
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RAPPORT

**Surpoids et obésité chez la
femme : dépistage et
accompagnement**

Validé par le Collège le 20 février 2025

Descriptif de la publication

Titre	Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement
Méthode de travail	Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence. HAS 2016
Objectif(s)	– Décrire les problématiques spécifiques aux femmes en surpoids ou en obésité – Proposer des adaptations pour les soins et l'accompagnement en complément des recommandations publiées par la HAS sur le thème
Cibles concernées	Les professionnels concernés sont les médecins spécialistes en : médecine générale, gynécologie médicale, obstétrique, pédiatrie, nutrition, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, psychiatrie, addictologie, chirurgie bariatrique, les sage-femmes, les infirmiers délégués à la santé publique, les infirmiers en pratique avancée, les diététiciens, les psychologues, les professionnels de l'activité physique adaptée, les professionnels du travail social, les médecins et infirmiers du service de prévention et de santé au travail
Demandeur	Direction générale de la santé (DGS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (Chef de service : Dr Morgane Le Bail) Assistante du projet : Mme Marie-Catherine John
Recherche documentaire	Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service documentation et veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Madame Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Conflits d'intérêts	Aucun
Validation	Version du 20 février 2025
Actualisation	
Autres formats	Fiche mémo

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – février 2025 – ISBN :

Sommaire

1.	Introduction et méthode	4
2.	Actualisation des données de la littérature	5
3.	Rapport de relecture externe	12
	Références bibliographiques	39
	Participants	42

1. Introduction et méthode

Saisine

Ce travail a été demandé par la Direction générale de la santé (DGS) afin d'établir un référentiel concernant la symptomatologie spécifique aux femmes dans certaines pathologies.

Objectifs

Ce travail a pour objectifs de proposer les actions à mettre en œuvre en prévention et dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité chez les femmes pour accompagner plusieurs étapes de leur vie : période préconceptionnelle, grossesse, période postnatale, grossesse après chirurgie bariatrique, périménopause et ménopause.

Méthode de travail

La méthode retenue pour l'élaboration de ce travail est la « méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence » publiées par la HAS en 2016¹. Les étapes ont été les suivantes :

- Rédaction de la version initiale des recommandations de la fiche mémo ;
- Compte tenu de l'existence de recommandations récentes et de l'absence de controverses importantes, le recours à un groupe de travail n'a pas été nécessaire ;
- Deux phases de relecture externe par des experts issus des groupes de travail des travaux antérieurs de la HAS sur l'obésité complétés d'experts de spécialités non représentés initialement, et par des institutionnels : la composition du groupe de lecture figure au chapitre « Participants » à la fin du présent document ;
- Analyse des avis des relecteurs et finalisation des documents : prise en compte des arguments appuyés par de la littérature ou une expérience significative.

Données de la littérature retenues

Cette fiche s'appuie sur les travaux publiés par la HAS dans le champ de l'obésité :

- Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique ; 2022 (1).
- Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Recommandation de bonne pratique ; 2024 (2).
- Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte ; 2024 (3).

Pour compléter les argumentaires des travaux de la HAS, une recherche documentaire a identifié deux actualisations de recommandations de bonne pratique publiées par le *National Institute for Health and Care Excellence* (4, 5), et aucune nouvelle étude susceptible de changer les recommandations citées ci-dessus. Les données actualisées présentées concernent les prévalences du surpoids et de l'obésité, le niveau d'activité physique et de sédentarité, l'impact du surpoids et de l'obésité sur la fertilité et la santé reproductive, les complications obstétricales en lien avec l'obésité, l'allaitement.

¹ Haute Autorité de Santé. Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2624460/fr/methode-d-elaboration-des-fiches-memo-et-des-fiches-pertinence

2. Actualisation des données de la littérature

Le surpoids et l'obésité restent élevés chez les femmes et augmentent en continu depuis 20 ans. La prévalence du surpoids et de l'obésité était de 44,2 % en 2015, avec une augmentation de la corpulence depuis 1996.

Les données nationales issues de deux études nationales transversales et fondées sur des mesures anthropométriques effectives [ENNS-2006 (n = 2 388) et Esteban-2015 (n = 2 467, femmes enceintes exclues)], ont montré, en 2015, une prévalence du surpoids et de l'obésité de 44,2 % chez les femmes de 18 à 74 ans ([40,7-47,8] ; différence significative en fonction du sexe : $p < 0,001$). Chez les femmes, l'indice de masse corporelle moyen était de 25,7 kg/m² [25,2-26,1]. La prévalence de l'obésité augmentait avec l'âge et était deux fois plus élevée chez les 55-74 ans que chez les 18-39 ans : respectivement 20,6 % [16,4-25,5] et 11,3 % [7,4-17,1] (6).

L'analyse de l'évolution de la corpulence en fonction des classes d'âge montrait que chez les femmes, la prévalence de l'obésité n'a pas connu d'évolution au cours de ces 10 années. La prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté de près de 21 % chez les 40-54 ans, passant de 41,2 % [36,0-46,6] à 49,7 % [43,7-55,7] 10 ans plus tard. Elle a diminué de 14 % chez les femmes plus âgées, passant de 57,7 % [52,5-62,6] en 2006 à 49,8 % [44,4-55,3] en 2015 (6).

Il a été montré que les enquêtes fondées sur des données de poids et taille déclarées sous-estiment la prévalence de l'obésité et de manière plus marquée chez les personnes en obésité (7). En dépit de ces limites, la compilation des données déclaratives des baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017 indique que chez les femmes, la corpulence a augmenté de façon régulière. Le surpoids et l'obésité déclarés étaient inférieurs à 25 % en 1996 et ont atteint 39 % en 2017. L'obésité déclarée, qui était inférieure à 6 % des femmes en 1996, a atteint 14 % en 2017 (8).

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

Le regard négatif porté sur le corps peut entraîner des pratiques et des incitations au contrôle excessif du poids, source de troubles des conduites alimentaires (restriction cognitive alimentaire notamment) (9).

Elles subissent une pression sociale plus marquée quant à leur situation, une discrimination plus fréquente à l'embauche liée à l'apparence physique (10).

La description des situations de stigmatisation, de leur prévention et accompagnement n'est pas reprise ici car bien développée dans le guide du parcours de soins de la HAS (3).

Les femmes ont un niveau d'activité physique insuffisant associé à une sédentarité élevée

Les données analysées concernent la population générale. Des données spécifiques concernant le niveau d'activité physique chez les personnes en surpoids ou en obésité n'étaient pas disponibles.

En 2014-2016 (Esteban 2014-2016 ; n = 3 864), 53 % des femmes et 71 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. En 2021, près de 10 % des femmes cumulaient deux facteurs de risque : une activité physique insuffisante et une sédentarité élevée (11).

L'évolution des comportements depuis 10 ans n'est pas favorable : le niveau d'activité physique (AP) diminue dans l'ensemble des tranches d'âge et, de façon plus marquée chez les moins de 40 ans et chez les femmes, et la sédentarité augmente pour l'ensemble de la population (baromètre national des pratiques sportives : enquête en ligne en métropole et par téléphone en Outremer auprès d'environ 4 000 personnes) (12).

Malgré une méthodologie différente, l'estimation des niveaux d'activité physique du baromètre de santé 2021 (France hexagonale et DROM : La Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane) est assez similaire aux résultats de l'étude Esteban en 2016. Les données recueillies par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population ($n = 24\,514$ en métropole et 6 000 dans les DROM) portaient sur l'activité physique récréative comme la marche en pleine nature, mais aussi la pratique sportive en compétition. La description de la fréquence, de la régularité, de l'intensité, de la durée des séances d'activité physique ont permis de définir le niveau de pratique (12).

En France hexagonale, 72 % des hommes et 59,3 % des femmes ($p < 0,0001$) âgés de 18 à 85 ans atteignaient les recommandations de l'OMS² en matière d'activité physique pour la santé et parmi ces femmes, 31 % atteignaient les recommandations complémentaires de renforcement musculaire (12).

Chez les femmes, la prévalence d'atteinte des recommandations d'AP variait de 54,5 % à 64,7 % (65 % à 78,9 % chez les hommes) selon les régions, avec une prévalence significativement inférieure à la prévalence nationale dans les Hauts-de-France pour les femmes (54,8 %), la Martinique (55,4 %), le Grand Est (55,6 %) et l'Île-de-France (56,8 %). Comme pour les hommes, la Bretagne (64,7 %) et l'Occitanie (64 %) avaient une prévalence d'atteinte des recommandations d'AP significativement supérieure (12).

La recommandation de rupture de sédentarité semblait bien observée alors que plus d'un adulte sur 5 déclare passer plus de sept heures par jour en position assise. Chez les femmes, la prévalence de la sédentarité élevée (> 7 heures par jour) s'échelonnait de 15,6 % à 29,2 % selon les régions (chez les hommes : 14,3 % à 31,5 %). La prévalence était significativement plus élevée en Île-de-France (29,2 %) comparée à la prévalence nationale. La prévalence était moins importante dans les Hauts-de-France (16,3 %) et dans les DROM (La Réunion, Martinique, Guadeloupe) à l'exception de la Guyane (12).

Il est à souligner que 8,6 % des hommes et 9,9 % des femmes ($p < 0,01$) cumulaient deux facteurs de risque : une activité physique insuffisante et une sédentarité élevée. La prévalence d'atteinte des recommandations sur l'activité physique autour de 60 % est moins élevée chez les femmes que chez les hommes. La situation professionnelle n'était pas associée au niveau d'activité physique des femmes, en revanche la structure du ménage y était associée. Les femmes vivant en couple avec des enfants avaient une moindre probabilité d'atteindre les recommandations d'activité physique en comparaison avec celles vivant seules (57,7 % versus 59,5 % ; OR : 0,8, IC à 95 % : 0,7 à 0,9) (12).

L'évaluation des connaissances des recommandations sur l'activité physique et la sédentarité, les comportements et les perceptions déclarés est issue du baromètre national 2021 (4 571 participants âgés de 18 à 75 ans interrogés). Les résultats montraient que les femmes sont moitié moins nombreuses que les hommes à connaître la recommandation complète sur l'AP (30 minutes par jour et avec essoufflement) (15,4 % versus 28,1 % ; $p < 0,001$). Chez les femmes, après ajustement sur les mêmes variables, la connaissance de la recommandation sur l'AP augmente la probabilité de pratiquer de l'AP selon les recommandations (OR = 1,5 [1,1-2,1]). Le niveau de diplôme est aussi positivement

² Pour les adultes : « pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée ou soutenue par semaine »

associé pour les femmes à une pratique d'AP telle que recommandée (OR = 1,4) pour celles ayant un niveau de diplôme supérieur au bac. Ces résultats montrent la nécessité de fournir davantage d'explications sur la notion de l'intensité de l'AP et sur les bénéfices sur la santé associés à cette intensité (13).

Les seuils utilisés dans la littérature pour définir un seuil de sédentarité élevé sont de passer plus de sept heures par jour en position assise ou plus de 3 heures devant un écran en dehors de toute activité professionnelle. Les données du baromètre de santé 2021 de Santé publique France ne montraient pas de différences entre hommes et femmes dans les comportements sédentaires : plus d'un adulte sur 5 déclaraient passer plus de sept heures par jour en position assise et le temps d'écran de loisirs supérieur à 3 heures par jour atteignait 39 % (12). La recommandation de rupture de sédentarité était bien connue et associée au fait de la suivre avec plus de 9 adultes sur 10 qui déclaraient se lever au moins toutes les deux heures (13).

L'obésité était associée à un surrisque de développer certains cancers dont le sein et l'utérus en période post-ménopausique, l'ovaire (14, 15). Le risque de récurrence des cancers féminins en lien avec l'obésité est bien documenté (16), ainsi que la mortalité par cancer (16, 17). Les cancers associés à l'obésité sembleraient survenir plus tôt (entre 50 et 65 ans) que les cancers sans lien avec l'obésité (18). Il est à souligner qu'une femme sur deux en population générale participe au programme de dépistage du cancer du sein (1) et celui-ci est donc à encourager.

Le pourcentage de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse a augmenté de manière significative entre 2016 et 2021, et de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Le surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²) est passé de 20 % en 2016 à 23 % en 2021 et l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) de 11,8 % à 14,4 %. Parmi les femmes en obésité, 3,7 % ont un IMC ≥ 35 kg/m² en 2016 et 5 % en 2021 (19, 20).

L'obésité et l'adiposité excessive ont un impact significatif sur la fertilité et la santé reproductive, avec des effets directs sur l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, l'ovaire et l'ovocyte, l'endomètre (21).

Une prise en charge pré-conceptionnelle de l'obésité par mesures hygiéno-diététiques est recommandée chez la femme infertile dysovulante pour améliorer les troubles du cycle et les chances de grossesse spontanée (22).

Les données de la littérature ne permettent pas de donner un seuil d'IMC qui contre-indiquerait une prise en charge en procréation médicale assistée (PMA). L'amélioration de la fertilité au moyen d'une perte de poids reste discutée (23). Toutefois, il est nécessaire de considérer le risque obstétrical et néonatal significativement augmenté chez les femmes présentant une obésité (22).

Chez une femme infertile présentant une obésité, les données de la littérature sont insuffisantes pour recommander une chirurgie bariatrique dans le seul objectif d'augmenter les chances de naissance en fécondation *in vitro* (22).

Pendant la grossesse, l'obésité ou une prise de poids supérieure aux recommandations de l'Institute of Medicine est associée à un risque accru de complications maternelles et fœtales.

Durant la grossesse, l'*Institute of Medicine* recommande une prise de poids en fonction de l'IMC de base (24) et non en fonction d'une prise de poids moyenne qui serait applicable à toutes les femmes.

L'obésité ou une prise de poids supérieure aux recommandations de l'*Institute of Medicine* sont associées à un risque de poids de naissance élevé. Les nouveau-nés macrosomes (poids de naissance élevé) ont plus de risque d'être en situation d'excès de poids à l'âge de 5-6 ans que les nouveau-nés hypotrophes (petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérine) : 20 % contre 8 % (24, 25).

L'obésité est un facteur de risque de petit poids pour l'âge gestationnel. Les fœtus avec un petit poids pour l'âge gestationnel sont plus à risque de développer à l'âge adulte des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension artérielle, une intolérance glucidique, un diabète, une dyslipidémie et de l'obésité. Une surveillance de la croissance fœtale par une échographie supplémentaire vers 37 SA est proposée afin de dépister les petits poids pour l'âge gestationnel chez la femme en obésité (26).

Il est à souligner que l'obésité maternelle semble être associée à une moins bonne performance du dépistage échographique (27).

Des données françaises issues du 7ème rapport de l'Enquête confidentielle sur les morts maternelles répertorient et analysent les 272 morts maternelles survenues entre 2016 et 2018 (28). Parmi ces morts maternelles, 26 % sont survenues chez des femmes en obésité, soit une proportion 2 fois plus importante que dans la population générale des parturientes sur la période (12 %) (IMC ≥ 30 kg/m² ou mention qualitative d'obésité dans le dossier de la femme). La prévalence de l'obésité parmi les femmes décédées est en augmentation continu, elle était de 24 % en 2013-2015, de 21 % en 2010-2012, et de 19 % en 2007-2009. L'obésité est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de complications hypertensives pendant la grossesse.

Une revue systématique portant sur des études observationnelles avec un suivi de 415 605 femmes pendant environ 10,6 ans (de 2 à 22 ans selon les études) ont démontré que la perte de poids en prénatal avec des interventions ciblées sur les modifications du mode de vie était associée à une réduction du risque de troubles hypertensifs pendant la grossesse et le post-partum (OR : 1,37 ; IC à 95 % : 1,21 à 1,53 ; I² = 62,1 % ; p < 0,001) (29).

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

Les femmes en situation d'obésité présentent davantage d'humeur dépressive, d'anxiété, de dépression en période pré et postnatale (30).

Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu (notamment hyperphagie boulimique, mais également des conduites de purge telles que des vomissements), la grossesse et le post-partum constituent une phase de grands changements physiques et psychologiques et représentent, par conséquent, une période de haute vulnérabilité pour les femmes qui en sont affectées (31).

Après la naissance, les femmes en surpoids ou en obésité ont besoin d'un accompagnement et d'un soutien pour allaiter leur enfant si elles le souhaitent.

Les femmes en surpoids ou en obésité initient moins souvent l'allaitement exclusif au sein ou sur une moins longue durée que les mères de poids normal (32-34). Un vécu moins bon de l'image du corps pendant la grossesse diminue les probabilités d'initier et de poursuivre un allaitement, en particulier chez les femmes primipares (35, 36).

Des difficultés de mise au sein et une montée de lait retardée ont pu être mises en évidence chez les femmes en situation d'obésité. Plusieurs études dont une revue de synthèse de la littérature confirment un décalage statistiquement significatif dans la lactation chez les femmes en surpoids ou en obésité avec une majoration si l'obésité est sévère, par rapport aux femmes normopondérée (37-39). Les

résultats pourraient s'expliquer par la concentration plus faible de prolactine observée chez les mères obèses au repos et après l'allaitement. La diminution de la progestérone, qui se produit après l'accouchement, est l'un des facteurs responsables de la préparation de la glande mammaire. La progestérone est stockée dans le tissu adipeux, ce qui conduit à un niveau hormonal constant qui, bien que très faible, pourrait également être responsable de l'inhibition de la lactogénèse.

De plus, le surpoids ou l'obésité ont été identifiés comme un facteur d'arrêt précoce de l'allaitement (37-39).

Ces données permettent d'insister sur l'information à donner aux femmes en pré-gestationnel et durant la grossesse, et sur l'aide à leur apporter si elles souhaitent allaiter.

La chirurgie bariatrique concerne majoritairement des femmes jeunes dont le projet parental doit être accompagné sur le plan nutritionnel et obstétrical.

Le taux d'interventions chirurgicales est 4 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, avec un pic dans la tranche d'âge des 35-44 ans (40).

Il est conseillé aux femmes de reporter leur projet parental au moins 12 mois après la chirurgie bariatrique afin de stabiliser leur poids et leur statut nutritionnel. Les données de l'Assurance maladie sur la période 2009-2015 mettent en évidence qu'un peu plus d'un quart des femmes opérées ont eu une ou plusieurs grossesses en post-chirurgie bariatrique, soit plus de 4 000 accouchements sur cette période. La répartition de ces naissances était étalée dans le temps après la chirurgie : 3 % la 1^{ère} année ; 19 % la 2^e ; 21 % la 3^e ; 18 % la 4^e ; 16 % la 5^e ; 13 % la 6^e ; et 5 % au-delà (41).

La chirurgie bariatrique apporte des bénéfices quant au déroulement de la grossesse après intervention de chirurgie bariatrique : réduction de la survenue des pathologies maternelles au cours de la grossesse, telles que diabète gestationnel, hypertension artérielle, hémorragie du post-partum, diminution du nombre de césariennes et diminution de la macrosomie (poids du nouveau-né > 4 000 g ; > 90^e percentile pour l'âge gestationnel). Néanmoins, il est également observé une augmentation significative du risque de prématurité (< 37 SA) ou de terme plus précoce et du risque de petit poids pour l'âge gestationnel (poids < 10^e percentile pour l'âge gestationnel) et un risque de carences nutritionnelles pendant la grossesse qui nécessitent un suivi spécialisé obstétrical et nutritionnel (41).

Il est à souligner qu'une perte de poids massive et rapide après chirurgie bariatrique est associée à un risque d'augmentation significative des polluants organiques persistants (POP) lipophiles circulants. Les valeurs des taux circulants des POP observées à 3, 6 et 12 mois après la chirurgie dépassaient, dans la plupart des cas, les valeurs observées dans la population générale (42, 43) et, notamment, les valeurs retrouvées chez les femmes en âge de procréer (44). Les risques à long terme sur la santé de la femme sont insuffisamment établis. En revanche, ces polluants sont susceptibles d'entraîner des conséquences délétères sur le fœtus et son devenir, ces polluants organiques persistants franchissent aisément la barrière placentaire et se retrouvent également facilement dans le lait maternel (45). Ceci est un argument supplémentaire pour reporter un projet de grossesse au-delà de la première année suivant la chirurgie bariatrique et utiliser une méthode contraceptive efficace.

Un suivi spécialisé par une équipe médico-chirurgicale est indispensable en plus du suivi obstétrical pour anticiper l'apparition de complications graves et permettre le déroulement de la grossesse et l'accouchement dans des conditions de sécurité optimales (41).

Les déficits nutritionnels sont corrigés au mieux dès le projet de grossesse ou de sa confirmation en ajoutant une supplémentation en acide folique, puis tout au long de la grossesse. La prescription de vitamines et de minéraux est individualisée selon les résultats biologiques (41).

Une vigilance en période pérимénopausique pour évaluer de manière individuelle le risque cardio-vasculaire

La diminution de l'imprégnation hormonale en progestérone, puis en œstrogènes, provoque des modifications physiologiques et expose les femmes à une augmentation notamment des maladies cardio-vasculaires et des fractures ostéoporotiques pouvant être en partie prévenues par une alimentation équilibrée et une activité physique régulière (46). Ces modifications physiologiques doivent être expliquées à la femme, sans l'alarmer outre mesure afin de ne pas induire de préoccupations excessives pour le poids et des pratiques de régime inappropriées.

La prise de poids peut débuter bien avant la ménopause et se poursuivre après celle-ci, mais avec une grande variabilité interindividuelle. Elle résulte d'une combinaison de facteurs : les changements physiologiques, hormonaux, une baisse de l'activité physique, des perturbations du sommeil, des perturbations des rythmes de vie, le stress et ses conséquences sur l'alimentation, l'inactivité physique et la sédentarité, des facteurs psychologiques.

Tout au long de la période ménopausique, la distribution des tissus adipeux se modifie en augmentant le tour de taille. Cette répartition des graisses au niveau abdominal est associée à un risque plus important pour la santé (diabète, hypertension, maladies cardiaques) que lors d'une distribution des tissus adipeux au niveau des hanches et des cuisses (26).

Dès les premiers signes de préménopause chez une femme, il est important d'évaluer le risque cardiovasculaire de manière individuelle en évaluant notamment : le surpoids et l'obésité, l'obésité abdominale (surpoids avec augmentation du tour de taille ≥ 88 cm), la sédentarité, la consommation de tabac, d'alcool, un diabète, des anomalies du bilan lipidique, une hypertension non contrôlée. Chez les femmes ménopausées, les autres facteurs de risque sont l'ancienneté de la ménopause et l'âge > 60 ans, les antécédents de prééclampsie ou de diabète gestationnel (26).

Quand un traitement hormonal de la ménopause est nécessaire et en l'absence de contre-indications, rassurer la femme sur l'absence de prise de poids tant à l'instauration qu'à l'arrêt du traitement, à la condition que la dose soit minimale et d'une durée adaptée (47).

Chez les femmes ménopausées en situation de surpoids ou d'obésité, le CNGOF et le GEMVi conseillent une diminution modérée de l'apport énergétique associée à un apport protidique suffisant tout en associant une activité physique régulière (26).

Saisir l'occasion de la période qui entoure la ménopause pour accompagner les modifications des habitudes de vie est essentiel (activité physique, comportements sédentaires, équilibre alimentaire, sommeil) (46) :

- Si le niveau d'activité physique est augmenté, notamment par la diminution des comportements sédentaires et le suivi des recommandations d'activité physique en population générale, alors les apports énergétiques équivalents à ceux des adultes peuvent être maintenus ;
- Si le niveau d'activité physique est insuffisant et ne peut être changé dans l'immédiat, l'apport énergétique doit être réduit, notamment par une légère diminution de la taille des portions par rapport à l'adulte.

Chez les femmes ménopausées en surpoids : conseiller une diminution modérée de l'apport énergétique associée à un apport protidique suffisant et à une activité physique afin d'éviter une perte de masse maigre, sans oublier un apport alimentaire en calcium et un apport suffisant en vitamine D (26).

Chez les femmes ménopausées en situation d'obésité : conseiller une diminution modérée de l'apport énergétique avec un apport protidique suffisant tout en associant une activité physique régulière,

d'intensité modérée, voire de faible intensité en particulier chez les femmes âgées de plus de 70 ans. En cas de limitations fonctionnelles, les femmes devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent (46).

3. Rapport de relecture externe

Méthode

L'avis avis sur la fiche « Surpoids et obésité chez la femme. Spécificités » (titre initial de la fiche modifiée par la suite à la demande des instances de la HAS) a été sollicité auprès :

- D'un groupe d'experts qui a relu et répondu au moyen d'un questionnaire selon plusieurs modalités de réponses ;
- De ce même groupe d'experts qui a relu une seconde version de la fiche, amendée à la suite de la première relecture ;
- D'institutionnels.

Le courrier de sollicitation était le suivant :

Madame, Monsieur, Le document que nous vous proposons de relire est une Fiche intitulée « Surpoids et obésité chez la femme : spécificités ». L'évaluation de la santé globale, du retentissement et des complications somatiques et psychiques du surpoids et de l'obésité, la stratégie de soins et d'accompagnement proposées dans les recommandations de la HAS sont applicables à la population féminine. La fiche à relire présente uniquement les problématiques spécifiques aux femmes et les actions à réaliser. Cette fiche a été élaborée selon la méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence (HAS, 2016). La fiche est accompagnée d'un argumentaire court qui présente les données de la littérature actualisée depuis la publication des recommandations de la HAS sur le thème de l'obésité de l'adulte, disponibles sur le site de la HAS : Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte Haute Autorité de Santé - Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte (has-sante.fr) et Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Recommandation de bonne pratique Haute Autorité de Santé - Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux (has-sante.fr).

Votre participation consistera :

- À donner votre avis sur la fiche « Surpoids et obésité chez la femme : spécificités » : au moyen d'une modalité de réponse de type binaire « oui » « non » ou « Ne sait pas » (NSP) avec commentaire ; au moyen d'une échelle de cotation de 1 à 9 allant de « désaccord total » (1) à « accord total » (9) et « Ne sait pas » (NSP). Votre commentaire est obligatoire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition (réponse de 1 à 3).
- À ajouter, si vous le souhaitez, un commentaire sur un espace dédié : vos propositions de modifications doivent être documentées par des références bibliographiques de qualité ou une expérience probante. Si l'espace est insuffisant, vous pouvez joindre un fichier. Vous pouvez également joindre tout document que vous jugerez utile pour chaque partie analysée. Vos avis et commentaires seront publiés sur le site de la HAS, analysés et pris en compte dans la rédaction finale de la fiche.

Résultats

L'analyse est présentée par question et a été effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés anonymisés et présentés chronologiquement par date de retour des questionnaires.

En plus, deux avis d'experts renvoyés sans utilisation de la grille de lecture lors du premier tour de lecture, sont présentés à la suite de l'analyse par question.

Un avis d'institutionnel a été recueilli, il est présenté à la fin du rapport.

Nombre d'experts sélectionnés : 17 personnes

Nombre de questionnaires validés : 14 questionnaires

Taux de participation : 82,35 %

Le profil des répondants est le suivant (14 questionnaires et 2 avis libres) : 4 médecins généralistes, 6 médecins gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens, 3 médecins endocrinologue et nutritionniste, 2 sage-femmes, 1 professionnel de l'activité physique adaptée.

1. L'ESSENTIEL

Cette partie introductive pose bien le contexte.

Valeurs manquantes : 0

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1 Oui	2 Non	3 Ne sait pas
Nombre de réponses	13	1	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	92.86	7.14	0.00

Expert	Commentaires
3	La phrase "L'évaluation de la santé globale, du retentissement et des complications somatiques et psychiques du surpoids et de l'obésité, la stratégie de soins et d'accompagnement proposées dans les recommandations de la HAS sont applicables à la population féminine" est trop longue et donc peu lisible. > Je l'aurais scindée en 2 phrases.
4	Remarque flèche 7 Bien d'accord sur la vulnérabilité psychique des femmes en situation d'obésité Je n'ai pas la notion ni ait pu constater une vulnérabilité psychique particulière en sus en période pré et pot natale ? La grossesse quand elle survient est plus compliquée et plus difficile sur le plan du suivi mais j'avais remarqué une certaine joie liée à cet événement comme si la grossesse avait un effet décomplexant...
5	L'argumentaire me paraît complet sur les différents points abordés à la suite
6	La phrase "les recommandations de la HAS sont applicables à la population féminine" est curieusement tournée, en effet, on se doute qu'elles ne s'adressent pas qu'aux hommes ! J'aurai plutôt dit : « sont un prérequis aux recommandations spécifiques de la femme » ? Concernant la phrase "Les prévalences du surpoids et de l'obésité augmentent en continu depuis 20 ans" n'est pas propre à la femme. Rajouter « et est un peu plus fréquente chez la femme ? »

2. AVEZ-VOUS DES REMARQUES SUR CETTE PARTIE INTRODUCTIVE ? SI OUI, LESQUELLES ?

Valeurs manquantes : 0

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1 Oui	2 Non	3 Ne sait pas
Nombre de réponses	10	4	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	71.43	28.57	0.00

Expert	Commentaires
1	Pas de remarque particulière
2	On attend de cette partie qu'elle pose le contexte et donc les spécificités de l'obésité chez la femme. J'aurais volontiers insisté sur le fait que "Les femmes en surpoids ou en obésité sont plus souvent confrontées à différentes formes de stigmatisation avec des inégalités plus fortes liées à une discrimination de genre" comme cela est expliqué dans l'argumentaire. Par ailleurs, la position de la phrase "Le niveau d'activité physique est insuffisant et diminue, la sédentarité augmente." n'est pas claire. Cela concerne toutes les femmes, or la majorité d'entre elles ne développe pas une obésité. En 3e position cela pourrait suggérer que la diminution de l'AP et l'augmentation de la sédentarité est la cause de l'obésité chez la femme. Ce sont des facteurs favorisants évidents mais loin d'être la seule cause de cette maladie multifactorielle. Voir apparaître cette phrase peut être un peu plus tard, plutôt au niveau des axes d'accompagnement serait peut-être plus adapté, une autre formulation pourrait être moins stigmatisante pour les femmes concernées ex : "Les femmes ont un niveau d'activité physique insuffisant associé à une sédentarité élevée. Ces éléments constituent un frein supplémentaire à l'amélioration de la santé des femmes vivant avec une obésité." (On peut sûrement trouver mieux). 4e flèche : - Proposition de remplacer "obèses" par "en situation d'obésité" ou "vivant avec une obésité" ? - Pourquoi sommes-nous inquiets par ces chiffres qui augmentent parce que l'obésité et l'adiposité excessive ont un impact significatif sur la fertilité et la santé reproductive ET AUSSI parce que l'excès pondéral avant la conception est un facteur de prédisposition majeur de surpoids/obésité chez l'enfant. Ces éléments font, à mon sens, partie des notions importantes à faire ressortir dans cette fiche
3	J'aurais revu l'ordre de présentation des problématiques (généralité puis temporalité) : 1- les prévalences

	2- le niveau d'activité 3- la proportion de femmes 4- les femmes sont davantage 5- les femmes en situation d'obésité 6- la chirurgie bariatrique 7- en période périnatale 8- pendant la grossesse 9- l'obésité est associée 10- en période ménopausique
4	RAS
5	J'ajouterai la modification suivante : "Pendant la grossesse, une prise de poids supérieure aux recommandations sont associées à un risque de poids de naissance élevé ainsi que de surpoids et d'obésité chez l'enfant à long terme" Organiser les différents points : prévalence/proportion DROMs, stigmatisation/vulnérabilité psychique, risque de complications pendant la grossesse et pour l'enfant
6	Concernant la phrase : "Le niveau d'activité physique est insuffisant et diminue, la sédentarité augmente." je suppose qu'il manque " à la ménopause" et il n'est pas insuffisant chez tout le monde ? Plutôt mettre "le niveau d'activité insuffisant expose à la prise de poids » ? Concernant les items : "En période périnatale, l'obésité est associée à un risque accru de complications hypertensives, de diabète gestationnel et de mort maternelle". Pendant la grossesse, une prise de poids supérieure aux recommandations sont associées à un risque de poids de naissance élevé et par la suite de surpoids de l'enfant Les 2 (l'obésité préexistantes et la prise de poids excessive s'additionnent) exposent à ces risque (Voerman E. Life Cycle project-Maternal obesity and Childhood outcomes Study group. Jama mai 2019) D'autres part ce ne sont pas les seules complications donc j'aurai mis "l'obésité est associée à un risque accru de complications, notamment hypertensives, de diabète gestationnel... Enfin, la mort maternelle même si augmentée relativement aux femmes de poids normal, reste très faible en valeur absolue donc il faudrait relativiser ou ne pas le mettre
7	Problème bien posé qui reprend les critères de dépistage adaptés à la femme
8	Pour moi il manque une partie sur la sexualité et la contraception. Beaucoup d'idées reçues sur les femmes obèses : qu'elles ont moins de rapport sexuel, qu'elles sont forcément moins fertiles, que les contraceptions hormonales sont toujours contre indiquées. Elles ont aussi peur du jugement des médecins donc sont moins suivies et utilisent moins les contraceptions médicales. Tout ceci aboutit à un recours à la contraception inférieure aux femmes en poids normal.
9	On parle de certaines complications maternelles mais pas de complications fœtales telles que certaines malformations (plus de malformations et moins bonnes performances du dépistage échographique), la mort fœtale in utero, les complications à l'accouchement (quelle que soit la voie d'accouchement) par exemple.

	Le 4e point dit "femmes obèses" et plus loin il y a femme en obésité. Je pense qu'il faut harmoniser l'écriture
10	- Je remplacerai la phrase : "Les prévalences du surpoids et de l'obésité augmentent en continu depuis 20 ans" par "La prévalence de l'obésité (surpoids inclus) était de 44,2 % chez les femmes de 18 à 74 ans en France en 2015". Car dans l'argumentaire il est noté "la prévalence de l'obésité n'a pas connu d'évolution au cours de ces 10 années" et l'augmentation de la prévalence évoquée semble faire référence à des données déclaratives. - Pour plus de précision je remplacerai la phrase : "Le niveau d'activité physique est insuffisant et diminue, la sédentarité augmente". Par « Le niveau d'activité recommandé par l'OMS était atteint par 53% des femmes en France en 2014-2016 et en 2021, près de 10% des femmes avaient une activité physique insuffisante associée à une sédentarité élevée" - Je remplacerai : "La proportion de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse continue d'augmenter notamment dans les départements et régions d'outre-mer." par " Le pourcentage de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse a augmenté entre 2016 et 2021 notamment dans les départements et régions d'outre-mer". - Je remplacerai : "Pendant la grossesse, une prise de poids supérieure aux recommandations sont associées à un risque de poids de naissance élevé et par la suite de surpoids de l'enfant." par " Pendant la grossesse, une prise de poids supérieure aux recommandations est associée à un risque de poids de naissance élevé et de surpoids chez l'enfant." - Je remplacerai : « L'obésité est associée à un surrisque de développer certains cancers : sein, utérus (en période post-ménopausique), ovaire, de récidiver des cancers en rémission, à un surrisque de mortalité par cancer » par « L'obésité est associée à un surrisque de développer certains cancers : sein, utérus (en période post-ménopausique), ovaire, de récidence de cancers et de mortalité par cancer ». - Je remplacerai : « La chirurgie bariatrique concerne majoritairement des femmes jeunes dont le projet parental doit être systématiquement accompagné sur le plan nutritionnel et obstétrical. » par « La chirurgie bariatrique concerne majoritairement des femmes jeunes pour lesquelles un accompagnement du projet parental est recommandé sur le plan nutritionnel et obstétrical ».
11	Tout à fait d'accord sur le fond et la forme mais faute de français au 6 -ème item (flèche) Pendant la grossesse, une prise de poids supérieure aux recommandations sont associées À remplacer par est associée
12	"problématiques spécifiques aux femmes et les" "Les femmes sont davantage confrontées à différentes formes de stigmatisation". Faut-il mettre les femmes ou les femmes en surpoids ou obèses ?
13	Je suis d'accord avec l'ordre des éléments proposés Correction : une prise de poids supérieure aux recommandations sont associées Par..."est associée"
14	Pas de remarque

3. DEPISTER SYSTEMATIQUEMENT UN SURPOIDS OU UNE OBESITE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Dépister systématiquement un surpoids ou une obésité » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.22

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	3	8	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	7.14	0.00	14.29	21.43	57.14	0.00

Expert	Commentaires
2	Dépister ne se résume pas qu'à calculer un IMC et mesurer un tour de taille. Encore + chez la femme, victime de stigmatisation et discrimination, davantage préoccupée par son corps et son image corporelle souvent justement parce qu'elle est une femme ; il serait probablement utile de compléter ce paragraphe avec quelques phrases au sujet de la posture à adopter lorsqu'un professionnel dépiste, du discours non jugeant, non stigmatisant, non culpabilisant.
3	J'aurais ajouté lors de l'entretien prénatal précoce. J'ai envie d'ajouter aussi la notion suivante : parfois le patient consulte pour une pathologie dont le poids est un facteur favorisant (typiquement l'arthrose du genou), il est courant de lui dire qu'une prise en soin concernant le poids serait favorable. Ainsi, sans stigmatiser, on peut laisser entrevoir notre disponibilité sur le sujet quand la patiente souhaitera en parler (sorte de porte ouverte). J'ignore si cette nuance dans le dépistage peut, dans notre cadre, apparaître. Car les moments du dépistage peuvent être aussi ceux-là.
4	Parfaitement d'accord avec un bémol sur la tranche 70 75 ans en particulier si l'obésité est ancienne et non récemment apparue il est quasi impossible à cet âge d'inverser les choses. A mon sens l'effort de prévention doit porter sur les jeunes années et aux alentours de la ménopause.
7	Dépister oui et à bon escient
8	Rajouter : Début de grossesse Sinon utiliser la préménopause plutôt que ménopause Sinon il faudrait mettre qq part les chiffres de tour de taille normaux ou pas, les praticiens connaissent bien les IMC mais pas les chiffres de TT.

10	J'ajouterais « proposer de » devant « calculer l'IMC et mesurer le tour de taille » : pour intégrer la femme à la démarche et ne pas lui imposer en respectant une approche centrée sur la femme avec des précautions pour aborder le poids, car cela peut être mal vécu et réveiller des traumatismes. La notion de suivi gynécologique me semble floue ce d'autant que sont déclinés après différents motifs de consultation spécifiques des femmes. J'ajouterais à la liste : « toutes consultations », car une consultation pour des douleurs articulaires notamment des genoux peut être une occasion d'aborder le poids.
----	---

4. ÊTRE ATTENTIF A TOUTE VULNERABILITE ET STIGMATISATION

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Être attentif à toute vulnérabilité et stigmatisation » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.79

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	3	1	8	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	7.14	0.00	7.14	0.00	21.43	7.14	57.14	0.00

Expert	Commentaires
1	Pas facile en pratique
3	Pour moi il y a 2 sous chapitres à différencier : - "repérer sans stigmatiser" (message fort adressé aux professionnels de santé, suite aux nombreux reproches de patientes. cf. le podcast "le serment d'Augusta de Sorbonne Université : https://shows.acast.com/debd25e1-aef9-4791-b8eb-b4088df51216/6346d3aceb77e2001128833d) - "être attentif aux situations de vulnérabilités sociales, familiales, professionnelle, notamment les situations de violences" : je pense que le mot Violences devrait être énoncé ++++++
4	Ok
7	Dépister d'éventuels TCA.
8	Il manque Repérage des violences intrafamiliales, sexuelles et sexuées passées ou actuelles

10	Je supprimerai : « Repérer et être attentif aux conséquences physiques, psychologiques » puisque sont décrits également les facteurs de risques Il me semblerait intéressant de donner des exemples pour la notion de vulnérabilité Je prévoirai un point spécifique (une flèche) pour « les situations à risque (maltraitance, abus) » idem pour : « toute pratique ou incitation au contrôle excessif du poids, source de troubles des conduites alimentaires (restriction cognitive alimentaire notamment).
12	Pourquoi ne pas écrire violence en toute lettre ?
13	Je propose de rajouter "et sociales" Repérer et être attentif aux conséquences physiques, psychologiques et sociales

5. ACCOMPAGNER UNE AUGMENTATION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET UNE DIMINUTION DE LA SEDENTARITE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Accompagner une augmentation de l'activité physique et une diminution de la sédentarité » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.43

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	1	0	4	6	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	7.14	0.00	0.00	14.29	7.14	0.00	28.57	42.86	0.00

Expert	Commentaires
3	J'aurai scindé la phrase en deux : "Identifier et analyser les capacités physiques de la femme. S'INTERESSER AUX facteurs sociaux, familiaux, environnementaux qui ne permettent pas d'atteindre les recommandations en vigueur" J'aurais aimé un petit encadré sur le suivi psychologique (prise en soin de violences notamment)
4	1/ à mon sens les gynécologues ne sont pas formés à l'évaluation du niveau d'activité physique de façon précise et reproductible 5sans doute un besoin de diffuser des grilles spécifiques d'évaluation consensuelles 2/ difficile pour un gynécologue d'appréhender les facteurs sociaux, familiaux et environnementaux avec précision cela me semble relever plus du rôle du médecin généraliste référent.

	3/ accompagner les habitudes de vie et le maintien dans la durée : la fréquence des CS gynécologiques tous les ans et plus souvent tous les 2 ans ne permettent pas de faire ce suivi tout à fait indispensable.
5	Au global, je suis en accord avec le contenu mais il manque quelques précisions je pense sur la distinction entre activité physique (activités sportives, loisirs...), inactivité physique et comportements sédentaires afin de mieux appréhender les messages. J'aurai développé davantage les éléments dans cette synthèse. Inverser les deux derniers points, les recommandations sont présentées en second temps.
6	Je ne comprends pas pourquoi l'accent est mis uniquement sur l'activité physique et pas sur une alimentation variée et équilibrée
10	Pour le dernier point : je remplacerai : « Aider la femme à rechercher les moyens d'augmenter » par « Aider la femme à identifier les moyens d'augmenter »
12	- je ne comprends pas la 2ème phrase : mélange des capacités de la femme et des - facteurs extérieurs - pourquoi ne pas parler de sport en plus ? Différent et complémentaire de l'activité physique. L'activité physique inclue la pratique sportive. L'activité physique est définie comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos ». Le sport est une AP codifiée avec des règles et présente un objectif de performance et de compétition (envers soi-même et les autres)
13	Prescrire l'APA peut être très intéressant chez les femmes qui bougent peu et qui ont besoin de se reconnecter avec leur corps lorsqu'elles ont un excès de poids, voire une obésité. Ne sont pas précisés les prescripteurs. Je trouve dommage que les sage-femmes, dédiées à la santé des femmes ne le soient pas alors que le suivi des femmes peut se faire tout au long des événements de vie.

6. ENCOURAGER ET ASSURER UN SUIVI GYNECOLOGIQUE REGULIER

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Encourager et assurer un suivi gynécologique régulier » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.58

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	1	2	7	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	7.14	14.29	7.14	7.14	14.29	50.00	0.00

Expert	Commentaires
3	J'aurais mis la phrase "Aborder le besoin d'une contraception" dans la partie suivi gynécologique et pas dans la partie projet parental. La partie "projet parental" n'est pas trop cohérente avec le texte en dessous (contraception et facteur de risque). La phrase "facteur de risque" est déjà abordée dans "anticiper une future grossesse". > Pourquoi ne pas ajouter dans la partie "s'assurer d'un suivi" la phrase "aborder le besoin de contraception et un éventuel projet parental" ? Cela simplifierait le message je trouve
4	Ok
6	Concernant la phrase "L'obésité est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire, seule ou associée à une hypertension artérielle (HTA), à une hyperlipidémie sévère, à un diabète, à la consommation de tabac". Je ne vois pas pourquoi cela est dans le chapitre "Engager le dialogue sur un éventuel projet parental" car les femmes jeunes font rarement un infarctus ou un AVC, y compris durant leur grossesse. La notion de facteur de risque devrait plutôt apparaître dans le chapitre concernant la Ménopause. C'est plutôt le retentissement du diabète et de l'HTA sur le déroulement de la future grossesse qui pose problème ici et le tabac comme facteur de risque de phlébite majoré par l'obésité en cas de contraception.
8	Le mot évoquer un cancer de l'endomètre en cas de métrorragies post ménopausiques est un peu inadapté : évoquer à qui ? la patiente ? Juste savoir que l'obésité est un facteur de risque de cancer de l'endomètre et explorer toute métrorragie post ménopausique. Sinon dans engager le dialogue sur un éventuel projet parental : je ne comprends pas pourquoi le 2ème item est placé là sur les FR cardiovasculaire ni sa formulation. "l'obésité est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire au même titre que l'HTA" Il faudrait rajouter sans le suivi gynéco : connaître l'histoire du poids chez la patiente.
10	La notion de suivi gynécologique me semble vague. Je noterai plutôt suivi y compris dans le titre et préciserai dans l'encadré. La notion d'examen gynécologique me semble à préciser : en quoi consiste-t-il ? quel est son objectif ? sa réalisation est-elle recommandée dans cet objectif ? La recherche de SOPK me semble à argumenter : quelle est son intérêt surtout compte tenu de sa prévalence ? Je remplacerai « S'assurer de la réalisation du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus » par « Informer la femme concernant les dépistages du cancer du sein et du col » que la femme décide de faire ou non dans un processus de décision médicale partagée. Je supprimerai la phrase : « Engager le dialogue sur un éventuel projet parental » qui me semble intrusive et le fait qu'elle soit suivi de l'abord de la contraception laisse à penser que le médecin déconseille le projet parental.

	Je remplacerai « Aborder le besoin d'une contraception » par « Explorer les besoins de contraception ».
12	-pas d'accord pour le SOPK. Il y a des sopk pas un sopk. C'est le SOPK avec forme "métabolique" et "hyperinsulisme" qu'il rechercher pour le risque CV C'est le SOPK avec forme dysovulatoire qu'il faut rechercher pour le risque de cancer de l'endomètre (risque d'autant plus augmenté par l'obésité) - ne pas oublier aborder sexualité, fuites urinaires - je ne comprends pas l'item : recherche de cancer de l'endomètre si métrorragies post ménopausique : car c'est la conduite à tenir pour toutes les femmes, mais l'obésité est un facteur de risque du cancer de l'endomètre - dans les facteurs de risque CV ; ne pas oublier dépistage syndrome d'apnée du sommeil
13	J'aurais mis cet élément avec le dernier, car lié à une observation clinique : Repérer un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) : obésité tronculaire ou associée à des signes d'insulino-résistance clinique (acanthosis nigricans)

7. ANTICIPER UNE FUTURE GROSSESSE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Anticiper une future grossesse » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.58

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	1	1	1	8	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	7.14	0.00	14.29	7.14	7.14	7.14	57.14	0.00

Expert	Commentaires
3	Parfait !
4	On ne sait pas faire des évaluations psychologiques affectifs psychopathologiques... Je remplacerai Evaluer par dépister

	Idem dernière ligne du paragraphe Traiter les maladies associées et les troubles psychiques. Non, ce n'est pas nos prérogatives et nos compétences. Adresser vers un psychiatre ou psychologue
5	En accord sur le contenu au global, voici quelques commentaires additionnels : Dans le cadre des Recommandations pour la pratique clinique publiées en 2021 avec le CNSF nous avons établi de nombreuses recommandations sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité périnatale. Je rajouterai les éléments suivants : Cs Préconceptionnelle : - Aborder lors de la consultation pré-conceptionnelle la notion de variation de poids et l'intérêt d'une amélioration du statut pondéral pour la grossesse et l'enfant - Il est recommandé d'encourager une perte de poids en période pré-conceptionnelle pour les femmes avec un IMC supérieur à la normale et ce d'autant plus que l'IMC est élevé, tout en restant vigilant sur le suivi de régime restrictif ou d'une perte de poids excessive. - Il semble nécessaire d'apporter plus de précisions sur la différence entre les items histoire individuelle, familiale ; situation familiale, sociale et économique ; et histoire des prises en charge antérieures, car certaines notions se recoupent. Notre proposition avec le CNSF : Identifier les déterminants des variations de poids : individuels (tabac, l'âge, parité, activité physique/sédentarité), familiaux, sociaux, économiques (environnement travail) Projet de soins gradués - Aider à modifier et les habitudes de vie (parler d'alimentation, tabac, activité physique) - Rechercher les consommations alimentaires inadaptées - Orientation vers un spécialiste en cas d'antécédents de chirurgie bariatrique, pathologies métaboliques...
6	"Proposer une consultation préconceptionnelle à toute femme ayant un projet de naissance » : projet de naissance ou projet de grossesse ? Même remarque concernant les "facteurs de risque vasculaire", il s'agit plutôt ici de comorbidités de l'obésité représentant des facteurs de risque pour le déroulé de la grossesse Concernant "Stabiliser le poids et personnaliser l'objectif de poids" il faudrait préciser ici qu'on ne peut pas exiger une perte de poids avant une grossesse ou une PMA car l'amélioration de la fertilité reste discutée notamment avant PMA (Mutsaerts NEJM 2016, Pavli, Int J Mol Sci 2024, Hoek Fertil Steril 2022, Boedt, Cochrane Database Syst Rev. 2021 Apr 29;4(4):CD008189)
7	Rejoindre le suivi de chirurgie B et aspect multidisciplinaire
8	Il faudrait rajouter un item : l'intérêt de la Cs préconceptionnelle en cas de chirurgie bariatrique avec indication de bilan biologique. Car dans la partie chir bariatrique c'est quand la patiente est enceinte.
12	C'est mélangé avec le chapitre précédent Je pense qu'il faut aborder l'alimentation, souvent carencée, et les TCA

	Et évaluer des facteurs de risque cardiovasculaires (dont SOPK, HTA, SOAS...) Parler mise à jour dépistages cancer du col, examen gynéco
13	Je propose de mettre : Histoire des prises en charge antérieures, en 3ième position, après : Histoire individuelle et familiale Retentissement du surpoids ou de l'obésité sur l'état de santé et la qualité de vie

8. PROPOSER UN SUIVI DE LA GROSSESSE, RAPPROCHE ET ADAPTE AU NIVEAU DE RISQUE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Proposer un suivi de la grossesse, rapproché et adapté au niveau de risque » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 7.5

Moyenne : 7.58

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	5	4	3	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14.29	35.71	28.57	21.43	0.00

Expert	Commentaires
3	Avant "une dyspnée" j'aurais débuté une nouvelle phrase avec "être attentif à toute dyspnée etc." Dans la partie "prévoir un accompagnement personnalisé » : si possible lors de l'entretien prénatal précoce.
4	Prévoir un lieu de naissance adapté au niveau de risque Une grossesse en situation d'obésité peut être prise en charge en maternité de niveau I, cependant son déroulé avec des complications peut amener à rediriger en cours de grossesse la patiente vers des maternités à plus haut niveau de compétence Niveau II ou III mais cela ne sera pas prévu de façon systématique en début de grossesse
5	Rajouter les éléments suivants : - Conseils nutritionnels (alimentation variée et équilibrée) tout au long de la grossesse

6	Même remarque concernant les facteurs de risques vasculaires qui sont plutôt ici des risques pour la grossesse Pour la dernière phrase peut-être rajouter Lutter contre les idées reçues : manger pour 2, envies de grossesse...
8	Ce serait bien de remettre quelque part les objectifs de poids en fonction de l'IMC : ce n'est pas connue de beaucoup de praticiens. Le document devrait être plus pratique que juste dicter des généralités.
9	La notion du lieu de naissance est une notion compliquée, car pour un certain niveau d'IMC ou de poids dans l'absolu, il y a nécessité de centres référents. Le couple/la patiente peuvent avoir un refus de prise en charge dans la structure de leur choix ou la structure de proximité. Je pense que la façon dont cette phrase est écrite n'est pas assez explicite sur les limites de certaines structures et la nécessité de transfert de ces patientes sur les centres référents (un peu comme pour la prématurité)
10	Je remplacerai : « Encourager la femme à débiter ou à poursuivre une activité physique pendant sa grossesse avec des adaptations si besoin à limiter les comportements sédentaires au quotidien et à rompre la sédentarité régulièrement au cours de la journée. » par « Proposer à la femme de débiter ou poursuivre une activité physique pendant sa grossesse avec des adaptations si besoin, de limiter les comportements sédentaires au quotidien et de rompre la sédentarité régulièrement au cours de la journée. »
12	Manque SAOS Manque dépistage du diabète gestationnel
13	Prévoir un accompagnement personnalisé face à une situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et des dyades mères-enfants après la sortie de maternité : Pas seulement pour après la grossesse mais en prénatal aussi ce qu'est recommandé plus loin dans le document d'ailleurs p.5: Le lien avec un suivi sage-femme PMI (qui peut "aller vers" au domicile et faire un relais, voire envisager une VAD conjointe avec une puéricultrice avant la naissance pour après est recommandé par les 1000 jours comme par HAS-pour le dépistage et le suivi des vulnérabilités (cité dans le document note 7)
14	Remplacer « diade » par « couple » plus compréhensible

9. ACCOMPAGNER LA PERIODE POSTNATALE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Accompagner la période postnatale » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	2	1	1	7	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	21.43	14.29	7.14	7.14	50.00	0.00

Expert	Commentaires
1	Mais message confus : il est recommandé de ne pas aborder les problèmes de poids avant 6 mois mais il faut encourager et gérer l'allaitement maternel. Manque de clarté dans la gestion des priorités ; Il faudrait élaborer un " calendrier" du post partum afin de préciser les objectifs au professionnel de santé et le timing (fréquence des consultations ...)
3	Parfait !
4	Ok
5	Entretien post-natal précoce n'est pas le moment idéal pour aborder la prise de poids pendant la grossesse. Cependant de nombreuses études ont montré également les prises de poids entre deux grossesses sont à risque pour le développement de l'enfant. Quelle est la justification pour cette recommandation d'une consultation dans les 6 mois à 1 an ?
6	Concernant la phrase "et déconseiller un régime hypocalorique durant toute la période de l'allaitement". Ce n'est pas très clair Si la femme souhaite perdre ses kilos de grossesse il faut forcément qu'elle mange un peu moins que ce qu'elle dépense, et je ne crois pas qu'il ait été montré que cela entrave l'allaitement ? Peut-être faut-il préciser "régime restrictif ou déséquilibré" Par ailleurs, le post partum est une phase à risque pour la prise de poids (hormones, sommeil perturbé, sédentarité, modifications émotionnelles) et les femmes doivent en être alertées, si bien qu'une prise en charge à 1 an de l'accouchement chez les femmes à risque me paraît bien tardive, sur quelles données se base la phrase "Une consultation dans les 6 mois à un an après la naissance est plus adaptée » ; J'aurai plutôt mis "dès que la femme le souhaite"
7	Suivi multidisciplinaire, à bon escient, adapté à la personnalité de la femme
9	Je ne pense pas qu'il soit écrit qu'il y a plus d'échecs d'allaitements maternels en cas d'obésité
10	Je remplacerai « Encourager les mères à allaiter leur enfant si elles le souhaitent » par « Accompagner dans l'allaitement les mères qui le souhaitent ». Je m'interroge sur l'intérêt de cette phrase : « L'impact de l'allaitement sur la perte de poids est discuté dans les études. »

	Je remplacerai : « Encourager la poursuite d'une activité physique » par « Proposer la poursuite d'une activité physique » La formulation de la phrase suivante n'est pas adaptée si elle est à destination du médecin généraliste, cette formulation s'adresse aux soignants hospitaliers « Proposer un traitement ou orienter sans délai, organiser un suivi à domicile en lien avec le médecin généraliste. » je la remplacerai par « Proposer un traitement ou orienter sans délai, organiser un suivi » ainsi la phrase peut s'adresser aux médecins gynécologues obstétriciens, médecins généralistes et sage femmes qui peuvent être amenés à rencontrer les femmes en post natal.
12	C'est confus entre l'entretien post natal précoce, la consultation post natale et la consultation de suivi à 6 mois après l'accouchement
13	Repérer des variations thymiques, des troubles du sommeil, une anxiété, des crises d'angoisse, une verbalisation d'idées noires ou d'autodépréciation, une modification brutale du contact : Le tableau de la dépression postnatale est différent de la dépression essentielle. Il est pris dans la vie postnatale avec le bébé. Ce qui veut dire que les réveils nocturnes, les fatigues et variations thymiques et l'anxiété sont communes. Les mères ont honte et culpabilisent de ne pas être à la hauteur des besoins du bébé et d'être "une mauvaise mère". Ce qui fait qu'elles cachent leur état et n'en parlent pas. Le moindre conseil ou moindre question orientée sont pris comme un jugement de valeur négatif (d'où le sous diagnostic de la dépression postnatale) malgré les questions et les échelles qui peuvent redoubler l'auto-stigmatisation : je ne suis pas une bonne maman parce que je suis en obésité et les autres me le renvoient. Proposer un traitement ou orienter sans délai, organiser un suivi à domicile en lien avec le médecin généraliste. En première intention il faut mettre en place du soutien avec un suivi à domicile mère-bébé qui permette de reconnaître avec la mère, dans la confiance, son état sans qu'elle se sente dépréciée et d'orienter vers un pédopsychiatre qui puisse s'occuper de la mère et du bébé. C'est un dysfonctionnement du lien et de la lecture émotionnelle. Accompagner la dyade est essentiel même s'il faut un traitement médicamenteux et quand il faut hospitaliser, c'est en unité mère-enfant.

10. METTRE EN ŒUVRE UN SUIVI SPECIALISE ET OBSTETRICAL EN CAS DE GROSSESSE APRES UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Mettre en œuvre un suivi spécialisé et obstétrical en cas de grossesse après une chirurgie bariatrique » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 7.5

Moyenne : 7.08

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	2	1	2	2	5	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	14.29	14.29	7.14	14.29	14.29	35.71	0.00

Expert	Commentaires
3	J'aurais modifié le titre : "mettre en œuvre un suivi spécialisé et gynéco-obstétrical après une chirurgie bariatrique", puis deux sous chapitres : - proposer une méthode de contraception (...) - mettre en place un suivi spécialisé en cas de grossesse - adapter (...) Je trouve que la contraception ne doit pas être dans le chapitre grossesse.
4	Peu d'accord sur les implants sous cutané qui peuvent favoriser la prise de poids sur le long terme... Ces implants sont souvent très difficiles à retirer chez les patients en situation d'obésité
6	Concernant la phrase "une perte de poids massive et rapide après chirurgie bariatrique est associée à un risque d'augmentation significative des polluants organiques persistants lipophiles circulants pouvant entraîner des conséquences délétères sur le fœtus et son devenir. Concernant la phrase "Anticiper l'apparition de complications graves" j'aurai enlevé "graves" car il n'y en a pas tant que ça Autant l'augmentation des polluants a été montrée, autant les conséquences ne sont pas clairement démontrées donc j'aurais mis "pouvant potentiellement entraîner..." et de plus, C'est également la restriction calorique qui pourrait être délétère pour la croissance fœtale dans ce cas Concernant la phrase "Évaluer et corriger les apports caloriques et protéiques, a fortiori en cas de difficultés alimentaires, d'amaigrissement ou d'apports caloriques ou protéiques manifestement insuffisants, ou de prise de poids en deçà des recommandations" je rajouterai "de vomissement de la grossesse" Il n'y a pas tellement de raison de séparer les grossesses survenues dans la première année et les autres. Elles sont toutes à risque sans influence démontrée du délai The Timing of Pregnancies After Bariatric Surgery has No Impact on Children's Health-a Nationwide Population-based Registry Analysis. Beiglböck H, Mörth E, Reichardt B, Stamm T, Itariu B, Harreiter J, Eichelter J, Prager G, Kautzky-Willer A, Wolf P, Krebs M. Obes Surg. 2023
7	Suivi post-chirurgie Bariatrique "doublement" nécessaire
9	-La complication périnatale la plus fréquente est le petit poids de naissance. On n'aborde pas ce sujet ni dans l'information sur les risques ni dans la surveillance adaptée de la croissance fœtale, surtout vers 36-37SA -La notion de lien entre polluants organiques et conséquences fœtale est-elle vraiment démontrée dans ces populations ? Il y a des hypothèses mais l'exposer comme une vérité n'est pas adapté ici.

10	Je remplacerai le titre par : « Accompagner les femmes concernant la grossesse après une chirurgie bariatrique ». Je déplacerai « pendant au moins 12 mois après une chirurgie bariatrique » juste après « Proposer systématiquement une méthode de contraception efficace aux femmes en âge de procréer ». Dans le paragraphe commençant par « Pour les femmes non suivies » : la notion d'examen clinique me semble à préciser. Dans la dernière phrase : je remplacerai « en lien avec le médecin généraliste. » par « intégrant le médecin généraliste. »
12	Je ne comprends pas l'indication des hCG ? peut-être à réécrire "-en préopératoire en cas d'activité sexuelle pouvant aboutir à une grossesse, réaliser un dosage de β-HCG plasmatique dans les 48 heures avant l'intervention Pendant au moins 12 mois après une chirurgie bariatrique" ???
13	Ne pas oublier le suivi prénatal personnalisé et la préparation de l'après la naissance avec une sage-femme qui permet à ces femmes de se vivre et se projeter sur une maternité de la même façon que les autres femmes, penser aussi à la PMI
14	Implant sous-cutané microprogestatif : plutôt non car favorise les prises de poids dans cette population et expose à des difficultés de retrait importants Oui sur le principe des méthodes de longues durée type stérilet

11. ACCOMPAGNER LA TRANSITION VERS LA MENOPAUSE

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'encadré « Accompagner la transition vers la ménopause » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.22

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	1	10	0

Valeur de cotation et libellé : 1 : Désaccord total ; 9 : Accord total ; 10 je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	14.29	0.00	7.14	7.14	71.43	0.00

Expert	Commentaires
3	Parfait
4	Ok
6	Concernant la phrase, "Augmenter le niveau d'activité physique et diminuer les comportements sédentaires. Si le niveau d'activité physique ne peut être changé dans l'immédiat, diminuer modérément l'apport énergétique tout en améliorant l'alimentation avec un apport protidique suffisant". Je pense que les aspect diététiques et d'activité physiques doivent être menés en parallèle et non pas l'un après l'autre. Et il est préférable de parler d'alimentation équilibré plutôt que de baisse de l'apport énergétique qui renvoie à la notion de restriction cognitive dont on connaît les inconvénients. Les protéines ne sont pas le seul élément important, les fibres, les graisses insaturées, les vitamines, etc. le sont aussi !
10	Le terme « fréquence régulière » me semble flou et à préciser. Je remplacerai « Encourager une activité physique » par « Proposer une activité physique ». Je remplacerai « Conseiller des modifications progressives des habitudes de vie » par « Proposer des modifications progressives des habitudes de vie » Je remplacerai « Augmenter le niveau d'activité physique et diminuer les comportements sédentaires » par « Proposer d'augmenter le niveau d'activité physique et diminuer les comportements sédentaires ».
12	Je n'ai pas compris la phrase sur THM et le poids Et peut-être ajouter que physiologiquement pour toutes les femmes la répartition de la masse grasse change avec l'augmentation du Périmètre abdo à la ménopause Peut-être rappeler surrisque des cancers gynéco

12. RAPPEL DES 20 MESSAGES CLES POUR AMELIORER LES PRATIQUES POUR LE SURPOIDS ET L'OBESITE (HAS, 2024)

Le rappel des «20 messages-clés » est utile.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 3

Médiane : 3

Moyenne : 3.00

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1 Oui	2 Non	3 Ne sait pas
Nombre de réponses	12	1	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	85.71	7.14	7.14

Expert	Commentaires
4	Allonge la fiche et me semble redondant
5	Je rajouterai un élément sur la nécessité de mettre en place des mesures de prévention du surpoids et de l'obésité dès la période pré conceptionnelle afin de réduire la transmission intergénérationnelle et le risque d'obésité à long terme chez l'enfant.
6	Cela permet de réinsérer ces recommandations spécifiques dans les recommandations générales. Elles pourraient aussi se trouver en introduction
10	Pour le point 18 je ne comprends pas bien la place de cette partie : « Accompagner la personne avant et après chirurgie bariatrique ». Pour le point 19 je remplacerai « suivi gynécologique » par « suivi », la notion de risque me semble à préciser. Pour le point 20 je remplacerai « Encourager l'activité physique » par « Proposer une activité physique ».

13. AVIS GENERAL SUR LE CONTENU DE LA FICHE

LA FICHE EST CLAIRE.

Valeurs manquantes : 0

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1 Oui	2 Non	3 Ne sait pas
Nombre de réponses	14	0	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	100.00	0.00	0.00

Expert	Commentaires
1	Globalement, oui, voir commentaires ci-dessus
6	Globalement oui modulo les remarques ci-dessus
12	À par mes qq remarques

14. LA FICHE EST COMPLETE

Valeurs manquantes : 0

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3
	Oui	Non	Ne sait pas
Nombre de réponses	12	2	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	85.71	14.29	0.00

Expert	Commentaires
4	Mais dépasse un peu à mon sens les compétences du gynécologue
6	Il manque à mon sens un chapitre sur les risques de la contraception en cas de surpoids ou d'obésité et notamment de maladie thromboembolique, mais aussi de majoration de la prise de poids
7	Aspect multidisciplinaire et nécessaire du suivi.
8	Voir mes commentaires plus haut : Sexualité Contraception Données chiffrées plus pratiques : je comprends que ce rapport n'a pas vocation à tout reprendre dans la synthèse mais à la fin de la lecture on n'a pas appris grand-chose de concret, que des généralités. Si vous voulez un impact réel sur les praticiens il faut donner du concret. Globalement le texte donne beaucoup de conseils généraux.

	Il ne faut pas oublier que le plus souvent la patiente obèse n'a pas d'endocrinologue ni de diététicien et le médecin ou sage-femme qui la voit doit tout gérer. Tout le monde n'est pas au point en nutrition pour donner des conseils nutritionnels par exemple : peut-être rajouter des documents concrets de conseils en pièce jointe pas juste les textes de référence : je pense aux fiches de répartition alimentaire dans l'assiette, aux reco chiffrées de prise de poids selon IMC, au bilan de suivi de chirurgie bariatrique, aux compléments alimentaires post chirurgie bariatrique. Même en contexte post chirurgie bariatrique, plus personne ne les suit, délais de rdv trop longs.
13	Hormis le cas de la dépression postnatale

15. AVIS GENERAL SUR LE CONTENU DE L'ARGUMENTAIRE

L'ARGUMENTAIRE EST CLAIR.

Valeurs manquantes : 0

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3 Ne sait pas
	Oui	Non	
Nombre de réponses	14	0	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	100.00	0.00	0.00

Expert	Commentaires
10	Sur la forme, mes propositions concernant l'argumentaire sont les suivantes : Il me semblerait important de rédiger l'ensemble du document au passé. Certaines données anciennes sont présentées au présent. Il me semblerait également pertinent de supprimer les mots parasites comme « en revanche » qui alourdissent le texte et peuvent signifier une opposition qui n'existe pas. - Comme également « Déjà en 2014-2016 » qui mène à une interprétation qui ne me semble pas utile ni pertinente dans le paragraphe : « Les femmes ont un niveau d'activité physique insuffisant associé à une sédentarité élevée » - Comme « seulement » toujours dans ce paragraphe « seulement 53%... » le seulement apporte une interprétation je noterai juste « 53% », car cette formulation me semble plus scientifique - Comme « or » dans le paragraphe : « L'obésité est associée à un surrisque de développer certains cancers » qui effectue un lien en les 2 phrases ce qui peut réduire le côté scientifique.

	Comme « cependant » dans le paragraphe : « La proportion de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse continue d'augmenter de manière significative, et de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer ». Je supprimerai les « on » pour des raisons de manque de précision. Par exemple, pour la phrase du 3e paragraphe : Je remplacerai « On ne dispose pas de données spécifiques concernant le niveau d'activité physique chez les personnes en surpoids ou en obésité » par « Des données spécifiques concernant le niveau d'activité physique chez les personnes en surpoids ou en obésité n'étaient pas disponibles ». Dans le paragraphe : « Les femmes ont un niveau d'activité physique insuffisant associé à une sédentarité élevée » il manque un « que » dans la phrase : « Les résultats montrent les femmes sont moitié moins nombreuses que les hommes à connaître la recommandation complète sur l'AP (30 minutes par jour et avec essoufflement) (15,4% versus 28,1% ; p<0,001). » je la remplacerai par « Les résultats montraient que les femmes sont moitié moins nombreuses que les hommes à connaître la recommandation complète sur l'AP (30 minutes par jour et avec essoufflement) (15,4% versus 28,1% ; p<0,001) » Pour la phrase qui suit : il manque une majuscule au « chez » en début de phrase. Dans le paragraphe : « L'obésité est associée à un surrisque de développer certains cancers » : je remplacerai la première phrase par « L'obésité était associée à un surrisque de développer certains cancers dont le sein et l'utérus (en période post-ménopausique), l'ovaire (14, 15), de récurrence des cancers (16), et de mortalité par cancer ». American Society of Clinical Oncology, 2014 #562(17) Je remplacerai la phrase : « Il est maintenant démontré que les cancers associés à l'obésité surviennent plus tôt (entre 50 et 65 ans) que les cancers sans lien avec l'obésité » par « Il semblerait que les cancers associés à l'obésité survenaient plus tôt (entre 50 et 65 ans) que les cancers sans lien avec l'obésité » pour plus de scientificité. Pour le paragraphe : « La proportion de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse continue d'augmenter de manière significative, et de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer » je reformulerai le titre par « Le pourcentage de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse a augmenté de manière significative entre 2016 et 2021, et de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer ». Je supprimerai « respectivement » dans la phrase car il ne me semble pas adapté au sens de la phrase : « Le surpoids (IMC entre 25 et 29,9 Kg/m2) est passé de 20 % en 2016 à 23 % en 2021 et l'obésité (IMC>30 Kg/m2) respectivement de 11,8 % à 14,4 % ».
--	--

16. L'ARGUMENTAIRE EST COMPLET

Valeurs manquantes : 0

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3
	Oui	Non	Ne sait pas
Nombre de réponses	10	4	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3
Nombre de réponses en %	71.43	28.57	0.00

Expert	Commentaires
1	Pas vu de question sur la reprise de sexualité et les possibles répercussions sur le couple de la grossesse (schéma corporel...)
6	Bien que succinct
8	Il n'y a pas d'argumentaire sur toutes les parties de l'essentiel : peut-être parce que c'est le texte court ?
9	Mêmes commentaires où je pense qu'on n'insiste pas assez sur le petit poids de naissance, principale complication obstétricale néonatale. Même commentaire sur les polluants : ce n'est pas parce qu'il y en a plus que le lien est établi avec les risques fœtaux, d'autant que ces patientes font moins de diabète gestationnel et moins de prééclampsies qui eux ont des réels risques bien établis pour le fœtus/nouveau-né
10	L'argumentaire me semble complet, mes propositions ci-dessous correspondent essentiellement à des précisions : Pour le premier paragraphe intitulé : Le surpoids et l'obésité restent élevés chez les femmes et augmentent en continu depuis 20 ans : le titre me gêne, car dans le texte il est noté : « la prévalence de l'obésité n'a pas connu d'évolution au cours de ces 10 années. » L'augmentation évoquée repose sur des données déclaratives décrites en fin de paragraphe : « Le surpoids (y compris l'obésité) déclaré était inférieur à 25% en 1996 et a atteint 39% en 2017. L'obésité déclarée, qui était inférieure à 6% des femmes en 1996, a atteint 14% en 2017 » (8) ». Pour plus de précision je proposerai de modifier le titre par : « La prévalence de l'obésité (surpoids inclus) était de 44,2 % chez les femmes en France en 2015 avec une augmentation de la corpulence depuis 1996 selon des données déclaratives » Pour le paragraphe intitulé : « Les femmes en surpoids ou en obésité sont plus souvent confrontées à différentes formes de stigmatisation avec des inégalités plus fortes liées à une discrimination de genre ». Il me semblerait important d'étayer les références bibliographiques attestant de cette stigmatisation plus importante. Avec par exemples : Maxwell C, Sharma A. Un langage respectueux des patientes : Préjugés, stigmatisation et discrimination liés au poids en santé reproductive des femmes. J Obstet Gynaecol Can 2019 ; 11(41):1535-7. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. Int J Obes (Lond) 2008 ;32(6):992-1000. Dans le paragraphe : « Les femmes ont un niveau d'activité physique insuffisant associé à une sédentarité élevée » il me semblerait intéressant de davantage préciser les recommandations de l'OMS avant d'expliquer qu'elles ne sont pas atteintes ». Pour le paragraphe : « La proportion de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse continue d'augmenter de manière significative, et de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer ». Il me semblerait intéressant d'évoquer les chiffres pour les DROM présents dans titre, mais pas dans le texte.

Commentaires libres en dehors de l'outil GrAal :

Expert 15 :

Vous avez tenu compte de mes remarques qui visaient à faire en sorte que le soignant lui-même, en veillant à utiliser tact et bienveillance, lors de ses examens, diagnostics et préconisations, ne soit pas une cause de stigmatisation supplémentaire.

Expert 16 :

Partie 4. Modifications des habitudes de vie :

Propositions de reformulation pour « Accompagner une augmentation de l'activité physique et une diminution de la sédentarité ». Le texte pourrait être également raccourci en renvoyant à l'annexe 1.

- Evaluer le niveau d'activité physique dont le renforcement musculaire, la pratique sportive, les comportements sédentaires par rapport aux recommandations de l'OMS3.
- S'intéresser aux freins et leviers sociaux, familiaux, environnementaux qui influencent les possibilités de pratique d'activité physique suivant les recommandations.
- Aider les femmes à identifier les moyens d'augmenter leur niveau d'activité physique et de diminuer leurs comportements sédentaires : allègement de certaines contraintes maternelles et familiales, offres accessibles dans son environnement, apprentissage d'exercices en autonomie chez elles.
- Expliquer les bénéfices pour la santé de l'activité physique, spécifier la durée quotidienne des activités de type cardio-vasculaire d'intensité modérée (léger essoufflement à l'effort) 30 minutes par jour (fractionnement possible par séquence de 10 min voir moins) ; associer au renforcement musculaire (monter les escaliers par exemple) et aux assouplissements 2 à 3 fois par semaine, la diminution des comportements sédentaires et la notion de ruptures de la sédentarité.
- Prescrire une activité physique adaptée (APA) avec un encadrement professionnel (Enseignant en APA, Kinésithérapeute, ...) en cas de difficultés à pratiquer en autonomie et en sécurité. Tenir compte de la corpulence, des facteurs de risque cardio-vasculaires, des complications associées à l'obésité, des troubles musculosquelettiques et/ou articulaires notamment3 et des préférences et attentes de la femme.

Annexe 1. Habitudes de vie

- « Réduire le temps passé en position assise ou allongée au quotidien (en dehors du temps de sommeil et de repas), autant que possible : ce qui est entre parenthèses n'est pas forcément à préciser. Je constate que de plus en plus de personnes pour qui je propose un accompagnement, m'indiquent pouvoir prendre le temps du repas pour rester debout.
- « Rompre régulièrement les périodes de sédentarité » : Proposition de modification pour le début : « Rompre les périodes de sédentarité, toutes les 90 à 120 min, avec de courtes séquences (4/5min) de mouvements (Marche, mouvements simples de détente musculaire, ...)

Commentaires seconde relecture avec commentaires libres :

- Aucun commentaire : 14 relecteurs
- Commentaires : 2 relecteurs

Expert 1 : quelques remarques mais le document me paraît très clair dans l'ensemble :

Partie 1. Dépister : préciser la comparaison : Le surpoids et l'obésité sont significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes et leur corpulence augmente régulièrement depuis 20 ans.

- Définir le seuil du tour de taille ou ne pas le mettre

Partie 6. Anticiper une future grossesse, dans le thème « consultation préconceptionnelle, ajouter : Histoire des grossesses antérieures : complications, prise de poids, rétention de poids dans le Postpartum

Partie 7 : Proposer un suivi de la grossesse adapté au niveau de risque, dans le thème : Suivre la courbe de poids fœtal : ajouter macrosomie

³ Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive. Surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

Partie 9 : Mettre en œuvre un suivi spécialisé et obstétrical en cas de grossesse après une chirurgie bariatrique, dans le thème « Mettre en place un suivi spécialisé en plus du suivi obstétrical pendant la grossesse » : modifier comme suit : Plutôt moins de complications graves après chirurgie bariatrique que dans l'obésité sévère, donc j'enlèverai le mot grave ici

Partie 10. Accompagner la période pérимénopausique : redondances dans l'encadré concernant les modifications des habitudes de vie

Expert 2 :

Partie 1. Dépister : « Suivi gynécologique » Comme je l'ai indiqué dans ma précédente relecture cette notion me semble manquer de précisions donc floue pour le lecteur je la supprimerai d'autant que des éléments plus précis suivent.

Partie 5. Encourager et assurer un suivi gynécologique régulier : il me semblerait important de préciser ce qui est entendu par ce terme : par ex est-ce les consultations de dépistages ?

Encadré : « Réaliser un examen clinique et prescrire des examens complémentaires (annexe 2) » : Cette formulation semble sous-entendre que ces éléments sont indiqués pour toutes les femmes il me semble nécessaire de préciser en notant par ex : adapté à chaque situation pour l'examen et si besoin pour les examens complémentaires.

Repérer un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) : je m'interroge comme lors de la première lecture sur la pertinence de cette recherche : il me semblerait important de la justifier scientifiquement.

Le décubitus latéral facilite l'examen gynécologique, à condition de disposer d'une table d'examen adaptée : il me semblerait intéressant de préciser qu'il existe différentes positions et que le choix s'effectue avec la femme.

« S'assurer auprès de la femme de la réalisation du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, et lui en rappeler l'intérêt » : je remplacerai par « Aborder le » car une femme peut décider de ne pas se faire dépister dans un processus de décision partagée. Je remplacerai par « la balance bénéfice risque » qui me semble adapté sur le plan scientifique

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

Une obésité préexistante associée à une prise de poids supérieure aux recommandations entraînent (Je noterai plutôt « semble entraîner » qui me paraît plus scientifique) des complications notamment hypertensives, de diabète gestationnel pendant la grossesse, à l'accouchement quelle qu'en soit la voie, à de rares cas de mort maternelle (Je remplacerai par « semble être associée à » qui me semble plus scientifique).

« Suivre la courbe de poids fœtal » : retard de croissance intra-utérin surtout vers 36-37 SA : j'ajouterai « Rechercher un ».

Annexe 2. Surpoids et obésité : évaluation du retentissement : le fait de proposer tout cela à tous les patients m'inquiète quant au risque de surmédicalisation il me semble nécessaire d'argumenter au niveau scientifique chaque élément avec les niveaux de preuve et une analyse de sa balance bénéfice risque.

Commentaires des institutionnels

Remarques générales :

- Ce document fiche mémo vient compléter les diverses productions de la HAS sur le thème du surpoids et de l'obésité : recommandations de bonne pratique, guide parcours de soins consacrés à la prise en charge relevant du premier recours ou des niveaux 2 et 3.
- Le format proposé de 14 pages annexes comprises, comporte près de 80 messages et s'éloigne des principes d'élaboration prévoyant un format court (recto/verso). Il peine ainsi à mettre en relief les spécificités de la prise en charge sauf à considérer les paragraphes initiaux de chaque chapitre (les parties 3, 4 et les annexes n'apparaissent pas spécifiques à la prise en charge des femmes). La rédaction d'un document fiche message clés est-elle prévue ?
- Les recommandations proposées sont très orientées vers les professionnels du 1er recours, les classes d'obésité II et III ne sont abordées qu'à l'occasion de la partie grossesse, et les centres spécialisés obésités ne sont pas cités. Ces points devraient être signalés au lecteur de façon plus explicite pour un meilleur guidage entre sévérité et niveaux de prise en charge.
- Il n'est fait aucune mention de la possibilité d'utilisation de la télémédecine lors de situations où l'accès à des professionnels est difficile.

Principaux points

- La prise en compte des addictions, de la consommation de tabac et d'alcool n'apparaissent qu'en fin de fiche alors qu'elle doit faire partie de la composante habitudes de vie à considérer à chaque étape de la prise en charge et ce dès l'évaluation initiale.
- La fiche insiste sur l'abord gynécologique mais la santé de la femme en surpoids ou obèse doit aussi prendre en compte les spécificités du RCV et des MCV de la femme qui apparaissent insuffisamment abordées.
- Le suivi proposé est majoritairement du ressort du MG et ne tient pas compte des niveaux de complexité de

l'obésité. Les centres référents sont mentionnés à une reprise (CSO ou maternité référente ?). Le lien avec les différents niveaux de l'offre de soins de la filière obésité et TCA aurait dû être davantage détaillé.

Plus spécifiquement

L'essentiel

- Dans l'encadré L'essentiel il est indiqué au dernier alinéa que les recommandations de la HAS sur le surpoids et l'obésité sont un prérequis mais à quoi ? à leur lecture ou à leur appropriation. Il faudrait signaler ce qui ne sera pas repris dans cette fiche mémo pour y renvoyer.

Partie 1

- Dépister : dans l'encadré préférer au 3ème alinéa Lors d'occasion à A des occasions
- Il n'est pas fait mention du repérage des éventuelles conséquences métaboliques ainsi que l'ensemble des paramètres permettant de stratifier la prise en charge.

Partie 2

- La formulation « éviter de blesser » devrait être revue (il ne faut pas blesser)
- Présenter le cas échéant la nécessité de l'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre (dans la mesure où l'on a repéré d'éventuelles difficultés)

Partie 3

- L'éducation patient et le recours aux associations devraient être mentionnés au sein du PPS

Partie 7 & 8

- Dans le suivi, il est mentionné à plusieurs reprises qu'il doit se faire à domicile (par ex. en cas de vulnérabilité en post natal ou dépression) : faut-il comprendre que la modalité à domicile est forcément requise ? sa faisabilité pose question.

Annexe 1 Habitudes de vie :

- Parler de repères pour suivre ou pour appliquer les recommandations en vigueur plutôt que « d'aller au plus près »
- Plutôt que « aller vers » utiliser choisir ou préférer

Annexe 2 Tableau évaluation du retentissement :

- Case Évaluation du risque cardiovasculaire correspond plutôt à l'évaluation de l'état cardiovasculaire (car inclut les pathologies veineuses mais exclut les FDRCV) ;
- Case Dépistage des cancers : le focus métrorragie aurait pu être réintroduit.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux
2. Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux
3. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
4. National Institute for Health and Care Excellence. Overweight and obesity management. NICE guideline. London: NICE; 2025.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/resources/overweight-and-obesity-management-pdf-66143959958725>
5. National Institute for Health and Care Excellence. Maternal and child nutrition: nutrition and weight management in pregnancy, and nutrition in children up to 5 years. NICE guideline. London: NICE; 2025.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng247/resources/maternal-and-child-nutrition-nutrition-and-weight-management-in-pregnancy-and-nutrition-in-children-up-to-5-years-pdf-66143961638341>
6. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidemiol Hebdo 2017;(13):234-41.
7. Gorokhova M, Salanave B, Deschamps V, Verdot C. Ecart entre corpulence déclarée et corpulence mesurée dans les études de surveillance en population en France. Bull Epidemiol Hebdo 2021;(10):166-85.
8. Salanave B, Verdot C, Escalon H, Gautier A, Deschamps V. Evolution de la corpulence déclarée dans les Baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017. Bull Epidemiol Hebdo 2024;(15):306-12.
9. de Saint Pol T. Corps désirable : hommes et femmes face à leur poids. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.
10. Défenseur des droits, Organisation internationale du travail. La perception des discriminations dans l'emploi. 13^e baromètre. Paris: Défenseur des droits; 2020.
https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-08/ddd_enquete-oi-13e-barometre-20201204.pdf
11. Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. Bull Epidemiol Hebdo 2020;(15):296-304.
12. Verdot C, Salanave B, Escalon H, Deschamps V. Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes en France : résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Epidemiol Hebdo 2024;(12):240-9.
13. Escalon H, Verdot C, Serry AJ. Connaissance des recommandations sur l'activité physique et la sédentarité, comportements et perceptions : résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Epidemiol Hebdo 2024;(12):250-8.
14. Institut national du cancer. Surpoids et obésité [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2025.
<https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/prevenir-les-risques-de-cancers/facteurs-de-risque-lies-aux-modes-de-vie/surpoids-et-obesite>
15. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous update project expert report, 2018. London: WCRF; 2018.
<https://www.aicr.org/research/third-expert-report/>
16. American Society of Clinical Oncology, Ligibel JA, Alfano CM, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Burger RA, et al. American Society of Clinical Oncology position statement on obesity and cancer. J Clin Oncol 2014;32(31):3568-74.
<http://dx.doi.org/10.1200/jco.2014.58.4680>
17. Parr CL, Batty GD, Lam TH, Barzi F, Fang X, Ho SC, et al. Body-mass index and cancer mortality in the Asia-Pacific Cohort Studies Collaboration: pooled analyses of 424,519 participants. Lancet Oncol 2010;11(8):741-52.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045\(10\)70141-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(10)70141-8)
18. Koroukian SM, Dong W, Berger NA. Changes in age distribution of obesity-associated cancers. JAMA Netw Open 2019;2(8):e199261.
<http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9261>
19. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Paris: INSERM;DREES; 2017.
https://cress-umr1153.fr/wp-content/uploads/2023/09/epope_ENP2016_Rapport.pdf
20. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Paris: INSERM; 2022.
https://cress-umr1153.fr/wp-content/uploads/2023/09/epope_ENP2021_Rapport_MAJ_Juin2023.pdf
21. Schon SB, Cabre HE, Redman LM. The impact of obesity on reproductive health and metabolism in reproductive-age females. Fertil Steril 2024;122(2):194-203.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.04.036>

22. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Sonigo C, Robin G, Boitrelle F, Fraison E, Sermondade N, *et al.* Prise en charge de première intention du couple infertile : mise à jour des RPC 2010 du CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2024;52(5):305-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2024.01.014>
23. Boedt T, Vanhove AC, Vercoe MA, Matthys C, Dancet E, Lie Fong S. Preconception lifestyle advice for people with infertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021; Issue 4: CD008189. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008189.pub3>
24. Institute of Medicine, National Research Council, Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington: National Academies Press; 2009. <https://www.sochob.cl/pdf/libros/Weight%20Gain%20During%20Pregnancy-%20Reexamining%20the%20Guidelines.pdf>
25. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Moisy M. Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? *Etudes et Résultats* 2017;(1045).
26. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal, Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, *et al.* Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2021;49(5):305-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2021.03.010>
27. Collège français d'échographie fœtale, Haute Autorité de Santé. Surpoids maternel et échographie fœtale. Points clés et solutions pour la sécurité du patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2740846/fr/ssp-surpoids-maternel-et-echographie-foetale-fiche
28. Santé publique France, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018. Saint-Maurice: SPF; 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
29. Martínez-Hortelano JA, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Sanabria-Martínez G, Poyatos-León R, Martínez-Vizcaino V. Interpregnancy weight change and hypertension during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2020;135(1):68-79. <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003573>
30. Steinig J, Nagl M, Linde K, Zietlow G, Kersting A. Antenatal and postnatal depression in women with obesity: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(4):569-85. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-017-0739-4>
31. Haute Autorité de Santé, Fédération française anorexie boulimie. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge
32. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:9. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-7-9>
33. Mok E, Multon C, Piguel L, Barroso E, Goua V, Christin P, *et al.* Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of prepregnant obese women: a need for extra support. *Pediatrics* 2008;121(5):e1319-24. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2747>
34. Wojcicki JM. Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *J Womens Health* 2011;20(3):341-7. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2248>
35. Brown A, Rance J, Warren L. Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery* 2015;31(1):80-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.003>
36. Hauff LE, Demerath EW. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *Am J Hum Biol* 2012;24(3):339-49. <http://dx.doi.org/10.1002/ajhb.22238>
37. Lepe M, Bacardí Gascón M, Castañeda-González LM, Pérez Morales ME, Jiménez Cruz A. Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. *Nutr Hosp* 2011;26(6):1266-9. <http://dx.doi.org/10.1590/s0212-16112011000600012>
38. Ayton J, van der Mei I, Wills K, Hansen E, Nelson M. Cumulative risks and cessation of exclusive breast feeding: Australian cross-sectional survey. *Arch Dis Child* 2015;100(9):863-8. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-307833>
39. Preusting I, Brumley J, Odibo L, Spatz DL, Louis JM. Obesity as a predictor of delayed lactogenesis II. *J Hum Lact* 2017;33(4):684-91. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334417727716>
40. Oberlin P, de Peretti C. Bariatric surgery in France from 1997 to 2018. *Surg Obes Relat Dis* 2020;16(8):1069-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2020.04.022>
41. Quilliot D, Coupaye M, Gaborit B, Ritz P, Sallé A, Castera V, *et al.* Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT). *Nutr Clin Metab* 2019;33:254-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2019.09.004>
42. Brasseur C, Pirard C, Scholl G, de Pauw E, Viel JF, Shen L, *et al.* Levels of dechloranes and polybrominated diphenyl ethers (PBDEs) in human serum from France. *Environ Int* 2014;65:33-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2013.12.014>
43. Saoudi A, Fréry N, Zeghnoun A, Bidondo ML, Deschamps V, Gönen T, *et al.* Serum levels of organochlorine pesticides in the French adult population:

the French National Nutrition and Health Study (ENNS), 2006-2007. *Sci Total Environ* 2014;472:1089-99.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2013.11.044>

44. Dereumeaux C, Saoudi A, Pecheux M, Berat B, de Crouy-Chanel P, Zaros C, *et al.* Biomarkers of exposure to environmental contaminants in French pregnant women from the Elfe cohort in 2011. *Environ Int* 2016;97:56-67.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2016.10.013>

45. Nicolle-Mir L. Impact de l'amaigrissement sur les concentrations sériques de polluants organiques persistants*. *Environ Risques Santé* 2017;16(3):220-2.

46. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Avis relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans. Maisons-Alfort: ANSES; 2019.

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0143.pdf>

47. Haute Autorité de Santé. Traitements hormonaux de la ménopause. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

Participants

Groupe de lecture

Dr Katty ARDAENS, gynécologue-obstétricien, Seclin

Mme Sandrine BRUGERE, gynécologue médical, Bordeaux

Dr Camille CANAPLE, médecin généraliste, Lyon

Dr Barbara CHAVANNES, médecin généraliste, Villecresnes

M. David COMMUNAL, enseignant APA, Toulouse

Dr Jean-Dominique COSTE, gynécologue-obstétricien, Villeurbanne

Mme Marion LECORGUILLÉ, sage-femme, chercheuse postdoctorante, Paris

Mme Séverine LEDOUX, endocrinologue, Colombes

Dr Hélène LORAND-BENECH, médecin nutritionniste, Saint-Brieuc

Dr Julia MARUANI, gynécologue médical, Marseille

Pr Jacky NIZARD, gynécologue-obstétricien, Paris

Dr Pia DE REILHAC, gynécologue médical, Nantes

Dr Catherine PLOTTON, médecin généraliste, Roche-la-Molière

Mme Agnès SALLE, endocrinologue, Angers

Dr Agathe SCEMAMA, médecin généraliste, Paris

Mme Claudine SCHALCK, sage-femme, Paris

Dr Vincent VILLEFRANQUE, gynécologue-obstétricien, Eaubonne

Les institutions suivantes ont été consultées pour avis :

Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Direction Générale de la Santé

Direction de la Sécurité Sociale

Direction Générale de l'Offre de Soins santé

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

