



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Obésité de l'adulte :
prise en charge de
2^e et 3^e niveaux

Webinaire 6/10/2022



Construire, organiser les parcours/ma santé 2022

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé la HAS copilote avec la Cnam le chantier 4 « Qualité et pertinence des soins ».

À ce titre, ils travaillent avec les professionnels de santé et les patients à la construction et la mise en place de parcours de soins.

La RBP

« Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux – Partie 1 : Prise en charge médicale »

- sera suivie d'une **partie sur la chirurgie bariatrique**
- précède le **parcours de soins du patient adulte en situation d'obésité** qui précisera l'organisation de la prise en charge.
- s'inscrit dans la **continuité des travaux publiés par la HAS** dans le champ de l'obésité depuis 2009.

La RBP

« Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux – Partie 1 : Prise en charge médicale »

Elle comprend les documents suivants :

- argumentaire scientifique ;
- texte des recommandations

Résumé de la RBP

« Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux – Partie 1 : Prise en charge médicale »

1. Clarifie les 2^e et 3^e niveaux de prise en charge afin d'accompagner les professionnels de santé dans leur mise en œuvre.
2. Proposent des clés pour modifier durablement les modes de vie du patient dans un objectif qui ne se résume pas qu'à la perte de poids.
3. Elles précisent également le rôle des soins de suite et réadaptation (SSR) dans la prise en charge.

→ L'objectif est d'améliorer la santé du patient et de lui permettre de revenir à un niveau de sévérité inférieur.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Septembre 2011

AE

Le médecin généraliste prend en charge le patient (voir infra)

Il envisagera l'aide d'un professionnel de santé en deuxième recours en cas :

- 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 $> 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité et IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ si demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique.

Dans les troubles du comportement alimentaire caractérisés le recours au psychiatre ou au psychologue formé pour ces pathologies peut être rapidement nécessaire.

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.

RECOMMANDER

LES BONNES PRATIQUES

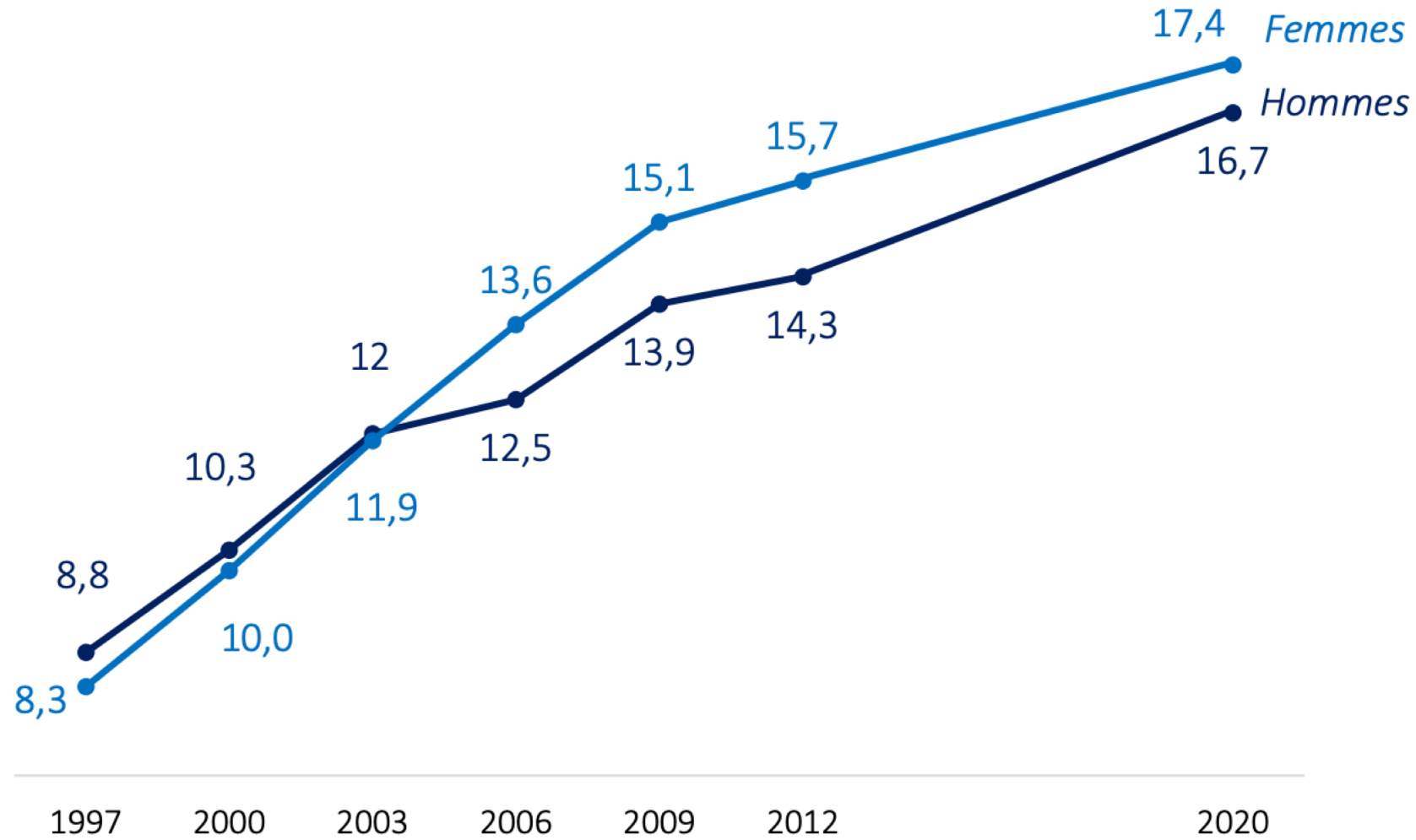
RECOMMANDATION

Obésité de l'adulte :
prise en charge de
2^e et 3^e niveaux

OBEPI 2020

Evolution de la prévalence de l'obésité

selon le sexe



OBEPI 2020

Evolution de la prévalence de l'obésité de grade 3



→ 40 recommandations

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.

1- Clarification des niveaux de recours pour mieux orienter le patient

La HAS complète les critères existants pour préciser les différents niveaux de prise en charge, et ainsi établir une gradation des soins.

- conserver IMC et tour de taille
- les compléter en intégrant d'autres paramètres.
- prendre en compte également le niveau de sévérité des pathologies associées, le retentissement fonctionnel de l'obésité (essoufflement, douleurs...), le contexte psychopathologique, l'existence d'un handicap, le comportement alimentaire ainsi que le retentissement de la maladie sur la qualité de vie personnelle ou professionnelle.

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'anomalie cardio-métabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'impact significatif sur la QDV - Pas de limitation fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire 	- Commune	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'impulsivité alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de prise en charge - Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou - Présence d'altérations cardio-métaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids) 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact modéré sur QDV et sur l'état de santé ou - Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles) 	<ul style="list-style-type: none"> - Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou - Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie) 	- Commune	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou - Un épisode de rebond pondéral

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'anomalie cardio-métabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'impact significatif sur la QDV - Pas de limitation fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire 	- Commune	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'impulsivité alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de prise en charge - Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou - Présence d'altérations cardio-métaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids) 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact modéré sur QDV et sur l'état de santé ou - Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles) 	<ul style="list-style-type: none"> - Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou - Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie) 	- Commune	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou - Un épisode de rebond pondéral

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
2	<p>$35 \leq \text{IMC} < 50$</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou - Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou - Infertilité ou - SOPK 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec net impact pondéral et/ou comportemental (troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou - Prise de poids sur douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie) - Médicaments obésogènes* 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès de boulimie épisodiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ou - Au moins 2 épisodes de rebond pondéral ou - Échec de prise en charge de niveau 1 ou - Grossesse après chirurgie bariatrique

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
3a	35 ≤ IMC < 50 <i>si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne</i>	- Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. : BPCO, maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, etc.)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m	- Pathologie psychiatrique sévère (ex. : dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïaque, schizophrénie, etc.)	- Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ou - Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)	- Hyperphagie boulimique	- Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ou - Échec de prise en charge de niveau 2
3b	≥ 50	- Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche < 100 m voire grabatation/perte d'autonomie due à l'obésité ou - Qualité de vie fortement dégradée	- Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	- Monogénique ou - Syndromique		- Échec de chirurgie bariatrique ou - Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

Niveau 1	Le médecin généraliste (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité), diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux.	
Niveau 2	Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$.	En lien avec les professionnels et structures de santé des niveaux 1 et 2

Définition de l'échec

- perte à un an de moins de 5 % de poids ou absence de son maintien,
- 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.

Évaluation à proposer aux patients relevant de ces niveaux 2 et 3 de recours

- diabète de type 2
- HTA
- Dyslipidémie
- Pathologies respiratoires et du sommeil
- Stéatopathie métabolique
- Atteinte rénale
- Dépistage des cancers
- Examen bucco-dentaire
- Qualité de vie
- Évaluation de la composante alimentaire de l'obésité
- Histoire pondérale détaillée, recherche des rebonds pondéraux et des causes d'échec dans les antécédents de prise en charge
- Recherche d'une obésité sarcopénique
- Évaluation de la dimension psycho-sociale sous-jacente au problème pondéral
- Évaluation de l'activité physique et de l'autonomie du patient en situation d'obésité

Évaluation de la composante alimentaire de l'obésité

Histoire pondérale détaillée, recherche des rebonds pondéraux et des causes d'échec dans les antécédents de prise en charge

Recherche d'une obésité sarcopénique

Évaluation de la dimension psycho-sociale sous-jacente au problème pondéral

Évaluation de l'activité physique et de l'autonomie du patient en situation d'obésité

2-Une prise en charge nutritionnelle modérée et progressive pour des résultats durables

- la prise en charge de l'obésité n'a pas pour seul objectif la perte de poids.
- Elle vise également à agir sur les comorbidités, les facteurs de risque, la qualité de vie et la mobilité.
- perte de poids personnalisée, adaptée au patient et en accord avec celui-ci
- à l'issue d'une évaluation globale prenant en compte son âge, les comorbidités associés, sa capacité à s'investir pleinement ou encore ses objectifs.
- Vigilance pour les patients âgés de plus de 70 ans

D'un point de vue nutritionnel

- réduction modérée et personnalisée des apports énergétiques afin de tendre vers une perte de poids durable.
- changement du comportement alimentaire régulé par les signaux internes de faim, de rassasiement ou de satiété, ainsi que la prise en compte de la composante émotionnelle de l'alimentation.
- la HAS déconseille les régimes déséquilibrés ou très restrictifs, comme le régime cétogène ou le régime Atkins
- « une alimentation de type méditerranéen peut être intéressante, du fait de ses bénéfices sur la santé »

Modifier les modes de vie en misant sur l'activité physique, l'éducation thérapeutique et un accompagnement psychothérapeutique

- Pour accompagner la prise en charge nutritionnelle, la HAS pose des objectifs en matière d'activité physique
- Quand l'évaluation psychologique ou psychiatrique en identifie le besoin, un accompagnement psychothérapeutique des troubles associés, du rapport à l'alimentation, du rapport au corps, des événements de vie et des conséquences de l'obésité est proposé au patient en respectant la pluralité des approches.

Mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

- permettre de participer pleinement à la modification durable de son mode de vie.
- ETP personnalisée, centrée sur une évaluation des besoins, une formulation des objectifs éducatifs avec le patient, et organisée en continu avec des séances individuelles et collectives.
- multi composantes et multi professionnels : **démarche éducative à développer en proximité afin d'améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes dans la durée.**

3-Quelle place pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) dans cette prise en charge ?

Les indications d'un SSR spécialisé sur les différentes comorbidités (digestives, endocriniennes, diabétologiques ou nutritionnelles) :

- situations somatiques graves ou invalidantes ou comportant plusieurs comorbidités;
- suite de soins aigus pour les patients nécessitant des équipements adaptés;
- séjour de « rupture » prolongée;
- rééducation locomotrice en cas de perte d'autonomie liée à l'obésité;
- patients en échec de prise en charge et adressés par les différents acteurs du niveau 3.

Traitement médicamenteux :

- En cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle (moins de 5% de perte de poids à six mois), et si celle-ci a été bien conduite sur le plan du comportement alimentaire et de l'implication du patient, une prise en charge médicamenteuse peut être envisagée. La décision d'un éventuel traitement médicamenteux relève des niveaux de recours 2 et 3. A l'occasion de cette recommandation, la HAS refait le point sur les traitements utilisables.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Obésité de l'adulte :
prise en charge de
2^e et 3^e niveaux

Webinaire 6/10/2022

