

FICHE**Surpoids-obésité de l'adulte : 14 messages clés pour améliorer les pratiques**

Validée par le Collège le 11 janvier 2023

Les 14 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 les 3 situations de complexité 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 réunion de 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 améliorations des habitudes de vie et à stabiliser le poids ou face à une résistance à la poursuite de la perte de poids.

Être attentif aux populations et situations spécifiques

12. Prévenir le surpoids et l'évolution vers l'obésité chez une personne en situation de handicap.
13. 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, stabiliser le poids en postnatal et accompagner le retour à un poids de santé.
14. Encourager l'activité physique lors de la périménopause et de la ménopause, être vigilant face à une obésité abdominale.

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

- 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.

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 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, des représentants d'associations d'usagers pour partager le vécu des personnes concernées et les soutenir.

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 pour :

- ➔ 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.

Graduer les soins et l'accompagnement selon les 3 situations de complexité 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 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](#))

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, 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.

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

- ➔ Stabiliser le poids, personnaliser et accompagner une perte de poids de manière progressive, maintenir un poids de forme, développer une stratégie pour 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.
- ➔ 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 et de l'objectif pondéral. Renforcer sa motivation, son sentiment d'auto-efficacité personnelle, indépendamment de l'évolution du poids, en poursuivant les séances d'ETP.
- ➔ Accompagner les situations d'écart aux objectifs : 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 réunion de 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, réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), 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 améliorations 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 un regain pondéral après une perte de poids, à une stagnation du poids au-dessus de l'objectif négocié avec des difficultés à poursuivre la perte de poids.
- Être vigilant face aux signes de découragement, de détresse psychologique, de reprise des perturbations de l'alimentation ou des troubles des comportements alimentaires, de conduites addictives.
- 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.
- 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 la prescription initiale et après avis par un médecin spécialiste de l'obésité, d'un centre spécialisé de l'obésité ou d'un établissement de santé universitaire d'un traitement médicamenteux de seconde intention par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité selon certaines conditions².

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

Être attentif aux situations spécifiques

12. Prévenir le surpoids et l'évolution vers l'obésité chez une personne en situation de handicap

- 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.
- 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.
- 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.

13. 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, stabiliser le poids en postnatal et 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 systématiquement 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.
- Accompagner l'objectif pondéral de la femme enceinte selon son IMC de base.
- 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 systématiquement 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.
- En l'absence de suivi nutritionnel après chirurgie bariatrique : prescrire une supplémentation minimale et systématique 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 systématique 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.

14. Encourager l'activité physique lors de la pérимénopause et de la ménopause, être vigilant face à une obésité abdominale

- ➔ Le gain de poids durant cette période est fréquent mais pas systématique.
- ➔ Être néanmoins vigilant lors d'un surpoids associé à une obésité abdominale favorisant le risque cardiovasculaire.
- ➔ Encourager les femmes à pratiquer une activité physique quotidienne : atténuation des symptômes pérимénopausiques, moyen de garder une bonne condition physique, de prévenir une diminution de la masse musculaire et une perte osseuse.
- ➔ En cas de surpoids ou d'obésité à la ménopause : diminuer modérément l'apport énergétique, veiller à un apport protéique suffisant tout en associant une activité physique régulière.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Surpoids-obésité de l'adulte : 14 messages clés pour améliorer les pratiques - janvier 2023

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr