ou d'un établissement de santé universitaire ; • effet du traitement réévalué à 12 semaines. 		

¹⁹ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

²⁰ Haute Autorité de Santé. WEGOVY 0,25 – 0,5 – 1,0 – 1,7 – 2,4 mg, solution injectable. Première évaluation. Avis de la Commission de la transparence du 14 décembre 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3398698/fr/wegovy-semaqlutide-obesite ; Haute Autorité de Santé. Décision n° 2023.0358/DC/SEM du 27 septembre 2023 du collège de la Haute Autorité de santé portant retrait de l'autorisation d'accès précoce de la spécialité WEGOVY. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3465416/fr/wegovy-ap-retrait-decision-et-avisct-ap273

Surpoids ou obésité dite non complexe <i>(IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité</i>	Obésité dite complexe <i>Sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés</i>	Obésité dite très complexe <i>Aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés</i>
	<p>– envisager une chirurgie bariatrique dans des situations définies répondant à des indications²¹ : un traitement de dernière intention conçu dans la continuité de la mise en œuvre d'un projet de soins coordonné et soutenu par l'organisation et la mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avant l'intervention d'une préparation personnalisée à la chirurgie pendant au minimum 6 mois : optimiser l'état de santé globale sur le plan somatique, psychique tout en proposant de manière concomitante une éducation thérapeutique spécifique à la chirurgie bariatrique ; • après la chirurgie d'un suivi médico-chirurgical associé à un suivi pluriprofessionnel régulier et prolongé adapté aux besoins éducatifs et d'accompagnement de la personne soignée et modulé dans le temps en fonction de l'évaluation régulière de l'état de santé globale. 	

²¹ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

Organisation de la chirurgie bariatrique dans des situations définies [Mise à jour février 2024]

Prévenir la rupture des soins avant et après chirurgie bariatrique

Le pourcentage de personnes suivies régulièrement après une chirurgie bariatrique n'atteint pas 50 % à 2 ans et décroît fortement à 5, 10 et 15 ans. En l'absence de suivi médico-chirurgical, peuvent apparaître des risques pour la santé : récurrence d'un diabète de type 2 après une phase de rémission liée à la perte de poids initiale, remontée progressive des chiffres de pression artérielle notamment chez les personnes entrées en rémission après la chirurgie, remontée du taux de LDL-cholestérol, déficits en vitamines et minéraux, dénutrition, apparition ou résurgence de troubles psychiatriques, reprise de poids, complications tardives de la chirurgie.

Afin de soutenir l'engagement des personnes opérées dans leur projet de soins et prévenir les risques pour la santé, il est conseillé tout particulièrement de :

- Préparer la chirurgie pour optimiser l'état de santé somatique et psychique, délivrer une éducation thérapeutique spécifique à la chirurgie bariatrique, engager une démarche de décision partagée.
- Proposer des consultations médico-chirurgicales, un suivi par le médecin généraliste et des séances de soins régulières et rapprochées notamment les deux premières années, puis régulièrement sur le long terme avec un calendrier défini, compris et accepté par la personne. Prévoir un contact en cas de rendez-vous non honoré.
- S'assurer des bénéfices de la chirurgie et repérer d'éventuelles complications chirurgicales, nutritionnelles, digestives.
- Éviter l'autostigmatisation grâce à une communication adaptée, expliquer la nécessité d'analyser l'évolution de la courbe de poids à chaque consultation sans en faire un élément prioritaire et central de la consultation.
- Repérer précocement toute difficulté ou trouble qui peut apparaître ou resurgir et accompagner ou traiter sans tarder : troubles de l'humeur, relations interpersonnelles difficiles (sociales, familiales, affectives, intimes), signes de reprise de TCA (i.e., perte de contrôle sur l'alimentation), de reprise d'addictions (i.e. tabac, alcool, etc.), reprise de poids, déception quant aux résultats de la chirurgie.
- Assurer une continuité des soins : partage de l'information et concertation avant et après l'intervention chirurgicale et en cas de difficulté ou de complication.
- Proposer un lien vers des ressources associatives pour trouver du soutien en proximité.
- En cas de changements de lieu de vie ou de lieu de soins : rechercher et assurer une mise en contact avec une équipe spécialisée dans l'obésité et le futur médecin généraliste.

Cinq étapes pour préparer la chirurgie bariatrique pendant au minimum 6 mois après planification de la démarche

Étape 1. Proposer l'entrée dans une démarche de préparation à la chirurgie bariatrique

- Le médecin spécialiste de l'obésité prend l'initiative d'une concertation pluriprofessionnelle.
- Il coordonne la préparation à la chirurgie et poursuit la coordination après la chirurgie.
- Il délivre des informations sur les objectifs, le contenu et la durée prévisible de la préparation à la chirurgie et engage une démarche de décision partagée sur la chirurgie bariatrique.

Étape 2. Optimiser l'état de santé somatique et psychique et débiter de manière concomitante les séances d'éducation thérapeutique spécifiques à la chirurgie bariatrique

- Le médecin spécialiste de l'obésité en lien avec le médecin généraliste et les autres médecins spécialistes planifie dans le temps les examens, les explorations, la consultation avec un psychologue (Cf. Fiche 1), les consultations médicales spécialisées en ayant recours si nécessaire à la téléconsultation et/ou à la téléexpertise.
- Il traite les déficits nutritionnels et vitaminiques, une éventuelle dénutrition, s'assure de l'ajustement des traitements des maladies associées à l'obésité, d'un accompagnement des difficultés psychologiques, d'un traitement et d'une stabilisation d'éventuels troubles psychiatriques et/ou troubles en lien avec un usage de substances psychoactives.
- Il participe à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique avec une équipe pluriprofessionnelle pour développer ou mobiliser des connaissances, des compétences d'autosoins, de sécurité et d'adaptation psychologique, sociale, cognitive, émotionnelle spécifiques à la chirurgie bariatrique.

Étape 3. Délivrer une éducation thérapeutique multicomposante et pluriprofessionnelle avec la participation de patients-ressources formés

- Permettre à la personne de développer des connaissances, des compétences d'autosoins y compris de sécurité et des compétences d'adaptation psychologique, sociale, cognitive, émotionnelle spécifiques à la chirurgie bariatrique grâce à des séances éducatives mensuelles en groupe et/ou en individuel : compréhension de la chirurgie bariatrique, de ses principes, des enjeux du projet de soins, adaptation de l'alimentation, mise en œuvre d'une activité physique et d'une limitation des comportements sédentaires, développement de la confiance en soi, réappropriation du corps et de l'image corporelle, conciliation entre le projet de soins et le projet de vie, composantes du suivi à vie de l'état de santé, repérage de signes d'alerte et conduite à tenir, prise régulière des traitements médicamenteux tout particulièrement les vitamines et les minéraux.
- Accompagner la démarche de décision partagée sur la chirurgie bariatrique.

Étape 4. Prendre la décision finale d'opérer lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP)

- Le médecin spécialiste de l'obésité synthétise les données pour préparer la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) en prenant en compte le bilan de chaque professionnel impliqué dans la préparation à la chirurgie et la décision de la personne d'être opérée. Il s'assure que la personne souhaite toujours être opérée et se sente prête.
- Il présente l'avis et la proposition thérapeutique à la personne, recueille son avis et coconstruit un projet de soins actualisé quelle que soit l'option retenue : accord pour la chirurgie, intervention différée avec allongement de la préparation à la chirurgie.
- Si la chirurgie n'est pas une option retenue par l'équipe en RCP, un projet de soins alternatif est proposé.

Étape 5. Organiser la mise en œuvre de la chirurgie

- Planifier la date et le lieu de l'intervention chirurgicale, la consultation d'anesthésie préopératoire, les consultations médico-chirurgicales et séances de soins après chirurgie bariatrique.
- Anticiper le séjour en établissement de santé, la sortie et le retour à domicile.

Durant le séjour postopératoire : suivre l'état de santé et préparer la sortie et le retour à domicile

- Prévenir, dépister, traiter les complications précoces chirurgicales, digestives, thromboemboliques.
- Prévenir et traiter douleur, nausées, vomissements.
- Débuter la réalimentation par étapes et prévenir la déshydratation.
- Adapter le traitement médicamenteux des affections médicales générales et des troubles psychiatriques associés à l'obésité.
- Prescrire vitamines et minéraux et le premier bilan biologique.
- Enregistrer dans le livret de suivi de la personne les dates des premières consultations médicales, séances éducatives, éventuelles consultations ou accompagnements par un psychiatre/psychologue après la chirurgie, les coordonnées d'un contact en cas d'urgence.
- S'assurer de la compréhension des informations par la personne, ses proches, les professionnels de santé qui prennent soin de la personne le cas échéant, reformuler si besoin.

Après chirurgie bariatrique : 4 périodes pour évaluer l'état de santé globale, réajuster le projet de soins et éviter sa rupture

Période 1. Évaluation rapprochée de l'état de santé la 1ère année

- **Consultations spécialisées à 1 mois** avec le chirurgien et si besoin le médecin spécialiste de l'obésité.
- Consultations du médecin généraliste le plus rapidement après l'intervention et à intervalles réguliers entre les consultations médico-chirurgicales pour la surveillance, et l'ajustement du traitement des maladies associées à l'obésité, le renouvellement de la prescription des traitements et des suppléments en vitamines et minéraux, le repérage des complications chirurgicales et digestives, le mode de contraception :
 - En cas de symptômes digestifs aigus ou d'altération de l'état général (douleur abdominale intense, vomissements incoercibles, arrêt des matières et des gaz) : orienter en urgence vers le chirurgien ;
 - En cas de symptômes digestifs précoces ou persistants (douleur abdominale, vomissements, dysphagie, etc.) : orienter vers un médecin spécialiste de l'obésité ou vers le chirurgien pour une démarche diagnostique.
- **Consultations spécialisées médico-chirurgicales à 3, 6 et 12 mois**, dosages biologiques à 3 mois, 6 mois, 12 mois : médecin spécialiste de l'obésité et/ou chirurgien ou infirmier en pratique avancée ou infirmier avec compétences élargies²².
- **Consultations avec psychologue ou psychiatre et/ou addictologue** :
 - poursuivre un accompagnement débuté lors de la préparation à la chirurgie ;
 - répondre à la demande de la personne opérée ;
 - proposer une séance avec un psychologue/psychiatre à toute personne opérée un an après l'intervention même en l'absence de troubles identifiés en période de préparation à la chirurgie : repérer des troubles passés inaperçus ou résurgents ou en développement, apparition de troubles de l'humeur et des relations interpersonnelles, reprise de TCA (i.e., perte de contrôle

²² Protocole de coopération n°024 du 10 avril 2013 « Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin ». Protocole autorisé au niveau national par l'arrêté du 14 mars 2022. Journal Officiel; 17 mars 2022. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045366076>

sur l'alimentation), reprise d'addictions (i.e. tabac, alcool, etc.), rechercher des signes d'auto-stigmatisation, une diminution de l'estime de soi, une détérioration de l'image de soi, un risque suicidaire (Cf. Fiche 1).

- **Si projet de grossesse ou grossesse** : orientation vers un obstétricien et un médecin spécialiste de l'obésité ayant l'expertise des chirurgies bariatriques, avec un contact possible avec un chirurgien pratiquant la chirurgie bariatrique en proximité. Permettre un lieu de naissance adapté au niveau de risque (maternel et fœtal) et prévoir un accompagnement personnalisé face à une situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et des dyades mères-enfants après la sortie de maternité²³.
- **Séances avec l'équipe de soins à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois** : actualisation des besoins éducatifs pour un renforcement des compétences d'autosoins et d'adaptation et un développement de nouvelles compétences, réajustement si besoin de la fréquence des séances et/ou des professionnels impliqués.
 - **Diététicien** : les premières semaines après chirurgie : organisation des séances à la demande de la personne opérée en fonction de ses besoins, en présentiel ou télé-soin. Si la réalimentation se déroule sans difficultés : proposition d'une séance individuelle à 1 mois, puis en groupe ou en individuel à 3, 6 et 12 mois (Cf. Fiche 4). Les séances de groupe peuvent être co-animées avec un psychologue (Cf. Fiche 1).
 - **Professionnel de l'activité physique adaptée** : après cicatrisation et prescription du chirurgien, évaluer le niveau d'activité physique et organiser un relais en proximité pour la pratique d'une activité physique adaptée en fréquence et en intensité et limiter les comportements sédentaires. En fonction de la tolérance et des capacités, proposer 2 à 3 séances de 45 à 60 minutes par semaine associant des AP d'endurance aérobie et de renforcement musculaire sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable²⁴ : à 3 mois, s'assurer d'une diversification de l'activité physique. A 6 mois, réévaluer l'intensité et le volume de l'activité physique, les obstacles à la pratique, rechercher un relais pour l'activité physique au long cours dans le cadre du sport et santé. A 12 mois, s'assurer du maintien d'une activité physique : la diversifier, l'intensifier et renforcer les capacités physiques dont la force musculaire (Cf. Fiche 5).
 - **Kinésithérapeute** : accompagner si besoin l'évolution posturale et renforcer les muscles du dos en cas de lombalgies, de douleurs articulaires (rachis, hanche, genou, cheville) sur la base d'un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) et d'une proposition d'objectifs de rééducation (Cf. Fiche 6).
 - Identification de nouveaux besoins notamment un accompagnement de la réappropriation du schéma corporel et de la revalorisation de l'image de soi : orientation vers un **psychologue** (cf. Fiche 1), un **ergothérapeute**, un **psychomotricien** (Cf. Fiches 7 et 8), un **socio-esthéticien** en établissement de santé.
- **Chirurgien-dentiste** : poursuite des traitements débutés, maintenance parodontale à 6 mois et ensuite à une fréquence adaptée à l'état bucco-dentaire, contrôle de l'efficacité de la mastication si besoin. Pharmacien : accompagner la prise régulière des traitements et des suppléments nutritionnels prescrits, être à l'écoute de tout symptôme, sensibiliser aux risques liés à

²³ Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

²⁴ Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

l'automédication et aux produits de régime, repérer les personnes qui ont un suivi irrégulier ou une absence de suivi et leur conseiller de contacter leur médecin traitant.

- **Travailleur social** : poursuivre les démarches déjà engagées, accompagner les demandes de la personne en cas de nouveaux besoins (Cf. Fiche 2 et Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant²⁵).
- **Médecin du service de prévention et de santé au travail** : visite de pré-reprise du travail, adaptations, aménagement du poste de travail en lien avec les contraintes professionnelles.

Période 2. Vers une stabilisation de l'état de santé la 2ème année : alternance du suivi entre l'équipe spécialisée et le médecin généraliste ou l'infirmier de pratique avancée avec conduite à tenir

À 18 mois : selon la situation de la personne opérée :

- Si stabilisation de l'état de santé : consultation dédiée par le médecin généraliste ou de l'infirmier de pratique avancée en exercice coordonné (Cf. Fiche 3).
- Si état de santé non stabilisé ou en cas de complications : poursuite du suivi médico-chirurgical.
- Recherche de troubles de l'humeur et des relations interpersonnelles, de signes de reprise de TCA (i.e., perte de contrôle sur l'alimentation), de reprise d'addictions (i.e. tabac, alcool, etc.) et orientation si besoin.
- Poursuite des séances d'éducation thérapeutique ciblées sur un ou plusieurs objectifs en adaptant leur fréquence et les professionnels impliqués à l'évaluation des besoins éducatifs.

À 24 mois : consultation spécialisée (médecin spécialiste de l'obésité, et/ou chirurgien) et poursuite des séances d'éducation thérapeutique ciblées sur un ou plusieurs objectifs après évaluation des besoins éducatifs. Encourager et soutenir l'engagement de la personne.

Période 3. Consolidation de l'état de santé à partir de la 3ème année : espacement du suivi spécialisé à 3 ans et à 5 ans avec un suivi spécifique à la chirurgie bariatrique tous les 6 mois par le médecin généraliste ou l'infirmier de pratique avancée

- Consultations spécialisées médico-chirurgicales au minimum à 3 ans et à 5 ans, avec reprise d'un suivi spécialisé plus fréquent en cas de complications chirurgicales, digestives et/ou nutritionnelles et/ou troubles psychiatriques et/ou addictions : médecin spécialiste de l'obésité et/ou chirurgien, orientation le cas échéant vers le psychiatre/addictologue.
- Complétées par des consultations tous les 6 mois par le médecin généraliste ou l'infirmier de pratique avancée en exercice coordonné : surveillance et ajustement du traitement des maladies associées à l'obésité, des suppléments en vitamines et minéraux, repérage de complications chirurgicales ou nutritionnelles et/ou de troubles psychologiques ou psychiatriques et/ou de problèmes d'addictions.
- Reprise des séances d'éducation thérapeutique sur demande de la personne et/ou de besoins évalués par le médecin spécialiste de l'obésité et/ou chirurgien, le médecin généraliste ou l'infirmière de pratique avancée : consolider les compétences développées (autosoins et adaptation)

²⁵ Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

et éventuellement en acquérir de nouvelles pour poursuivre les modifications des habitudes de vie (alimentation, activité physique, comportements sédentaires, sommeil et rythme de vie), s'adapter à des événements de vie ou changements d'environnement, résoudre des problèmes et faire face à des difficultés, accompagner une éventuelle reprise de poids.

Période 4. Après la 5^e année : suivi spécifique à la chirurgie bariatrique tous les 3 à 5 ans et suivi annuel à vie de l'état de santé

- Consultation annuelle par le médecin généraliste ou l'infirmier de pratique avancée ou plus fréquente pour le suivi des maladies associées à l'obésité et l'ajustement des traitements.
- Consultation spécialisée : médecin spécialiste de l'obésité et/ou chirurgien environ tous les 3 à 5 ans et plus fréquemment en cas de complications chirurgicales et digestives et/ou nutritionnelles, avec planification des examens complémentaires spécifiques du suivi chirurgical ([Tableau 3 du guide du parcours de soins](#)).
- Évaluer annuellement tout au long de la vie le besoin de consolider ou de reprendre ou de développer de nouvelles compétences d'autosoins et d'adaptation psychologique, sociale, cognitive, émotionnelle et reprendre si nécessaire les séances d'ETP.
- En présence d'un changement de l'humeur, de difficultés dans les relations interpersonnelles, d'apparition d'une anxiété, d'idées suicidaires, d'une suspicion de reprise ou de survenue de troubles du comportement alimentaire ou d'une perte de contrôle sur l'alimentation, de toute forme d'addiction : orienter vers le psychologue, le psychiatre et/ou l'addictologue.
- En cas de changements de lieu de vie : rechercher et assurer une mise en contact avec une équipe spécialisée dans l'obésité et le futur médecin généraliste.

Contenu de l'évaluation de l'état de santé globale à chaque période de suivi

- ➔ Favoriser le succès de la chirurgie, éviter les complications, prévenir les ruptures de soins.
- ➔ Poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens complémentaires.
- ➔ Reformuler les objectifs du projet de soins, moduler si besoin les soins et l'accompagnement.

Ressenti et adaptation après chirurgie, qualité de vie

- Expression du vécu, de la qualité de vie perçue.
- Conciliation entre projet de soins et projet de vie, reprise des activités professionnelles, occupationnelles, sociales, familiales, éventuelles difficultés d'adaptation.
- Contraception et éventuel projet de grossesse.
- Qualité des relations interpersonnelles et du soutien des proches.
- Expression des préoccupations, des difficultés, des inquiétudes des proches.
- Réappropriation du schéma corporel, revalorisation de l'image de soi et éventuelles difficultés.
- Résurgence, apparition de difficultés ou de troubles psychologiques et/ou psychiatriques (i.e. troubles de l'humeur, anxiété, risque suicidaire), de signes de reprise de TCA (i.e., perte de contrôle sur l'alimentation), de consommation ou d'addictions (i.e. tabac, alcool, autres substances psychoactives, ou comportementales : jeux en ligne, achats compulsifs, etc.) : évaluer la nécessité d'un suivi psychologique ou psychiatrique ou addictologique.

Réussite de la transition vers une alimentation adaptée

- Suffisance des apports alimentaires tout particulièrement en protéines, maintien d'une bonne hydratation.
- Progressivité de la texture de l'alimentation (mixée vers des petits morceaux puis une alimentation normale) et tolérance digestive des aliments.
- Poursuite des soins dentaires, gingivaux, appareillage si nécessaire, contrôle tous les 6 à 12 mois selon la situation.
- Adhésion et poursuite de la mise en œuvre des adaptations liées à la chirurgie dans le contexte de vie habituel. Évaluation du besoin de consolider ou de reprendre ou de développer de nouvelles compétences d'autosoins et d'adaptation.

Réussite de la reprise et du maintien de l'activité physique, de la diminution des comportements sédentaires

- À 1 mois, évaluer le maintien d'une activité physique quotidienne et la limitation des comportements sédentaires, organiser un relais en proximité pour la pratique d'une activité physique adaptée après avis et prescription du chirurgien.
- À 3 mois, s'assurer d'une diversification de l'activité physique.
- À 6 mois, réévaluer l'intensité et le volume de l'activité physique, les obstacles à la pratique, rechercher un relais pour l'activité physique au long cours dans le cadre du sport et santé.
- À 12 mois, s'assurer du maintien d'une activité physique et après la 1ère année : la diversifier, l'intensifier et renforcer les capacités physiques dont la force musculaire.
- À chaque échéance, évaluer les modalités de poursuite de l'éducation thérapeutique pour consolider les compétences développées en réévaluant au préalable les besoins éducatifs.

Bénéfices de la chirurgie sur la santé et valorisation de ses effets pour la personne

Évaluer les effets de la chirurgie sur les complications et les pathologies préexistantes à la chirurgie et adaptation de leurs traitements

- Valoriser les effets de la chirurgie sur la santé : adaptation de la personne aux conséquences de la chirurgie, amélioration des maladies associées à l'obésité, dynamique de perte de poids.
- Assurer une surveillance de l'évolution des maladies associées à l'obésité et adapter les traitements (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, tolérance de l'appareillage en cas de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil).
- Adapter la ou les posologies des traitements : le métabolisme des médicaments dans l'organisme se modifie en phase de perte de poids initiale, et après la chirurgie bariatrique en fonction du type d'intervention, notamment les antalgiques, anticoagulants oraux, antibiotiques, psychotropes, lévothyroxine, immunosuppresseurs, antirétroviraux anti-VIH (cf. Pharmacocinétique des médicaments après chirurgie bariatrique²⁶).
- Optimiser les traitements médicamenteux pouvant impacter négativement le poids.

Évaluer la perte de poids et sa cinétique à chaque consultation sans en faire un élément prioritaire et central de la consultation

- ➔ Le critère de référence en termes d'efficacité pondérale est le pourcentage du poids total perdu, calculé selon la formule suivante : % de reprise de poids total perdu (par rapport au

²⁶ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

poids initial documenté juste avant la chirurgie) = (poids actuel – poids au nadir) / (poids initial – poids au nadir).

- Prévenir une autostigmatisation et/ou un sentiment d'échec :
 - Expliquer à la personne qu'une reprise de poids d'environ 10 % du poids perdu après l'obtention du nadir pondéral (entre 2 et 5 ans) est physiologique et représente un effet attendu de la chirurgie à long terme ;
 - Prévenir la reprise de poids à long terme en encourageant et en accompagnant le maintien des modifications des habitudes de vie.
- Repérer une prise de poids > 20 % du poids total perdu : rechercher une récurrence des complications de l'obésité, réévaluer la situation dans son ensemble et ajuster le projet de soins ;
- Repérer une perte de poids totale <10 % (calculé selon la formule suivante à partir du poids au moment de l'intervention chirurgicale : % perte de poids totale = (poids initial – poids post-opératoire) / poids initial) ou une reprise de poids aboutissant à une perte de poids totale < 10 % et/ou une absence d'amélioration ou une aggravation sévère d'une maladie ayant motivé la chirurgie : rechercher les causes, réévaluer la situation dans son ensemble et ajuster le projet de soins.
- En cas de reprise de poids : réévaluer la situation globale, rechercher tout particulièrement une récurrence des comorbidités de l'obésité et une altération de la qualité de vie, orienter vers un médecin spécialiste de l'obésité pour rechercher les causes, proposer des explorations complémentaires et une reformulation du projet de soins : renforcement de l'éducation thérapeutique, pertinence d'un séjour en soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisé digestif endocrinologie, diabétologie, nutrition, approche psychothérapeutique, etc.

S'assurer de l'absence de complications chirurgicales, nutritionnelles et digestives

- En cas de symptômes digestifs persistants (douleur abdominale, vomissements, dysphagie, etc.) : orientation vers un médecin spécialiste de l'obésité ou vers le chirurgien pour une démarche diagnostique.
- Planifier les examens complémentaires spécifiques du suivi chirurgical ([Tableau 3 du guide du parcours de soins](#)).

Évaluer l'évolution du fonctionnement de la personne : activités réalisées, domaines de participation à la vie quotidienne, difficultés, limitations, éventuelles douleurs articulaires (rachis, hanche, genou, chevilles) : envisager une indication de séances de kinésithérapie après BDK, évaluer l'intérêt d'un séjour en SMR.

Prévention d'une dénutrition et des carences en vitamines et micronutriments

- **Pendant la phase de perte de poids** et quelle que soit l'intervention : prise régulière du traitement par vitamines et minéraux.
- **Puis, adaptation des posologies des vitamines et des minéraux en fonction des résultats biologiques** (3 fois la première année : à 3 mois, 6 mois, 12 mois, puis 1 à 2 fois par an à vie) **et des apports alimentaires** ([Tableau 4 du guide du parcours de soins](#)).
- **Signes d'alerte de dénutrition** : perte de poids trop rapide (supérieure à 10 % en un mois), fatigue, diminution de la force musculaire, difficultés alimentaires, troubles digestifs (par exemple : diarrhées, vomissements), œdèmes, lipothymie, apports protéiques inférieurs à 60 g par jour, prise irrégulière des vitamines et des minéraux. Confirmer le diagnostic²⁷, adapter le traitement

²⁷ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte

nutritionnel selon le degré de sévérité de la dénutrition. Donner les conseils pour assurer un apport protéique suffisant, orienter vers le diététicien.

- **Autres signes cliniques de carences** : modifications de la peau, des muqueuses et des phanères, signes musculaires, signes neurologiques et visuels, plainte sexuelle) ([Annexe 4 du guide du parcours de soins](#)).

Accompagner une demande de chirurgie réparatrice et reconstructive

- Face à une image de soi altérée, à des difficultés dans l'intimité, un inconfort, des difficultés pour s'habiller, ou réaliser les activités de la vie quotidienne : envisager l'accès à la chirurgie réparatrice et reconstructive en l'absence d'une dénutrition et après stabilisation du poids.
- Le délai d'environ 18 à 24 mois après la chirurgie peut être éventuellement raccourci en cas de tablier très invalidant pour la vie quotidienne et intime.
- Dans l'attente de la chirurgie, envisager la prescription d'une ceinture de maintien abdominal pour faciliter les activités de la vie quotidienne et la pratique de l'exercice physique.

Continuité des soins avant et après la chirurgie bariatrique : partager l'information et se concerter en équipe pluriprofessionnelle

Partage et traçabilité des informations nécessaires à toutes les étapes du projet de soins

→ Avant la chirurgie :

- Date d'entrée dans une préparation à la chirurgie.
- Remise d'un livret de suivi personnalisé à la personne candidate à la chirurgie, papier ou numérique.
- Bilan de l'étape de préparation à la chirurgie.
- Conclusions de la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP).

→ Après la chirurgie :

- Document remis à la personne opérée à la sortie de l'hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à poursuivre les soins.
- Synthèses des consultations spécialisées médico-chirurgicales.
- Synthèses des consultations du médecin généraliste ou de l'infirmier de pratique avancée le cas échéant : suivi de l'état de santé, adaptations thérapeutiques, adaptation du projet de soins.
- Synthèses des séances ou série de séances éducatives : bilan, évaluation des besoins éducatifs, objectifs, poursuite ou renforcement d'une éducation thérapeutique.
- Livret de suivi personnalisé complété avec au minimum : type d'intervention chirurgicale et principe (restrictive et/ou malabsorptive), prescriptions des vitamines et minéraux, traitements médicamenteux des maladies associées à l'obésité, résultats des bilans biologiques et d'imagerie, planification des consultations de suivi médico-chirurgicales, des consultations avec le médecin généraliste et/ou l'infirmier de pratique avancée, des séances de soins avec les professionnels impliqués dans le projet de soins, contact en cas d'urgence.

Surpoids ou obésité chez la femme : spécificités

Période préconceptionnelle

- **Le médecin généraliste, la sage-femme, le gynécologue s'assurent d'un suivi gynécologique régulier chez toute femme en situation de surpoids et d'obésité :**

- aborder le rapport au corps, l'impact du surpoids ou de l'obésité sur la vie affective et sexuelle, le souhait d'une contraception, les examens cliniques nécessaires avec une attitude respectueuse et non stigmatisante ;
- réaliser un examen des seins, un examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) pour dépister des cancers ou des lésions précancéreuses comme en population générale. L'examen gynécologique peut être facilité en cas de corpulence importante par un examen en décubitus latéral, à condition de disposer d'une table d'examen adaptée ou de recourir à un centre spécialisé de l'obésité ;
- rechercher avec la femme la méthode de contraception qui lui convient le mieux ou au couple et ce, à une période donnée de sa vie, selon ses antécédents médicaux, sa situation actuelle (surpoids ou obésité, facteurs de risque cardiovasculaire) et ses préférences²⁸. L'obésité est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire, seule ou associée à une hypertension artérielle (HTA), à une hyperlipidémie sévère, à un diabète, au tabac ;
- l'assistance médicale à la procréation (AMP) ou procréation médicale assistée (PMA) ne devrait être ni retardée, ni subordonnée à une perte de poids irréaliste. L'impact de la perte de poids sur la fertilité est discuté dans les études.

➔ **Une consultation préconceptionnelle est proposée à toute femme en surpoids ou en obésité ayant un projet de naissance pour anticiper des difficultés ou un risque pendant la grossesse et en période postnatale :**

- rassurer les femmes : la plupart des femmes dans une situation de surpoids ou d'obésité ont une grossesse et un accouchement de déroulement simple et des bébés en bonne santé ;
- dépister les facteurs de risque cardiovasculaire, un diabète, une dyspnée, avant la grossesse, mais aussi au cours de celle-ci et en période postnatale en raison du risque de complications²⁹ lié à l'obésité ;
- apprécier le plus précocement possible avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) le niveau de risque pour le déroulement de la grossesse et l'accouchement, proposer un suivi en fonction de l'IMC, des problèmes de santé associés³⁰ :
 - face à une situation de surpoids ou d'obésité de classe I sans complications : médecin généraliste, sage-femme, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien, selon le choix de la femme ;
 - face à une situation d'obésité de classe II (avec comorbidités ou facteurs de risque) ou de classe III avec un IMC ≥ 40 kg/m² : gynécologue-obstétricien et un médecin spécialiste de l'obésité ;
 - prévoir un lieu de naissance adapté au niveau de risque (maternel et fœtal), choisi par rapport au lieu d'habitation et des structures en place et aux préférences de la femme ou du couple ;

²⁸ Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. Fiche mémo. Mis à jour en juillet 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire

²⁹ Les femmes en obésité ont trois fois plus de risques que les femmes avec un IMC normal d'avoir des complications sévères, principalement un diabète gestationnel (5 fois), une hypertension (8 fois), un recours à la césarienne (1,8 fois). Les femmes en obésité représentent 1/5 des cas de prééclampsie (d'après les données d'Épifane 2012).

³⁰ Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

- prévoir un accompagnement personnalisé face à une situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et des dyades mères-enfants après la sortie de maternité³¹.

Grossesse : stabiliser le poids et prévenir une aggravation de l'obésité

La grossesse est une période où les femmes sont davantage réceptives à un échange concernant leur santé et à l'accueil de messages de prévention ou d'un projet de soins et d'accompagnement si nécessaire.

Les consultations médicales ou par une sage-femme, ainsi que l'entretien prénatal précoce obligatoire³² permettent d'écouter la femme, d'échanger, d'évaluer avec elle sa situation et ses attentes, envisager si besoin un accompagnement si souhaité :

- être tout particulièrement attentif à l'état psychologique de la femme enceinte, les situations de stress liées à l'environnement social, familial, de travail, peuvent entraîner des perturbations de l'alimentation responsables d'un gain de poids important durant la grossesse.
- ➔ **Un suivi de la courbe de poids plus rapproché est préconisé durant toute la grossesse :**
- proposer à la femme un accompagnement (séances personnalisées d'éducation thérapeutique au mieux mensuelles) pour rester dans un objectif de poids en fonction de l'IMC de base en raison des bénéfices sur les complications de l'obésité³³ ;
 - encourager la femme à débiter ou à continuer à pratiquer une activité physique et sportive pendant la grossesse, quelle que soit sa corpulence, avec des adaptations si besoin³⁴, et à limiter les comportements sédentaires au quotidien ou à les rompre régulièrement au cours de la journée ;
 - orienter si nécessaire vers un diététicien ou un médecin spécialiste de l'obésité pour :
 - évaluer plus finement une problématique d'amélioration et d'équilibre de l'alimentation ;
 - explorer des troubles de l'alimentation ou des troubles des comportements alimentaires, ou des difficultés à créer un environnement favorable aux modifications des habitudes de vie ;
 - aider la femme à faire face à une augmentation de l'appétit, à des envies impérieuses d'aliments riches en sucre, en graisse ou en sel, à des fringales ou des nausées en début de grossesse, aux éventuels désordres digestifs au troisième trimestre de la grossesse, à équilibrer l'apport énergétique des repas en cas de fractionnement de la prise alimentaire.
- ➔ **Proposer des séances de préparation à la naissance et à la parentalité** comme pour toute femme, car elles renforcent les comportements bénéfiques à la santé dans une période de grande réceptivité des femmes à ces messages.

³¹ Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

³² [Article L2122-1 du Code de la santé publique](#)

³³ Institute of Medicine, National Research Council, Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington: National Academies Press; 2009.

<https://www.sochob.cl/pdf/libros/Weight%20Gain%20During%20Pregnancy-%20Reexamining%20the%20Guidelines.pdf>

³⁴ <https://www.sports.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/guide-je-peux-pratiquer-des-activit-s-physiques-et-sportives-pendant-ma-grossesse-et-apr-s-l-accouchement--5840.pdf>

Troubles des conduites alimentaires connus : accompagner

Un suivi régulier pendant la période périnatale, attentif et personnalisé est nécessaire. Il est proposé aux femmes qui souffrent de troubles des conduites alimentaires avant la grossesse³⁵ ou de conduites de purge tels que vomissements :

- rechercher la reprise des TCA face à une prise de poids importante pendant la grossesse ;
- rechercher des signes de dépression pendant la grossesse et le post-partum car le risque de reprise des TCA est majoré ;
- proposer après l'accouchement un suivi sur le plan somatique, psychologique, nutritionnel, social et familial, en coordination avec le suivi obstétrical. Porter une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions) ;
- mettre en place, en accord avec la mère et son entourage, un suivi à domicile dès la période prénatale et en postnatal par une sage-femme et une puéricultrice du service de la PMI.

Période postnatale : accompagner l'allaitement, les préoccupations pour le poids, le retour vers un poids de santé si besoin

- ➔ **Il est préconisé d'encourager les mères en surpoids ou en obésité à allaiter leur enfant comme toute femme mais avec davantage de soutien pour :**
 - accompagner une montée de lait plus tardive, constatée chez les femmes en obésité ;
 - accompagner la mise au sein de l'enfant en recherchant avec la mère l'installation la plus efficace pour le nourrisson et la plus confortable pour elle ;
 - conseiller une alimentation variée et déconseiller un régime hypocalorique durant toute la période de l'allaitement. L'impact de l'allaitement sur la perte de poids est discuté ;
 - conseiller la reprise ou la poursuite d'une activité physique. Elle n'affecte pas la qualité ou la quantité du lait maternel.
- ➔ **La préparation à la sortie et au retour à domicile, ainsi que l'entretien postnatal précoce obligatoire³⁶** entre les quatrième et huitième semaines, complété si besoin par un deuxième entretien entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, **ne sont pas le moment idéal pour aborder la prise de poids**, la question des habitudes de vie est souvent vécue comme non prioritaire. Cet entretien a pour but le repérage des premiers signes de la dépression du postpartum et l'évaluation des besoins de la femme et du conjoint en termes d'accompagnement. Les professionnels sont néanmoins vigilants si la femme exprime des préoccupations vis-à-vis de son poids, ou en cas de reprise de troubles de l'alimentation ou de troubles des comportements alimentaires.
- ➔ **Une consultation médicale dans les 6 mois à un an après la naissance est préconisée** pour faire le point sur : la santé de la femme, le rapport au corps (remaniement postnatal, image corporelle, sexualité), l'évolution d'un surpoids ou d'une obésité préexistante ou constituée en période postnatale, et sur le risque de développer une maladie cardiovasculaire.
 - Aux femmes en surpoids ou en obésité avant la grossesse et qui sont dans la même situation dans l'année qui suit la naissance : proposer un projet de soins et d'accompagnement

³⁵ Haute Autorité de Santé, Fédération française anorexie boulimie. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

³⁶ [Article L2122-1 du Code de la santé publique](#)

pour les aider à retrouver un poids de forme, tout en poursuivant une activité physique régulière.

- Aux femmes qui ont pris beaucoup de poids durant leur grossesse ou en post-partum, sans le perdre un an après la naissance : proposer un accompagnement personnalisé sur la base d'une évaluation multidimensionnelle et d'un projet de soins personnalisé.

Grossesse après une chirurgie bariatrique^{37,38,39}

→ Les femmes ayant eu une chirurgie bariatrique et en âge de procréer sont informées et de manière réitérée lors du suivi après chirurgie :

- du délai recommandé d'au moins 12 mois entre la chirurgie et la grossesse, du choix d'une méthode de contraception efficace durant cette période ;
- de la nécessité de prévenir le médecin qui assure le suivi de la grossesse de leur antécédent de chirurgie bariatrique, et de l'importance de vérifier l'absence d'une complication de la chirurgie ;
- de la nécessité de préparer leur grossesse sur le plan nutritionnel, de corriger les déficits au mieux avant la grossesse ou dès sa confirmation.

→ Quel que soit le type de chirurgie bariatrique, le médecin qui accompagne le projet de grossesse et qui suit la grossesse explique à la femme la nécessité :

- d'améliorer l'alimentation et son équilibre en apportant au minimum 60 g de protéines par jour et en privilégiant les glucides complets ;
- de poursuivre les suppléments en micronutriments, de ne pas les arrêter sans avis médical, et d'ajouter une supplémentation en acide folique dès le projet de grossesse ;
- d'adapter individuellement la correction des déficits en fonction des résultats biologiques dès le projet de grossesse et durant toute la grossesse ;
- de consulter le chirurgien bariatrique en cas de douleurs abdominales aiguës, de vomissements ou d'intolérance alimentaire inhabituelle ;
- d'être orientée vers un suivi spécialisé pluriprofessionnel sur le plan nutritionnel et obstétrical dès le projet de grossesse et à défaut dès que la grossesse est confirmée.

→ Un suivi spécialisé est nécessaire en plus du suivi obstétrical pour anticiper l'apparition de complications graves et permettre le déroulement de la grossesse et l'accouchement dans des conditions de sécurité optimales.

→ Pour tout type de chirurgie : consultation préconceptionnelle (ou à défaut dès le début de la grossesse) avec un médecin nutritionniste ayant une expertise en chirurgie bariatrique pour évaluer l'état nutritionnel, dépister les carences, les corriger, organiser le suivi de la grossesse, prévoir un lieu de naissance adapté au niveau de risque (maternel et fœtal) et anticiper l'organisation des soins de la mère et de l'enfant en période postnatale.

→ Pour les chirurgies malabsorptives (dérivation bilio-pancréatique et procédures apparentées, bypass de Roux-en-Y dit RYGB ou court-circuit gastrojéjunal de Roux-en-Y) : suivi par un

³⁷ Quilliot D, Coupaye M, Gaborit B, Ritz P, Sallé A, Castera V, *et al.* Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT). *Nutr Clin Métab* 2019;33:254-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2019.09.004>

³⁸ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

³⁹ Haute Autorité de Santé. Utilité clinique du dosage de la vitamine B1. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186171/fr/utilite-clinique-du-dosage-de-la-vitamine-b1

médecin ayant l'expertise de ces chirurgies : des doses plus importantes de vitamines et de minéraux sont souvent nécessaires et à individualiser selon les résultats biologiques.

- **Toute femme après une chirurgie bariatrique est à risque de diabète** préexistant à la grossesse et de diabète gestationnel. Dépister un diabète en début de grossesse est recommandé.
- **Un bilan diététique personnalisé et un accompagnement par un diététicien ou un médecin spécialiste sont préconisés** pour évaluer et corriger les apports caloriques et protéiques, *a fortiori* en cas de difficultés alimentaires, d'amaigrissement ou d'apports caloriques ou protéiques manifestement insuffisants, ou de prise de poids en deçà des recommandations.
- **La stratégie de suivi de la grossesse dépend du délai entre la chirurgie bariatrique et le début de la grossesse et du suivi postopératoire.**
- Si la grossesse est très précoce (moins d'un an après chirurgie) avec ou sans suivi régulier : renforcer la surveillance nutritionnelle et obstétricale.
- Si la grossesse a lieu au-delà de 12 mois après la chirurgie (recommandé) :
 - pour les femmes suivies : bilan biologique trimestriel avec correction individualisée des déficits en fonction des résultats biologiques ;
 - pour les femmes non suivies après leur chirurgie sur le plan nutritionnel dans l'année précédant la grossesse : prescrire d'abord une supplémentation minimale dès le projet de grossesse, puis intensifier le suivi avec en plus des bilans trimestriels, un examen clinique, un suivi du poids, et un bilan biologique protéique, orienter vers une consultation diététique dès le diagnostic de grossesse à réitérer à une fréquence qui dépend de l'état nutritionnel.
- **Dans la période du post-partum, la femme doit être accompagnée** par l'équipe pluridisciplinaire qui assure le suivi habituel au long cours après chirurgie pour :
 - retrouver un objectif pondéral défini entre elle et l'équipe pluridisciplinaire ;
 - poursuivre un suivi nutritionnel et chirurgical régulier, en liaison avec le médecin généraliste.

Périodes de préménopause et de ménopause : encourager l'activité physique et être vigilant face à un surpoids associé à un tour de taille élevé

Le gain de poids en période préménopausique et ménopausique est fréquent mais pas toujours présent.

Il convient d'être vigilant face à un surpoids associé à un tour de taille élevé en raison d'un risque accru de maladies cardiovasculaires.

- La pratique régulière d'exercices physiques représente un moyen d'atténuer les symptômes périménopausiques, de garder une bonne condition physique, de prévenir une diminution de la masse musculaire et la perte osseuse :
 - proposer d'évaluer le niveau d'activité physique, les comportements sédentaires, l'alimentation (variété, qualité, taille des portions), la qualité de sommeil ;
 - encourager la femme à aller vers les recommandations en vigueur pour la population générale et la conseiller.

- ➔ Rassurer la femme sur l'absence de gain de poids généré par un traitement hormonal substitutif pour le traitement des symptômes de la ménopause tant lors de l'initiation qu'à l'arrêt, si la dose est minimale et la durée limitée⁴⁰.
- ➔ En cas de surpoids ou d'obésité à la ménopause : augmenter le niveau d'activité physique, et si le niveau d'activité physique ne peut être changé dans l'immédiat diminuer modérément l'apport énergétique tout en améliorant l'alimentation et veiller à un apport protidique suffisant.

Surpoids ou obésité dans une situation de handicap

Le handicap est une situation reconnue à risque d'obésité en lien avec la cause du handicap lui-même, qu'il soit moteur, sensorimoteur, sensoriel (surdité, c civit  ou très basse vision) et/ou liée à une déficience intellectuelle, psychique, ou à ses conséquences, ou secondaire à des traitements au long cours induisant une prise de poids, comme une corticothérapie et/ou des médicaments psychotropes, ou liée à une ob sitt  de cause rare.

Manger, pratiquer une activité physique fait appel à de nombreuses capacités qui sont le plus souvent altérées en situation de handicap. Néanmoins, le handicap, notamment intellectuel, n'est pas forcément une barrière à la mise en œuvre des modifications des habitudes de vie. Il est essentiel de :

- ➔ **favoriser l'accès aux messages de prévention et à l'éducation thérapeutique** pour accompagner les habitudes de vie tout au long de la vie : accessibilité et adaptation sur le plan des techniques et outils pédagogiques, création ou ajustement, maintien dans le temps d'un environnement favorable et cohérent quant à la mise en pratique des modifications des habitudes de vie (domicile, établissements et services sociaux et médico-sociaux le cas échéant) ;
- ➔ **prévenir précocement le surpoids et l'évolution vers l'ob sitt  en proposant la même évaluation multidimensionnelle** qu'à toute autre personne mais avec une vigilance complémentaire et une adaptation selon le handicap : y associer les proches et/ou les professionnels qui prennent soin de la personne ;
- ➔ **recourir à un avis spécialisé face à une ob sitt  très sévère** associée à des troubles du comportement alimentaire ou à des éléments cliniques évocateurs d'une ob sitt  de cause rare⁴¹ ;
- ➔ **poursuivre à l'âge adulte une approche contenant du comportement alimentaire et de l'impulsivité alimentaire** tout particulièrement face à des situations cliniques à risque élevé d'ob sitt , comme les syndromes de Prader-Willi ou de Bardet-Biedl ;
- ➔ **adapter les recommandations de pratique d'activité physique pour la population générale aux envies de pratiques, aux besoins et aux capacités fonctionnelles des personnes en situation de handicap**⁴² :
 -  valuer le besoin d'une prescription d'une activité physique adaptée (APA) et la prescrire, le cas échéant, après une évaluation médicale minimale ou une consultation médicale d'APA selon la situation⁴³ ;

⁴⁰ Haute Autorité de Santé. Traitements hormonaux de la ménopause. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

⁴¹ Centre de référence des maladies rares PRADORT, DéfiScience, Haute Autorité de Santé. Ob sitt s de causes rares. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

⁴² Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil. G n ve: OMS; 2020. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886>

⁴³ Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

- recourir à un professionnel de l'APA (enseignant en APA, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute) pour ajuster l'intensité, la progressivité et la durée de l'activité physique aux capacités fonctionnelles, en prévoyant des temps de récupération plus longs ;
 - rechercher des stratégies de poursuite et de maintien de la condition physique tout au long de la vie en mobilisant une aide humaine ou le soutien d'un groupe de pairs ou l'appui d'un professionnel de l'APA ;
- **accéder à des ressources** destinées aux professionnels, aux familles et aux patients⁴⁴ ou à des actions mises en place par les associations de personnes atteintes de maladie chronique⁴⁵.
- **Si une chirurgie bariatrique est proposée**, il convient de s'assurer de l'accessibilité aux séances de préparation à la chirurgie et de leur adaptation, de favoriser la présence d'un proche si la personne le souhaite [Mise à jour févr 2024] :
- dans une situation de handicap mental : évaluer le degré d'autonomie réel de la personne dans les actes de la vie quotidienne, ses capacités d'organisation, sa flexibilité mentale ainsi que les possibilités d'un soutien et d'un accompagnement quotidiens effectifs après la chirurgie en tenant compte des attentes et des préférences de la personne et des proches.
 - dans une situation de handicap physique : améliorer le fonctionnement de la personne et son autonomie dans les actes de la vie quotidienne, son niveau d'activité physique avec l'aide d'un médecin de médecine physique et de réadaptation.

Mobiliser l'expérience des patients-ressources et les associations d'usagers tout au long du parcours

Une information accessible et un accompagnement par les pairs soutiennent les personnes

Le développement de lieux en proximité, dont l'animation assurée par des associations dédiées, permet d'informer, de faciliter la compréhension du projet de soins, d'aider, d'encourager et de soutenir les personnes dans leur parcours de soins, mais aussi les proches et les aidants.

Les professionnels impliqués dans le parcours peuvent proposer, si la personne le souhaite, une mise en lien avec une association d'usagers en proximité⁴⁶.

L'expérience des patients-ressources est mobilisée tout au long du parcours

Les patients-ressources peuvent partager leur vécu, soutenir la personne, notamment pour préparer ses consultations, l'accompagner dans sa réflexion si elle ne se sent pas prête à s'engager dans le projet de soins ou si elle exprime un éventuel souhait de revenir sur ses objectifs, un besoin de répit ou de soutien complémentaire.

Chaque fois que cela est possible, la conception, la coanimation avec un soignant de séances d'éducation thérapeutique est enrichie par les retours et le partage de l'expérience des personnes concernées par une situation de surpoids ou d'obésité ou l'ayant été. Les interventions des patients-ressources nécessitent une formation à l'éducation thérapeutique.

⁴⁴ Plateforme maladies rares qui rassemble plusieurs associations : Alliance maladies rares, Institut des maladies rares, Maladies rares info services, AFM, EURORDIS, Orphanet <https://www.plateforme-maladiesrares.org/>

⁴⁵ [France Assos Santé](#)

⁴⁶ [Associations d'usagers du système de santé agréées – Ministère de la santé et de la prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#) ; [France Assos Santé – La voix des usagers \(france-assos-sante.org\)](#)

Au préalable, il s'agit de réfléchir en commun aux domaines dans lesquels le patient-ressource peut être amené à intervenir et les modalités de cette intervention aux côtés des soignants.

Le partage d'expériences avec les pairs, les proches, peut aussi permettre d'enrichir les stratégies d'accompagnement du passage des soins pédiatriques aux soins adultes, les stratégies pour prévenir et faire face aux situations ou attitudes stigmatisantes, et les évaluer aux côtés des soignants.

L'analyse du point de vue des personnes soignées permettrait d'améliorer le parcours de soins

La démarche du patient traceur⁴⁷ pourrait être particulièrement pertinente pour l'analyse et l'amélioration des parcours des personnes en situation d'obésité complexe.

L'utilisation de questionnaires de mesure des résultats de soins par les personnes soignées ou *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) permettrait d'améliorer la pratique clinique courante^{48,49}.

⁴⁷ Haute Autorité de Santé. Le patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/2_guide_methodologique.pdf

⁴⁸ Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Approche théorique et critères opérationnels. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277235/fr/igss-guide-proms-general-2021

⁴⁹ Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la prise en charge clinique courante des personnes en obésité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3325627/fr/aide-a-l-utilisation-des-proms-en-pratique-clinique-courante

Annexe. Surpoids et obésité : évaluation du retentissement

Examen clinique et explorations complémentaires⁵⁰⁻⁵¹

Pour tout patient, quel que soit l'indice de masse corporelle (IMC)

Mesures anthropométriques	Poids et report sur la courbe, report de la taille à la première consultation Calcul de l'IMC, report et tracé de la courbe de corpulence Mesure du tour de taille
Dépistage du diabète de type 2 ou d'un prédiabète	Glycémie à jeun : si le résultat est normal, répéter le dépistage à un intervalle minimum de 3 ans, ou plus précocement en cas de symptômes ou de gain de poids ou fréquence annuelle en cas de prédiabète ⁵²
Dépistage de l'hypertension	Auscultation, mesure au repos de la fréquence cardiaque (pouls) et de la pression artérielle (avec un brassard taille adulte, adapté : 20 x 42 cm pour une circonférence du bras de 45 à 52 cm), et si besoin mesure à l'avant-bras avec le brassard adulte
Évaluation du risque cardiovasculaire	Angor, insuffisance veineuse, lymphœdème, insuffisance cardiaque, tabac
Exploration d'une anomalie lipidique	Bilan lipidique : cholestérol total, LDL cholestérol, HDL cholestérol, triglycérides
Anomalies endocriniennes	Signes d'hypothyroïdie, d'hypercorticisme (maladie de Cushing) Palpation de la glande thyroïde
Évaluation de la motricité	Souplesse, équilibre, coordination, dextérité
Retentissement ostéoarticulaire douloureux et fonctionnel	Douleurs articulaires (genoux, hanches, chevilles, lombaires) Genu valgum ou recurvatum, trouble de la statique rachidienne, pieds plats, boiterie Dépistage clinique de l'arthrose et de la gonarthrose et évaluation du retentissement algofonctionnel : auto-évaluation de la douleur avec le questionnaire WOMAC ⁵³ (si point d'appel) ; évaluation de la gêne fonctionnelle (indice algofonctionnel de Lequesne) ⁵⁴
Évaluation de l'autonomie	Réalisation des activités de la vie quotidienne : <i>Activity Daily Living</i> (ADL) et <i>Instrumental Activity Daily Living</i> (IADL)
Évaluation du retentissement sur la qualité de vie	EuroQoL EQ-5D : questionnaire générique de qualité de vie (mobilité, soin de soi, douleur et inconfort, activités, anxiété, dépression selon une graduation : aucun problème, problèmes légers, modérés, graves, problèmes de type « incapable de le faire seul ») ⁵⁵ , SF-36 (<i>Short Form-36</i>) et sa version courte SF-12

⁵⁰ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

⁵¹ American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2022. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl 1):S17-S38. <http://dx.doi.org/10.2337/dc22-S002>

⁵² American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2022. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl 1):S17-S38. <http://dx.doi.org/10.2337/dc22-S002>

⁵³ Western Ontario et McMaster (WOMAC) in Obesity Canada, Rueda-Clausen CF, Poddar M, Lear SA, Poirier P, Sharma AM. Canadian adult obesity clinical practice guidelines: assessment of people living with obesity. Edmonton: Obesity Canada; 2020. <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/6-Obesity-Assessment-v4-with-links.pdf>.

⁵⁴ Annexe 4 in Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

⁵⁵ <https://euroqol.org/>

	Qualité de vie et alimentation (impact physique, impact psycho-social, vie sexuelle, bien-être alimentaire et vécu du traitement diététique) ⁵⁶
Dépistage organes sensoriels	Vision et audition
Évaluation clinique de l'état bucco-dentaire	Évaluation clinique annuelle : recherche de caries, plus fréquentes en cas de prise alimentaire en dehors des repas (grignotage) ou d'alimentation nocturne, qualité de la mastication. Si anomalies, bilan complet et traitement
Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	Irrégularité des cycles, hirsutisme, hyperandrogénie, alopecie, acanthosis nigricans : orienter vers un endocrinologue et/ou un gynécologue
Observation de la peau	Vergetures, macération ou irritations au niveau des plis, mycoses
Dépistage des cancers	Évolution très rapide du gain de poids : recherche d'une cause organique (tumeur cérébrale). S'assurer du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (chez la femme), et du côlon (mêmes modalités qu'en population générale)
Évaluation psychologique, psychiatrique, sociale	Difficultés psychologiques, troubles psychiatriques, maltraitance, évènement traumatique. Toute forme de vulnérabilité sociale, familiale, professionnelle
Troubles des conduites alimentaires	Principaux signes cliniques d'appel de l'hyperphagie boulimique et autres troubles ⁵⁷ Restriction cognitive Alimentation émotionnelle

Explorations complémentaires en cas d'IMC ≥ 30 kg/m² et selon les signes cliniques

Dépistage d'une obésité de cause rare	S'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques en ligne Obsgen http://obsngen.nutriomics.org Se référer au protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) ⁵⁸
Repérer une dénutrition Repérer une sarcopénie	Chez toute personne, en particulier la personne âgée, un IMC ≥ 30 kg/m ² n'exclut pas une dénutrition selon les critères de la HAS ⁵⁹ Confirmation d'une sarcopénie si la dénutrition est associée à une diminution de la force et de la masse musculaire avec retentissement fonctionnel, en particulier chez une personne âgée de plus de 70 ans ⁶⁰
Troubles du sommeil et anomalies respiratoires	En cas d'obésité, recherche de troubles du sommeil (durée et qualité du sommeil, sommeil réparateur). Adresser à un spécialiste du sommeil si signes évocateurs Recherche d'un syndrome apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) : somnolence diurne, ronflements quotidiens et sévères, sensation d'étouffement pendant le sommeil, éveils répétés, fatigue diurne, difficultés de concentration, nycturie (> 1 miction/nuit) Dyspnée d'effort, asthme Dépistage du SAHOS (le plus fréquemment par polygraphie ventilatoire) :

⁵⁶ Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F. Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOS) rating scale. *Diabetes Metab* 2005;31(3 Pt 1):273-83. [http://dx.doi.org/10.1016/s1262-3636\(07\)70194-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1262-3636(07)70194-5)

⁵⁷ Haute Autorité de Santé, Fédération française anorexie boulimie. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

⁵⁸ Centre de référence des maladies rares PRADORT, DéfiScience, Haute Autorité de Santé. Obésités de causes rares. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

⁵⁹ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte

⁶⁰ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denuitration-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus

	<ul style="list-style-type: none"> – si IMC \geq 30 kg/m² associé à des signes cliniques évocateurs (incluant une hypertension artérielle nocturne ou résistante au traitement) – si IMC \geq 35 kg/m² même en l'absence de signes cliniques évocateurs ou de troubles du sommeil <p>Dépistage d'un syndrome obésité hypoventilation par mesure des gaz du sang artériel : si IMC \geq 35 kg/m² ; si IMC \geq 30 kg/m² et SaO₂ < 94 % ; si IMC \geq 30 kg/m² et présence d'un syndrome restrictif [capacité pulmonaire totale (CPT) < 85 %]</p> <p>EFR (avec mesure des volumes et des débits) si IMC \geq 30 kg/m² et dyspnée de repos ou lors d'un effort léger ; si IMC \geq 35 kg/m² et SAHOS ; si IMC \geq 40 kg/m²</p>
Recherche d'un reflux gastro-œsophagien	Brûlures, douleur, remontées acides ou amères, douleurs ou brûlures rétro-sternales, pyrosis, toux inexplicée, régurgitations alimentaires
Dépistage d'une stéatohépatite non alcoolique	<p>En cas d'IMC \geq 30 kg/m² : échographie abdominale ou biomarqueurs de stéatose (<i>Fatty Liver Index</i> : FLI) mesurés à partir de l'IMC, du tour de taille, des gamma GT et des triglycérides : si normal, contrôle à 3 à 5 ans</p> <p>Si présence de stéatose non alcoolique à l'échographie, dépister une fibrose hépatique par mesure des scores NAFLD Fibrosis Score (https://www.mdcalc.com/calc/3081/nafl-d-non-alcoholic-fatty-liver-disease-fibrosis-score) ou Fibrosis-4 index (FIB-4) (https://www.mdcalc.com/calc/2200/fibrosis-4-fib-4-in-dex-liver-fibrosis) à partir d'un bilan de base : ASAT, ALAT, GGT, plaquettes, albuminémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fibrose exclue si valeurs au-dessous des seuils de - 1,455 pour NAFLD Fibrosis Score et 1,30 pour FIB-4 • si valeurs au-dessus des seuils de - 1,455 pour NAFLD Fibrosis Score et 1,30 pour FIB-4, quantifier la fibrose : élastométrie ou tests sanguins plus complexes selon disponibilité
Dépistage d'une maladie rénale	En cas d'IMC \geq 30 kg/m ² : estimation du débit de filtration glomérulaire : créatinémie en utilisant l'équation CKD-EPI, couplée à une albuminurie. Si résultat normal : répéter le dépistage au minimum tous les 3 ans, sinon fréquence plus rapprochée en fonction du résultat initial et du risque rénal
Estimation de la dépense énergétique de repos	Possibilité d'estimation de la dépense énergétique via les équations prédictives de Harris et Benedict

Ce document présente les points essentiels de la publication : Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, janvier 2023 – Mise à jour février 2024
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr