

Définitions



Évaluation initiale



Surveillance de la corpulence



Approche et moyens thérapeutiques



Annonce du diagnostic de surpoids  
ou d'obésité



Algorithme des approches et moyens  
thérapeutiques



Algorithme du dépistage du  
surpoids et de l'obésité de l'enfant  
et de l'adolescent



Modalités de suivi



Principes généraux de prise en  
charge



Niveaux de recours et coordination de  
la prise en charge multidisciplinaire  
recommandés



Objectifs de prise en charge



Algorithme du parcours de soins



  
Surpoids  
et obésité

  
Indice de masse  
corporelle


  
Rebond  
d'adiposité

  
Seuils de surpoids  
et d'obésité

  
Prévalences

  
Facteurs associés et facteurs étiologiques  
du surpoids et de l'obésité

  
Obésités  
secondaires

  
Conséquences de l'obésité : comorbidités,  
complications, retentissement

## Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé<sup>1</sup>.

## Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC)<sup>2</sup>, reflet de la corpulence, est couramment utilisé pour estimer l'adiposité.

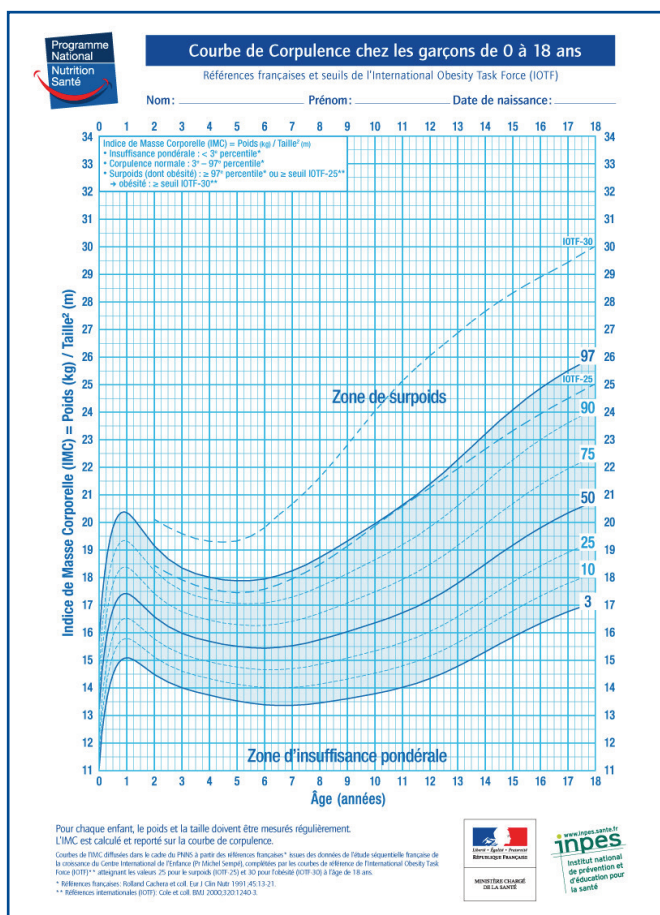
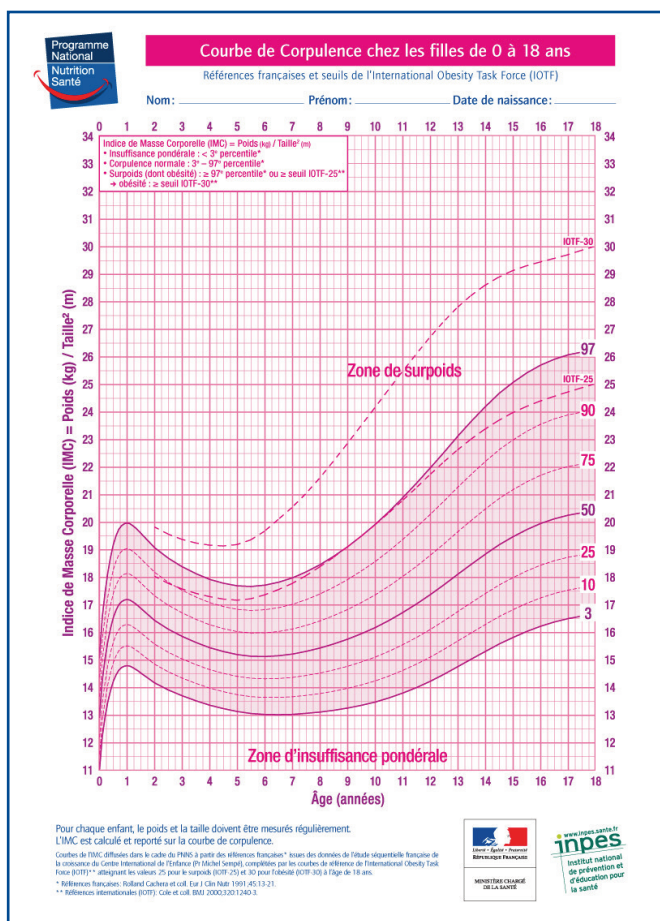
$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 (\text{m}^2)$$

1. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 2000.  
2. Également appelé Indice de Quetelet (IQ) et *Body Mass Index* (BMI) en anglais.



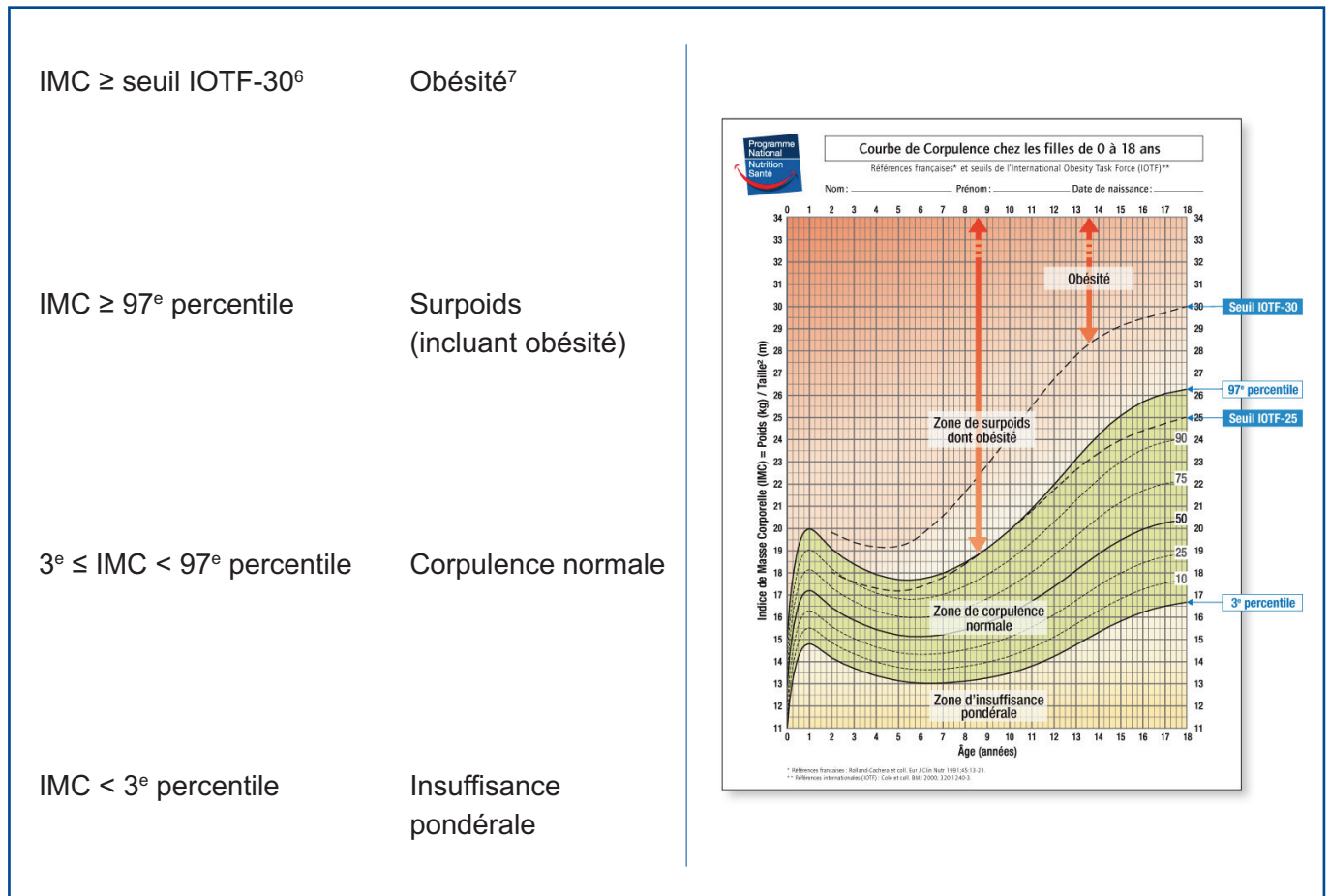
Chez l'enfant l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence, en fonction de l'âge et du sexe.

Figure 1. Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique<sup>3</sup>.



Les seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF<sup>4</sup>.

Figure 2. Termes et seuils recommandés pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans, selon les courbes de corpulence du PNNS (INPES<sup>5</sup>)



Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, elle augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité.

Les études montrent que l'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé. Le rattrapage de la croissance staturo-pondérale survenant habituellement chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel (hypotrophie) ne doit pas être confondu avec un rebond sauf si ce rattrapage dépasse le 90<sup>e</sup> percentile de façon très rapide.

4. L'*International Obesity Task Force* a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, en utilisant des courbes d'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs (Cole et al. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.).  
 5. Évaluer et suivre la corpulence des enfants [brochure]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Inpes, 2011 : 12 p.  
 6. IOTF-30 = courbe atteignant la valeur 30 à 18 ans (la valeur 30 étant le seuil définissant l'obésité chez l'adulte).  
 7. L'obésité, qui débute à partir du seuil de l'IOTF-30, est une forme sévère du surpoids.



En France, la proportion d'enfants entre 5 et 12 ans en surpoids ( $\geq 97^{\text{e}}$  percentile des références françaises) a progressé de 6 % à la fin des années 70, à 13 % en 1996. Depuis les années 2000 les observations montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. En 2006, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était, selon les références IOTF, de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans, dont 3,5 % présentaient une obésité. Les prévalences du surpoids et de l'obésité sont supérieures en France dans les populations défavorisées.

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

### Facteurs associés et facteurs étiologiques du surpoids et de l'obésité

Bien que résultant d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses, l'étiologie du surpoids et de l'obésité commune (par opposition aux obésités secondaires) est complexe et multifactorielle. Il existe une prédisposition au surpoids et à l'obésité d'origine génétique, modulée par une éventuelle influence épigénétique<sup>8</sup>.

#### Facteurs associés au risque de surpoids et d'obésité commune de l'enfant et de l'adolescent

- Surpoids et obésité parentale notamment de la mère au début de la grossesse.
- Grossesse : prise de poids excessive, tabagisme maternel, diabète maternel quel que soit son type.
- Excès ou défaut de croissance fœtale (macrosomie/hypotrophie).
- Gain pondéral accéléré dans les deux premières années de vie d'autant plus important que la période de gain pondéral accéléré est longue.
- Difficultés socioéconomiques des parents et cadre de vie défavorable.
- Manque d'activité physique et sédentarité.
- Manque de sommeil.
- Attitudes inadaptées de l'entourage par rapport à l'alimentation (restrictives ou au contraire trop permissives).
- Facteurs psychopathologiques : dépression chez les filles, hyperphagie boulimique.
- Négligences ou abus physiques ou sexuels dans l'enfance ou l'adolescence.
- Handicap (moteur ou mental).

L'allaitement maternel semble avoir un effet protecteur de faible importance.

8. Ensemble des informations cellulaires transmissibles d'une génération à l'autre sans modification de l'ADN.

9. Foyer appartenant aux catégories modestes (employés, ouvriers, inactifs, chômeurs) en situation d'équilibre financier fragile, voire en situation de précarité.



Les obésités dites « secondaires » regroupent les obésités de cause endocrinienne, les obésités syndromiques, les obésités iatrogènes.

Ces pathologies ne sont pas traitées dans le cadre de cette recommandation qui ne concerne que l'obésité dite commune. Nous les présentons à titre indicatif et pour orienter le médecin dans son diagnostic.

**Consulter le tableau des signes évocateurs d'une obésité secondaire et les examens à visée étiologique recommandés.**

**Il est recommandé de rechercher une cause endocrinienne, tumorale ou non, ou syndromique à l'obésité dans les cas suivants :**

- ralentissement de la vitesse de croissance staturale alors que se constitue une obésité franche ;
- présence de signes dysmorphiques ou malformatifs ;
- changement rapide de couloir de la courbe de corpulence.

En cas de maladie rare associée à l'obésité, il est recommandé que le médecin s'adresse au centre de compétence maladie rare correspondant.

**Principales complications retrouvées chez les enfants et adolescents en surpoids et obèses, les signes évocateurs à rechercher et la conduite à tenir, notamment l'indication d'examens complémentaires.**

Rappel : En cas de surpoids 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.

## Recherche de complications et comorbidités, conduite à tenir et indications d'examens complémentaires

Pathologies recherchées	Signe(s) évocateur(s)	Conduite à tenir et examens complémentaires
<b>Comorbidités et complications psychopathologiques</b>		
Troubles dépressifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomatologie dépressive</li> <li>• Tristesse, irritabilité</li> <li>• Agitation, ralentissement</li> <li>• Somatisation</li> <li>• Asthénie, repli sur soi</li> <li>• Hypersomnie ou insomnie</li> <li>• Autodévalorisation, culpabilité</li> <li>• Idées suicidaires</li> </ul>	
Troubles anxieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phobie sociale, inhibition</li> <li>• Angoisse de séparation</li> <li>• Attaques de panique</li> <li>• Troubles obsessionnels compulsifs</li> <li>• Stress post-traumatique</li> </ul>	<b>Consultation spécialisée</b>
Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation, opposition, difficultés attentionnelles, impulsivité, provocation, mensonge, vol</li> <li>• Agressivité verbale ou physique</li> <li>• Difficultés familiales et sociales</li> </ul>	
Troubles des conduites alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperphagie boulimique</li> <li>• Syndrome d'alimentation nocturne</li> </ul>	
Addictions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abus de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, etc.)</li> <li>• Perte de contrôle (jeu pathologique, achats compulsifs, etc.)</li> </ul>	
<b>Complications cutanées (inspection systématique de la peau)</b>		
Vergetures (ventres, cuisses, bras)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergetures rosées</li> <li>• Vergetures larges et violacées et/ou verticales pathologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseils : expliquer le mécanisme d'apparition de la vergeture</li> <li>• Consultation spécialisée endocrinologie</li> </ul>
Hypertrichose chez la jeune fille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilosité excessive des zones sous la dépendance des androgènes : cuisses, thorax, seins, visage (favoris, lèvre supérieure)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé<sup>10</sup> endocrinopédiatrique dosage des androgènes</li> </ul>
Mycoses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflammation des plis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement local</li> </ul>
Acanthosis nigricans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pigmentation anormale (aspect « sale ») des plis : aisselles, cou, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation spécialisée endocrinopédiatrique</li> <li>• Recherche d'insulinorésistance</li> </ul>

10. Avis spécialisé : avis d'un spécialiste par téléphone ou courrier ou consultation.





## Recherche de complications et comorbidités, conduite à tenir et indications d'examens complémentaires

Pathologies recherchées	Signe(s) évocateur(s)	Conduite à tenir et examens complémentaires
<b>Complications et comorbidités orthopédiques : à rechercher toujours à l'examen et ne pas minimiser, impact important lors de l'activité physique</b>		
Epiphysiolyse de la tête fémorale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Période pubertaire</li> <li>• Douleurs de hanche et du genou</li> <li>• Boiterie à l'examen</li> <li>• Hanche en rotation externe avec limitation de la rotation interne</li> </ul>	<p><b>Urgence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé orthopédique</li> <li>• Radiographies : bassin de face et hanche de profil et en abduction</li> <li>• IRM si doute</li> </ul>
Pieds plats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gêne</li> <li>• Répercussions orthopédiques</li> <li>• Douleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé</li> </ul>
Genu valgum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyper écartement des chevilles non corrigé en serrant fort les cuisses en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation spécialisée</li> </ul>
Syndrome fémoro-patellaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonalgies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiographies et avis spécialisé</li> </ul>
Ante torsion fémorale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gêne à la marche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé</li> </ul>
Rachialgies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs du rachis fréquentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé</li> </ul>
Troubles de la statique vertébrale (Scoliose, Cyphose, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalie à l'examen du rachis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiographies et avis spécialisé</li> </ul>
Epiphysite de croissance : Maladie de Osgood-Schlatter Maladie de Sever Maladie de Scheuermann	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonalgies</li> <li>• Talalgies</li> <li>• Dorsalgie avec ou sans cyphose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan radiologique avec ou sans avis spécialisé</li> </ul>
<b>Complications cardio-respiratoires</b>		
Hypertension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pression artérielle élevée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de la pression artérielle avec un brassard adapté</li> <li>• Holter tensionnel si les valeurs de pression artérielle sont élevées</li> </ul>
Asthme (souvent associé et pouvant être aggravé par l'obésité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essoufflement, toux, sibilants, crises de dyspnée, asthme d'effort (toux à l'effort)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé si non contrôlé</li> </ul>
Déconditionnement à l'effort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mauvaise tolérance à l'effort (essoufflement, sensation de palpitations, malaises)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation spécialisée et épreuve fonctionnelle respiratoire et/ou test d'aptitude à l'effort</li> </ul>
Troubles respiratoires du sommeil dont apnées du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronflements</li> <li>• Réveils nocturnes</li> <li>• Somnolence diurne</li> <li>• Baisse des résultats scolaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation ORL</li> <li>• Consultation spécialisée du sommeil</li> <li>• Enregistrement polysomnographique</li> </ul>
<b>Complications endocriniennes</b>		
Puberté avancée liée à l'obésité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plutôt chez la fille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge osseux</li> <li>• Avis spécialisé si avance d'âge osseux</li> </ul>





## Recherche de complications et comorbidités, conduite à tenir et indications d'examens complémentaires

Pathologies recherchées	Signe(s) évocateur(s)	Conduite à tenir et examens complémentaires
<b>Complications et comorbidités orthopédiques : à rechercher toujours à l'examen et ne pas minimiser, impact important lors de l'activité physique</b>		
Syndrome des ovaires polykystiques associé à un contexte métabolique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spanio ménorrhée +/- hypertrichose +/- acné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche d'insulinorésistance</li> <li>• Avis spécialisé</li> </ul>
Retard pubertaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plutôt chez le garçon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis spécialisé</li> <li>• Âge osseux</li> </ul>
Verge enfouie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille apparente réduite</li> <li>• Verge de taille normale à l'examen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer et dédramatiser</li> <li>• NB : en cas de micropénis vrai (suspicion d'hypogonadisme) : avis spécialisé</li> </ul>
Gynécomastie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de la glande mammaire chez le garçon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Différencier de l'adipomastie</li> <li>• Avis spécialisé</li> <li>• Conseils : expliquer le mécanisme et l'amélioration possible</li> <li>• Aborder la possibilité de traitement chirurgical chez le garçon en fin de croissance</li> </ul>
<b>Complications métaboliques</b>		
Dyslipidémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de signe spécifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obésité : dosage systématique cholestérol total, HDL-C, LDL-C et triglycérides</li> </ul>
Stéatose hépatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de signe spécifique ou hépatalgie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obésité : transaminases (ASAT, ALAT)</li> </ul>
Insulinorésistance Intolérance au glucose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de signe spécifique hormis l'acanthosis nigricans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obésité : glycémie à jeun et insulinémie</li> </ul>
Diabète de type 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si antécédent familial de diabète et un des facteurs de risque suivants (recommandation de l'<i>American Diabetes Association</i><sup>11</sup> pour enfants &gt; 10 ans) <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Obésité</li> <li>▸ Rapport tour de taille / taille &gt; 0,5</li> <li>▸ Acanthosis nigricans</li> <li>▸ Syndrome des ovaires polykystiques</li> <li>▸ Populations prédisposées</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glycémie à jeun</li> <li>• Insulinémie à jeun</li> <li>• Hémoglobine glycosylée A1c</li> <li>• Hyper glycémie provoquée orale</li> <li>• Avis spécialisé en endocrino-diabétologie</li> </ul>

L'excès de poids entraîne des conséquences morphologiques et esthétiques (vergetures, gynécomastie, hypersudation, verge enfouie, etc.) qui peuvent être source de souffrance physique et psychique pour l'enfant et l'adolescent.

Or, ces conséquences peuvent sembler mineures pour les soignants ou la famille et être négligées par ces derniers.

Il est recommandé d'identifier les conséquences morphologiques et esthétiques de l'excès de poids et de les évoquer avec l'enfant ou l'adolescent.

11. *American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescent. Diabetes Care 2000;23(3):381-9*



Le professionnel de santé pourra expliquer le mécanisme de ces complications et donner les conseils suivants à l'enfant ou l'adolescent :

- Frottements des cuisses entre elles à la marche : porter des vêtements en coton (éviter le synthétique), mettre du talc avant l'effort, laver après l'effort, appliquer des crèmes si besoin.
- Macération des plis (aisselles, bourrelets, cou, ventre) : lavage régulier et bien sécher. Faire surveiller pour éviter une mycose des plis.
- Verge enfouie (NB : le diagnostic nécessite d'avoir examiné les organes génitaux externes et d'avoir mesuré, désenfouie, la verge) : aborder le sujet avec le patient si la verge est enfouie car ce sujet est souvent tabou mais inquiétant pour l'enfant ou adolescent.



  
**Chez qui et quand surveiller ?**

  
**Comment suivre la corpulence ?**

  
**Quels sont les signes d'alerte à repérer sur la courbe de corpulence ?**

  
**Quelle mesure réaliser en plus si l'enfant ou l'adolescent présente un surpoids ?**

Les études épidémiologiques montrent que le fait d'être obèse dans l'enfance ou à l'adolescence augmente les risques de morbidité et d'obésité à l'âge adulte.

Il est recommandé de dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce des enfants qui présentent un surpoids afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques.

Les seuils de surpoids et d'obésité recommandés en pratique clinique sont ceux définis dans les **courbes de corpulence du PNNS**.

- Surpoids (incluant l'obésité) :  $IMC \geq 97^e$  percentile des courbes de corpulence de référence françaises.
- Obésité :  $IMC \geq$  seuil IOTF-30<sup>12</sup>.

### Chez qui et quand surveiller ?

**Il est recommandé de surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents quels que soient leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation.**

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

La fréquence recommandée pour effectuer les mesures est la suivante :

- de la naissance à 2 ans : au minimum 3 fois par an ;
- après l'âge de 2 ans : au minimum 2 fois par an.

12. IOTF-30 = courbe atteignant la valeur 30 à 18 ans (la valeur 30 étant le seuil définissant l'obésité chez l'adulte).



## Comment suivre la corpulence ?

Chez l'enfant l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence (courbe d'IMC) en fonction de l'âge et du sexe.

Il est recommandé de :

- peser et mesurer l'enfant et de calculer l'IMC ;
- tracer les 3 courbes :
  - **courbe de corpulence** (= courbe d'IMC) ;
  - **courbe de taille** ;
  - **courbe de poids**.

} Ces éléments doivent figurer dans le carnet de santé.

**Il est recommandé que ces mesures soient réalisées au moment des examens obligatoires du carnet de santé et des visites des services de prévention (PMI et santé scolaire).**

## Quels sont les signes d'alerte à repérer sur la courbe de corpulence ?

**Il est recommandé d'être particulièrement attentif à la dynamique de la courbe d'IMC.**

**Il est recommandé d'être vigilant aux signes d'alerte suivants :**

- ascension continue de la courbe depuis la naissance ;
- **rebond d'adiposité** précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé) ;
- changement rapide de couloir vers le haut.

Ces signes sont associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité.

En cas de rebond d'adiposité précoce, il est recommandé d'expliquer à la famille l'importance du suivi de la courbe de corpulence en programmant un rendez-vous ultérieur.


Une obésité très précoce, en particulier avec ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, doit évoquer et faire rechercher une obésité génétique (monogénique ou syndromique).


**Consulter la fiche « Signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique ».**

## Quelle mesure réaliser en plus si l'enfant ou l'adolescent présente un surpoids ?

L'excès de graisse abdominale est associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.

**Il est recommandé de mesurer le tour de taille (périmètre abdominal) et le rapporter à la taille pour évaluer la répartition de la masse grasse.**

 *Le tour de taille est mesuré sur un enfant debout, à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque ou au niveau du périmètre abdominal le plus petit.*

 *Si le rapport tour de taille / taille (TT/T) est supérieur à 0,5, l'enfant présente un excès de graisse abdominale.*



**La prise en compte du contexte familial, social, environnemental et culturel est nécessaire pour appréhender l'accès au soin et la motivation.**

Il est recommandé d'explorer la représentation qu'a l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents.

**Le choix des mots : expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser**

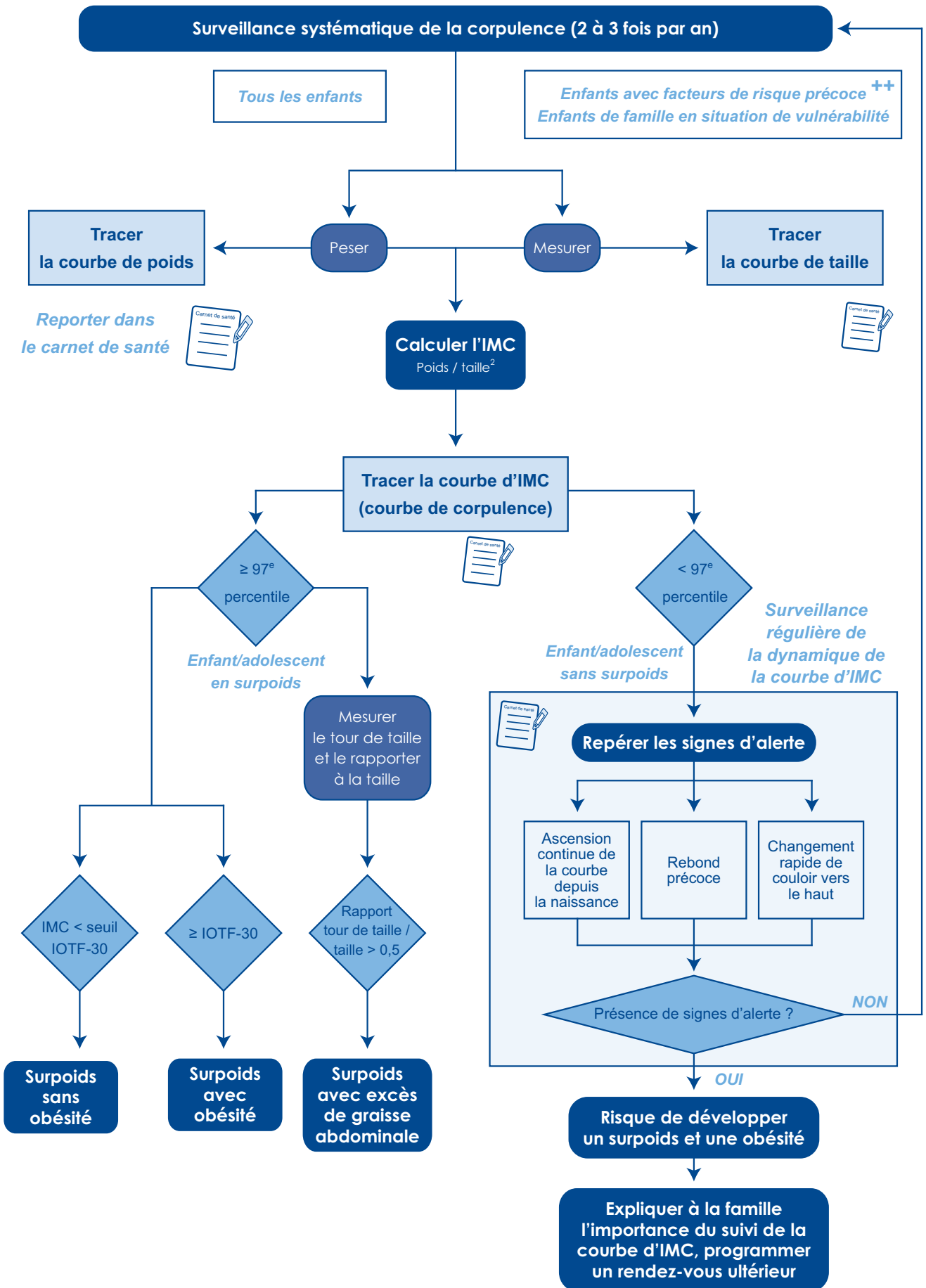
Les termes utilisés pour annoncer le surpoids ou l'obésité devront être choisis de manière adaptée à l'enfant/adolescent et à sa famille pour éviter de blesser, de vexer, de fâcher, et de dramatiser, afin de leur permettre de s'engager dans un processus de prise en charge.

**Il est recommandé d'utiliser la courbe d'IMC comme outil pédagogique.**

Le professionnel devra s'attacher à ne pas culpabiliser l'enfant/adolescent et ses parents, par exemple en expliquant que « ta courbe montre que » ou « la courbe de votre enfant » (selon l'âge) et non « tu es trop gros/obèse/etc. ».

**Il est recommandé d'expliquer de façon simple et rassurante les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble.**





**Il est recommandé que la prise en charge prenne en compte les principes de l'éducation thérapeutique du patient.** L'éducation thérapeutique vise à aider le patient à acquérir ou maintenir les connaissances et compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle vise également à l'accompagner dans la mise en place des changements. Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient.

**La prise en charge recommandée comprend plusieurs domaines d'intervention avec pour objectif final la modification des comportements.** Cette prise en charge prend en compte l'alimentation, l'activité physique, la lutte contre la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, dont le sommeil, et les aspects psychologiques et socio-économiques.

**Il est indispensable que les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent soient impliqués dans les interventions.** Selon l'âge, le professionnel s'adressera en priorité aux adultes (petit enfant) ou à l'enfant/adolescent.

**Il est recommandé d'obtenir l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille sur la prise en charge proposée, et de veiller à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.**

*Il est recommandé de prendre en considération les spécificités de certaines familles, notamment celles des milieux modestes. Quand les recommandations sont bien perçues, les familles des milieux modestes peuvent moins facilement les mettre en application que les familles des milieux favorisés.*

*Les questions de coût de certains aliments (en particulier les fruits et légumes), des représentations de l'alimentation familiale et du corps de l'enfant (un enfant rond est souvent perçu comme un enfant en bonne santé), de la perception de la notion de santé (la santé peut constituer une notion très abstraite pour les parents et les enfants) sont à prendre en compte. Ces éléments sont à aborder avec le professionnel et la famille.*





### Pertinence d'un objectif de perte de poids ?

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

#### Il est recommandé que la prise en charge s'inscrive dans la durée et de veiller à :

- amener l'enfant/adolescent et sa famille à prendre conscience de l'excès de poids ;
- diagnostiquer les comorbidités et prévenir les complications ;
- identifier les représentations, les croyances, les idées reçues et les valeurs de la famille (freins potentiels à la prise en charge et au changement) ;
- motiver l'enfant/adolescent et sa famille à s'engager dans une prise en charge ;
- mobiliser les ressources et les compétences de la famille ;
- prendre en compte le contexte économique, social et culturel dans lequel vivent l'enfant et sa famille (y compris la fratrie) et établir les conseils en fonction de ce contexte, en particulier quand il s'agit de milieux sociaux défavorisés ;
- accompagner l'enfant/adolescent et sa famille dans leurs changements d'habitudes en privilégiant des changements modestes mais atteignables ;
- maintenir la motivation.

### Pertinence d'un objectif de perte de poids ?

#### Il est recommandé d'avoir pour objectif de ralentir la progression de la courbe de corpulence (réduire la pente).

- 👉 *Chez l'enfant en cours de croissance : l'objectif sera de stabiliser le poids ou de ralentir la prise de poids pendant que la croissance se poursuit.*
- 👉 *Chez l'adolescent en fin de croissance : l'objectif sera de stabiliser le poids ou d'en perdre très progressivement.*

**La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse.**



Cependant, une réduction de l'IMC est recommandée dans les situations suivantes :

- surpoids ou obésité avec comorbidités sévères :
  - intolérance au glucose ou diabète de type 2 ;
  - troubles respiratoires et apnées du sommeil ;
  - complications orthopédiques sévères ;
  - complications hépatiques sévères ;
- handicap induit par l'obésité (gêne dans la vie quotidienne, incapacité à se déplacer, à assumer des gestes courants de la vie quotidienne, etc.).

Ces comorbidités doivent être expliquées à l'enfant et à sa famille et peuvent faciliter la motivation dans l'engagement thérapeutique.

En cas de troubles psychopathologiques suspectés ou avérés, un avis spécialisé est recommandé avant de poser l'indication de réduction d'IMC.

**Il est recommandé de connaître le propre objectif pondéral que tout enfant/adolescent peut avoir et de le prendre en compte.**





Examen clinique



Examens complémentaires



Entretien de compréhension et  
diagnostic éducatif

L'évaluation initiale par le médecin habituel de l'enfant/adolescent comporte :

- un examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et des comorbidités ;
- un entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

Compte tenu de l'ensemble des éléments nécessaires à cette évaluation initiale, celle-ci pourra se dérouler sur plusieurs consultations et être réalisée par différents professionnels.

## Examen clinique

### Objectifs

- Confirmer le diagnostic de surpoids ou d'obésité, son historique, et apprécier son importance et les facteurs de risque associés.
- Rechercher des éléments cliniques d'orientation étiologique qui évoquent une pathologie endocrinienne ou une obésité syndromique, nécessitant une consultation spécialisée.
- Rechercher les comorbidités (y compris psychopathologiques) et les complications.
- Repérer les risques médicaux éventuels à la pratique d'activité physique ou sportive.

### Déroulé de l'examen clinique

- Mesure du poids, de la taille, du tour de taille, calcul de l'IMC.
- Reconstitution des courbes de poids et taille et de corpulence à partir des données antérieures de poids et de taille (carnet de santé).
- Entretien précis avec la famille avec recherche des antécédents personnels et familiaux (y compris la fratrie) pouvant évoquer l'existence d'un facteur de risque étiologique ou de complications (retentissement).
- Repérage d'éventuels signes de souffrance psychologique en particulier de trouble de l'estime de soi et du corps.



- Examen médical comprenant en particulier :
  - auscultation, mesure au repos de la fréquence cardiaque (pouls) et de la pression artérielle (avec un brassard adapté) ;
  - évaluation du stade pubertaire ;
  - recherche des signes d'une pathologie endocrinienne ou d'une obésité syndromique (**Consulter la fiche « Signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique »**) ;
  - recherche de comorbidités de l'obésité et indications d'examens complémentaires (**Consulter la fiche « Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent »**).

### Examens complémentaires

Il n'y a pas lieu de réaliser des examens complémentaires à la recherche de complications chez un enfant présentant un **surpoids sans obésité** :

- sans signe clinique évocateur d'une comorbidité ou d'une étiologie ;
- sans antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie

**Il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie OU chez un enfant présentant une obésité (IMC  $\geq$  seuil IOTF-30) :**

- exploration des anomalies lipidiques (EAL) : cholestérol total, HDL-C et triglycérides plasmatiques, permettant le calcul du LDL-C ;
- glycémie à jeun ;
- transaminases (ASAT, ALAT).

**Il est recommandé de prendre un avis spécialisé dans les cas suivants :**

- obésité de cause endocrinienne suspectée (ralentissement de la vitesse de croissance) ;
- obésité syndromique suspectée (ralentissement de la vitesse de croissance, retard psychomoteur, retard mental, signes dysmorphiques, malformations, etc.) ;
- obésité compliquée suspectée (**Consulter la fiche « Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent »**) ;
- obésité d'évolution très rapide, pour rechercher une cause organique (tumeur cérébrale, maladie génétique, etc.) ou un facteur de stress (maltraitance, etc.).

### Entretien de compréhension et diagnostic éducatif

#### Objectifs et déroulé

L'entretien de compréhension permet de recueillir les données pour élaborer le diagnostic éducatif. Ce diagnostic est réalisé en collaboration avec le patient et sa famille autour des questions suivantes : Qui est-il ? / Qu'est ce qu'il a ? / Qu'est ce qu'il fait ? / Qu'est ce qu'il sait ? / Qu'est ce qu'il croit ? / Que ressent-il ? / Quel est son projet ? / Quelle est sa demande ?



### Sont à explorer :

- le contexte socio-économique dans lequel évolue l'enfant ou l'adolescent ;
- les conditions de vie de ce dernier au sein de sa famille et de son entourage ;
- les connaissances, représentations, ressentis de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille.

### Cette approche doit inclure :

- la reconnaissance du rôle des facteurs environnementaux (et notamment de l'entourage familial : parents, grands-parents, fratrie) ;
- l'identification des attentes de l'enfant ou de l'adolescent ;
- l'évaluation de ses compétences dans la pratique de l'exercice physique, dans l'alimentation, etc. et des compétences d'adaptation qui les soutiennent (avoir confiance en soi, prendre des décisions, se fixer des buts et faire des choix, etc.) ;
- l'appréciation de sa motivation et de celle de sa famille à apporter des changements à leur mode de vie.

À partir de 8/10 ans et en fonction de la maturité de l'enfant, il peut être intéressant de prévoir, en plus des entretiens en famille, des temps d'entretien séparés pour les enfants et les parents.

Chez l'adolescent il est recommandé que ces temps séparés soient systématiquement proposés.

### Bilan de l'entretien de compréhension

Cet entretien a pour but d'identifier les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour modifier les habitudes de vie ayant contribué au développement et au maintien de l'obésité (sédentarité, temps passé devant les écrans, stress familiaux, conditions de prise des repas, etc.).

**Il est recommandé d'en faire une synthèse avec le patient et la famille, afin de définir les difficultés, les ressources et le savoir-faire de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille et les priorités de la prise en charge.**

À partir du bilan partagé qui aura été effectué :

- Il est recommandé que le médecin aide l'enfant/adolescent et sa famille à trouver eux-mêmes des solutions en évitant de leur imposer son propre point de vue.
- Il est recommandé que l'enfant/adolescent et sa famille choisissent avec le médecin un nombre limité d'objectifs précis, impliquant un changement de comportement qu'ils se sentent capables de réaliser, et qu'ils envisagent ensemble les stratégies permettant d'atteindre leurs objectifs.

Chaque objectif sera :

- adapté aux besoins et aux attentes identifiées ;
- adapté aux compétences et à la vie quotidienne de l'enfant/adolescent et de sa famille.

Les recommandations sont inégalement reçues par les individus. Il est recommandé que le soignant veille à ce qu'elles ne soient pas vécues comme une remise en question du mode d'éducation des enfants car elles risquent alors de susciter moins d'adhésion.

Un résumé des données de l'évaluation initiale est présenté sous forme de tableau ([Consulter le tableau](#)).



  
**Accompagnement diététique :  
rôle du médecin**

  
**Accompagnement en activité  
physique : rôle du médecin**

  
**Accompagnement psychologique :  
rôle du médecin**

  
**Autres moyens thérapeutiques**

L'obésité résultant, à l'échelle individuelle, d'un déséquilibre de la balance énergétique chez un enfant présentant un ou des facteurs de risque, l'approche thérapeutique doit tendre à aider l'enfant/adolescent et sa famille à lutter progressivement contre ce déséquilibre entre apports (alimentation) et dépenses énergétiques (activité physique), en prenant en compte les aspects psychologiques et sociaux.

Les indications des approches et moyens thérapeutiques qui suivent seront modulées en fonction de la gravité de la situation clinique de l'enfant ou adolescent. Trois types de situations cliniques ont été définis, correspondant à trois niveaux de pris en charge (se reporter à « **Niveaux de recours et coordination de la prise en charge multidisciplinaire recommandés** »).

### Accompagnement diététique : rôle du médecin

L'approche diététique est nécessaire mais elle n'est pas suffisante à elle seule et doit s'intégrer à la prise en charge globale.

Le but de l'accompagnement diététique est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage.

**Les repères nutritionnels du PNNS** pour l'enfant et l'adolescent adaptés à la population générale sont valables pour la majorité des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, et il est recommandé de s'y référer afin de garantir la cohérence de la prise en charge.

Les régimes à visée amaigrissante, quelle qu'en soit la nature (hypocalorique ou hyperprotidique, etc.), ne sont pas recommandés car ils sont nocifs et inefficaces à long terme. Leur indication dans des cas exceptionnels relève d'une équipe médicale spécialisée.

**Il est recommandé de n'interdire aucun aliment.** En effet, les interdictions alimentaires peuvent induire ou renforcer un phénomène de restriction cognitive<sup>13</sup> chez l'enfant ou l'adolescent.

Il est recommandé que les objectifs soient retenus en accord avec le patient et sa famille en tenant compte de leurs goûts et des représentations familiales de l'alimentation, liées au contexte social ou culturel.

Les objectifs pourront porter sur :

Le choix des aliments	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualité</li><li>• Quantité</li></ul>
Les prises alimentaires (repas/collations/grignotage)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rythme et répartition dans la journée</li><li>• Nombre</li><li>• Durée</li><li>• Contexte (maison, cantine, seul ou en famille, etc.)</li></ul>
Les perceptions liées à l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faim</li><li>• Satiété</li><li>• Envie</li><li>• Plaisir</li></ul>

Dans le souci d'obtenir des changements durables, le soignant veillera à :

- soutenir et renforcer les parents dans leur rôle éducatif : éviter les aliments récompense/ réconfort, savoir dire « non », adopter un style éducatif cadrant : ni trop permissif, ni trop autoritaire, ni négligent ;
- s'assurer que le comportement des parents, du reste de la famille (grands-parents, fratrie) et des autres personnes responsables de l'enfant est cohérent avec les objectifs de la prise en charge (achats, contenu des placards et réfrigérateur, quantités préparées, etc.) ;
- préserver l'enfant de toute forme de stigmatisation et s'assurer de l'harmonisation effective des pratiques dans l'entourage. L'enfant ou l'adolescent ne doit pas se trouver mis à l'écart (menu différent, contrainte à manger plus de fruits et légumes, etc.). Si l'harmonisation au sein de la famille n'est pas effective, l'enfant ou l'adolescent pourra se trouver dans une situation difficile. Le rôle de soutien du soignant sera alors essentiel.

L'appui d'un diététicien peut être nécessaire en fonction de la sévérité de la situation (se reporter à « **Niveaux de recours et coordination de la prise en charge multidisciplinaire recommandés** »), de l'expertise du médecin dans ce domaine et du temps que ce dernier peut y consacrer durant ses consultations.

Dans ce cas, il est recommandé que le diététicien soit spécialisé ou formé aux troubles des conduites alimentaires ou à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

**Consulter un exemple de fiche pratique d'accompagnement diététique.**

13. La restriction cognitive se manifeste par des préoccupations excessives à l'égard du poids conduisant la personne à contrôler son alimentation dans le but de maigrir ou de ne pas grossir. Cette phase d'inhibition volontaire de la pulsion à manger (contrôle de l'alimentation) peut favoriser une phase de désinhibition (perte de contrôle avec phase d'hyperphagie compensatrice).





## Le but est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.

Pour cela, l'objectif de l'accompagnement par le médecin est de faire émerger chez la famille les ressources nécessaires afin que l'environnement devienne favorable à une pratique physique plus régulière.

L'appui d'un professionnel de l'activité physique adaptée (enseignant en activité physique adaptée (APA) et santé, médecin du sport, masseur-kinésithérapeute) peut être nécessaire en fonction de la sévérité de la situation (se reporter à « **Niveaux de recours et coordination de la prise en charge multidisciplinaire recommandés** »), de l'expertise du médecin dans ce domaine et du temps que ce dernier peut y consacrer durant ses consultations.

## Il est recommandé de réaliser un entretien initial approfondi ainsi qu'un examen médical centré sur le repérage des freins et des risques à la pratique d'activité physique ou sportive.

### Chez l'enfant de moins de 6 ans

- Les activités physiques sont réparties dans la journée et se produisent de manière spontanée.
- Dès que l'enfant sait marcher, ses parents (et l'entourage : assistante maternelle, grands-parents, etc.) doivent veiller à ce qu'il ne reste pas inactif : éviter l'utilisation de la poussette, l'amener au square, partager des activités en famille (jeux actifs, promenade, etc.).
- **Les temps d'écran sont déconseillés chez les moins de 3 ans et devraient être très limités au-delà.**

### Chez l'enfant à partir de 6 ans et l'adolescent

Il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense, sous forme de :

- jeux : activité récréative notamment à l'extérieur : ballon, vélo, rollers, Frisbee, etc. ;
- loisirs : danser, aller à la piscine, à la patinoire, au bowling, etc. ;
- sports : scolaire, association sportive, maison de quartier, etc. ;
- déplacements : promener le chien, aller à l'école à vélo, privilégier les escaliers, etc. ;
- activités de la vie quotidienne : passer l'aspirateur, faire les courses ;
- tondre la pelouse, etc.

**Il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative (télévision, console de jeux, ordinateur, téléphone portable).**

Il est recommandé que les notions de plaisir, de rencontre et de bien-être physique et psychique soient mises en avant pour faciliter la pratique d'une activité physique et son maintien au long cours.

Il est recommandé que les objectifs et conseils en activité physique soient ajustés en fonction des facteurs personnels de l'enfant (âge, sexe, niveau de surpoids, capacités physiques, pratiques physiques existantes, motivation, etc.) et de ses facteurs extrinsèques (possibilités familiales, environnement, etc.).



En cas de gêne à la pratique de l'activité physique, en particulier dans le cadre scolaire, il est recommandé d'utiliser un **certificat médical d'inaptitude partielle** (précisant les limites physiques, physiologiques et psychologiques) plutôt qu'une dispense totale d'activité physique et sportive.

Le recours à un professionnel de l'activité physique adaptée est indiqué en cas de troubles fonctionnels et physiologiques, ou de difficultés psychologiques et sociales autour de l'activité physique. Il est recommandé que le professionnel soit spécialisé ou formé à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

**Un tableau résume les principaux facteurs à évaluer et propose des exemples de questions à poser à l'enfant ou à la famille pour cette évaluation (Consulter le tableau).**

**Un modèle de certificat d'inaptitude partielle est proposé (Consulter le certificat).**

**Un schéma résume les modalités de prescription de l'activité physique et de la Sédentarité (Consulter le schéma).**

### Accompagnement psychologique : rôle du médecin

L'approche psychologique implique une alliance thérapeutique (écoute active et soutien avec empathie) initiale et tout au long du suivi avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille, incluant notamment le respect de leurs choix.

L'accompagnement psychologique, pour une part inclus dans la dimension d'éducation thérapeutique, comporte des approches à la fois cognitives et comportementales.

Ces approches prendront en compte les connaissances, représentations, croyances et ressentis de l'enfant/adolescent et de sa famille.

L'accompagnement psychologique comportera les dimensions suivantes :

- évaluation et renforcement de la motivation ;
- formulation positive des objectifs ;
- soutien et déculpabilisation ;
- renforcement positif ;
- renforcement des compétences parentales et de la cohérence parentale.

Il est recommandé d'évaluer initialement et tout au long de la prise en charge :

- l'état émotionnel de l'enfant/adolescent ;
- l'environnement familial et social.

Il est recommandé de rechercher notamment les facteurs psychiques intervenant dans les situations suivantes :

- le grignotage ou les prises alimentaires excessives : ennui, anxiété, tristesse, colère, solitude, etc. ;
- la résistance au traitement : manque de motivation, ambivalence, facteurs de stress, etc.

Le succès d'une approche médicale, diététique et physique apporte souvent des bénéfices au niveau du fonctionnement psychologique et social. Cependant, le recours à un psychologue et/ou un pédopsychiatre peut s'avérer nécessaire.



L'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre est recommandée dans les cas suivants :

- souffrance psychique intense ou persistante (en particulier diminution de l'estime de soi ou du corps, isolement social, stigmatisation) ;
- formes sévères d'obésité ;
- psychopathologie ou trouble du comportement alimentaire associé ;
- lorsque sont repérés des facteurs de stress familiaux (dysfonctionnement familial, carences, maltraitements, psychopathologie parentale) ou sociaux (événements de vie stressants) ;
- lorsqu'une séparation d'avec les parents est envisagée (séjour prolongé en centre de soin type de Soins de suite et de réadaptation) ;
- pour éliminer une éventuelle contre-indication à la perte de poids ;
- échec de prise en charge.

Il est recommandé que le psychologue et/ou le pédopsychiatre soit spécialisé ou formé aux troubles des conduites alimentaires ou à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

## Autres moyens thérapeutiques

### Séjours thérapeutiques en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les séjours en SSR peuvent être recommandés dans certains cas et selon les niveaux de recours définis au paragraphe suivant :

- séjour court (< 2 mois) : 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> recours ;
- séjour prolongé (> 2 mois) : 3<sup>e</sup> recours.

Il est recommandé que l'indication d'un séjour soit posée par le médecin ou par l'équipe spécialisée qui coordonne la prise en charge (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> recours).

Il est recommandé que l'indication dépende de l'analyse préalable experte de chaque cas et de la définition d'un projet thérapeutique (médical, psychologique, scolaire, social et éducatif).

Il est recommandé que les parents ou l'entourage soient impliqués en amont, pendant et après le séjour, pour le maintien des résultats obtenus au retour dans le milieu habituel de l'enfant.

**Consulter la description détaillée de la place des établissements de soins type SSR.**

### Traitements médicamenteux de l'obésité

En 2011 aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché dans l'indication du surpoids et de l'obésité de l'enfant en France.

**Les traitements médicamenteux de l'obésité de l'adulte (orlistat : Xenical®, Alli®) n'ont pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.**

**Leur utilisation n'est pas recommandée sauf dans des cas très particuliers et par des équipes spécialisées (3<sup>e</sup> recours).**



## Traitements chirurgicaux

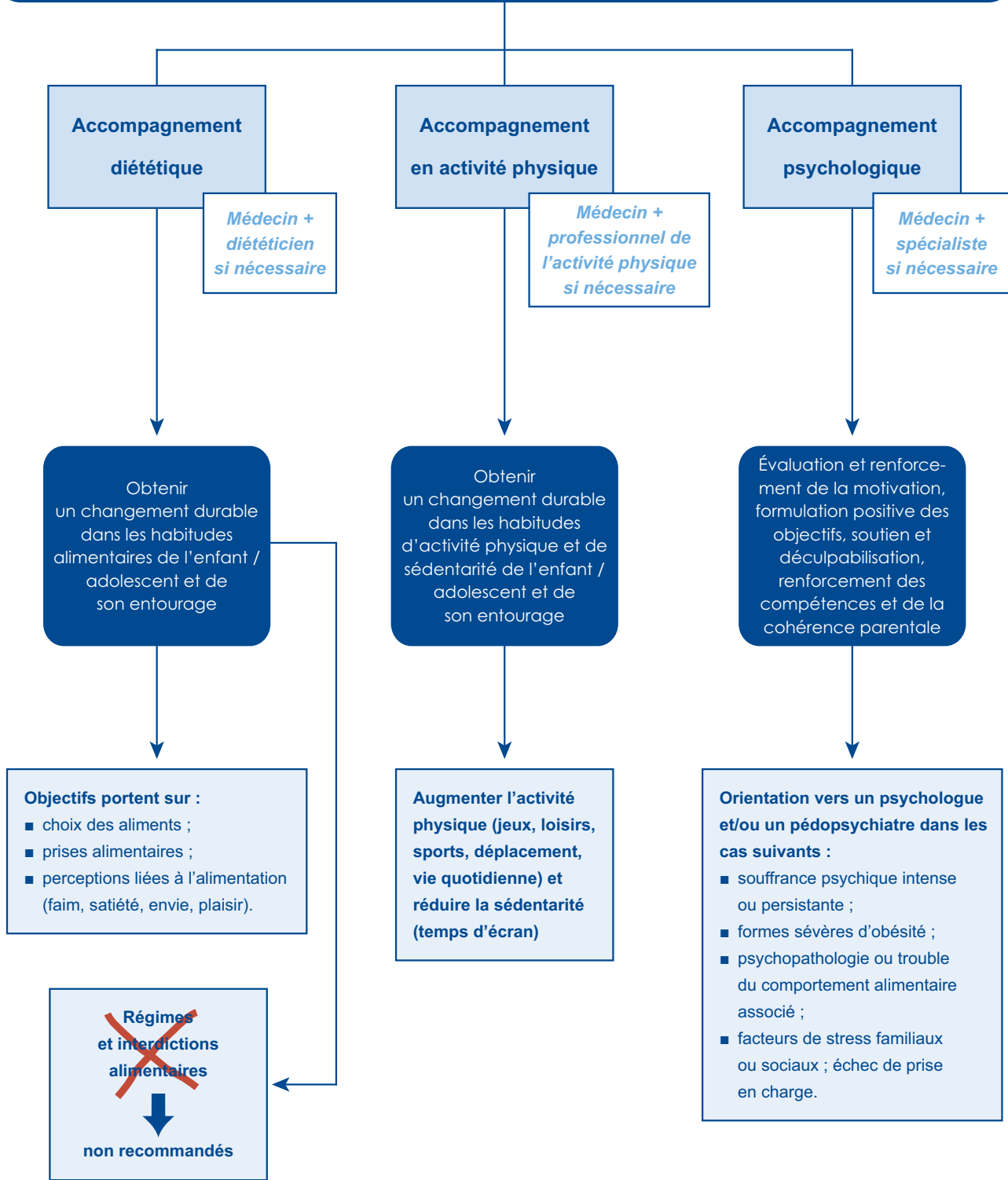
La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée.

Dans les obésités extrêmement sévères, en cas de résistance aux traitements, de complications majeures, l'avis d'une équipe spécialisée peut être demandé sur l'opportunité d'une indication chirurgicale qui doit rester exceptionnelle et qui ne peut être portée que par un centre hautement spécialisé en lien avec une équipe pédiatrique (3<sup>e</sup> recours).

**Consulter l'algorithme des approches et moyens thérapeutiques.**



Ralentir la progression de la courbe d'IMC (courbe de corpulence) = réduire la pente ou réduire l'IMC



## **Il est recommandé un suivi mensuel à trimestriel d'au minimum 2 ans.**

Il est recommandé de programmer les consultations du suivi, et d'adapter la fréquence en fonction de chaque situation et de l'évolution.

La régularité et la continuité sont des atouts majeurs car l'enjeu principal est de soutenir la motivation, garante du maintien à long terme des changements de comportement.

Les consultations de suivi ont pour mission l'accompagnement et le soutien de l'enfant ou de l'adolescent et de la famille dans le cadre de leur projet de soin.

### **Objectifs recommandés des consultations de suivi**

- Analyser et apprécier avec l'enfant et la famille l'évolution de la courbe d'IMC et du tour de taille.
- Valoriser l'enfant ou l'adolescent et sa famille dans leurs résultats quels qu'ils soient.
- Évaluer l'implication de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage.
- Évaluer les changements réalisés en relation avec les objectifs thérapeutiques définis lors de la consultation précédente.
- Analyser, le cas échéant, les difficultés rencontrées.
- Redéfinir si besoin, en accord avec l'enfant et sa famille, les nouveaux objectifs.
- Réévaluer les modalités de prise en charge et le rythme du suivi et les redéfinir si besoin.

### **Suivi multidisciplinaire**

La prise en charge optimale de l'enfant en surpoids ou obèse peut nécessiter le recours à l'expertise de plusieurs professionnels.

Une prise en charge multidisciplinaire est recommandée lorsqu'il existe :

- des comorbidités et/ou des complications ;
- un contexte sociologique familial difficile ;
- une évolution d'IMC défavorable après le début du suivi ;
- une vulnérabilité particulière.

## **Il est recommandé que le coordinateur de la prise en charge soit le médecin habituel de l'enfant ou de l'adolescent.**

Selon l'âge de l'enfant, le contexte, les difficultés rencontrées dans la prise en charge, le médecin peut s'aider du concours d'autres professionnels de proximité :

- médicaux (pédiatres, pédopsychiatres, médecins du sport, etc.) ;
- paramédicaux (diététiciens, psychologues, enseignants en APA, masseurs kinésithérapeutes, etc.) ;
- autres (scolaires, travailleurs sociaux, etc.).



Le suivi multidisciplinaire peut également comporter, selon le niveau de recours :

- la participation à des séances d'éducation thérapeutique de groupe impliquant aussi les parents ;
- la participation à des ateliers ou des stages d'activité physique adaptée ;
- un accompagnement téléphonique par un ou plusieurs professionnels ayant une formation spécifique ;
- des séjours courts (< 2 mois) dans des établissements de soins type soins de suite et de réadaptation (SSR) ou des séjours plus prolongés (> 2 mois) dans des situations très spécifiques.

Cette prise en charge multidisciplinaire devra pouvoir être accessible aux patients en particulier sur le plan financier et dans le cadre des réseaux ville-hôpital de prévention et de prise en charge de l'obésité de l'enfant lorsqu'ils existent dans la région.

Il est recommandé que l'ensemble des professionnels impliqués bénéficient d'une formation spécifique initiale et continue avec au minimum une sensibilisation à l'éducation thérapeutique et une formation à la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.







### Le 1<sup>er</sup> recours

**Il correspond à une prise en charge de proximité par le médecin habituel de l'enfant.**

**Il est recommandé qu'il soit proposé aux enfants et adolescents :**

- en surpoids ou présentant une obésité commune non compliquée ;
- pour lesquels le contexte familial est favorable suggérant une capacité à mettre en oeuvre les changements proposés ;
- sans problème psychologique et social majeur identifié.

Le médecin habituel de l'enfant réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Le médecin peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue ou psychiatre, dans le cadre ou non d'un réseau), auquel cas la coordination des soins est assurée par le médecin.

### Le 2<sup>e</sup> recours

**Il correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés.**

**Il est recommandé qu'il soit proposé aux enfants et adolescents :**

- en cas d'échec de la prise en charge de 1<sup>er</sup> recours ;
- et/ou en surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC ;
- et/ou présentant une obésité avec d'éventuelles comorbidités associées ;
- et/ou dont le contexte familial est défavorable ;
- et/ou avec une problématique psychologique et sociale identifiée.



Il peut s'agir également d'une demande de diagnostic dans le cadre d'une obésité secondaire nécessitant une équipe spécialisée pour déterminer la prise en charge la plus adaptée.

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

- Le médecin habituel de l'enfant assure la coordination des soins, en lien avec les acteurs de proximité ou l'équipe spécialisée. Cette dernière 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 ou pour des courts séjours (< 2 mois) en SSR.

### Le 3<sup>e</sup> recours

**Il est organisé à une échelle régionale et correspond à une prise en charge coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés.**

**Il est recommandé qu'il soit proposé aux enfants et adolescents :**

- en cas d'échec de la prise en charge de 2<sup>e</sup> recours ;
- et/ou lorsqu'il existe des comorbidités sévères ;
- et/ou en cas de handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ;
- et/ou lorsque le contexte familial est très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

Il peut s'agir également d'une demande de diagnostic dans le cadre d'une maladie rare nécessitant une équipe spécialisée (centre de compétence maladie rare et/ou centre de référence maladie rare) pour déterminer la prise en charge la plus adaptée.

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 prolongés en SSR (> 2 mois), ainsi que, dans les situations exceptionnelles, des éventuelles indications de chirurgie bariatrique.

**Un suivi multidisciplinaire est recommandé.**

### Coordination de la prise en charge multidisciplinaire

Deux niveaux de coordination peuvent être définis.

**La coordination au niveau individuel de la prise en charge d'un enfant et de sa famille**

Elle est assurée en premier lieu par le médecin habituel de l'enfant en lien avec les autres professionnels impliqués dans les différents niveaux de prise en charge.



## La coordination territoriale des soins

Elle nécessite une équipe de coordination qui permettra :

- d'assurer l'organisation de la formation des professionnels en collaborant notamment avec les autres organismes de formation de professionnels (médecins, diététiciens, psychologues, enseignants en APA, infirmiers, etc.) ;
- de diffuser les référentiels et outils de prise en charge ;
- de structurer l'offre de soin afin de pouvoir proposer un parcours de soin adapté à chaque situation ;
- de favoriser la circulation et le partage des informations entre les professionnels, idéalement dans le cadre de dossiers partagés informatisés ;
- de concevoir et coordonner, en lien avec les équipes hospitalières ou libérales, une offre valorisée et structurée en éducation thérapeutique individuelle et de groupe ;
- d'organiser et promouvoir l'offre en activités physiques adaptées auprès des professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- d'assurer le lien avec les centres de compétence et de référence obésité, maladies rares ;
- de coordonner la transition du suivi adolescent/ adulte ;
- d'évaluer les résultats de ce type de prise en charge ;
- de réaliser une veille scientifique et de mettre en place des programmes de recherche en particulier avec des structures hospitalières et/ou organismes de recherche ;
- d'organiser le dépistage et la prévention en partenariat avec les organismes et les acteurs concernés (PMI, médecins et infirmières de l'Éducation nationale notamment).

Idéalement cette équipe de coordination comprendra un médecin, un diététicien, un psychologue, un infirmier puériculteur, un éducateur spécialisé ou un éducateur de jeunes enfants, un assistant social, un enseignant en activité physique adaptée ainsi qu'un coordinateur administratif et un secrétaire.

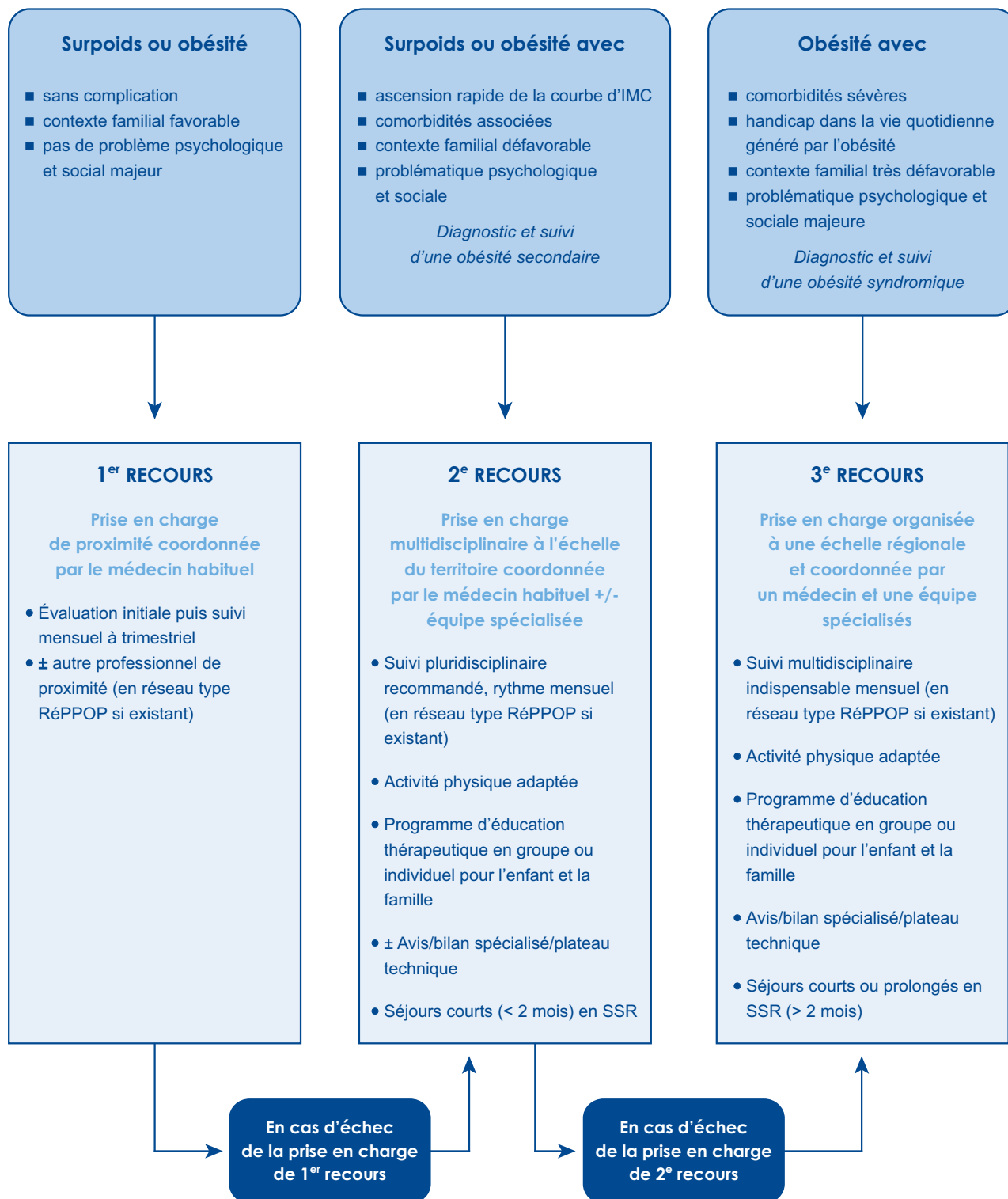
Cette équipe pourra aussi assurer les fonctions d'équipe ressource mobile et réactive en fonction des besoins territoriaux.

Il est recommandé que cette équipe soit pérenne et si possible rattachée à un hôpital universitaire.

**Consulter les propositions du groupe de travail pour améliorer l'organisation de la prise en charge multidisciplinaire au niveau régional.**



Parcours de soins de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse



La recommandation de bonne pratique  
est consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

