

FICHE

Surpoids-obésité de l'adulte : 20 messages clés pour améliorer les pratiques

Validée par le Collège le 11 janvier 2023

Mis à jour en févr. 2024

Les 20 messages clés

Dépister systématiquement un surpoids ou une obésité tout au long de la vie

1. Calculer l'IMC, mesurer le tour de taille et suivre annuellement leur évolution.

Dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité coconstruire un projet de soins personnalisé

2. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle.
3. Repérer les perturbations de l'alimentation, les troubles des conduites alimentaires.
4. Évaluer systématiquement et accompagner précocement les éventuelles difficultés psychologiques, les troubles psychiatriques, toute forme de vulnérabilité sociale, familiale, professionnelle.
5. Reconnaître, repérer, prévenir et accompagner toute stigmatisation.
6. Solliciter les associations d'usagers tout au long du parcours.

Grader les soins et l'accompagnement selon 3 situations de complexité définies, et les moduler selon l'évolution

7. Établir des priorités de soins et d'accompagnement en fonction du retentissement sur la santé, des besoins et des attentes de la personne.
8. Proposer une éducation thérapeutique personnalisée dès le diagnostic du surpoids ou d'une obésité, la poursuivre, la consolider.
9. Organiser des temps de coordination dans toutes les situations, et dans les situations complexes et très complexes une concertation pluriprofessionnelle et la désignation d'un référent du parcours.
10. Suivre régulièrement l'état de santé sur plusieurs années dans les situations d'obésité non complexes et à vie dans les situations d'obésité complexe et très complexe.
11. Réévaluer l'ensemble de la situation face à des difficultés à maintenir les modifications des habitudes de vie et à stabiliser le poids ou face à une résistance à la poursuite de la perte de poids.

Accompagner les personnes avant et après chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

12. La prévention des ruptures de soins après chirurgie bariatrique est essentielle pour favoriser le succès de la chirurgie et éviter les complications. Le pourcentage de personnes suivies régulièrement après une chirurgie bariatrique n'atteint pas 50 % à 2 ans et décroît fortement à 5, 10 et 15 ans.
13. Une préparation à la chirurgie bariatrique de 6 mois au minimum accompagne le projet de chirurgie. Cette durée peut être plus longue, la personne candidate en est informée.

14. La préparation à la chirurgie permet d'optimiser l'état de santé somatique et psychique et de débiter de manière concomitante les séances d'éducation thérapeutique spécifiques à la chirurgie bariatrique avec la participation de patients-ressources et d'associations d'usagers.

15. Le suivi spécifique à la chirurgie bariatrique mobilise d'abord le médecin spécialiste de l'obésité et le chirurgien, puis une fois l'état de santé stabilisé, le médecin généraliste ou l'infirmier de pratique avancée (IPA) en alternance avec l'équipe spécialisée pluriprofessionnelle.

16. Après chirurgie bariatrique, les séances d'éducation thérapeutique ciblées sur un ou plusieurs objectifs sont poursuivies en groupe ou en individuel après évaluation des besoins.

17. Le partage des informations est essentiel pour assurer la continuité des soins à toutes les étapes de la chirurgie bariatrique.

Être attentif aux populations et situations spécifiques

18. Prévenir le surpoids et l'évolution vers l'obésité chez une personne en situation de handicap. Accompagner la personne avant et après chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024].

19. Chez la femme en obésité, s'assurer d'un suivi gynécologique régulier, dépister un risque avant et pendant la grossesse, être vigilant en cas de chirurgie bariatrique, suivre l'évolution du poids pendant et après la grossesse et accompagner le retour à un poids de santé.

20. Encourager l'activité physique lors de la périménopause et de la ménopause, être vigilant face à un surpoids associé à un tour de taille élevé.

Dépister systématiquement un surpoids ou une obésité tout au long de la vie

1. Calculer l'IMC, mesurer le tour de taille et suivre annuellement leur évolution

- ➔ Le suivi de l'indice de masse corporelle est annuel pour dépister un surpoids ou une obésité, un risque cardiovasculaire, et plus fréquemment en cas d'antécédents familiaux ou personnels, de signes d'alerte sur la courbe d'IMC, de traitement au long cours induisant une prise de poids, de situation de handicap, de maladie chronique pouvant être aggravée par une obésité.
- ➔ Toute consultation médicale est une occasion de dépister un surpoids ou une obésité, de demander l'accord de la personne pour aborder le poids, les habitudes et le contexte de vie, d'encourager l'activité physique quotidienne et une diminution des comportements sédentaires, d'améliorer l'alimentation et l'équilibrer, d'améliorer le sommeil et les rythmes de vie.
- ➔ Tout professionnel de santé, en soins de ville, en établissement de santé, en service et établissement médico-social, dans le service de santé au travail, de santé scolaire ou universitaire, peut repérer une situation de surpoids ou d'obésité et orienter vers le médecin traitant.

Dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité, coconstruire un projet de soins personnalisé

2. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle

- ➔ Comprendre la situation, les facteurs, causes ou conséquences du surpoids ou de l'obésité et identifier les besoins, les attentes de la personne soignée.
- ➔ Évaluer le retentissement et les complications du surpoids ou de l'obésité sur la santé globale.
- ➔ Rechercher une dénutrition et une sarcopénie, particulièrement chez une personne âgée.
- ➔ Prendre l'appui, selon les besoins requis par la situation, sur un ou plusieurs professionnels en proximité (champ sanitaire, social, médico-social, médecine du travail), un médecin spécialiste

de l'obésité ou une équipe spécialisée dans l'obésité, pour approfondir ou compléter l'évaluation, être conseillé dans la démarche diagnostique ou de soins, être aidé dans la recherche des professionnels ou d'une équipe de soins la plus à même d'intervenir en proximité.

- Définir la complexité de la situation pour formuler avec la personne les objectifs à atteindre dans le cadre d'une décision partagée.

3. Repérer les perturbations de l'alimentation, les troubles des conduites alimentaires

- Repérer des signes d'appel, les explorer et les traiter de manière prioritaire ou concomitante à une amélioration de l'alimentation.
- Faire appel à un psychologue ou à un psychiatre spécialisé dans les TCA et à un diététicien.

4. Évaluer systématiquement et accompagner les éventuelles difficultés psychologiques, les troubles psychiatriques, toute forme de vulnérabilité sociale, familiale, professionnelle

- Repérer une maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste), un antécédent traumatique. Orienter vers un psychologue, et si besoin vers le travailleur social.
- Présenter la nécessité de l'intervention d'un psychologue et d'un psychiatre en cas d'anxiété, de signes de dépression, d'une idéation suicidaire ou d'un passage à l'acte.
- Évaluer les conduites addictives, orienter les personnes désireuses de se soigner ou de réduire leurs pratiques à risque vers des ressources spécialisées.
- Rechercher des solutions avec l'appui du travailleur social en cas de difficultés d'accès aux soins, de dégradation de la situation sociale, financière et/ou familiale, de désocialisation.
- Favoriser le maintien dans l'emploi par des adaptations et éviter la désinsertion professionnelle avec l'appui du médecin de la santé au travail et son réseau d'acteurs pour accompagner l'employé et l'employeur.

5. Reconnaître, repérer, prévenir et accompagner toute stigmatisation

- Reconnaître des pratiques stigmatisantes dans son activité, son milieu de travail, les analyser. Se former, sensibiliser, former et mettre en œuvre une démarche de bientraitance collective.
- Prévenir la stigmatisation grâce à une communication de qualité, un environnement et un matériel de soins, un transport sanitaire adaptés à la corpulence et confortables.
- Être tout particulièrement attentif au repérage des signes d'autostigmatisation et accompagner la personne sans tarder. Proposer si besoin le soutien d'un psychologue ou d'un psychiatre.
- Orienter vers des patients-ressources, une association d'usagers pour partager le vécu des personnes concernées et les aider à faire face aux situations ou attitudes stigmatisantes.

6. Solliciter les associations d'usagers tout au long du parcours

Si la personne le souhaite, un lien avec une association d'usagers en proximité est proposé.

- Faciliter sa compréhension des informations et du projet de soins, l'encourager et la soutenir dans sa prise de décision et son parcours de soins grâce aux pairs.
- Partager l'expérience des patients-ressources, tout particulièrement lors des séances d'éducation thérapeutique aux côtés des soignants.
- Prévenir l'autostigmatisation et aider à faire face aux situations ou attitudes stigmatisantes.
- Aider les jeunes adultes à garder les objectifs du projet de soins dans leurs priorités lors de la transition des soins pédiatriques aux soins adultes.

Grader les soins et l'accompagnement selon 3 situations de complexité définies, et les moduler selon l'évolution

- Mobiliser et coordonner les compétences professionnelles, les moyens nécessaires à partir de la définition de 3 situations de complexité, pouvant être affinées en s'appuyant sur des paramètres de phénotypage clinique¹.
- Selon l'évolution : augmenter ou diminuer l'intensité des soins et de l'accompagnement, élargir ou restreindre l'équipe pluriprofessionnelle, poursuivre les explorations et/ou les examens, envisager, en seconde intention et selon certaines conditions, la prescription d'un traitement médicamenteux par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité, et en dernier recours, une chirurgie bariatrique en respectant les indications.
- Poursuivre le passage des soins pédiatriques aux soins adultes afin d'éviter les ruptures du parcours et garder les objectifs du projet de soins dans les priorités du jeune adulte.

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

2. 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.

3. Une situation d'obésité est dite très complexe en cas d'aggravation par l'obésité d'une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé ; OU en cas d'obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et de 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.

7. Établir des priorités de soins et d'accompagnement en fonction du retentissement sur la santé, des besoins et attentes de la personne

- Accompagner progressivement les modifications des habitudes de vie et les maintenir dans la durée.
- Accompagner une stabilisation du poids, accompagner l'objectif personnalisé de poids pour atteindre un poids de forme (celui dans lequel la personne se sent bien physiquement et psychologiquement) et un tour de taille ≤ 88 cm pour la femme et 102 cm pour l'homme.
- Maintenir ce poids de forme, une bonne condition physique avec un niveau de masse musculaire satisfaisant et éviter les variations de poids.
- Accompagner les conséquences d'une autostigmatisation : perte d'estime de soi, de confiance en soi, culpabilité, retrait de la vie sociale, évitement des soins, perte de motivation.

¹ 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 ([Tableau 2](#))

- Selon la situation, soigner conjointement ou de manière prioritaire les symptômes fonctionnels ou douloureux, les complications somatiques, psychopathologiques, rechercher les traitements médicamenteux ayant le moins d'impact sur la prise de poids.
- Faciliter les activités de la vie quotidienne, la mobilité, pour améliorer la qualité de vie.
- Accompagner le rapport au corps, l'impact sur la vie affective et sexuelle.

8. Proposer une éducation thérapeutique personnalisée dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité, la poursuivre, la consolider

- Proposer un format souple de séances éducatives, si possible en proximité, régulières et poursuivies aussi longtemps que nécessaire pour accompagner et maintenir durablement les modifications des habitudes de vie, et les autres composantes du traitement le cas échéant.
- Développer avec la personne des stratégies de maintien dans la durée des modifications des habitudes de vie. Renforcer sa motivation, son sentiment d'auto-efficacité personnelle, indépendamment de l'évolution du poids, en poursuivant les séances d'ETP.
- Accompagner la personne notamment en cas de situations d'écart aux objectifs formulés avec elle : déculpabiliser, maintenir le lien de confiance, aider à reprendre les engagements, lutter contre les objectifs irréalistes que certaines personnes s'imposent ou qui leur sont imposées, difficilement intégrables au mode de vie et au contexte de vie et conduisant à la frustration, à un sentiment d'échec, à l'autostigmatisation.

9. Organiser des temps de coordination dans toutes les situations, et dans les situations complexes ou très complexes une concertation pluriprofessionnelle et la désignation d'un référent du parcours

- Organiser des temps de coordination selon des modalités définies entre les professionnels impliqués dans le parcours : partage régulier des informations, concertation pluriprofessionnelle, choix et utilisation d'un support de coordination commun.
- Le référent de proximité répond à un besoin complémentaire de coordination. Il crée du lien avec et entre les professionnels, soutient l'engagement de la personne dans son projet de soins.

10. Suivre régulièrement l'état de santé sur plusieurs années dans les situations d'obésité non complexes et à vie dans les situations d'obésité complexe et très complexe

- Associer la personne soignée à l'évaluation : lui donner la possibilité de faire des choix lors de la reformulation de nouveaux objectifs ; entendre un besoin de répit le cas échéant tout en négociant de garder un lien avec les soignants.
- S'appuyer sur les bilans des professionnels impliqués dans le parcours, sur le référent du parcours et sur le vécu de la personne, pour ajuster la nature et la fréquence des soins et de l'accompagnement à l'évolution de la situation individuelle.
- Rechercher le développement de complications, un retentissement sur la santé.
- Poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens.
- Recourir si besoin à l'expertise d'un ou plusieurs médecins spécialistes ou d'une équipe spécialisée dans l'obésité.

11. Réévaluer l'ensemble de la situation face à des difficultés à maintenir les modifications des habitudes de vie et à stabiliser le poids ou face à une résistance à la poursuite de la perte de poids

- Être attentif dans l'année qui suit la mise en œuvre effective du projet de soins, à des difficultés de maintien des modifications des habitudes de vie, à un regain pondéral après une perte de poids, à une stagnation du poids au-dessus de l'objectif pondéral négocié avec des difficultés à poursuivre la perte de poids.
- Réévaluer l'ensemble de la situation et prendre l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité pour comprendre les résistances à la poursuite de la perte de poids.
- Être vigilant face aux signes de découragement, de détresse psychologique, de reprise des perturbations de l'alimentation ou des troubles des comportements alimentaires, de conduites addictives.
- Compléter le traitement et poursuivre les séances d'éducation thérapeutique pluriprofessionnelle et l'activité physique, sur un mode régulier en adaptant les objectifs éducatifs.
- Envisager en seconde intention la prescription d'un traitement pharmacologique par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité², et selon les indications une chirurgie bariatrique après une préparation³.

Préparer et accompagner une chirurgie bariatrique

12. La prévention des ruptures de soins après chirurgie bariatrique est essentielle pour favoriser le succès de la chirurgie et éviter les complications. Le pourcentage de personnes suivies régulièrement après une chirurgie bariatrique n'atteint pas 50 % à 2 ans et décroît fortement à 5, 10 et 15 ans [Mise à jour février 2024]

Afin de soutenir l'engagement des personnes opérées dans leur projet de soins, il est conseillé tout particulièrement de :

- Préparer la chirurgie pour optimiser l'état de santé somatique et psychique, délivrer une éducation thérapeutique spécifique à la chirurgie bariatrique, engager une démarche de décision partagée ;
- Proposer après la chirurgie des consultations médico-chirurgicales, un suivi par le médecin généraliste et des séances de soins notamment les deux premières années et régulièrement sur le long terme selon un calendrier défini, compris et accepté par la personne. La contacter en cas de rendez-vous non honoré ;
- S'assurer des bénéfices de la chirurgie et repérer d'éventuelles complications chirurgicales, nutritionnelles, digestives.
- Éviter l'autostigmatisation grâce à une communication adaptée. Expliquer la nécessité d'analyser l'évolution de la courbe de poids à chaque consultation sans en faire un élément prioritaire et central de la consultation ;
- Repérer précocement toute difficulté ou trouble qui peut apparaître ou resurgir et les accompagner et/ou les traiter sans tarder : relations interpersonnelles difficiles (sociales, familiales, affectives, intimes), apparition ou résurgence de troubles de l'humeur (anxiété, idées suicidaires),

² 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

³ Haute Autorité de Santé. Obésité chez l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Saint-Denis La Plaine:HAS; 2024.

signes de reprise de TCA (i.e., perte de contrôle sur l'alimentation), d'addictions (i.e. tabac, alcool, etc.), une reprise de poids, une déception vis-à-vis des résultats de la chirurgie ;

- Assurer une continuité des soins : partage de l'information et concertation des acteurs ;
- Proposer un lien vers des ressources associatives pour trouver du soutien en proximité ;
- Rechercher et assurer une mise en contact avec une équipe spécialisée dans l'obésité et le futur médecin généraliste en cas de changements de lieu de vie ou de lieu de soins.

13. Une préparation à la chirurgie bariatrique de 6 mois au minimum accompagne le projet de chirurgie. Cette durée peut être plus longue, la personne candidate en est informée [Mise à jour février 2024]

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

14. La préparation à la chirurgie permet d'optimiser l'état de santé somatique et psychique et de débiter de manière concomitante les séances d'éducation thérapeutique spécifiques à la chirurgie bariatrique avec la participation de patients-ressources et d'associations d'usagers [Mise à jour février 2024]

- Le médecin spécialiste de l'obésité planifie les examens, les explorations, les consultations médicales spécialisées en ayant recours si nécessaire à la téléconsultation et/ou à la téléexpertise.
- Il traite les déficits nutritionnels et vitaminiques, une éventuelle dénutrition. Il s'assure en lien avec le médecin généraliste et les autres médecins spécialistes de l'ajustement des traitements des maladies associées à l'obésité, d'un accompagnement des difficultés psychologiques, d'un traitement et d'une stabilisation d'éventuels troubles psychiatriques et/ou troubles en lien avec un usage de substances psychoactives.
- Il participe à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique avec une équipe pluriprofessionnelle et la participation de patients-ressources formés pour développer ou mobiliser des connaissances, des compétences d'autosoins, de sécurité et d'adaptation psychologique, sociale, cognitive, émotionnelle spécifiques à la chirurgie bariatrique.
- Le contenu des séances éducatives, le partage d'expériences avec les patients-ressources, la mise en lien avec des associations d'usagers soutiennent la démarche de décision partagée sur la chirurgie bariatrique.
- Le médecin spécialiste de l'obésité synthétise les données pour préparer la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) en prenant en compte le bilan de chaque professionnel impliqué dans la préparation à la chirurgie. Il s'assure que la personne souhaite toujours être opérée et se sent prête.
- Si la chirurgie n'est pas une option retenue par l'équipe en RCP ou doit être différée, un projet de soins alternatif est proposé.

15. Le suivi spécifique à la chirurgie bariatrique mobilise d'abord le médecin spécialiste de l'obésité et le chirurgien, puis une fois l'état de santé stabilisé, le médecin généraliste ou l'infirmier de pratique avancée (IPA) en alternance avec l'équipe spécialisée pluriprofessionnelle [Mise à jour février 2024]

- La 1^{re} année, les consultations médico-chirurgicales et les séances éducatives (diététicien notamment) sont rapprochées : à 1, 3, 6 et 12 mois. A intervalle régulier entre les consultations spécialisées, le médecin généraliste assure la surveillance et l'ajustement du traitement des maladies associées à l'obésité, le renouvellement de la prescription des traitements, des suppléments en vitamines et en minéraux et du mode de contraception, repère les complications chirurgicales, digestives, nutritionnelles, les difficultés d'adaptation.
- La 2^e année, une alternance du suivi entre l'équipe médico-chirurgicale et le médecin généraliste ou l'IPA avec conduite à tenir précise est possible si l'état de santé est stabilisé. Dans le cas contraire, les consultations médico-chirurgicales se poursuivent.
- À partir de la 3^e année si l'état de santé est stabilisé, le suivi spécifique à la chirurgie bariatrique est réalisé tous les 6 mois par le médecin généraliste ou l'IPA. Le suivi spécialisé s'espace à 3 ans et à 5 ans après l'intervention.
- Après la 5^e année, le suivi spécialisé s'espace à tous les 3 à 5 ans si l'état de santé est stable avec un suivi annuel à vie par le médecin généraliste ou l'IPA.
- Le suivi après chirurgie fait intervenir d'autres professionnels en fonction des besoins évalués notamment diététicien, professionnel de l'activité physique adaptée, psychologue, chirurgien-dentiste, etc.

16. Après chirurgie bariatrique, les séances d'éducation thérapeutique ciblées sur un ou plusieurs objectifs sont poursuivies en groupe ou en individuel après évaluation des besoins [Mise à jour février 2024]

- Pendant les 2 premières années après chirurgie, poursuivre les séances d'éducation thérapeutique en adaptant leur fréquence et l'intervention des professionnels impliqués (tout particulièrement le diététicien, le professionnel de l'activité physique adaptée, l'infirmier, etc.) aux besoins éducatifs évalués, encourager et soutenir l'engagement de la personne.
- Le besoin de consolider ou de reprendre ou de développer de nouvelles compétences d'auto-soin et d'adaptation psychologique, sociale, cognitive, émotionnelle est ensuite évalué annuellement tout au long de la vie et les séances d'éducation thérapeutique sont reprises si nécessaire.

17. Le partage des informations est essentiel pour assurer la continuité des soins à toutes les étapes de la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

Le partage des informations et leur traçabilité sont nécessaires entre le médecin spécialiste de l'obésité, le chirurgien, le médecin généraliste, les professionnels impliqués dans le projet de soins.

- Avant la chirurgie : date d'entrée dans une préparation à la chirurgie, remise d'un livret de suivi personnalisé papier ou numérique, bilan de l'étape de préparation à la chirurgie, conclusions de la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP).
- Après la chirurgie : document remis à la personne opérée à la sortie de l'hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à poursuivre les soins ; livret de suivi personnalisé complété avec au minimum une planification des consultations de suivi médicochirurgical pour la première année et des séances d'éducation thérapeutique, un contact en cas d'urgence ; dossier de la personne : synthèses des consultations médico-chirurgicales, des

consultations du médecin généraliste ou de l'IPA, des séances ou série de séances d'éducation thérapeutique en groupe ou en individuel (diététicien, professionnel de l'activité physique adaptée, etc.).

Être attentif aux situations spécifiques

18. Prévenir le surpoids et l'évolution vers l'obésité chez une personne en situation de handicap. Accompagner la personne avant et après une chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

- Favoriser l'accès aux messages de prévention et à l'éducation thérapeutique pour accompagner les adaptations ou les modifications des habitudes de vie, tout au long de la vie, en associant le cas échéant les proches et/ou les professionnels qui prennent soin de la personne.
- Prévenir précocement le surpoids et l'évolution vers l'obésité en proposant une évaluation multidimensionnelle avec une vigilance complémentaire et une adaptation selon le handicap. Y associer les proches et/ou les professionnels du service ou de l'établissement médico-social.
- Adapter les recommandations de pratique d'activité physique en population générale aux envies de pratiques, aux besoins et aux capacités fonctionnelles : évaluer le besoin d'une prescription d'une activité physique adaptée (APA) et la prescrire après une consultation médicale.
- Recourir à un avis spécialisé face à une obésité sévère associée à des troubles du comportement alimentaire ou à des éléments cliniques évocateurs d'une obésité de cause rare.
- Si une chirurgie bariatrique est proposée, il convient de s'assurer de l'accessibilité aux séances de préparation à la chirurgie, de leur adaptation, et de favoriser la présence d'un proche si la personne le souhaite.
- Dans une situation de handicap avec une altération du fonctionnement et des comportements adaptatifs : évaluer le degré d'autonomie réel de la personne dans les actes de la vie quotidienne, ses capacités d'organisation, sa flexibilité mentale ainsi que les possibilités d'un soutien et d'un accompagnement quotidiens effectifs après la chirurgie en tenant compte des attentes et des préférences de la personne et des proches.
- Dans une situation de handicap physique : améliorer le fonctionnement de la personne et son autonomie dans les actes de la vie quotidienne, son niveau d'activité physique avec l'aide d'un médecin de médecine physique et de réadaptation.

19. Chez la femme en obésité, s'assurer d'un suivi gynécologique régulier, dépister un risque avant et pendant la grossesse, être vigilant en cas de chirurgie bariatrique, suivre l'évolution du poids pendant et après la grossesse, accompagner le retour à un poids de santé

- Aborder le rapport au corps, le retentissement sur la vie affective et sexuelle, le souhait d'une contraception.
- S'assurer de la régularité des examens gynécologiques et des seins, des frottis du col de l'utérus, dont la réalisation peut être plus longue ou plus difficile : adopter une attitude respectueuse et non stigmatisante, utiliser un matériel adapté, recourir à un service spécialisé si nécessaire.
- Proposer une consultation préconceptionnelle à toute femme en surpoids ou en obésité ayant un projet de naissance : dépister les facteurs de risque cardiovasculaire, une dyspnée, un diabète, en raison du risque de complications pour le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.
- La procréation médicale assistée (PMA) ou assistance médicale à la procréation (AMP) ne devrait être ni retardée, ni subordonnée à une perte de poids irréaliste.

- Proposer à la femme un accompagnement par des séances d'éducation thérapeutique pour rester au plus près d'un objectif de prise de poids en fonction de son IMC de base en raison des bénéfices sur les complications de l'obésité.
- Encourager la femme enceinte à débiter ou à poursuivre une activité physique régulière pendant la grossesse, avec des adaptations si besoin, à améliorer son alimentation.
- Proposer aux femmes en surpoids ou en obésité avant la grossesse, ou dont l'IMC a augmenté durant la grossesse ou en postpartum, sans perte de poids un an après l'accouchement, un projet de soins personnalisé sur la base d'une évaluation multidimensionnelle, visant à stabiliser le poids puis à en perdre progressivement, tout en poursuivant une activité physique régulière.
- Organiser pour toute femme ayant eu une chirurgie bariatrique un suivi spécialisé pluriprofessionnel sur le plan nutritionnel et obstétrical dès le projet de grossesse et à défaut dès que la grossesse est confirmée. Le bilan biologique est trimestriel avec correction individualisée des déficits en fonction des résultats biologiques. Prévoir un lieu de naissance adapté au niveau de risque (maternel et fœtal).
- En l'absence de suivi nutritionnel après chirurgie bariatrique : prescrire une supplémentation minimale est indispensable dès le projet de grossesse, intensifier le suivi avec des bilans biologiques trimestriels (vitamines et minéraux, statut protéique), un examen clinique, le suivi du poids, une consultation diététique dès le diagnostic de grossesse, à réitérer à une fréquence dépendant de l'état nutritionnel.
- Dans la période du postpartum, l'équipe pluridisciplinaire qui assure le suivi habituel au long cours de la femme opérée d'une chirurgie bariatrique définit avec elle un objectif pondéral, poursuit un suivi nutritionnel et chirurgical plus rapproché, en liaison avec le médecin généraliste.

20. Encourager l'activité physique lors de la pérимénopause et de la ménopause, être vigilant face à un surpoids associé à un tour de taille élevé

- Le gain de poids durant cette période est fréquent mais pas systématique.
- Être néanmoins vigilant face à un surpoids associé à un tour de taille élevé favorisant le risque cardiovasculaire.
- Encourager les femmes à pratiquer une activité physique quotidienne : atténuation des symptômes pérимénopausiques, moyen de garder une bonne condition physique et de prévenir une diminution de la masse musculaire, une perte osseuse.
- En cas de surpoids ou d'obésité à la ménopause : augmenter le niveau d'activité physique, et si le niveau d'activité physique ne peut être changé dans l'immédiat, diminuer modérément l'apport énergétique tout en améliorant l'alimentation et en veillant à un apport protéique suffisant.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Surpoids-obésité de l'adulte : 20 messages clés pour améliorer les pratiques - janvier 2023 - mise à jour février 2024
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr