



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

RECOMMANDATIONS

Septembre 2011

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

[Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »](#)

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont résumés en dernière page (fiche descriptive) et décrits dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4)
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Préambule	6
Définitions.....	6
Objectif de la recommandation.....	6
Recommandations	7
1 Pourquoi repérer l'excès de poids ?	7
1.1 Données de prévalence	7
1.2 Conséquences de l'excès de poids.....	7
1.3 Intérêt de la prise en charge de l'obésité - Bénéfices attendus d'une perte de poids intentionnelle sur les comorbidités	7
1.4 Données sur les fluctuations pondérales (effet Yo-Yo) associées à une augmentation du risque de morbidité	8
2 Quand diagnostiquer le surpoids et l'obésité ?	8
2.1 Circonstances du diagnostic	8
2.2 Facteurs favorisant la prise de poids	8
3 Comment diagnostiquer le surpoids et l'obésité ?	8
3.1 IMC, tour de taille	8
3.2 Matériel nécessaire	9
4 Que proposer ?	10
4.1 Bilan initial (origine et conséquences du surpoids et de l'obésité)	10
4.2 Quels objectifs thérapeutiques ?.....	12
4.3 Quels conseils thérapeutiques ?	12
4.4 Suivi à long terme.....	16
5 Que faire chez les sujets ayant un âge physiologique avancé ?	16
6 Que faire en amont de la grossesse et en cas de grossesse ?	16
6.1 Préparation à la grossesse	16
6.2 Femmes enceintes	16
6.3 Accompagnement de la femme après la naissance de l'enfant	17
6.4 Femmes qui ont un IMC ≥ 30 kg/m ² après la naissance de l'enfant.....	17
7 Que faire en cas d'obésité associée à un diabète, à une arthrose ou lors d'un traitement médicamenteux ?	17
7.1 Diabète	17
7.2 Arthrose	18
7.3 Prescription de médicaments chez le patient ayant une obésité.....	18
8 Actualisation	18
Annexe 1. Table d'indice de masse corporelle	19
Annexe 2. Fiche de support à l'entretien lors du bilan initial	20
Annexe 3. Fiche de conseils pour l'alimentation	21
Annexe 4. Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité	22

Annexe 5 : Fiches de prise en charge du surpoids et de l'obésité23

Participants.....25

Fiche descriptive28

Abréviations et acronymes

Abréviation	Libellé
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ENNS	Étude nationale nutrition santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNNS	Programme national nutrition santé
RBP	Recommandations de bonne pratique
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>

Préambule

La recommandation de bonne pratique sur le thème « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » a été élaborée à la demande de la Direction générale de la santé (saisine transmise à la Haute Autorité de Santé le 14 juin 2007). Ce travail a été réalisé dans le cadre du deuxième programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010¹.

Définitions

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

L'IMC est corrélé à la quantité de masse adipeuse et c'est la mesure la plus utile pour évaluer le surpoids et l'obésité au niveau de la population car elle s'applique aux deux sexes et à toutes les tranches d'âge adulte. Il doit toutefois être considéré comme une indication approximative car, au niveau individuel, il ne correspond pas nécessairement à la même masse grasseuse selon les individus.

L'OMS définit le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m².

Objectif de la recommandation

L'objectif de cette recommandation est d'améliorer la qualité de la prise en charge par le médecin de premier recours des adultes ayant un surpoids ou une obésité.

Cette recommandation vise à répondre aux questions suivantes :

- Quand faut-il rechercher un surpoids et une obésité ?
- Quels sont les critères diagnostiques ?
- Quel bilan initial ? (origines et conséquences de l'obésité)
- Quels objectifs thérapeutiques ?
- Quels conseils thérapeutiques ?
- Quand prendre en charge médicalement un surpoids sans obésité ?
- Que faire chez les sujets ayant un âge physiologique avancé ?
- Que faire en amont de la grossesse et en cas de grossesse ?
- Que faire en cas d'obésité associée à un diabète, à une arthrose ?

Sont exclues du champ des recommandations les questions relatives :

- à la prévention de l'obésité en général (traitée par le PNNS) ;
- à l'enfant ;
- au parcours de soins coordonné.

¹ Le PNNS2 a pour objectif d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. Il est orienté vers la prévention, l'éducation nutritionnelle, l'offre alimentaire et aussi vers le dépistage précoce et la prise en charge des troubles nutritionnels (obésité, dénutrition).

Recommandations

1 Pourquoi repérer l'excès de poids ?

Dans ces recommandations le terme « excès de poids » correspond indifféremment au surpoids ou à l'obésité.

1.1 Données de prévalence

En France, la prévalence de l'obésité est estimée à 15 % de la population adulte et cette prévalence est en augmentation.

AE	<p>Il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale.</p> <p>Il est recommandé d'être particulièrement attentif à la tranche d'âge 25-34 ans, et aux personnes issues de milieux défavorisés (surtout pour les femmes).</p>
-----------	--

1.2 Conséquences de l'excès de poids

L'obésité est une maladie chronique.

L'excès de poids augmente la morbidité. La mortalité totale augmente avec l'IMC essentiellement à partir d'un IMC ≥ 28 kg/m² sauf pour les patients âgés.

AE	<p>Les personnes ayant une obésité sont victimes de nombreuses discriminations qui touchent toutes les dimensions de la vie.</p> <p>Il est recommandé que le médecin en mesure l'impact.</p> <p>Il est recommandé que le médecin prenne en compte aussi les préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation de la maladie.</p>
-----------	--

1.3 Intérêt de la prise en charge de l'obésité - Bénéfices attendus d'une perte de poids intentionnelle sur les comorbidités

Il faut souligner l'intérêt de la perte de poids chez des personnes ayant une obésité pour réduire les comorbidités associées. En particulier, une perte de poids de 5 % à 10 %, maintenue :

- améliore le profil glucidique et lipidique ;
- diminue le risque d'apparition du diabète de type 2 ;
- réduit le handicap lié à l'arthrose ;
- réduit la mortalité toutes causes confondues, la mortalité par cancer et la mortalité par diabète dans certains groupes de patients ;
- diminue la pression sanguine ;
- améliore les capacités respiratoires des patients avec ou sans asthme.

1.4 Données sur les fluctuations pondérales (effet Yo-Yo) associées à une augmentation du risque de morbidité

AE Il est recommandé que le médecin mette en garde les patients contre des régimes successifs à l'origine de fluctuations de poids qui peuvent être dangereuses pour la santé

2 Quand diagnostiquer le surpoids et l'obésité ?

2.1 Circonstances du diagnostic

AE L'IMC doit être calculé pour tous les patients quel que soit le motif de consultation.
Le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients.
La taille doit être mesurée à la première consultation.
Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution (annexe 1).

2.2 Facteurs favorisant la prise de poids

Il est recommandé de rechercher les facteurs favorisant la prise de poids (tableau 2).
Il n'y a pas lieu de rechercher une hypothyroïdie, un Cushing, une acromégalie en l'absence de signes cliniques d'appel.

3 Comment diagnostiquer le surpoids et l'obésité ?

3.1 IMC, tour de taille

Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose sur l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids (en kilos) et de la taille (en mètres) (poids/taille au carré).

C Pour un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m² et inférieur à 35 kg/m², l'examen clinique devra être complété par la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque (voir figure 1).

Le tour de taille est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte (obésité abdominale). L'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.

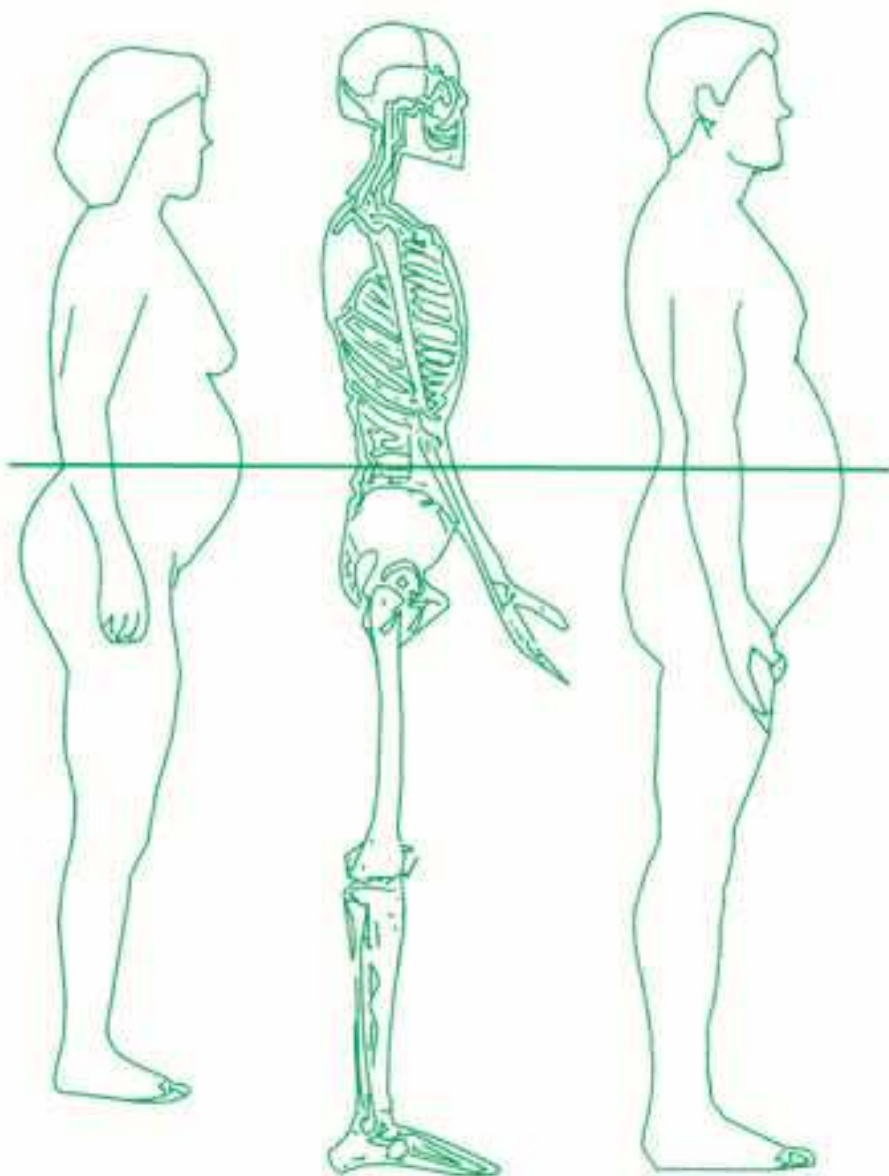


Figure 1. Mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale d'après la *Belgian Association for the Study of Obesity*. Le consensus du BASO. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids, 2002.

AE	La mesure de la composition corporelle par impédancemétrie n'est pas recommandée. La mesure du pli cutané et le rapport tour de taille/tour de hanche ne sont pas recommandés en médecine de premier recours.
-----------	--

3.2 Matériel nécessaire

Chaque cabinet médical doit être équipé :

- de sièges adaptés aux personnes avec obésité, y compris dans la salle d'attente ;
- de tensiomètre avec brassard adapté ;
- d'une toise ;
- de pèse-personne gradué jusqu'à 150 kilos minimum et idéalement jusqu'à 200 kilos.

La mesure du tour de taille doit être faite avec un mètre ruban.

4 Que proposer ?

AE	<p>Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.</p> <p>La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.</p>
-----------	--

4.1 Bilan initial (origine et conséquences du surpoids et de l'obésité)

AE	<p>Il est recommandé au médecin d'éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne en excès pondéral la seule responsable de son poids.</p>
-----------	---

Le bilan initial est présenté dans le tableau 2.

AE	<p>En l'absence de signes cliniques en faveur d'une hypothyroïdie, il n'y a pas d'indication à faire un dosage de TSH.</p> <p>En l'absence de signes cliniques en faveur d'une maladie de Cushing, il n'y a pas d'indication à faire un dosage de cortisol libre urinaire/24 h.</p>
-----------	---

AE	<p>Le médecin généraliste prend en charge le patient (voir infra)</p> <p>Il envisagera l'aide d'un professionnel de santé en deuxième recours en cas :</p> <ul style="list-style-type: none">• de récurrence après plusieurs régimes ou d'échec de la prise en charge de premier recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an en général. Le médecin généraliste pourra faire appel à un médecin spécialisé en nutrition ou un diététicien, à un psychiatre ou un psychologue clinicien, à un masseur-kinésithérapeute ou un enseignant en activités physiques adaptées ;• d'IMC > 35 kg/m² avec comorbidité et IMC ≥ 40 kg/m² si demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique. <p>Dans les troubles du comportement alimentaire caractérisés le recours au psychiatre ou au psychologue formé pour ces pathologies peut être rapidement nécessaire.</p>
-----------	---

Il n'est pas possible actuellement de proposer un schéma plus précis pour faire appel au deuxième recours. Ce deuxième recours n'est pas suffisamment organisé et visible, en particulier en fonction de la disponibilité locale des différents professionnels et des coûts restant à la charge du patient.

Tableau 2. Bilan initial d'un excès de poids

Interrogatoire et examen clinique

Mesurer le tour de taille

Rechercher des facteurs favorisant la prise de poids

Apports énergétiques excessifs (alimentation trop riche, trop dense en calories, boissons sucrées, grande taille des portions)
 Sédentarité
 Arrêt ou réduction de l'activité physique et sportive
 Arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées
 Consommation d'alcool
 Prise de certains médicaments (parmi lesquels des neuroleptiques, des antidépresseurs, des antiépileptiques, l'insuline, les sulfamides hypoglycémifiants, les corticoïdes)
 Facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité
 Antécédents d'obésité dans l'enfance
 Grossesse
 Ménopause
 Troubles du comportement alimentaire
 Troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale
 Facteurs professionnels (parmi lesquels stress au travail, travail posté)
 Diminution du temps de sommeil

Identifier un trouble du comportement alimentaire

Impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, moins fréquemment hyperphagie boulimique

Retracer l'histoire pondérale (cf. fiche annexe 2)

Évaluer l'activité physique (cf. fiche annexe 2)

Évaluer l'activité sédentaire (cf. fiche annexe 2)

Étudier les habitudes et les apports alimentaires (cf. fiche annexe 2)

Rechercher les médicaments pris par le patient et leur lien avec la prise de poids

Évaluer sa perception de l'excès de poids, son vécu et sa motivation au changement

Rechercher les conséquences de l'excès de poids

Somatiques	Hypertension artérielle (mesurer la pression artérielle avec un brassard adapté, sur les bras coniques, la mesure est réalisée à l'avant-bras) Dyspnée d'effort Angor Apnées du sommeil, endormissement diurne, ronflements, asthénie matinale Douleurs articulaires (genoux, hanches, chevilles, lombaires) Macération des plis, mycoses Insuffisance veineuse, lymphœdème Incontinence urinaire Anomalies du cycle menstruel Signes orientation de présence d'un cancer (métrorragies, examen des seins, etc.)
Psychologiques	Troubles anxio-dépressifs, perte de la libido Troubles du comportement alimentaire secondaires à l'obésité (« pertes de contrôle », compulsions alimentaires secondaires aux régimes répétés, syndrome du mangeur nocturne)
Sociales	Difficultés à l'embauche, discrimination, stigmatisation, arrêts de travail, perte du travail, isolement

Altération de la qualité de vie

Ordonnance

Exploration d'anomalie lipidique (EAL)

Chez des sujets âgés de plus de 45 ans ayant un IMC ≥ 28 kg/m² : glycémie à jeun

4.2 Quels objectifs thérapeutiques ?

Objectifs thérapeutiques	
Patients en surpoids	
AE	<p>Il n'y a aucun argument pour inciter à perdre du poids un patient en simple surpoids stable et sans comorbidité associée, mais il est important de prévenir une prise de poids supplémentaire.</p> <p>Quand son tour de taille est élevé (≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme), l'objectif est de prévenir une prise de poids supplémentaire et de réduire le tour de taille car un tour de taille élevé est un facteur de risque de diabète et de maladie cardio-vasculaire (indépendamment de l'IMC).</p> <p>En cas de comorbidité associée, l'objectif est de perdre du poids et/ou de réduire le tour de taille.</p>
Patients avec une obésité	
AE	<p>Il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial.</p> <p>Cet objectif est réaliste pour l'amélioration des comorbidités et de la qualité de vie.</p> <p>Il est recommandé de prendre en charge les comorbidités associées.</p> <p>Le maintien de la perte de poids est essentiel.</p> <p>Stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique.</p> <p>Il faut être attentif à l'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient.</p>

4.3 Quels conseils thérapeutiques ?










► Généralités


AE	<p>Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas.</p> <p>Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, au bout de 6 mois à un an le médecin peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, et tout en continuant à le suivre (diététicien ou médecin spécialisé en nutrition, psychologue et/ou psychiatre, professionnels en activités physiques adaptées).</p> <p>Le médecin du travail peut aussi être une aide et un relais de la prise en charge, en modifiant par exemple, si le besoin s'en faisait sentir, les rythmes ou les horaires de travail (pour certains patients ayant un travail de nuit ou un travail posté).</p> <p>Il est nécessaire de considérer et de sensibiliser l'entourage proche des patients en excès de poids. Le cas échéant, il peut être intéressant de l'associer à la démarche thérapeutique.</p> <p>Il est nécessaire de donner les informations dans un style et un langage qui conviennent à la personne et à son entourage.</p>
-----------	---


Conseils thérapeutiques	
Patients en surpoids	
B	Il est nécessaire d'informer le patient des bénéfices pour sa santé à ne pas prendre de poids
AE	Il est recommandé de lui donner des conseils (voir <i>infra</i>) pour éviter une prise de poids.
B	En cas de désir de perdre du poids, alerter la personne sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés.
Patients avec une obésité	
B	Établir avec le patient des objectifs de réduction pondérale réalistes (avec en moyenne une perte de poids de 1 à 2 kg/mois), en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique.


Le tableau 3 résume les interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique (en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités).


Tableau 3. Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25-30			
30-35			
35-40			
> 40			

 **SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie** (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)

 **SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)

 **Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)

 **Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids). **Considérer la chirurgie bariatrique***

* : voir recommandations HAS, 2009. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

► **Conseils diététiques**

AE	<p>Il est nécessaire d'évaluer les habitudes alimentaires pour estimer les apports énergétiques et d'évaluer l'activité physique pour estimer la dépense énergétique (cf. fiche annexe 2).</p> <p>Le médecin doit chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires.</p>
B	<p>Lorsqu'un amaigrissement est envisagé (surpoids avec comorbidité ou obésité), le conseil nutritionnel vise à diminuer la ration énergétique en orientant le patient vers une alimentation de densité énergétique moindre et/ou un contrôle de la taille des portions.</p>
AE	<p>Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée (ne pas sauter de repas, contrôler les portions, ne pas se resservir, prendre le temps de manger, éviter le grignotage, diversifier les repas) (cf. fiche annexe 3).</p> <p>Il est important de reconnaître et de lever les tabous alimentaires, les fausses croyances, les sources de frustration et de désinhibition.</p> <p>Il peut être nécessaire de proposer au patient de modifier ses comportements d'achat des aliments, le mode de préparation des repas (cf. fiche annexe 3).</p> <p>Les changements de comportement doivent être prolongés sur le long terme. L'arrêt de ces mesures expose à une rechute.</p> <p>Les régimes très basses calories (moins de 1 000 Kcal par jour) ne sont pas indiqués sauf cas exceptionnels. Ils doivent être supervisés par un médecin spécialisé en nutrition.</p>
B	<p>Il est recommandé d'informer le patient que la recherche de perte de poids sans indication médicale formelle comporte des risques en particulier lorsqu'il est fait appel à des pratiques alimentaires déséquilibrées et peu diversifiées.</p>

► **Intervention visant à augmenter l'activité physique**

L'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien familial ou communautaire.

AE	<p>Une analyse des activités quotidiennes et des capacités physiques du patient doit être systématiquement réalisée avant d'apporter des conseils (cf. fiche annexe 2).</p> <p>L'éducation thérapeutique vise à encourager les patients à augmenter leur activité physique même s'ils ne perdent pas de poids et à réduire le temps consacré à des activités sédentaires.</p> <p>L'activité physique quotidienne doit être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle.</p> <p>L'évaluation du risque cardio-vasculaire global doit être réalisée avant la reprise d'une activité physique. En fonction de son intensité et des comorbidités, elle peut justifier un avis cardiologique.</p>
-----------	---

B	<p>Les patients doivent être encouragés à effectuer au moins 150 minutes (2 h 30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée (annexe 4). Cette activité physique peut être fractionnée en une ou plusieurs sessions d'au moins 10 minutes.</p> <p>Pour en retirer un bénéfice supplémentaire pour la santé les adultes devraient augmenter la durée de leur activité physique d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes (5 h) par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.</p>
AE	<p>Le type d'activité physique doit être expliqué et négocié avec le patient en fonction de ses possibilités et de sa motivation.</p> <p>Tout nouvel effort par rapport à la situation antérieure doit être valorisé et encouragé.</p> <p>Le médecin peut avoir recours à un professionnel en activités physiques adaptées en cas d'objectif thérapeutique initial non atteint ou en cas de demande du patient.</p>

► **Approches psychologique et cognitivo-comportementale**

AE	<p>Il est recommandé d'avoir une approche psychologique pour les patients en excès de poids.</p> <p>Elle peut être réalisée par le médecin généraliste et complétée si nécessaire par une prise en charge spécialisée (en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire, de trouble dépressif).</p> <p>Toutes les approches favorisant la relation médecin-patient et l'aptitude au changement peuvent être prises en compte ; mais les techniques comportementales ou cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité. Les autres techniques ne sont pas encore évaluées.</p>
-----------	---

► **Traitement médicamenteux**

L'orlistat est actuellement le seul médicament ayant une indication dans l'obésité autorisé en France, non remboursé.

AE	<p>Au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs, et des interactions médicamenteuses (entre autres avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux), la prescription d'orlistat n'est pas recommandée.</p>
-----------	--

► **Autres méthodes pour la perte de poids**

AE	<p>La prescription de traitements médicamenteux visant à entraîner une perte de poids et n'ayant pas d'AMM dans le surpoids ou l'obésité est proscrite.</p>
-----------	---

Il n'y a pas d'effet démontré de l'acupuncture, de l'acupression, des suppléments alimentaires, de l'homéopathie, de la thérapie par l'hypnose dans le traitement de l'excès de poids.

4.4 Suivi à long terme

L'obésité est une maladie chronique.

AE La fréquence des consultations doit être adaptée afin de parvenir à la perte pondérale visée et de la maintenir.

Au début, les consultations sont rapprochées. Ensuite les consultations sont moins fréquentes. Des chiffres concrets concernant la fréquence des consultations ne peuvent pas être donnés.

AE La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours.
Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique, et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme.

Des fiches résumant la prise en charge des patients en surpoids ou avec une obésité sont présentées en annexe 5.

5 Que faire chez les sujets ayant un âge physiologique avancé ?

Au-delà de 75 ans, le risque majeur lié au poids n'est plus l'obésité mais la dénutrition et/ou un surpoids qui peut masquer une malnutrition protéino-énergétique avec une importante fonte musculaire (sarcopénie).

AE Il est recommandé de ne pas faire maigrir systématiquement un sujet âgé ayant une obésité mais il faut tenir compte du retentissement de l'excès de poids sur la qualité de vie.

6 Que faire en amont de la grossesse et en cas de grossesse ?

6.1 Préparation à la grossesse

B Pour les femmes avec une obésité ayant un désir de grossesse il est recommandé d'encourager la perte de poids en informant sur les bénéfices pour sa fécondité, sa santé et celle de l'enfant à naître (mesures alimentaires et activité physique).

6.2 Femmes enceintes

B Pour une femme enceinte en excès de poids, il est recommandé d'encourager vivement l'activité physique, en particulier pour diminuer le risque de diabète gestationnel.

AE	<p>L'objectif de l'activité physique de loisirs est d'entretenir sa forme physique :</p> <ul style="list-style-type: none">• si les femmes n'avaient pas d'activité physique de loisirs régulière, elles devraient commencer par des sessions de 15 minutes d'activité continue au maximum, trois fois par semaine, puis augmenter peu à peu pour aboutir à des sessions quotidiennes de 30 minutes ;• si les femmes avaient une activité physique de loisirs régulière avant la grossesse, elles devraient être en mesure de continuer sans effets néfastes à condition que cette activité de loisirs soit adaptée. <p>Le médecin doit expliquer aux femmes enceintes qu'il n'est pas nécessaire de manger pour deux et que les besoins caloriques changent peu durant les 6 premiers mois de grossesse et augmentent modestement dans les 3 derniers mois.</p> <p>La prise de poids pendant la grossesse devrait être limitée à 7 kilos pour les femmes ayant un IMC ≥ 30 kg/m². Toute prise de poids jugée excessive ou trop rapide doit conduire à un avis spécialisé.</p>
-----------	--

6.3 Accompagnement de la femme après la naissance de l'enfant

AE	Il est recommandé de conseiller aux mères présentant un excès de poids d'allaiter leur enfant comme à toutes les femmes.
C	Les professionnels de santé doivent les assurer qu'une alimentation saine, une activité physique régulière et une perte de poids graduelle ne vont pas affecter la qualité ou la quantité du lait maternel.
AE	Il faut profiter de la consultation qui a lieu 6 à 8 semaines après la naissance pour discuter avec la femme de son poids.

6.4 Femmes qui ont un IMC ≥ 30 kg/m² après la naissance de l'enfant

B	Il est recommandé d'expliquer aux femmes les risques pour la santé associés à l'obésité pour elles-mêmes et pour les futures grossesses, et les encourager à perdre du poids.
----------	---

7 Que faire en cas d'obésité associée à un diabète, à une arthrose ou lors d'un traitement médicamenteux ?

7.1 Diabète

AE	Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux patients ayant une obésité et un diabète. La prise en charge est fondée sur les conseils diététiques, l'activité physique, une approche psychologique et, si nécessaire, le recours aux diététiciens ou aux médecins spécialisés en nutrition, endocrinologues, psychologues, psychiatres, enseignants en activité physique adaptée.
-----------	---

7.2 Arthrose

AE Pour un patient en excès pondéral souffrant d'arthrose il est recommandé d'encourager une perte de poids d'au moins 5 % par rapport au poids initial.

7.3 Prescription de médicaments chez le patient ayant une obésité

AE Lors de la prescription d'un médicament chez un patient ayant une obésité, il est recommandé de tenir compte des données pharmacocinétiques lorsqu'elles existent.

8 Actualisation

Une actualisation des recommandations est à prévoir dans 5 ans ou avant en fonction de l'évolution des connaissances dans le domaine.

Annexe 2. Fiche de support à l'entretien lors du bilan initial

Retracer l'histoire pondérale
Âge de début de la prise de poids (enfance, adolescence, âge adulte), circonstances déclenchantes
À l'âge adulte : poids le plus bas, poids le plus haut
Variations récentes du poids (gain, perte, depuis quand, de combien, pourquoi : évènements de vie)
Régimes suivis, actuellement, dans le passé, avec les modalités d'encadrement
Nombre et amplitude des rechutes et des récurrences de prise de poids et leur contexte
Poids de forme, poids où le patient se sent bien
Évaluer l'activité physique
Profession principale Horaires normaux ou décalés Intensité approximative de l'activité physique professionnelle (faible, modérée, élevée)
Activités domestiques réalisées à domicile (ex. : travail d'entretien de la maison...) Intensité approximative de l'activité domestique (faible, modérée, élevée)
Activités de loisirs et activités sportives actuelles et antérieures, en identifiant l'activité de marche au cours des loisirs Pour chaque activité : <ul style="list-style-type: none"> ● intensité approximative (faible, modérée, élevée) ● durée de chaque session d'activité ● fréquence de pratique (par ex. : sur l'année précédente)
Transports et trajets pour se rendre au travail ou dans les magasins Temps de trajet habituel (heures/jour) Mode de trajet (marche, vélo...)
Utilisation préférentielle des ascenseurs ou des escaliers
Évaluer les occupations sédentaires
Temps passé devant un écran (TV/vidéo/ordinateur) (heures/jour)
Temps passé en position assise (heures/jour)
Étudier les habitudes alimentaires
Repas (heures habituelles, comment : debout/assis, seul/en compagnie, au restaurant, vite/en prenant le temps de manger, habitude de se resservir à table) Goûter(s), collation ou en-cas Grignotage : horaire, fréquence, circonstances déclenchantes, pourquoi (faim, ennui, envie, gourmandise, contrariétés...), aliments consommés, quantités Habitude de sauter un repas (fréquence) Habitude de manger la nuit (dans la soirée, à l'endormissement, après des réveils nocturnes) Sensations subjectives : faim, envie de manger, rassasiement, satiété
Évaluer la taille des portions (le diamètre d'une assiette de taille standard est 25 cm)
Habitudes d'achat des aliments (Qui ? Où ? Quand ? Combien ? Stockage)
Préparation des repas (Qui ? Mode de cuisson, d'assaisonnement)
Étudier les apports alimentaires
Consommation de boissons sucrées (sodas, jus de fruits, spécialités laitières, boissons énergisantes), de boissons alcoolisées
Consommation d'aliments à forte densité énergétique riches en lipides (par exemple : fritures — frites, chips, beignets, etc., pâtisseries, glaces, viennoiseries), en sucres (par exemple : confiseries)
Consommation d'aliments à faible densité énergétique (fruits, légumes)

Annexe 3. Fiche de conseils pour l'alimentation

Conseils diététiques
Limitier la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées
Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
Contrôler la taille des portions *
Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément)
Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité
Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim
Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable
Conseils pour l'acquisition des aliments
Prévoir les menus pour le nombre de convives
Faire une liste de courses
Faire ses courses sans avoir faim
Éviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation
Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages
Conseils pour la préparation des aliments
Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine
Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier)
Utiliser les produits de saison
Limitier l'utilisation de matière grasse pour la cuisson
Cuisiner des quantités adaptées. Limitier la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant
Conseils pour les repas
Se consacrer au repas, être attentif à son assiette
Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?)
Servir à l'assiette ; remplir les assiettes avant de les apporter sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir
Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie †
Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée
Conseils entre les repas
Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade
Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage)
En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement

* : il existe un document iconographique conçu pour aider à l'estimation des quantités consommées (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités) ; † : comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion rapide d'aliments.

Annexe 4. Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité

Tableau d'exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité d'après la SFN, 2005

Intensité	Exemples d'activités	Durée
Faible	Marche lente (4 km/h)	45 minutes
	Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique	
Modérée	Pétanque, billard, bowling, Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition)	30 minutes
	Marche rapide (6 km/h)	
	Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg	
	Danse de salon	
Élevée	Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin	20 minutes
	Marche en côte, randonnée en moyenne montagne	
	Bêcher, déménager	
	Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash	

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée

Annexe 5 : Fiches de prise en charge du surpoids et de l'obésité

FICHE DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS

Le patient est pesé et mesuré
 $25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC (poids/taille}^2) < 30 \text{ kg/m}^2$
SURPOIDS


Prévoir des consultations dédiées avec un suivi programmé


BILAN INITIAL


Voir tableau 2 Bilan initial d'un excès de poids

Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	

 SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)

 SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)

 SURPOIDS AVEC COMORBIDITÉS : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids)

- Prévenir une prise de poids supplémentaire
- Ne pas inciter un patient en surpoids simple à perdre du poids
- Alerter la personne sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés
- Réduire un tour de taille élevé
- Prendre en charge les comorbidités associées
- Éviter tout discours culpabilisant
- Avoir une approche psychologique

Voir les fiches de **conseils pour l'alimentation** et **exemples d'activités physiques**
 (Annexes 3 et 4)

FICHE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

Le patient est pesé et mesuré
 IMC (poids/taille²) ≥ 30 kg/m²
OBÉSITÉ

Prévoir des consultations dédiées avec un suivi programmé

BILAN INITIAL
 Voir tableau 2 Bilan initial d'un excès de poids

Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
30-35			
35-40			
> 40			

Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)

Conseils diététiques et activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids). Considérer la chirurgie bariatrique

- L'obésité est une maladie chronique
- La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient
- Établir avec le patient des objectifs de réduction pondérale réalistes (de 5 % à 15 % par rapport au poids initial) en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique
- Interrompre la prise de poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique
- Prendre en charge les comorbidités associées
- Le maintien de la perte de poids est essentiel
- Éviter tout discours culpabilisant
- Avoir une approche psychologique complétée si nécessaire par une prise en charge spécialisée (en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire, de trouble dépressif)
- Les techniques cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité
- La prise en charge du patient par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours
- Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme
- Être attentif à l'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient

Faire appel à un professionnel de santé en deuxième recours dans les cas suivants :

- Récidive après plusieurs régimes, échec de la prise en charge de premier recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an en général (faire appel à un médecin spécialisé en nutrition ou un diététicien, à un psychiatre ou un psychologue clinicien, à un masseur-kinésithérapeute ou un enseignant en activités physiques adaptées)
- IMC ≥ 35 kg/m² avec comorbidité et IMC ≥ 40 kg/m² si demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique

Voir les fiches de **conseils pour l'alimentation et exemples d'activités physiques**
 (Annexes 3 et 4)

Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique :

Allegro Fortissimo

Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques *

Association de recherche en soins infirmiers *

Association des épidémiologistes de langue française

Association française d'études et de recherche sur l'obésité *

Association française de thérapie comportementale et cognitive *

Association française des diététiciens nutritionnistes *

Association nationale des kinésithérapeutes salariés

Association Obésité handicap – le poids des maux *

Association pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie

Collectif national des associations d'obèses *

Collège de la médecine générale *

Collège des enseignants de nutrition *

Collège national des généralistes enseignants

Collège national des gynécologues français *

Collège national des sages-femmes *

Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française *

Conseil national de l'ordre des pharmaciens

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

Fédération française de psychiatrie *

Fédération française des psychologues et de psychologie *

Fédération nationale des associations médicales de nutrition *

Fondation de France *

Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids *

Société d'éducation thérapeutique européenne*

Société française de documentation et de recherche en médecine générale

Société de formation thérapeutique du généraliste

Société française de gynécologie *

Société française de kinésithérapie *

Société française de médecine générale

Société française de médecine du sport

Société française de médecine du travail *

Société française de nutrition *

Société française de pharmacie clinique *

Société française de physiothérapie *

Société française de psychologie *

Société française de santé publique *

Société française des professionnels en activités physiques adaptées *

Société française et francophone de chirurgie de l'obésité *

Union nationale des associations familiales *

* Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Dr Philippe Zerr, médecin généraliste, Levallois-Perret - président du groupe de travail

Mme Fanny Sandalinas, ingénieur d'études, Lyon - chargée de projet

Dr Muriel Dhénain, Saint-Denis La Plaine - chef de projet HAS

M. Thibaut de Saint-Pol, sociologue, Paris

Mme Virginie Delmotte, masseur-kinésithérapeute, Berck-sur-Mer

Dr Marc Grohens, psychiatre, Villejuif

Pr Jean-Pierre Jacquet, professeur associé de médecine générale, Saint-Jean-d'Arvey

Mme Anne-Sophie Joly, représentante d'usagers, Collectif national des associations d'obèses, Paris

Pr Michel Krempf, endocrinologue nutritionniste, Nantes *

Mlle Estelle Lavie, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Véronique Liagre-Duteil, nutritionniste, Rochefort

Dr Marie-Christine Marek, médecin du travail, Hénin-Beaumont

Mme Corinne Peirano, diététicienne, Paris

Mme Muriel Pourrat, pharmacienne, Bondy

Dr Jean Robert, médecin généraliste, Monnaie

Mme Elodie Roy, psychologue, Fleury-Mérogis

* : Expert ne souhaitant pas endosser cette recommandation de bonne pratique.

Groupe de lecture

Dr Francis Abramovici, médecin généraliste, Lagny

Dr Valérie Altermanne-Jouvenet, médecin généraliste, Souffelweyersheim

Pr Jacques Ameille, médecin du travail, Garches

Mme Aurélie Baillot, enseignante activités physiques adaptées, Orléans

Dr Guillaume Bécouarn, chirurgien viscéral, Angers

Mme Jocelyne Bergère, psychologue, Draveil

Dr Gilles Bibette, psychiatre, Biarritz

Dr Jean-Marc Boivin, médecin généraliste, Laxou

Dr Vincent Boucher, nutritionniste, Bordeaux

M. Nicolas Brun, représentant d'usagers, Union nationale des associations familiales, Paris

M. Yoann Cabaj, enseignant activités physiques adaptées, Joigny

Dr Pierre Chabanier, gynécologue obstétricien, Bordeaux

Dr Véronique Chaillou-Peroua, nutritionniste, Mérignac

Mme Marie Citrini, représentante d'usagers, Collectif national des associations d'obèses, Paris

Dr Jean-François Collin, santé publique, Vandœuvre-lès-Nancy

M. David Communal, enseignant activités physiques adaptées, Saint-Médard en Jalles

Mme Odile Corriol, pharmacienne, Paris

Pr Charles Couet, nutritionniste, Tours

M. Jean-Luc Deleu, masseur-kinésithérapeute, Berck-sur-Mer

Mme Hélène Desjardins, diététicienne, Toulouse

Dr François Dumel, médecin généraliste, Audincourt

Mme Anne-Christine Froge-Guerin, pharmacienne, Rochefort

Pr Jean-François Gehanno, médecin du travail, Rouen

Mme Catherine Grangeard, psychanalyste, Beynes

Mme Brigitte Guinot, psychologue, Limoges

Dr Pascale Isnard, pédo-psychiatre, Paris

Mme Cristina Lallement, diététicienne, Sarrebourg

Mme Elisabeth Latour, sage-femme, Saint-Leu-la-Forêt

Pr Marie-France Le Goaziou, médecin généraliste, Lyon

Dr Laurent Meyer, endocrinologue, Strasbourg

Dr Véronique Nègre, pédiatre, Besançon

Dr Catherine Peyronnet, nutritionniste, Limoges

M. Sylvain Quinart, enseignant activités physiques adaptés, Besançon

Mme Claire Ramelli-Lamy, sage-femme, Nancy

Mme Faustine Régnier, sociologue, Ivry-sur-Seine

Dr Brigitte Rochereau, nutritionniste, Antony

Pr Monique Romon, nutritionniste, Lille

Dr Claude Rougeron, médecin généraliste, Anet

Mme Diane Rubin, représentante d'usagers, Association Obésité handicap – le poids des maux Nice

Mme Laureline Salaun, enseignante activités physiques adaptées, Villeurbanne

Dr Frédéric Sanguignol, nutritionniste, Bondigoux

Dr Pascale Santana, médecin généraliste, Paris

Pr Maïthé Tauber, pédiatre, Toulouse
Dr Hélène Thibault, pédiatre, Bordeaux

Dr Sophie Treppoz, pédiatre, Lyon
M. Michaël Villamaux, psychologue, Saint-Cloud

Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Pr Arnaud Basdevant, nutritionniste, Paris
Mme Sylvie Benkemoun, représentante des usagers, Allegro Fortissimo, GROS, Paris
M. Alexandre Del corso, pharmacien, Pontoise
Pr Jacques Delarue, nutritionniste, Brest
Mme Marlène Dreyfus, psychologue, Paris
Dr Corinne Godenir, nutritionniste, Valbonne
Mme Brigitte Guerrin, infirmière cadre de santé, Pontoise
Dr Esther Kalonji, Anses, Maisons-Alfort
Mme Francine Kremer, diététicienne, Strasbourg
Pr Martine Laville, endocrinologue, Lyon
Mme Irène Margaritis, Anses, Maisons-Alfort

Pr Jean Mouiel, chirurgien, Nice
Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Nathalie Poutignat, HAS, Saint-Denis La Plaine
Mme Clémence Thébaut, HAS, Saint-Denis La Plaine
M. Martin Vellard, masseur-kinésithérapeute, Montrichard
Mme Marie-Laure Veyries, Afssaps, Saint-Denis
Pr Olivier Ziegler, diabétologue, Dommartin-lès-Toul *

* :Expert ne souhaitant pas endosser cette recommandation de bonne pratique.

Remerciements

M. Alexandre Biosse-Duplan, chef de projet MRAPU, HAS, Saint-Denis La Plaine
Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, HAS, Saint-Denis La Plaine
Mme Laetitia Cavaliere, assistante SBPP, HAS, Saint-Denis La Plaine
Mme Gersende Georg, chef de projet SBPP-SCES, HAS, Saint-Denis La Plaine
Mme Sylvie Lascols, aide documentaliste, HAS, Saint-Denis La Plaine
M. Cédric Paindavoine, chef de projet SBPP, HAS, Saint-Denis La Plaine
M. François-Xavier Ratnam, chef de projet unité d'applications, HAS, Saint-Denis La Plaine

Fiche descriptive

TITRE	Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Octobre 2011
Objectif	L'objectif de cette recommandation est l'amélioration de la prise en charge par le médecin de premier recours des adultes ayant un surpoids ou une obésité.
Professionnels concernés	Ces recommandations sont destinées aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte.
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Muriel Dhénain, chef de projet, service des recommandations professionnelles (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière
Recherche documentaire	De janvier 2005 à décembre 2010 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire) Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Mlle Fanny Sandalinas, ingénieur d'études, Lyon, chargée de projet, avec la contribution des membres du groupe de travail
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Dr Philippe Zerr, médecin généraliste, Levallois-Perret), groupe de lecture, cf. liste de participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publique d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées en fonction du thème. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Avis du comité de validation des recommandations de bonne pratique en juillet 2011 Validation par le Collège de la HAS en septembre 2011.
Actualisation	L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Synthèse des recommandations, argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	RPC « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – Actualisation des recommandations 2003 » (HAS 2011)

