

# Surpoids, Obésité, Évaluer

## Anamnèse

Retracer l'histoire pondérale

Évaluer :

- La motivation
- Les habitudes et apports alimentaires
- L'activité physique
- L'état psychologique

Rechercher un trouble du comportement alimentaire

Rechercher des facteurs favorisants

Différents tests sont présentés au verso de cette fiche, adaptés pour que le patient puisse y répondre par lui-même, par exemple dans une salle d'attente avant la consultation. Leur interprétation est présentée ci-dessous. Le verso de cette fiche peut ainsi être photocopié de manière à être distribué aux patients obèses.

### TEST MOTIVATIONNEL

Majorité de + : Chances de succès de la prise en charge importantes  
Majorité de - : Chances de succès faibles

### RELEVÉ ALIMENTAIRE

Disponible sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), mots clés : *outil consultation diététique*

Consommation de boissons sucrées ou alcoolisées  
Consommation d'aliments à forte densité énergétique  
Taille des portions, mode de cuisson, assaisonnement

### TEST DE RICCI ET GAGNON

< 16 points : peu actif 16-32 points : assez actif >32 points : très actif

### EVALUATION DE L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

Interprétation subjective et orientation vers un praticien spécialisé

### SCOFF

Risque de trouble du comportement alimentaire si au moins 2 réponses positives

## Examen

### Poids, Taille, IMC, tour de taille

Tension artérielle  
(avec un brassard adapté)

Rechercher des signes de complications

- Angor, dyspnée
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Reflux gastro-œsophagien
- Troubles ostéo-articulaires et cutanés

Dépistage de néoplasies



## Bilan biologique

**Bilan lipidique systématique (Triglycérides, LDL-cholestérol, HDL-cholestérol)**

Glycémie à jeun si âge > 45 ans et IMC > 28kg/m<sup>2</sup>

Pas de dosage systématique de la TSH et du cortisol libre urinaire/24h

**AUTO-ÉVALUATION**  
Entourez vos réponses !

TEST MOTIVATIONNEL					
Venez-vous consulter pour perdre du poids de votre propre initiative ?				OUI +	NON -
Pour vous, perdre du poids c'est	Pas important -	Peu important +	Assez important ++	Très important +++	
Etes vous prêt à modifier vos habitudes dans le but de perdre du poids ?	NON -	Pourquoi pas +	Vous l'envisagez ++	Vous êtes prêt +++	
Combien de kilos selon vous avez-vous à perdre ?	5-15 kilos +		15-30 kilos -	Plus de 30 kilos --	
Attendez-vous des bénéfices d'une perte de poids ?			Peu -	Beaucoup +	

ÉVALUATION DES APPORTS ALIMENTAIRES		
Avez-vous l'impression de manger vite ?	OUI	NON
Avez-vous l'impression de manger des quantités plus importantes que votre entourage ?	OUI	NON
Grignotez-vous ?	OUI	NON

TEST DE RICCI ET GAGNON					
	1	2	3	4	5
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère	Modérée	Moyenne	Intense	Très intense
En dehors de votre travail, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage ?	<2 h	3 à 4 h	5 à 6 h	7 à 9 h	>10 h
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	<15 min	16-30 min	31-45 min	45-60 min	>60 min
Combien d'étages en moyenne montez vous à pied chaque jour ?	<2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	>16
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ou récréatives ?	Non				Oui
À quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	3 fois par semaine	>4 fois par semaine
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	<15 min	16-30 min	31-45 min	45-60 min	>60 min
Habituellement comment percevez-vous votre effort ?	Très facile				Difficile

ÉVALUER L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE		
Êtes-vous gêné(e) par le regard des autres ?	OUI	NON
Pouvez-vous vous regarder dans un miroir ?	OUI	NON
Vous interdisez-vous certaines activités du fait de votre poids ?	OUI	NON
Existe-t-il une culpabilité vis à vis de votre poids ?	OUI	NON
Votre poids est-il selon vous une source de discrimination, d'isolement ?	OUI	NON
Quelle image avez-vous de vous même ?		

SCOFF		
Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?	OUI	NON
Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	OUI	NON
Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en moins de 2 mois ?	OUI	NON
Vous trouvez-vous trop gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?	OUI	NON
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	OUI	NON