

FICHE

Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement

Validée par le Collège le 20 février 2025

Préambule

- L'obésité est une maladie chronique complexe qui impacte la santé et la qualité de vie de toute personne, et en particulier des femmes.
- Cette fiche présente les actions à mettre en œuvre en prévention et dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité chez les femmes, en particulier pour accompagner plusieurs étapes de leur vie : période pré-conceptionnelle, grossesse, période postnatale, grossesse après chirurgie bariatrique, péri-ménopause et ménopause.
- Elle s'appuie sur les travaux de la HAS sur le surpoids et l'obésité de l'adulte.

1. Dépister systématiquement un surpoids ou une obésité

Le surpoids et l'obésité sont significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. La corpulence des femmes augmente régulièrement depuis 20 ans.

Il est recommandé à tout médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien, sage-femme qui suivent la femme, tout autre spécialiste, professionnel de santé, de :

- **Repérer une situation de surpoids ou d'obésité** en proposant de calculer l'indice de masse corporelle (IMC), mesurer le tour de taille en cas de surpoids. Suivre leur évolution au minimum annuellement :
 - A chaque consultation médicale et lors des bilans de prévention : un temps d'échange dédié à la prévention à divers âges de la vie¹.
 - Lors de consultation de demande de contraception ou de son arrêt, de dépistage des cancers, de consultation pré-conceptionnelle, d'exploration d'une infertilité, d'entretien prénatal précoce, de consultation dans l'année qui suit l'accouchement ou entre deux naissances, de consultation en péri-ménopause et ménopause, notamment.
 - Dans les services et établissements de santé et médico-sociaux, dans les services de prévention et de santé au travail.
- **Valoriser les comportements favorables à la santé et accompagner les modifications des habitudes de vie** : augmentation de l'activité physique, diminution des comportements sédentaires, amélioration de l'alimentation, du sommeil ([Annexe 1](#)).

¹ Assurance maladie. Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles> : proposé entre 18 et 25 ans, entre 45 et 50 ans, 60 et 65 ans, 70 et 75 ans ; réalisé par médecins, infirmiers, pharmaciens, sage-femmes.

2. Prendre soin sans stigmatiser, être attentif à toute vulnérabilité

Les femmes en surpoids ou en obésité sont plus souvent confrontées à différentes formes de stigmatisation avec des inégalités plus fortes liées à une discrimination de genre.

L'obésité est plus fréquente chez les femmes défavorisées socialement.

Prendre soin sans stigmatiser

- Offrir un environnement, un matériel de soins et d'examen, adaptés à la corpulence et confortables (lit d'examen large et à hauteur variable, pèse-personne avec capacité de charge > 150 Kg, brassard de tensiomètre pour une circonférence de bras de 45 à 52 cm, sièges larges et sans accoudoirs, toilettes accessibles, etc.).
- Demander l'accord de la femme pour aborder le poids, les habitudes et le contexte de vie.
- Éviter de blesser, de culpabiliser lors de l'annonce du diagnostic de surpoids ou d'obésité : choix des mots et attitude de non-jugement et d'ouverture.
- Aborder avec tact et sans préjugés toute préoccupation de la femme pour son poids, son image corporelle, son rapport au corps, sa sexualité.
- Reconnaître et analyser des pratiques stigmatisantes dans son activité et/ou lieu de soin, se former et mettre en œuvre une démarche de bientraitance collective.

Être attentif à toute vulnérabilité sociale, psychique, situations à risque et agir précocement

- Repérer toute exposition à une vulnérabilité : sociale (fragilité matérielle, isolement, solitude), familiale (composition, structure), professionnelle, situations à risque passées ou présentes (maltraitance, abus, harcèlement, violences sexuelles, violence au sein du couple ou intrafamiliale). Accompagner en lien si besoin avec un psychologue et/ou un travailleur social.
- Repérer toute pratique ou incitation au contrôle excessif du poids, source de troubles des comportements alimentaires (restriction cognitive alimentaire notamment). Faire appel à un psychologue ou à un psychiatre spécialisé dans les TCA et à un diététicien.
- Repérer d'éventuelles difficultés psychologiques, auto-stigmatisation, troubles psychiatriques, conduites addictives. Présenter le cas échéant, la possibilité de l'intervention d'un psychologue² ou d'un psychiatre, orienter les personnes désireuses de se soigner ou de réduire leurs pratiques à risque vers des ressources spécialisées.
- Tout au long du parcours de soins, être vigilant face aux signes de découragement, de détresse psychologique, de reprise des troubles des comportements alimentaires, de conduites addictives.

Orienter vers une association d'usagers³ pour :

- Informer la femme de la possibilité de bénéficier de l'accompagnement par une association.
- Partager le vécu de la femme concernée afin de l'aider à faire face aux situations difficiles.

² Assurance maladie. Remboursement de séances chez le psychologue : dispositif Mon soutien psy. <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/remboursement-seance-psychologue-mon-soutien-psy>

³ Associations d'usagers du système de santé agréées – Ministère de la santé et de la prévention (sante.gouv.fr) ; France Assos Santé – La voix des usagers (france-assos-sante.org)

3. Dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité, coconstruire un projet de soins personnalisé, coordonné par le médecin généraliste

Les ruptures du parcours peuvent être constatées et doivent être prévenues grâce à une décision partagée avec la femme sur son projet de soins, une coordination des soins et des accompagnements.

Le médecin généraliste coordonne le projet de soins en lien avec le gynécologue médical ou obstétricien, la sage-femme qui suivent la femme, et le cas échéant avec d'autres médecins spécialistes, notamment dans l'obésité, avec un accès facilité grâce à la téléexpertise⁴.

Le médecin généraliste coordonne les interventions des professionnels impliqués dans le parcours de soins pour répondre aux besoins et aux attentes de la personne.

Formuler avec la personne les objectifs à atteindre dans le cadre d'une décision partagée.

- Évaluer le retentissement et les complications du surpoids ou de l'obésité sur la santé globale ([Annexe 2](#)). Être attentif à tout traitement médicamenteux au long cours induisant une prise de poids (corticothérapie, psychotropes, etc.).
- Aller au-delà de l'IMC en s'appuyant sur une évaluation multidimensionnelle pour comprendre la situation, les facteurs, causes ou conséquences du surpoids ou de l'obésité et identifier les besoins, les attentes de la femme ([Annexe 3](#)).
- Définir la complexité de la situation et graduer les soins et l'accompagnement : surpoids ou obésité non complexe, obésité complexe, obésité très complexe ([Annexe 3](#)).
- Mettre en œuvre les interventions multidimensionnelles et pluriprofessionnelles ([Annexe 3](#)).

Suivre régulièrement l'état de santé global aussi longtemps que nécessaire

- S'appuyer sur le vécu de la personne, les progrès réalisés, les difficultés, les bilans médicaux et ceux des professionnels impliqués dans le parcours pour ajuster le projet de soins.
- Si besoin, faire appel à un médecin ou une équipe spécialisée dans l'obésité pour compléter l'évaluation, proposer des explorations complémentaires, adapter le projet de soins.

4. Accompagner les modifications des habitudes de vie

Un niveau d'activité physique insuffisant associé à une sédentarité élevée exposent les femmes à une prise de poids et sont un frein à l'amélioration de la santé en cas d'obésité.

Les modifications de l'alimentation et de l'activité physique touchent à des aspects culturels, familiaux, sociaux et économiques qui imprègnent profondément la vie des personnes et peuvent expliquer les difficultés à les modifier.

Accompagner une augmentation de l'activité physique et une diminution de la sédentarité

- Évaluer le niveau d'activité physique (AP) dont le renforcement musculaire, la pratique sportive, les comportements sédentaires, par rapport aux recommandations de l'OMS⁵.

⁴ Haute Autorité de Santé. Téléconsultation et téléexpertise. Mise en œuvre. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

⁵ Cf. [Annexe 1](#) et Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive. Surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

- S'intéresser aux freins et leviers sociaux, familiaux, environnementaux qui influencent les possibilités de pratiquer une activité physique selon les recommandations.
- Aider chaque femme à identifier les moyens d'augmenter son niveau d'AP et diminuer ses comportements sédentaires : allègement de certaines contraintes familiales, offres accessibles dans son environnement, apprentissage d'exercices en autonomie.
- Expliquer les bénéfices pour la santé de l'AP et de la diminution des comportements sédentaires.
- Prescrire une activité physique adaptée (APA) avec une supervision par un professionnel de l'activité physique (enseignant en APA, kinésithérapeute, notamment) en cas de difficultés à pratiquer en autonomie et en sécurité. Tenir compte de la corpulence, des facteurs de risque cardiovasculaire, des complications associées à l'obésité, des troubles musculosquelettiques et/ou articulaires notamment et des préférences et attentes de la femme.

Accompagner les modifications de l'alimentation et des rythmes de vie

- Explorer avec tact les habitudes alimentaires, culturelles, individuelles et familiales.
- Évaluer la variété et l'équilibre de l'alimentation, la consommation à chaque repas d'aliments générant la satiété, la taille des portions, l'environnement et le contexte des repas, la perception des signaux internes : faim, satiété, rassasiement, le recours à des produits de régime, les pratiques de jeûne, la prise de compléments alimentaires non prescrits, une éventuellement consommation d'alcool.
- Rechercher avec la femme comment adapter ses habitudes pour aller vers une amélioration de la qualité et de l'équilibre de l'alimentation. Valoriser le rôle structurant des repas (nombre, horaire, lieu et contexte, manière de manger, convivialité).
- Favoriser l'accès à une aide alimentaire en cas de difficultés, en lien avec le travailleur social.
- Dormir suffisamment, préserver la qualité du sommeil.
- Orienter, si besoin, vers un diététicien pour approfondir l'évaluation et accompagner.

5. Encourager et assurer un suivi gynécologique régulier

Un suivi gynécologique moins fréquent chez les femmes en obésité peut être constaté.

L'obésité considérée comme facteur de risque cardiovasculaire oriente le choix d'une méthode de contraception.

L'obésité est associée à un surrisque de développer certains cancers (sein, ovaire), à des récurrences de cancer et de mortalité par cancer.

S'assurer d'un suivi gynécologique régulier chez toute femme en surpoids ou en obésité

- Proposer un bilan de santé sexuelle, faire le point sur la contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles, le dépistage des cancers, le désir de grossesse.
- Aborder le rapport au corps, l'impact du surpoids ou de l'obésité sur la vie affective et sexuelle, les éventuelles fuites urinaires.
- Proposer un examen clinique et prescrire des examens complémentaires de manière ciblée en fonction de l'IMC et de l'examen clinique ([Annexe 2](#)). Repérer un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) en cas d'obésité tronculaire ou associée à des signes cliniques d'insulino-résistance (acanthosis nigricans).

- Rechercher avec la femme une position confortable permettant de faciliter l'examen gynécologique en cas d'obésité, notamment un décubitus latéral avec table d'examen adaptée.
- Connaître l'histoire pondérale individuelle et familiale.
- Aborder le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, informer sur les bénéfices d'un dépistage précoce.

Engager le dialogue sur le besoin d'une contraception

- Pour le choix d'une méthode de contraception : tenir compte des antécédents médicaux de la femme, de sa situation actuelle (surpoids ou obésité), du cumul de facteurs de risque cardiovasculaire, des risques de la contraception, d'une éventuelle majoration de la prise de poids, et de ses préférences⁶.

6. Anticiper une future grossesse et accompagner son début

La proportion de femmes en surpoids ou en obésité avant leur grossesse continue d'augmenter notamment dans les départements et régions d'outre-mer.

L'obésité et l'adiposité excessive ont un impact significatif sur la fertilité et la santé reproductive.

L'obésité prédispose la femme à des complications pour le déroulement de la grossesse, et prédispose l'enfant au développement d'un surpoids ou d'une obésité.

Proposer une consultation pré-conceptionnelle à toute femme ayant un projet de grossesse

- Diagnostiquer un surpoids ou une obésité à l'occasion de l'examen clinique.
- Expliquer l'intérêt pour la santé de stabiliser le poids avant la grossesse et d'éviter les variations de poids.
- L'amélioration de la fertilité au moyen d'une perte de poids reste discutée dans les études, néanmoins :
- Une perte de poids n'est pas un préalable à la grossesse.
- L'accès à un parcours de procréation médicale assistée (PMA) ne peut être conditionné à une perte de poids.
- Rechercher plus particulièrement l'histoire des grossesses antérieures : complications, prise de poids, rétention de poids dans le postpartum, prises en charge antérieures pour un surpoids ou une obésité.
- En cas de surpoids ou d'obésité, évaluer son retentissement sur l'état de santé ([Annexe 2](#)), coconstruire un projet de soins coordonné par le médecin généraliste ([Annexe 3](#)).
- Envisager une adaptation du traitement des maladies associées à l'obésité et des éventuels troubles psychiques, et orienter si besoin vers un médecin spécialiste.

Dépister un surpoids ou une obésité lors de la consultation de début de grossesse

- En cas de surpoids ou d'obésité, identifier des problèmes de santé ([Annexe 2](#)) et accompagner les modifications des habitudes de vie sans chercher à faire perdre du poids pendant la grossesse ([Annexe 1](#)).

⁶ Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. Fiche mémo. Mis à jour en juillet 2019. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire

- Expliquer que la montée de lait après l'accouchement peut être décalée dans une situation de surpoids ou d'obésité. Si l'allaitement est souhaité, un accompagnement et un soutien par l'équipe médicale et soignante de la maternité seront proposés.

Chez une femme ayant eu une chirurgie bariatrique, corriger les éventuels déficits nutritionnels, selon le bilan biologique, dès l'expression d'un projet de grossesse.

7. Proposer un suivi de la grossesse adapté au niveau de risque

Une obésité préexistante associée à une prise de poids supérieure aux recommandations peut entraîner chez la mère un risque important de complications notamment hypertensives, de diabète gestationnel pendant la grossesse, et à l'accouchement quelle qu'en soit la voie. De rares cas de mort maternelle ont été décrits comme étant associés à une obésité.

Apprécier le plus précocement possible et avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) le niveau de risque pour le déroulement de la grossesse et l'accouchement

- Adapter le suivi en fonction de l'IMC et des problèmes de santé associés⁷. Prévoir un lieu de naissance adapté au niveau de risque (maternel et fœtal).
 - Situation de surpoids ou d'obésité de classe I, sans complications : suivi par le médecin généraliste, sage-femme, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien, selon le choix de la femme.
 - Situation d'obésité de classe II (avec comorbidités ou facteurs de risque) ou de classe III avec un IMC ≥ 40 kg/m² : suivi par le gynécologue-obstétricien et médecin spécialiste de l'obésité, avec nécessité de transfert vers des centres référents en raison des limites de la structure de proximité ou du choix de la femme ou du couple.
- Proposer et anticiper un accompagnement personnalisé face à une situation de vulnérabilité au cours de la grossesse du couple mère-enfant après la sortie de maternité⁸.

Suivre la courbe de poids maternelle de manière plus rapprochée durant toute la grossesse

- Aider la femme à rester proche d'un objectif de poids en fonction de son IMC de base en raison des bénéfices sur la réduction des complications de l'obésité⁹.
- Encourager la femme à débiter ou à poursuivre une activité physique et à limiter les comportements sédentaires avec des adaptations si besoin¹⁰.
- Être tout particulièrement attentif à l'état psychologique de la femme enceinte, les situations de stress pouvant entraîner des perturbations de l'alimentation responsables d'un gain de poids important durant la grossesse.

⁷ Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

⁸ Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

⁹ Institute of Medicine, National Research Council, Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington: National Academies Press; 2009.

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

¹⁰ Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique. Grossesse et post-partum. Synthèse. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_aps_grossesse_post_partum_vf.pdf

Suivre la courbe de poids fœtal de manière plus rapprochée : rechercher un petit poids pour l'âge gestationnel, surtout vers 36-37 SA, ou une macrosomie.

Identifier et accompagner tout trouble du comportement alimentaire pendant la grossesse

- L'explorer si besoin en lien avec un diététicien et/ou un psychologue.
- Être attentif tout particulièrement face à un TCA connu avant la grossesse¹¹ ou en cas de conduites de purge telles que vomissements.
 - Rechercher une reprise des TCA face à une prise de poids importante.
 - Rechercher des signes de dépression car le risque de reprise des TCA est majoré.

Proposer après l'accouchement un suivi adapté sur le plan somatique, psychologique, nutritionnel, social et familial, en coordination avec le suivi obstétrical

- Porter une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).
- Mettre en place, en accord avec la mère et son entourage, un suivi à domicile dès la période prénatale et en postnatal par une sage-femme et une puéricultrice du service de la PMI.

8. Accompagner la période postnatale

Un décalage dans la lactation est constaté en cas de surpoids ou d'obésité, ainsi qu'un arrêt plus précoce de l'allaitement.

Les femmes en situation d'obésité peuvent être plus vulnérables sur le plan psychique.

Les enfants avec un poids de naissance élevé sont plus susceptibles de développer une obésité dans l'enfance.

Une obésité persistante chez la femme après la naissance est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire.

Encourager les mères à allaiter leur enfant si elles le souhaitent

- Favoriser une installation efficace pour le nourrisson et confortable pour la mère.
- Accompagner et soutenir la femme face à une montée de lait qui peut être décalée en cas de surpoids ou d'obésité.
- Poursuivre l'accompagnement de l'allaitement dès la sortie de la maternité, l'arrêt de l'allaitement étant plus précoce en cas de surpoids ou d'obésité.
- Conseiller une alimentation variée et déconseiller un régime hypocalorique pendant la période d'allaitement. L'impact de l'allaitement sur la perte de poids est discuté dans les études.
- Encourager la poursuite d'une activité physique¹² : savoir qu'il n'y a pas d'impact sur la qualité ou la quantité du lait maternel.

Dépister une dépression ou une anxiété du postpartum : risque accru en cas d'obésité

- Repérer les signes suivants : variations thymiques, troubles du sommeil, anxiété, crises d'angoisse, verbalisation d'idées noires, autodépréciation, modification brutale du contact. S'aider

¹¹ Haute Autorité de Santé, Fédération française anorexie boulimie. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

¹² Haute Autorité de Santé. Après une naissance. L'activité physique pour votre santé. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/ap_fiche_postpartum.pdf

des outils d'aide au diagnostic : *Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) ou le *Patient Heath Questionnaire-9* (PHQ-9)¹³.

- Orienter sans délai en lien avec le médecin généraliste. Proposer des visites de suivi postnatal à domicile par une sage-femme et une puéricultrice du service de la PMI.

En cas de poids de naissance élevé, proposer une surveillance plus rapprochée de la croissance de l'enfant.

Coconstruire un projet de soins et d'accompagnement personnalisé en cas de surpoids ou d'obésité persistante chez la femme. Il est coordonné par le médecin généraliste (Annexe 3)

- L'entretien postnatal précoce¹⁴ n'est pas le moment idéal pour aborder une prise de poids durant la grossesse ou en postpartum. Proposer une consultation dédiée 6 mois à un an après la naissance, ou dès que la femme le souhaite.
- Aborder le vécu de la prise de poids et ses éventuelles répercussions sur le rapport au corps, la reprise de la sexualité et accompagner si besoin.
- Proposer de stabiliser le poids puis de personnaliser l'objectif de poids.
- En cas de difficultés, prendre appui sur un médecin ou une équipe spécialisée dans l'obésité.

Poursuivre le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire associés à l'obésité (notamment hypertension artérielle, tabac, hyperlipidémie sévère, diabète), et d'une dyspnée.

9. Mettre en œuvre un suivi spécialisé et obstétrical en cas de grossesse après une chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique concerne majoritairement des femmes jeunes pour lesquelles un suivi nutritionnel et un accompagnement du projet parental sont indispensables.

En l'absence de suivi nutritionnel avant la grossesse, des carences en vitamines et en minéraux, en protéines, un diabète gestationnel, entraînent des complications.

Proposer systématiquement une contraception efficace aux femmes en âge de procréer

- En préopératoire en cas d'activité sexuelle pouvant aboutir à une grossesse, réaliser un dosage de β -HCG plasmatique dans les 48 heures avant l'intervention.
- Maintenir la contraception pendant au moins 12 mois après une chirurgie bariatrique (stabilisation de l'état de santé).
- Les méthodes réversibles de longue durée d'action sont particulièrement adaptées : dispositif intra-utérin au cuivre ou au lévonorgestrel. Les implants sous-cutanés microprogestatifs sont possibles mais peuvent poser des difficultés au retrait.

Mettre en place un suivi spécialisé (médecin spécialiste de l'obésité ayant l'expertise des chirurgies bariatriques, avec un contact possible avec un chirurgien pratiquant la chirurgie bariatrique en proximité) **en plus du suivi obstétrical pendant la grossesse.**

¹³ Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

¹⁴ Article L2122-1 du Code de la santé publique

- ➔ Anticiper l'apparition de complications et permettre le déroulement de la grossesse et l'accouchement dans des conditions de sécurité optimales^{15,16,17}.
- Corriger les déficits nutritionnels au mieux dès l'expression d'un projet de grossesse ou dès sa confirmation, puis tout au long de la grossesse. Ajouter une supplémentation en acide folique.
- Dépister un diabète en début de grossesse : soit préexistant ou gestationnel.
- Individualiser la prescription de vitamines et de minéraux selon les résultats biologiques.
- 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.

Adapter la stratégie de suivi (spécialisé en plus du suivi obstétrical) en fonction du délai de survenue de la grossesse

- ➔ Si la grossesse est très précoce (moins d'un an après chirurgie) avec ou sans suivi nutritionnel et chirurgical régulier : renforcer la surveillance nutritionnelle et obstétricale.
- ➔ Si la grossesse a lieu au-delà de 12 mois après la chirurgie (situation la plus favorable) :
 - Pour les femmes suivies par l'équipe médico-chirurgicale bariatrique : bilan biologique trimestriel avec correction individualisée des déficits en fonction des résultats biologiques ;
 - Pour les femmes non suivies par l'équipe médico-chirurgicale bariatrique : supplémentation minimale puis bilans trimestriels associés à un examen clinique, suivi de la courbe de poids, bilan biologique protéique, orientation vers une consultation diététique dès le diagnostic de grossesse et fréquence du suivi dépendant de l'état nutritionnel.

Poursuivre un suivi nutritionnel et chirurgical régulier en période postnatale

- ➔ Retrouver un objectif pondéral défini entre la femme et l'équipe pluridisciplinaire.
- ➔ Poursuivre un suivi nutritionnel et chirurgical régulier : médecin généraliste et équipe pluridisciplinaire.

10. Accompagner la périménopause et la ménopause

Durant la périménopause et à la ménopause, un surpoids ou une obésité expose la femme à des maladies cardiovasculaires.

L'obésité est un facteur de risque de cancer de l'endomètre.

Être vigilant face à un surpoids notamment associé à un tour de taille élevé, ou une obésité en période péri-ménopausique en raison d'un risque accru de maladies cardiovasculaires^{18,19}.

- ➔ **Évaluer de manière individuelle le risque cardiovasculaire** ([Annexe 2](#)).

¹⁵ Quilliot D, Coupaye M, Gaborit B, Ritz P, Sallé A, Castera V, *et al.* Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT). *Nutr Clin Metab* 2019;33:254-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2019.09.004>

¹⁶ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

¹⁷ Haute Autorité de Santé. Utilité clinique du dosage de la vitamine B1. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186171/fr/utilite-clinique-du-dosage-de-la-vitamine-b1

¹⁸ Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, *et al.* Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2021;49(5):305-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2021.03.010>

¹⁹ Haute Autorité de Santé. Traitements hormonaux de la ménopause. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

- **En cas de surpoids ou d'obésité, coconstruire un projet de soins et d'accompagnement personnalisé coordonné par le médecin généraliste** ([Annexe 3](#)).
- **Chez les femmes en péri-ménopause, en surpoids** : proposer de stabiliser le poids, d'évaluer les habitudes de vie et d'accompagner leurs modifications selon les besoins ([Annexe 1](#)) :
 - Si le niveau d'activité physique ne peut être changé dans l'immédiat, diminuer modérément l'apport énergétique.
 - Rassurer la femme sur l'absence de gain de poids généré par un éventuel traitement hormonal de la ménopause tant lors de l'initiation qu'à l'arrêt, si la dose est minimale et la durée adaptée.
 - **Chez les femmes en péri-ménopause, en obésité** : proposer de stabiliser le poids et accompagner les modifications des habitudes de vie, personnaliser l'objectif de poids en fonction du retentissement de l'obésité sur la santé, traiter les maladies associées ([Annexe 3](#)).
 - **Chez les femmes ménopausées, en surpoids** : accompagner les modifications des habitudes de vie, conseiller une diminution modérée de l'apport énergétique associée à un apport protidique suffisant et à une activité physique afin d'éviter une perte de masse maigre, sans oublier un apport alimentaire en calcium et un apport suffisant en vitamine D.
 - **Chez les femmes ménopausées, en obésité** : proposer de stabiliser le poids et accompagner les modifications des habitudes de vie, personnaliser l'objectif de poids en fonction du retentissement de l'obésité sur la santé, traiter les maladies associées. Conseiller une diminution modérée de l'apport énergétique avec un apport protidique suffisant tout en associant une activité physique régulière, d'intensité modérée, voire de faible intensité en particulier chez les femmes âgées de plus de 70 ans afin d'éviter une perte de masse maigre, sans oublier un apport alimentaire en calcium et un apport suffisant en vitamine D. En cas de limitations fonctionnelles, les femmes devraient être encouragées à être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.
- **Explorer toute métrorragie post ménopausique.**

Pour en savoir plus

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

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

Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-sur-poids-et-obesite-de-l-adulte

Panorama des principales publications de la HAS sur l'obésité [Haute Autorité de Santé - Obésité](#)

Annexe 1. Habitudes de vie. Repères pour aller au plus près des recommandations en vigueur

Augmenter l'activité physique

La personne devrait être encouragée à être aussi active que le lui permet sa capacité fonctionnelle, à adapter son niveau d'effort en fonction de sa forme physique. Commencer par de petites quantités d'activité physique (AP) et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée en complément de l'AP pratiquée dans la vie quotidienne pour atteindre les recommandations comme en population générale : la durée quotidienne des activités de type cardio-vasculaire d'intensité modérée (léger essoufflement à l'effort) est de 30 minutes par jour (fractionnement possible par séquence de 10 min, voire moins), associé à du renforcement musculaire (monter les escaliers par exemple) et à des assouplissements, 2 à 3 fois par semaine.

Diminuer les comportements sédentaires : Réduire le temps passé en position assise ou allongée autant que possible. Rompre les périodes de sédentarité, toutes les 90 à 120 min, avec de courtes séquences (4/5 min) de mouvements (marche, mouvements simples de détente musculaire, ...), faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, bassin, chevilles, poignets, mains, tête).

Améliorer l'alimentation : qualité et environnement des repas, 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 », 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, les films ou les émissions à la télévision, l'écoute des nouvelles.
- Favoriser l'accès à une aide alimentaire tout en s'assurant de la possibilité de cuisiner (travailleur social).

Préférer : 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 réduction énergétique de l'alimentation, une augmentation de l'activité physique, ainsi qu'à une mise en œuvre supérieure à six mois.

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). Éviter de grignoter entre les repas.

Dormir suffisamment, préserver la qualité du sommeil et garder le rythme éveil-sommeil

- 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, prévenir les fringales nocturnes : ne pas sauter le dîner, consommer des aliments générant la satiété.
- La nuit, garder une chambre calme, à température fraîche et sombre propice au sommeil.
- Réinstaurer si nécessaire une régularité du rythme éveil-sommeil au cours de la semaine afin d'éviter une trop grande différence entre les jours de travail, les fins de semaine et les jours de congés.

Favoriser le bien-être physique, mental, social

- 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.
- Vie affective et sexuelle épanouissante.
- 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.

Annexe 2. Evaluation du retentissement du surpoids et de l'obésité

Examen clinique et explorations complémentaires²⁰⁻²¹⁻²²

Pour toute personne, en cas de surpoids (IMC ≥ 25 et < 30 kg/m²) ou d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²)

Examen clinique et 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 Palpation des pouls périphériques et auscultation des trajets artériels
--	---

Évaluation du risque cardiovasculaire²²

Dépistage du diabète de type 2 ou d'un prédiabète chez les personnes asymptomatiques ²³	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 ²¹ Fréquence annuelle en cas de prédiabète ²¹
Exploration d'une anomalie lipidique	Bilan lipidique complet avec calcul du LDL et du non-LDL cholestérol, mesure du HDL cholestérol et des triglycérides
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 En cas d'anomalie compléter par une série d'automesures tensionnelles ou un Holter tensionnel

Autres examens cliniques

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 WOMAC ²⁴ (si point d'appel) ; évaluation de la gêne fonctionnelle (indice algo-fonctionnel de Lequesne) ²⁵
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)

²⁰ 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

²¹ American Diabetes Association. 2. Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in diabetes-2024. *Diabetes Care* 2024;47(Suppl 1):S20-S42. <http://dx.doi.org/10.2337/dc24-S002>

²² Haute Autorité de Santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS (à paraître).

²³ Le dépistage du diabète de type 2 sera actualisé par la HAS en 2025.

²⁴ Western Ontario et McMaster (WOMAC) in Obesity Canada, Rueda-Clausen CF, Poddar M, Lear SA, Poirier P, Sharma AM. Canadian adult obesity clinical practice guidelines: assessment of people living with obesity. Edmonton: Obesity Canada; 2020. <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/6-Obesity-Assessment-v4-with-links.pdf>.

²⁵ 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

Évaluation du retentissement sur la qualité de vie	EuroQoL EQ-5D (https://euroqol.org/) : 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 »), SF-36 (<i>Short Form-36</i>) et sa version courte SF-12 Qualité de vie et alimentation (impact physique, impact psycho-social, vie sexuelle, bien-être alimentaire et vécu du traitement diététique) ²⁶
Dépistage organes sensoriels	Vision et audition
Évaluation clinique de l'état bucco-dentaire	Évaluation clinique annuelle : recherche de caries, plus fréquentes en cas de prise alimentaire en dehors des repas (grignotage) ou d'alimentation nocturne, qualité de la mastication. Si anomalies, bilan complet et traitement
Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	Irrégularité des cycles, hirsutisme, hyperandrogénie, alopecie, acanthosis nigricans : orienter vers un endocrinologue et/ou un gynécologue
Observation de la peau	Vergetures, macération ou irritations au niveau des plis, mycoses
Dépistage des cancers	Évolution très rapide du gain de poids : recherche d'une cause organique (tumeur cérébrale). S'assurer du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (chez la femme), et du côlon (mêmes modalités qu'en population générale) Explorer toute métrorragie post ménopausique : l'obésité est un facteur de risque de cancer de l'endomètre
Évaluation psychologique, psychiatrique, sociale	Difficultés psychologiques, troubles psychiatriques, maltraitance, événement traumatique. Toute forme de vulnérabilité sociale, familiale, professionnelle
Troubles des conduites alimentaires	Principaux signes cliniques d'appel de l'hyperphagie boulimique et autres troubles ²⁷ Restriction cognitive Alimentation émotionnelle

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

Dépistage d'une obésité de cause rare	S'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques en ligne Obsgen (redc.integromics.fr/surveys/index.php?s=3HJPWN49ER) Se référer au protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) ²⁸
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 ²⁹ 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 ³⁰

²⁶ Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F. Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes Metab* 2005;31(3 Pt 1):273-83. [http://dx.doi.org/10.1016/s1262-3636\(07\)70194-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1262-3636(07)70194-5)

²⁷ Haute Autorité de Santé, Fédération française anorexie boulimie. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elementes-generaux-de-prise-en-charge

²⁸ Centre de référence des maladies rares PRADORT, DéfiScience, Haute Autorité de Santé. Obésités de causes rares. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

²⁹ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte

³⁰ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denuitration-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus

<p>Troubles du sommeil et anomalies respiratoires</p>	<p>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</p> <p>Recherche d'un syndrome apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) : somnolence diurne, ronflements quotidiens et sévères, sensation d'étouffement pendant le sommeil, éveils répétés, fatigue diurne, difficultés de concentration, nycturie (> 1 miction/nuit)</p> <p>Dyspnée d'effort, asthme</p> <p>Dépistage du SAHOS (le plus fréquemment par polygraphie ventilatoire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si IMC \geq 30 kg/m² associé à des signes cliniques évocateurs (incluant une hypertension artérielle nocturne ou résistante au traitement) - Si IMC \geq 35 kg/m² même en l'absence de signes cliniques évocateurs ou de troubles du sommeil <p>Dépistage d'un syndrome obésité hypoventilation par mesure des gaz du sang artériel : si IMC \geq 35 kg/m² ; si IMC \geq 30 kg/m² et SaO₂ < 94 % ; si IMC \geq 30 kg/m² et présence d'un syndrome restrictif [capacité pulmonaire totale (CPT) < 85 %]</p> <p>EFR (avec mesure des volumes et des débits) si IMC \geq 30 kg/m² et dyspnée de repos ou lors d'un effort léger ; si IMC \geq 35 kg/m² et SAHOS ; si IMC \geq 40 kg/m²</p>
<p>Recherche d'un reflux gastro-œsophagien</p>	<p>Brûlures, douleur, remontées acides ou amères, douleurs ou brûlures rétro-sternales, pyrosis, toux inexplicée, régurgitations alimentaires</p>
<p>Dépistage d'une stéatohépatite non alcoolique</p>	<p>En cas d'IMC \geq 30 kg/m² : échographie abdominale ou biomarqueurs de stéatose (<i>Fatty Liver Index</i> : FLI) mesurés à partir de l'IMC, du tour de taille, des gamma GT et des triglycérides : si normal, contrôle à 3 à 5 ans</p> <p>Si présence de stéatose non alcoolique à l'échographie, dépister une fibrose hépatique par mesure des scores NAFLD Fibrosis Score (https://www.mdcalc.com/calc/3081/naflid-non-alcoholic-fatty-liver-disease-fibrosis-score) ou Fibrosis-4 index (FIB-4) (https://www.mdcalc.com/calc/2200/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis) à partir d'un bilan de base : ASAT, ALAT, GGT, plaquettes, albuminémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fibrose exclue si valeurs au-dessous des seuils de - 1,455 pour NAFLD Fibrosis Score et 1,30 pour FIB-4 - Si valeurs au-dessus des seuils de - 1,455 pour NAFLD Fibrosis Score et 1,30 pour FIB-4, quantifier la fibrose : élastométrie ou tests sanguins plus complexes selon disponibilité
<p>Dépistage d'une maladie rénale</p>	<p>En cas d'IMC \geq 30 kg/m² : estimation du débit de filtration glomérulaire : créatinémie en utilisant l'équation CKD-EPI, la créatinémie et le ratio albuminurie sur créatininurie (RAC). 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</p>
<p>Estimation de la dépense énergétique de repos</p>	<p>Possibilité d'estimation de la dépense énergétique via les équations prédictives de Harris et Benedict</p>

Annexe 3. Graduer les soins et l'accompagnement : surpoids et obésité

1. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle



2. Définir la complexité de la situation, coordonner les soins et l'accompagnement

Surpoids ou obésité dite non complexe : (IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou (IMC < seuil 35 kg/m², obésité classe I) en l'absence de complications somatiques et/ou psychologiques ou si elles sont traitées, stabilisées, suivies en proximité.

Le médecin généraliste assure la coordination du projet de soins et d'accompagnement.

Il peut partager ou confier cette mission à un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.

Obésité dite complexe : sévérité de l'obésité (IMC ≥ seuil 35 kg/m², classe II) OU cumul de facteurs associés.

La coordination des soins et de l'accompagnement est assurée par le médecin généraliste, ou en lien avec le médecin généraliste par un médecin spécialiste de l'obésité (endocrinologue, diabétologue notamment), ou un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité (Service de spécialité en établissement de santé, Centre spécialisé de l'obésité).

Elle peut être partagée avec un infirmier (exercice coordonné ou pratique avancée), référent de proximité si désigné.

Obésité dite très complexe : aggravation de l'obésité par une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé, OU obésité de classe III (IMC ≥ seuil 40 kg/m²) et cumul de facteurs associés.

La coordination des soins et de l'accompagnement est réalisée par un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité, ou un centre de référence maladies rares le cas échéant, en lien avec le médecin spécialiste (selon la maladie chronique que l'obésité aggrave), le médecin généraliste et l'infirmier de pratique avancée, référent de proximité.

3. Graduer les soins et l'accompagnement selon le niveau de complexité de l'obésité

En 1ère intention quelle que soit la complexité :

- ➔ Accompagner les modifications des habitudes de vie et les maintenir dans la durée, si besoin avec des séances éducatives.
- ➔ Stabiliser le poids et personnaliser l'objectif de poids en fonction du retentissement de l'obésité sur la santé
- ➔ Traiter comorbidités et troubles psychiques
- ➔ Soulager les symptômes associés

En 2° intention pour les situations complexes et très complexes :

- ➔ Envisager tout en poursuivant les modifications des habitudes de vie et avec avis d'un médecin ou d'une structure spécialisée dans l'obésité :
 - Soins médicaux et de réadaptation (SMR)
 - Traitement pharmacologique de l'obésité
 - Chirurgie bariatrique après préparation pluriprofessionnelle

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement - février 2025**

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



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social