

REFERENTIEL DE LA CONSULTATION DIETETIQUE POUR OBESITE

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
RAPPEL DES RECOMMANDATIONS HAS (2006).....	5
LA PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS.....	8
CONSULTATION PREMIERE FOIS OBESITE	9
CONSULTATION PREMIERE FOIS OBESITE ET PATHOLOGIE CHRONIQUE	11
CONSULTATION IERE FOIS OBESITE EN VUE D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE	12
CONSULTATION DIETETIQUE POST-CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	15
CONSULTATION OBESITE / TCA.....	16
CONSULTATION DIETETIQUE OBESITE PERSONNES AGEES.....	17
CONSULTATION DIETETIQUE OBESITE / GROSSESSE.....	20
CONSULTATION DIETETIQUE OBESITE /ENFANT	23
CONCLUSION	26
FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATION MEDECIN – DIETETICIEN.....	27
DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION OBESITE	27

PREAMBULE

Note Mars 2025 : ce référentiel a été mis à jour avec notamment les dernières recommandations disponibles sur le sujet. Toutefois, le contenu est sensiblement le même. A noter que depuis 2025, le Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées est devenu le Centre Spécialisé Occitanie Ouest.

Le Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest a constitué un groupe de travail pour proposer un référentiel de la consultation diététique pour obésité.

Le Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest regroupe plusieurs établissements de soins de la région (CHU Toulouse, hôpitaux périphériques, Clinique des Cèdres, Clinique Castelviel, Clinique du Château de Vernhes à Bondigoux, Clinique du Château de Cahuzac)

Ce référentiel constitue l'aboutissement des réflexions menées par le groupe de travail. Il propose une « trame » de consultations diététiques à destination des patients en situation d'obésité. Ce référentiel s'appuie sur les recommandations HAS de 2006.

Cet outil est mis librement à la disposition des diététiciens, médecins, équipes prenant en charge les patients présentant une obésité.

L'objectif de ce référentiel est triple :

- Proposer un cadre consensuel de la pratique diététique en matière d'obésité
- Porter à la connaissance des médecins les apports du diététicien dans le cadre de l'évaluation et de la prise en charge de l'obésité
- Faciliter la transmission d'informations entre médecin et diététicien au profit du patient

La constitution de ce référentiel a été réalisée sous la direction du Pr Patrick Ritz, professeur de nutrition, au CHU, assisté par le Dr Ana Estrade, coordinateur médical du Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest pour la synthèse.

Ont été invités à participer à ce groupe de travail multi-professionnel des diététiciens, médecins généralistes, endocrinologues libéraux et hospitaliers, psychologues, rassemblant les différentes sensibilités de la région :

Pr Hanaire (CHU) – Dr Ghisolfi (CHU)- Mr Baron (CHU) – Mme Gonin (CHU) – Dr Coustols Valat (SSR Cahuzac/clinique A Paré) – Mme Pinaquy (CHU)- Dr Charras (CHU/clinique des Cèdres)- Dr Joly (CHU/CH Cahors)- Mme Tanis Jacques (CH Cahors)- Mme Desjardins (RÉPPOP)- Mme Bonnefond (Balma- représentante AFDN) – Mme Giroux (Balma) – Mme Sentenac (Clinique Occitanie) – Mr Alcaraz (Clinique des Cèdres) – Mme Martineau (CHU)- Mme Walkowicz (Clinique Occitanie)- Mme Laffont (clinique Ambroise Paré)- Mme Legrand (Clinique Occitanie)- Mme Miguet (CHU)- Mme Rougé (CHU)- Mme Martini (CHU)-Mme Lefèvre (CHU)

Ce groupe s'est réuni à plusieurs reprises avec à chaque séance, un thème précis de travail :

- le 6 Janvier 2014 : présentation générale, définition du cadre, du profil des patients.
- le 17 Février 2014 : travail sur la consultation première fois pour obésité et sur les prérequis médecin et patient

- le 31 Mars 2014 : travail sur la consultation en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique
- le 12 Mai 2014 : travail sur la consultation obésité/gériatrie
- le 30 Juin 2014 : travail sur la consultation obésité/grossesse et obésité/enfant

Rapporteur : Dr A.Estrade

RAPPEL DES RECOMMANDATIONS HAS (2006)

L'objectif de ce référentiel n'est pas de reprendre les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant « la consultation diététique réalisée par un diététicien ».

Ces recommandations ont été réactualisées en 2008 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272510/fr/consultation-dietetique-realisee-par-un-dieteticien

Nous rappelons ici les principaux points qui constituent un prérequis dans la prise en charge diététique des patients présentant une obésité.

La consultation diététique s'appuie sur une **démarche de soin** réalisée à partir d'une **prescription médicale ou à la demande d'un particulier**. Elle comprend un bilan diététique, la négociation d'objectifs de soins diététique, la mise en place d'une stratégie et le suivi nutritionnel à but éducatif, préventif ou thérapeutique.

En fonction de l'orientation des consultations, la prise en charge diététique nécessite des modalités définies de **coordination** des professionnels de santé entre eux et une continuité des soins.

Définition de la démarche de soin diététique :

Processus par étape qui a pour finalité de garantir des apports nutritionnels conformes aux besoins des personnes et aux exigences thérapeutiques, tout en tenant compte des préférences, des habitudes culturelles et religieuses et des capacités individuelles, en préservant le plaisir de s'alimenter.

La démarche de soin diététique apporte un cadre à la consultation diététique et comporte des spécificités en terme d'outils, de stratégies et d'évaluation, selon les orientations (thérapeutique, éducative, de prévention) de la consultation.

Le diagnostic diététique est une étape essentielle de la démarche de soin diététique. Il s'appuie sur le raisonnement clinique du diététicien à partir d'un recueil systématique et détaillé d'informations concernant l'analyse du bilan diététique, des désordres nutritionnels, des objectifs médicaux, du vécu et des habitudes de vie de la personne. Il aboutit à la construction d'une stratégie diététique personnalisée : formulation d'objectifs diététiques à visée nutritionnelle réalisables par la personne soignée, propositions d'actions de soins négociées, évaluation.

Le schéma ci-dessous reprend les étapes de la démarche de soin diététique :

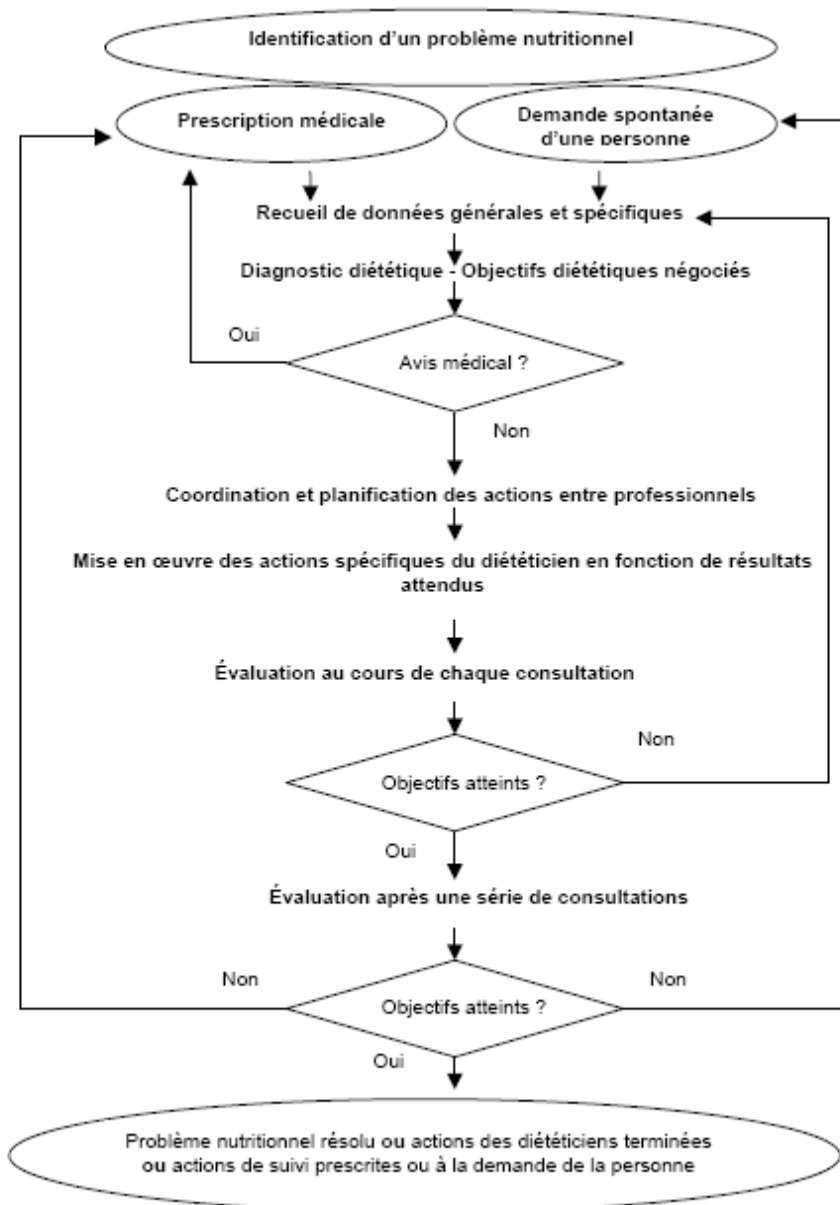


Figure 1. Étapes de la démarche de soin diététique

Extrait des Recommandations HAS, 2006

L'information du patient et l'approche éducative font partie intégrante de la démarche de soin diététique.

La définition des orientations et du contenu des différents types de consultations peut permettre au médecin d'orienter sa prescription et au diététicien d'être guidé dans ses pratiques.

Le recueil de données est une étape essentielle. Le tableau ci-dessous expose les données à rechercher :

Tableau 1. Recueil de données nécessaires à la démarche de soin diététique

Données générales	
Données administratives	Numéro de dossier, nom, prénom, coordonnées téléphoniques, postales ou/et électroniques, date de naissance, situation de famille
Données socioprofessionnelles	Situation sociale (activités, catégorie professionnelle, populations défavorisées, etc.), nationalité, langue parlée, écrite
Données cliniques	Le motif de consultation, le diagnostic médical, les antécédents médicaux, chirurgicaux et nutritionnels, les examens biologiques, les traitements, les symptômes en particulier la douleur et l'inconfort engendrés par la pathologie et/ou par les effets secondaires des traitements mis en place, les contre-indications, les facteurs de risque cardio-vasculaire
Données sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie	À partir d'échelles d'évaluation utilisées suivant les différentes pathologies ou l'état de santé
Données spécifiques	
Données cliniques complémentaires disponibles	Antécédents nutritionnels en lien avec le motif de consultation Mesures anthropométriques : poids, taille, tour de taille, plis cutanés, circonférence brachiale, IMC Données biologiques nutritionnelles : exploitation des marqueurs nutritionnels Existence de troubles du comportement alimentaire Indicateurs de la malnutrition (obésité, surpoids, dénutrition) Existence de troubles de la mastication, de la déglutition Existence de troubles digestifs
Données sur les conditions de vie	Mode de vie, composition de la famille Mode alimentaire religieux et/ou culturel, thérapeutique Histoire du poids : poids de naissance, poids maximum et minimum dans l'histoire de vie, poids de forme, épisodes et cinétique de prise ou de perte de poids (grossesse, ménopause, décès, événements familiaux ou sociaux, dépression, perte d'autonomie, maladie, etc.) Appréciation des moyens financiers : modalités des achats alimentaires (où, quand, comment, avec qui ?) Appréciation des habitudes pour la préparation et la consommation des aliments : équipement ménager pour la préparation des aliments, nombre de repas, lieu de prise des repas et conditions (seul(e), en compagnie), durée et horaires des repas, consommations entre les repas, etc. Ressentis lors de la prise alimentaire : plaisir ou contrainte, sentiment de faim ou de satiété, préférences (goûts, aliments, etc.) Niveau d'autonomie psychologique en collaboration avec un psychologue ou psychiatre Présence d'un handicap pouvant avoir des répercussions ou des conséquences sur les achats alimentaires, la préparation des repas, la façon de s'alimenter Appréciation de l'activité physique ou sportive Appréciation de la consommation de tabac : tentatives de sevrage, existence de compensations alimentaires, de craintes de prise de poids et de prise de poids réelle
Données sur la connaissance de la personne soignée	Appréciation des attentes par rapport au problème nutritionnel Appréciation des motivations Appréciation des croyances alimentaires
Évaluation des acquis (connaissances, compétences, représentations) des personnes	Les personnes ont toujours des acquis en matière d'alimentation. Ces acquis sont évalués au moment du diagnostic et pendant les consultations de suivi pour mesurer l'évolution des comportements au regard des modifications négociées et souhaitées
Évaluation des consommations alimentaires	Quantitatives et qualitatives, chiffrées ou non

LA PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS DIETETIQUES

La prise en charge des consultations de diététique n'est pas assurée par l'Assurance Maladie, ce qui peut constituer un frein au recours à des consultations diététiques pour certains patients. Cependant, certaines mutuelles prennent en charge les consultations diététiques selon différents forfaits.

CONSULTATION PREMIERE FOIS OBESITE

La démarche de soins diététiques dans le cadre d'une consultation pour excès de poids s'appuie sur les recommandations HAS (voir rappels plus haut).

Cette première consultation a pour objectif de faire connaissance avec le patient dans toutes ses dimensions et d'initier une prise en charge diététique à partir du diagnostic établi.

L'obésité peut être isolée ou compliquée d'autres pathologies que le diététicien devra rechercher lorsque le patient vient de son initiative ou qui pourront être transmises par le médecin traitant.

Lorsque le patient est adressé par son médecin, la transmission « médecin-diététicien » est essentielle et se fait à double sens.

TRANSMISSIONS DU MEDECIN :

- Certains éléments médicaux peuvent être portés à la connaissance du diététicien :
 - les antécédents principaux dans la mesure où ils vont influencer la prescription diététique (par ex : diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale, allergies...)
 - le traitement du patient qui peut amener son ordonnance lors de la consultation
 - des bilans biologiques récents comme la glycémie à jeun, le bilan lipidique, +/- le statut en fer et en vitamines ou autres qui, s'ils sont anormaux, peuvent amener à des ajustements diététiques.

 - La précision du motif de la consultation est importante et va permettre de guider le diététicien pour répondre à la demande médicale.
- En ce qui concerne la prise en charge de l'obésité, les motifs peuvent être divers :
- perte pondérale : il peut alors être utile de préciser le niveau de perte de poids requis ou souhaité
 - ex : en l'absence de comorbidités, une perte de 10 à 15 % du poids sur 6 mois à un an est préconisée.
 - maintien/stabilisation d'une perte pondérale
 - les pathologies associées à l'obésité (ex : éducation du patient à l'alimentation dans le cadre d'un diabète, d'une HTA, d'une insuffisance rénale...)
 - ...

Un modèle de fiche préremplie est proposé en fin de référentiel

TRANSMISSIONS DU DIETETICIEN :

En retour, le diététicien, à l'issue de cette première consultation, transmet :

- son diagnostic diététique. Dans le contexte d'obésité, il est attendu une synthèse sur :
 - les quantités consommées,
 - la qualité des apports alimentaires,

- le moment des prises (prandiales/extra prandiales),
 - le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive...) et la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire
 - les difficultés du patient et sa motivation
 - les éléments pertinents qui influencent la prise en charge (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...)
- les premiers objectifs de prise en charge avec une prescription personnalisée et négociée avec le patient.
 - le suivi proposé
 - des propositions éventuelles de recours à d'autres professionnels de santé si nécessaire (ex : prise en charge psychologique associée dans le cadre de troubles du comportement alimentaire, encadrement pour la reprise d'une activité physique...)

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DU PATIENT EN SITUATION D OBESITE :

- Le groupe de travail déconseille fortement les régimes très restrictifs, notamment les régimes hyperprotéinés, responsable d'un phénomène de yoyo pondéral, délétère à long terme et pouvant induire des comportements alimentaires inappropriés et un risque de reprise de poids.
- Le groupe de travail conseille une alimentation variée et équilibrée, en quantité et qualité adaptées pour permettre une perte pondérale progressive, associée à des mesures d'activité physique.
- LES RECOMMANDATIONS HAS 2022 sur la « OBESITE DE L'ADULTE : PRISE EN CHARGE DE 2^{ème} et 3^{ème} NIVEAUX » proposent les recommandations suivantes (AE = Accord d'expert) :

R.32. Dans la perspective d'une perte de poids durable, la réduction des apports énergétiques doit être modérée et personnalisée (AE).

R.33. Les objectifs sont : (i) l'obtention d'un changement du comportement alimentaire, régulé par les signaux de faim, de rassasiement et de satiété (signaux dits « internes »), (ii) la prise en charge de la composante émotionnelle de l'alimentation et (iii) l'instauration de modifications alimentaires en phase avec le PNNS (AE).

R.34. Les régimes déséquilibrés ou très restrictifs sont déconseillés (AE).

R.35. Une alimentation de type méditerranéen, du fait de ses bénéfices sur la santé, est un modèle intéressant (AE).

CONSULTATION PREMIERE FOIS OBESITE ET PATHOLOGIE CHRONIQUE

Il s'agit de situations où le patient présente une obésité et une ou plusieurs pathologies chroniques, souvent liées à l'excès de poids.

On peut citer l'exemple du diabète, de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance cardiaque, du cancer, etc...

Dans ce contexte, la consultation diététique pour obésité reprend les éléments explicités sur la 1^{ère} fiche (cf p 6) mais la présence d'une ou de plusieurs de ces pathologies peut également induire des modifications alimentaires spécifiques qui seront à prendre en compte.

La prise en charge de ces patients requiert une expertise dans le domaine concerné et devra s'appuyer sur une évaluation multi-disciplinaire.

CONSULTATION IERE FOIS OBESITE EN VUE D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande l'évaluation du comportement alimentaire avant toute chirurgie bariatrique et insiste sur la nécessité d'informer le patient sur la modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention. Il est bien précisé par ailleurs que la décision d'intervention chirurgicale est le fruit d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire qui doit comporter, entre autres, un diététicien.

Le lien suivant renvoie aux recommandations de la HAS :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

OBJECTIFS D'UNE CONSULTATION DIETETIQUE REALISEE PAR UN DIETETICIEN EN PRE-CHIRURIGE BARIATRIQUE :

- Evaluer le patient candidat à une chirurgie bariatrique
- Informer le patient sur l'alimentation post-opératoire

L'EVALUATION

L'évaluation doit porter sur :

- **La recherche de troubles du comportement alimentaire (TCA) :**
 - Elle est indispensable car la présence de certains TCA va contre indiquer la prise en charge chirurgicale, d'autres vont nécessiter une prise en charge pré-opératoire spécifique. La recherche porte sur les antécédents d'anorexie ou de boulimie, les épisodes actuels ou passés de compulsions alimentaires (binge eating disorder), et une alimentation complètement déstructurée. La notion d'une souffrance psychique (l'alimentation est source de souffrance, de pensées obsédantes...) est particulièrement utile à dépister. Un référentiel « Obésité et Troubles du comportement alimentaire » est accessible via le lien <https://obesite.univ-tlse3.fr/psychologues-signataires-de-la-charte-du-cso>
- **La recherche d'un échec de prise en charge nutritionnelle antérieure :**
 - Les recommandations HAS sur la chirurgie bariatrique précisent dans les indications que la chirurgie doit être proposée « en 2^{ème} intention après « échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois »
 - Comment le mettre en évidence ?
 - L'histoire pondérale et l'analyse de courbe de poids permettent souvent de repérer les prises en charge

antérieures avec des phases de perte de poids et de reprise de poids.

- La définition chiffrée de l'échec n'étant pas consensuelle dans la littérature, les recommandations HAS 2022 **propose de retenir la définition quantitative de l'échec suivante : perte de moins de 5 % de poids à un an ou absence de son maintien, et d'y ajouter les éléments suivants : poursuite de la prise de poids, incapacité à modifier durablement ses comportements, absence de maintien du poids perdu ou aggravation des complications associées à l'obésité.**
 - L'interrogatoire du patient permet de préciser comment le patient a perdu du poids :
 - types de prise en charge notamment les types de régimes préalablement suivis
 - la notion d'un encadrement médical, diététique, sportif ou autre ou sans encadrement particulier
- **La recherche d'une bonne compréhension des modifications alimentaires post-opératoires**
- Le diététicien doit s'assurer que le patient a bien compris les changements alimentaires auxquels il sera confronté après la chirurgie.

L'INFORMATION

L'information sur l'alimentation post-opératoire insistera sur

- le fractionnement alimentaire nécessaire en post-opératoire
- les conditions des repas (calme, temps...)
- les quantités et la qualité des aliments, et les relations avec les boissons
- l'importance de la ration protéique
- les boissons
- le risque de carences et la nécessité éventuelle de suppléments vitaminiques

LE SUIVI

- Le nombre de consultations diététiques pré-chirurgicales n'est pas prédéfini et dépend des équipes médico-chirurgicales et du patient.
- Dans le cas où plusieurs consultations pré-chirurgicales sont organisées, ou si le patient participe à un programme d'ETP pré-chirurgie, l'évaluation de la mise en place de modifications diététiques est nécessaire.
 - Cette évaluation permet de tester la compliance et l'adhésion du patient au projet de soins
 - Les variations de poids en pré-opératoire peuvent constituer des alarmes indiquant la nécessité d'évaluations supplémentaires

- Ex : une prise de poids pré-opératoire peut traduire des difficultés à mettre en place des modifications du comportement alimentaire
- Ex : une perte rapide et importante de poids peut être suspecte de TCA

CONSULTATION DIETETIQUE POST-CHIRURGIE BARIATRIQUE

La gestion du suivi diététique dans la première année après une chirurgie bariatrique ou tant que le confort digestif n'est pas atteint relève de compétences diététiques spécifiques et nécessite donc le recours à des diététicien(ne)s formé(e)s et expérimenté(e)s sur la chirurgie bariatrique.

En pratique, le patient peut être réadressé à l'équipe médico-chirurgicale qui a organisé le suivi pré-opératoire et qui pourra orienter le patient vers un diététicien formé.

CONSULTATION OBESITE / TCA

Un référentiel de prise en charge des patients avec des troubles du comportement alimentaire (TCA) est disponible <https://obesite.univ-tlse3.fr/psychologues-signataires-de-la-charte-du-cso>

CONSULTATION DIETETIQUE OBESITE PERSONNES AGEES

PARTICULARITES A PRENDRE EN COMPTE CHEZ LE SUJET AGE (>65 ANS)

En raison du risque de dénutrition, de sarcopénie et de perte fonctionnelle chez les patients âgés, il paraît nécessaire avant tout d'évaluer en amont le rapport bénéfice/risque d'une intervention diététique visant la perte de poids.

Il faut se méfier des demandes de perte de poids excessives chez les sujets âgés.
Ex : perte de plusieurs dizaines de kg avant une chirurgie orthopédique.

Au-delà de 65 ans, toute personne pour laquelle se pose la question d'une perte de poids doit bénéficier d'une évaluation médicale gériatrique et d'une évaluation diététique.

Lorsque la perte de poids est indiquée, il est conseillé une perte d'environ 5 % du poids total, de manière progressive.

Si la perte de poids s'accompagne d'une détérioration fonctionnelle, il faut se reposer la question de la pertinence de la perte de poids.

La prise en charge diététique doit être systématiquement couplée à une prise en charge en activité physique.

TRANSMISSIONS DU MEDECIN :

Les éléments notés p 6 sont à reprendre dans ce chapitre.

De plus, dans le contexte gériatrique, il sera utile d'ajouter la présence de signes « d'alerte » chez le patient âgé.

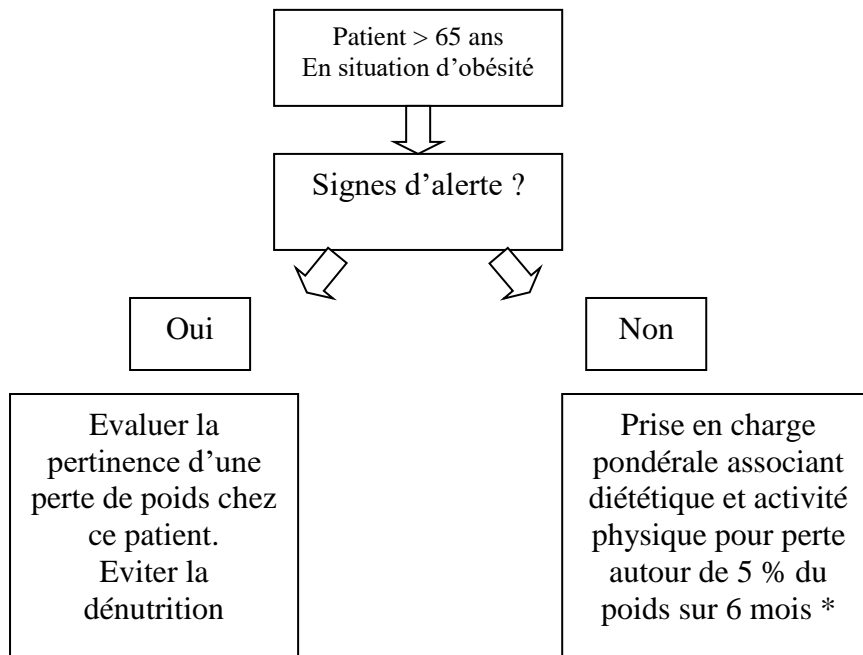
Signes d'alerte à identifier :

- troubles cognitifs avérés,
- dépendance
- patient vivant en EHPAD
- comorbidités évolutives associées
- grand âge (>85 ans)

La présence d'un de ces signes orientera la prise en charge du patient vers une évaluation gériatrique spécialisée.

Dans ce cas, la prise en charge diététique ne visera pas la perte de poids, qui peut être délétère et entraîner une dénutrition mais plutôt le maintien du poids avec une alimentation équilibrée et diversifiée et une activité physique adaptée.

En l'absence de signes d'alerte, la prise en charge diététique du patient en situation d'obésité âgée pourra proposer une perte de poids modérée de 5% environ du poids total, progressive et encadrée. L'objectif pondéral n'est pas nécessairement la priorité chez le sujet âgé. Il s'agit plutôt de mettre l'accent sur le gain d'autonomie.



**A l'issue de cette prise en charge, il faudra une réévaluation du patient pour juger de la pertinence de la poursuite de la perte de poids en fonction de la balance bénéfices/risques.*

Un modèle de fiche préremplie est proposé en fin de référentiel

TRANSMISSIONS DU DIETETICIEN :

En retour, le diététicien, à l'issue de cette première consultation, pourra transmettre au médecin qui l'adresse les éléments indiqués p 6-7.

Dans le contexte de la personne âgée, le diététicien sera vigilant à s'assurer de la pertinence de la perte de poids.

Une attention particulière sera portée à la dentition du patient qui peut être altérée ainsi qu'aux conditions de vie et ressources financières pour adapter au mieux la prise en charge.

Si le patient n'est pas adressé par un médecin et vient de lui-même en consultation diététique, le rôle du diététicien sera d'être vigilant par rapport à des signes de fragilité et d'adresser, s'il le juge nécessaire, le patient au médecin pour déterminer des facteurs de fragilité et évaluer la balance bénéfice/risque d'une perte de poids.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DU PATIENT AGE (> 65 ans) EN SITUATION D'OBESEITE :

Lorsque la perte de poids est indiquée, il est conseillé une perte d'environ 5 % du poids total.

La prise en charge diététique proposera de :

- Rééquilibrer la ration alimentaire en protéines/lipides/glucides
 - Répartition des apports conseillée : 15 à 20 % protéines / 45 à 50 % de glucides / 35 à 40% de lipides
- Augmenter l'apport protéique à 1-1.2 g/kg/j (vs 0.8 g/kg/j chez l'adulte) pour compenser une partie de la perte de masse musculaire pendant la perte de poids.
 - En pratique, il faut assurer un apport protéique d'au moins 60g/j
- Diminuer la ration calorique de 300 kcal/j en définissant un seuil minimum de sécurité à 1500 kcal/j

Nb : un seuil inférieur ne peut se concevoir que dans un contexte de prise en charge médicale spécialisée. Il n'est pas conseillé de diminuer la ration en dessous de 1200-1300 kcal/j.

- Apporter du calcium (1000 à 1200 mg/j) et de la vitamine D (800 UI/j) pour préserver la densité minérale osseuse
 - Calcium : 3 ou 4 produits laitiers par jour, eau minérale riche en calcium
 - Si consommation inférieure, envisager supplémentation
 - Vitamine D :
 - Si faible exposition solaire, prévoir supplémentation systématique (quotidienne/ mensuelle/trimestrielle selon galénique)
- Bien s'hydrater
- Un dosage de la ferritine peut être proposé si nécessaire.
- L'apport de vitamine C est à évaluer. S'il est insuffisant, un jus de fruit ou équivalent de manière quotidienne est à conseiller.

Ces conseils diététiques doivent être associés à une activité physique d'endurance et de résistance adaptée au moins 3 fois par semaine.

CONSULTATION DIETETIQUE OBESITE / GROSSESSE

PREAMBULE :

Les situations peuvent être diverses :

- Patientes déjà en situation d'obésité avant une grossesse
- Patientes avec prise de poids excessive au cours de la grossesse
- Patientes qui présentent un diabète gestationnel
- Patientes qui ont bénéficié avant la grossesse d'une chirurgie bariatrique

Il est recommandé une prise de poids limitée en moyenne à 7 kg pendant la grossesse chez les patientes présentant un IMC > 30 kg/m²

Le tableau ci-dessous rappelle la prise de poids recommandé en fonction de l'IMC de départ.

Poids	IMC (Poids/Taille ²) Avant grossesse	Prise de poids recommandée totale (en kg)
Maigreur	< 18.5 kg/m ²	12.5 à 18
Poids normal	18.5 à 24.9 kg/m ²	11.5 à 16
Surpoids	25 à 29.9 kg/m ²	7 à 11.5
Obésité	≥ 30 kg/m ²	5 à 9

Rasmussen KM. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009, 21:521-6

Il est nécessaire de rappeler ici que la perte de poids n'est pas souhaitable pendant la grossesse.

L'HAS a publié en 2025 des recommandations de bonnes pratiques « Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement » : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3591257/fr/surpoids-et-obesite-chez-la-femme-depistage-et-accompagnement

TRANSMISSIONS DU MEDECIN :

En plus des informations habituelles (voir p 6), il est utile de préciser des informations sur la grossesse comme :

- le terme de la grossesse
- le développement fœtal (retard de croissance, macrosomie...)

TRANSMISSIONS DU DIETETICIEN :

Les transmissions du diététicien reprennent les éléments cités p 6.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE EN SITUATION D'OBESITE

La prise en charge doit être pluridisciplinaire (gynécologue, sages-femmes, diététicien, endocrinologue) afin de cibler au cas par cas (bilan nutritionnel, échographie, pathologies associées...) et optimiser le suivi de la grossesse.

I. Situation d'obésité sans diabète gestationnel :

- Rééquilibrer la ration alimentaire en protéines/lipides/glucides
 - répartition des apports conseillée : 12 à 15 % protéines / 40 à 60 % de glucides / au moins 35 % de lipides
 - apports protéiques : autour de 1.1 g/kg/jour en théorie, ce qui parfois n'est pas possible en raison du poids initial. Il est toutefois recommandé une ration d'au moins 60 à 70g de protéines par jour
 - apports lipidiques : favoriser les acides gras essentiels, limiter les acides gras saturés, les phytostérols sont déconseillés
- Il n'est pas conseillé de diminuer la ration alimentaire en dessous de 1600 kcal/j
- Conseiller des apports en calcium à 1g/j
- Conseiller des apports en fer de 25 à 35 mg/j
- La vitamine B9 est systématique si possible en pré-conceptionnel et pendant les 3 premiers mois

Les conseils diététiques habituels pour toute grossesse (prévention toxoplasmose, listériose, ...) sont bien entendu applicables chez la femme en situation d'obésité.

Remarques :

- Les besoins seront augmentés chez l'adolescente en situation d'obésité
- plus l'IMC est important plus les risques de comorbidités sont associés et nécessitent une prise en charge globale (adresser systématiquement à un centre spécialisé obésité et grossesse)

2. En cas de diabète gestationnel, nous nous appuyons sur le consensus de la SFD (Société Francophone du Diabète) :

- La ration en glucides proposée se situe entre 40 et 50 % de la ration totale
- Le fractionnement alimentaire est recommandé avec 3 repas principaux et 2 à 3 collations
- Il est conseillé de privilégier les aliments à index glycémique bas et les aliments riches en fibres

3. Situation de prise de poids excessive en début de grossesse

Il est important de repérer les facteurs de prises de poids :

Ex :

- Arrêt du tabagisme
- Arrêt ou diminution de l'activité physique
- Grignotages
- Nausées
- ...

Des conseils de rééquilibrage alimentaire et de fractionnement seront délivrés (voir plus haut)

4. Situation de chirurgie bariatrique

Dans ces situations, la grossesse doit être programmée.

Une évaluation diététique préconceptionnelle est nécessaire.

En cas de grossesse, la patiente doit être adressée à des ressources de soins spécialisés en chirurgie bariatrique.

CONSULTATION DIETETIQUE OBESITE /ENFANT

PREAMBULE :

Le guide du parcours de soins : « surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent » est paru en 2022 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e

Il actualise les recommandations de bonnes pratiques de 2011.

Objectifs de la prise en charge : (extrait de guide du parcours de soins HAS 2022, mise à jour 2023)

Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité : points communs

Objectifs

- Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire, sauf en cas de complications. Il s'agit d'infléchir la courbe de corpulence tandis que la croissance se poursuit et, en fin de croissance, de stabiliser le poids.
- Quelle que soit la corpulence, l'objectif principal des soins et de l'accompagnement est d'accompagner les changements des habitudes de vie afin de promouvoir la santé et le bien-être :
 - rééquilibrage et variété de l'alimentation, diminution des comportements sédentaires en particulier l'usage des écrans, initiation ou reprise de l'activité physique sur un mode régulier ;
 - préservation de la qualité du sommeil et des rythmes de vie.

Fiche 5. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du diététicien

L'évaluation diététique permet d'approfondir le bilan réalisé par le médecin ou de l'infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné.

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences du (de la) diététicien(ne) sont les suivantes :

- les habitudes alimentaires du jeune et de sa famille, les rythmes, le contexte et l'environnement des repas ;
- les perceptions liées à l'alimentation ;
- un repérage et une exploration, si besoin, des perturbations de l'alimentation, des troubles des comportements alimentaires ;
- les freins et des leviers pour changer l'alimentation.

Le diététicien évalue le besoin d'un accompagnement diététique et propose diverses interventions visant à :

- permettre à l'enfant/l'adolescent(e) de retrouver ou de développer les perceptions liées à l'alimentation, de comprendre les repères alimentaires, d'apporter progressivement des changements aux habitudes alimentaires et de les maintenir dans le temps avec l'aide de sa famille, de les adapter aux diverses situations de la vie quotidienne et aux changements des conditions de vie ;
- accompagner et soutenir les parents, la famille élargie, les éducateurs dans les changements de l'alimentation et leur cohérence entre les différents lieux de vie du jeune. Les améliorations de l'alimentation ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre, prennent du temps et demandent de la persévérance pour que les effets sur le bien-être soient visibles ;
- en cas de TCA, participer systématiquement à l'approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale) (49) ;
- en cas de perturbations de l'alimentation, travailler sur les comportements, en lien avec un psychologue ou un pédo-psychiatre selon le tableau clinique.

Contenu de l'évaluation préalable à un besoin d'accompagnement diététique

→ **Évaluation des habitudes alimentaires et de ce qui peut faire obstacle aux changements de ces habitudes :**

- le choix des aliments (qualité, variété, quantité, proportion d'aliments transformés, ultratransformés), les prises alimentaires : rythme, répartition dans la journée, nombre y compris collations et prise alimentaire en dehors des repas (grignotage, alimentation nocturne), tachyphagie ;
- le contexte des repas : durée, contexte (lieux de vie : famille restreinte ou élargie aux grands-parents, foyer, établissement spécialisé, cantine, cafétéria) ;
- la mise en cohérence des habitudes alimentaires entre les lieux de vie du jeune (en particulier en cas de gardes alternées ou d'accueil chez les grands-parents ; entre le foyer, l'établissement médico-social et les périodes de retour au domicile) ;
- les conditions des prises alimentaires (en famille, en groupe ou seul), l'ambiance et la qualité de la relation parents-enfants (environnement calme, avec échanges, tension), participation au choix des menus, à la préparation des repas ;
- les connaissances et représentations, idées fausses et fausses croyances sur l'alimentation, les régimes ;

TRANSMISSIONS DU MEDECIN :

Le médecin qui prend en charge l'enfant ou l'adolescent en excès de poids peut avoir recours à une prise en charge d'un diététicien.

Il est important que le médecin transmette au diététicien :

- des notions sur les antécédents
- des notions sur la situation familiale
- la courbe de poids et de croissance de l'enfant

TRANSMISSIONS DU DIETETICIEN :

Le diététicien aura un rôle à la fois sur l'évaluation diététique et sur la prise en charge de l'enfant mais également aura pour mission d'approfondir les connaissances en matière d'alimentation de l'enfant et des parents.

Le rôle du diététicien sera :

- D'identifier les besoins et des attentes des enfants et adolescents en situation d'obésité
- D'évaluer la qualité de l'alimentation et ses apports nutritionnels
- De concevoir et conduire un projet de soins pour les enfants et adolescents en situation d'obésité
- D'éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre de la prise en charge pour obésité
- D'établir un diagnostic diététique de l'enfant ou de l'adolescent en situation d'obésité
- D'élaborer des objectifs diététiques avec le patient et avec sa famille et d'aider à élaborer des menus et à composer des repas
- De réévaluer ses objectifs avec le patient et son entourage et d'accompagner leur mise en place
- D'adresser si besoin le patient vers des structures spécialisées de prise en charge de l'obésité pédiatrique : <https://www.sero-occitanie.fr/>

Le rythme des consultations est à décider en accord avec la famille, en fonction de la situation.

Dans le souci de garantir une cohérence optimale, le diététicien veillera à s'accorder avec les autres professionnels impliqués (en particulier le médecin référent de l'enfant), en vue d'une vision commune de l'équilibre alimentaire. Les recommandations du PNNS peuvent servir de base afin de ne pas multiplier les messages contradictoires, qui ne feraient que discréditer l'ensemble des acteurs. Aucun aliment n'est à interdire.

Le retour vers le médecin traitant permettra une bonne coordination entre les soignants afin d'assurer une cohérence dans les messages délivrés.

CONCLUSION

Ce référentiel définit les contours d'une consultation diététique pour obésité en respectant les recommandations HAS. Il a pour finalité de faciliter le lien entre le médecin et le diététicien dans l'intérêt du patient pour une prise en charge coordonnée.

Le travail que nous avons engagé sera d'une part réactualisée au fil des avancées dans le domaine et d'autre part poursuivi sur d'autres thématiques concernant l'obésité.

**FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATION MEDECIN – DIETETICIEN
DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION OBESITE**

Nom / Prénom du patient :

Date de naissance :

PARTIE MEDECIN :

ANTECEDENTS pertinents pour la démarche diététique :

TRAITEMENTS :

+/- résultats de bilans biologiques récents (ex : paramètres glycémiques, lipidiques, hépatiques, carences vitaminiques...)

Si sujet âgé (>65 ans), préciser si :

- troubles cognitifs avérés dépendance patient vivant en EHPAD
 comorbidités évolutives associées grand âge (>85 ans)

MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION DIETETIQUE : (ex : perte de poids, stabilisation du poids, prise en charge de comorbidités...)

PARTIE DIETETICIEN :

DIAGNOSTIC DIETETIQUE (*quantités consommées, qualité des apports alimentaires, moment des prises prandiales/extra prandiales, le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive...), la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire, les difficultés du patient et sa motivation, les éléments pertinents qui influencent la prise en charge (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...)*) :

PREMIERS OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE :

SUIVI PROPOSE :

PROPOSITIONS DE RECOURS EVENTUELS :

