

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent

Septembre 2011

COMMENT ET QUAND DÉPISTER LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ?

Chez qui et quand dépister ?

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, et de 50 à 70 % après la puberté.

AE

Il est recommandé de surveiller l'indice de masse corporelle (IMC)¹ systématiquement chez tous les enfants et adolescents :

- quel que soit leur âge ;
- quelle que soit leur corpulence apparente ;
- quel que soit le motif de la consultation ;
- au minimum 2 ou 3 fois par an.

Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité.

Comment suivre la corpulence ?

AE

• À l'aide des courbes de corpulence (courbes d'IMC) de référence en fonction de l'âge et du sexe.

- Tracer les 3 courbes :
 - courbe IMC ;
 - courbe de taille ;
 - courbe de poids.

Seuils recommandés en pratique clinique²

- **Surpoids (incluant l'obésité) :** IMC \geq 97^e percentile des courbes de corpulence françaises.
- **Obésité :** IMC \geq seuil IOTF-30².

▶ **Ces éléments doivent figurer dans le carnet de santé.**

1. Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / taille² (m²)

2. Les seuils recommandés en France en pratique clinique chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010. Ils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'*International Obesity Task Force* (IOTF).

■ Quels sont les signes d'alerte à repérer ?

AE

- Rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé)³.
- Ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance.
- Changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut.
- Si le rapport tour de taille / taille est $> 0,5$, l'enfant présente un excès de graisse abdominale associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.

COMMENT ANNONCER LE DIAGNOSTIC ?

AE

- Expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser.
- Explorer la représentation qu'a l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents.
- Présenter de façon simple les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications.

AE

- **Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé.**
- Il est recommandé que la prise en charge :
- soit fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient ;
 - prenne en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques ;
 - implique les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent ;
 - obtienne l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ;
 - veille à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.

■ L'objectif de perte de poids est-il pertinent ?

AE

- La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse.
- L'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence.
- Tout enfant/adolescent peut avoir son propre objectif pondéral. Il est important de le connaître et de le prendre en compte.

3. Remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans.

■ Contenu de l'évaluation initiale par le médecin habituel

AE

- Examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et des comorbidités.
- Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

■ Quand faut-il réaliser des examens complémentaires ?⁴

AE

- Chez un enfant en surpoids sans obésité, sans signe clinique évocateur d'une comorbidité, ni antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie :
 - ▶ il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires à la recherche de complications.
- Chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie OU chez un enfant présentant une obésité :
 - ▶ il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan :
 - exploration des anomalies lipidiques (EAL) : cholestérol total, HDL-C et triglycérides plasmatiques, permettant le calcul du LDL-C ;
 - glycémie à jeun et transaminases (ASAT, ALAT).

APPROCHE ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES : RÔLE DU MÉDECIN

■ Accompagnement diététique

AE

- Le but est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage en se référant aux repères nutritionnels du PNNS pour l'enfant et l'adolescent.
- Les objectifs seront retenus en accord avec l'enfant/adolescent et sa famille en tenant compte de leurs goûts.
- Les régimes à visée amaigrissante sont déconseillés.
- Aucun aliment ne doit être interdit.

■ Accompagnement en activité physique

AE

- L'objectif est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.
- Il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense.
- Il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative.

4. D'autres examens ou avis peuvent être nécessaires selon les résultats de l'examen clinique (voir le texte des recommandations).

■ Accompagnement psychologique

AE

- L'accompagnement psychologique comporte :
 - évaluation et renforcement de la motivation, formulation positive des objectifs, soutien et déculpabilisation, renforcement des compétences et de la cohérence parentale.
- L'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre est recommandée dans les cas suivants :
 - souffrance psychique intense ou persistante ;
 - formes sévères d'obésité ;
 - psychopathologie ou trouble du comportement alimentaire associé ;
 - facteurs de stress familiaux ou sociaux ;
 - séparation d'avec les parents envisagée (séjour en SSR⁵) ;
 - échec de prise en charge.

■ Médicaments et chirurgie

AE

- Les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés chez l'enfant et l'adolescent dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.
- La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée.

MODALITÉS DU SUIVI : LES TROIS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

AE

■ Le 1^{er} recours : prise en charge de proximité par le médecin habituel.

Indications :

- surpoids ou obésité commune non compliquée ;
- contexte familial favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés ;
- pas de problème psychologique et social majeur.

Le médecin habituel de l'enfant réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Il peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue, professionnel en activités physiques adaptées, etc. dans le cadre ou non d'un réseau).

Le médecin habituel coordonne les soins.

AE

■ **Le 2^e recours : prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés.**

Indications :

- échec de la prise en charge de 1^{er} recours ;
- et/ou surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC ;
- et/ou obésité avec d'éventuelles comorbidités associées ;
- et/ou contexte familial défavorable ;
- et/ou problématique psychologique et sociale ;

Un suivi multidisciplinaire est recommandé (diététicien et/ou psychologue ou psychiatre et/ou professionnel en activités physiques adaptées, etc.).

Une équipe spécialisée peut intervenir en apportant son expertise, en mettant à disposition son plateau technique pour des explorations éventuelles, pour des séances d'éducation thérapeutique de groupe, des ateliers d'activité physique adaptée ou pour des courts séjours (< 2 mois) en SSR.

Le médecin habituel coordonne les soins.

AE

■ **Le 3^e recours : prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés.**

Indications :

- échec de la prise en charge de 2^e recours ;
- et/ou comorbidités sévères ;
- et/ou handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ;
- et/ou contexte familial très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

Un suivi multidisciplinaire est indispensable.

Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent intervenir en apportant leur expertise, en mettant à disposition leur plateau technique. Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent également assurer la coordination des soins en lien avec le médecin habituel, décider et réaliser des orientations nécessaires (avis spécialisés) et discuter des indications de séjours en SSR courts (< 2 mois) ou prolongés (> 2 mois).

Grade des recommandations

A	B	C	AE
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts



Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique :
 « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » - « Recommandations pour la pratique clinique » -
 Septembre 2011.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
 sur www.has-sante.fr