

Nutrition spécifique : 4 vignettes cliniques

Laëtitia Verger - Maître d'enseignement à la Haute Ecole de Santé de Genève

Tatiana Martins - Assistante à la Haute Ecole de Santé de Genève

05 Novembre 2026

unisanté
Centre universitaire de médecine générale et santé publique · Lausanne

Hes·so GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
University of Applied Sciences Western Switzerland

Conflits d’intérêts

Aucun

Certains visuels de cette présentation ont été générés par de l'intelligence artificielle

Vignette 1

Données du patient

Enzo Nepse

- Âge: 75
- Asthénie, diminution de ses AVQ depuis quelques mois
- Taille : 1m72
- Poids ce jour (au cabinet) 61 kg I Poids habituel : 65 kg (il y a 4 mois)
- Contexte de vie : seul à domicile, décès de son épouse il y a une année.
- Polymorbidités : BPCO, >dyspnée à l’effort depuis quelques mois.
- Symptômes : inappétence, plaisir à s’alimenter (EVA : 2/10) en diminution
- Ingesta : 2 repas/j depuis plusieurs semaines, il saute régulièrement le dîner, car il n’a pas envie de cuisiner pour lui seul.



Wooclap

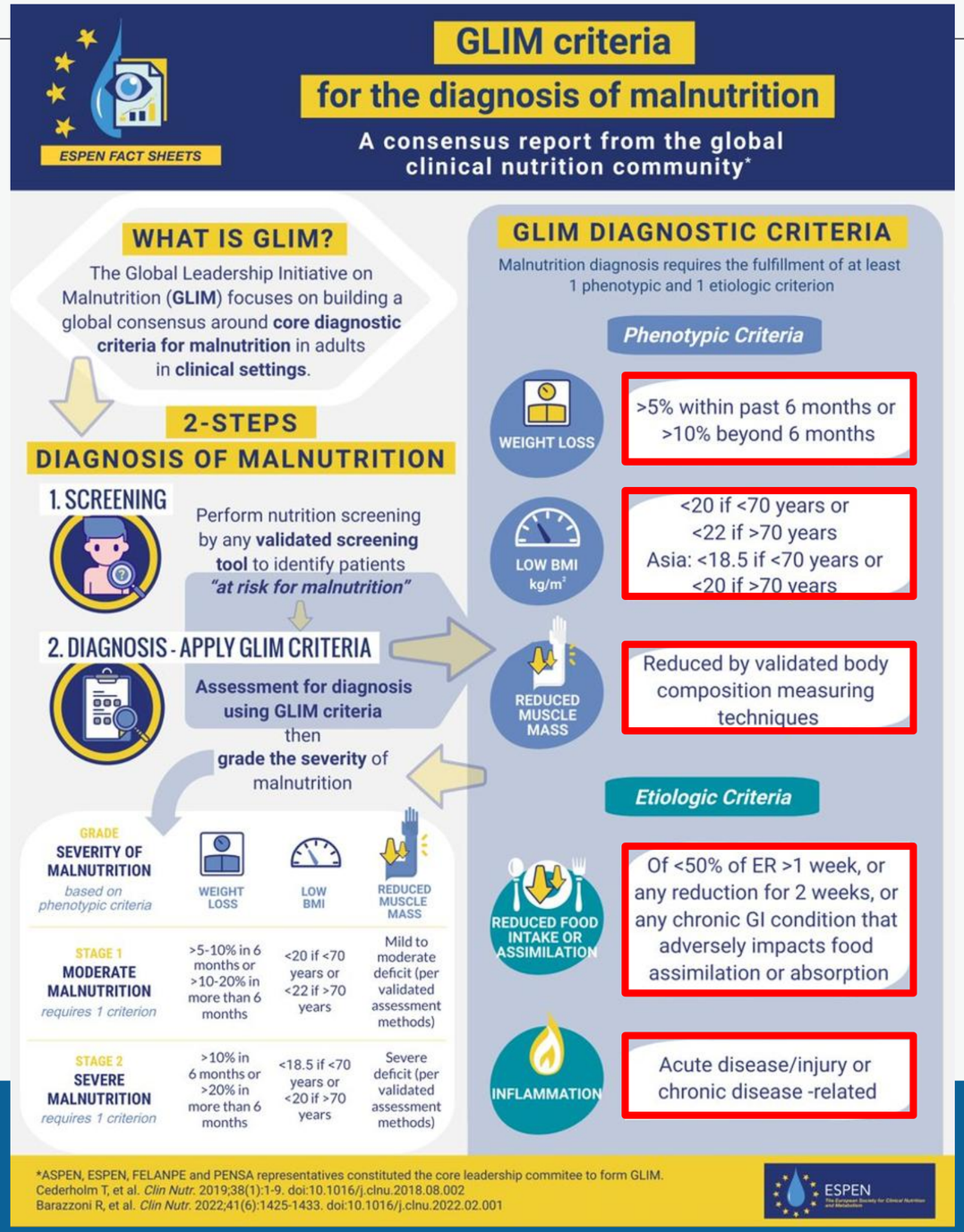


Allez sur wooclap.com

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

JOANUFY



-6.2% en 4 mois

IMC actuel : 20.6 kg/m2
IMC habituel : 22 kg/m2

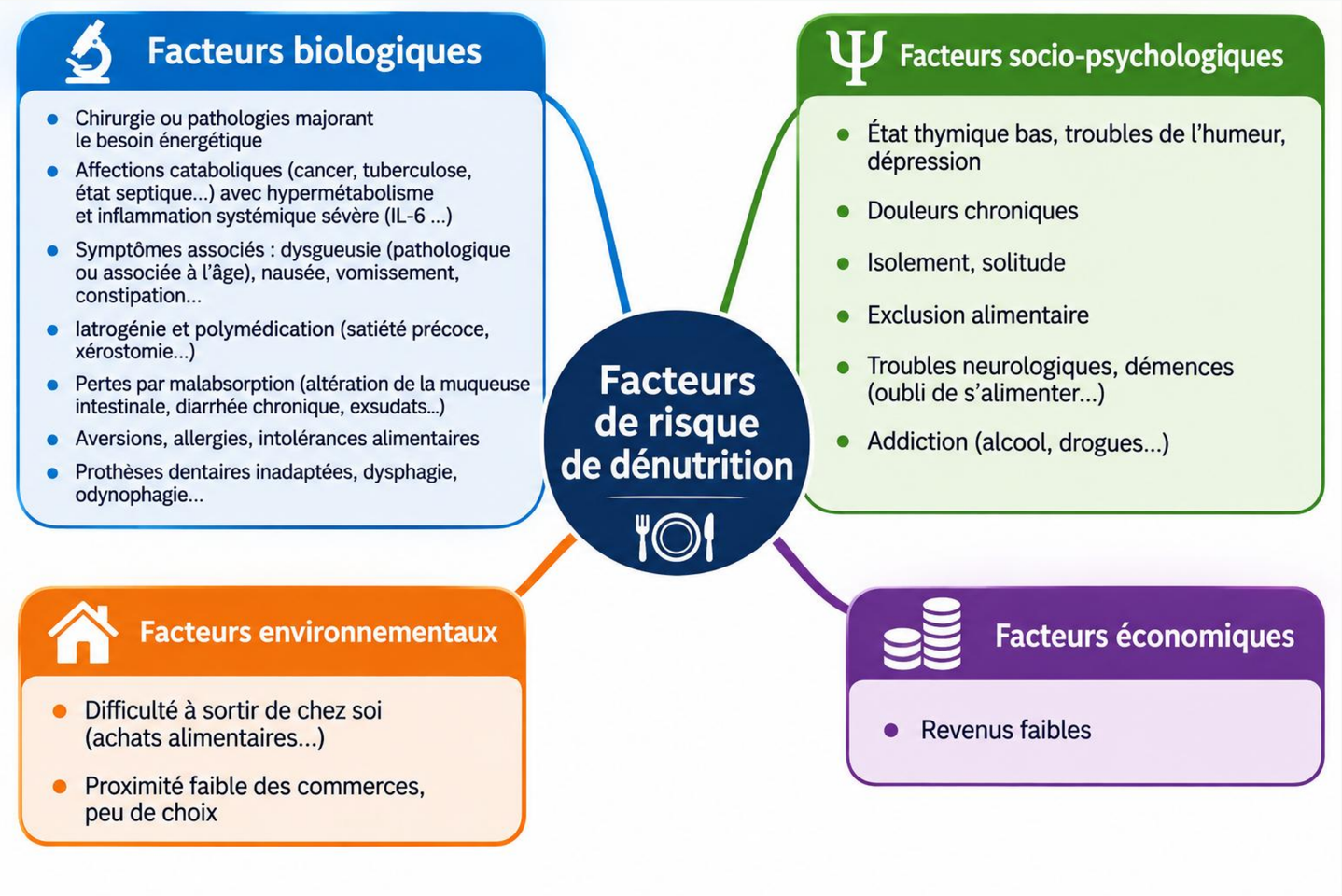
Handgrip : 25 kg

Apports alimentaires 50% depuis 1-2 mois

BPCO. CRP : 38mg/L

Malnutrition protéino-énergétique

Déterminants et prévalence

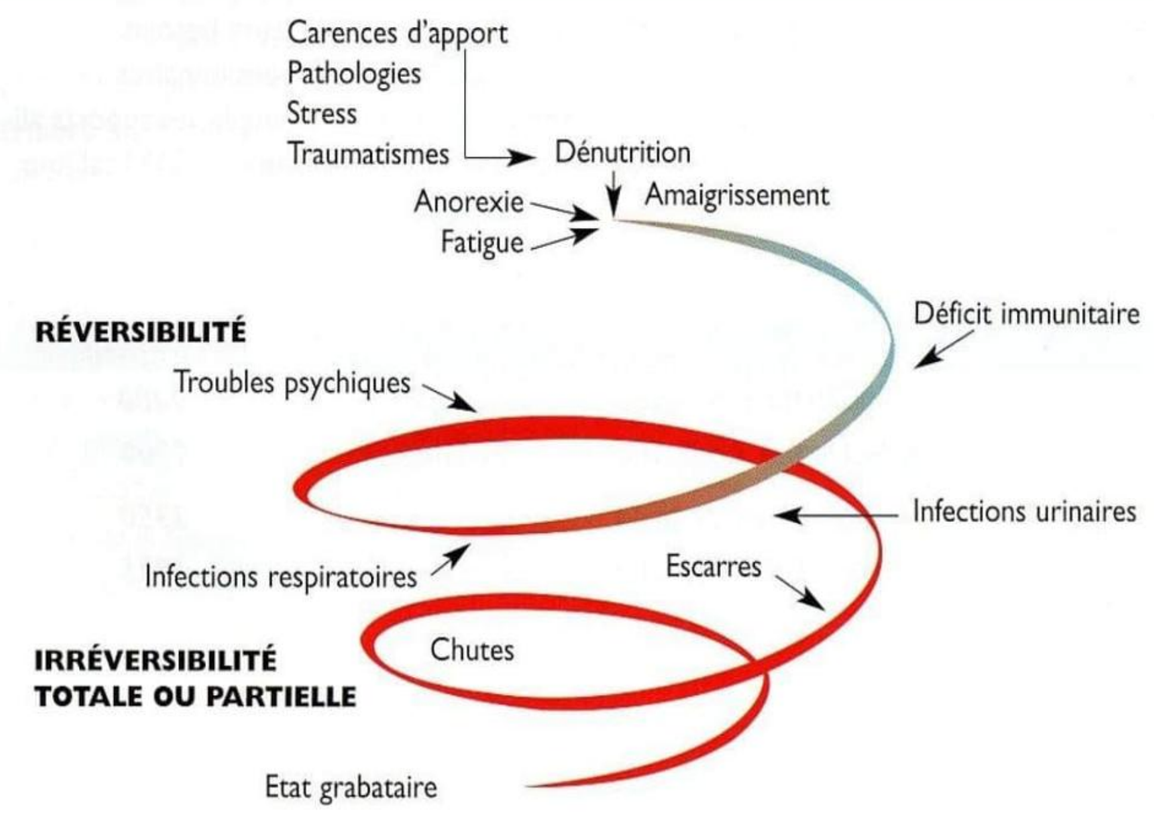


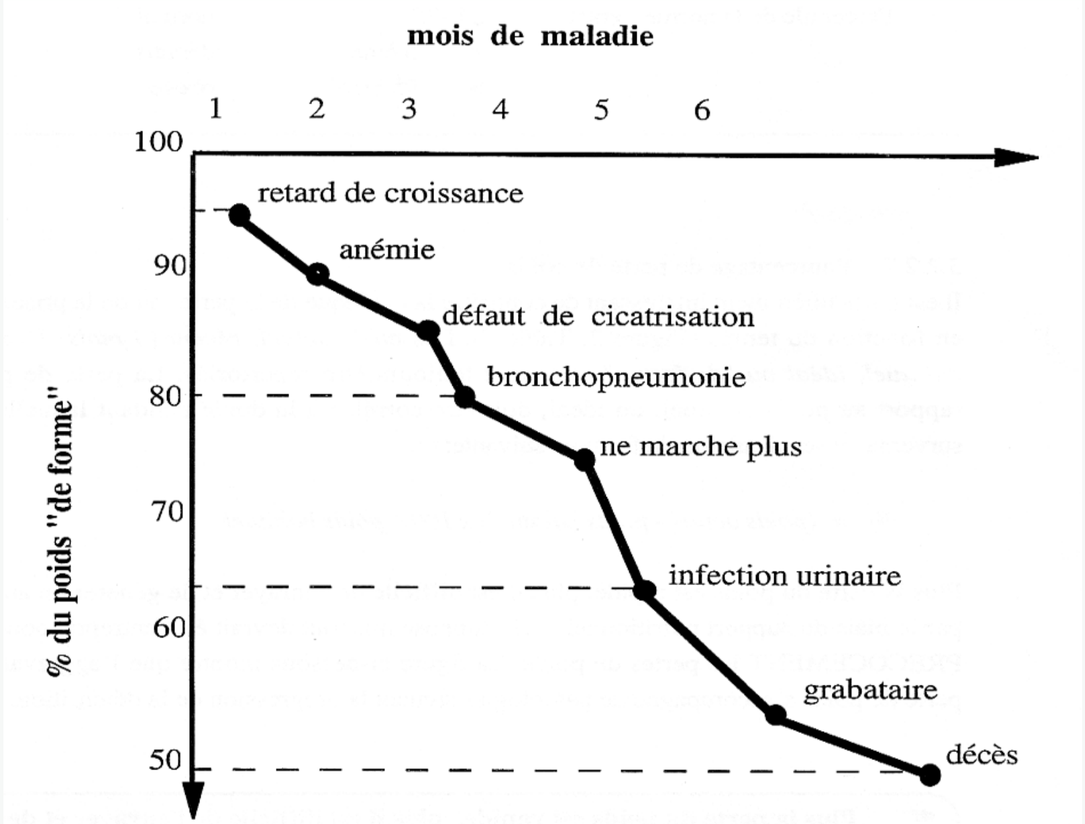
Prévalence du risque de dénutrition >65ans
En Suisse

Milieu hospitalier:	80%
EMS:	65%
Communauté:	35%

Schéma non exhaustif!

Conséquences de la dénutrition : pourquoi s'en préoccuper ?





Evaluation nutritionnelle (suite)

Antécédents **Médicaments**	Médico-chirurgicaux: personnels, familiaux Psycho-sociaux, contexte de vie Traitements, médecine parallèle/alternative, supplémentation existante
Mesures anthropométriques	Taille, poids, IMC Histoire et cinétique pondérale
Histoire alimentaire	Apport, administration d'aliments et nutriments, tolérance Connaissances, croyances Disponibilité des aliments Qualité de vie en lien à la nutrition Sensations alimentaires (appétit, satiété, lien ingesta / émotions…) Activité physique
Signes physiques axés nutrition	Examen clinique tégumentaire (peau, phanères) Examen clinique oro-buccal et pharyngé (lèvres, langue, dentition, déglutition, odorat, goût…) Transit Fonte musculaire, perte de tissu adipeux Affect
Données biochimiques, examens d'évaluation	Données de laboratoire (électrolytes, inflammation…) Calorimétrie indirecte BIA et caliper (composition corporelle), handgrip (capacités fonctionnelles)

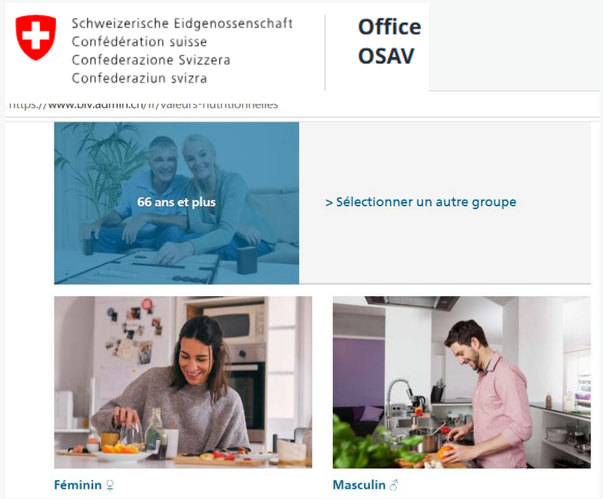
Evaluation nutritionnelle selon le PSN (processus de soin en nutrition)

1. Agir sur l'étiologie
2. Anamnèse alimentaire
   - Calculs des apports
   - Préférences alimentaires…
3. Estimation des besoins nutritionnels
   - Calorimétrie indirecte selon situation
   - Formules rapides, équations de prédiction
   - Apports journaliers recommandés (hydratation, micronutriments)



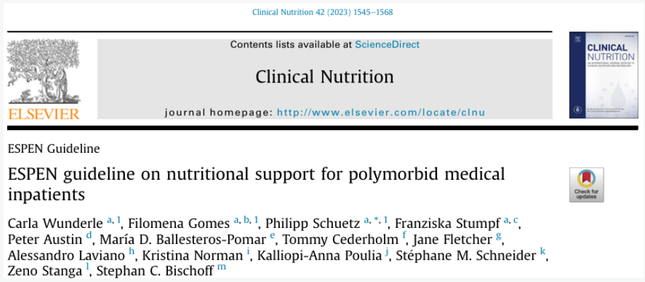
Objectifs nutritionnels

En bonne santé :



Guidelines situations pathologiques :

ESPEN
The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism


Clinical Nutrition 42 (2023) 1545–1568

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/clnu

ESPEN Guideline

ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients

Carla Wunderle [a, 1], Filomena Gomes [a, b, 1], Philipp Schuetz [a, *, 1], Franziska Stumpf [a, c], Peter Austin [d], María D. Ballesteros-Pomar [e], Tommy Cederholm [f], Jane Fletcher [g], Alessandro Laviano [h], Kristina Norman [i], Kalliopi-Anna Poulia [j], Stéphane M. Schneider [k], Zeno Stanga [l], Stephan C. Bischoff [m]


Clinicalnutrition.science

Boîte à outils pour une gestion nutritionnelle individualisée et fondée sur des preuves

Clinicalnutrition.science est un site indépendant qui vise à faciliter une gestion nutritionnelle individualisée et fondée sur des preuves des patients. Les algorithmes et les données sont basés sur les résultats de grandes études cliniques telles que l'étude EFFORT et permettent le transfert des connaissances de la théorie vers la pratique.

NutriScreen NutriCalc NutriGo NutriPro NutriPlate NutriRisk NutriBib

Selon objectif thérapeutique général:

- Maintenir voire améliorer l'état nutritionnel et fonctionnel
- Limiter la malnutrition et les carences en nutriments
- Fractionner et enrichir (=limiter le volume) les repas pour prévenir la dyspnée postprandienne et améliorer l'adhésion des patients BPCO

En prévention: dépistage du risque nutritionnel >2x/an

Après avoir écarté le risque de syndrome de renutrition, assurer la couverture progressive des besoins nutritionnels

- Energétiques
  - 1647- 1830 kcal/j (27-30kcal/kg poids actuel/j)
- Protidiques
  - 73-92g/j (1.2-1.5g/kg poids actuel/j)
- Micronutriments
- Hydriques
  - Besoins selon population âgée en bonne santé, examen clinique et labo

Intervention et surveillance diététiques

SVDE ASDD — Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen · Association suisse des diététicien-ne-s · Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i

FMH

tarifsuisse ag

PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE

(selon l'art 9b OPAS)

Données personnelles du/de la patient-e

Nom
Prénom ☐ m ☐ f
Date de naissance
Rue
NPA/Lieu
Tél. privé
Employeur
Tél. prof.
Assureur-maladie
N° d'assuré(e) / AVS

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Invalidité

Nombre de consultations

Adresse du/de la médecin responsable

Adresse du/de la diététicien-ne

Maladie

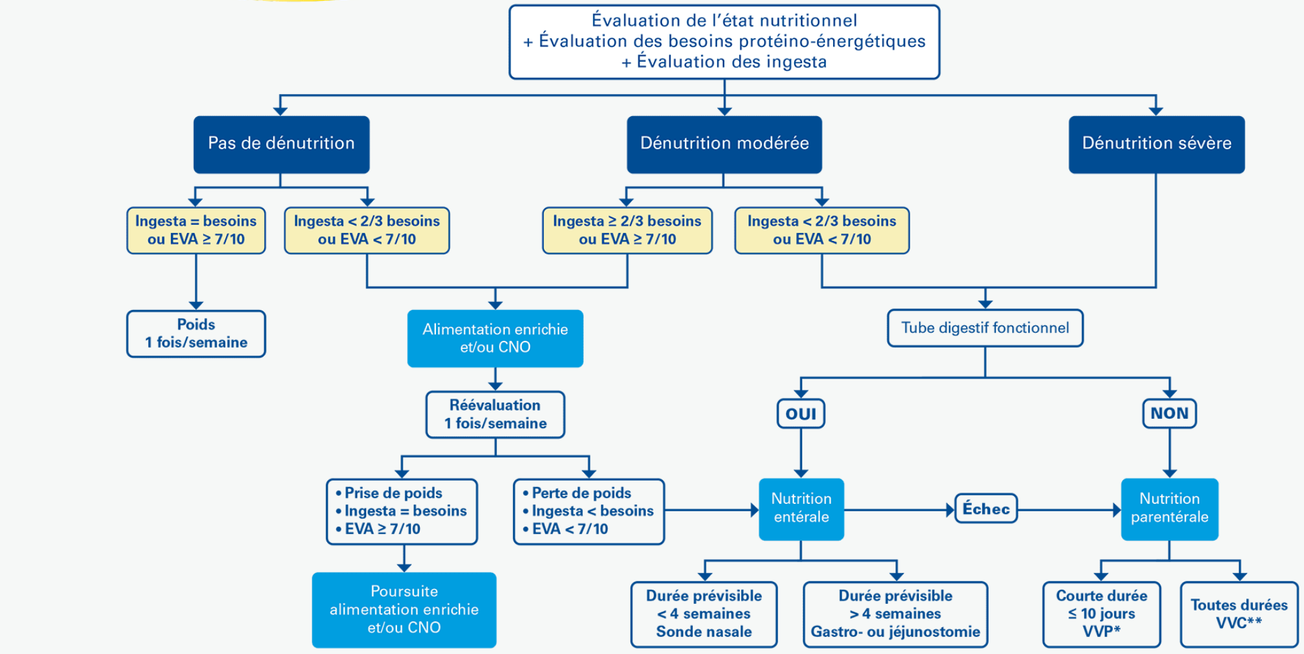
- ☐ Troubles du métabolisme
- ☐ Obésité (IMC ≥ 30 kg/m2)
- ☐ Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m2), associé à une affection secondaire, sur laquelle la perte de poids peut avoir une influence favorable
- ☐ Obésité des enfants et adolescents (indice de masse corporelle > 97e percentile). Ou indice de masse corporelle > 90e percentile et maladies concomitantes causées par le surpoids ou combinées à ce dernier, selon l'annexe 1, chapitre 4 OPAS
  - ☐ 1. Thérapie individuelle (max. 6 consultations dans l'intervalle de 6 mois)
  - ☐ 2. Traitement multi-professionnel structuré individuel (MSIT)
- ☐ Maladies cardio-vasculaires
- ☐ Maladies du système digestif
- ☐ Maladies des reins
- ☐ Etats de malnutrition ou de dénutrition

Prise en charge LAMal jusqu'à 12 consultations / an
Liste diététicien-nes
(ASDD, CMS, Avasad, HomeCare, hôpitaux…)

Arbre décisionnel du soin nutritionnel

SFNCM Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme — Nourrir l'Homme malade

Article référent : C Bouteloup et al. Nutr Clin Metabol 2014:28 www.sfncm.org http://em-consulte.com/revue/nutcli



EVA : échelle visuelle ou verbale analogique - CNO : compléments nutritionnels oraux - VVP : voie veineuse périphérique - VVC : voie veineuse centrale
*permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques
**sauf PICC (peripherally inserted central catheter) durée d'utilisation limitée à 6 mois

Une intervention nutritionnelle possible…

Comment présenter un SNO aux patients ?

- Présentez-le sans à priori avec un **message « positif »** (effet halo)
- Expliquez le traitement au patient: c'est un **médicament**
- Beaucoup de progrès au niveau du goût et de la texture
- Proposez différents arômes et textures («Starter kits» possibles)
- Planifiez comme un complément en plus des repas existants
- Consommable dans les 24h une fois ouvert (plusieurs prises possibles)
- Donnez-le si possible à **distance des repas** ex. 15h, après souper
  ↳ **2h avant ou après** idéalement (sauf cf Echelle Blandford)
- **Informez** le-la patient-e: petites gorgées, en >30mn, **très frais**, entre les repas (si autonome)
- **Avertissez** le/la diététicien-ne si le patient ne prend pas ses SNO
  Réévaluer 1x/mois minimum





Exemple de starter kits (chez Axelcare)

Bibliographie

Dia 6

Cederholm, T., Jensen, G., Correia, M., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans, D., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K., Morley, J., Fuchs, V. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community.. *Clinical nutrition, 38 1*, 1-9.

Dia 7

Pourhassan, M., Pfannkuch, S., Stoev, K., Schnepper, M., Levermann, I., Wang, B., Giehl, C., Trampisch, U., Funk, L., Gehrke, I., Schröer, W., Volkert, D., & Wirth, R. (2026). Determinants of malnutrition in older hospitalized patients: a prospective multicenter study with the DoMAP model. *BMC Geriatrics, 26*. https://doi.org/10.1186/s12877-026-07612-6

Pfannkuch, S., Wirth, R., Trampisch, U., Volkert, D., & Pourhassan, M. (2025). Potential causes of malnutrition in older adults in primary healthcare—A cross-sectional study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 30*. https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100745

Volkert, D., Kiesswetter, E., Cederholm, T., Donini, L., Eglseer, D., Norman, K., Schneider, S., Ströbele-Benschop, N., Torbahn, G., Wirth, R., & Visser, M. (2019). Development of a Model on Determinants of Malnutrition in Aged Persons: A MaNuEL Project. *Gerontology and Geriatric Medicine, 5*. https://doi.org/10.1177/2333721419858438

Graf-Genton, L., & Graf, C. (2020). Dénutrition chez la personne âgée. Revue médicale de la Suisse, 16(679), 189-190.

Dia 8

Ferry M. (2012). Dénutrition. Conférence SFGG. https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-monique-ferry.pdf

Heymsfield S.B. (1979). Ann. Intern. 90: 63-71.

Dia 10

Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV). (s. d.). Nutriments. https://www.blv.admin.ch/fr/nutriments

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). (s. d.). ESPEN scientific guidelines (PDF versions). https://www.espen.org/guidelines/espen-scientific-guidelines-pdf-versions

EFFORT Team. (s. d.). Clinicalnutrition.science: Toolbox for individualized and evidence-based nutritional management. https://clinicalnutrition.science/en/

Wunderle, C., et al. (2023). ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. Clinical Nutrition, 42(9), 1545–1568.

Vignette 2

Données de la patiente



Léa Dupuis

- Âge: 27
- Employée de bureau, course à pied 4×/semaine (prépare un semi-marathon)
- Asthénie depuis 3 mois, dyspnée d'effort
- Fourmillements dans les pieds depuis quelques semaines
- Règles abondantes
- Projet de grossesse dans l'année
- Aucun traitement — « Je mange très sainement »

L’anamnèse alimentaire

« Je mange sainement » : une information insuffisante.

01

Rappel des 24 heures : « Qu'avez-vous mangé et bu hier, du lever au coucher ? »

02

Exclusions : « Y a-t-il des aliments que vous ne consommez jamais ? Depuis quand, et pour quelle raison ? »

03

Aliments d'origine animale : viande, poisson, œufs, produits laitiers

04

Compléments alimentaires et aliments enrichis : lesquels, à quelle dose, à quelle fréquence ?

05

Activité physique : volume d'entraînement, appétit, adéquation des apports

L’anamnèse alimentaire

« Je mange sainement » : une information insuffisante.

01

Rappel des 24 heures : « Qu'avez-vous mangé et bu hier, du lever au coucher ? »

02

Exclusi…

03

…s d'origine

…its

04

Compléments alimentaires et aliments enrichis : lesquels, à quelle dose, à quelle fréquence ?

Léa suit une **alimentation végétalienne depuis 2 ans**, pour des raisons éthiques. Elle ne prend **aucun complément alimentaire**.

Activité physique : volume d'entraînement, appétit, adéquation des apports

alimentation végétarienne = exclusion de la viande et du poisson

alimentation végétalienne = exclusion de tous les aliments d'origine animale

Bilan & Wooclap

Le bilan sanguin prescrit par son médecin met en évidence :

- une anémie ferriprive
- un déficit en vitamine B12



Allez sur wooclap.com

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

DKBRUEJ

Les nutriments critiques

Nutriment	Enjeu	Stratégies
Vitamine B12	Aucune source végétale fiable	Supplémentation systématique et à vie
Fer	Fer non héminique, de biodisponibilité plus faible	Légumineuses, céréales complètes, oléagineux ; source de vitamine C au même repas ; thé et café à distance des repas
Zinc	Absorption réduite par les phytates	Trempage, germination, fermentation (pain au levain)
Iode	Absence de poisson et de produits laitiers	Sel iodé
Vitamine B9	Apports généralement élevés en alimentation végétale ; besoins accrus en préconception	Acide folique 400 µg/j en périconception en plus d'une alimentation riche en folates, en coordination avec le médecin
Calcium	Absence de produits laitiers	Boissons végétales enrichies, tofu préparé avec un sel de calcium, eaux minérales riches en calcium
Vitamine D	Peu présente dans l'alimentation ; production cutanée insuffisante en hiver, quel que soit le type d'alimentation	600 UI/j enfants / adolescents / adultes 18-59 ans / femmes enceintes / allaitantes supplémentation conseillée en hiver
Oméga-3 à longue chaîne (EPA, DHA)	Conversion limitée à partir de l'acide alpha-linolénique (ALA)	Huiles de colza et de lin, noix ; huile de microalgues pendant la grossesse et l'allaitement
Protéines	Apports généralement suffisants si l'alimentation est variée	Légumineuses, soja et dérivés, céréales, chaque jour

Wooclap



Allez sur wooclap.com

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

XCLSAUL

Prise en charge proposée pour Léa

- **Vitamine B12 :**
  - correction du déficit selon la prescription médicale, puis supplémentation d'entretien à vie
- **Fer :**
  - optimisation des apports et de la biodisponibilité ; supplémentation selon la prescription médicale
- **Calcium et iode :**
  - boissons végétales enrichies, sel iodé
- **Désir de grossesse :**
  - préparation nutritionnelle préconceptionnelle (acide folique, iode, DHA), en coordination avec le médecin
- **Consultation diététique :** évaluation nutritionnelle complète et plan alimentaire adapté à l'activité sportive

Intervention interprofessionnelle

Professionnel·le	Rôle auprès de Léa
Médecin de premier recours	Diagnostic et correction des déficits (vitamine B12, fer), suivi biologique, prescription diététique, coordination des soins
Diététicien·ne ASDD	Évaluation et diagnostic nutritionnels (PSN) ; plan alimentaire végétalien couvrant les besoins liés au sport et à la période préconceptionnelle ; supplémentation d'entretien en vitamine B12 ; éducation nutritionnelle
Gynécologue ou sage-femme	Consultation préconceptionnelle (acide folique, iode)
Pharmacien·ne	Choix des compléments alimentaires (forme, dosage, compatibilité avec une alimentation végétalienne)

Take-home messages

Au-delà de « je mange sainement » : une anamnèse alimentaire ciblée, incluant les compléments alimentaires.

Alimentation végétalienne = supplémentation en vitamine B12 systématique et à vie ; la spiruline et les algues ne sont pas des sources fiables.

Fer, calcium, iode, oméga-3 et vitamine D : des nutriments critiques, couvrables par une alimentation planifiée.

Une alimentation végétarienne ou végétalienne bien planifiée est compatible avec un bon état de santé : l'accompagner plutôt que la remettre en question.

Orientation vers un·e diététicien·ne : grossesse ou désir de grossesse, allaitement, enfance, grand âge, sport intensif, déficits avérés.

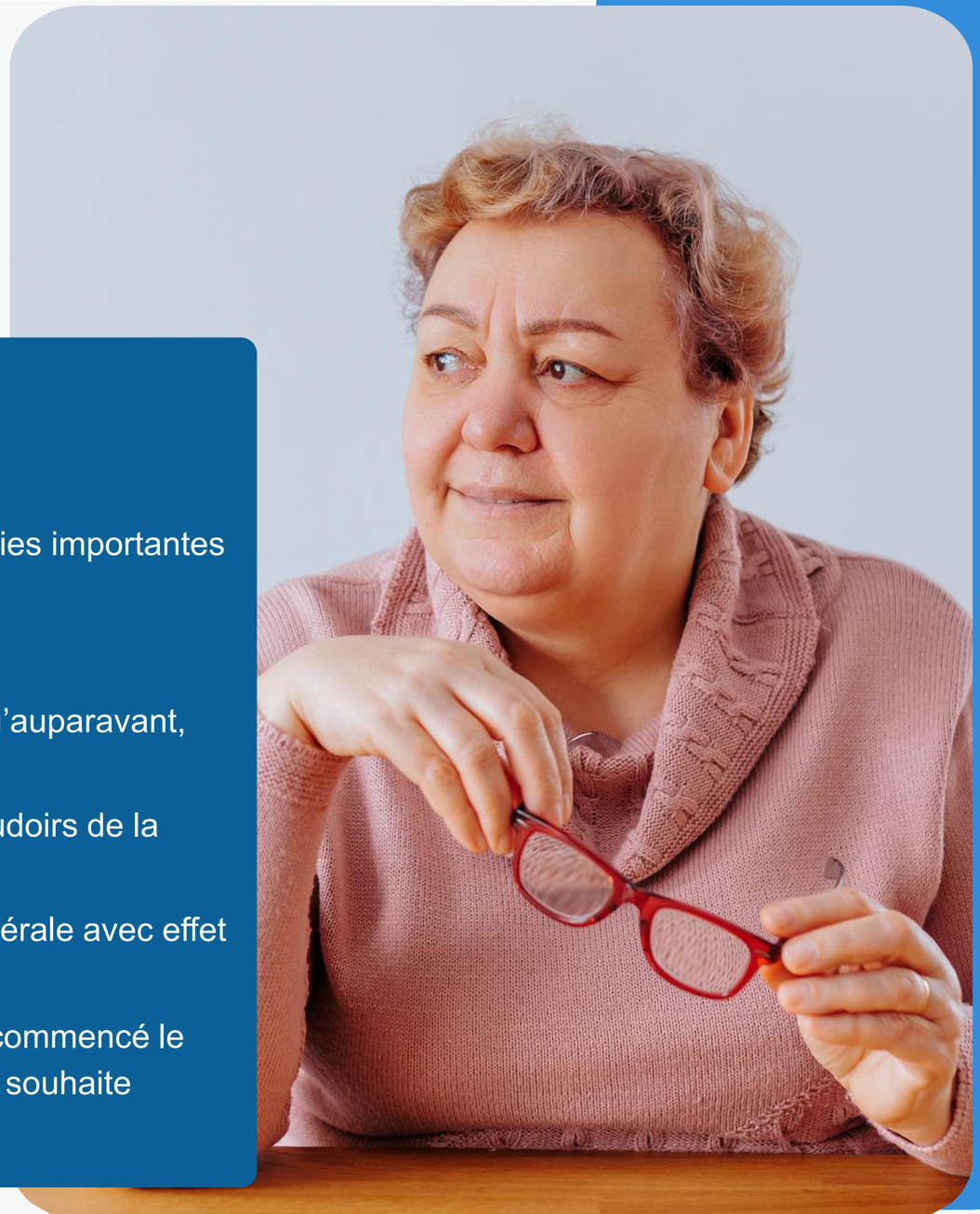
Pendant la grossesse, l’alimentation végétalienne est déconseillée, et si la patiente la maintient, un suivi étroit est conseillé.

Bibliographie

- Société Suisse de Nutrition. Feuille d'info : alimentation végétalienne [Internet]. Berne: SSN; [cité 2026 Nov 2]. Available from: https://www.sge-ssn.ch/media/dhbprcon/feuille-dinfo-alimentation-vegetalienne.pdf
- Société Suisse de Nutrition. InfoFlash : la vitamine B12 [Internet]. Berne: SSN; 2026 [cité 2026 Nov 2]. Available from: https://www.sge-ssn.ch/media/bylhezif/vitamine-b12-2026.pdf
- Commission fédérale de l'alimentation. Régimes végétaliens : analyse des avantages et des inconvénients sur le plan nutritionnel et pour la santé [Internet]. Berne: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires; 2018 [cité 2026 Nov 2]. Available from: https://www.blv.admin.ch/dam/fr/sd-web/TYuS55LXLJml/eek-veganen-ernaehrung-fr.pdf
- Schüpbach R, Wegmüller R, Berguerand C, Bui M, Herter-Aeberli I. Micronutrient status and intake in omnivores, vegetarians and vegans in Switzerland. Eur J Nutr. 2017;56(1):283-93. doi:10.1007/s00394-015-1079-7
- Berger MM, Shenkin A, Schweinlin A, Amrein K, Augsburger M, Biesalski HK, et al. ESPEN micronutrient guideline. Clin Nutr. 2022;41(6):1357-424. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.015
- Wang H, Li L, Qin LL, Song Y, Vidal-Alaball J, Liu TH. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. Cochrane Database Syst Rev. 2018;3(3):CD004655. doi:10.1002/14651858.CD004655.pub3

Vignette 3

Données de la patiente



Charline Yvogew

- Âge: 61
- Diabète II (depuis 8 ans), obésité avec un IMC de 30.5 kg/m² (82kg, 1m64), gonalgies importantes
- Traitements : metformine.
- Paramètres biologiques : HbA1c 7,8 %.
- AVQ : marche peu, utilise sa voiture (en raison des gonalgies), moins endurante qu'auparavant, éprouve des difficultés à monter les escaliers.
- Lors de votre consultation, vous remarquez qu'elle doit prendre appui sur les accoudoirs de la chaise pour se relever.
- Histoire de poids : multiples tentatives de perte de poids suivies d'une reprise pondérale avec effet yoyo. Son objectif pondéral : -15 kg
- Sa demande : traitement injectable par analogues du GLP-1. Une de ses amies a commencé le Wegovy© et en est très satisfaite. Ne supportant plus sa condition actuelle, Mme Y souhaite commencer au plus vite

Cadre thérapeutique suisse : analogues du GLP-1 (Wegovy©)

Indications selon swissmedic:

Utilisé en complément d'une alimentation à faible restriction calorique et d'une activité physique accrue pour les :

- **Adultes** avec **IMC de base ≥30 kg/m2** (obésité)
  ou **≥27 kg/m2 (surpoids)** en présence d'au moins **une maladie** concomitante liée au poids.
- Adolescents >12 ans, en situation d'obésité conformément aux seuils internationalement acceptés, poids corporel >60 kg

Critères de remboursement selon la LAMal :

L'accès remboursé aux agonistes des récepteurs du GLP-1 par la LaMAL obéit à une réglementation spécifique en Suisse.

- Prescription initiale : spécialiste FMH en endocrinologie-diabétologie ou centre médical spécialisé dans l'obésité
- IMC ≥35 kg/m² ou IMC ≥28 kg/m² avec comorbidité
- Maintien du remboursement :
  - perte de poids ≥5% à 16 semaines et ≥10% à 10 mois (seuils portés à ≥7% et ≥12% si IMC initial >35 kg/m²).
- La durée maximale de prise en charge financière plafonnée à 3 ans de traitement, exposant au risque de reprise pondérale à l'arrêt.

Contre-indications majeures :

- Grossesse, projet de conception : arrêt nécessaire 2 mois avant
- Allaitement
- Hypersensibilité à l'ingrédient actif ou à l'un des excipients

Avertissements (cf effets indésirables) et précautions :

- Anesthésie générale ou sédation profonde prévue
- Antécédents de carcinome médullaire de la thyroïde ou de NEM2
- Pancréatite aigüe
- Gastroparésie ou symptômes digestifs sévères (nausées, vomissements, diarrhées…)
- Insuffisance rénale aigue (déshydratation particulièrement en cas de vomissements, diarrhées, apports hydriques insuffisants)
- Neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique (NAION)
- (…)

En Suisse, des directives cliniques publiées conjointement par les sociétés savantes de métabolisme et d'endocrinologie encadrent l'évaluation, l'instauration et les limites thérapeutiques du sémaglutide (Wegovy).

Wooclap

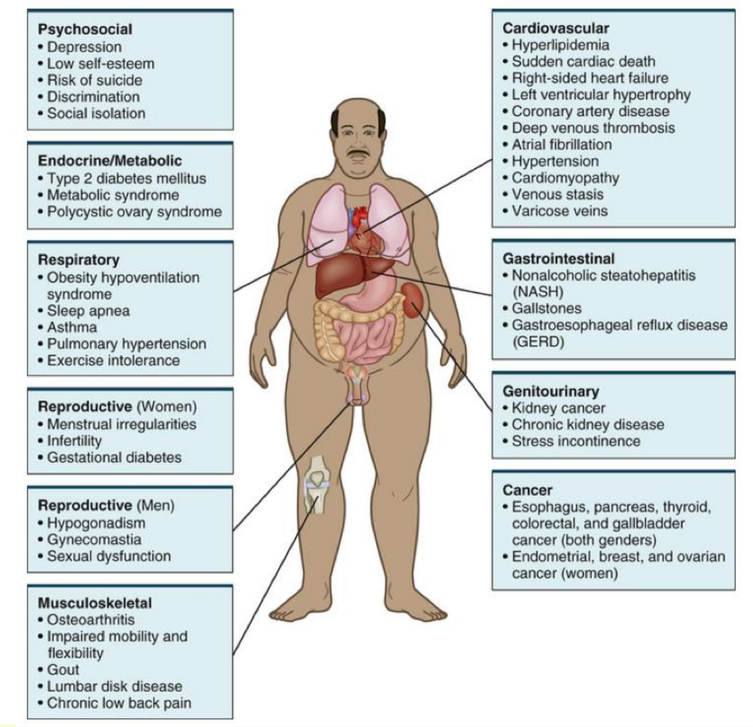
Allez sur wooclap.com
Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur
Code d'événement
GRXNZGC

Allez sur wooclap.com
Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur
Code d'événement
RGPASIB

Eléments d'évaluation nutritionnelle

- Contexte de vie (profession, situation familiale), ATCD médico-chirurgicaux personnels et familiaux, médicaments
- **Histoire pondérale**
  - Cinétique depuis la naissance, régimes +/- restrictifs, tentatives de perte de poids et résultats en lien…
- **Anamnèse alimentaire**
  - Habitudes alimentaires, préférences, exclusions, connaissances et croyances
  - Equilibre alimentaire pour assurer la couverture protéique, en micronutriments, hydrique
    Calculs des besoins VS apports (quantitatifs, qualitatifs)
- **Comportement alimentaire**
  - Déclencheurs de prise alimentaire, lien aux émotions, addictions (alcool), grignotages, compulsions (TCA), night-eating syndrome, restriction cognitive
- **Respect des sensations alimentaires** : faim et satiété PRIMORDIAL, rythme d'ingestion, mastication
- **Mesures anthropométriques et fonctionnelles**, circonférence de taille, handgrip, BIA (composition corporelle)
- Données **cliniques** et **paracliniques** (examen clinique, paramètres hépatiques, glycémiques…)
- Connaissance du traitement, attentes, motivations (intrinsèques, extrinsèques) à perdre du poids
- Co-construction d'objectifs avec la patiente (fondement de l'éducation thérapeutique)

Obésité, pathologie:
- Complexe
- Chronique
- Multifactorielle
- Récidivante



Obésité: complications potentielles

Dépister une obésité sarcopénique

Procédure diagnostique pour l'évaluation de l'obésité sarcopénique

EASO European Association for the Study of Obesity

ESPEN The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism



Dépistage

– IMC ou tour de taille élevé
– Paramètres évocateurs de sarcopénie : *symptômes cliniques, suspicion clinique ou questionnaire (SARC-F)*

Les 2 conditions doivent être présentes pour passer à l'étape diagnostic

Diagnostic

Diagnostic en 2 étapes :

1. Perturbation des paramètres musculaires fonctionnels à partir de la mesure de force (*hand grip*, lever de chaise)

Si le critère fonctionnel suggère la présence d'une OS, le processus diagnostic se poursuit avec la mesure de la composition corporelle

2. Perturbation de la composition corporelle avec augmentation de la masse grasse (%) et réduction de la masse musculaire mesurée par DEXA (ALM/poids) ou par impédancemétrie (SMM/poids)

Les 2 critères de perturbation de la masse et de la fonction doivent être présents pour attester de la présence d'une OS

Sévérité

Évaluation basée sur la présence de complications résultant de l'excès de masse grasse ou d'une moindre masse musculaire :

- Stade I : pas de complications
- Stade II : présence d'au moins une complication attribuable à l'OS (maladies métaboliques, cardiorespiratoire, incapacité physique…)

Obésité sarcopénique:

- Phénotype clinique (sous-type d'obésité)
- Coexistence d'une obésité, caractérisée par une accumulation excessive de masse adipeuse (masse grasse), et d'une sarcopénie, qui se manifeste par une diminution relative de la masse musculaire et de sa fonction.

- Consensus dépistage et diagnostic (2022)
- Interventions SOGLI (2026)

- Concerne aussi les adultes (#seniors)
- Prévalence variable selon les études (âge, méthode de mesure, critères, situations…)
  - Obésité +/- sévère: 11% >65 ans (2021)
  - USA: 28% >60 ans (2022)
  - Obésité II, patients hospitalisés, >60ans : 23.3 à 40%

Dépister une obésité sarcopénique

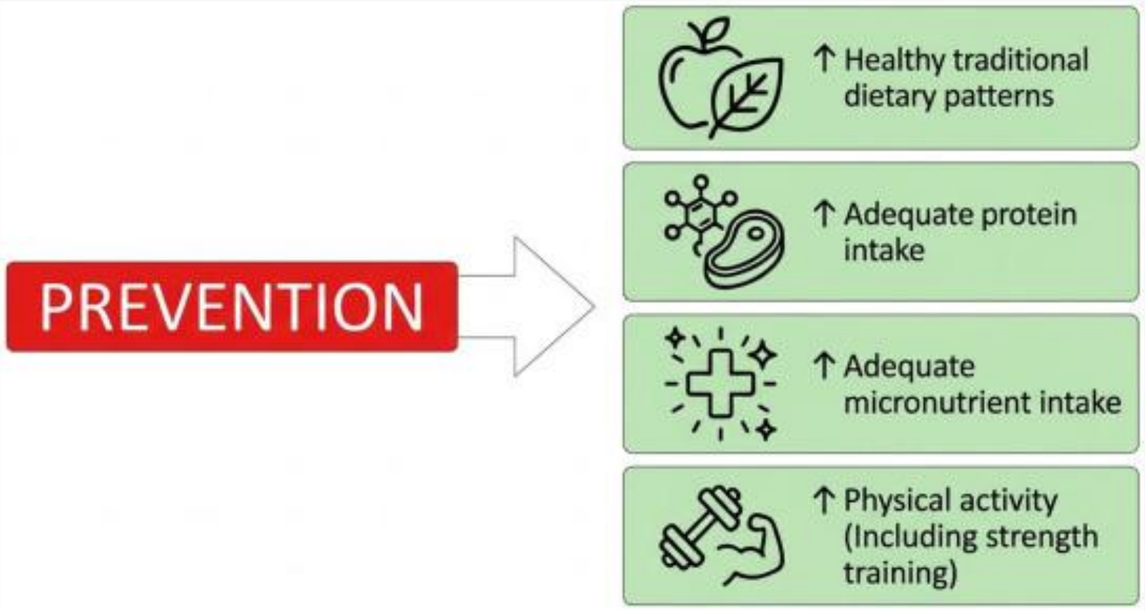
TABLEAU 3 Seuils diagnostiques de l'obésité sarcopénique selon l'âge et le sexe

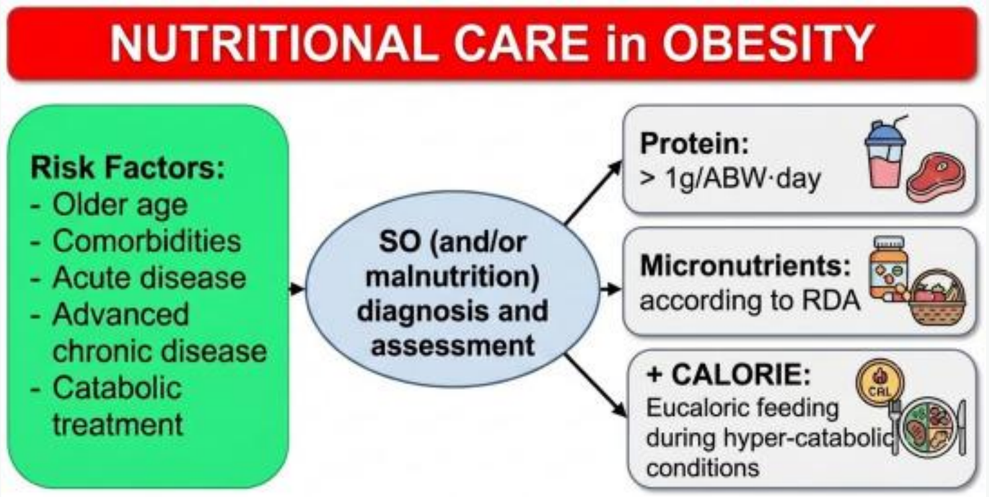
[a]Dans une population majoritairement caucasienne; [b]Limites différentes selon les études.
ALM : masse maigre appendiculaire ; BIA : impédance bioélectrique ; DXA : absorptiométrie biphotonique à rayons X ; IMC : indice de masse corporelle ; N/A : absence de données ; SMM : masse musculaire squelettique.

	Homme < 60 ans	Femme < 60 ans	Homme > 60 ans	Femme > 60 ans	
IMC	≥ 30 kg/m²	≥ 30 kg/m²	≥ 30 kg/m²	≥ 30 kg/m²	30.5
Tour de taille	≥ 102 cm	≥ 88 cm	≥ 102 cm	≥ 88 cm	90
Force de préhension	< 30 kg ; < 27 kg[b]	< 20 kg ; < 16 kg[b]	< 27 kg	< 16 kg	
Test du lever de chaise (5 fois)	N/A	N/A	≥ 17 sec	≥ 17 sec	15
Excès de masse grasse (% de la masse totale)	> 29%	> 41%	> 31%	> 43%	
ALM/poids (par DXA)	< 28,3%	< 23,5%	< 25,7%	< 19,4%	
SMM/poids (par BIA ou DXA)	< 31,5%	< 22,1%	N/A	N/A	

(Adapté de réf.[4]).

Intervention nutritionnelle en cas d'obésité sarcopénique (SOGLI)





*Eucalorique: correspond aux besoins (en situation d'agression métabolique) mesurés via calorimétrie indirecte
Statement 11: ABW = adjusted body weight.
Population caucasienne: IMC 25kg/m2 + 25% excès poids corporel (kg)
Population Est-Asie: IMC 23kg/m2 + 25% excès poids corporel (kg)
Autres ethnies: prendre l'IMC approprié selon société savante locale.

Take-home messages

La prise en charge de l'obésité nécessite une approche individualisée, interprofessionnelle (médecin, endocrinologue, diététicien.ne, physiothérapeute, psychologue…). La médication à elle seule n'est pas une baguette magique.

L'obésité sarcopénique ne constitue pas à elle-seule une CI absolue à l'utilisation du sémaglutide mais nécessite une évaluation ainsi qu'un suivi spécifique (masse et force musculaire…)

Un suivi nutritionnel avant, pendant et après l'arrêt de la médication est indispensable.
Un accompagnement interprofessionnel à vie (échéance variable) est préconisé.

Les options médicamenteuses impliquées dans la thérapie de l'obésité sont en plein développement et cours d'étude (tirzépatide…)

Le-la patient-e est partie prenante de sa prise en soin.
Il contribue au succès du traitement et s'implique dans les changements au long cours.

Bibliographie

Dia 27

Novo Nordisk Pharma AG. (2026). Wegovy® Multi FixDose : Information professionnelle (Fachinformation). Swissmedicinfo. https://www.swissmedicinfo-pro.ch/DetailPage/68798001

Gerber, P., Collet, T.-H., Favre, L., Bueter, M., Arana, I. L. R., Durrer, D., Seelig, E., Schultes, B., Pasi, P., Konrad, D., & Bally, L. (2026). Swiss obesity clinical practice guidance.. *Swiss medical weekly, 156*, 5415 . https://doi.org/10.57187/5415

Dia 29

Lecerf, J.-M. (Coord.). (2021). Les obésités : Médecine et chirurgie. Elsevier Masson

Organisation mondiale de la Santé. (2026, 7 octobre). Obésité et surpoids. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Academy of Nutrition and Dietetics. (2013). Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) : Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. De Boeck.

Dias 30 et 31

Donini, L. M., Busetto, L., Bischoff, S. C., Cederholm, T., Ballesteros-Pomar, M. D., Batsis, J. A., Bauer, J. M., & al. (2022). Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. Obesity Facts, 15(3), 321–335. https://doi.org/10.1159/000521241

Favre, N., Favre, L., & Santini, S. (2025). Obésité sarcopénique : défis diagnostiques et défis thérapeutiques. Revue Médicale Suisse, 21, 531–535. https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.910.531

Gao, Q., Mei, F., Shang, Y., Hu, K., Chen, F., Zhao, L., & Ma, B. (2021). Global prevalence of sarcopenic obesity in older adults: A systematic review and meta-analysis. Clinical Nutrition, 40(7), 4633–4641. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.06.009

Chen, A. S., & Batsis, J. A. (2025). Treating sarcopenic obesity in the era of incretin therapies: Perspectives and challenges. Diabetes, 74(12), 2179–2190. https://doi.org/10.2337/dbi25-0004

Danielewicz, A. L., Marra, A., Tringali, G., De Micheli, R., Abbruzzese, L., Fanari, P., Codecasa, F., Lazzer, S., Mendonça, V. A., Lacerda, A. C. R., de Avelar, N. C. P., & Sartorio, A. (2024). Analysis of sarcopenic obesity prevalence and diagnostic agreement according to the 2022 ESPEN and EASO Consensus in hospitalized older adults with severe obesity. Frontiers in Endocrinology, 15, Article 1366229

Dia 31

Favre, N., Favre, L., & Santini, S. (2025). Obésité sarcopénique : défis diagnostiques et défis thérapeutiques. Revue Médicale Suisse, 21, 531–535. https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.910.531

Dia 32

Barazzoni, R., et al. (2026). Sarcopenic obesity: Call to action and nutritional agenda from the international clinical nutrition community. ESPEN endorsed recommendation. Clinical Nutrition, 61, Article 106645. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2026.106645

Vignette 4

Données du patient



Marc Beaudet

- Âge: 34
- Enseignant, crossfit 6x / semaine
- Douleurs abdominales récurrentes depuis 18 mois, environ 2 jours par semaine, soulagées par la défécation
- Alternance de diarrhée et de constipation ; ballonnements en fin de journée
- Stress professionnel important (prise d'un nouveau poste)
- Pas de signe d'alarme : pas de perte pondérale, pas de rectorragies, pas de symptômes nocturnes, pas d'antécédents familiaux digestifs
- Éviction auto-initiée du gluten et du lait depuis 4 mois, à la suite de lectures en ligne : amélioration partielle
- Évitement des repas sociaux ; demande « un test d'intolérances alimentaires »

Evaluation diagnostique

Diagnostic positif

Critères de Rome IV

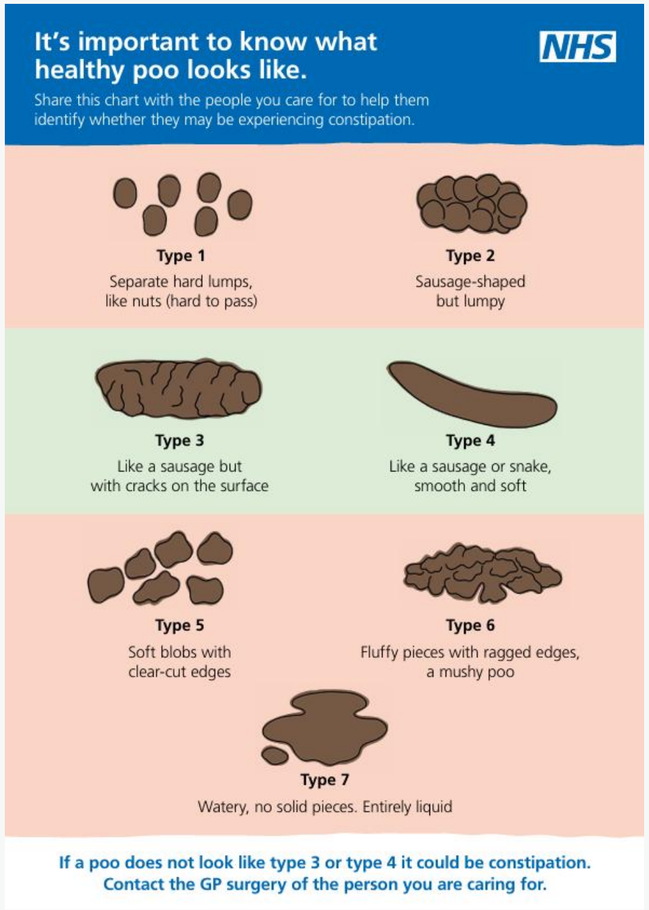
- Douleurs abdominales récurrentes, au moins 1 jour par semaine en moyenne au cours des 3 derniers mois
- Associées à au moins 2 des critères suivants : en lien avec la défécation ; associées à une modification de la fréquence des selles ; associées à une modification de la forme des selles
- Début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic
- Sous-types selon la forme prédominante des selles (échelle de Bristol) : SII-C (constipation), SII-D (diarrhée), SII-M (mixte), SII-NC (non classé)

Signes d'alarme :

- Perte pondérale
- Rectorragies
- Anémie
- Début des symptômes après 50 ans
- Symptômes nocturnes
- Antécédents familiaux de cancer colorectal, de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ou de maladie cœliaque

Bilan biologique de base (BSG 2021) :

- Formule sanguine complète
- CRP
- Sérologie de la maladie cœliaque ; calprotectine fécale chez les < 45 ans avec diarrhée



Questionnaires : questionnaire diagnostique de Rome IV (R4DQ) ; score de sévérité IBS-SSS

Prise en charge médicale de première ligne

La première ligne au cabinet

- Annonce et explication du diagnostic : trouble de l'interaction intestin-cerveau, hypersensibilité viscérale
- Conseils diététiques de première ligne :
  - régularité des repas, repas pris sans précipitation
  - limitation de l'alcool, de la caféine et des repas riches en graisses
  - adaptation des fibres : fibres solubles (psyllium) plutôt que son de blé
  - limitation des polyols (produits « sans sucre »)
- Activité physique régulière, gestion du stress
- Options pharmacologiques selon le sous-type (BSG 2021)

En deuxième ligne

- Neuromodulateurs
- Psychothérapies centrées sur l'intestin
- Prise en charge diététique spécialisée

Processus de soins en nutrition

Évaluation nutritionnelle	Diagnostic nutritionnel	Intervention nutritionnelle	Surveillance et évaluation de la nutrition
• Anamnèse alimentaire • Journal alimentaire et des symptômes • Echelle de Bristol • IBS - SSS • Evolution pondérale • Comportement alimentaire	• Problème • Etiologie • Signes / Symptômes	• Education thérapeutique • Approche FODMAP en 3 phases si indiquée • Réélargissement de l'alimentation	• Symptômes • IBS - SSS • Diversité alimentaire • Qualité alimentaire • Transmission au médecin prescripteur

L’approche FODMAP

FODMAP : glucides fermentescibles à chaîne courte, faiblement absorbés dans l'intestin grêle

- **F**ermentescibles : fermentés par le microbiote colique, avec production de gaz
- **O**ligosaccharides : fructanes (blé, oignon, ail), galacto-oligosaccharides (légumineuses)
- **D**isaccharides : lactose
- **M**onosaccharides : fructose en excès de glucose (pomme, miel)
- **A** : And (« et » en anglais)
- **P**olyols : sorbitol, mannitol (fruits à noyau, produits « sans sucre »)

L'approche en 3 phases (Monash University)

1. **Restriction –** 2 à 6 semaines : substitution des aliments riches en FODMAP par des équivalents pauvres en FODMAP
2. **Réintroduction –** environ 8 à 12 semaines : tests de provocation, un sous-groupe de FODMAP à la fois, à doses croissantes sur 3 jours
3. **Personnalisation – à long terme :** alimentation la plus diversifiée possible, limitation des seuls aliments mal tolérés

Wooclap



Allez sur wooclap.com

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

YYTIZNE

Au-delà de l'assiette : une approche globale du SII

- **Stress et axe intestin-cerveau :**
  - le stress, professionnel ou lié aux études, peut entretenir ou aggraver les symptômes
- **Normes sociales :**
  - la gêne liée aux fonctions corporelles (aller à la selle, émettre des gaz), souvent perçues comme honteuses
- **Environnement de travail** :
  - toilettes partagées ou peu privées, réunions longues, pauses limitées
- **Risque d'hypervigilance** :
  - une liste de « choses à faire et à ne pas faire » peut renforcer l'attention portée aux symptômes
- **Approche proposée** :
  - reconnaître le vécu, explorer le contexte de vie, viser la flexibilité alimentaire plutôt que l'évitement

Take-home messages

SII : diagnostic positif selon les critères de Rome IV, après recherche des signes d'alarme et bilan biologique de base.

Dépistage de la maladie cœliaque sous alimentation contenant du gluten, avant toute éviction.

Dosages d'IgG spécifiques d'aliments : non recommandés.

Au cabinet : conseils diététiques de première ligne et traitement symptomatique.

Approche pauvre en FODMAP : intervention de deuxième ligne, temporaire, en 3 phases, encadrée par un·e diététicien·ne (prise en charge par l'assurance obligatoire des soins sur prescription médicale).

Objectif : l'alimentation la plus diversifiée possible — pour Marc, la reprise des repas sociaux.

Bibliographie

- Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. Gut. 2021;70(7):1214-40. doi:10.1136/gutjnl-2021-324598
- Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA, Chang L, Chey W, Crowell MD, et al. Rome IV diagnostic questionnaires and tables for investigators and clinicians. Gastroenterology. 2016;150(6):1481-91. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.014
- Monash University. Treating IBS with a 3-step FODMAP diet [Internet]. Melbourne: Monash University; 2026 [cité 2026 Nov 2]. Available from: https://monashfodmap.com/documents/203/3-step_FODMAP_Diet_2026_A4_info_sheet.pdf
- Jones MP, Keefer L, Bratten J, Taft TH, Crowell MD, Levy R, et al. Development and initial validation of a measure of perceived stigma in irritable bowel syndrome. Psychol Health Med. 2009;14(3):367-74. doi:10.1080/13548500902865956