
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

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



STSS

Construction du parcours

Validé par le Collège le 11 janvier 2023

Descriptif de la publication

Titre	Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'adulte
Méthode de travail	Méthode d'élaboration du guide et des outils parcours de soin pour une maladie chronique, HAS, 2012
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none">– Améliorer la précocité du repérage du surpoids et de l'obésité, prévenir l'évolution vers des stades plus évolués de la maladie chez une population d'adultes.– Évaluer la situation de manière globale et multidimensionnelle.– Prévenir et accompagner un processus de stigmatisation.– Améliorer l'orientation des personnes en surpoids ou en obésité.– Graduer les soins et l'accompagnement et les moduler en fonction de l'évolution de la situation et selon des critères définis.– Mettre en place une coordination des soins et une concertation pluriprofessionnelle pour un parcours sans rupture.– Coconstruire un projet de soins et d'accompagnement, engager et impliquer la personne, ses proches le cas échéant, en tenant compte de ses conditions et contexte de vie.– Poursuivre la démarche de transition entre l'adolescence et la vie adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes.– Mobiliser les patients-ressources et les associations d'usagers.
Cibles concernées	Les professionnels concernés exercent dans le champ de la médecine générale et spécialisée (notamment nutrition, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, gériatrie, médecine physique et de réadaptation, gynécologie médicale, obstétrique, psychiatrie, chirurgie bariatrique), sage-femme, infirmier délégué à la santé publique, infirmier en pratique avancée, diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, pharmacien, travailleur social, médecin et infirmier de la santé au travail, médecin et infirmier de la médecine scolaire ou universitaire.
Demandeur	Stratégie de transformation du système de santé (STSS) – Ma santé 2022
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Haute Autorité de santé (HAS)
Recherche documentaire	Haute Autorité de santé (HAS)
Auteurs	Haute Autorité de santé (HAS) et les membres du groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 11 janvier 2023
Actualisation	
Autres formats	Documents compagnons : Synthèse, 14 messages-clés pour améliorer les pratiques, Fiches sur le rôle des professionnels impliqués dans le parcours de soins

Sommaire

Introduction	8
Préambule	10
Méthode	13
1. Dépister une situation de surpoids ou d'obésité et accompagner si besoin	15
1.1. Objectifs du dépistage	15
1.2. Occasions de dépistage	15
1.3. Rôle des services de santé au travail	17
1.3.1. Dépistage des situations de surpoids ou d'obésité, orientation, adaptation des postes de travail	17
1.3.2. Rôle de prévention primaire : accompagnement des approches collectives en entreprise	19
1.4. Suivre régulièrement la corpulence tout au long de la vie	19
1.5. Ouvrir le dialogue sur la corpulence et les habitudes de vie	22
1.5.1. Échanger avec la personne	22
1.5.2. Proposer d'évaluer les habitudes de vie dans un but de promotion de la santé	22
1.6. Engager des modifications des habitudes de vie selon la situation	24
1.7. Enregistrer les données dans « Mon espace santé »	25
2. Stigmatisation : prévenir, reconnaître, dépister et accompagner	26
2.1. Un processus social avec des spécificités pour l'obésité	26
2.2. Les personnes en situation d'obésité font l'expérience d'attitudes stigmatisantes	28
2.3. Les conséquences de la stigmatisation	28
2.4. Comment prévenir et accompagner les conséquences de la stigmatisation ?	29
2.4.1. Mener une réflexion individuelle et en équipe	29
2.4.2. Être attentif à son attitude et à sa manière de communiquer	29
2.4.3. Favoriser l'accessibilité et le confort de l'environnement des soins	31
2.4.4. Reconnaître la stigmatisation et accompagner la personne	31
3. Préciser et expliquer le diagnostic de surpoids ou d'obésité	33
3.1. Expliquer le diagnostic et les étapes suivantes du parcours	33
3.2. Réaliser un examen clinique, rechercher un retentissement et des complications	34
3.2.1. Examen clinique	34
3.2.2. Examens biologiques	34
3.3. Obésité de cause rare : conduite à tenir et orientation	38
3.4. Identifier une dénutrition particulièrement chez une personne âgée en situation d'obésité	39
3.5. Bilan systématique des habitudes et du contexte de vie au cours de l'évaluation initiale	40
3.5.1. Évaluation des pratiques d'activité physique et des comportements sédentaires	40

3.5.2.	Évaluation de l'alimentation	41
3.5.3.	Évaluation du sommeil et des rythmes de vie	41
3.6.	Repérer les signes de perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires	42
3.7.	Repérer, évaluer, accompagner précocement les difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque	43
3.8.	Repérer, évaluer, accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale	45
4.	S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le diagnostic du surpoids ou de l'obésité	46
4.1.	Objectifs de l'évaluation multidimensionnelle	46
4.2.	Dimensions à explorer	46
4.3.	Dans un premier temps, le médecin généraliste met en œuvre l'évaluation	47
4.4.	Dans un deuxième temps, recourir à l'appui de professionnels de proximité	47
4.4.1.	Situations conduisant à solliciter un diététicien	48
4.4.2.	Situations conduisant à solliciter un enseignant en activité physique adaptée	48
4.4.3.	Situations conduisant à solliciter un kinésithérapeute	49
4.4.4.	Situations conduisant à solliciter un psychomotricien	49
4.4.5.	Situations conduisant à solliciter un ergothérapeute	49
4.5.	Dans un troisième temps, recourir à un médecin spécialiste de l'obésité ou à une structure spécialisée dans l'obésité	50
4.6.	Rédiger et partager une synthèse	51
4.6.1.	Échange et partage d'informations	51
4.6.2.	Synthèse écrite	51
5.	Définir la complexité de la situation	52
6.	Grader et moduler les soins et l'accompagnement	53
6.1.	Critères de graduation des soins et de l'accompagnement	53
6.2.	Organiser des temps de coordination et de concertation	53
6.3.	Désigner un référent de proximité dans les situations complexes ou très complexes	54
6.4.	Critères de modulation des soins et de l'accompagnement	54
6.5.	Être attentif à une période critique : la transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes	55
7.	Points communs des soins et de l'accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité	57
7.1.	Partager la décision pour coconstruire un projet de soins et d'accompagnement	57
7.2.	Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement	57
7.3.	Accompagner les modifications des habitudes de vie et les soutenir dans la durée grâce à une éducation thérapeutique	59
7.3.1.	Les séances d'éducation thérapeutique personnalisées sont efficaces dès le diagnostic de surpoids ou d'obésité	59

7.3.2.	Préconisations pour la mise en œuvre	60
7.3.3.	Professionnels ou équipes impliqués dans l'ETP	61
7.3.4.	Place des patients-ressources	61
7.3.5.	Partage d'informations	62
7.4.	Bien utiliser les dispositifs d'autosurveillance	62
7.5.	Prendre en compte et accompagner les difficultés psychologiques, sociales, professionnelles	62
7.6.	Évaluer et accompagner le rapport au corps	63
7.7.	Prendre en compte le retentissement fonctionnel et esthétique de l'obésité tant chez les femmes que chez les hommes	64
7.8.	Assurer un suivi global, régulier et dans la durée de la situation individuelle pour ajuster les soins et l'accompagnement	64
7.9.	Rechercher des stratégies de maintien dans le temps des modifications des habitudes de vie et de l'objectif pondéral	66
7.9.1.	Être attentif à un regain pondéral dans l'année qui suit la mise en œuvre effective du projet de soins	67
7.9.2.	Expliquer que la stabilisation du poids est déjà un succès en soi	67
7.9.3.	Anticiper les difficultés et prévoir des stratégies pour maintenir les modifications des habitudes de vie sur la durée et éviter le regain de poids	68
7.9.4.	Réévaluer la situation et adapter le projet de soins	68
8.	Situation de surpoids ou d'obésité non complexe : spécificités	70
8.1.	Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement	70
8.2.	Coordonner les soins et l'accompagnement, se concerter	70
8.3.	Proposer une éducation thérapeutique personnalisée	70
8.4.	Assurer un suivi régulier et global de l'état de santé	71
9.	Situation d'obésité complexe : spécificités	72
9.1.	Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement	72
9.2.	Coordonner les soins et l'accompagnement, se concerter	72
9.3.	Proposer des soins, un accompagnement	73
9.3.1.	Suivre les recommandations en vigueur pour le traitement des complications de l'obésité	73
9.3.2.	Rechercher des adaptations pour améliorer la qualité de vie	73
9.3.3.	Proposer, poursuivre, consolider une éducation thérapeutique personnalisée	74
9.3.4.	Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation	74
9.3.5.	Envisager la prescription de médicaments de l'obésité	75
9.3.6.	Envisager une chirurgie bariatrique	75
9.4.	Assurer un suivi régulier et global de l'état de santé	76
10.	Situation d'obésité très complexe : spécificités	77
10.1.	Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement	77
10.2.	Coordonner les soins et l'accompagnement, se concerter	78

10.3. Proposer des traitements, des soins, une éducation thérapeutique	78
10.3.1. Suivre les recommandations en vigueur pour le traitement des maladies associées et les complications de l'obésité	78
10.3.2. Rechercher des adaptations pour maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie	78
10.3.3. Proposer, poursuivre, consolider une éducation thérapeutique personnalisée	79
10.3.4. Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation	79
10.3.5. Envisager la prescription de médicaments de l'obésité	79
10.3.6. Envisager une chirurgie bariatrique	80
10.4. Assurer un suivi régulier et global de l'état de santé	80
11. Surpoids ou obésité chez la femme : spécificités	81
11.1. Suivi gynécologique, contraception	81
11.2. Période pré conceptionnelle et grossesse	82
11.3. Chez la femme en désir de grossesse	82
11.4. Chez la femme enceinte en situation de surpoids ou d'obésité	84
11.4.1. Apprécier précocement le niveau de risque pour la grossesse et l'accouchement	84
11.4.2. Stabiliser le poids et prévenir une aggravation de l'obésité pendant la grossesse	84
11.4.3. Solliciter un avis spécialisé en cas de prise de poids trop rapide	85
11.4.4. Améliorer les habitudes de vie dès le début de la grossesse	85
11.4.5. Accompagner les troubles des conduites alimentaires connus : spécificités pour les femmes enceintes et après la naissance	86
11.5. Accompagnement de l'allaitement maternel si souhaité	87
11.6. Période postnatale : accompagnement des situations de surpoids ou d'obésité	87
11.7. Grossesse après une chirurgie bariatrique	89
11.8. Période pré ménopausique et ménopause : prévention du gain de poids, soins et accompagnement	93
12. Surpoids ou obésité dans une situation de handicap : spécificités	96
12.1. Connaître le risque multifactoriel selon le handicap	96
12.2. Favoriser l'accès aux messages de prévention et à l'éducation thérapeutique	97
12.3. Prévenir précocement le surpoids et l'évolution vers l'obésité	98
12.4. Accompagner les modifications des habitudes de vie	99
12.5. Orienter vers des ressources	100
13. Conditions pour un parcours fluide sans rupture	102
13.1. Des dispositifs qui favorisent l'exercice partagé et l'accès à l'expertise	102
13.2. Une lisibilité de l'offre pour orienter au bon moment et au bon endroit	102
13.3. Une continuité et une coordination des soins et de l'accompagnement à assurer	103
13.4. Des formes innovantes de travail interprofessionnel	103
13.5. Une formation des professionnels impliqués dans le parcours : initiale et continue	104
14. Rôle des patients-ressources, des associations d'utilisateurs dans le parcours	106

14.1. Une information accessible et un accompagnement par les pairs	106
14.2. L'expérience des patients-ressources à mobiliser	106
14.3. L'analyse du point de vue des personnes soignées pour améliorer le parcours de soins	107
14.3.1. Démarche du patient traceur	107
14.3.2. Utilisation de questionnaires de mesure des résultats de soins (PROMs)	108
Fiche 1. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle du psychologue	109
Fiche 2. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle du travailleur social	111
Fiche 3. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle de l'infirmier	114
Fiche 4. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle du diététicien	118
Fiche 5. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle de l'enseignant en activité physique adaptée (EAPA)	123
Fiche 6. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle du masseur-kinésithérapeute	127
Fiche 7. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle de l'ergothérapeute	131
Fiche 8. Parcours surpoids ou obésité de l'adulte : rôle du psychomotricien	134
Table des annexes	137
Références bibliographiques	151
Participants	158

Introduction

Les travaux sur l'obésité font partie du chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité » engagé dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), et plus précisément « Ma santé 2022 ». Au sein du chantier, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Haute Autorité de santé (HAS) co-pilotent l'objectif « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques ».

Ces travaux sont en cohérence avec la feuille de route ministérielle sur l'obésité pilotée par la DGOS, la DGS, la CNAM (2019-2022) (1) dont les principales mesures ont pour but de faire reculer l'obésité, notamment ses formes sévères. Ils sont également en lien avec le programme national nutrition santé 4^e version (2).

Le guide du parcours « Surpoids et obésité de l'adulte » s'appuie sur la recommandation de bonne pratique publiée par la HAS dans le champ de l'obésité (3) et les recommandations internationales. Il décrit le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles en fonction des besoins évalués, le développement d'actions d'anticipation, d'échanges et de partage d'informations, de coordination, d'orientation.

Deux éléments sont pris en compte de manière transversale dans ce guide :

- les situations sociales dans la prise en charge et son suivi, en raison du net gradient social de l'obésité constaté tout particulièrement chez les femmes issues de milieux défavorisés ;
- la sensibilisation des professionnels de santé aux effets délétères de la stigmatisation chez les personnes en situation d'obésité, à leur prévention, à leur reconnaissance et accompagnement.

Le guide du parcours de soins a pour objectifs de :

- améliorer la précocité du repérage du surpoids et de l'obésité, prévenir l'évolution vers des stades plus évolués de la maladie chez une population d'adultes ;
- évaluer la situation de manière globale et multidimensionnelle prenant en compte la complexité de l'obésité chez chaque personne ;
- prévenir et accompagner le processus de stigmatisation ;
- améliorer l'orientation des personnes en surpoids ou en obésité dans le système de santé ;
- coconstruire un projet de soins et d'accompagnement, engager et impliquer la personne, ses proches le cas échéant, en tenant compte de ses conditions et contexte de vie ;
- graduer les soins et l'accompagnement et les moduler en fonction de l'évolution de la situation et selon des critères définis ;
- mettre en place une coordination des soins et une concertation pluriprofessionnelle pour un parcours sans rupture ;
- poursuivre la démarche de transition entre l'adolescence et la vie adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes ;
- mobiliser les patients-ressources et les associations d'usagers.

Ce guide du parcours propose une approche globale de la situation

À l'instar des recommandations internationales, le groupe de travail souligne que seule une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle permet de comprendre la situation en allant au-delà de l'indice de masse corporelle (IMC), de mettre à jour des problématiques et de construire ensemble, soignants et personnes soignées, des réponses personnalisées et de suivre leurs effets dans le temps.

Ce guide concerne de nombreux acteurs

Les professionnels concernés par ce guide sont ceux impliqués dans le dépistage, l'évaluation multidimensionnelle de la situation, la concertation pluriprofessionnelle et la coordination, la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement, leur évaluation et leur réajustement.

La faisabilité du parcours, sa cohérence et sa coordination reposent sur la mobilisation des acteurs (sanitaire, social, médico-social, dispositifs de coordination, structures spécialisées dans l'obésité) au niveau territorial pour assurer un parcours cohérent et coordonné et éviter au maximum les ruptures du parcours.

Les personnes soignées, le cas échéant les proches aidants, sont également concernés par ce guide du parcours ainsi que les représentants des usagers, tant par les actions d'information et d'accompagnement des personnes et de leur entourage qu'aux côtés des soignants dans la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.

Le chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité » prévoit d'accompagner les parcours concernant des maladies chroniques d'indicateurs de qualité. Ceux-ci portent sur les points du parcours concerné. Ils couvrent, dans la mesure du possible, les six dimensions des parcours définies dans le rapport « STSS – Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins (4) : – précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic ; – annonce, information, implication du patient ; – prévention secondaire pour stabiliser la maladie ; – coordination et multidisciplinarité ; – aggravation de la maladie et suivi des exacerbations ; – suivi au long cours.

Ces indicateurs concernent les offreurs de soins impliqués dans le parcours de soins en ville ou en établissement de santé, la coordination inter et intraprofessionnelle, l'accompagnement et l'implication du patient dans ses soins. Ils permettent aux professionnels de santé d'identifier des pistes d'amélioration et de les mettre en place. Produits notamment à partir de base de données médico-administratives (BDMA), ils sont le reflet de la qualité de la prise en charge. Mais, on constate un déficit de bases de données. La base de données médico-administratives exploitable au niveau national est le SNDS¹ qui ne fait pas exception : très peu d'actes liés aux soins font l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie. Ainsi, l'analyse de dossiers des patients reste aujourd'hui la seule source d'informations disponibles pour évaluer la qualité de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité.

Actuellement, plusieurs expérimentations de forfaitisation des soins sont en cours. La structuration de la filière « obésité » est en révision dans le cadre de la feuille de route ministérielle 2019-2022 (1). À ces futures données liées à la prise en charge financière des soins (hospitaliers ou ambulatoires), des données cliniques pourraient être collectées dans « Mon espace santé », qui intègre le DMP.

Comme pour les autres pathologies chroniques, l'analyse régulière de la participation de la personne soignée au processus de soins, et à l'évaluation de ses résultats et de son impact sur la qualité de vie, est à réaliser à partir de questionnaires spécifiques, par exemple.

Il est donc important de structurer des données nationales afin que des indicateurs de qualité du parcours soient mesurés et servent à la dynamique collective d'amélioration de la prise en charge des personnes.

¹ SNDS = DCIR + PMSI avec chaînage permettant de déterminer, pour un assuré, le remboursement de soins, les prestations et médicaments sur une période donnée. Ces recherches s'opèrent sur des bases consolidées de remboursement de l'année N-2.

Préambule

L'obésité est une maladie chronique complexe avec une incidence sur la santé

L'Organisation mondiale de la santé définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé.

La classification révisée de l'*International Classification of Diseases 11 (ICD-11)*² définit le surpoids et l'obésité et l'évalue par l'indice de masse corporelle (IMC) qui est un marqueur de substitution de l'adiposité calculé selon le rapport poids (kg)/taille² (m²) :

- le surpoids est une affection caractérisée par une adiposité excessive. Pour les adultes, le surpoids (ou la préobésité) est défini par un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25,00 et 29,99 kg/m² ;
- l'obésité est une maladie complexe chronique définie par une adiposité excessive qui peut affecter la santé. Il s'agit dans la plupart des cas d'une maladie multifactorielle due à des environnements obésogènes, à des facteurs psychosociaux et à des variantes génétiques. Chez un sous-groupe de patients, des facteurs étiologiques majeurs isolés peuvent être identifiés et entraîner une prise de poids (médicaments, maladies aggravées par l'obésité, immobilisation, actes iatrogéniques, maladie monogénique/syndrome génétique). Chez l'adulte, l'obésité se définit par un IMC supérieur ou égal à 30,00 kg/m².

Sur le territoire, les catégories d'IMC définissant le surpoids et l'obésité sont communes, quel que soit le sexe de la personne, à partir de l'âge de 18 ans.

Les déterminants du surpoids et de l'obésité sont multiples et seule leur compréhension fine permet d'aller au-delà de la seule mesure de l'IMC pour définir un projet de soins personnalisé avec la personne concernée et les personnes et/ou professionnels qui prennent soin d'elle le cas échéant.

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte reste importante

En Europe, l'obésité s'est accrue de 21 % entre 2006 et 2016. Le surpoids et l'obésité atteignent 60 % des adultes (63 % les hommes, 54 % les femmes). Contrairement au surpoids, les femmes (24 %) sont plus souvent en obésité que les hommes (22 %). Les différences de genre ne s'expliquent pas toujours par des différences de statut social, d'emploi, de niveau d'éducation, de ressources économiques, de lieu de résidence (5).

En France, les données de corpulence entre 2006 et 2015 mesurées à partir de deux études nationales transversales ENNS-2006 (n = 3 566) et Esteban-2015 (n = 3 702) montrent peu d'évolution. Les données anthropométriques ont été mesurées au moyen de procédures standardisées selon les recommandations de l'OMS. En 2015, la prévalence du surpoids était de 49 % (54 % chez les hommes et 44 % chez les femmes) et l'obésité, identique chez les hommes et les femmes, était de 17 %. L'obésité est dite modérée chez les trois quarts des personnes (30 kg/m² ≤ IMC < 35 kg/m²). La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge, elle était deux fois plus élevée chez les 55-74 ans que chez les 18-39 ans. La prévalence de l'obésité dite massive (IMC ≥ 40 kg/m²) était deux fois plus élevée chez les femmes en comparaison des hommes (respectivement 2,1 % et 1 %, différence non significative). Finalement, la part de l'obésité massive au sein de l'obésité était de 6 % chez les hommes et de 12 % chez les femmes, les trois quarts d'entre eux présentant une obésité dite modérée (6).

² Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies onzième révision : 5B80.0 Surpoids - 5B81 Obésité ICD-11 (who.int)

D'autres enquêtes utilisent des données de poids et taille autodéclarées, mais cette méthode sous-estime la prévalence de l'obésité, autant chez les hommes que chez les femmes : sous-déclaration du poids et sur-déclaration de la taille, ce qui conduisait à une sous-estimation de l'IMC de l'ordre de - 0,41 chez les hommes et de - 0,79 chez les femmes. Par ailleurs, les personnes en situation de surpoids ou d'obésité sous-estiment davantage leur IMC que les individus de corpulence normale (analyse sur un échantillon de 2 429 adultes âgés de 18 à 74 ans, inclus dans l'enquête Esteban entre 2014 et 2016, et disposant de données anthropométriques déclarées et mesurées) (7).

L'obésité est un facteur de gravité établi pour la Covid-19

Le rôle de l'obésité (IMC > 30 kg/m²), déjà confirmé dans de nombreuses cohortes, est retrouvé dans plusieurs méta-analyses et larges études de cohorte, avec un risque relatif de décès, dans la majorité des études, proche de 2 en cas d'IMC > 30 kg/m², ce risque augmentant avec un niveau d'IMC plus important (IMC > 40 kg/m²) (8).

Les impacts de la pandémie à la Covid-19 sur le mode de vie sont à prendre en compte

Les données d'enquête (CoviPrev) ont montré une évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19 (plusieurs vagues d'enquêtes entre mars 2020 et mai 2022, environ 2 000 répondants) qui ont pu avoir un impact sur la corpulence et les habitudes de vie (9).

Les périodes successives de confinement liées à la pandémie de Covid-19 ont conduit à un mode de vie plus inactif : limitation des déplacements, diminution, voire un arrêt transitoire de l'activité physique, augmentation des comportements sédentaires y compris l'usage des écrans de travail et de loisirs. En mai 2021, un an après le confinement strict de la population (10), on constate que :

- la prévalence du manque d'activité physique (de l'ordre de 50 % en mai 2020) s'est maintenue un an après, témoignant de la persistance de la baisse d'activité physique des adultes (< 30 min/jour), malgré un allègement des contraintes de déplacements liées à la Covid-19 ;
- la proportion d'adultes déclarant une sédentarité élevée a diminué même si elle reste élevée : un adulte sur cinq un an plus tard déclarait passer plus de 7 heures par jour en position assise, contre un tiers des adultes en 2020 (différence significative $p < 0,001$) ;
- la fréquence de rupture de sédentarité est restée insuffisante depuis mai 2020 par rapport aux recommandations du PNNS (se lever régulièrement toutes les 45 minutes ou, au moins, toutes les heures, et rester debout au minimum 45 secondes, faire quelques étirements ou marcher).

Ces résultats mettent en évidence la nécessité de poursuivre l'accompagnement de la population dans l'augmentation de l'activité physique afin de lutter contre la persistance d'un mode de vie inactif sur le long terme.

Dans certaines situations, une augmentation de la corpulence a pu être constatée chez les moins de 40 ans (27 % notamment en cas de prise alimentaire en plus grande quantité et davantage de grignotage entre les repas que d'habitude), ainsi que l'émergence ou la réémergence de symptômes de pathologies psychiques ou psychiatriques avec un effet sur les comportements alimentaires (troubles dépressifs, problèmes de sommeil et niveau élevé d'anxiété, mais aussi une situation financière très difficile) (9).

Ces périodes successives de confinement ont entraîné des conséquences sur plusieurs comportements alimentaires, particulièrement chez les femmes (enquête auprès de 2 000 personnes âgées de plus de 18 ans (11)). La cuisine maison a été favorisée, mais d'autres changements étaient plutôt défavorables à la santé : grignoter, consommer des produits gras, sucrés, salés, avoir moins d'activité sportive, présenter un état anxieux, dépressif, un stress, et avoir des troubles du sommeil.

Dans de tels contextes, il est nécessaire de poursuivre l'évaluation des comportements alimentaires et de la corpulence et de soutenir toutes mesures encourageant des habitudes alimentaires et d'activité physique en faveur de la santé.

Un niveau d'activité physique plus faible dans la population générale et qui se dégrade chez les femmes

En 2014-2016 (Esteban 2014-2016 ; n = 3 864), 71 % des hommes et 53 % des femmes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Depuis 2006 (ENNS 2006-2007 ; n = 4 329), le niveau d'activité physique a diminué pour l'ensemble des femmes, alors qu'il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans. En matière de comportements sédentaires, le temps quotidien passé devant les écrans a fortement augmenté ces dernières années : 8 adultes/10 (sans distinction selon le sexe) déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de toute activité professionnelle (12).

On ne dispose pas de données concernant le niveau d'activité physique chez les personnes en surpoids ou en obésité.

L'obésité est corrélée au gradient social

L'obésité est presque quatre fois plus fréquente pour les populations défavorisées socialement par rapport aux populations les plus favorisées, ceci quel que soit l'indicateur utilisé : profession, niveau d'études ou revenu du foyer, et cela de façon plus marquée chez les femmes. La dégradation de la position sociale et la désocialisation des personnes joueraient un rôle aggravant dans l'obésité (13). Les situations de surpoids ou d'obésité sont plus fréquentes lorsque la personne de référence du ménage n'a pas de diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (6).

Modifier ses habitudes de vie est plus difficile en situation sociale défavorisée

La littérature en psychologie et psychologie sociale permet de comprendre pourquoi les populations socialement défavorisées peuvent rencontrer des difficultés à modifier leurs habitudes de vie (14, 15). Il peut s'agir des éléments suivants :

- un déficit de connaissances, concernant par exemple les relations alimentation-santé ou, dans une moindre mesure, la compréhension des étiquettes nutritionnelles ;
- un sentiment moindre d'auto-efficacité et une faible estime de soi ;
- une difficulté à se projeter vers l'avenir, notamment en ce qui concerne la santé, en raison des contraintes immédiates, de faibles revenus ;
- des conséquences éventuellement inattendues, car les interventions sur l'alimentation et l'activité physique touchent à des aspects culturels, sociaux et économiques qui imprègnent profondément la vie des personnes ;
- une déstructuration conjugale et sociale : l'alimentation n'assurant plus son rôle structurant (nombre de repas, horaires, lieu et contexte des repas, manière de manger, etc.) et devient même un facteur d'isolement ;
- l'alimentation utilisée comme un moyen de compensation (récompense) face aux difficultés du quotidien.

Le surpoids et l'obésité sont multifactoriels et leur traitement ne peut se résumer à l'atteinte d'un objectif pondéral. Seuls une exploration fine de la situation avec la personne et l'appui de compétences de professionnels formés à l'obésité permettent de personnaliser le projet de soins et d'accompagnement et d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées (3, 16).

Méthode

Le guide du parcours « Surpoids-obésité de l'adulte » a été élaboré en suivant le guide méthodologique « Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique » publié par la HAS en 2012 (17).

L'élaboration de ce travail s'appuie sur :

- les recommandations de bonnes pratiques (RBP) « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » publiées par la HAS en 2011 (18), « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale » publiées par la HAS en 2022 (3) ;
- les guides méthodologiques, recommandations, orientations pour la pratique, publiés par la HAS concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et son intégration dans les stratégies de soins (19-21) ;
- les recommandations « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » (22) ;
- les avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture comprenant des usagers et des représentants d'associations d'usagers (cf. participants).

Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a porté sur l'identification des recommandations de bonnes pratiques (RBP) publiées depuis 2009 en France et à l'international. Afin de compléter les données identifiées dans les RBP, des recherches de littérature française ponctuelles ont été conduites afin d'argumenter les différents aspects à prendre en compte tout au long du parcours de soins de l'adulte en situation de surpoids ou d'obésité en France, notamment :

- les facteurs de complexité du surpoids et de l'obésité ;
- les aspects psychologiques et sociaux : rapport au corps, santé sexuelle, stigmatisation, vulnérabilité sociale, qualité de vie, organisation et coordination des professionnels, approche familiale ;
- les méthodes de graduation des soins et de l'accompagnement ;
- l'intérêt d'une intervention brève auprès des personnes en surpoids dans le cadre du repérage précoce ;
- la place de l'éducation thérapeutique dans la stratégie de soins ;
- le rôle des acteurs impliqués dans le parcours : soignants et non-soignants ;
- l'utilisation des services de soins de suite et de réadaptation (SSR, futurs SMR : soins médicaux et de réadaptation) ;
- les stratégies de maintien des modifications des habitudes de vie et du poids à moyen et long terme ;
- le diagnostic des obésités rares ;
- les spécificités féminines : suivi gynécologique, contraception, grossesse, période postnatale, ménopause ;
- les spécificités du surpoids et de l'obésité dans les situations de handicap.

Les données épidémiologiques ont été mises à jour régulièrement.

Les sites internet français et internationaux des agences et sociétés savantes consacrées à l'obésité ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement.

Agency for Healthcare Research and Quality
Alberta Heritage Foundation for Medical Research
Alberta Health Services
American College of Physicians
Association française d'étude et de recherche sur l'obésité
Bibliothèque médicale Lemanissier
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
Centers for Disease Control and Prevention
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
CISMeF
CMA Infobase
Collectif national des associations d'obèses (CNAO)
Collège des médecins du Québec
Cochrane Library Database
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)
European Coalition for People living with Obesity (ECPO)
European Association for the Study of Obesity
GIN (Guidelines International Network)
Haute Autorité de santé
Haut Conseil de la santé publique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Ligue contre l'obésité
National Institute for Health and Care Excellence
Obesity Canada
New Zealand Guidelines Group
Santé publique France
Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques
Société francophone nutrition clinique et métabolisme
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration
World Health Organization

1. Dépister une situation de surpoids ou d'obésité et accompagner si besoin

1.1. Objectifs du dépistage

- ➔ **Quelle que soit la corpulence de la personne, le dépistage repose sur un examen clinique et le calcul de l'IMC.**

Le dépistage permet :

- de suivre la corpulence et d'analyser la dynamique de la courbe ;
- de prévenir l'évolution vers une situation d'obésité ;
- d'intervenir précocement en cas de signes d'alerte, d'ascension rapide de la courbe de poids, ou de gain de poids progressif, en cas de facteurs de risque familiaux ou personnels, de comorbidités somatiques et/ou psychiques, de traitement médicamenteux orexigène, qui peuvent favoriser le surpoids ou l'obésité, **en allant au-delà de la seule mesure de l'IMC** ;
- d'ouvrir la discussion, avec l'accord de la personne, sur les habitudes de vie et les changements du contexte de vie, de valoriser les comportements en faveur de la santé, et de guider si nécessaire la personne grâce aux repères en vigueur.

1.2. Occasions de dépistage

Les occasions de dépistage sont nombreuses (encadré 1).

- Toute consultation médicale, quelle qu'en soit la spécialité, peut être une occasion de dépister un surpoids ou une obésité, et d'aborder, si elle l'accepte, une préoccupation de la personne pour son poids.
- Ce dépistage doit aussi être réalisé dans les établissements de santé et dans les services et établissements médico-sociaux.
- Tout professionnel de santé peut repérer une situation de surpoids ou d'obésité, l'aborder avec l'accord de la personne, et lui conseiller d'en parler à son médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, autres médecins spécialistes, infirmier, médecin ou infirmier de la santé scolaire, universitaire ou de la santé du travail.

Encadré 1. Les occasions de dépistage du surpoids et de l'obésité

Jeunes après l'âge de 16 ans : poursuite des examens de santé obligatoires avec annuellement la mesure du poids, de la taille, le calcul de l'IMC, l'analyse de la dynamique et de l'évolution de la courbe ; le développement physique, psychomoteur, psychologique et le bien-être devraient être poursuivis annuellement ; avant le 18^e anniversaire des jeunes majeurs (anciens mineurs non accompagnés) dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance pour la continuité du parcours : poursuite ou création d'un suivi médical régulier afin d'améliorer l'état de santé physique et psychique ; examen de prévention en santé (EPS) pris en charge par l'Assurance maladie dans un centre d'examen de santé (CES) pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans éloignés du système de santé et en situation de précarité, sans suivi médical régulier ou dans une situation difficile (en insertion, demandeur d'emploi, personnes en situation d'invalidité ou de handicap) ; dans le cadre de la scolarité et de la formation : lors de toute consultation médicale ou d'entretien et de bilan infirmier.

Divers motifs de consultation : rappel de vaccination en particulier à l'âge de 25 ans, 45 ans et 65 ans ; demande de certificat de non-contre-indication à l'activité physique, de prescription d'une activité physique adaptée ; demande d'accompagnement à l'arrêt de consommation de tabac et/ou de réduction des consommations d'alcool.

Motif de consultation en lien avec le retentissement d'une situation de surpoids ou d'obésité : trouble du sommeil ou problème respiratoire, symptômes (douleur, essoufflement), gêne fonctionnelle, problème orthopédique, etc.

Suivi par le service de santé au travail : visite d'information et de prévention, suivi personnalisé, examen médical d'aptitude, suivi individuel adapté pour le travail de nuit, mise en place de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail dans des situations d'obésité sévère ou en post-chirurgie bariatrique.

Suivi gynécologique : demande et suivi d'une contraception, consultation préconceptionnelle : désir de grossesse ; demande d'arrêt d'une contraception, infertilité : selon la demande, médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, centre de planification et d'éducation familiale, centre de santé sexuelle, centre d'orthogénie.

À l'officine du pharmacien, à l'occasion d'une demande d'achat spontanée et en vente libre de produits amaigrissants, de concentrés de nutriments, de plantes, de crèmes ou d'autres substances à visée amaigrissante, de compléments alimentaires censés couper la faim, diminuer la masse grasse, de produits hyperprotéiques (mise en garde en raison du risque aux niveaux rénal, osseux et cardiaque), de diurétiques, de laxatifs ; de la délivrance de médicaments hypoglycémisants pour le traitement du diabète de type 2, de médicaments qui augmentent l'appétit ou qui modifient le métabolisme (antipsychotiques, antidépresseurs, glucocorticoïdes notamment) ; d'un entretien pharmaceutique si l'obésité est associée à une maladie chronique ; d'actions de prévention : journées de dépistage du diabète ; prise de pression artérielle ; de plaintes à propos du poids, de ses conséquences esthétiques, de problèmes associés (sommeil, essoufflement, douleur, etc.).

Le pharmacien ouvre la discussion, si la personne le souhaite et de manière confidentielle à l'écart du comptoir, sur les motivations d'achat des produits de régime, éclaire sur la consommation de produits perçus à tort comme anodins par le public, sensibilise aux risques pour la santé des pratiques de jeûne, des compléments alimentaires (vitamines, minéraux) non prescrits ; sensibilise à l'augmentation de l'appétit avec certains médicaments. Le pharmacien conseille à la personne de rechercher l'aide de son médecin généraliste ou du prescripteur du traitement.

1.3. Rôle des services de santé au travail

1.3.1. Dépistage des situations de surpoids ou d'obésité, orientation, adaptation des postes de travail

Le dépistage des situations de surpoids ou d'obésité, l'orientation, l'adaptation le cas échéant du poste ou des conditions de travail s'inscrivent dans un parcours de prévention et de santé au travail³.

- Les visites périodiques intègrent habituellement les mesures biométriques, l'évaluation des habitudes de vie, l'impact du travail sur le surpoids ou l'obésité, les conséquences d'une situation d'obésité sur le travail.
- Tout professionnel de santé peut conseiller à une personne de prendre rendez-vous auprès du médecin du travail :
 - lors d'un arrêt de travail, la personne peut être reçue en visite de préreprise, à la demande de son médecin traitant, du médecin conseil de la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de santé au travail) ou à son initiative. Cette visite a pour objectif de favoriser le retour à l'emploi ;
 - si la personne n'est pas en arrêt, il s'agit d'une visite à la demande du salarié ou du médecin traitant, qui peut avoir lieu sans en informer obligatoirement l'employeur.

Les visites permettent d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur, le poste et les conditions de travail actuelles et antérieures et l'évolution de la corpulence (INRS www.inrs.fr), de mettre en œuvre des mesures de prévention, de faire des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi pour des situations d'obésité sévère et suivre leurs effets.

- Le travail sédentaire, y compris la conduite de véhicules, les horaires atypiques (travail de nuit, travail posté, temps de travail fragmenté, irrégulier), les repas d'affaires peuvent entraîner une prise de poids.
- Le stress professionnel peut entraîner des répercussions notamment sur des troubles de l'appétit, l'apparition d'un syndrome métabolique.
- Une situation d'obésité peut entraîner des problèmes professionnels, elle peut être un motif de discrimination à l'emploi et d'exclusion au travail.

Le médecin ou l'infirmier engage la discussion sur la corpulence et le bien-être en :

- s'aidant de la courbe d'IMC et de son évolution depuis la dernière visite comme outil pédagogique ;
- faisant le point sur ses habitudes de vie (activité physique et comportement sédentaire, qualité et équilibre de l'alimentation, rythmes de vie, quantité et qualité du sommeil), les conditions de prise de repas tout particulièrement les jours de travail (temps suffisant), et en adaptant les

³ Ressources : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Evaluation des risques sanitaires pour les professionnels exposés à des horaires de travail atypiques, notamment de nuit. Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: ANSES; 2016. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf> (23).

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Stress au travail [dossier] [En ligne]. Paris: INRS; 2017. <https://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html> (24) ;

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le travail de nuit et le travail posté. Quels effets ? Quelle prévention ? Paris: INRS; 2022. <https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6305/ed6305.pdf> (25) ;

Haute Autorité de santé, Société française de médecine du travail. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs (26).

recommandations sur les conditions de travail de la personne selon les recommandations en vigueur ;

- cherchant à connaître les préoccupations de la personne vis-à-vis de sa corpulence, d'éventuels troubles des habitudes alimentaires ;
- recherchant avec la personne des solutions pour améliorer les habitudes de vie, tout en la conseillant.

La question de l'alimentation, de l'exercice physique et de la sédentarité peut être abordée spontanément par la personne : demande de conseils, d'informations, préoccupations par rapport au poids, à la santé, etc.

- Si la personne est demandeuse d'une prise en charge, évaluer avec elle ses attentes et son besoin et proposer une mise en lien avec le médecin généraliste pour envisager un accompagnement.
- La personne peut ne pas souhaiter évoquer ces questions ou peut être réticente à un échange au sujet de sa corpulence. Le médecin ou l'infirmier pourront échanger des informations non culpabilisantes sur l'activité physique, les comportements sédentaires et leur rupture, l'alimentation, le lien entre surpoids ou obésité avec le travail, et rappeler que la personne peut se faire accompagner au moment où elle le souhaite.

Une attention est portée aux situations de difficultés ou de détresse psychologiques

- Le médecin du travail ou l'infirmier peuvent déceler des difficultés psychologiques chez les personnes en situation de surpoids ou d'obésité : difficultés d'ordre personnel ou professionnel avec des répercussions éventuelles de type stigmatisation ou mise à l'écart dans son environnement professionnel. Les difficultés psychologiques peuvent être liées à un retentissement professionnel de la situation de surpoids ou d'obésité (difficultés dans l'exécution de certaines tâches professionnelles avec un impact sur la performance et l'absentéisme).
- En fonction des ressources locales et de l'organisation de chaque service de santé au travail, une orientation vers un psychologue pourra être proposée à la personne (psychologue interne à l'entreprise ou au service de santé, psychologue ou psychiatre de ville). Un lien avec le médecin traitant est souhaitable, avec l'accord de la personne.

Si le besoin est évalué, le médecin accompagne l'employé et l'employeur dans la mise en place d'adaptations du poste de travail

Le surpoids ou l'obésité font partie des facteurs individuels susceptibles d'influencer le pronostic professionnel (maintien en emploi, désinsertion professionnelle des travailleurs) lorsqu'ils sont associés à un ou plusieurs facteurs parmi les suivants : âge > 50 ans, faible niveau d'études, isolement social ou un manque de soutien social/familial, capacité physique limitée, mauvaise santé perçue, symptôme de détresse, symptomatologie anxieuse et/ou dépressive, arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés (> 3 mois).

Les professionnels de santé au travail (HAS-SFMT, 2019) :

- évaluent le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail actuel ;
- évaluent l'impact fonctionnel, psychologique de la situation de surpoids ou d'obésité sur le travail et son retentissement socioprofessionnel ;
- recherchent les facteurs susceptibles d'influencer négativement comme positivement le pronostic professionnel, autant au niveau du travailleur concerné qu'au niveau de son environnement de travail ;
- s'appuient sur un réseau d'acteurs pour favoriser le maintien en emploi : médecin généraliste, service social de la CARSAT et service social interne aux services de santé, Maison

départementale des personnes handicapées (MDPH), Cap emploi, médecin conseil de la CARSAT. Ils prennent contact avec le médecin généraliste et/ou le médecin de la structure spécialisée de l'obésité, en fonction de la sévérité de l'obésité, de la gravité et de l'impact du problème de santé identifié, après avoir discuté avec le travailleur des bénéfices attendus de cet échange et avec son consentement informé. À ce titre, l'échange entre le médecin généraliste et le médecin du travail peut se faire par la remise d'un courrier transitant par le travailleur (ou autres modalités d'échanges par téléphone, messagerie sécurisée, courrier, etc.) ;

- contribuent au maintien en emploi des travailleurs ayant un ou plusieurs problèmes de santé (en première intention dans l'entreprise d'origine) et pour prévenir leur désinsertion professionnelle ;
- contribuent à la prévention de la stigmatisation au travail, au harcèlement des personnes en situation d'obésité.

1.3.2. Rôle de prévention primaire : accompagnement des approches collectives en entreprise

Des approches collectives en entreprise fondées sur la prévention des risques psychosociaux, la qualité de vie au travail, le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle ou la promotion de la santé relèvent de la prévention primaire et de la culture de prévention (loi du 11 juillet 2011 – Plan santé travail 3 <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>).

La préservation de la santé et de la sécurité au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent un levier de performance pour l'entreprise. Elles reposent en effet, notamment, sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée à la qualité du travail et de son environnement.

Ces approches positives ont pour objectif de prévenir notamment l'apparition de situations de surpoids et d'obésité ou de favoriser et maintenir les intégrations professionnelles de personnes atteintes de maladies chroniques comme l'obésité, en luttant contre les stigmatisations.

L'entreprise peut mettre en place des repas plus équilibrés, un espace dédié et un temps de repas suffisant au minimum de 30 minutes, des approches éducatives/préventives sur la connaissance nutritionnelle (conférence, outils numériques par exemple), organiser et proposer de l'activité physique quotidienne encadrée par des éducateurs sportifs.

1.4. Suivre régulièrement la corpulence tout au long de la vie

- ➔ **Il est préconisé de mesurer le poids, la taille et de calculer l'IMC au minimum une fois par an, d'analyser l'évolution de la courbe de corpulence et d'être attentif aux signes d'alerte.**
- ➔ **La mesure et le suivi de l'évolution du tour de taille en plus de l'IMC permettent d'évaluer le risque métabolique.**

Lors de la première consultation et au moins une fois par an :

- proposer à la personne de mesurer son poids et sa taille, de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m² ;
- proposer de mesurer le tour de taille avec un mètre ruban (mesure 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) ;
- interpréter l'IMC et le tour de taille en référence aux seuils établis et à des critères complémentaires comme la morphologie, la répartition du tissu adipeux, la masse musculaire (Encadré 2) ;
- être attentif aux signes d'alerte (Encadré 3).

Mesurer la taille et le poids sur le lieu des soins : les mesures déclaratives ne sont pas fiables.

Utiliser un pèse-personne adapté à la corpulence.

Mesurer la taille si possible par toise. En cas d'incapacité à tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea (taille du corps entier extrapolée à partir de la distance talon-genou).
Femme : taille (cm) = 84,88 – 0,24 x âge (années) + 1,83 x taille de la jambe (cm). Homme : taille (cm) = 64,19 – 0,04 x âge (années) + 2,03 x taille de la jambe (cm).

Encadré 2. Interprétation des données de corpulence

Interpréter l'IMC selon les seuils internationaux

Les courbes d'IMC sont différenciées par sexe jusqu'à l'âge de 18 ans. Au-delà, les courbes sont communes, quel que soit le sexe.

- La maigreur correspond à un IMC < au seuil 18,5 kg/m².
- La corpulence dite normale correspond à un IMC compris dans l'intervalle [18,5-24,9 kg/m²].
- Le surpoids correspond à un IMC compris dans l'intervalle [25-29,9 kg/m²].
- L'obésité de classe I (modérée) correspond à un IMC compris dans l'intervalle [30-34,9 kg/m²].
- L'obésité de classe II (sévère) correspond à un IMC compris dans l'intervalle [35-39,9 kg/m²].
- L'obésité de classe III (massive) correspond à un IMC ≥ au seuil 40 kg/m².

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 27,5 kg/m² et en obésité à partir d'un IMC à 28 kg/m² (27, 28).

Interpréter la mesure du tour de taille

- Un risque pour la santé est présent si la mesure du tour de taille est ≥ 94 cm chez l'homme et ≥ 80 cm chez la femme (en dehors d'une grossesse).

Facteurs complémentaires d'analyse

- Morphologie de la personne, répartition du tissu adipeux : ensemble du corps ou concernant en particulier l'abdomen traduisant une possible association à des facteurs de risque cardiovasculaire.
- Développement important de la masse musculaire chez les sportifs.
- Ressenti de la personne : bien-être ou mal-être physique et/ou psychique.

➔ **Il est préconisé de suivre plus fréquemment l'IMC et d'adapter la fréquence de ce suivi en fonction des signes d'alerte et des situations à risque de développer ou d'aggraver un surpoids ou une obésité** (Encadrés 3 et 4).

Expliquer à la personne la nécessité de suivre la corpulence de manière plus rapprochée, sans l'alarmer, et le cas échéant à ses proches et/ou aux professionnels du service ou de l'établissement médico-social qui prennent soin d'elle.

La personne peut être associée à ce suivi par des automesures du poids et un enregistrement des données dans un carnet de suivi, si cette pratique est pertinente, et si elle n'induit pas une trop grande préoccupation autour du poids.

Encadré 3. Vigilance dans les situations suivantes

Signes d'alerte :

- ascension continue de la courbe de corpulence depuis les dernières mesures de l'IMC ;
- prise de poids rapide, phénomène de yo-yo ;
- changements du contexte de vie, d'emploi, ayant un impact sur les habitudes de vie ;
- augmentation du tour de taille ;
- pratique répétée de régimes amaigrissants ;
- alternance de troubles du comportement alimentaire (TCA) et périodes de restriction cognitive.

Antécédents familiaux :

- situation de surpoids ou d'obésité parentale ou familiale ;
- prise de poids importante durant la grossesse de la mère, tabagisme maternel, diabète maternel (type 1 ou 2) ;
- chirurgie bariatrique chez la mère ou le père, la fratrie, la famille proche.

Antécédents personnels :

- situation de surpoids ou d'obésité durant l'enfance ;
- perturbation de l'alimentation, troubles du comportement alimentaire.

Grossesse et suites de la naissance :

- surpoids ou obésité avant la grossesse ; gain de poids important pendant la grossesse ou en période postnatale, persistance un an après la naissance.

Diminution importante ou arrêt de la pratique d'une activité physique quotidienne ou sportive, augmentation des comportements sédentaires :

- troubles musculo-squelettiques, traumatismes orthopédiques, évènement de vie ;
- conséquences des périodes de pandémie (Covid-19).

Prescription d'un médicament au long cours : orexigène ou avec effets secondaires sur le gain de poids. L'effet de ces médicaments sur la prise de poids doit pouvoir être anticipé dès l'initiation de la prescription et être évalué régulièrement.

Maladie chronique du fait d'une augmentation de la sédentarité et d'une diminution de l'activité physique **ou maladie chronique aggravée par une situation d'obésité.**

Situations de stress : évènements de vie (décès, séparation, etc.) ou professionnels (changements des conditions de travail, de poste, de responsabilités, travail de nuit, licenciement, démission), exposition à des évènements stigmatisants avec risque d'autostigmatisation.

Contexte et conditions de vie : changements de situation professionnelle (chômage, retraite, cessation volontaire), formation, passage d'un métier actif à sédentaire, choix d'un métier de bouche (apprenti dans la restauration, pâtisserie), exercice de métiers qui s'accompagnent de repas d'affaires (commerciaux, représentants), le fait de quitter le milieu familial pour se former ou travailler ; précarité, niveau de littératie, numératie en santé, d'illettrisme électronique.

Consommation de tabac ou d'alcool : initiation ou reprise de consommation ; réduction de consommation ou sevrage non accompagné.

Rythmes de vie perturbés : travail posté ou de nuit, prises de repas fréquentes au restaurant dans un cadre professionnel, manque de sommeil, irrégularité du rythme éveil-sommeil.

Les neuroleptiques typiques et atypiques :

- phénothiazines : chlorpromazine, lévopromazine ;
- butyrophénones : halopéridol ;
- thioxanthènes : flupentixol, etc. ;
- clozapine, etc.

Les antidépresseurs :

- ANaSS (antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques) : mirtazapine, miansérine ;
- antidépresseurs tricycliques : amitriptyline, clomipramine.

Les thymo-régulateurs : oxcarbazépine, lithium, acide valproïque.

Les glucocorticoïdes : modification du métabolisme, diminution de la masse maigre, redistribution des graisses, rétention sodée.

Les antiépileptiques : prégabaline, gabapentine.

Les antiparkinsoniens : agonistes dopaminergiques : piribédil, lévodopa

Les traitements hormonaux, les contraceptions hormonales :

- contraceptifs progestatifs : implants sous-cutanés (étonogestrel), injectables par voie intramusculaire (médroxyprogestérone) ;
- progestatif avec action œstrogénique (tibolone) ;
- progestérone et dérivés (dydrogestérone, hydroxyprogestérone) ;
- progestatifs de synthèse (chlormadinone, cyprotérone, médrogestone, nomégestrol, promégestone) : action androgénique.

L'insulinothérapie au long cours, les sulfamides hypoglycémifiants.

1.5. Ouvrir le dialogue sur la corpulence et les habitudes de vie

1.5.1. Échanger avec la personne

Demander à la personne son accord pour parler de son poids et de son tour de taille, son ressenti et faire le point sur ses habitudes et son contexte de vie.

Utiliser, par exemple, des questions ouvertes telles que : « Êtes-vous ou avez-vous été préoccupé(e) par votre poids ? » Si oui : « Souhaitez-vous en parler ? »

Ne pas induire un sentiment de culpabilité pouvant renforcer une image de soi fragile.

1.5.2. Proposer d'évaluer les habitudes de vie dans un but de promotion de la santé

Quelles que soient les conclusions du dépistage, l'évaluation des habitudes de vie, réalisée en premier lieu par le médecin généraliste ou autre spécialiste, sage-femme en fonction du contexte, est systématique et globale. Elle a pour objectifs de :

- s'assurer de la compréhension par la personne des repères établis pour la population générale ;
- déconstruire les idées reçues concernant l'activité physique, les régimes et mettre en garde contre les régimes restrictifs et déséquilibrés, les compléments alimentaires sans prescription, et les médicaments en vente libre promus sur internet dont l'intérêt est discutable ;

- évaluer le besoin d'accompagnement par une éducation thérapeutique si la personne exprime des difficultés à améliorer les habitudes de vie et/ou à créer un environnement propice et encourageant (Annexe 2).
- ➔ **L'utilisation des repères pour la population générale est préconisée pour évaluer les habitudes de vie** (encadré 5).
- ➔ **Ces repères représentent une base de discussion avec la personne.**

Encadré 5. Habitudes de vie. Repères pour aller au plus près des recommandations en vigueur

- ➔ Après évaluation de la situation, tenir compte du contexte de vie, des habitudes culturelles, des contraintes de la personne, pour rechercher avec elle les moyens d'améliorer ses habitudes de vie, en s'appuyant sur les repères préconisés en population générale.
- ➔ Il est essentiel d'identifier chez la personne une situation sociale défavorisée car des difficultés à modifier les habitudes de vie peuvent être présentes et nécessiter un accompagnement spécifique.

Augmenter l'activité physique (29)

La personne devrait être encouragée à :

- être aussi active que le lui permet sa capacité fonctionnelle, et à adapter son niveau d'effort en fonction de sa forme physique ;
- commencer par de petites quantités d'activité physique et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée pour atteindre les quantités recommandées en complément de celle pratiquée dans la vie quotidienne.

Diminuer les comportements sédentaires (29)

- Réduire le temps passé en position assise ou allongée au quotidien (en dehors du temps de sommeil et de repas), autant que possible.
- Rompre régulièrement les périodes de sédentarité en plus d'une activité physique régulière, les remplacer par du temps d'activité de tout niveau d'intensité y compris de faible intensité : marcher quelques minutes et s'étirer au bout de 2 h d'affilée en position assise ou allongée et faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, du bassin, des chevilles, des poignets, des mains, de la tête).

Améliorer l'alimentation (qualité et environnement des repas) **et l'équilibre alimentaire**

- S'assurer que chaque repas contient des nutriments générant la satiété en ajoutant des produits frais : fruits et légumes, des légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches, etc., des fruits à coque : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc. (Plan national nutrition santé <https://www.mangerbouger.fr>).
- Encourager la cuisine et les préparations « faites maison ».
- Encourager une prise de repas à des horaires réguliers, un temps suffisant pour manger (au minimum 20 minutes), être attentif aux aliments mangés, mastiquer lentement et savourer chaque bouchée. À table, éviter les écrans, l'écoute des nouvelles, la visualisation de films ou d'émissions à la télévision.
- Favoriser l'accès à une aide alimentaire tout en s'assurant de la possibilité de cuisiner (en lien avec le travailleur social : cf. Fiche 2).

Aller vers

- Le pain complet ou aux céréales, les pâtes et le riz complets, la semoule complète.
- Une consommation de poissons gras et de poissons maigres en alternance.
- L'huile de colza, de noix et d'olive.

- Une consommation de produits laitiers (hors desserts lactés sucrés) suffisante et limitée, selon les populations, à 2/jour chez l'adulte jeune, 3 à 4 chez les adultes > 70 ans.
- Les aliments de saison et les aliments produits localement.
- Proposer une alimentation de type méditerranéen (riche en fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes, huile d'olive et poissons gras), du fait de ses bénéfices sur la santé. Il est à noter que l'effet sur la perte pondérale est accru si l'alimentation de type méditerranéen est associée à une restriction énergétique, une augmentation de l'activité physique, ainsi qu'à une mise en œuvre supérieure à six mois (3).

Réduire la quantité et la fréquence de consommation d'alcool, de produits sucrés et de boissons sucrées, de produits salés, de charcuterie, de viande (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats).

Dormir suffisamment, préserver la qualité du sommeil et garder le rythme éveil-sommeil (30, 31)

- Le matin, garantir le bon fonctionnement de l'horloge biologique : se lever à horaires réguliers, s'exposer à l'ensoleillement ou à la lumière.
- La pratique d'une activité physique régulière garantit le bon fonctionnement de l'horloge biologique et augmente la pression de sommeil.
- Le soir, bien préparer son sommeil : apprendre à limiter l'usage des écrans, se coucher à horaires réguliers.
- Le soir, afin de prévenir les fringales nocturnes, ne pas sauter le dîner, améliorer son alimentation en consommant des aliments générant la satiété.
- La nuit, rendre ce temps de repos propice au sommeil : garder une chambre calme, à température fraîche et sombre.
- Réinstaurer si nécessaire une régularité du rythme éveil-sommeil au cours de la semaine afin d'éviter une trop grande différence dans les habitudes de sommeil entre les jours de travail, les fins de semaine et les jours de congés.

Évaluer le bien-être

- Activités sociales sous toutes leurs formes, relations familiales régulières et vécues comme positives, le fait de se sentir respecté, d'avoir une vision positive de soi.
- Avoir une bonne qualité de vie au travail : respect, ambiance entre collègues, reconnaissance et valorisation du travail effectué, bonnes conditions de travail, sentiment d'implication, absence de risques psychosociaux comme le stress, le harcèlement, la stigmatisation à cause de sa corpulence (32).

1.6. Engager des modifications des habitudes de vie selon la situation

- ➔ **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 réévaluation en accord avec la personne.

- **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'annoncer, 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.

1.7. Enregistrer les données dans « Mon espace santé »

- Reporter le poids, la taille, l'IMC, le tour de taille dans « Mon espace santé » (MES), dans lequel s'intègre le DMP.
- Porter une appréciation sur l'historique et la dynamique de la corpulence.
- Mentionner le besoin d'une évaluation plus approfondie des habitudes de vie et de l'état de santé, le besoin d'un accompagnement psychologique, la délivrance d'informations, de conseils, de séances d'éducation thérapeutique.

2. Stigmatisation : prévenir, reconnaître, dépister et accompagner

2.1. Un processus social avec des spécificités pour l'obésité

La stigmatisation liée à la santé est un processus social dans lequel se construisent ou se renforcent des représentations sociales négatives (préjugés⁴, stéréotypes⁵, croyances négatives) ou des attitudes hostiles à l'égard de certains groupes de personnes étiquetées sur la base d'une apparence physique (33-36).

Bien que les termes « stigmatisation » et « discrimination » soient employés indifféremment, nous utiliserons plutôt le terme « stigmatisation » qui relève de l'attitude des personnes par rapport à un groupe particulier et qui peut prendre plusieurs formes (encadré 6). La « discrimination » relève du comportement des personnes envers ce groupe, elle est la mise en acte des représentations sociales négatives qui visent à défavoriser une personne pour des motifs interdits par la loi, comme l'apparence physique.

Encadré 6. Formes de stigmatisation en lien avec un surpoids ou une obésité

Le surpoids ou l'obésité confronte les personnes à différentes formes de stigmatisation auxquelles il convient d'être attentif à leur vécu pour comprendre la situation des personnes concernées et les accompagner, présenter si besoin le soutien d'un psychologue ou d'un psychiatre.

La **stigmatisation sociale** renvoie aux réactions des individus vis-à-vis des personnes en surpoids ou en obésité, que ce soit dans la société civile ou dans le milieu des soins. Elle a pour conséquences de diminuer leur estime de soi, leur intégration sociale, de retarder une demande de soins ou d'aide, voire d'y renoncer. Elle peut entraîner des inégalités dans l'accès à l'emploi, au logement, plus largement aux droits.

Elle peut toucher l'entourage de la personne lorsque d'autres membres de sa famille souffrent d'obésité, on parle alors de stigmatisation par association.

À cette stigmatisation sociale s'ajoute l'**autostigmatisation** (stigmatisation dite internalisée). Cette réaction de la personne appartenant au groupe stigmatisé, contre elle-même, est une conséquence de la stigmatisation. Elle affecte l'identité de la personne, entraîne une perte d'estime de soi, de confiance, un retrait de la vie sociale, un phénomène de discrimination anticipée, la personne s'attendant à un refus, un échec s'abstient de rechercher un emploi par exemple. L'autostigmatisation est un frein à l'engagement dans les soins.

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 personnes en situation d'obésité sont l'objet de stéréotypes sociaux associés à la manière d'identifier un groupe social différencié au sein de la société dans son ensemble. Ces « stigmates » sociaux (37) sont à l'origine de phénomènes de catégorisations sociales avec des effets d'assignation, de distanciation, voire d'exclusion, où la personne peut se voir plus ou moins disparaître derrière la

⁴ Préjugé (dictionnaire Le Robert) : « Croyance, opinion préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque ; parti pris. »

⁵ Stéréotype (dictionnaire Le Robert) : « Opinion toute faite réduisant les particularités, cliché. »

puissance des stéréotypes. C'est ainsi que les personnes en situation d'obésité peuvent être considérées socialement comme représentant un archétype d'absence de contrôle de soi par défaut de mise en jeu de leur volonté, et [comme] une provocation esthétique au regard de l'idéal du corps et de l'idéal de minceur comme canon du corps et norme corporelle (38). De ce fait, les personnes sont considérées responsables de leur maladie, ou leurs comportements sont regardés ou jugés comme amoraux ou dignes d'une forme ou d'une autre de réprobation. Elles peuvent même être blâmées, par exemple, pour le risque auquel elles exposent leur santé. Les personnes voient donc leur statut social « diminué » et subissent différentes formes de désavantages, que la stigmatisation soit réelle ou perçue (39, 40).

Les femmes subissent de façon plus importante que les hommes la pression sociale quant à leur situation, d'autant plus si elles ont un niveau d'éducation plus faible ou sont socialement défavorisées (6, 13). Le regard négatif porté sur le corps peut entraîner des pratiques et des incitations au contrôle excessif du poids, source de troubles des conduites alimentaires (restriction cognitive alimentaire notamment) (41).

Des attitudes négatives dans le milieu de travail et qui peuvent se cumuler. Avoir une corpulence « hors normes » constitue un inconvénient majeur pour être embauché et peut inciter les employeurs à questionner les candidats sur cette situation lors des entretiens d'embauche. La discrimination à l'embauche liée à l'apparence physique est ainsi plus fréquemment rapportée par les personnes en obésité ou en surpoids, et chez les femmes bien plus souvent que chez les hommes, dans la mesure où elles supportent des inégalités plus fortes, liées à une discrimination de genre associée (42). Le rapport du Défenseur des droits montre l'existence d'attitudes hostiles qui prennent plusieurs formes : préjugés et stéréotypes ; dévalorisation au travail selon des formes qui peuvent se cumuler : sous-estimation des compétences ; attribution de tâches inutiles, ingrates ou dévalorisantes ; pression pour en faire plus ; volonté d'isoler, de « placardiser » ou de faire démissionner ; tentative d'humilier ou de ridiculiser ; empêchement d'exercer correctement son travail ou de s'exprimer ; sabotage du travail ; propos ou comportements stigmatisants notamment liés à l'état de santé, au handicap, ou à d'autres caractéristiques personnelles ; discrimination(s) ou harcèlement discriminatoire dans l'emploi, le plus souvent à cause de l'apparence physique ou de l'état de santé.

Ce traitement différencié des personnes crée des inégalités dans l'accès à l'emploi, mais aussi au logement, aux droits⁶ parce que l'obésité touche majoritairement les populations sociales moins favorisées avec des effets cumulés de difficultés d'accès aux soins, aux services publics, au logement, à l'éducation, au travail (43).

Un rapport de l'OCDE révèle que les adultes en situation d'obésité ont moins de chance d'avoir un emploi, et lorsqu'ils travaillent sont plus absents et considérés comme moins productifs (44).

Il existe par ailleurs, des formes subtiles de discrimination susceptibles à elles seules d'invalider une action de santé pourtant bénéfique en soi. Ainsi, la mise en œuvre des messages « Bouger plus et manger moins » sollicite fortement le contrôle de soi et l'autorégulation du comportement. Seules les personnes les plus en capacité de s'autoréguler sont les plus à même de bénéficier de ces messages de prévention (15, 45). Ces messages destinés à la population générale ne peuvent pas être repris tels quels au niveau individuel.

⁶ <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/lutte-contre-les-discriminations/>

2.2. Les personnes en situation d'obésité font l'expérience d'attitudes stigmatisantes

La personne qui a une obésité peut être critiquée ou jugée négativement par la société civile, mais aussi par le milieu des soignants. Elle est souvent tenue comme responsable de sa situation et de l'échec de leur intervention. Les messages négatifs peuvent accroître un sentiment de culpabilité souvent présent chez les personnes en situation d'obésité (38).

Une expérience de stigmatisation peut être vécue à l'occasion des soins

En Europe, environ 18 % des personnes en obésité et 38 % lorsque l'obésité est sévère ont eu une expérience de stigmatisation dans tous les milieux tout particulièrement au travail, mais aussi dans les lieux de soins (33).

Selon les pays (dont la France), 56 à 61 % des adultes en situation d'obésité ont vécu une expérience de stigmatisation et 2/3 d'entre eux par des médecins ou autres soignants. Ils ont été jugés par rapport à leur poids, se sont vu proposer moins fréquemment un bilan de leur état de santé, se sont sentis moins souvent écoutés et respectés et ont perçu une qualité des soins moins bonne. On retrouve, de manière constante, la perception de la notion de blâme et d'autojugement négatif dus à la corpulence (étude déclarative auprès de 13 996 personnes engagées dans un programme de soins et d'accompagnement) (46).

Ces attitudes négatives sont généralement liées à une perception erronée des causes de l'obésité, qui n'est toujours pas considérée comme une maladie à part entière par les soignants (47), et souvent réduite à une alimentation peu saine et à un manque d'activité physique (48).

2.3. Les conséquences de la stigmatisation

Les personnes ciblées par ce processus de stigmatisation voient leur identité altérée et, à l'extrême, réduite à ce problème de santé ou à cette caractéristique. La stigmatisation, qu'elle soit effective ou perçue, humilie les personnes et les groupes et conduit à leur disqualification sociale ou l'exacerbe.

Les conséquences peuvent être cumulatives et de natures émotionnelle, psychologique, comportementale, physiologique, sociale et familiale (33, 34), économique et financière.

La personne peut être affectée dans sa propre représentation d'elle-même (perte d'estime de soi, insatisfaction vis-à-vis de son corps, faible confiance en soi), être limitée, ou limiter elle-même son accès à des soins et services et être sujette à une discrimination (traitement différent et injuste) aux soins, à l'emploi, aux tâches confiées, au logement, etc., en raison d'une apparence physique, d'un état de santé (40).

De plus, la stigmatisation peut entraîner des sentiments d'inutilité et de solitude, des pensées suicidaires et des passages à l'acte, une dépression, une anxiété et d'autres troubles psychologiques, des troubles de l'alimentation, un stress, l'évitement de l'activité physique et des soins médicaux, une moindre demande d'aide et contribue à isoler davantage les personnes en situation d'obésité (18, 33, 49).

2.4. Comment prévenir et accompagner les conséquences de la stigmatisation ?

2.4.1. Mener une réflexion individuelle et en équipe

Reconnaître les pratiques stigmatisantes dans son milieu de travail : adopter une démarche réflexive

Les soignants et les autres professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement des patients sont invités à mener individuellement et collectivement une réflexion de nature éthique et à rechercher l'impact possible de leurs opinions concernant l'alimentation, l'activité physique, les problèmes de poids, sur la relation avec les patients. Cette évaluation réflexive peut se réaliser à partir de récits, de témoignages pour favoriser la prise de conscience sur ce qui peut être perçu et vécu comme de la stigmatisation.

Les dimensions éthiques de la stigmatisation renvoient au respect de la dignité, à l'équité, à la bienveillance (40). Le groupe de travail ajoute les notions de bienveillance et de sollicitude.

Il s'agit de repérer dans son attitude des représentations stigmatisantes pour promouvoir des valeurs communes :

- être conscient de l'impact possible de ses opinions concernant les problèmes de poids, le rôle de l'alimentation, de l'activité physique, sur la relation avec les personnes soignées ;
- identifier les impacts négatifs de la stigmatisation sur la santé et le bien-être, l'insertion familiale, sociale, professionnelle ; les préjugés associés à des stéréotypes négatifs (atteinte à l'image personnelle, marginalisation, exclusion ou discrimination) ; les interventions de soins qui risquent de renforcer les attitudes stigmatisantes (matériel de soins inadapté) ;
- partager et promouvoir, dans les pratiques collectives de soins et d'accompagnement, des valeurs communes (bienveillance, bienveillance, sollicitude, protection d'autrui, autonomie, etc.).

Mettre en œuvre une démarche de bienveillance collective

La bienveillance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins (50). Cette démarche repose sur les repères suivants (36, 50) :

- la co-construction du projet de soins et de son actualisation avec l'utilisateur, le cas échéant ses proches ;
- la qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- l'enrichissement des soins et de l'accompagnement grâce notamment à la contribution de patients-ressources et/ou de représentants des associations d'utilisateurs dans l'identification des contenus et les stratégies les plus pertinentes à aborder pour lutter contre la stigmatisation ;
- le soutien aux professionnels dans leur démarche de lutte contre la stigmatisation et la bienveillance par la formation et une démarche d'évaluation réflexive sur les pratiques.

2.4.2. Être attentif à son attitude et à sa manière de communiquer

L'attitude et la manière de communiquer de tout médecin et plus largement de tout professionnel impliqué dans le parcours de soins font partie de la prévention d'un phénomène de stigmatisation, en particulier d'autostigmatisation (Encadré 7). Cette approche est préconisée dans des démarches internationales, notamment les 5 As : *Ask, Assess, Advise, Agree, Assist* (51).

- ➔ L'effet des stéréotypes sociaux est multidirectionnel et les soignants en sont aussi l'objet. Dans la rencontre avec le patient, il s'agit d'être vigilant aux messages donnés et reçus, ainsi qu'aux représentations véhiculées de part et d'autre.

Encadré 7. Attitude et manière de communiquer

Adopter une attitude d'ouverture et de non-jugement, soutenante et encourageante

- Installer une atmosphère chaleureuse et propice au dialogue.
- Ne pas débiter une consultation médicale ou une séance de soin ou d'accompagnement par la mesure du poids et le calcul de l'IMC ; laisser la possibilité à la personne de garder des vêtements légers et la peser à chaque consultation dans les mêmes conditions.
- Demander à la personne son accord pour parler de son poids et des conséquences sur sa santé.
- Écouter la personne, son histoire, comprendre ce qui est important pour elle, ses attentes.
- Reconnaître la complexité de l'obésité, de ses origines pas encore toutes élucidées.
- Reconnaître que l'obésité est une maladie chronique et que le poids n'est pas sous contrôle volontaire de la personne.
- Expliquer qu'il n'y a pas qu'une seule voie pour soigner le surpoids et l'obésité, le projet de soins est individualisé et coconstruit ensemble.
- **Accéder par un dialogue structuré** (questions ouvertes) au vécu et à l'expérience de la personne, à ses connaissances, représentations, valeurs, à son ressenti, à l'expression de ses besoins, de ses projets, de ses priorités, de ses attentes et préférences quant au projet de soins et d'accompagnement :
 - choisir ses mots pour parler de la corpulence, de l'alimentation, de l'exercice physique : construction d'un langage commun, approprié, respectueux, non stigmatisant. Les mots peuvent blesser ;
 - être vigilant quant à sa communication non verbale ;
 - choisir des supports de communication non stigmatisants (brochures/affiches, etc.) ;
 - être attentif aux répercussions émotionnelles d'une situation de surpoids ou d'obésité : elles peuvent être le témoin d'une souffrance qui peut interférer avec le traitement de l'obésité, l'engagement ou la motivation de la personne ;
 - être attentif au vécu du parcours antérieur ou présent de la personne, à ce qu'elle considère comme un échec et/ou comme une réussite, sa définition d'un soutien efficace.

Expliquer que le projet de soins et d'accompagnement est défini de manière conjointe et est personnalisé, inscrit dans un parcours souvent long

- Placer la personne en situation de réussite et non d'échec : convenir ensemble d'objectifs réalistes, atteignables, adaptés au contexte de vie, progressifs et pouvant être maintenus dans le temps, révisables.
- Toujours valoriser toute forme d'engagement et de réussite.
- Le projet de soins ne se résume pas à un objectif d'équilibre entre les dépenses énergétiques et les apports nutritionnels et les injonctions comme « mangez moins », « bougez plus », « ce serait utile de... ». Expliquer que perdre du poids ne permet pas toujours de résoudre les causes ou problèmes sous-jacents.
- Utiliser des techniques de renforcement positif et proscrire l'utilisation de techniques négatives fondées sur un sentiment de honte, une insatisfaction à l'égard du corps, la peur des complications.

- Expliquer que les écarts aux objectifs formulés ensemble peuvent survenir. La personne sera aidée à reprendre ses engagements après une évaluation en commun de la situation.

Aider l'entourage proche dans la compréhension de son attitude : une préoccupation trop importante ou des critiques à propos de la corpulence, de la morphologie, de l'alimentation, peuvent entraîner un mal-être, des perturbations de l'alimentation ou des troubles du comportement alimentaire, et n'aident pas la personne.

2.4.3. Favoriser l'accessibilité et le confort de l'environnement des soins

- L'environnement de soins en ville, en établissement de santé, doit être adapté et confortable, permettant d'accueillir, de réaliser des examens cliniques et d'imagerie, des soins, de l'activité physique adaptée, à toute personne quelles que soient sa corpulence et sa circonférence abdominale (47, 52).
- En cas d'orientation dans un service de soins ou un établissement, il convient de s'assurer de la disponibilité d'un matériel adapté à la corpulence.
- L'accès à un transport adapté doit permettre à la personne de recevoir les soins nécessaires à son état de santé.
- Les locaux et en particulier les sanitaires, la salle d'attente, les pièces de consultation, d'examen ou de soins, doivent être suffisamment spacieux et être équipés de fauteuils sans accoudoirs, de chaises larges et confortables, de fauteuils pour les soins dentaires, de tables d'examen permettant le décubitus latéral, notamment pour les examens gynécologiques, de poignées ou de barre d'aide au relevage.
- Le matériel de soins devrait être adapté à toute corpulence et disponible (balance, brassard de mesure de la pression artérielle, tapis de marche, vélo, etc.).
- Des chemises d'examens ou de soins adaptées à la corpulence devraient être disponibles.
- En établissement de santé, les équipements des blocs opératoires, le matériel d'imagerie médicale (scanner, IRM, tables d'endoscopie, etc.), les lits d'accouchement adaptés à des corpulences importantes devraient être disponibles ou mis à disposition rapidement grâce à une mutualisation (brancard, fauteuil roulant, lit, matelas, plate-forme de pesage, matériel de manutention, dispositif anti-escarres).

2.4.4. Reconnaître la stigmatisation et accompagner la personne

Il est préconisé que le médecin qui suit la personne, ainsi que tout professionnel qui intervient dans le parcours, repère des signes ou des conséquences d'un processus de stigmatisation et/ou d'auto stigmatisation chez une personne en surpoids ou en obésité (Encadré 8).

L'accès au vécu et à l'expérience est possible si est sollicité un « récit de soi » narratif (53), relatif à la trajectoire de vie temporelle avec la maladie : se raconter est le moyen le plus simple de mettre en forme de manière active son vécu et son expérience, de les rendre intelligibles à autrui, de s'y faire reconnaître dans son identité propre, avec sa souffrance, comme d'ouvrir l'espace d'une coconstruction subjective d'une trajectoire de soin (54).

Le concept de « rétablissement personnel » a été avancé pour permettre à la personne en situation d'obésité de reprendre le contrôle de sa propre santé et de sa vie par un accompagnement des conséquences physiques, mentales et sociales de l'obésité une fois celles-ci évaluées (34).

Encadré 8. Reconnaître une (auto)stigmatisation et accompagner la personne

- Solliciter un « récit de soi » narratif pour accéder de manière active au vécu et à l'expérience de la personne après avoir établi un lien de confiance.
- Écouter la personne sur la manière dont elle vit sa situation de surpoids ou d'obésité, les valeurs attribuées à la corpulence, notamment culturelles et dans le cadre de migrations de population.
- Comprendre la manière dont l'obésité s'est constituée, comment l'obésité s'inscrit dans l'histoire de la personne, les éléments explicatifs même irrationnels, ses représentations, son identité, le sens donné à la maladie obésité.
- Rechercher dans son discours les signes pouvant évoquer un processus de stigmatisation perçu ou vécu, des conflits de valeurs ou de loyauté envers un groupe social d'appartenance (en présence d'un surpoids ou d'une obésité, mais aussi après une perte de poids importante).
- Reconnaître et prendre en compte le fait que certaines personnes ont pu avoir des expériences négatives avec des soignants.
- Rechercher les expériences passées stigmatisantes et leurs conséquences qui peuvent être de nature :
 - émotionnelle : éprouver un sentiment de honte et se faire des reproches, avoir des pensées négatives, avoir le sentiment de ne pas être accepté et respecté comme toute autre personne, ressentir une vulnérabilité qui est source de stress, d'anxiété, de dépression, de pensées suicidaires et de troubles du comportement alimentaire ;
 - psychologique : perdre son estime de soi, avoir une insatisfaction vis-à-vis de son corps, une faible confiance en soi, avoir un sentiment d'inutilité et de solitude, des pensées suicidaires et des passages à l'acte, une dépression, une anxiété et d'autres troubles psychologiques ;
 - comportementale : se sentir impuissant et incapable d'adopter des comportements en faveur de sa santé ; générer des comportements inadaptés comme des crises de frénésie alimentaire, d'hyperphagie, de boulimie, un abandon de l'activité physique ;
 - physiologique : les états de stress chronique, l'insuffisance de sommeil, l'irrégularité des repas peuvent entraîner un gain de poids ([Obésité – Inserm, La science pour la santé](#)) ;
 - sociale et familiale : entraîner des attitudes subies eu égard aux attentes des autres, éviter les interactions avec les professionnels de santé par peur d'être blâmé, jugé ou de ressentir de la honte, une altération des relations familiales, une peur d'être exclu de son milieu social, de travail ou de formation ;
 - financière et économique ;
 - autostigmatisation, conséquence d'une stigmatisation, pouvant se traduire par : une perte d'estime de soi, de confiance en soi, un retrait de la vie sociale, un phénomène de discrimination anticipée, la personne s'abstenant de certaines actions car elle s'attend à un refus, un échec.
- Travailler et aider la personne à restaurer ou augmenter son estime de soi.
- Présenter à la personne le soutien d'un psychologue, d'un psychiatre, lorsque ni elle, ni le médecin qui la suit n'ont les ressources nécessaires pour faire face à la situation.
- Proposer une mise en lien avec un patient-ressource, une association d'usagers (espace de parole).

3. Préciser et expliquer le diagnostic de surpoids ou d'obésité

3.1. Expliquer le diagnostic et les étapes suivantes du parcours

- ➔ **Proposer une consultation dédiée et longue, en plusieurs fois, si nécessaire, pour :**
 - éclairer la personne sur son état de santé ;
 - expliquer le diagnostic, le retentissement du surpoids ou de l'obésité sur la santé, la présence de complications le cas échéant ;
 - comprendre les déterminants individuels du surpoids ou de l'obésité grâce à une évaluation plus approfondie ;
 - l'éclairer sur les éventuelles investigations à réaliser ou orientations vers un professionnel de santé pour explorer plus finement la situation, et construire ensuite avec elle un projet de soins personnalisé.
- ➔ **Faciliter le dialogue et s'assurer d'une bonne compréhension des informations délivrées** (encadré 9).

Encadré 9. Principes de communication

Écouter la personne avec empathie et sollicitude : avoir une attitude non stigmatisante, prévenir tout sentiment de culpabilité et de fatalité, tout particulièrement si d'autres membres de la famille sont en situation de surpoids ou d'obésité, accéder par le dialogue au sens et à la valeur qu'elle attribue à la situation de surpoids ou d'obésité, s'appuyer sur ses représentations et ses croyances, chercher à comprendre ce qui est important pour elle, ses attentes, ses priorités du moment.

Choisir ses mots pour éviter de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser et construire un langage commun pour parler de la corpulence, de la maladie obésité.

Utiliser des démarches et des outils permettant :

- de s'assurer que les informations reçues par la personne sont retenues et bien prises en compte, par exemple : « Faire dire – communiquer avec son patient » (55) ;
- de communiquer avec les personnes qui ont des difficultés à traiter de l'information en santé : littératie, numératie et résolution de problèmes (56) (<https://www.ahrq.gov/health-literacy/index.html>) (57) ;
- d'accompagner un illettrisme électronique ;
- d'assurer l'information et d'accompagner le consentement libre et éclairé des personnes qui parlent peu ou pas le français par l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé (58) ;
- de renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes grâce à de la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soin : un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » (59), par exemple pour être aidé lors de la prise de rendez-vous, accompagné à une consultation, être aidé dans l'adaptation des changements à apporter à ses habitudes de vie dans un environnement culturel spécifique.

3.2. Réaliser un examen clinique, rechercher un retentissement et des complications

3.2.1. Examen clinique

- Confirmer le diagnostic de surpoids ou d'obésité. Interpréter l'IMC selon les seuils internationaux.
- Réaliser un examen clinique complet (Tableau 1).
- Explorer les plaintes, les gênes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne, les situations de handicap fonctionnel, la qualité de vie du point de vue de la personne.
- Débuter l'exploration de la situation (encadré 10).
- Faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir ensuite pour accéder à la compréhension des facteurs en lien avec le surpoids ou l'obésité (chapitre 4).

Encadré 10. Débuter l'exploration de la situation de surpoids ou d'obésité

Retracer l'évolution de la corpulence

- Stabilité du poids ou gain de poids depuis les dernières mesures.
- Âge de début de la prise de poids (enfance, adolescence, âge adulte).
- Variation récente de la corpulence ou prise de poids progressive au cours de la vie.
- Tentatives antérieures de perte de poids : succès, échecs.
- Fluctuations de poids : phénomène associé à des régimes successifs (effet yo-yo), rebonds pondéraux.
- Poids de forme : celui dans lequel la personne se sent bien physiquement et psychologiquement.
- Poids maximum atteint au cours de l'histoire pondérale.

Explorer les circonstances pouvant être associées à la prise de poids

- Changements du mode de vie ou du contexte de vie, changements dans la vie personnelle (séparation, divorce, deuils, etc.).
- Tentatives antérieures de perte de poids et leurs résultats : regain pondéral, résistances métaboliques à la perte de poids.
- Facteurs de stress : maltraitance physique, psychologique, sexuelle (abus, inceste tout particulièrement dans l'enfance).
- Signes d'auto stigmatisation, difficultés psychologiques, familiales, sociales.
- Signes de perturbations de l'alimentation, de troubles du comportement alimentaire.
- Prise de médicaments ayant un impact sur le gain de poids.

Identifier un risque cardiovasculaire associé à l'obésité (mesure indirecte de l'abondance de l'adiposité viscérale) : mesure du tour de taille. Un risque est présent si la mesure du tour de taille est ≥ 94 cm chez l'homme et ≥ 80 cm chez la femme (en dehors d'une grossesse).

3.2.2. Examens biologiques

- Prescrire chez toute personne, quel que soit son IMC : un bilan biologique systématique (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 (Tableau 1).

En dehors de la chirurgie bariatrique, d'une perte de poids massive ou d'une symptomatologie évocatrice (caractéristiques cliniques, éventuellement en lien avec une carence en micronutriments), il n'y a pas d'indication de dosage systématique des vitamines et des minéraux chez la personne en situation d'obésité (vitamine C, acide folique, vitamines B1, B12, ADEK, fer, zinc, etc.) (3, 60).

Tableau 1. Évaluation clinique et explorations complémentaires (3, 61)

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 (61)
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
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 algo-fonctionnel : auto-évaluation de la douleur avec le questionnaire Western Ontario et McMaster (WOMAC) (62) (si point d'appel) ; évaluation de la gêne fonctionnelle (indice algo-fonctionnel de Lequesne) ⁷
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 ») (https://euroqol.org/), SF-36 (Short Form-36) et sa version courte SF12 Qualité de vie et alimentation (impact physique, impact psychosocial, vie sexuelle, bien-être alimentaire et vécu du traitement diététique) (63)
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

⁷ 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-partie-i-prise-en-charge-medicale

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 (64) Alimentation émotionnelle (DSM-5)

Explorations complémentaires selon les signes cliniques et l'IMC

Dépistage d'une obésité de cause rare	S'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques en ligne Obsgen https://redc.integromics.fr/surveys/index.php?s=3HJPWN49_ER Se référer au protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) (65)
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 (66) 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 (67)
Troubles du sommeil et des 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/nuite) Dyspnée d'effort, asthme Dépistage systématique du SAHOS (le plus fréquemment par polygraphie ventilatoire) : <ul style="list-style-type: none"> – si IMC ≥ 30 kg/m² associé à des signes cliniques évocateurs (incluant une hypertension artérielle nocturne ou résistante au traitement) – si IMC ≥ 35 kg/m² même en l'absence de signes cliniques évocateurs ou de troubles du sommeil Dépistage systématique d'un syndrome obésité hypoventilation par mesure des gaz du sang artériel : si IMC ≥ 35 kg/m ² ; si IMC ≥ 30 kg/m ² et SaO ₂ < 94 % ; si IMC ≥ 30 kg/m ² et présence d'un syndrome restrictif [capacité pulmonaire totale (CPT) < 85 %] EFR (avec mesure des volumes et des débits) si IMC ≥ 30 kg/m ² et dyspnée de repos ou lors d'un effort léger ; si IMC ≥ 35 kg/m ² et SAHOS ; si IMC ≥ 40 kg/m ²
Recherche d'un reflux gastro-œsophagien	Brûlures, douleur, remontées acides ou amères, douleurs ou brûlures rétro-sternales, pyrosis, toux inexplicite, régurgitations alimentaires
Dépistage d'une stéatohépatite non alcoolique	Systématique en cas d'IMC ≥ 30 kg/m ² : 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 Si présence de stéatose non alcoolique à l'échographie, dépister une fibrose hépatique par mesure des scores NAFLD Fibrosis Score (https://www.mdcalc.com/naflid-non-alcoholicfatty-liver-disease-fibrosis-score) ou Fibrosis-4 index (FIB-4) (https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinicalcalculators/fib-4) à partir d'un bilan de base : ASAT, ALAT, GGT, plaquettes, albuminémie : <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

	<ul style="list-style-type: none"> – 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	Systématique en cas d'IMC ≥ 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

3.3. Obésité de cause rare : conduite à tenir et orientation

Les obésités (génétiques ou hypothalamiques lésionnelles) débutent précocement dans l'enfance. Elles sont sévères et associées à des altérations/troubles du comportement alimentaire (TCA), comme une hyperphagie avec altération des signaux de faim, satiété, rassasiement et impulsivité/compulsivité alimentaire.

- ➔ Un document de synthèse spécifique pour le médecin généraliste précise les éléments de diagnostic, d'orientation, de suivi médical, de coordination, de lien avec les proches (annexe 11 du Protocole national de diagnostic et de soins (65)). Les principaux points sont repris ci-dessous.

Diagnostic

Face à un adulte présentant une obésité sévère, associée à des altérations/troubles du comportement alimentaire : une conduite à tenir en deux temps.

- Dans un premier temps : s'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques en ligne Obsgen (<https://redc.integromics.fr/surveys/index.php?s=3HJPN49ER>).
- Dans un second temps : recourir à un avis spécialisé auprès d'un centre de référence maladies rares (CRMR) PRADORT (syndrome de Prader-Willi et autres obésités rares avec troubles du comportement alimentaire)⁸ ou à la filière nationale de santé DéfiScience est nécessaire⁹, conformément au PNDS « Obésités de cause rare » publié en juillet 2021 (65).

Suivi, traitement, soins

- Surveiller : poids, taille, IMC, tour de taille, évolution du comportement alimentaire et autres troubles psychocomportementaux.
- Dépister cliniquement les complications de l'obésité en étant particulièrement vigilant lors de la phase de transition (passage de l'adolescence à l'âge adulte et des soins pédiatriques aux soins adultes) et dans les situations familiales et/ou socioéconomiques difficiles.
- Évaluer, traiter et accompagner les troubles somatiques et le retentissement psychologique et social associés.
- Proposer aux personnes soignées et aux aidants des programmes spécifiques d'éducation thérapeutique dispensés dans les centres de référence.
- Discuter des thérapeutiques médicamenteuses après avis spécialisé.
- La chirurgie bariatrique n'est pas indiquée dans la majorité des cas, compte tenu de la balance bénéfiques/risques défavorable.

⁸ PRADORT (syndrome de Prader-Willi et autres obésités rares avec troubles du comportement alimentaire) <http://www.chu-toulouse.fr/-prader-willi>.

⁹ DéfiScience : <https://www.defiscience.fr>. Liste des CSO : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-d-obesite>. Site des ERHR : <https://www.gnchr.fr/reseau-acteurs-nationaux-regionaux-locaux/les-equipes-relaishandicaps-rares>

Coordination des soins en lien avec l'équipe multidisciplinaire spécialisée dans l'obésité

- Assurer le lien entre les médecins spécialistes.
- Aider à l'organisation des soins et de l'accompagnement.
- Orientation vers un psychologue/psychiatre en cas de trouble du neurodéveloppement.

Rôle de relais auprès de la personne et/ou des proches aidants et/ou des professionnels des services et établissements médico-sociaux, le cas échéant

Des mesures d'accompagnement du comportement alimentaire et de renforcement de l'activité physique, mises en place dans le centre spécialisé, sont relayées par le médecin généraliste :

- contrôler les accès à la nourriture et stabiliser le comportement alimentaire en instaurant un rythme, un cadre alimentaire (ritualiser) ;
- prendre en charge précocement des difficultés comportementales car les TCA s'inscrivent très souvent dans un ensemble global de difficultés comportementales (intolérance à la frustration, difficultés relationnelles, ...) ;
- prescrire l'activité physique adaptée (APA), à mettre en place progressivement, en mettant en avant les notions de plaisir, de bien-être physique et psychique. La famille et l'entourage doivent y être sensibilisés de manière précoce et tout au long de la vie ;
- proposer un séjour de quelques semaines au minimum une fois par an dans un établissement spécialisé en soins de suite et de réadaptation (SSR, futurs SMR : soins médicaux et de réadaptation) est recommandé ;
- assurer une collaboration étroite entre les intervenants et créer des liens avec les acteurs de proximité pour assurer la cohérence de la prise en charge ;
- évaluer les répercussions sur le plan de la santé physique, psychologique, sociale, des aidants, rechercher avec eux des solutions.

3.4. Identifier une dénutrition particulièrement chez une personne âgée en situation d'obésité

Faire le diagnostic de la dénutrition

- ➔ 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 (66).

Confirmer le diagnostic de sarcopénie

- ➔ 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 grasse (67).

Adapter les soins nutritionnels au degré de sévérité de la dénutrition

- ➔ Orienter vers un médecin spécialiste de l'obésité.

3.5. Bilan systématique des habitudes et du contexte de vie au cours de l'évaluation initiale

- **Le médecin généraliste, le médecin spécialiste de l'obésité, ou un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné, notamment un infirmier en pratique avancée** (cf. Fiche 3. Rôle de l'infirmier) **réalisent une première évaluation** du niveau d'activité physique et de la pratique sportive, des comportements sédentaires, des habitudes alimentaires, de la quantité et de la qualité du sommeil, identifient une désorganisation du cycle veille-sommeil et des rythmes de la vie quotidienne, un arrêt non accompagné du tabac, des conduites addictives (alcool, substances psychoactives).
 - Il est important de repérer des signes évoquant des perturbations de l'alimentation ou des troubles des conduites alimentaires (TCA) (Encadré 10, chapitre 3.6) et d'y apporter des réponses adaptées.
- **En fonction des données recueillies, cette évaluation est complétée et approfondie, si besoin, en sollicitant l'expertise d'autres professionnels** : diététicien, EAPA, psychologue, kinésithérapeute, travailleur social, etc. (cf. Chapitre 4 et les fiches sur le rôle des professionnels dans le parcours de soins).

3.5.1. Évaluation des pratiques d'activité physique et des comportements sédentaires

- **L'évaluation explore les éléments suivants** :
 - les habitudes de pratique de l'activité physique et sportive, les modes de déplacement dans le quotidien (trajet à pied ou à vélo par exemple), le comportement sédentaire ;
 - les occasions de pratiquer dans la vie quotidienne (se rendre sur le lieu de formation, au travail en vélo, par exemple, abonnement à un club, à une association sportive), les habitudes de pratique en famille, l'offre et les équipements dans l'environnement ;
 - les difficultés d'accès ou financières à une pratique régulière ;
 - l'évaluation du niveau d'activité physique et du niveau de sédentarité (temps passé au quotidien en position assise ou allongée en dehors des temps de sommeil, le temps consacré aux écrans pour les études ou le travail, les loisirs) en comparaison avec les repères d'activité physique en vigueur (29) ;
 - l'activité physique dans la vie professionnelle (déplacement, port de charges, etc.) ;
 - les aptitudes physiques de la personne, les éventuelles restrictions liées ou non au surpoids ou à l'obésité ;
 - les goûts pour l'activité physique et sportive ;
 - les expériences de pratiques antérieures, les perceptions liées à l'activité physique ou sportive : plaisir, sentiment de compétence, préférences, dégoût, autodépréciation, idées fausses sur l'activité physique (fatigue, peur de se blesser) ;
 - la crainte des moqueries, la stigmatisation en tant que facteur pouvant compromettre la pratique de l'activité physique (68).
- Le questionnaire GPAQ (*Global Physical Activity Questionnaire*), développé par l'OMS et préconisé par le PNNS, permet d'estimer avec la personne soignée le temps passé à différentes activités physiques (travail, déplacements, activités de loisirs, comportement sédentaire) (69). Le questionnaire de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps)

peut également être utilisé (<https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Questionnaire-Onaps.pdf>) (Annexe 3).

- **Si le besoin d'une prescription d'une activité physique adaptée (APA) est identifié**, le médecin généraliste ou autre spécialiste réalise, selon la situation, une évaluation médicale minimale ou une consultation médicale d'APA avant de prescrire. Il apprécie notamment les risques de blessures musculo-squelettiques, les risques en lien avec le surpoids ou l'obésité, le retentissement somatique de l'obésité, les traitements, le risque éventuel d'évènements cardiovasculaires graves à la pratique d'une activité physique (70, 71).

3.5.2. Évaluation de l'alimentation

L'évaluation explore les éléments suivants, en prenant appui sur les repères alimentaires de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) (72) et sur les recommandations de Santé publique France (73) :

- contexte et conditions et environnement des prises alimentaires : maison, restaurant d'entreprise, restauration rapide, seul ou en famille, temps consacré aux repas, régularité des repas (répartition dans la journée, nombre, durée et horaires, activité lors des repas (télévision, usage d'autres écrans, jeux) ;
- évaluation qualitative et quantitative des apports alimentaires en fonction des repères en vigueur : variété et équilibre de l'alimentation (aliments de différentes familles), consommation à chaque repas d'aliments générant la satiété, taille des portions, repas/collations/grignotage, consommation d'aliments denses en énergie, environnement des repas ;
- existence de régimes d'exclusion (sans gluten, sans lactose, végétarien, etc.) ;
- traditions culinaires, goûts alimentaires ;
- perceptions liées à l'alimentation : plaisir, faim, appétit, satiété, rassasiement ;
- rapport aux aliments sucrés, salés, gras, évitement d'achats et de consommation de certains aliments ;
- habitudes personnelles et familiales, culturelles : cuisine faite maison, consommation de produits ultratransformés ;
- connaissances : alimentation et son lien avec la santé, qualité nutritionnelle des aliments, équilibre des repas ;
- recours à des produits de régime, des pratiques de jeûne, des compléments alimentaires non prescrits (vitamines, minéraux, oligoéléments) ;
- perturbations de l'alimentation, troubles des conduites alimentaires (TCA) (chapitre 3.5) ;
- utilisation de stratégies qui permettent à la personne de réguler ses émotions et d'avoir la capacité de résoudre des problèmes, d'adapter son alimentation à des contextes variés (famille, milieu amical, professionnel).

3.5.3. Évaluation du sommeil et des rythmes de vie

Des troubles du rythme circadien sont associés à une augmentation du risque de troubles métaboliques et cardiovasculaires.

La classification internationale des troubles du sommeil distingue différents types de troubles des rythmes circadiens du sommeil, dont les plus fréquents sont : l'avance de phase (endormissement et réveil tôt, le retard de phase (endormissement tardif et éveil spontané en fin de matinée, s'ils en ont la possibilité, fréquents chez les jeunes adultes, le libre cours, phénomène fréquent chez les personnes aveugles, mais mal diagnostiqué et traité) ([Chronobiologie – Inserm, La science pour la santé](#)).

L'évaluation concerne :

- la quantité et la qualité du sommeil : recherche d'une désorganisation du cycle veille-sommeil, d'une association entre l'exposition aux écrans et la perturbation du sommeil ;
- une différence dans les habitudes de sommeil entre les jours de travail et les jours de congés, dont les fins de semaine, avec une irrégularité du rythme éveil-sommeil au cours de la semaine (*jet lag social*) ;
- les rythmes de la vie quotidienne : régularité ou désorganisation.

Un questionnaire d'évaluation du sommeil, développé par le réseau Morphée (www.reseau-morphee.fr), peut être utile. Il s'adresse exclusivement aux personnes adultes souffrant de troubles du sommeil depuis plus de 3 mois.

3.6. Repérer les signes de perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires

Il est important de repérer systématiquement des signes évoquant des perturbations de l'alimentation ou des troubles des conduites alimentaires en se référant au DSM-5 (Encadré 11). Une orientation, selon le tableau clinique, vers un psychologue ou un psychiatre spécialiste des TCA peut être nécessaire pour explorer plus avant la situation et proposer une approche thérapeutique en complément d'un accompagnement par un diététicien (64).

Encadré 11. Savoir repérer les perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires (TCA)

Penser à des perturbations de l'alimentation face à des signes cliniques d'appel :

- hyperphagie prandiale : manger de grandes quantités de nourriture au cours des repas en décalage avec les besoins énergétiques ;
- tachyphagie : manger beaucoup plus rapidement que la normale ;
- alimentation émotionnelle : modulation de la prise alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel (plaisir, récompense, consolation, stress, fatigue, ennui) plutôt qu'à un ressenti sensoriel (faim, appétit, envie, satiété, rassasiement) ;
- manger seul ou en cachette (gêne de la quantité de nourriture que l'on absorbe ou des aliments déconseillés), se sentir dégoûté de soi-même, triste ou coupable après avoir mangé ;
- restriction cognitive ou contrôle de l'alimentation pour réduire volontairement la quantité de nourriture ingérée avec, parfois, une alternance avec des épisodes de désinhibition, entraînant une prise de poids ;
- prises alimentaires en dehors des repas et leurs caractéristiques : grignotage continu de petites quantités d'aliments toute la journée (n'est pas considéré comme de l'hyperphagie boulimique), compulsions (*craving*) : envie irrésistible de manger un aliment souvent apprécié en quantité limitée, sans frénésie, sans perte de contrôle.

Penser à des troubles des conduites alimentaires (TCA) face à des signes cliniques d'appel comme (DSM-5) (64) :

- épisodes récurrents d'hyperphagie boulimique (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint (moins de 2 heures), associés à un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise, qu'il y ait ou non des vomissements associés ;
- demande de régime amaigrissant ou de perte de poids ; habitudes alimentaires restrictives, exclusions alimentaires ;
- inquiétude de l'entourage (conjoint, enfants) face au comportement alimentaire ou à des variations de poids.

Explorer avec tact les habitudes alimentaires et culturelles de la famille, le contexte et l'environnement de la prise de repas, leur lien avec le développement ou le maintien d'un surpoids ou d'une obésité individuelle ou familiale. Les stratégies d'accompagnement familial, en particulier lorsque l'obésité concerne plusieurs membres de la famille, sont rares. Elles seraient à développer et à évaluer.

Pour les perturbations de l'alimentation : un accompagnement psychologique en plus d'une approche nutritionnelle (diététicien ou médecin spécialiste de l'obésité) peut être proposé pour un travail sur les comportements et l'amélioration de l'alimentation.

Pour les TCA : les soins proposés doivent inclure une prise en charge des TCA, des comorbidités psychiatriques et une prise en compte du contexte psychosocial. Ils incluent, selon les besoins de la personne, des approches psychothérapeutiques adaptées et, si nécessaire, un traitement psychotrope dans le cadre d'une approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale) (64).

3.7. Repérer, évaluer, accompagner précocement les difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque

→ **Un bilan psychologique est un élément essentiel de l'évaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité**

Le médecin généraliste doit déceler précocement d'éventuelles difficultés psychologiques, un retentissement moral de la situation de surpoids ou d'obésité, ainsi que d'éventuels troubles du comportement alimentaire ou des conduites addictives, car pouvant interférer avec le traitement de l'obésité ou la motivation de la personne.

Les signes suivants doivent alerter : dévalorisation de sa propre image corporelle, sentiment d'être stigmatisé, mis à l'écart, isolement social, troubles de l'humeur, versant anxieux ou dépressif, pensées négatives ayant trait au poids, à l'apparence corporelle et à la nourriture, relations intrafamiliales ou sociales difficiles, présomption de violence ou de maltraitance (physique, psychologique, sexuelle, abus) intrafamiliale ou en dehors, perturbations de l'alimentation, troubles du comportement alimentaire, envies impérieuses, rituels compulsifs de consommation d'aliments, conduites addictives qui comprennent à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites), mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu d'argent, achats compulsifs).

Les troubles dépressifs et bipolaires, la schizophrénie, les effets secondaires de certains médicaments contribuent au développement d'une obésité. L'obésité peut être un facteur de risque du développement de certains troubles mentaux comme les troubles dépressifs (DSM-5).

L'orientation vers le psychiatre peut être une urgence

Des situations urgentes doivent être reconnues par le médecin généraliste, le psychologue, le médecin de la santé au travail :

- si la souffrance de la personne est très importante avec un retentissement sur le sommeil, des troubles de l'alimentation, notamment une hyperphagie boulimique, un retentissement sur l'état général, la qualité de vie ;
- si la situation évoque un trouble psychiatrique : anxiété, évolution rapide de la courbe de corpulence concomitante à un événement traumatique, une dépression, une idéation suicidaire.

Le médecin généraliste propose d'orienter vers un psychologue ou un psychiatre pour approfondir l'évaluation s'il décèle des signes de détresse psychologique ou de situation urgente, qui nécessitent une évaluation approfondie et une proposition de soins adaptés (cf. Fiche 1. Rôle du psychologue).

- La personne concernée peut également exprimer le besoin de rencontrer un psychologue.
- Cet accompagnement peut également être nécessaire en cours de parcours.
- Les personnes doivent, si besoin, être aidées pour accepter l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre (Encadré 12).

Le médecin généraliste propose d'accompagner vers les ressources spécialisées les personnes désireuses de se soigner ou de réduire leurs pratiques à risque (conduites addictives) et d'adapter le projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

Si la situation de surpoids ou d'obésité ne révèle en premier lieu aucune difficulté psychologique, le psychologue reste en lien avec le médecin généraliste ou l'équipe de la structure de proximité.

Le psychologue ou le psychiatre partagent une synthèse de l'évaluation avec le médecin généraliste et proposent un accompagnement. Celui-ci peut être proposé en complément des autres prises en charge ou de manière prioritaire en fonction de la situation :

- transmission avec l'accord de la personne d'une synthèse des observations ;
- conseils ou appui sur les changements de comportements en relation avec l'alimentation, l'activité physique ;
- sollicitation, si nécessaire, tout au long de la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement, et lors de son évaluation.

Encadré 12. Faciliter l'acceptation de l'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre

Des réticences ou des résistances peuvent être exprimées par la personne : des difficultés psychologiques ou une souffrance psychologique pouvant être minimisées, vécues comme synonyme de maladie psychiatrique, l'aide perçue comme stigmatisante, sans utilité ou inefficace.

Le médecin généraliste, l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné, le cas échéant le médecin de la santé au travail, aident la personne à :

- mettre des mots et prendre conscience de ses difficultés psychologiques ou d'une souffrance en lien avec sa corpulence, une insatisfaction vis-à-vis de l'image corporelle, une estime de soi ou une confiance en soi ébranlées, une instabilité de l'humeur, des répercussions sur l'alimentation et les relations sociales, un bien-être ou une qualité de vie altérés ;
- comprendre que les difficultés ou la souffrance psychologique sont légitimes et reconnues par le soignant, qu'il y accorde une attention particulière ;
- comprendre qu'elle n'a pas les ressources toute seule pour faire face à ses difficultés ou sa souffrance et qu'une aide est possible pour se sentir mieux ;
- accepter que cette aide vienne d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Le médecin généraliste peut également aider l'entourage proche (conjoint) à prendre conscience des difficultés ou de la souffrance de la personne concernée et de leur légitimité, à exprimer ses préoccupations, à percevoir le besoin d'une aide et à accepter que cette aide vienne d'un psychologue ou psychiatre :

- le médecin généraliste présente les professionnels de proximité, explique le dispositif d'accès et de remboursement¹⁰ et rassure sur le lien de confiance avec le professionnel que la personne soignée choisira ou vers lequel il propose l'orientation ;
- il propose une mise en lien par une prise de contact. S'il sent la personne réticente, il lui propose d'y réfléchir et d'aborder le sujet lors de la prochaine consultation de suivi.

3.8. Repérer, évaluer, accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale

Le médecin généraliste et tout autre professionnel impliqué dans le parcours de la personne peut repérer une vulnérabilité sociale et orienter vers le travailleur social (cf. Fiche 2. Rôle du travailleur social).

- Les services sociaux jouent un rôle dans l'évaluation des difficultés sociales, économiques et, plus largement, de toutes formes de vulnérabilité.
- Le travailleur social réalise un diagnostic sur le plan social et met en place si besoin un plan d'accompagnement. Toute proposition doit recueillir l'adhésion de la personne concernée.
- Le lien entre le travailleur social et le médecin généraliste ou les professionnels d'une structure pluriprofessionnelle de proximité ou spécialisée dans l'obésité est essentiel pour échanger des informations, alerter le cas échéant, apporter des conseils, un appui ou des solutions.
- Les services sociaux accompagnent les personnes grâce à un dispositif de suivi défini avec elles aussi longtemps qu'elles en ont besoin.

¹⁰ Dispositif d'accès et de remboursement à des séances de psychologue monpsy.sante.gouv.fr

4. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le diagnostic du surpoids ou de l'obésité

Plusieurs recommandations de bonne pratique proposent d'évaluer globalement la situation de la personne en surpoids ou en obésité en faisant appel, si nécessaire, à une approche pluriprofessionnelle pour personnaliser le traitement et répondre aux besoins de chaque personne (3, 62, 74, 75).

Il est essentiel d'aller au-delà des seules mesures du poids, de la taille, de l'IMC pour comprendre l'histoire individuelle et familiale, identifier les problématiques, le retentissement du surpoids ou de l'obésité sur la santé globale, les besoins et les attentes de la personne et y répondre de manière personnalisée.

4.1. Objectifs de l'évaluation multidimensionnelle

L'évaluation multidimensionnelle initiale et en cours de parcours a pour principal objectif : d'évaluer l'ensemble des dimensions pouvant être en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité afin de définir la complexité de la situation et coconstruire un projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

- ➔ **Il est préconisé d'expliquer les objectifs de la démarche, d'adopter une posture éducative** consistant à rendre formative cette évaluation en permettant à la personne concernée d'y prendre un rôle actif ainsi que dans ses apprentissages (76).

Ses objectifs spécifiques sont de :

- faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir ;
- évaluer la compréhension que la personne et le cas échéant ses proches ont de la situation, des enjeux des soins et de l'accompagnement ;
- rechercher les éléments qui font obstacle à la prise en charge, les points d'appui, les ressources à disposition ;
- évaluer la réceptivité de la personne au projet de soins et d'accompagnement, ses attentes, sa motivation à s'engager dans cette démarche de soins.

4.2. Dimensions à explorer

Les dimensions à explorer sont présentées dans la figure 1.

Des repères sont proposés pour guider l'exploration de chacune des dimensions et orienter, le cas échéant, vers l'expertise d'un ou plusieurs professionnels, pour approfondir ou compléter cette évaluation (annexe 1).

Les dimensions ne sont pas classées ou hiérarchisées par ordre d'importance. Le professionnel est libre d'explorer, à partir de ses premiers constats, une ou plusieurs dimensions qui semblent prioritaires pour lui et/ou pour la personne.

Évaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité



Figure 1. Dimensions d'évaluation initiale ou en cours de parcours d'une situation de surpoids ou d'obésité

4.3. Dans un premier temps, le médecin généraliste met en œuvre l'évaluation

L'exploration globale des dimensions possiblement en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité est menée **en premier lieu** par le médecin généraliste. Il peut être aussi sollicité en ce sens par le médecin de la santé au travail, le service de la santé scolaire ou universitaire.

- ➔ Cette exploration initiale peut être partagée avec un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné, pour être approfondie (cf. Fiche 3. Rôle de l'infirmier).

Dans un second temps, le médecin fait appel, selon les besoins évalués, aux compétences d'autres professionnels de proximité, au mieux formés à l'obésité.

Plus largement, tout professionnel impliqué dans les soins et l'accompagnement :

- doit être sensibilisé aux principales problématiques en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité qui, chez certaines personnes, peuvent se cumuler ou être prévalentes et nécessiter des accompagnements précoces et adaptés (notamment psychologique, psychiatrique, social) ;
- peut, selon ses compétences professionnelles et les limites de son champ d'intervention, repérer un ou plusieurs de ces facteurs ou identifier des problématiques, ou les évaluer en profondeur ou orienter pour rechercher des solutions et répondre aux besoins.

Une démarche similaire d'évaluation est reconduite au cours du parcours, lors de toute évolution de la situation.

4.4. Dans un deuxième temps, recourir à l'appui de professionnels de proximité

L'évaluation globale de la situation individuelle peut nécessiter une orientation vers un ou des professionnels dont l'expertise est requise pour approfondir ou compléter l'évaluation sur une ou plusieurs dimensions émergentes (sanitaire, sociale, médico-sociale, santé au travail, santé scolaire ou universitaire).

- Le médecin s'appuie sur les ressources locales tout en s'assurant de l'accessibilité (géographique et/ou financière) pour la personne. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) régional peut être utilisé.
- Il crée, si besoin, le premier lien avec l'accord de la personne.
- Chaque professionnel impliqué dans l'évaluation de la situation partage les données d'évaluation, utiles aux autres professionnels, avec discernement, tout particulièrement pour les situations de vulnérabilités psychologiques, sociales, économiques, de maltraitance, d'abus.
- Le médecin obtient en retour une synthèse avec des conseils ou des préconisations pour compléter, si besoin, le projet de soins et d'accompagnement.

4.4.1. Situations conduisant à solliciter un diététicien

La personne peut être adressée à un diététicien en cas de (cf. Fiche 4. Rôle du diététicien) :

- besoin d'une évaluation plus fine des habitudes de vie et de ce qui peut faire obstacle aux modifications en particulier de l'alimentation, du contexte et de l'environnement des prises alimentaires ;
- problématique de rééquilibrage de l'alimentation ;
- difficultés à créer un environnement favorable aux changements des habitudes de vie ;
- participation à l'exploration de perturbations de l'alimentation ou de troubles des conduites alimentaires (TCA) ;
- besoin d'une enquête alimentaire (la nécessité d'un chiffrage n'est pas systématique) ;
- recherche de stratégies pour maintenir une balance énergétique adaptée et faire face à des éventuelles modifications de l'appétit et de la sensation de satiété après une perte de poids.

Les interventions proposées visent à améliorer la nutrition, la qualité des repas (quantité, composition, rythme), à accompagner les modifications des habitudes de vie et favoriser leur maintien dans la durée avec l'aide, le cas échéant, des proches qui sont également accompagnés et soutenus. Un travail sur les dimensions sensorielles et émotionnelles de l'alimentation pourra être proposé.

En cas de TCA, le diététicien participe systématiquement à l'approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale, et familiale) (64).

Le diététicien peut être amené à travailler sur les comportements, en lien avec un psychologue ou un psychiatre, selon le tableau clinique.

4.4.2. Situations conduisant à solliciter un enseignant en activité physique adaptée

La personne peut être adressée à un enseignant APA en cas de (cf. Fiche 5. Rôle de l'EAPA) :

- besoin d'une évaluation plus fine de la pratique de l'activité physique et des comportements sédentaires ;
- besoin d'une évaluation des capacités physiques et motrices (endurance, souplesse, équilibre) ;
- difficultés à initier, reprendre une activité physique, la poursuivre sur un mode régulier sans aide ou sans mise en lien avec une structure ou un dispositif permettant de pratiquer ;
- mise en œuvre d'une activité physique adaptée (APA) sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste.

Diverses interventions peuvent être proposées : optimisation du mouvement au quotidien, ou programme d'activité physique adaptée individualisé, avec ou sans supervision, organisé par des

associations ou clubs sportifs encadrés par des éducateurs sportifs formés, au besoin dans le cadre d'un dispositif « sport-santé ».

4.4.3. Situations conduisant à solliciter un kinésithérapeute

Les situations d'obésité peuvent avoir un retentissement fonctionnel et/ou douloureux. Un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) peut être prescrit par le médecin généraliste en cas de (cf. Fiche 6. Rôle du masseur-kinésithérapeute) :

- mise en œuvre d'une activité physique adaptée (APA) sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste ;
- besoin d'une évaluation initiale des déficiences et des incapacités fonctionnelles, des douleurs notamment au niveau des articulations ou un lymphœdème handicapant ;
- besoin d'un bilan pour une désadaptation à l'effort ou en cas de dyspnée d'effort ;
- besoin d'un programme de rééducation ou de réadaptation.

Les moyens thérapeutiques les plus appropriés pour répondre aux besoins peuvent être :

- des exercices d'activité physique adaptée et progressifs ;
- des activités en décharge qui peuvent être mieux tolérées ;
- un renforcement musculaire, des étirements, des exercices de proprioception, un travail sur l'image du corps ;
- des exercices pour améliorer la capacité cardiorespiratoire, ou des exercices de force et de résistance, un travail de l'équilibre.

4.4.4. Situations conduisant à solliciter un psychomotricien

La personne peut être adressée au psychomotricien par le médecin généraliste, ou autre spécialiste ou par la structure spécialisée de l'obésité dans les situations suivantes (cf. Fiche 8. Rôle du psychomotricien) :

- un fonctionnement psychomoteur inhabituel, des troubles de la coordination tels que malhabileté, difficultés gestuelles ;
- des troubles du tonus, des troubles du comportement à type de régulation émotionnelle, des signes anxiodépressifs à expression corporelle (stress, tics, tensions musculaires...) ;
- des difficultés relationnelles d'expression des émotions et des sentiments, un repli sur soi, un isolement ;
- des troubles de la représentation du corps entraînant la nécessité de mise en œuvre d'exercices spécifiques de conscience et de réinvestissement du corps afin d'améliorer l'estime de soi, la confiance en soi et développer le schéma corporel ;
- des troubles des fonctions exécutives chez un adulte en situation de surpoids ou d'obésité ;
- la mise en œuvre d'une activité physique adaptée (APA) sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste.

4.4.5. Situations conduisant à solliciter un ergothérapeute

Les situations de surpoids ou d'obésité peuvent entraîner des difficultés à réaliser les activités ou occupations de la vie quotidienne, l'activité physique extérieure, à atteindre toutes les parties de son corps pour se laver, s'habiller, aller travailler ou suivre des études, participer à des activités de loisirs, avoir des relations sociales satisfaisantes.

Des solutions existent pour améliorer le fonctionnement dans les situations de la vie quotidienne, l'autonomie, et plus largement la qualité de vie de la personne.

Un bilan peut être prescrit par le médecin généraliste, ou autre spécialiste ou par la structure spécialisée de l'obésité en cas de (cf. Fiche 7. Rôle de l'ergothérapeute) :

- besoin d'une évaluation pour une limitation fonctionnelle musculaire et articulaire et une perte de participation et d'engagement dans les activités de la vie quotidienne ;
- besoin d'adaptations de l'environnement pour faciliter la vie quotidienne : aménagement et réorganisation du domicile, aides techniques (toilette, habillage, chaussage, déplacement, position assise pour étudier, s'occuper, etc.) ;
- si besoin, une proposition d'interventions à visée rééducative ;
- mise en œuvre d'une activité physique adaptée (APA) sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste.

4.5. Dans un troisième temps, recourir à un médecin spécialiste de l'obésité ou à une structure spécialisée dans l'obésité

Face à des signes ou des arguments en faveur de complications, à un cumul de facteurs associés à la sévérité de l'obésité, l'évaluation de la situation individuelle peut nécessiter d'être complétée d'emblée ou approfondie sur plusieurs dimensions, en s'appuyant sur l'expertise d'un médecin spécialiste de l'obésité ou d'une structure spécialisée dans l'obésité.

Le médecin généraliste oriente vers un médecin spécialiste de l'obésité pour compléter l'évaluation clinique, propose des explorations, évalue le retentissement de l'obésité sur le plan somatique et psychique.

Parmi les motifs de recours à cette expertise, il est important de déceler très précocement d'éventuels facteurs prédictifs de difficultés importantes dans la mise en œuvre du projet de soins, comme : des antécédents de variation de poids (en particulier un effet yo-yo), des perturbations de l'alimentation, des troubles des conduites alimentaires, des troubles psychiques, des comportements très sédentaires, un niveau faible d'activité physique, des perturbations des rythmes de vie, des troubles du sommeil.

Le médecin généraliste ou le médecin ou spécialiste de l'obésité en lien avec le médecin généraliste **orientent vers une structure spécialisée dans l'obésité** en s'assurant de l'accessibilité géographique et/ou financière pour la personne.

Les motifs de recours à cette expertise sont la sévérité de l'obésité avec un cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques, un besoin d'accès à un plateau technique et/ou à des conseils sur le projet de soins et d'accompagnement.

- Le médecin généraliste ou le médecin ou spécialiste de l'obésité recherchent dans leur environnement la structure pluriprofessionnelle la plus à même de mener cette évaluation multidimensionnelle en contactant le centre spécialisé de l'obésité régional (CSO) ou le centre intégré de l'obésité régional (CIO). Ces structures peuvent conseiller le recours à un établissement de santé ou à une structure spécialisée dans la prise en charge de l'obésité ou une équipe mobile spécialisée, ou intervenir elles-mêmes en proposant notamment le recours à un plateau technique. Une visite au domicile ou sur le lieu de vie de la personne peut être utile pour appréhender l'environnement et établir un lien avec la famille ou les professionnels qui prennent soin de la personne dans son lieu de vie.

- Il crée systématiquement le premier lien avec la structure spécialisée dans l'obésité avec l'accord de la personne. Il reste son interlocuteur tout au long de la démarche d'évaluation et d'élaboration du projet de soins et d'accompagnement.
- Le médecin coordonnateur de la structure spécialisée organise l'évaluation de la situation avec les professionnels de son équipe, chacun dans son champ d'expertise.

4.6. Rédiger et partager une synthèse

4.6.1. Échange et partage d'informations

L'échange se définit comme la communication d'informations à un ou plusieurs professionnels identifiés comme participant au parcours de soins. Préalablement à l'échange, le médecin généraliste, tout autre professionnel de santé, professionnel social, médico-social informe la personne de la nature des informations échangées et de l'identité et qualité du professionnel destinataire.

Le partage des informations permet de mettre à disposition de plusieurs professionnels des données utiles à la coordination et à la continuité des soins et de l'accompagnement.

4.6.2. Synthèse écrite

Une synthèse écrite, élaborée par le médecin généraliste, et complétée le cas échéant par la synthèse établie par un médecin spécialiste de l'obésité ou une structure spécialisée dans l'obésité, rassemble l'ensemble des données de l'évaluation globale, du contexte et des conditions de vie de la personne.

Elle intègre les propositions de soins et d'accompagnement prises en commun avec la personne.

Elle est mise à disposition des professionnels de santé impliqués dans les soins et l'accompagnement et partagée dans « Mon espace santé » (MES), dans lequel s'intègre le DMP.

Elle comprend au minimum :

- les données de l'évaluation clinique ;
- les éléments cliniques d'orientation vers un médecin spécialiste ou une équipe spécialisée ;
- les examens complémentaires et leurs résultats ;
- les éventuelles perturbations de l'alimentation ou les troubles des conduites alimentaires ;
- les données d'exploration de l'ensemble des dimensions en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité ;
- les synthèses des bilans d'un ou plusieurs professionnels du champ sanitaire, social ou médico-social ou médecin spécialiste de l'obésité ou structure spécialisée dans l'obésité, sollicités pour compléter l'évaluation ;
- le besoin d'une éducation thérapeutique pour accompagner les changements des habitudes de vie et l'objectif pondéral (si pertinent) sur la base d'une première évaluation qui sera complétée par le ou les professionnels mettant en œuvre l'éducation thérapeutique ;
- les objectifs de changements des habitudes de vie et l'objectif de perte de poids selon la situation de la personne ;
- le projet de soins et d'accompagnement personnalisé, gradué ou modulé en fonction des besoins, les modalités de mise en œuvre et du suivi médical global qui peut être partagé avec un médecin spécialiste de l'obésité ou une structure spécialisée dans l'obésité selon la situation.

5. Définir la complexité de la situation

L'évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle permet de définir la complexité de la situation de surpoids ou d'obésité pour ensuite graduer les soins et l'accompagnement au plus près des besoins, des attentes et des préférences de la personne soignée, qui peuvent être évolutives au fil du temps.

- Trois situations de complexité croissante ont été proposées par le groupe de travail (encadré 13). Elles ont permis de préciser pour chaque situation les objectifs des soins et de l'accompagnement, la coordination, le contenu du projet de soins à personnaliser, le suivi de l'état de santé globale.
- 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 (3).

Encadré 13. Définition des situations de complexité du surpoids et de l'obésité

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 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) 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 du fait d'une obésité massive (IMC ≥ seuil 40 kg/m², classe III) 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 27,5 kg/m² et en obésité à partir d'un IMC à 28 kg/m² (27, 28).

6. Graduer et moduler les soins et l'accompagnement

Graduer et moduler les soins et l'accompagnement consiste à répondre aux besoins de la personne en fonction de la complexité de sa situation en s'appuyant sur une organisation locale structurée (3, 62, 74, 75, 77).

Il s'agit d'assurer le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles tout au long du parcours de la personne concernée.

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.

6.1. Critères de graduation des soins et de l'accompagnement

- Mobiliser les différentes compétences professionnelles et les moyens nécessaires pour répondre aux besoins individuels et proposer une entrée progressive dans le projet de soins tout en construisant une relation de confiance (Encadré 14).

Encadré 14. Critères d'aide à la graduation du projet de soins initial

- Sévérité de l'obésité associée ou non à des maladies somatiques ou psychiques, à des symptômes, des complications, à des répercussions sur la santé et l'autonomie, incidence sur la qualité de vie.
- Cumul de besoins individuels identifiés lors de l'évaluation multidimensionnelle de la situation (cf. Figure 1) et les objectifs personnalisés de soins et d'accompagnement qui en découlent.
- Besoin de mobiliser les compétences variées et complémentaires de professionnels de santé, du champ social et psychologique, en réponse aux besoins identifiés.
- Besoin du soutien d'un ou plusieurs professionnels entre les consultations et/ou les soins.
- Besoin d'impliquer les proches : tout particulièrement pour accompagner les changements des habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique.
- Besoin d'une coordination du parcours au-delà de la coordination habituelle par le médecin généraliste : appui d'un référent de proximité et/ou appui ou coordination partagée avec un médecin spécialiste de l'obésité, ou une structure spécialisée dans l'obésité.

6.2. Organiser des temps de coordination et de concertation

La coordination des interventions et la concertation entre les intervenants sont nécessaires, quelle que soit la situation, pour s'accorder de manière claire sur la répartition des rôles de chacun.

- **Si la situation est non complexe (surpoids ou obésité sans complications), le médecin généraliste assure la coordination** des soins et de l'accompagnement. Il peut partager ou confier cette mission à un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.
- **Si la situation est complexe, 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, avec l'appui d'un référent de proximité s'il a été désigné. **La coordination peut être partagée** avec un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné (protocole de coopération ou pratique avancée). **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**.

- **Si la situation est très complexe : recourir d'emblée à une structure spécialisée dans l'obésité et à un centre de référence maladies rares le cas échéant. La coordination des soins et de l'accompagnement est réalisée par un médecin d'une structure spécialisée** dans l'obésité en lien avec le médecin spécialiste (selon la maladie chronique que l'obésité vient aggraver), le médecin généraliste et l'infirmier de pratique avancée, qui peut être le référent de proximité s'il a été désigné. **L'organisation et l'animation d'une RCP et l'élaboration d'un plan individualisé de coordination en santé**, par exemple le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) (78), **sont nécessaires** à la hiérarchisation des objectifs thérapeutiques, au choix des interventions et au suivi. Ce plan auquel sont associés l'ensemble des professionnels ayant participé à l'évaluation de la situation permet de veiller à la cohérence des messages et d'éviter la juxtaposition des interventions.

Un carnet de liaison ou un outil numérique peut être proposé à la personne. Il est le support de son parcours de soins, de son expérience et de son vécu. Il est partageable avec les soignants.

6.3. Désigner un référent de proximité dans les situations complexes ou très complexes

- ➔ **Le besoin de désignation d'un référent de proximité (au sein de l'équipe de soins) doit être régulièrement évalué** pour répondre à un besoin de coordination complémentaire à celle du médecin qui suit la personne soignée et soutenir son engagement, le cas échéant, un proche ou un professionnel d'un établissement ou service médico-social.
- ➔ **Le référent est désigné par le médecin qui assure la coordination des soins** en concertation avec les professionnels impliqués dans le parcours de soins.

Le rôle du référent de proximité dans les situations complexes ou très complexes 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 (sanitaire, social et médico-social). 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 (généraliste et autres spécialistes) entre les intervenants et la personne. Il prend l'initiative de contacter la personne 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.

6.4. Critères de modulation des soins et de l'accompagnement

- ➔ Poursuivre les soins et l'accompagnement en adaptant la nature, l'intensité des soins et de l'accompagnement, les intervenants, en proposant, si nécessaire, des explorations et/ou des examens complémentaires en fonction de l'évolution de la situation individuelle et de son évolution, et de l'atteinte des objectifs (Encadré 15).

Évolution favorable de la situation : réussites, atteinte des objectifs personnalisés, amélioration des difficultés psychologiques, de la situation sociale

- Par exemple, effets positifs d'un accompagnement psychologique sur le bien-être, l'image de soi, la confiance en soi, la qualité de vie, les relations intrafamiliales, sociales, professionnelles, et/ou des vulnérabilités sociales.
- En fonction de la complexité de la situation : effets d'un traitement des complications ou des comorbidités somatiques, psychiques, du soulagement des symptômes, des adaptations pour faciliter la vie quotidienne, le travail, ou la formation.
 - ➔ **Passage à un projet de soins moins intense ou impliquant une équipe plus restreinte de professionnels :**
 - diminution de la fréquence des interventions ou des moyens mis en œuvre ;
 - suivi régulier maintenu permettant une souplesse de réaction, si besoin.

Évolution moins favorable de la situation : insuccès, difficultés à atteindre les objectifs personnalisés

- Insuffisance d'efficacité des soins et de l'accompagnement initiaux (en dépit de l'amélioration des habitudes de vie ou d'une stabilisation du poids ou d'une perte de poids).
- Apparition de facteurs de risque pour la santé ou de complications de l'obésité.
- Perte de poids insuffisante ou trop lente pour améliorer l'état de santé, améliorer l'état fonctionnel et la participation aux activités de la vie quotidienne, faire diminuer les complications de l'obésité.
- Regain pondéral après plusieurs mois de perte de poids et/ou stabilisation du poids en plateau avec difficultés à poursuivre la perte de poids dans l'année qui suit les modifications effectives des habitudes de vie (alimentation, activité physique notamment).
- Apparition ou reprise des perturbations de l'alimentation ou des troubles des conduites alimentaires (TCA).
- Difficultés d'adhésion et de prise régulière des traitements médicamenteux (traitement des complications, traitement de l'obésité).
- Difficultés d'implication et d'engagement de la personne sans soutien rapproché.
 - ➔ **Passage à un projet de soins plus intense, différent ou complémentaire**, en termes de profil de professionnels impliqués ou de structure spécialisée sollicitée, de contenu ou de fréquence des soins et de l'accompagnement, de modalités de suivi.

6.5. Être attentif à une période critique : la transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes

Pour l'obésité, le moment de la transition de l'adolescence vers l'âge adulte est une période charnière en termes de santé, notamment parce qu'un certain nombre d'habitudes de vie et une autonomie sont acquises durant la période allant de l'adolescence à l'âge adulte.

La transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes devrait être poursuivie pour assurer la continuité et éviter les ruptures du parcours, consolider les réussites et maintenir les objectifs du projet de soins dans les priorités des jeunes adultes. Le passage des soins pédiatriques aux soins adultes peut parfois être retardé au-delà du repère d'âge de 18 ans (79).

Cette démarche comporte 4 étapes : **1.** Commencer à sensibiliser l'adolescent(e) et ses parents à la transition vers l'âge adulte, sa nécessité et comment s'y préparer (repère d'âge : entre l'âge de 11 à 14-15 ans) ; **2.** Proposer une évaluation pour aider l'adolescent(e) à prendre conscience de son niveau d'autonomie, et ajuster l'accompagnement aux capacités de l'adolescent(e) (repère d'âge : entre 15 et 16-17 ans) ; **3.** Mettre en œuvre concrètement le passage des soins pédiatriques aux soins adultes : préparer et accompagner longtemps en amont de la première consultation en soins adultes, ce passage sera mis en œuvre concrètement à partir de l'âge de 16 ans, mais peut avoir lieu après l'âge de 18 ans ; **4.** Maintenir les objectifs du projet de soins et notamment les habitudes de vie dans les priorités des jeunes adultes.

7. Points communs des soins et de l'accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité

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

Une démarche de partage de la décision permet à la personne en surpoids ou en obésité et au médecin qui coordonne le projet de soins et d'accompagnement de s'accorder sur un projet de soins personnalisé et planifié dans le temps (Encadré 16).

Encadré 16. Partager la discussion et la décision

Échanger des informations mutuelles pour **s'accorder** avec la personne et un proche, le cas échéant, sur une option de soins à partir de la présentation éventuelle 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.

Coconstruire un projet de soins personnalisé :

- formuler les objectifs de soins avec la personne sous la forme de **critères de réussite** : précis, atteignables et progressifs, faciles à mettre en œuvre, acceptés et révisables ;
- encourager et aider chaque personne, avec le soutien de ses proches ou le cas échéant des professionnels du champ médico-social, 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.

Définir les modalités de mise en œuvre des interventions et de leur évaluation :

- 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, notamment par les associations d'usagers ;
- proposer à la personne un document support du parcours de soins pour y inscrire ses objectifs, ses essais et son vécu afin de faciliter le partage et l'analyse de son expérience (carnet, livret, journal de bord, support numérique).

→ **Si la personne n'est pas prête à s'engager dans le projet de soins, celui-ci peut être différé et les objectifs reformulés.**

7.2. Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement

Les objectifs de soins sont consensuels dans la littérature internationale et française (3, 62, 74, 75, 80).

L'accompagnement est vu, dans ce parcours, comme 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.

→ Objectifs des soins et de l'accompagnement

Quelle que soit la corpulence, l'accompagnement progressif des modifications des habitudes de vie est primordial afin de promouvoir la santé et le bien-être, maintenir une bonne condition physique, accompagner une stabilisation du poids ou une perte de poids si indiqué :

- initiation ou reprise de l'activité physique sur un mode régulier avec, si besoin, une adaptation aux capacités en fréquence et en intensité. Évaluer le besoin d'une prescription d'une activité physique adaptée (APA) et la prescrire après, selon la situation, une évaluation médicale minimale ou une consultation médicale d'APA (70) ;
- 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 faibles (Plan national nutrition santé <https://www.mangerbouger.fr>) ;
- amélioration de l'alimentation, rééquilibrage et variété de l'alimentation, taille des portions ;
- préservation de la qualité du sommeil et des rythmes de vie ;
- création d'un environnement favorable et cohérent pour modifier les habitudes de vie, en lien avec les proches ou les professionnels des établissements médico-sociaux selon le contexte.

Si la perte de poids est nécessaire :

- **personnaliser son objectif** selon la sévérité de l'obésité et son retentissement sur la santé, la mobilité, la qualité de vie, en tenant compte des capacités de réduction pondérale, de l'âge, de l'investissement possible de la personne, de ses attentes ;
- **définir ses modalités d'accompagnement** : progressivité, absence de rebond pondéral, anticipation des difficultés, suivi régulier ;
- **expliquer à la personne les bénéfices attendus d'une perte de poids sur la santé**¹¹ (3).

Traiter les complications fonctionnelles (douleur, troubles respiratoires, incontinence (81), etc.), **psychopathologiques**, en fonction des recommandations en vigueur.

→ Objectifs prioritaires ou menés conjointement selon l'évaluation multidimensionnelle

- Accompagner les **difficultés psychologiques**, traiter les **troubles psychopathologiques**.
- Traiter les **perturbations de l'alimentation**, les **troubles des comportements alimentaires**.
- Traiter les **troubles du sommeil**.
- Accompagner **le rapport au corps** : celui qu'entretient la personne avec son corps, mais également la fonction de celui-ci dans le rapport à l'autre, en abordant l'image du corps, l'insatisfaction corporelle, l'altération de l'image de soi et de l'estime de soi, la vie affective et sexuelle.
- Être vigilant face aux situations où le corps obèse, vécu comme une protection, favorise la stabilité psychique de la personne avec un risque de déséquilibre lors de la perte de poids et des modifications corporelles.

¹¹ Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. 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 (chapitre 4.1. Tableau 35) : 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.

- En cas de perte de poids importante, **aider la personne à s'adapter aux changements de son corps**, à une nouvelle relation à son corps, ce qui peut prendre du temps et nécessiter un accompagnement physique, psychologique, voire un accompagnement des proches (jalousie du conjoint, injonction paradoxale à reprendre du poids, mise en échec de l'entourage, etc.).
- 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.
- Proposer des solutions pour **soulager les symptômes, accompagner le retentissement fonctionnel, faciliter la participation aux activités de la vie quotidienne**.
- 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.

7.3. Accompagner les modifications des habitudes de vie et les soutenir dans la durée grâce à une éducation thérapeutique

Les recommandations internationales préconisent toutes une éducation thérapeutique personnalisée (ETP) dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité (11 recommandations publiées entre 2013 et 2018, bonne qualité méthodologique). Seules 6/11 recommandations internationales proposent des séances éducatives d'aide au maintien des habitudes de vie sur le long terme, grâce à des séances éducatives régulières une fois par mois soit en face-à-face, soit par téléphone, sur une durée d'au moins un an (82).

Les interventions multi composantes personnalisées incluant des stratégies éducatives sont préconisées pour accompagner et soutenir les modifications des habitudes de vie (réponses aux besoins individuels et soutien de l'adhésion au projet de soins) (74, 75, 80, 83, 84).

7.3.1. Les séances d'éducation thérapeutique personnalisées sont efficaces dès le diagnostic de surpoids ou d'obésité

Les recommandations de l'*U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) abordent spécifiquement les bénéfices d'une éducation thérapeutique délivrée principalement en soins primaires à des adultes de plus de 18 ans (IMC moyen > seuil de 33 kg/m²) pour recommander sa mise en œuvre et son maintien dans le temps (recommandation de grade B) (85, 86) (Encadré 17).

Encadré 17. Une éducation thérapeutique fréquente et soutenue dans le temps apporte des bénéfices

Une approche éducative apporte des bénéfices en termes de stabilisation du poids ou de perte de poids (au moins 5 %) maintenues à 12 et 18 mois, grâce à des modifications des habitudes de vie, en particulier la pratique d'une activité physique régulière (80 études de bonne qualité méthodologique). Des contacts réguliers et prolongés permettent de maintenir les effets observés (9 études portant sur des actions éducatives structurées, un suivi régulier ou de consolidation après des actions initiales). Il a été constaté que les personnes ont tendance à reprendre du poids à l'arrêt des séances éducatives, mais moins que les personnes qui n'en ont pas bénéficié.

Les interventions éducatives qui apportent le plus de bénéfices avaient pour caractéristiques d'être régulières : au moins 12 séances ou plus pendant la première année dans les situations de surpoids, et davantage de séances dans les situations de surpoids avec une hypertension ou une dyslipidémie ou avec une glycémie anormale ou un diabète associé ou dans les situations d'obésité. Les séances étaient dispensées par une équipe pluriprofessionnelle selon diverses modalités (séances de groupe, individuelles ou alternées). Elles étaient poursuivies systématiquement dans la durée pour

maintenir les modifications des habitudes de vie, prévenir une rechute, les données de suivi n'excédaient pas 12 à 24 mois (85, 86).

Néanmoins, une souplesse de mise en œuvre est préconisée pour tenir compte de la faisabilité pour la personne soignée, d'autant plus si le projet de soins comprend d'autres interventions. Ainsi, la régularité des séances et de leur suivi prime sur l'intensité des séances (87).

7.3.2. Préconisations pour la mise en œuvre

Dans une situation de surpoids ou d'obésité, une éducation thérapeutique du patient (ETP) est mise en œuvre selon une démarche structurée. Elle est :

- **proposée dès le diagnostic du surpoids ou de l'obésité** pour permettre à la personne de développer ou de mobiliser simultanément deux registres de compétences (autosoins et adaptation ou psychosociales) indissociables dans la vie quotidienne pour gagner progressivement en autonomie (Annexe 2) (19, 74, 88) ;
- **proposée systématiquement** sous forme de séances en individuel, en groupe ou alternées, pour développer des compétences. Le cas échéant, un proche aidant peut être concerné, tout particulièrement si la personne soignée est en situation de handicap ou présente des troubles cognitifs par exemple. Les situations d'obésité familiale pourraient bénéficier d'une approche spécifique ;
- **proposée selon un format personnalisé¹² et une planification souple des séances**, pour tenir compte du vécu et des effets des séances d'ETP antérieures le cas échéant, des possibilités de la personne et des ressources locales. Dans tous les cas, il est essentiel de s'adapter au rythme de la personne ; de laisser le temps nécessaire à l'intégration des changements apportés aux habitudes de vie ; de permettre si besoin une alternance entre les séances d'ETP, les consultations d'un diététicien(ne) et/ou des séances d'activité physique adaptée avec un enseignant en APA, un kinésithérapeute, et/ou des consultations avec un psychologue, selon les besoins de la personne ;
- **soutenue entre les séances**, soit en présentiel ou en télé soin (89), selon les préférences et les possibilités de la personne, afin d'assurer la continuité éducative et soutenir la personne. Les activités éducatives sont poursuivies en lien avec les objectifs définis au préalable dans son projet de soins personnalisé. Si besoin, les compétences à consolider, à adapter ou à développer pourront être priorisées.

Les séances d'ETP à distance permettent de maintenir la continuité éducative, en particulier pour les personnes qui rencontrent des difficultés à se déplacer du fait de leur corpulence ou à accéder à un transport bariatrique, ou qui sont éloignées du lieu de dispensation de l'ETP. Le cadre du télé soin, ses modalités et ses conditions de mise en œuvre concrète sont précisés par la HAS (89).

Un travail éducatif en présentiel peut être complété par des séances à distance sous certaines conditions (téléconsultation ou télé soin) et par des ressources éducatives en autoformation (encore appelées e-ETP). Les séances doivent être préparées en amont, réalisées par un professionnel de santé, un compte-rendu doit être réalisé à l'issue de chaque séance ;

¹² Les formats (activités éducatives ciblées, programme d'ETP) ont comme caractéristiques communes d'être personnalisés, de s'appuyer sur une évaluation individuelle des besoins éducatifs, des connaissances, des compétences de départ, sur des séances dédiées, des méthodes pédagogiques interactives, une évaluation finale qui peut déboucher sur un format d'ETP complémentaire. Ils diffèrent en termes de durée, de moyens, mais peuvent se compléter dans le temps (20).

- **régulièrement évaluée pour nourrir l'évaluation médicale globale de la situation** réalisée par le médecin généraliste, ou le médecin spécialiste de l'obésité ou de la structure spécialisée dans l'obésité et les professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement ; **comprendre où se situent les difficultés** et rechercher des solutions en concertation pluriprofessionnelle ; **prendre des décisions** et proposer selon la situation et les besoins identifiés : une adaptation du contenu ou de la fréquence des séances, un élargissement à d'autres intervenants, et/ou un suivi plus fréquent, pour soutenir la confiance en soi et la motivation, et/ou un accompagnement psychologique ;
- **poursuivie dans le temps** pour renforcer, consolider les compétences développées, maintenir les changements des habitudes de vie et aider la personne à faire face à des difficultés ou à une rechute : proposition de séances selon une fréquence adaptée aux besoins, en présentiel ou à distance (89).

7.3.3. Professionnels ou équipes impliqués dans l'ETP

Différents niveaux d'intervention sont possibles pour les professionnels de santé à la condition que la démarche éducative soit coordonnée par le médecin généraliste ou médecin spécialiste de l'obésité ou par un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné (protocole de coopération ou pratique avancée) ou dans une structure spécialisée dans l'obésité.

- Tout professionnel qui accompagne les modifications des habitudes de vie et tout médecin qui assure les consultations de suivi devraient fonder leur 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, même s'ils ne sont pas impliqués dans la réalisation de séances d'ETP (20, 76).
- L'ETP est réalisée avec l'accord de la personne par des professionnels ou des équipes de soins, organisés entre eux et tous formés à l'ETP et à la problématique de l'obésité :
 - soit par le médecin généraliste et/ou un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné (protocole de coopération ou pratique avancée) lorsque l'apprentissage des compétences ne nécessite pas l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé ;
 - soit par une équipe de proximité comprenant le médecin généraliste ou un médecin spécialiste de l'obésité et/ou un infirmier et d'autres professionnels en fonction de l'évaluation des besoins éducatifs. Une co-animation des séances d'ETP en groupe par deux professionnels ayant des compétences différentes mais complémentaires (par exemple diététicien et EAPA ou diététicien et psychologue) permet d'assurer la cohérence des messages et une synergie d'actions ;
 - soit par une équipe pluriprofessionnelle (structure spécialisée dans l'obésité, établissement de santé) à laquelle la personne en situation d'obésité complexe ou très complexe est orientée pour la mise en œuvre de l'ETP.

L'appui d'un psychologue peut être utile pour guider et soutenir les professionnels dans un travail parfois difficile, en aidant à comprendre les comportements de la personne soignée, ses difficultés, ses baisses de motivation.

7.3.4. Place des patients-ressources

L'intervention d'usagers ou de patients-ressources dans les séances d'éducation thérapeutique est complémentaire de l'intervention des professionnels de santé, quand elle peut être réalisée.

Chaque fois que cela est possible, la conception, la co-animation avec un soignant de séances d'éducation thérapeutique pourraient être enrichies par les retours d'expérience de patients-ressources concernés par une situation de surpoids ou d'obésité. Leur intervention nécessite une formation à l'ETP.

7.3.5. Partage d'informations

Le dossier de la personne doit porter la trace écrite des actions des professionnels intervenant en éducation thérapeutique.

Chaque professionnel doit pouvoir partager et prendre connaissance des informations, les enrichir dans le but de favoriser la continuité et la cohérence des soins et de l'accompagnement :

- synthèses de l'évaluation des besoins éducatifs initiaux et actualisés, des compétences à développer, des contenus à aborder, de la planification des séances ;
- synthèses de l'évaluation des acquis et après une série de séances, et décisions prises avec la personne pour la poursuite de la démarche d'éducation thérapeutique.

7.4. Bien utiliser les dispositifs d'autosurveillance

La santé mobile (ou m-santé) regroupe les pratiques médicales et de santé publique supportées par des appareils mobiles, tels que les téléphones mobiles, les *personal digital assistant* (PDA) et autres appareils sans fil.

- ➔ La santé mobile, bien utilisée, peut aider la personne à suivre ses propres progrès en matière d'activité physique ou d'alimentation (90).

L'utilisation de dispositifs d'autosurveillance (par exemple l'enregistrement du nombre de pas, de l'activité physique par des trackers ou le calcul de la dépense énergétique ou de la ration calorique, les journaux alimentaires) doit être accompagnée par les professionnels dans une démarche pédagogique afin de :

- s'interroger avec la personne sur la pertinence de l'utilisation de tels dispositifs ;
- permettre à la personne d'interpréter les données auxquelles elle aura accès et d'ajuster sa conduite à tenir.

Mais l'autosurveillance peut être source de stress et de mise en échec et ajouter une charge mentale inutile et contre-productive. Elle est à déconseiller chez les personnes qui développent ou reprennent un trouble des conduites alimentaires de type restrictif avec potentiellement des stratégies compensatoires ou ont un comportement d'exercice physique excessif.

7.5. Prendre en compte et accompagner les difficultés psychologiques, sociales, professionnelles

En fonction de l'évaluation initiale ou en cours de parcours :

- solliciter les compétences d'un psychologue, d'un psychiatre pour accompagner les difficultés psychologiques, les conséquences de la stigmatisation effective ou perçue, les troubles psychiatriques, les situations à risque comme toute problématique de maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste) (cf. Fiche 1) ;
- reconstruire l'estime de soi, la confiance en son corps et le sentiment d'auto-efficacité fait partie des soins et de l'accompagnement de toute situation de surpoids ou d'obésité ;
- solliciter les compétences du travailleur social pour accompagner toute forme de vulnérabilité sociale (cf. Fiche 2) ;

- solliciter le médecin du travail pour une adaptation du poste ou des conditions de travail, une situation de difficulté ou de détresse psychologique d'ordre professionnel (cf. chapitre 1.3).

7.6. Évaluer et accompagner le rapport au corps

Le rapport qu'entretient la personne en situation d'obésité avec son corps, mais également la fonction de celui-ci dans le rapport à l'autre doivent être repérés et accompagnés. La personne sera aidée à exprimer le vécu douloureux de la prise de poids.

Une modification subjective peut être recherchée en abordant l'image du corps, l'insatisfaction corporelle, l'estimation corporelle, l'altération de l'image de soi et le rapport à la sexualité. Une prudence sera portée aux situations où le corps obèse, vécu comme une protection, favorise la stabilité psychique de la personne. La perte de poids et les modifications corporelles feront, dans ces cas-là, l'objet d'une vigilance dans le suivi psychothérapeutique (3).

Les conséquences sur la vie sexuelle des femmes et des hommes en situation d'obésité ont été peu explorées, à l'exception d'une large étude déclarative sur le « Contexte de la sexualité en France » (12 000 hommes et femmes de 18 à 65 ans), menée dans le cadre de l'Inserm en 2010 (91). Ainsi, parmi les répondants, 3 651 femmes et 1 488 hommes étaient en situation de surpoids (IMC entre 25 et 30) et 411 femmes et 350 hommes en situation d'obésité (IMC supérieur à 30). Plusieurs problématiques ont été relevées. Cette étude démontre, pour la première fois, le lien entre indice de masse corporelle (IMC) et activité sexuelle, mais aussi entre IMC et santé sexuelle du point de vue de la satisfaction.

Chez les jeunes femmes en situation d'obésité, aucun problème fonctionnel n'était associé à l'obésité, mais chez les moins de 30 ans, on constate moins de consultations pour contraception, moins de recours à la pilule et quatre fois plus de grossesses non désirées que chez les autres femmes. Elles sont plus nombreuses à utiliser des méthodes contraceptives moins efficaces, comme le retrait.

Les femmes qui ont un IMC > 30 ont eu trois fois moins de chances d'avoir eu un partenaire sexuel dans les douze derniers mois, quel que soit leur âge. Leur obésité semble peser dans le choix de leur partenaire, celui-ci est en situation d'obésité (ou de surpoids), lui aussi, 7 fois/10, alors que les hommes en situation d'obésité ont, dans 4 fois/10, une ou un partenaire au poids élevé ou très élevé.

Les femmes avaient aussi plus souvent rencontré leur partenaire sur internet où le poids peut être caché, mais comporte le risque de mauvaises rencontres, de visionnage de films pornographiques. Les femmes considéraient moins souvent que les hommes leur sexualité comme importante pour l'équilibre personnel. Selon les auteurs, les résultats peuvent s'expliquer par la pression sociale, une estime de soi diminuée et des préoccupations quant à son image corporelle.

Le poids a aussi un impact sur la sexualité des hommes. Chez ceux en situation d'obésité, des difficultés fonctionnelles (dysfonction érectile) sont rapportées deux fois et demie plus souvent. Chez les jeunes hommes, davantage d'infections sexuellement transmissibles sont constatées. Des problèmes que ne rencontrent pas plus les femmes en situation d'obésité que les autres.

- ➔ Le rapport au corps, la santé et la vie affective et sexuelle devraient pouvoir être abordés avec simplicité autant chez la femme que chez l'homme, par le médecin généraliste, le médecin gynécologue, la sage-femme (cf. chapitre 11.1 Suivi gynécologique, contraception).
- ➔ Le psychologue repère le rapport au corps et aide la personne à exprimer le vécu douloureux de la prise de poids. Il cherche à déceler des signes évocateurs d'une situation de maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel.

7.7. Prendre en compte le retentissement fonctionnel et esthétique de l'obésité tant chez les femmes que chez les hommes

Face à une plainte exprimée, tant chez les femmes que chez les hommes, des solutions sont recherchées en cas de frottement des cuisses, d'hypersudation, de gêne pour l'activité physique à l'extérieur ou en milieu aquatique. Un avis dermatologique peut être sollicité si besoin.

- L'atténuation de l'hypersudation peut être obtenue grâce à une hygiène corporelle correcte bi-quotidienne, en séchant soigneusement les zones de transpiration après la toilette (éviter mycoses et odeur désagréable).
- Les érythèmes par frottement peuvent être atténués par l'application locale d'un topique.
- L'apparition de vergetures peut être atténuée grâce à une hydratation de la peau par application locale d'un topique.
- Des vêtements amples en fibres naturelles (éviter les matières synthétiques), ainsi que le port de chaussettes de sport en coton, absorbant l'humidité, et de chaussures en cuir ou en toile, plutôt qu'en plastique (dans tous les cas les sécher avant de les remettre) sont à privilégier.
- Les déodorants peuvent être utilisés, ils masquent les odeurs, mais n'ont aucun rôle sur la production de sueur. Un antitranspirant (sels d'aluminium) contenu dans les déodorants obstrue les glandes sudorales, il est déconseillé.
- Une ceinture de maintien abdominal, un vêtement de contention, un soutien-gorge adapté au poids de la poitrine, des sous-vêtements sur mesure peuvent être prescrits pour faciliter l'activité physique à l'extérieur ou en milieu aquatique.
- Il est souligné la difficulté d'accès à des vêtements de très grande taille pour la pratique de l'activité physique.
- Chez les hommes, le retentissement d'une adipogynécomastie (qui ne régresse pas avec l'amaigrissement) pourra être atténué grâce à la prescription d'un vêtement de contention pour la pratique du sport. Une chirurgie réparatrice pourra être envisagée.

L'avis d'un urologue peut être sollicité en deuxième intention en cas de dysfonction érectile.

7.8. Assurer un suivi global, régulier et dans la durée de la situation individuelle pour ajuster les soins et l'accompagnement

Assurer un suivi médical global et régulier permet d'adapter les soins et l'accompagnement à l'évolution de la situation individuelle (62, 74, 75).

Le suivi a les caractéristiques suivantes.

- Le suivi est long, souvent sur plusieurs années, à vie dans les situations complexes et très complexes, comme pour les autres maladies chroniques.
- Les consultations de suivi médical global sont des consultations longues, planifiées à l'avance.
- La fréquence est rapprochée, si possible mensuelle en début de mise en œuvre du projet de soins, puis adaptée à la complexité et à l'évolution de chaque situation, au besoin exprimé par la personne soignée, ou à l'appréciation du médecin qui suit la personne.
- Le suivi médical global régulier tient compte des bilans des professionnels impliqués dans le parcours et du vécu de la personne, pour moduler le projet de soins et d'accompagnement, poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens (Encadrés 18 et 19).

- Il est préconisé que « Mon espace santé », qui intègre le dossier médical partagé, comprenne une synthèse du suivi de la santé globale et des décisions prises pour la poursuite des soins et de l'accompagnement.
- ➔ **La personne soignée et, le cas échéant, ses proches doivent être informés de l'importance du suivi de l'état de santé et être aidés à comprendre que ce suivi ne doit pas être interrompu.**

Le médecin cherche à comprendre les réticences au suivi, le cas échéant.

- Des modalités de rappel des rendez-vous peuvent être mises en place si possible (SMS ou courriel par exemple).
- Le médecin qui coordonne le parcours ou l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné ou le référent de proximité prennent l'initiative de contacter les personnes dont les consultations ont été interrompues. Il est préconisé qu'un accueil inconditionnel soit réservé aux personnes qui se présentent sans rendez-vous.

Encadré 18. Bilan d'étape régulier par chaque professionnel impliqué dans les soins et l'accompagnement à l'occasion de ses interventions

En pratique, tout professionnel impliqué dans le parcours de soins :

- évalue les réussites et les écarts par rapport aux attendus formulés avec la personne soignée ;
- reconnaît et valorise les progrès, encourage les essais, félicite tout changement des habitudes de vie mis en œuvre, même minime ;
- échange sur le déroulement des séances de soins, sur l'expérience, le vécu de la personne, en s'appuyant sur le carnet de liaison ou un outil numérique (support du parcours) si la personne l'utilise ;
- facilite l'expression des difficultés, leur analyse et la recherche de solutions avec la personne ;
- identifie le degré d'urgence de la réponse à apporter, et est réactif en cas de modification de l'état de santé, de difficultés, de signes de souffrance psychologique, de changement significatif de la situation sociale, de tension familiale, ou d'un besoin de répit dans la prise en charge ;
- transmet un bilan régulier au médecin qui coordonne le parcours selon une fréquence et des modalités définies en commun ;
- alerte le référent de proximité s'il a été désigné et/ou le médecin qui coordonne le parcours afin d'être aidé sur la gestion des difficultés et des éventuelles priorités.

Au mieux, une synthèse préparée par le référent de proximité (dans les situations complexes) facilite l'analyse du déroulement des soins et de l'accompagnement, de la satisfaction de la personne, de son ressenti, du degré d'atteinte des objectifs, des difficultés.

Encadré 19. Contenu des consultations de suivi médical global

- ➔ **Il est conseillé de ne pas débiter d'emblée la consultation par la pesée**, mais plutôt par une évaluation partagée de la situation, puis par un examen clinique.

Associer la personne soignée à l'évaluation de l'atteinte des objectifs personnalisés depuis la consultation précédente

- Valoriser l'engagement dans le projet de soins, les réussites même modestes.
- En fonction des besoins : les effets d'un accompagnement psychologique sur le bien-être, l'image de soi, la confiance en soi, la qualité de vie, les relations intrafamiliales, sociales, au travail, en formation, les effets d'un accompagnement sur le plan social.
- En fonction de la sévérité de l'obésité et de la complexité de la situation : les effets des traitements des complications, de la perte de poids sur la santé (glycémie, pression artérielle, etc.), du

soulagement des symptômes, des adaptations pour faciliter la vie quotidienne, le travail, la formation ou les activités.

Évaluer le déroulement des soins et de l'accompagnement du point de vue de la personne

- Implication et participation à l'atteinte des objectifs formulés ensemble.
- Attentes réalistes ou non (les siennes et celles des professionnels).
- Explication d'un écart éventuel par rapport aux attendus, expression de difficultés.
- Degré de satisfaction vis-à-vis des interventions pluriprofessionnelles, de leur organisation, du soutien apporté en dehors des séances de soins.
- Ressenti : acceptabilité et faisabilité des objectifs du projet de soins, lourdeur, pénibilité, sentiment de frustration, besoin de soutien complémentaire, besoin de répit.

Réaliser un examen clinique et repérer des signes d'alerte

- Évolution de l'IMC : stabilisation du poids, perte de poids si indiqué.
- Signes d'alerte à partir de l'analyse de la cinétique de la courbe de poids : rapidité de la perte de poids, évaluation d'une restriction trop rigide et plus importante que conseillé ou que la personne s'impose à elle-même, regain progressif ou brutal du poids, stagnation du poids en plateau depuis plusieurs mois avec difficultés à poursuivre la perte de poids évoquant une résistance.
- Évolution du tour de taille, de la masse musculaire.
- Évolution ou apparition de plaintes fonctionnelles.
- Recherche d'éventuels signes cliniques évocateurs d'un retentissement du surpoids ou de l'obésité, de complications.

Proposer d'aborder le rapport au corps, la vie affective et sexuelle

Envisager les modalités de poursuite des soins et de l'accompagnement en concertation avec les professionnels impliqués dans le parcours

- Encourager la personne, utiliser si besoin une technique d'entretien motivationnel pour soutenir ses engagements (92).
- Donner la possibilité à la personne 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.
- Réajuster les modalités de prise en charge : intensifier ou alléger la prise en charge (contenu et intervenants) ; revoir le rythme des consultations de bilan.
- Préparer le passage des soins pédiatriques ou pour adolescents aux soins adultes si le moment est venu pour le jeune adulte.

7.9. Rechercher des stratégies de maintien dans le temps des modifications des habitudes de vie et de l'objectif pondéral

La littérature concernant les stratégies d'aide au maintien des modifications des habitudes de vie et du poids à moyen et long terme est rare. La plupart des recommandations de bonne pratique incitent les soignants à accompagner les modifications des habitudes de vie sur le long terme, sans toutefois proposer de stratégies concrètes à l'exception d'un suivi pluriprofessionnel régulier et long (74, 75). Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) propose d'anticiper des difficultés comme des écarts aux objectifs décidés ensemble patient/soignant, grâce à un plan d'action personnalisé (74).

Des actions plus précises fondées sur une approche compréhensive des mécanismes du regain progressif de poids ou de la résistance à la perte de poids ont été identifiées, elles sont reprises ci-dessous (93).

Les séances éducatives en groupe de personnes partageant les mêmes problématiques et fondées sur une approche personnalisée, des activités nouvelles rompant la monotonie, un soutien continu et intensif apporté par les professionnels de santé ont été particulièrement appréciés par les personnes en obésité (étude qualitative), même si leur faisabilité est questionnée (94).

7.9.1. Être attentif à un regain pondéral dans l'année qui suit la mise en œuvre effective du projet de soins

Un regain pondéral après plusieurs mois de perte de poids s'observe, ainsi que des difficultés à poursuivre une perte de poids ou des résistances, alors que le projet de soins est mis en œuvre de manière effective, notamment les modifications des habitudes de vie (amélioration de l'activité physique, de l'équilibre alimentaire, des comportements sédentaires, du sommeil).

Il a été montré que des facteurs biologiques, comportementaux, psychologiques, sociaux et environnementaux s'associent pour résister à la perte de poids et favoriser sa reprise. Malgré toute la précision du système de contrôle visant à maintenir la balance énergétique, de nombreux paramètres viennent sans cesse perturber cet équilibre : les aliments eux-mêmes (la palatabilité), les caractéristiques génétiques, le fonctionnement biologique et psychique de l'individu ou encore l'environnement. Ces éléments influencent les réponses de l'organisme aux signaux hormonaux et nerveux impliqués dans l'adaptation métabolique et énergétique à la perte de poids et rendent compte de la grande variabilité interindividuelle observée. En effet, comme pour de nombreuses autres variables physiologiques (température, pression en oxygène, etc.), il existe des mécanismes puissants de maintien des réserves énergétiques, mais qui agissent comme si le poids maximum atteint était le poids de consigne. Ces mécanismes ont peu de lien avec la volonté, malgré ce qui est communément admis, le cortex y prenant une faible part. La perte de poids est donc associée à une baisse des dépenses énergétiques et à des adaptations endocriniennes qui augmentent l'appétit et diminuent la satiété, créant ainsi une résistance à la poursuite de la perte de poids et à son maintien à long terme, pouvant expliquer l'apparition d'un plateau dans la cinétique de la perte de poids puis un regain progressif de poids (95, 96).

Un système complexe et permanent de communication entre les structures centrales et les signaux hormonaux circulants de faim et de satiété comme la leptine, la ghréline ou l'insuline, mais également le système nerveux sympathique et la triiodothyronine, vise à maintenir la balance énergétique. L'hypothalamus joue un rôle crucial dans le maintien de l'homéostasie en permettant un apport énergétique adapté au poids corporel. Par ailleurs, le rôle des structures centrales impliquées dans la motivation et la récompense comme le système mésolimbique dopaminergique, où se définit la valeur hédonique des aliments, ne doit pas être négligé et son dérèglement peut entraîner des troubles du comportement alimentaire (97).

7.9.2. Expliquer que la stabilisation du poids est déjà un succès en soi

Il est préconisé de :

- valoriser une stabilisation du poids, critère de succès ;
- aider la personne à comprendre les modifications physiologiques, la baisse des dépenses énergétiques, les adaptations endocriniennes liées à la perte de poids afin de limiter la culpabilité et l'auto dévalorisation qui sont des facteurs importants de démotivation ;
- dédramatiser la situation, déculpabiliser la personne, maintenir sa confiance, l'aider à se remettre sur la bonne voie, éviter l'abandon du parcours ;
- valoriser tout changement, tout progrès, et s'il y a lieu, toute évolution positive de l'état de santé même si le poids stagne ou en présence d'un regain progressif de poids : diminution de la pression artérielle, diminution de la glycémie, diminution des symptômes, etc. ;

- s’interroger ensemble sur la pertinence des objectifs du projet de soins et les reformuler, si besoin, en les assortissant d’une date d’évaluation ;
- rompre le cycle des pensées négatives : aider les personnes à reconnaître les croyances et les schémas de pensée qui conduisent à ces pensées négatives, prendre conscience de la fatigue ou de la lassitude comportementale.

7.9.3. Anticiper les difficultés et prévoir des stratégies pour maintenir les modifications des habitudes de vie sur la durée et éviter le regain de poids

Le traitement de l’obésité nécessite une stratégie attentive de soutien et d’accompagnement **durant au minimum la première année** qui suit la mise en œuvre du projet de soins :

- aider la personne à faire le lien entre la composition corporelle, les dépenses énergétiques et l’activité physique ;
- lutter contre les règles rigides que certaines personnes s’imposent ou qui leur sont imposées par les professionnels de santé et qui conduisent à la frustration, à un sentiment d’échec, à la culpabilité (objectifs irréalistes, difficilement intégrables au mode de vie et au contexte de vie), pouvant induire une rupture du parcours ;
- prévenir les difficultés par une anticipation des situations à risque d’écart aux objectifs : aider la personne à trouver des solutions alternatives à l’envie de manger déclenchée dans certaines situations (de stress, d’ennui...) : **préparer avec la personne des plans d’action écrits personnalisés** : « Si je suis confronté à... alors... » (stratégie « *If... Then plans* » (74, 83)) ; si nécessaire, analyser les moments de la journée où l’appétit est augmenté ; identifier les situations pour lesquelles la personne pourrait être tentée de manger au-delà de la satiété et/ou de diminuer son activité physique, et d’augmenter ses comportements sédentaires ;
- renforcer la flexibilité cognitive, apprendre à la personne à tolérer et à s’adapter lorsque les plans d’anticipation ne se déroulent pas comme prévu, à résoudre des problèmes, à faire face à des difficultés, à trouver des alternatives ;
- rechercher avec elle des moyens de modérer la fatigue comportementale, c’est-à-dire la lassitude liée à la monotonie, même si les modifications des habitudes de vie sont entrées dans une routine : par exemple, varier les types d’activité physique, encourager la pratique en groupe, varier l’alimentation, découvrir de nouvelles recettes ;
- aider la personne à intégrer psychiquement les modifications physiques liées à une perte de poids importante grâce à un accompagnement psychologique ;
- encourager la personne à trouver un soutien à ses efforts en cherchant à impliquer famille ou proches, amis.

7.9.4. Réévaluer la situation et adapter le projet de soins

Il est préconisé de prendre l’avis d’un médecin spécialiste de l’obésité qui recherchera les causes d’un regain de poids ou de résistance à la perte de poids en réévaluant l’ensemble de la situation :

- déculpabiliser la personne ;
- continuer à surveiller biologiquement le retentissement de l’obésité sur la santé ;
- rechercher la reprise ou le développement de troubles des comportements alimentaires et proposer un traitement et un accompagnement spécifique ;
- rechercher avec la personne des stratégies pour maintenir une balance énergétique adaptée et faire face à une augmentation de l’appétit et à une diminution de la satiété ;

- accompagner la personne dans l'adaptation de sa pratique d'activité physique pour lutter contre la thermogénèse adaptative ;
- poursuivre les séances d'éducation thérapeutique pluriprofessionnelle et l'activité physique sur un mode régulier ;
- proposer, après évaluation psychologique ou psychiatrique, une approche psychothérapeutique respectant la pluralité des approches (3).

8. Situation de surpoids ou d'obésité non complexe : spécificités

Une situation de surpoids (IMC entre 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 traitées, stabilisées et suivies en proximité, ET sans cumul de facteurs favorisant une situation de surpoids ou d'obésité.

8.1. Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement

- ➔ **Quelle que soit la corpulence, l'objectif primordial est d'accompagner progressivement les modifications des habitudes de vie pour promouvoir la santé et le bien-être.**
- ➔ **La perte de poids n'est pas prioritaire** chez un adulte en situation de surpoids ou d'obésité non complexe.
 - Dans un premier temps, aider la personne à stabiliser son poids.
 - Dans un deuxième temps, en perdre très progressivement 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, l'aider à maintenir ce poids de forme, ainsi qu'une bonne condition physique avec un niveau de masse musculaire satisfaisant.
- ➔ **Développer avec la personne une stratégie visant à éviter l'évolution vers une obésité plus sévère et/ou la survenue de complications :**
 - éviter les variations de poids favorisant des résistances métaboliques à la perte de poids ;
 - 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.
- ➔ **Rechercher des signes d'(auto)stigmatisation** et accompagner la personne pour y faire face.
- ➔ **Selon l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle**, proposer en fonction des besoins un accompagnement spécifique (cf. Fiches : rôle des professionnels dans le parcours).

8.2. Coordonner les soins et l'accompagnement, se concerter

Le médecin généraliste assure la coordination des soins et de l'accompagnement.

- Il peut partager ou confier cette mission à un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.
- Il sollicite l'avis de la personne sur la stratégie de soins, la hiérarchisation des objectifs, les domaines prioritaires à aborder en éducation thérapeutique.

8.3. Proposer une éducation thérapeutique personnalisée

Il s'agit de permettre à la personne d'apporter progressivement des modifications à ses habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique.

- Proposer, selon les besoins éducatifs évalués, une séance dédiée d'éducation thérapeutique, si possible mensuelle pendant 6 à 12 mois, délivrée par un ou plusieurs professionnels de santé, selon diverses modalités : en individuel, en groupe, ou en alternance.

- Sélectionner les contenus et les intervenants en fonction de l'évaluation des besoins éducatifs (Annexe 2).
- Proposer, si besoin, un suivi éducatif entre les séances (en présentiel ou en télésoin) : 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.
- 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.

8.4. Assurer un suivi régulier et global de l'état de santé

La consultation médicale de suivi est mensuelle pendant 6 mois. La fréquence est ensuite adaptée à l'évolution de la situation.

Ce suivi réalisé par le médecin généraliste peut être partagé ou assuré en alternance avec un infirmier en exercice coordonné dans le cadre d'un protocole de coopération.

- 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.
- En cas de difficultés d'atteinte des objectifs au bout de 6 à 12 mois : réévaluer la situation, compléter les soins et l'accompagnement ou adapter leur intensité ; prendre l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité et/ou psychiatre face à des variations de poids, l'apparition de perturbations de l'alimentation ou de troubles du comportement alimentaire, un niveau élevé de dépression, un mode de vie très sédentaire, élargir l'équipe pluriprofessionnelle en fonction des besoins, poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens (74, 75).

9. Situation d'obésité complexe : spécificités

Une situation d'obésité est dite complexe du fait de la sévérité de l'obésité (IMC \geq seuil IOTF 35, 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.

9.1. Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement

- **Quelle que soit la corpulence, l'objectif primordial est d'accompagner progressivement les modifications des habitudes de vie pour promouvoir la santé et le bien-être.**
- **Les objectifs spécifiques sont de :**
 - personnaliser la perte de poids et améliorer les comorbidités, les facteurs de risque, la qualité de vie et la mobilité (se déplacer, réaliser les activités et gestes de la vie quotidienne) ;
 - discuter des modalités de l'accompagnement de la perte de poids avec un psychiatre face à des troubles psychiatriques avérés. Le traitement peut être prioritaire ou mené de manière concomitante. En cas de prescription médicamenteuse : évaluer régulièrement son effet sur la prise de poids ;
 - développer une stratégie visant à prévenir la reprise de poids et éviter les variations de poids ;
 - 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, anticiper une perte d'autonomie ou son aggravation ;
 - rechercher des signes d'auto stigmatisation et accompagner la personne pour y faire face.
- **Selon l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle**, proposer en fonction des besoins un accompagnement spécifique (cf. Fiches : rôle des professionnels dans le parcours).

9.2. Coordonner les soins et l'accompagnement, se concerter

La coordination des soins et de l'accompagnement est assurée par le médecin généraliste et un médecin spécialiste de l'obésité, ou un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité, avec l'appui d'un référent de proximité s'il a été désigné.

La coordination peut être partagée entre le médecin et un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné (protocole de coopération, pratique avancée).

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** pour :

- solliciter l'avis de la personne sur la stratégie de soins, la hiérarchisation des objectifs, les domaines prioritaires à aborder en éducation thérapeutique ;
- définir les soins et l'accompagnement et les modalités de mise en œuvre (intervenants, fréquence), d'évaluation régulière de l'état de santé et de l'atteinte des objectifs ;

- établir un accord clair sur la répartition des rôles de chaque intervenant.

La cohérence des soins et de l'accompagnement est assurée grâce à des temps de concertation des acteurs, de coordination des interventions, et de partage d'informations tout au long du parcours selon des modalités définies entre eux.

L'utilisation des systèmes d'information articulés entre eux est préconisée.

Le plan de coordination en santé (PPCS), par exemple selon le modèle de la HAS (78), peut être utilisé. C'est un support de :

- concertation entre professionnels, car il définit les objectifs du projet de soins et les critères d'atteinte des objectifs, priorise les interventions de soins, d'accompagnement et d'aide si besoin ;
- partage des objectifs formulés avec la personne soignée, des modalités de mise en œuvre et de leur ajustement en fonction de ses préférences, de ce qui est le plus important pour elle de changer ou de maintenir dans les habitudes de vie, des priorités du moment et de ses possibilités ;
- planification, de programmation, de suivi, de réévaluation des interventions sanitaires et/ou sociales ;
- suivi avec une échéance variable d'une personne à l'autre. En dehors des échéances programmées, une réévaluation paraît souhaitable en cas de modification significative de l'état de santé, de changement dans l'environnement social ou dans la composition des intervenants. Elle peut être déclenchée par le professionnel qui coordonne les soins ou l'accompagnement et/ou le référent du parcours.

9.3. Proposer des soins, un accompagnement

9.3.1. Suivre les recommandations en vigueur pour le traitement des complications de l'obésité

Le traitement des complications somatiques ou psychiatriques peut nécessiter un avis médical spécialisé.

- Le traitement des troubles psychiatriques est une priorité. Le traitement conjoint avec les autres composantes de la thérapeutique doit être discuté avec le psychiatre pour permettre la mise en place des modifications des habitudes de vie, choisir, si possible, un traitement médicamenteux le moins obésogène possible, et accompagner, le cas échéant, la stabilisation du poids.
- Pour le traitement de l'hyperphagie boulimique, boulimie et autres troubles, les recommandations de bonne pratique en vigueur sont suivies (64).

9.3.2. Rechercher des adaptations pour améliorer la qualité de vie

- Soulager les symptômes (douleur notamment), faciliter les gestes et postures de la vie quotidienne, les déplacements, les gestes d'hygiène élémentaire, l'habillement, prévenir les chutes, nécessite de rechercher des adaptations avec l'aide d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un kinésithérapeute, d'un podologue (confection de semelles : l'affaissement de la voûte plantaire crée une gêne et réduit la stabilité, conseils pour le choix de chaussures adaptées).
- Mettre en place des aménagements en milieu professionnel pour la poursuite du travail dans de bonnes conditions nécessite l'intervention du médecin du travail. Il peut s'agir de faciliter les tâches professionnelles grâce à une adaptation du mobilier, d'envisager, si possible, un

changement de poste en cas de difficultés à effectuer certaines tâches professionnelles : passage dans des trappes d'accès, utilisation d'une échelle, par exemple.

9.3.3. Proposer, poursuivre, consolider une éducation thérapeutique personnalisée

Il est préconisé de proposer ou de poursuivre l'éducation thérapeutique après une évaluation des besoins et des difficultés (modifications des habitudes de vie et création d'un environnement favorable, estime de soi, image de soi, affirmation de soi, développement de nouvelles compétences) : proposer une séance dédiée d'éducation thérapeutique au mieux mensuelle pendant 6 mois, avec un suivi éducatif proposé systématiquement entre les séances en présentiel ou en télésoin (89).

Il s'agit de continuer l'accompagnement des modifications progressives des habitudes de vie et d'aider la personne à s'adapter et faire face à des difficultés ou à une lassitude comportementale.

Le format proposé pour la poursuite ou la consolidation de l'éducation thérapeutique est construit avec la personne. Il permet de rechercher et d'expérimenter avec elle les stratégies pour maintenir les modifications apportées aux habitudes de vie, de soutenir sa motivation, d'apprendre à faire face sans culpabilité à un écart par rapport aux objectifs ou aux acquis, et de reprendre ses engagements, de développer de nouvelles compétences.

9.3.4. Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation

Les indications et le type de séjour le plus adapté en SSR spécialisé digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (futurs SMR : soins médicaux et de réadaptation) s'appuient sur (3) :

- la sévérité de l'obésité avec une situation somatique grave ou invalidante ou comportant plusieurs comorbidités ;
- la poursuite de soins aigus en établissement de santé pour des personnes nécessitant des équipements adaptés ;
- un besoin de rééducation locomotrice en cas de perte d'autonomie liée à l'obésité ;
- des conditions sociales ou environnementales qui ne permettent pas des soins et un accompagnement pluriprofessionnel au domicile ou en proximité et/ou qui nécessitent une mise à distance temporaire du milieu habituel de vie.

Les types de séjour

- Les séjours longs de plus de trois mois sont indiqués dans les situations d'obésité complexe avec une détérioration de la qualité de vie, et/ou des conditions de vie à domicile ne permettant pas la mise en œuvre intensive des soins, et dans les situations où une recherche d'autonomisation est souhaitable.
- Les séjours longs permettent de réaliser un bilan d'expertise somatique, psychologique, social et environnemental dans le cadre d'une évaluation plus fine et plus approfondie.
- Des séjours courts répétitifs peuvent être envisagés, en alternative à des séjours longs qui ne seraient pas souhaités par la personne ou difficiles sur le plan familial, mais qui sont nécessaires du point de vue sanitaire.

Les objectifs

- Accompagner concrètement la personne pour inscrire les changements des habitudes de vie dans la durée, stabiliser le poids ou limiter la reprise pondérale (en fonction de l'objectif).
- Obtenir une perte de poids dirigée du fait de complications associées.

- Améliorer la condition physique et le retentissement somatique de l'obésité.
- Améliorer les compétences grâce à un programme d'ETP défini et structuré, centré sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, les aspects psychologiques, l'insertion sociale, le sommeil, la régularité des rythmes de vie.
- Renforcer le sentiment d'auto-efficacité de réaliser que le maintien de la perte de poids est possible grâce à la mise en place de changements durables des habitudes de vie et, ainsi, renforcer sa confiance et son image de soi.
- Travailler concrètement sur les difficultés psychiques, l'amélioration de l'estime de soi, la confiance en soi, l'image de soi, la prévention du harcèlement et de la stigmatisation.

Les conditions de tout séjour

- Évaluer la balance bénéfices/inconvénients d'un 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/ou le médecin spécialiste de l'obésité, et avec la participation des professionnels impliqués dans le parcours.
- La personne soignée est associée à la décision et s'accorde avec l'équipe sur les conditions du séjour. La reconduction ou la prolongation du séjour est discutée selon les mêmes modalités.
- Une préparation du séjour ainsi que celle du retour à domicile sont indispensables pour garantir la continuité sur le plan médical, familial, social et/ou professionnel et assurer ainsi l'efficacité du séjour requis.
- Certaines situations nécessitent des adaptations ou une orientation vers une structure adaptée : une pathologie psychiatrique associée et risquant de se décompenser au fil de la perte de poids ; des troubles du comportement rendant la vie en collectivité difficile.

9.3.5. Envisager la prescription de médicaments de l'obésité

La prescription d'un traitement médicamenteux par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité peut être envisagée **en traitement de seconde intention et selon certaines conditions** (3)¹³ :

- 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 systématiquement à une perte de poids et à une activité physique et 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 ;
- réévaluation systématique de l'effet du traitement à 12 semaines.

9.3.6. Envisager une chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est **un traitement de dernière intention** lorsque l'ensemble des soins et de l'accompagnement personnalisés ont été mis en œuvre sans bénéfices sur la santé (74, 83), généralement au bout de 6 à 12 mois d'un projet de soins et d'accompagnement bien conduit (Haute Autorité

¹³ Haute Autorité de Santé. WEGOVY 0,25 – 0,5 – 1,0 – 1,7 – 2,4 mg, solution injectable. Première évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3398698/fr/wegovy-semaglutide-obesite

de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : prise en charge chirurgicale, en cours d'élaboration).

La chirurgie bariatrique se conçoit dans la continuité de la mise en œuvre d'un projet de soins coordonné, et devrait être soutenue systématiquement par une préparation personnalisée à la chirurgie et d'un suivi pluriprofessionnel après la chirurgie adapté aux besoins de la personne opérée et modulé dans le temps en fonction de l'évaluation régulière de l'état de santé global.

9.4. Assurer un suivi régulier et global de l'état de santé

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.

Les consultations médicales peuvent être alternées entre le médecin généraliste et, selon la situation, le médecin spécialiste de l'obésité ou celui de la structure spécialisée dans l'obésité.

Ce suivi peut être partagé ou assuré en alternance avec un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné (protocole de coopération, pratique avancée) qui peut être le référent de proximité s'il a été désigné.

Si un référent a été désigné, il peut proposer au médecin, sur la base d'une évaluation partagée avec l'ensemble des intervenants, d'espacer les consultations médicales de suivi, si la situation est favorable, ou d'enclencher une réévaluation de la situation avant l'échéance prévue, si besoin.

En cas d'atteinte partielle ou complète des objectifs thérapeutiques au bout de 6 à 12 mois, moduler les soins et l'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation individuelle : adapter l'intensité des soins et de l'accompagnement, proposer des modalités de suivi plus souples, restreindre si besoin le nombre des intervenants.

En cas de difficultés ou de non-atteinte des objectifs au bout de 6 à 12 mois : réévaluer la situation dans sa globalité, prendre l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité et/ou d'un psychiatre ou d'une structure spécialisée dans l'obésité : 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.

10. Situation d'obésité très complexe : spécificités

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 du fait d'une obésité massive (IMC \geq seuil IOTF 40, classe III) 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.

10.1. Formuler les objectifs des soins et de l'accompagnement

En cas d'aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque pour la santé : les objectifs sont de traiter de manière concomitante la maladie chronique et l'obésité, les conséquences sur la mobilité, le périmètre de marche, la qualité de vie, la situation sociale, et les troubles psychiques éventuellement associés, dans une approche globale et multidimensionnelle de la situation de polypathologie.

Cette situation implique une concertation entre les médecins spécialistes de la maladie chronique et de l'obésité. Il s'agit de rompre le cercle vicieux d'aggravation réciproque de l'obésité et de la ou des maladies associées en :

- hiérarchisant les objectifs des traitements en tenant compte des priorités de santé vitale, et de celles de la personne ;
- optimisant les traitements non médicamenteux et médicamenteux, et en établissant 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 ;
- personnalisant la 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 ;
- prévenant la reprise de poids : approche diététique, d'activité physique adaptée, lutte contre les comportements sédentaires, compatible avec l'état de santé en particulier en cas de dénutrition et/ou de sarcopénie ;
- évaluant les capacités fonctionnelles : recherche des moyens de les améliorer ou de les maintenir, évaluation et recherche d'une amélioration de la qualité de vie ;
- étant attentif aux signes d'alerte comme une dépression ou un trouble anxieux, une douleur chronique.

Il est préconisé de dépister une **dénutrition et une sarcopénie** (cf. chapitre 3.3).

Il s'agit également, **selon l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle**, de proposer, en fonction des besoins, un accompagnement spécifique et d'être attentif à un besoin d'aides pour la vie quotidienne, d'adaptation du logement (cf. Fiches : rôle des professionnels dans le parcours).

10.2. Coordonner les soins et l'accompagnement, se concerter

- ➔ Recourir d'emblée à une structure spécialisée dans l'obésité et à un centre de référence maladies rares le cas échéant.

La coordination des soins et de l'accompagnement est réalisée par un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité en lien avec le médecin spécialiste (selon la maladie chronique que l'obésité vient aggraver), le médecin généraliste et l'infirmier de pratique avancée, qui peut être le référent de proximité s'il a été désigné.

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**, par exemple selon le modèle de la HAS (78), auxquels sont associés 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.

L'avis de la personne est sollicité sur la stratégie de soins, la hiérarchisation des objectifs, les domaines prioritaires à aborder en éducation thérapeutique.

Le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise (98) facilite l'accès aux médecins spécialistes, le recours au **télé so**in à l'infirmier, au diététicien, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien (89).

10.3. Proposer des traitements, des soins, une éducation thérapeutique

10.3.1. Suivre les recommandations en vigueur pour le traitement des maladies associées et les complications de l'obésité

Le traitement de la ou des maladies chroniques associées ainsi que le traitement des complications somatiques ou psychiatriques nécessitent des avis médicaux spécialisés, une optimisation des traitements, en prenant en compte les priorités de santé.

Il est essentiel d'être attentif aux signes d'alerte comme une dépression ou un trouble anxieux et de les traiter, à une douleur chronique et de la soulager.

Les troubles de comportements alimentaires sont traités s'ils existent (64).

Un accompagnement spécifique est proposé en fonction de l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle (cf. Fiches : rôle des professionnels dans le parcours).

10.3.2. Rechercher des adaptations pour maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie

- Rechercher des adaptations visant à soulager les symptômes, à faciliter les gestes et postures de la vie quotidienne, les déplacements, les gestes d'hygiène élémentaire, l'habillement, à prévenir les chutes avec l'aide d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un kinésithérapeute, d'un podologue.
- Anticiper les demandes d'aides humaines, de moyens permettant la réalisation des activités de la vie quotidienne, l'adaptation du logement, et compenser un éventuel handicap. Faciliter la reconnaissance de la situation de handicap par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

- 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.

10.3.3. Proposer, poursuivre, consolider une éducation thérapeutique personnalisée

- Aider la personne à comprendre et mettre en lien ses problèmes de santé, les traitements, les modifications du mode de vie (activité physique adaptée, équilibre alimentaire) et les maintenir dans le temps.
- Hiérarchiser les objectifs éducatifs pour poursuivre les séances d'éducation thérapeutique en tenant compte du traitement de la ou des maladies chroniques associées à celui de l'obésité : 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, ou en présentiel, si possible, pour rompre l'isolement (89).

10.3.4. Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation

Un séjour, le plus souvent long, en soins de suite et de réadaptation (SSR, futurs SMR) spécialisés système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ou autre (orthopédie, cardiologie) est proposé à la personne pour répondre à un besoin d'accompagnement de l'autonomie ou d'un handicap fonctionnel, de rééducation locomotrice, accompagner une perte de poids.

La balance bénéfiques/inconvénients du séjour en hospitalisation complète est évaluée 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.

10.3.5. Envisager la prescription de médicaments de l'obésité

La prescription d'un traitement médicamenteux par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité peut être envisagée **en traitement de seconde intention et selon certaines conditions** (3)¹⁴ :

- 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 systématiquement à une perte de poids et à une activité physique et 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 ;
- réévaluation systématique de l'effet du traitement à 12 semaines.

¹⁴ Haute Autorité de Santé. WEGOVY 0,25 – 0,5 – 1,0 – 1,7 – 2,4 mg, solution injectable. Première évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3398698/fr/wegovy-semaglutide-obesite

10.3.6. Envisager une chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est une option thérapeutique d'exception lorsque l'ensemble des soins et de l'accompagnement personnalisés ont été mis en œuvre sans bénéfices sur la santé (74, 83), généralement au bout de 6 à 12 mois d'un projet de soins et d'accompagnement bien conduit (Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : prise en charge chirurgicale, en cours d'élaboration).

L'indication de chirurgie bariatrique doit être discutée avec l'équipe d'un centre spécialisé dans l'obésité (CSO) en y associant le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste de l'obésité et les professionnels impliqués dans le parcours.

10.4. Assurer un suivi régulier et global de l'état de santé

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.

Les consultations médicales d'évaluation globale peuvent être alternées entre le médecin généraliste et, selon la situation, les médecins spécialistes de l'obésité et de la maladie chronique que l'obésité vient aggraver, ou le médecin de la structure spécialisée dans l'obésité.

- Ce suivi peut être partagé ou assuré en alternance avec un infirmier en pratique avancée qui peut être le référent de proximité.
- Ce suivi est renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, un séjour en soins de suite et de réadaptation (futurs SMR) pour prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie, mobiliser des aides à domicile, poursuivre les soins et l'accompagnement au domicile, mobiliser les proches.

L'organisation d'une RCP (réunion de concertation pluriprofessionnelle ou d'analyse d'une situation complexe) **et le réajustement du plan individualisé de coordination en santé associant l'ensemble des professionnels impliqués** sont nécessaires au réajustement et à l'adaptation du projet de soins et d'accompagnement à l'évolution des besoins, ou pour envisager un traitement médicamenteux de l'obésité ou une chirurgie bariatrique.

11. Surpoids ou obésité chez la femme : spécificités

11.1. Suivi gynécologique, contraception

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. Cette situation conduit à rechercher avec toute femme en âge de procréer, selon ses antécédents médicaux, sa situation actuelle et ses préférences, la méthode de contraception qui lui convient le mieux et ce, à une période donnée de sa vie (99).

Or, chez les jeunes femmes de moins de 30 ans en situation d'obésité, on constate moins de consultations pour contraception, moins de recours à la pilule et quatre fois plus de grossesses non désirées que chez les autres femmes. Elles sont plus nombreuses à utiliser des méthodes contraceptives moins efficaces, comme le retrait (91).

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

- Un suivi gynécologique régulier devrait permettre d'aborder le rapport au corps, la sexualité, le souhait d'une contraception. Annuel à partir de l'âge de 25 ans, il permet la réalisation des frottis du col utérin, l'examen des seins visant à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses.
- Le médecin généraliste, la sage-femme, le gynécologue doivent les encourager et veiller à ce suivi gynécologique régulier même s'il peut prendre plus de temps et parfois être plus difficile.
- Dans une situation d'obésité sévère, l'examen gynécologique peut être facilité 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.

Choix d'une méthode de contraception féminine en présence d'une obésité sans cumul de facteurs de risque cardiovasculaire

Dans une situation d'obésité (seuil ≥ 30 kg/m²), la HAS recommande des méthodes contraceptives établies par l'Organisation mondiale de la santé à conseiller aux femmes¹⁵ (99) :

- les méthodes contraceptives utilisables sans aucune restriction d'utilisation, avec un suivi habituel (catégorie 1, OMS) sont les suivantes : PMP, implant progestatif*, DIU-LNG, DIU-Cu, méthodes barrières, naturelles ;
- les méthodes utilisables de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale (catégorie 2, OMS) sont les suivantes : méthodes œstroprogestatives (COC, patch, AIV), injection PI, injection progestatif* à AMPR (dès 1^{res} règles à < 18 ans, avec IMC ≥ 30 kg/m²).

¹⁵ Abréviations : méthodes œstroprogestatives : contraception orale combinée (COC), anneau intravaginal (AIV), pilule microprogestative (PMP), dispositifs utérins implantables au cuivre (DIU-Cu) ou au lévonorgestrel (DIU-LNG).

Choix d'une méthode de contraception féminine en présence de facteurs de risque multiples associés à une obésité

En cas de facteurs de risque multiples associés, les méthodes contraceptives sont les suivantes (100) :

- les méthodes contraceptives utilisables sans aucune restriction d'utilisation, avec un suivi habituel (catégorie 1, OMS) : DIU-Cu, méthodes barrières, naturelles ;
- les méthodes utilisables de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale (catégorie 2, OMS) : PMP, implant progestatif, DIU-LNG ;
- la méthode non recommandée de manière générale, à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable : méthode œstroprogestative (COC, patch, AIV) qui nécessite un suivi rigoureux (catégorie 3, OMS) (selon les associations de facteurs de risque, passage en catégorie 4), progestatif injectable.

11.2. Période pré conceptionnelle et grossesse

La proportion de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse continue d'augmenter de manière significative depuis 2003 (de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer – DROM) passant, en 2016 et en 2021, respectivement de 20 % à 23 % pour les femmes en surpoids (IMC entre 25 et 29,9) ; de 11,8 % à 14,4 % pour les femmes en obésité (IMC égal ou supérieur à 30) et, parmi elles, 3,7 % ont un IMC \geq 35 en 2016 et 5 % en 2021 (101).

L'obésité est associée à un risque accru de complications maternelles : augmentation de la prévalence du diabète gestationnel, de l'hypertension artérielle (102-105).

Le risque de mort maternelle est multiplié par 1,6 avec le surpoids et par 3 avec une obésité (données françaises issues de l'Enquête confidentielle sur les morts maternelles : analyse de 364 morts maternelles survenues entre 2010 et 2012 *versus* un groupe contrôle : 14 530 femmes issues de l'Enquête nationale périnatale 2010). Pour la période 2013-2015, 262 décès maternels ont été identifiés sur le territoire (106, 107). Les auteurs préconisent un suivi spécifique chez les femmes enceintes en obésité comme réalisé par le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* (RCOG) britannique pour 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 complications (108).

L'obésité ainsi qu'une prise de poids supérieure aux recommandations de l'Institute of Medicine (109) **sont associées à un risque supérieur de poids de naissance élevé et de surpoids de l'enfant** par la suite. Les nouveau-nés macrosomes (poids de naissance élevé) ont plus de risque d'être en situation d'excès de poids à l'âge de 5-6 ans (20 % contre 8 %) (103) que les nouveau-nés hypotrophes (petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérine).

Durant la grossesse, la prise de poids moyenne est de plus de 12,5 kg en moyenne, et est restée stable entre les deux dernières enquêtes nationales périnatales (2016-2021) (101). Cependant, les données n'analysent pas la prise de poids en fonction de l'IMC de base comme recommandé par l'*Institute of Medicine*, 2009 (109).

Nous ne disposons pas de données sur l'excès de poids résiduel dans l'année suivant un accouchement.

11.3. Chez la femme en désir de grossesse

Toute femme ou tout couple devrait bénéficier en période pré conceptionnelle d'informations et de messages de prévention, et se voir proposer des interventions adaptées si besoin (110, 111). Or, en 2021, seulement 37,9 % des femmes consultent en prévision d'une grossesse, chiffre en

légère augmentation depuis 2016 (35,3 %), alors qu'une consultation préconceptionnelle est conseillée depuis 2009 pour toutes les femmes désirant une grossesse (101). Elle est indispensable pour bien préparer la grossesse et réduire les risques de complications pour la mère et l'enfant (111).

- La femme doit être informée du fait que le surpoids ou l'obésité peut augmenter le risque de complications pour le déroulement de la grossesse et l'accouchement. Même si la plupart des femmes en situation de surpoids ou d'obésité ont une grossesse et un accouchement simples et ont des bébés en bonne santé.
- Toute femme doit être encouragée à améliorer ses habitudes de vie pour débiter une grossesse dans de bonnes conditions sans attendre d'être enceinte.
- La consultation pré conceptionnelle devrait être proposée systématiquement lorsqu'une femme en situation de surpoids ou d'obésité désire une grossesse.
- Les femmes en situation d'obésité peuvent consulter spontanément pour une hypofertilité qui sera alors explorée (couple). Il semble que l'excès de poids tant chez la femme que chez l'homme exerce une influence sur l'infertilité (112). Si une démarche de procréation médicale assistée (PMA) ou d'assistance médicale à la procréation (AMP) est engagée, elle ne doit pas être ni retardée, ni subordonnée à des objectifs irréalistes de perte de poids. L'impact de la perte de poids sur l'amélioration de la fertilité est controversé. Seul l'âge est un frein (113).

Lors de toute consultation pour un suivi gynécologique, une demande ou un arrêt de la contraception, un suivi entre deux grossesses, le repérage d'une situation de surpoids et d'obésité permet au médecin généraliste, au gynécologue, à la sage-femme, de compléter ou d'approfondir l'examen clinique, d'accompagner ou orienter si besoin la femme (changements des habitudes de vie, tabac, alcool, consommation d'autres substances psychoactives) :

- dépister les facteurs de risque cardiovasculaire, des pathologies préexistantes à la grossesse comme une hypertension artérielle pulmonaire, une cardiopathie, des troubles respiratoires, un syndrome d'apnée du sommeil, une dyspnée, avant la grossesse, mais aussi au cours de celle-ci et en période postnatale : l'obésité augmente le risque de complications. Les femmes en obésité ont trois fois plus de risques que les femmes avec un IMC normal de souffrir de 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 pré-eclampsie (d'après les données d'Epifane 2012) ;
- orienter vers un suivi pluridisciplinaire, sur les plans nutritionnel et chirurgical, est nécessaire en cas d'antécédent de chirurgie bariatrique (cf. chapitre 11.7) ;
- explorer les facteurs pouvant être à l'origine ou la conséquence de la situation de surpoids ou d'obésité, et identifier les situations où une orientation est nécessaire (diététicien, psychologue, médecin spécialiste de l'obésité) ;
- faire le point sur les habitudes de vie (exercice physique, alimentation, sédentarité, sommeil, rythmes de vie) et rechercher ensemble comment les améliorer, en tenant compte du contexte de vie de la femme, ou orienter vers un ou plusieurs professionnels de proximité.

11.4. Chez la femme enceinte en situation de surpoids ou d'obésité

11.4.1. Apprécier précocement le niveau de risque pour la grossesse et l'accouchement

Apprécier le plus précocement possible, avant 10 semaines d'aménorrhée (SA), le niveau de risque pour le déroulement de la grossesse et l'accouchement si la femme est en situation d'obésité (114)

Un suivi médical régulier est planifié en fonction de l'IMC, du dépistage et de la prévention des complications en lien avec le surpoids ou l'obésité :

- 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 ;
- si d'autres facteurs de risque sont associés à l'obésité (diabète, hypertension artérielle) : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire, ainsi que l'avis complémentaire d'un médecin spécialiste de la maladie ;
- prévoir un lieu de naissance adapté au niveau de risque (maternel et foetal), choisi par rapport au lieu d'habitation, aux structures en place et aux préférences de la femme ou du couple : en cas d'IMC inférieur à 40 kg/m² : le type de structure requise pour l'accouchement est une unité d'obstétrique ; en cas d'IMC supérieur ou égal à 40 kg/m² : le type de structure requise pour l'accouchement est à adapter en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

11.4.2. Stabiliser le poids et prévenir une aggravation de l'obésité pendant la grossesse

Un suivi de la courbe de poids plus rapproché est préconisé durant toute la grossesse. L'objectif est que la femme reste au plus près d'un objectif de prise de poids en fonction de son IMC de base (Tableau 2).

La femme enceinte doit être informée que le besoin énergétique des femmes enceintes augmente peu au cours de la grossesse (de 70, 260 et 500 kcal/j en moyenne aux 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres, respectivement) (115).

Lui expliquer qu'une prise de poids importante pendant la grossesse peut entraîner un risque pour le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et rend plus difficile le retour à un poids de santé après la naissance.

Tout professionnel qui suit la grossesse doit être attentif à l'état psychologique de toute femme enceinte : les situations de stress liées à l'environnement social, familial, de travail, peuvent entraîner des perturbations de l'alimentation ou des troubles du comportement alimentaire, responsables d'un gain de poids important durant la grossesse.

Tableau 2. Prise de poids recommandée durant la grossesse selon l'indice de masse corporelle d'après l'*Institute of Medicine*, 2009 (109)

– L'IOM recommande une prise de poids variable selon l'IMC de base de chaque femme. – Les calculs supposent une prise pondérale de 0,5-2 kg au premier trimestre.		
IMC prégrossesse (kg/m ²)	Prise de poids totale (kg)	Pourcentage de prise de poids pendant le 2 ^e et le 3 ^e trimestres, moyenne en kg par semaine*
Insuffisance pondérale (< 18,5)	12,5-18,0	0,51 (0,44-0,58)
Poids normal (18,5-24,9)	11,5-16,0	0,42 (0,35-0,50)
Surpoids (25,0-29,9)	7,0-11,5	0,28 (0,23-0,33)
Obésité (≥ 30,0)	5,0-9,0	0,22 (0,17-0,27)

11.4.3. Solliciter un avis spécialisé en cas de prise de poids trop rapide

L'orientation vers un médecin spécialiste de l'obésité ou un diététicien peut être nécessaire pour explorer plus finement la situation en cas de prise de poids trop rapide :

- évaluer plus finement une problématique d'amélioration ou d'équilibrage de l'alimentation, dépister des troubles de l'alimentation ou des troubles de comportements alimentaires (TCA) ;
- 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 à 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.

11.4.4. Améliorer les habitudes de vie dès le début de la grossesse

Dès le début de sa grossesse, la femme doit être guidée pour améliorer ses habitudes de vie et anticiper une prise de poids excessive (Encadré 20).

L'entretien prénatal précoce ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité permettent d'accompagner, de renforcer les comportements bénéfiques à la santé :

- l'entretien prénatal précoce doit être proposé systématiquement à toute femme enceinte (rendu obligatoire depuis mai 2020). Encore trop peu de femmes y ont eu accès (28,5 % en 2016 avec des disparités géographiques très fortes <https://enp.inserm.fr/>). Il permet d'identifier tout particulièrement des situations de vulnérabilité psychologique, sociale, familiale, de maltraitance ou de violence intraconjugale ;
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité devraient concerner la plupart des femmes, or en 2016, seulement 78 % des femmes dont c'est la première grossesse y ont participé et 38 % de femmes multipares (102), alors que ces séances renforcent les comportements bénéfiques à la santé dans une période de grande réceptivité des femmes à ces messages.

Une éducation thérapeutique apporte des bénéfices pour contrôler la prise de poids, lorsqu'elle est proposée dès la fin du premier trimestre de grossesse ou au tout début du deuxième, et poursuivie jusqu'à la naissance¹⁶ : personnalisation des objectifs d'activité physique, de nutrition, d'amélioration

¹⁶ L'USPSTF a identifié, à partir d'une revue systématique de la littérature, les bénéfices d'une approche éducative destinée à des femmes enceintes (18-33 ans), en situation de surpoids ou d'obésité (n = 25 789, 64 études randomisées et 4 non randomisées), délivrée en soins primaires pour prévenir les complications associées à l'obésité (diminution du diabète gestationnel, des césariennes en urgence, de la macrosomie), limiter l'excès de poids durant la grossesse (par rapport à la corpulence avant la grossesse ou à la fin du premier trimestre de grossesse), réduire la rétention pondérale post-partum à 12 mois après l'accouchement, et recommande cette approche (116).

du sommeil, des rythmes de vie. La fréquence des séances peut être variable et doit tenir compte d'un éventuel ajout de séances d'activité physique adaptée, mais un nombre de 12 séances en moyenne ou plus durant la grossesse a montré le plus d'efficacité pour limiter la prise de poids et prévenir les complications associées à l'obésité (diminution du diabète gestationnel, des césariennes en urgence, de la macrosomie). Les séances sont délivrées soit en groupe, soit en individuel, avec un suivi entre les séances si besoin par téléphone, à distance grâce à internet (116).

Encadré 20. Anticiper précocement une prise de poids excessive durant la grossesse

Tout professionnel de santé qui suit une femme enceinte en surpoids ou en obésité :

- associe toute femme, quel que soit son IMC, au suivi de la prise pondérale durant sa grossesse. Il estime avec elle le gain de poids en fonction de son IMC de base et des informations concernant les grossesses antérieures ;
- est attentif au vécu de l'image corporelle et des transformations du corps, du regard des autres, de la confiance en soi ;
- explique à la femme enceinte que les besoins énergétiques changent peu durant les 6 premiers mois de grossesse et augmentent modestement dans les 3 derniers mois. Il n'est pas nécessaire de manger pour deux (115) ;
- ne doit pas chercher à faire maigrir la femme durant la grossesse ;
- l'encourage à modifier ses habitudes de vie, la guide sur les repères en vigueur et poursuit son accompagnement tout au long de la grossesse ;
- évalue l'aptitude à la pratique d'activité physique au moyen d'un questionnaire spécifique à la grossesse (<https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide-apsetmaternite.pdf>) et encourage vivement l'activité physique et sportive (débuter ou poursuivre) pendant la grossesse et après l'accouchement, quelle que soit la corpulence (avec des adaptations¹⁷ si l'IMC est > 40 kg/m²), en particulier pour diminuer le risque de diabète gestationnel. L'objectif de l'activité physique est d'entretenir sa forme physique et de limiter les comportements sédentaires au quotidien ou à les rompre régulièrement au cours de la journée :
 - si la femme n'avait pas d'activité physique de loisirs régulière : commencer par 15 minutes d'activité continue au maximum, trois fois par semaine, puis augmenter peu à peu pour aboutir à 30 minutes quotidiennement ;
 - si la femme avait une activité physique de loisirs régulière avant la grossesse : continuer sans effets néfastes à condition que cette activité de loisirs soit adaptée (type d'activité, intensité) ;
 - pour les sportives de haut niveau, il est possible de poursuivre un entraînement (selon la discipline) à un niveau représentant la moitié de l'entraînement habituel.

11.4.5. Accompagner les troubles des conduites alimentaires connus : spécificités pour les femmes enceintes et après la naissance

Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu (notamment hyperphagie boulimique, mais également des conduites de purge telles que des vomissements), la période périnatale, grossesse et post-partum, constitue une phase de grands changements physiques et psychologiques et représente, par conséquent, une période de haute vulnérabilité pour les femmes affectées par des troubles des conduites alimentaires (64).

¹⁷ <https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide-apsetmaternite.pdf>

Un suivi régulier, attentif et personnalisé, doit être systématiquement proposé aux femmes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires pendant la période périnatale :

- rechercher systématiquement des signes de dépression pendant la grossesse et le post-partum, car le risque est majoré ;
- orienter les femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires après l'accouchement, pour un suivi multidisciplinaire spécialisé en coordination avec le suivi obstétrical. Poursuivre ce suivi multidisciplinaire avec 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, si besoin dès la période prénatale par une sage-femme du service de la PMI, et en postnatal par la puéricultrice.

11.5. Accompagnement de l'allaitement maternel si souhaité

Les mères présentant un surpoids ou une obésité doivent être encouragées à allaiter leur enfant comme toutes les femmes

Les femmes en surpoids ou en obésité initient moins souvent l'allaitement exclusif au sein que les autres (117, 118), ou sur une moins longue durée que les mères de poids normal (119). Un mauvais vécu de l'image du corps pendant la grossesse diminue les probabilités d'initier et de poursuivre un allaitement (120), en particulier chez les primipares (121).

Le surpoids ou l'obésité ont été identifiés comme un facteur d'arrêt précoce de l'allaitement (122, 123). Elles ont aussi davantage de crevasses et utilisent plus souvent un embout en silicone (118).

- Les femmes doivent être accompagnées, soutenues et encouragées dans la mise au sein de l'enfant pour faciliter l'allaitement. Des difficultés de mise au sein et une montée de lait plus tardive ont pu être mises en évidence chez les femmes en situation d'obésité (108).
- Le besoin énergétique des femmes allaitantes augmente au cours de l'allaitement (de 500 kcal/j), un régime hypocalorique est donc déconseillé durant toute la période de l'allaitement (115). L'impact de l'allaitement maternel sur la perte de poids est discuté dans la littérature.
- La reprise ou la poursuite de l'activité physique n'affecte pas la qualité ou la quantité du lait maternel.

11.6. Période postnatale : accompagnement des situations de surpoids ou d'obésité

La consultation postnatale 6 à 8 semaines après la naissance n'est pas le moment idéal pour aborder la prise de poids, la question des habitudes de vie est souvent vécue comme non prioritaire. La femme a d'autres préoccupations qu'elle doit être encouragée à partager avec le professionnel de santé, comme la fatigue, le manque de sommeil, les troubles de l'humeur, le manque de temps, l'isolement, les soins à la fratrie, la qualité des relations avec l'enfant, la fratrie, le couple, l'alimentation et les pleurs de l'enfant, etc. Des solutions doivent être recherchées avec elle en cas de difficultés (stress, manque de sommeil, dépression qui semblent liés à la rétention de l'excès de poids).

- La consultation permet d'échanger avec la femme sur le vécu de l'accouchement et des suites de couches, les liens avec l'enfant, les relations familiales (conjoint, fratrie) et des éventuelles difficultés et complications en période postnatale.
- La consultation doit être l'occasion de faire un examen clinique et de repérer des signes de troubles psychiques (décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité, notamment une dépression, une idéation suicidaire) (124).

Les maladies cardiovasculaires et les suicides sont les deux premières causes de mortalité, rappelant que la santé des femmes enceintes ou récemment accouchées ne se limite pas à la sphère obstétricale (106). Il est à souligner que les femmes en situation d'obésité présentent un risque accru de dépression et d'anxiété du post-partum (125).

- ➔ Tout professionnel de santé qui suit une femme en post-partum doit repérer des variations thyroïdiennes, des troubles du sommeil, une anxiété, des crises d'angoisse, une verbalisation d'idées noires ou d'autodépréciation, une modification brutale du contact et soigner ou orienter sans délai : la sortie de suites de couches doit être retardée en cas de doute sur un trouble anxieux ou dépressif, un suivi à domicile organisé peut alors sécuriser cette sortie, le lien avec le médecin généraliste doit être systématiquement assuré (106).
- La femme doit être encouragée à maintenir les améliorations de ses habitudes de vie si la démarche a été entreprise pendant la grossesse. Des conseils pour améliorer les habitudes de vie peuvent être délivrés si la femme est demandeuse.

Une consultation dans les 6 mois à un an après la naissance permettrait de prévenir l'évolution vers une obésité grâce à un projet de soins personnalisé

- ➔ Une consultation dans les 6 mois à un an après la naissance devrait être proposée systématiquement à la femme par le médecin généraliste, ou gynécologue, ou la sage-femme. La visite de reprise du travail peut permettre d'aborder la situation avec la femme.
- ➔ Cette consultation doit être l'occasion de faire un examen clinique, d'évaluer l'état de santé de la femme, son état psychologique, d'échanger sur ses habitudes de vie et d'évaluer le besoin d'accompagnement pour retrouver son poids de santé et se sentir bien (Encadré 21). Les femmes qui ont pris beaucoup de poids durant leur grossesse, ou en période postnatale, sans le perdre un an après, sont plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires.
- ➔ Les femmes doivent être encouragées et accompagnées pour stabiliser leur poids dans un premier temps et améliorer leurs habitudes de vie grâce à une approche éducative, dans un deuxième temps, maintenir ce poids et aller vers un poids de santé, dans un troisième temps, perdre progressivement du poids pour atteindre un objectif pondéral personnalisé (110, 126).

Encadré 21. Contenu de la consultation 6 mois à un an après la naissance pour la prévention ou en cas de diagnostic d'une situation de surpoids ou d'obésité

Le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme qui a suivi la grossesse :

- associe la femme à l'évaluation globale de la situation, tout particulièrement le repérage des situations de stress liées à l'environnement social, familial, de reprise du travail, qui peuvent entraîner des perturbations ou des troubles des habitudes alimentaires (qui peuvent être préexistants à la grossesse) et être responsables d'un gain de poids et d'une insatisfaction (image corporelle, confiance en soi). Il évalue également le vécu de la reformulation de la féminité avec un statut double, de femme et de mère, qui touche aussi à l'image et au vécu corporel ;
- utilise les courbes retraçant l'évolution de l'IMC avant et 6 mois à un an après la grossesse, pour aborder la corpulence et accéder au ressenti de la femme ;
- explique aux femmes qui ont eu une prise de poids excessive durant la grossesse (IMC ≥ 30 kg/m² après la naissance de l'enfant) ou qui étaient déjà en surpoids ou en situation d'obésité au début de leur grossesse, les risques pour la santé associés à l'obésité pour elles-mêmes et une grossesse future, les encourage à s'engager dans des changements des habitudes de vie en étant accompagnées ;

- explique l'effet cumulatif de chaque grossesse successive sur l'IMC et la santé, et dans cette situation, des difficultés plus grandes à retrouver un poids de santé ;
- évalue le degré de motivation, le souhait de s'engager dans une démarche pour stabiliser le poids dans un premier temps, puis aller vers un poids de santé ;
- propose d'évaluer les besoins éducatifs, de tenir compte des raisons pour lesquelles les femmes peuvent rencontrer des difficultés à perdre du poids, d'identifier les obstacles individuels aux modifications des habitudes de vie, de délivrer un contenu éducatif fondé sur l'amélioration et l'équilibre de l'alimentation, la pratique d'un exercice physique quotidien (marche rapide ou un autre exercice modéré pendant au moins 30 minutes au moins 5 jours par semaine) ;
- propose des séances d'éducation thérapeutique de groupe ou individuelles selon la disponibilité et les préférences de la femme, sur une période suffisante (12 à 18 mois) pour permettre des modifications effectives des habitudes de vie (activité physique, alimentation, sommeil) ;
- suit l'évolution de la situation en lien avec les professionnels impliqués et oriente vers un médecin spécialiste de l'obésité en cas de résistance à la stabilisation ou à la perte de poids.

11.7. Grossesse après une chirurgie bariatrique

Les recommandations françaises « Grossesses après chirurgie bariatrique » élaborées par le groupe BARIA-MAT avec le soutien des sociétés savantes (AFERO, la SOFFCO.MM, le CNGOF, la SFNCM, la SFN, la SFP, la SFD) (127) sont reprises dans le parcours en précisant les éléments d'organisation du suivi. Ce chapitre s'appuie également sur les documents suivants publiés par la HAS : Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : prise en charge chirurgicale, en cours d'élaboration ; « Utilité clinique du dosage de la vitamine B1 » (128).

Les femmes ayant eu une chirurgie bariatrique et en âge de procréer doivent systématiquement être informées et de manière réitérée lors du suivi :

- du délai recommandé d'au moins 12 mois (127) 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 ;
- de l'importance de vérifier l'absence d'une complication de la chirurgie bariatrique : dépister des symptômes évocateurs afin de la rechercher et de la traiter avant la grossesse ;
- du risque de l'automédication pour sa santé : avant toute prise de médicament, un contact systématique avec le médecin généraliste est nécessaire en lui rappelant l'antécédent de chirurgie bariatrique ;
- de la nécessité de préparer leur grossesse sur le plan nutritionnel, de corriger systématiquement 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 doit expliquer à la femme la nécessité :

- d'avoir une alimentation équilibrée apportant au minimum 60 g de protéines par jour et privilégiant les glucides complets ;
- de ne pas arrêter et de poursuivre systématiquement les suppléments en vitamines et en minéraux, et en ajoutant 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 (en tenant compte des variations physiologiques, et en l'absence de normes pendant la grossesse) (127, 128) (Encadrés 22 et 23) ;

- de consulter le chirurgien bariatrique en cas de douleurs abdominales aiguës, de vomissements ou d'intolérance alimentaire inhabituelle ;
- d'orienter systématiquement la femme 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 (Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : prise en charge chirurgicale, en cours d'élaboration).

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 (127) :

- **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 et anticiper l'organisation du suivi de la grossesse et 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 médecin spécialiste ayant l'expertise de ces chirurgies**, car des doses plus importantes de vitamines et de minéraux sont souvent nécessaires et à individualiser en fonction des résultats biologiques ;
- **un bilan diététique personnalisé et un accompagnement par un diététicien ou un médecin spécialiste de l'obésité 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 ;
- au cours de la grossesse, **une consultation avec le chirurgien est nécessaire en cas de douleurs abdominales ou de vomissements.**

La stratégie de suivi de la grossesse dépend du délai entre la chirurgie bariatrique et le début de la grossesse et du suivi postopératoire (127) :

- 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 une supplémentation minimale et systématique dès le projet de grossesse, intensifier le suivi avec en plus des bilans trimestriels, un examen clinique (poids) et un bilan biologique du statut protéique, une consultation diététique systématique dès le diagnostic de grossesse, à réitérer à une fréquence qui dépendra de l'état nutritionnel,
 - tout au long de la grossesse, le risque de déficit en vitamine B1 et la décision de supplémentation sont évalués sur les données cliniques. Les complications de la carence en vitamine B1 étant graves, il convient d'être attentif aux situations à risque et au moindre signe d'alerte de carence (vomissements répétés) qui doivent conduire à une supplémentation. Celle-ci peut être instituée, poursuivie ou interrompue en fonction de ces données à tout moment.

Encadré 22. Prescription d'une supplémentation avant et pendant la grossesse chez une femme ayant eu une chirurgie bariatrique

En cas de projet de grossesse, la supplémentation en vitamines et minéraux doit comprendre :

- un complexe multivitaminique quotidien contenant des éléments-traces avec au moins 10 mg de zinc et 1 mg de cuivre, et ne contenant pas plus de 5 000 UI de vitamine A de préférence sous forme de bêta-carotène (9 mg) plutôt que de rétinol (1,5 mg d'équivalent rétinol) ;
- de l'acide folique à la dose de 0,4 mg par jour en plus du complexe multivitaminique, à condition de ne pas dépasser 1 mg par jour au total (5 mg par jour en cas d'antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural).

Le maintien des suppléments pris habituellement est indispensable car nécessaire à la correction des déficits éventuellement identifiés sur le bilan préconceptionnel en amont de la grossesse.

Durant la grossesse, la supplémentation doit comprendre :

- un complexe multivitaminique quotidiennement selon les mêmes modalités que celles décrites en préparation de grossesse, à maintenir tout au long de la grossesse ;
- de l'acide folique comme en préparation de la grossesse et à maintenir jusqu'à 12 SA ;
- si la femme est suivie sur le plan chirurgical et médical : maintenir la supplémentation habituelle et prescrire un bilan trimestriel ;
- si la femme n'est pas suivie sur le plan chirurgical et médical : la supplémentation doit comprendre dans l'attente des premiers résultats biologiques du fer 50 à 80 mg par jour, de la vitamine B12 1000 µg une fois par semaine par voie orale dès le diagnostic de grossesse ;
- des supplémentations en vitamines et minéraux spécifiques adaptées aux déficits identifiés sur les dosages biologiques successifs seront prescrites pour éviter les carences, en veillant au risque des surdosages (notamment pour le fer et la vitamine A).

Encadré 23. Prescription d'un bilan biologique avant et pendant la grossesse chez les femmes ayant eu une chirurgie bariatrique

En cas de projet de grossesse ou dès le début de grossesse :

- le bilan doit comprendre : hémogramme, ferritine, coefficient saturation de la transferrine, albumine, préalbumine, 25 OH vitamine D, PTH, calcémie, phosphorémie, folates sériques et érythrocytaires, vitamine B12, vitamine A, TP, magnésium, sélénium et zinc sérique ;
- le dosage en vitamine B1 n'est pas recommandé. La clinique prime d'autant qu'il n'y a pas de seuil consensuel pour la supplémentation. En cas de suspicion de déficit ou de situation à risque de déficit chez une femme (vomissements répétés), qu'elle soit bien suivie ou non, l'urgence est à la supplémentation d'autant que le risque de toxicité est faible alors que les complications de la carence sont graves.

Durant la grossesse :

- le bilan doit comprendre systématiquement à **chaque trimestre** : hémogramme, ferritine, coefficient saturation de la transferrine, albumine, préalbumine, 25 OH vitamine D, PTH, calcémie, phosphorémie, folates sériques et érythrocytaires, vitamine B12, TP, magnésium et zinc sérique ;
- les dosages de vitamine A et sélénium ne sont répétés qu'en cas de déficit initial :
 - ➔ en cas de déficit, un contrôle est réalisé un mois après la modification du traitement, puis de manière trimestrielle (127) ;
- le dosage de vitamine B1 n'est pas recommandé en routine car il ne modifie pas la conduite à tenir du fait du délai de résultat par rapport à l'urgence de la supplémentation et du fait de l'absence de

risque d'un éventuel surdosage (128) : ce dosage reste possible dans le cadre de la recherche d'un diagnostic différentiel.

Le dépistage du diabète gestationnel dépend du type de chirurgie

Toute femme après une chirurgie bariatrique est à risque de diabète préexistant à la grossesse et de diabète gestationnel.

Il est recommandé de (cf. tableau 3) :

- dépister un diabète en début de grossesse **chez toutes les femmes** après chirurgie bariatrique par une glycémie à jeun ;
- utiliser les méthodes de dépistage du diabète gestationnel entre 24 et 28 SA en fonction du type de chirurgie bariatrique.

La conduite à tenir est détaillée dans les recommandations françaises BARIA-MAT (127).

Tableau 3. Dépistage du diabète gestationnel en cas de chirurgie bariatrique

	Chirurgie bariatrique : systématiquement	
Début de grossesse	Glycémie à jeun (normale si < 0,92 g/L) et HbA1c (normale si < 5,9 %)	
Entre 24 et 28 SA	Si chirurgie restrictive : HGPO 75 g Normale si GAJ < 0,92 g/L, G à 1 H < 1,80 g/l et G à 2 H < 1,53 g/L	Si chirurgie malabsorptive ou HGPO mal tolérée* : cycle glycémique capillaire sur une semaine**. Avant repas (N < 0,95 g/l), G à 1 H (N < 1,40 g/L) et G à 2H (N < 1,20 g/L) (Normale si < 20 % de l'ensemble des valeurs est pathologique)

HGPO : hyperglycémie provoquée par voie orale ; G : glycémie ; GAJ : glycémie à jeun ; N : normale

* prise en cinq minutes dans au maximum 300 ml d'eau, ce qui est fréquemment le cas après bypass gastrique, ou en cas de vomissement ou de diarrhée lors de l'HGPO.

** avant le repas, et en alternance à une heure ou à deux heures après le début du repas, avec l'alimentation habituelle.

La prise de poids maternelle est fonction de l'IMC (109) : un suivi de la courbe de poids plus rapproché est préconisé durant toute la grossesse. L'objectif est que la femme reste au plus près d'un objectif de prise de poids en fonction de son IMC de base.

L'allaitement doit être recommandé et encouragé comme chez toutes les femmes

- Pendant l'allaitement, une surveillance clinique et biologique de la mère doit être réalisée 2 à 3 mois après l'accouchement, puis avec une fréquence adaptée à la situation nutritionnelle de la femme pendant toute la durée de l'allaitement.
- La supplémentation vitaminique doit être réalisée selon les mêmes modalités que pendant la grossesse.

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 de poids défini entre elle et l'équipe pluridisciplinaire ;
- poursuivre un suivi nutritionnel et chirurgical régulier, en liaison avec le médecin généraliste.

11.8. Période pré ménopausique et ménopause : prévention du gain de poids, soins et accompagnement

La préménopause se définit par le début de l'anomalie des cycles, la survenue de signes climatiques jusqu'à l'arrêt complet de l'activité ovarienne. La ménopause se caractérise à la fois par l'arrêt des possibilités de procréation et celui des menstruations, sa définition est clinique et correspond à un an d'aménorrhée. L'âge moyen de la ménopause physiologique est en France de 51 ans, elle varie peu selon les ethnies. La ménopause peut être anticipée lorsqu'elle est chirurgicale (129).

La diminution de l'imprégnation hormonale en progestérone, puis en œstrogènes, provoque des modifications physiologiques et expose les femmes à une augmentation notamment des maladies cardiovasculaires et des fractures ostéoporotiques pouvant être en partie prévenues par une alimentation équilibrée et une activité physique régulière (130).

Le gain de poids en période pré ménopausique et ménopausique est fréquent mais pas systématique

Le gain de poids augmente les risques propres à la ménopause, notamment les maladies cardiovasculaires (130). La prise de poids peut débuter bien avant la ménopause et se poursuivre après celle-ci mais avec une grande variabilité interindividuelle.

Le gain de poids durant cette période résulte d'une combinaison de facteurs : les changements physiologiques, hormonaux, une baisse de l'activité physique, des perturbations du sommeil (130), des perturbations des rythmes de vie, le stress et ses conséquences sur l'alimentation, l'inactivité physique et la sédentarité, des facteurs psychologiques.

Un gain de poids et la répartition des tissus adipeux sont des signes de vigilance en période ménopausique

Tout au long de la période ménopausique, la distribution des tissus adipeux se modifie en augmentant le tour de taille. Cette répartition des graisses au niveau abdominal est associée à un risque plus important pour la santé (diabète, hypertension, maladies cardiaques) que lors d'une distribution des tissus adipeux au niveau des hanches et des cuisses (129).

Prévenir l'aggravation d'un surpoids ou d'une obésité et prévenir les maladies cardiovasculaires

La ménopause peut être une période de fragilité psychologique qui doit être accompagnée par le médecin ou la sage-femme qui suit la femme. Il est préconisé de prendre en compte son vécu et les effets sur la qualité de vie pour l'aider à mieux vivre cette période, se sentir bien, et limiter le gain de poids.

Les modifications physiologiques liées à la diminution de l'imprégnation hormonale en progestérone, puis en œstrogènes, ainsi que leurs conséquences sur la santé doivent être expliquées à la femme, sans l'alarmer outre mesure afin de ne pas induire de préoccupations excessives pour le poids et les pratiques de régime inappropriées.

Dès les premiers signes de préménopause chez une femme en situation de surpoids ou d'obésité

Le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme expliquent les modifications physiologiques et hormonales ainsi que leurs conséquences sur la santé et proposent dans un premier temps :

- une évaluation systématique du niveau d'activité physique, de l'alimentation, des comportements sédentaires, du sommeil ;

- un encouragement à aller vers les recommandations pour la population générale, en précisant que la pratique régulière d'exercices physiques représente un moyen d'atténuer les symptômes ménopausiques (sueurs nocturnes et bouffées de chaleur) et à plus long terme de contribuer à réduire le risque de maladies cardiovasculaires, en complément de la maîtrise de la consommation de sel et de sucres simples, des apports équilibrés en lipides et suffisants en fibres (130) ;
- une explication sur les pratiques de régimes inappropriés (restrictifs ou déséquilibrés) qui ne sont pas recommandées. Les régimes successifs favorisent le gain de poids et ses variations (effet yo-yo) ;
- une réévaluation de la situation avec la femme à la prochaine consultation ou à la demande de la femme.

Si un traitement hormonal des symptômes de la ménopause est nécessaire (et en l'absence de contre-indications) face à des symptômes qui altèrent la qualité de vie, rassurer la femme sur l'absence de gain de poids généré par ce traitement tant lors de l'initiation qu'à l'arrêt : si la dose est minimale et la durée du traitement limitée (131).

Tout autre professionnel de santé qui repère des symptômes ménopausiques conseille à la femme d'en parler au médecin généraliste, gynécologue, sage-femme qui la suit, et l'encourage à changer ses habitudes de vie.

Si la situation évolue : augmentation cliniquement significative du poids et vécu difficile de cette situation, le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme proposent un accompagnement des modifications des habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique ou orientent vers un professionnel de santé pour sa mise en œuvre.

Chez les femmes en situation de surpoids ou d'obésité : un accompagnement dès le début de la ménopause

Chez les femmes ménopausées en situation de surpoids ou d'obésité, le CNGOF et le GEMVi conseillent une diminution modérée de l'apport énergétique associée à un apport protidique suffisant tout en associant une activité physique régulière (129).

L'Anses (130) s'appuie sur des recommandations canadiennes spécifiques à cette population, publiées en 2014 et actualisées en 2019 (132), pour conseiller aux professionnels de santé de saisir l'occasion de la période qui entoure la ménopause pour évaluer le risque cardiovasculaire et accompagner les modifications des habitudes de vie.

Les recommandations du SOGC n'abordent pas les stratégies éducatives visant à aider les femmes à modifier durablement leurs habitudes de vie. Sont néanmoins conseillés sur la base du suivi d'une cohorte américaine de femmes ménopausées âgées de 63 à 99 ans (*Objective Physical Activity and Cardiovascular Disease Health in Older Women – OPACH*) active depuis 2012 : une approche personnalisée adaptée aux besoins des femmes avec la prise en compte des préférences et de la progressivité des changements à intégrer dans le mode de vie, la délivrance de conseils, des encouragements et un soutien.

Les travaux canadiens et français préconisent de maintenir si possible un IMC < 25 kg/m² et un tour de taille < 88 cm, grâce à une balance entre activité physique et alimentation en prenant en compte deux situations :

- si le niveau d'activité physique est augmenté, notamment par la diminution des comportements sédentaires et le suivi des recommandations d'activité physique en population générale, alors les apports énergétiques équivalents à ceux des adultes peuvent être maintenus ;

- si le niveau d'activité physique est insuffisant et ne peut être changé dans l'immédiat, l'apport énergétique doit être réduit, notamment par une légère diminution de la taille des portions par rapport à l'adulte.

Chez les femmes ménopausées en situation d'obésité

En cas d'obésité chez une femme ménopausée : conseiller une diminution modérée de l'apport énergétique associée à un apport protidique suffisant tout en associant une activité physique régulière.

Après la ménopause, il s'agit de diminuer la mortalité et le risque cardiovasculaire grâce à une activité physique régulière d'intensité modérée, voire de faible intensité (chez les femmes âgées de plus de 70 ans). L'activité physique associée à une diminution de la sédentarité est recommandée. En cas de limitations fonctionnelles, les femmes devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent (129).

Quand un traitement hormonal substitutif de la ménopause est nécessaire et en l'absence de contre-indications, rassurer la femme sur l'absence de prise de poids à l'instauration et à l'arrêt du traitement, à la condition que la dose soit minimale et d'une durée limitée (131).

12. Surpoids ou obésité dans une situation de handicap : spécificités

Une situation de handicap est définie comme le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques (déficiences), des difficultés plus ou moins importantes à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (incapacités), des problèmes sociaux qui en résultent (désavantages) renforcés en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible (d'après l'Organisation mondiale de la santé et la Classification internationale du handicap).

Les mécanismes de développement et d'évolution vers l'obésité sont multiples et doivent être pris en compte dans toute offre de soins et d'accompagnement et dans le projet de vie.

Les personnes en situation de handicap ont une obésité plus marquée que les personnes sans handicap et ce dès l'enfance (133, 134). La prise de poids s'accélère au cours du temps.

Les maladies coronariennes représentent la deuxième cause de mortalité chez les personnes avec une déficience intellectuelle qui cumulent les facteurs de risque tels qu'hypertension, diabète, obésité, erreurs diététiques, peu d'exercice physique (134).

La surdité, la c civit  ou la très basse vision sont également des situations de handicap qui peuvent entraîner une situation de surpoids ou d'ob sitt , principalement en raison d'un accès plus limité aux messages de prévention et à l'éducation thérapeutique.

12.1. Connaître le risque multifactoriel selon le handicap

Le handicap est une situation reconnue à risque d'ob sitt  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 avec ses conséquences, ou secondaire à des traitements au long cours induisant une prise de poids, comme une corticothérapie et/ou des médicaments psychotropes, à une ob sitt  de cause rare.

De plus, manger, pratiquer une activité physique fait appel à de nombreuses capacités qui sont le plus souvent altérées en situation de handicap : capacités motrices, sensorielles (audition, vue, toucher, odorat, goût), cognitives (mémoire, attention, flexibilité, etc.) et compétences associées ( couter, comprendre, s'exprimer, parler) ; mais aussi la reconnaissance par la personne des signes et du sentiment de satiété, la gestion du sentiment d'ennui, de colère, de frustration, les habilités sociales (comportement adapté, accepté ou souhaité à table ou lors de la pratique d'activité avec d'autres).

Quelle que soit la situation de handicap, l'influence réciproque entre les caractéristiques individuelles de la personne et les multiples systèmes de l'environnement dans lequel il (elle)  volue est essentielle à appréhender pour analyser son comportement et sa trajectoire : activités et interactions avec l'entourage direct (parents, fratrie, amis), le microsystème (interactions entre soignants, professionnels du médico-social, social, enseignants), la famille élargie, le voisinage, le réseau amical, le contexte économique, social, culturel.

Les recommandations pour tous les adultes restent valables pour toute personne en situation de handicap, mais devront être adaptées en fonction de la nature des difficultés et des possibilités fonctionnelles, cognitives, qui peuvent être évolutives.

La mise en application des repères d'alimentation, d'activité physique, de limitation des comportements sédentaires doit être accompagnée tout au long de la vie.

En cas de trouble du développement intellectuel, l'environnement joue un rôle important dans l'apparition plus fréquente d'un surpoids ou d'une obésité ou leur aggravation, comme chez toute personne ayant une alimentation peu adaptée aux besoins par défaut des signaux de satiété avec une sédentarité importante avec trop peu d'activité physique. La définition d'un projet de soins suppose de connaître les points forts et les points faibles des compétences adaptatives de la personne et de celles qui peuvent être compensées par un environnement humain attentif, d'avoir conscience des limites pour acquérir une autonomie pour la gestion de l'alimentation et de rechercher des solutions (134).

En cas de handicap moteur (pathologies neuromusculaires, polyhandicap par exemple), la réduction de l'activité physique va jouer un rôle prépondérant associé au défaut de développement des masses musculaires parfois aggravé par des anomalies endocriniennes (insuffisance gonadotrope). L'excès d'apport énergétique comme une nutrition entérale excessive peut aggraver ces situations du fait du déséquilibre entre les apports énergétiques et les dépenses.

Dans les situations de troubles du neurodéveloppement associés ou non à des troubles du spectre autistique, il existe le plus souvent des troubles du comportement alimentaire par défaut de régulation de la faim alors responsables d'une impulsivité alimentaire avec consommation de grandes quantités et défaut de satiété rendant le contrôle de l'appétit difficile surtout si une intolérance à la frustration existe (colères avec auto ou hétéro-agressivité en cas de restriction alimentaire) et parfois une instrumentalisation de la nourriture en tant que récompense. La sédentarité avec une activité physique insuffisante participe aussi à la prise de poids, d'autant plus s'il existe des anomalies de composition corporelle avec défaut de développement de la masse maigre comme décrit chez les adolescents ayant un syndrome de Prader-Willi par exemple. Les troubles endocriniens peuvent là aussi participer à ces anomalies de la composition corporelle. De plus, il peut co-exister des troubles du comportement avec une relative rigidité comportementale et des difficultés à s'adapter dans les situations de la vie quotidienne.

En cas de troubles psychiques conduisant à une situation de handicap, du fait soit de la sévérité des symptômes, de leur persistance, de la fréquence des crises, soit de l'association avec des troubles cognitifs ou des troubles physiques. Certains troubles débutent lors de l'adolescence ou en fin d'adolescence chez le jeune adulte, d'autres formes sont plus précoces et débutent dès l'enfance (135). Certains troubles nécessitent des traitements qui entraînent un gain de poids, une évaluation régulière des effets de ces traitements doit être réalisée ainsi qu'une adaptation si possible, notamment dans le choix du traitement.

12.2. Favoriser l'accès aux messages de prévention et à l'éducation thérapeutique

- ➔ **Accompagner les habitudes de vie tout au long de la vie est essentiel** : 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).
- ➔ **Améliorer l'accessibilité des messages délivrés réduit les inégalités de santé**
- Les associations de personnes atteintes de maladie chronique mettent en place des actions pour accompagner les usagers (cf. Ressources ci-dessous).

- Les documents imprimés (brochures, dépliants, affiches) conçus pour la population générale pour le grand public peuvent convenir à une information courte ou pour qui maîtrise bien l'écrit à condition de répondre à certains critères d'accessibilité (57) :
 - en gros caractères et/ou en braille (malvoyance ou cécité) ;
 - rédigé en facile à lire et à comprendre (FALC) et avec l'utilisation de pictogrammes ou d'images concrètes (handicap intellectuel).
- Les outils audio (versions, audio sur le web, CD, clés USB, etc.) sont un bon moyen avec sous-titrage textuel ou en langue des signes française (LSF) (déficiences auditives).
- Internet avec des sites accessibles (mise à disposition de vidéos avec sous-titrage et LSF en cas de déficiences auditives, vocabulaire simple et concret en cas de déficiences intellectuelles) permet de donner accès aux ressources disponibles sur le web.

12.3. Prévenir précocement le surpoids et l'évolution vers l'obésité

La prévention précoce d'un surpoids et d'une évolution vers l'obésité repose sur la même évaluation multidimensionnelle que celle proposée à toute autre personne mais avec une vigilance complémentaire et une adaptation selon le handicap.

Les proches et/ou les professionnels qui prennent soin de la personne participent à cette évaluation.

- ➔ **Le recours à un avis spécialisé** est nécessaire face à une obésité très importante associée à des troubles du comportement alimentaire ou à des éléments cliniques évocateurs d'une obésité de cause rare (65).
- ➔ **Le recours à des structures spécialisées est structuré**

Les centres de référence maladies rares multisites (CRMR) couvrent l'ensemble du territoire national (liste sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/l-offre-de-soins>). Ils sont composés de centres de référence et de centres de compétences (ou de ressources et de compétences) et :

- ont un rôle de conseil et d'appui auprès des pairs, hospitaliers et de ville dans le secteur sanitaire, mais aussi médico-social et social ;
- assurent une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi des personnes concernées ou atteintes d'une maladie rare. Le centre de référence assure selon les cas cette prise en charge globale lui-même ou l'organise au sein de son réseau de soins.

Les équipes relais handicaps rares (ERHR) sont organisées en inter régions. Elles sont constituées de plusieurs professionnels. Elles se situent à l'interface entre les ressources spécialisées comme le Centre national de ressources handicaps rares (CNRHR) et les ressources de proximité comme les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Ces structures ont pour missions de conseiller et d'appuyer les professionnels pour élaborer une stratégie d'intervention globale et adaptée aux besoins de la personne et de l'orienter avec sa famille vers le bon interlocuteur et les ressources compétentes (<https://www.gnchr.fr/reseau-acteurs-nationaux-regionaux-locaux/les-equipes-relais-handicaps-rares>).

12.4. Accompagner les modifications des habitudes de vie

Les modifications de l'alimentation, de la pratique de l'exercice physique et des habitudes de vie associées devront être progressives et peuvent prendre du temps à se mettre en place.

Une guidance précise des personnes en situation de handicap, de leurs proches aidants, mais aussi des professionnels des établissements médico-sociaux peut être nécessaire pour accompagner le ré-équilibrage de l'alimentation ou adapter le choix d'une activité physique ou sportive :

- sensibiliser et accompagner les personnes et/ou les professionnels qui prennent soin des personnes en situation de handicap dans leur lieu de vie (domicile familial, structures de soins ou médico-sociales) dans la mise en œuvre des changements des habitudes de vie ;
- les accompagner dans l'organisation d'un environnement propice et cohérent à la mise en œuvre des changements des habitudes de vie qui doit se poursuivre de manière concertée et cohérente entre les lieux de vie et d'activités (famille, services ou établissements médico-sociaux) et au maintien durable de l'activité physique et des changements apportés à l'alimentation.

La poursuite à l'âge adulte d'une approche contenant du comportement alimentaire et de l'impulsivité alimentaire débutée en principe dès les premières années de vie doit être accompagnée en particulier en cas de situations cliniques à risque élevé d'obésité comme les syndromes de Prader-Willi ou de Bardet-Biedl.

- L'approche diététique aura pour objectif de contrôler les quantités grâce à la mise en place d'un cadre au cours des repas qui sera poursuivi dans les structures d'accueil en dehors du milieu familial.
- Le contrôle des quantités et de la consommation de certains aliments comme le sucre doit être poursuivi à l'âge adulte dans certaines pathologies comme le syndrome de Prader-Willi.
- Un travail sur l'écoute des signaux corporels et les sensations de satiété et de rassasiement, le choix des aliments est indispensable, en plus de donner une réalité à des concepts abstraits comme la satiété : quantité à respecter dans l'assiette, nombre de cuillères ou morceaux.
- L'alimentation variée doit être limitée en énergie en réduisant la taille des portions (si indiqué) et en ajoutant légumes ou salade dans chaque plat.
- Chercher à diminuer l'impulsivité, les compulsions, en établissant une routine de trois à quatre repas par jour, et en choisissant plutôt un fruit ou un produit laitier si une collation est nécessaire, planifier les repas sur la semaine, cuisiner des plats à la maison sont autant de pistes.
- En cas d'impulsivité alimentaire, limiter des stimuli visuels peut s'avérer nécessaire.

Les recommandations de pratique d'activité physique pour la population générale peuvent être le plus souvent adaptées aux envies de pratiques, aux besoins et aux capacités fonctionnelles des personnes en situation de handicap (29), notamment en ajustant l'intensité, la progressivité et la durée de l'activité physique, en prévoyant des temps de récupération plus longs, et dans certaines situations de handicap en mobilisant une aide humaine ou le support d'un groupe de pairs.

L'activité physique peut contribuer à améliorer l'estime et la confiance en soi. Elle permet aussi de maintenir une autonomie physique, de favoriser le sentiment de bien-être et la participation à la vie sociale. La pratique d'une activité physique peut permettre aussi de prévenir le développement de symptômes qui peuvent s'ajouter à des difficultés motrices ou à une situation de handicap, ainsi que la douleur ou les effets secondaires de traitements (<https://www.mangerbouger.fr/>) :

- le besoin d'une prescription d'une activité physique adaptée (APA) est évalué et prescrit, si nécessaire, après une consultation médicale d'APA (71) ;

- le recours à un professionnel de l'APA (enseignant en APA, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute) permet d'ajuster l'intensité, la progressivité et la durée de l'activité physique en prévoyant des temps de récupération plus longs ;
- la recherche de stratégies de poursuite et de maintien de la condition physique tout au long de la vie avec l'appui d'un professionnel de l'APA est essentielle ;
- selon la nature du handicap, des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre pratiquées quotidiennement sont proposées car elles permettent d'accomplir les activités de la vie quotidienne, comme : se déplacer aussi souvent que possible, si besoin, avec l'aide d'une personne ou avec une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil...) ; faire des exercices de respiration éventuellement à l'aide de techniques de relaxation ; faire des exercices d'assouplissement qui favorisent le relâchement du tonus musculaire ;
- plusieurs activités sportives comme le cécifoot, le volley assis, le handibasket, le stand up paddle, le vélo, l'athlétisme dont certaines activités ont aussi l'avantage de pouvoir être partagées avec des personnes valides peuvent rejoindre les envies de la personne. Des conseils ou une aide à la recherche d'une activité physique peuvent être demandés à un ergothérapeute, un kinésithérapeute, un psychomotricien, un enseignant en activité physique adaptée, un éducateur sportif (fédérations handisport, sport adapté).

Une éducation thérapeutique du patient (ETP) doit être proposée, mise en œuvre, évaluée et poursuivie, en prenant en compte les réserves de capacités et l'altération de nombreuses capacités mobilisées dans le fait de manger, de pratiquer une activité physique dans une situation de handicap. Ces particularités doivent être prises en compte pour :

- adapter les interventions en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés ;
- guider la personne en situation de handicap (visuel, auditif, intellectuel, psychique ou physique) et/ou ses proches aidants, dans le développement de leur propre stratégie pour accéder de manière efficace à des ressources permettant de répondre à ses besoins ;
- soutenir les personnes, leurs proches aidants et les professionnels des établissements médico-sociaux grâce à un suivi régulier en éducation thérapeutique.

12.5. Orienter vers des ressources

L'accès à des ressources pour les professionnels, les personnes concernées et les aidants est souhaité.

Ces ressources permettent d'accéder à des informations sur les démarches administratives, les maladies, les centres experts, les associations d'usagers, une aide au diagnostic et au traitement.

Les maisons de services au public (MSAP) accompagnent tout usager dans ses démarches de la vie courante : prestations sociales, accès à l'emploi, aux transports, à l'énergie, etc. Les citoyens éloignés des administrations, notamment en zones rurales et périurbaines, sont les premiers bénéficiaires de ces initiatives locales¹⁸.

La Plateforme Maladies Rares créée en 2001 rassemble plusieurs associations destinées aux professionnels, aux familles et aux personnes concernées : Alliance maladies rares, Institut des maladies rares, Maladies Rares Info Services, AFM, EURORDIS, Orphanet (<https://www.plateforme-maladiesrares.org/>).

¹⁸ <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/maisons-de-services-au-public>

Orphanet, créé en France par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) en 1997, fournit des informations sur les maladies rares et permet le même accès à la connaissance pour toutes les parties prenantes (<https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>), notamment grâce à plusieurs répertoires :

- un répertoire des professionnels et institutions ;
- un répertoire des centres experts ;
- un service d'aide au diagnostic permettant la recherche par signe et par symptôme ;
- un répertoire des associations et des services pour les personnes concernées et leur famille.

L'Alliance maladies rares (<https://www.alliance-maladies-rares.org/>), avec des délégations régionales de bénévoles, propose d'informer et de soutenir les associations, les malades et les familles. Un numéro de téléphone et un site web dédié « Maladies Rares Info Services » complètent le dispositif.

Pour connaître les actions mises en place par les associations de personnes atteintes de maladie chronique, consulter le site de [France Assos Santé](#).

La mise à disposition de la liste des associations d'usagers agréées au niveau national et régional sur le site du ministère de la Santé et de la Prévention constitue une ressource fiable :

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_asso_agreees_national.pdf ;
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_asso_agreees_regional.pdf.

13. Conditions pour un parcours fluide sans rupture

Plusieurs leviers ont été identifiés pour permettre de fluidifier le parcours des personnes en situation de surpoids ou d'obésité et éviter les ruptures des soins et de l'accompagnement.

13.1. Des dispositifs qui favorisent l'exercice partagé et l'accès à l'expertise

Le soutien à l'exercice coordonné et l'accès à l'expertise doivent être effectifs dans le territoire de santé pour améliorer l'adéquation du niveau de prise en charge au degré de complexité des situations de surpoids ou d'obésité.

L'exercice coordonné est un mode d'organisation des professionnels de santé libéraux qui décident de travailler en équipe pour favoriser les échanges et la coordination pluriprofessionnelle :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) rassemblent sur un même lieu de soins des professionnels de premier recours (au moins médecin et infirmier, mais aussi sage-femmes) et éventuellement des médecins spécialistes ;
- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) rassemblent des professionnels de santé de premier recours et de second recours exerçant à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé et médico-sociaux, et en fonction des projets, d'autres professionnels sociaux et médico-sociaux d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

Dans la perspective de justes soins et d'accompagnement des personnes, les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) (136) constituent une ressource à mobiliser par les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux lorsque la situation de la personne soignée est ressentie complexe sur le plan médical et/ou social, et/ou médico-social.

- Les DAC mobilisent des professionnels de santé libéraux, des centres et maisons de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, des établissements de santé, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des représentants d'usagers afin d'offrir à la personne prise en charge une réponse globale et coordonnée, quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation.
- Les DAC assurent la lisibilité de l'offre sur le territoire tant pour les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, de la médecine scolaire, que pour les usagers.
- Il serait souhaitable que les DAC assurent également une lisibilité concernant les structures permettant l'exercice physique adapté à proximité du lieu de vie.

13.2. Une lisibilité de l'offre pour orienter au bon moment et au bon endroit

Tout médecin et professionnel de santé, social ou médico-social doit avoir accès, selon les besoins et la complexité de la situation, à un annuaire ou à une plateforme de ressources, aux conseils ou à une aide d'un centre spécialisé de l'obésité (CSO) ou d'un centre intégré de l'obésité (CIO), ou à un dispositif d'appui à la coordination. Cela permettrait :

- d'identifier, dans l'environnement proche, un professionnel de santé, social, médico-social, un établissement ou une structure spécialisée dans la prise en charge de l'obésité pour approfondir

l'évaluation de la situation et bénéficier le cas échéant de conseils pour répondre aux besoins de la personne soignée et ainsi adapter les soins et l'accompagnement. L'accès aux médecins spécialistes peut être facilité par le recours à la téléconsultation, la téléexpertise (98) ;

- d'être aidé dans la recherche de professionnels formés à la prise en charge de l'obésité et à l'éducation thérapeutique, pouvant intervenir auprès de la personne concernée à proximité de son lieu de vie ou à domicile. L'accès aux interventions de diététique, d'ETP peut être facilité par le télé soins, notamment pour la continuité du suivi entre les séances (89) ;
- de valider, après un échange d'informations et une concertation, l'orientation vers une structure ou un dispositif départemental ou régional spécialisé pour les situations d'obésité sévère et complexe.

13.3. Une continuité et une coordination des soins et de l'accompagnement à assurer

Le soutien au partage des informations doit être effectif pour assurer une continuité des interventions ainsi qu'une coordination des actions.

Chaque intervenant dans le parcours doit trouver les informations utiles à la compréhension de la situation de la personne soignée et à une orientation commune de ses actions grâce au développement et au déploiement de services numériques comme :

- « Mon espace santé » (MES), dans lequel s'intègre le DMP ;
- un plan personnalisé de coordination en santé pour les situations complexes (PPCS) (78) ;
- un réseau social professionnel, pour échanger des informations en complément du service de messagerie sécurisée de santé.

La concertation des divers professionnels impliqués dans les soins, l'accompagnement social, médico-social, la santé au travail doit s'organiser selon les modalités définies en commun par les professionnels, et le temps passé aux échanges et à l'élaboration d'un projet de soins valorisé.

13.4. Des formes innovantes de travail interprofessionnel

La complexité des situations de surpoids et d'obésité peut nécessiter un partage de l'évaluation de la situation, de la coordination, du suivi des personnes soignées entre le médecin généraliste et autre spécialiste de l'obésité. Les infirmières travaillant en exercice coordonné ou en établissement de santé peuvent apporter une contribution utile au parcours de soins.

ASALÉE (Actions de santé libérale en équipe) est une association qui instaure une coopération et des délégations d'actes et d'activités des médecins généralistes vers des infirmiers délégués à la santé publique (IDSP) sur la base de protocoles de coopération. Ces infirmiers ont la charge de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), des dépistages et des suivis de patients ayant certaines maladies chroniques (137).

Ils permettent aux patients de mieux s'approprier leur pathologie et de devenir plus autonomes. Le dialogue et le suivi régulier assurés par l'infirmier en coopération avec le médecin permettent une meilleure prise en charge de ces patients (Fiche 3. Rôle de l'infirmier dans le parcours surpoids-obésité de l'adulte).

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) peuvent exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé), en établissement de santé, en établissement médico-social.

Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin généraliste mentionné à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, l'infirmier en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux (138).

Les soins et l'accompagnement des situations de surpoids ou d'obésité peuvent bénéficier de la pratique avancée, même si cette pathologie chronique n'est pas citée dans les textes réglementaires régissant les interventions de l'IPA. Cette pratique recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales (Fiche 3. Rôle de l'infirmier dans le parcours surpoids-obésité de l'adulte).

Les protocoles de coopération

Initié par l'article 51 de la loi HPST de 2009 (139), le dispositif des protocoles de coopération a été rénové et simplifié par l'article 66 de la loi OTSS de 2019 (140). Il consiste à mettre en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de nouvelles formes d'exercice. Il s'agit de favoriser les transferts d'activités et actes de soins qui répondent à des besoins de santé, pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant, bien sûr, un haut niveau de sécurité et de qualité. Les délégations d'exercice peuvent être de plusieurs natures : réalisation d'actes ou activités à visée préventive, d'actes ou activités à visée diagnostique, d'actes ou activités à visée thérapeutique.

Les protocoles de coopération entre professionnels répondent de manière concrète aux besoins des usagers de la santé en élargissant l'accès aux soins, mais aussi à ceux des professionnels de santé en valorisant de nouvelles compétences entre médecins et infirmiers pour le suivi de certains patients en déléguant concrètement à des personnels paramédicaux certaines activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins.

13.5. Une formation des professionnels impliqués dans le parcours : initiale et continue

La formation à l'obésité ainsi que la formation à l'éducation thérapeutique devraient faire partie des orientations prioritaires de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. En effet, ces formations représentent des leviers essentiels de l'appropriation et de la mise en œuvre du parcours « Surpoids et obésité ».

Tout professionnel de santé impliqué dans les soins et l'accompagnement des personnes en surpoids ou en obésité devrait être formé à :

- la mise en œuvre d'une démarche réflexive visant à reconnaître et analyser des pratiques stigmatisantes dans son activité et/ou milieu de travail et à mettre en œuvre une démarche de bientraitance collective ;
- l'adoption d'une posture éducative centrée sur l'apprentissage de compétences par la personne soignée, l'évaluation des besoins éducatifs et à la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique personnalisée intégrée au projet de soins ;
- au partage des données et à l'utilisation des outils de coordination des situations complexes, au travail pluriprofessionnel et/ou pluridisciplinaire.

Les professionnels du champ médico-social, social impliqués dans l'accompagnement des adultes en situation de surpoids ou d'obésité devraient être :

- sensibilisés aux principales problématiques en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité qui, chez certaines personnes, peuvent se cumuler ou être prévalentes (notamment les difficultés psychologiques ou toute forme de vulnérabilité sociale) et rendre plus difficile leur engagement dans le projet de soins ;
- formés à la reconnaissance des situations de stigmatisation, de maltraitance, d'abus.