



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

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

Septembre 2011

www.has.fr

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

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 épigénétique⁹.

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 2 premières années de vie d'autant plus important que la période de gain pondéral accéléré est longue,
- Difficultés socioéconomiques¹⁰ 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.

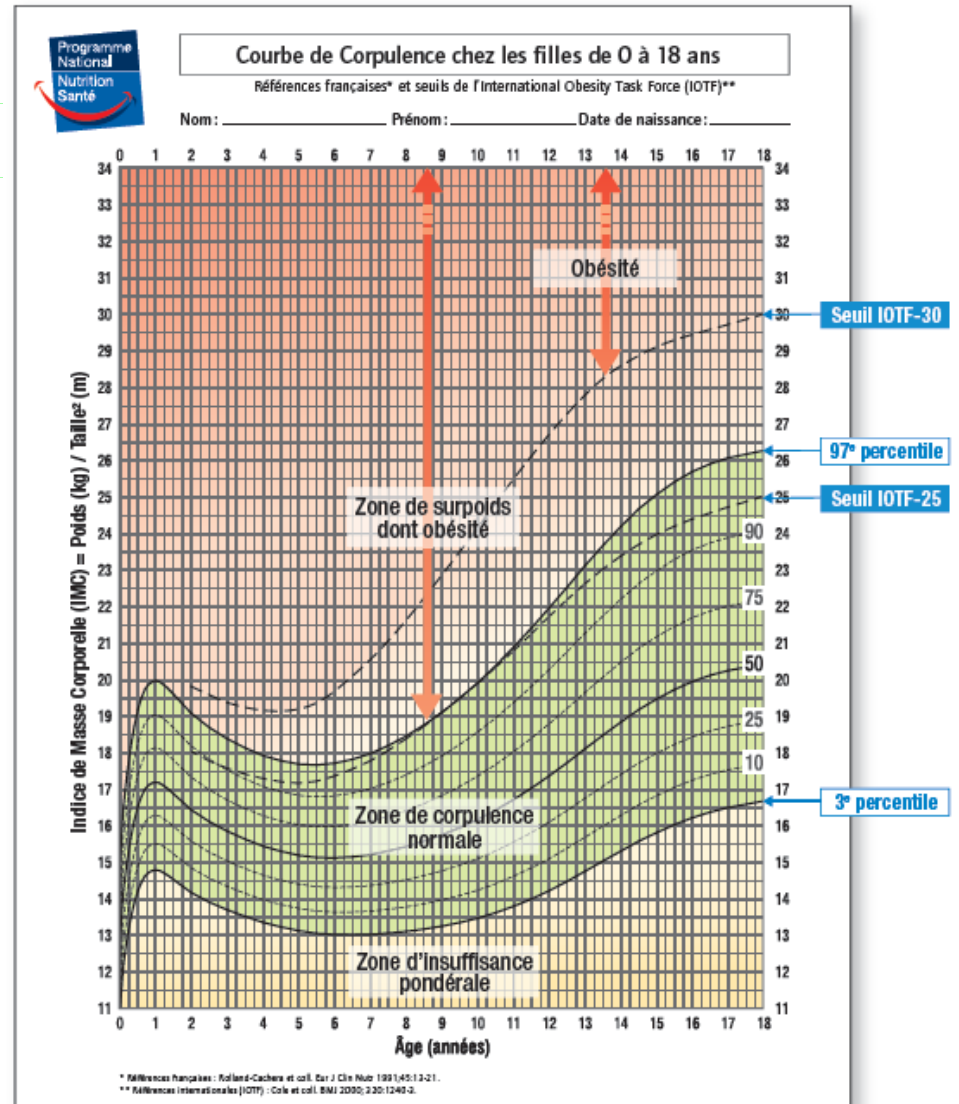
Définition du surpoids et de l'obésité



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



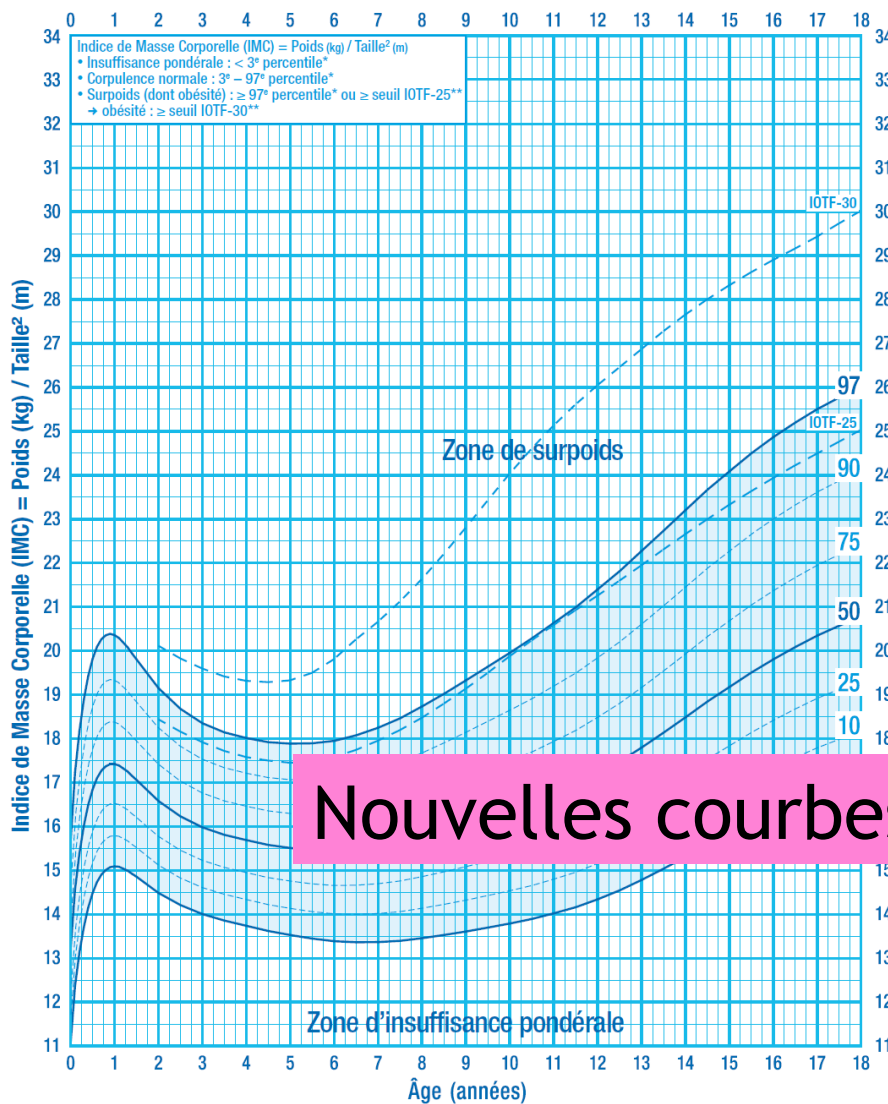
- Obésité :
 $\text{IMC} \geq \text{seuil IOTF-30}$
- Surpoids (incluant l'obésité) :
 $\text{IMC} \geq 97^{\text{e}} \text{ percentile}$



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Nouvelles courbes PNNS/INPES 2010

Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

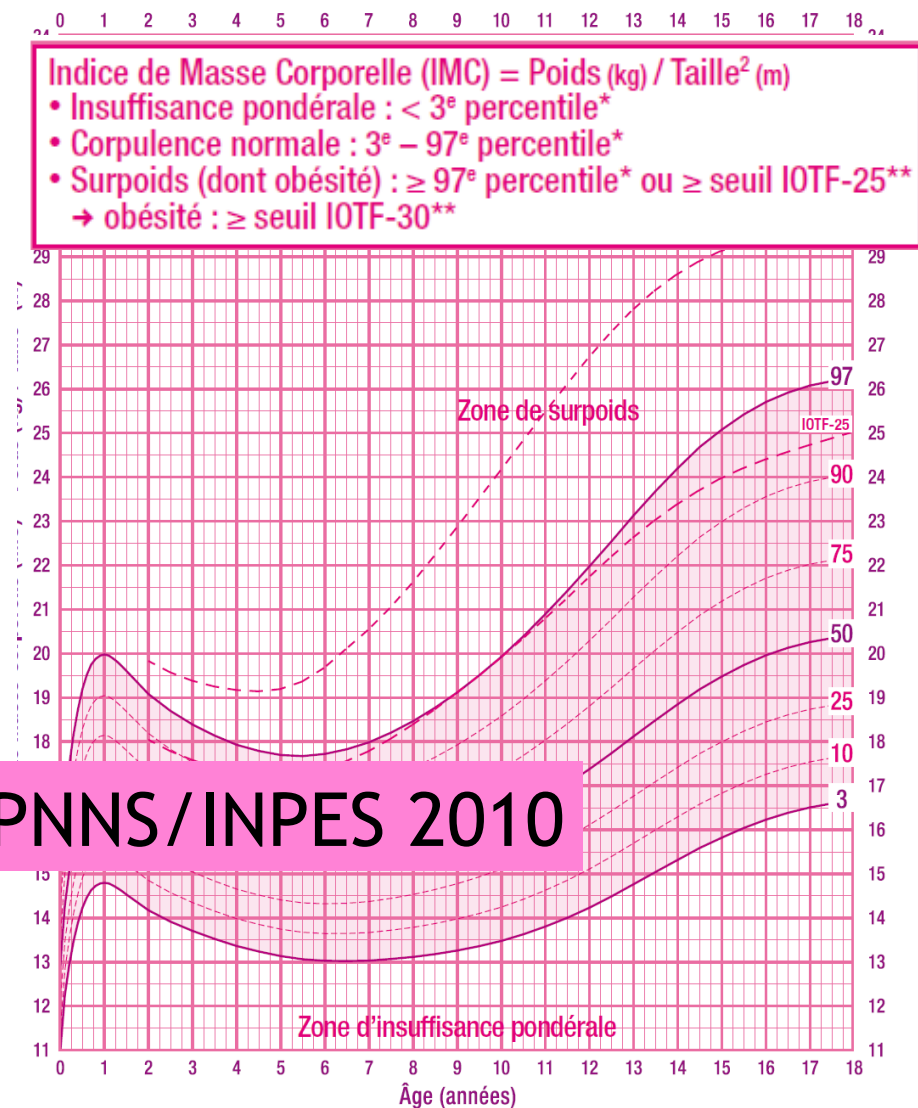
* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.

Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
C'est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

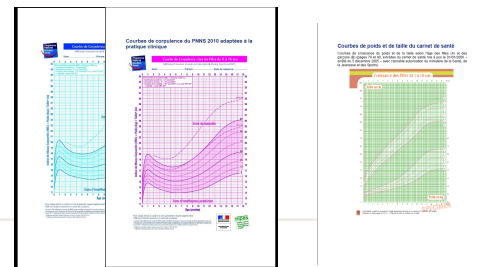
* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.

Comment et quand dépister le surpoids et l'obésité ?

AE

- Surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents
 - ✓ dès la naissance
 - ✓ quelle que soit leur corpulence apparente
 - ✓ quel que soit le motif de la consultation
 - ✓ au minimum 2 ou 3 fois par an
- À l'aide des courbes d'IMC de référence en fonction de l'âge et du sexe.
 - ✓ tracer les 3 courbes : IMC, taille, poids
 - ✓ les reporter dans le carnet de santé

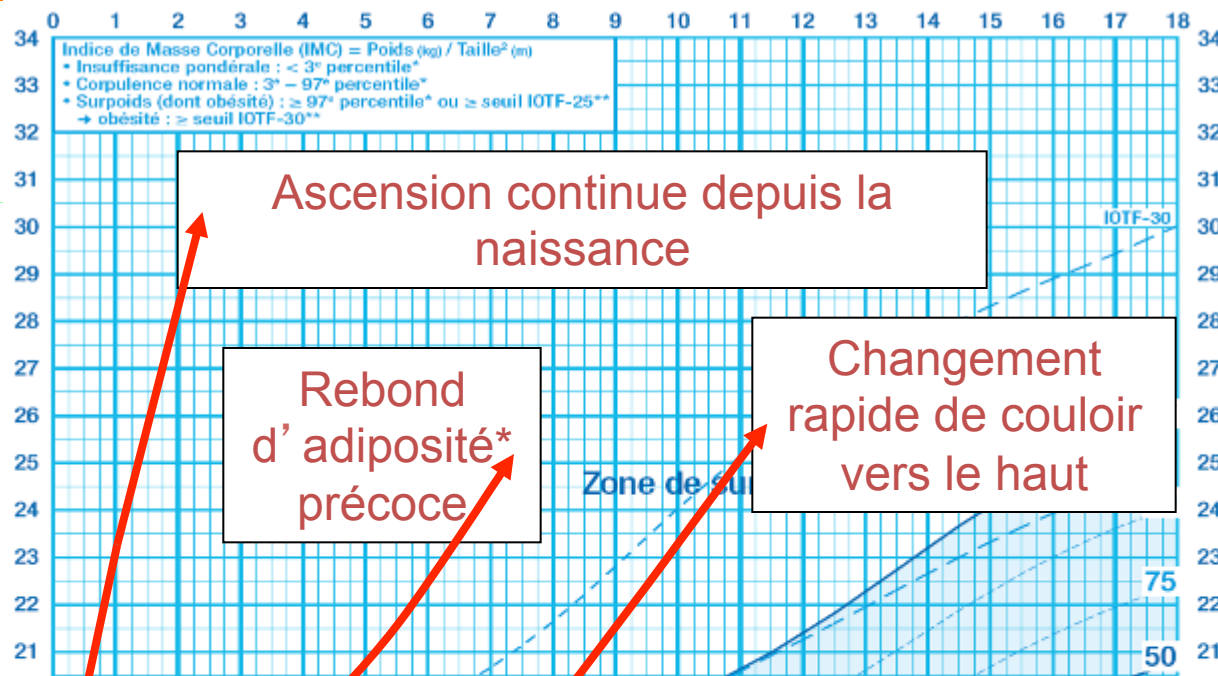


Les signes d'alerte à repérer sur la courbe IMC



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

*L'âge de rebond est l'âge correspondant au point le plus bas de la courbe d'IMC (en moyenne = 6 ans)



■ 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.

Surveillance systématique de la corpulence (2 à 3 fois par an)

Tous les enfants

Enfants avec facteurs de risque précoce ++
Enfants de famille en situation de vulnérabilité

Tracer la courbe de poids

Reporter dans le
carnet de santé

Peser

Mesurer

Tracer la courbe de taille

Calculer l'IMC
Poids / taille²

Tracer la courbe d'IMC
(courbe de corpulence)

≥ 97e
percentile
Enfant/adolescent
en surpoids

Mesure du tour de taille et le
rapporter à la taille

IMC < seuil
IOTF-30

≥ IOTF-30

Rapport tour
de taille / taille
> 0,5

Surpoids sans
obésité

Surpoids avec
obésité

Surpoids avec excès
de graisse
abdominale

Surveillance régulière de
la dynamique de la courbe d'IMC

Repérer les signes
d'alerte

Ascension continue
de la courbe depuis
la naissance

Rebond précoce

Changement rapide de
coulir vers le haut

Présence de signes d'alerte ?

non

oui

Risque de développer un
surpoids et une obésité

Expliquer à la famille
l'importance du suivi de la
courbe d'IMC, programmer
un rdv ultérieur

Figure 3. Algorithme du dépistage du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent

Evaluation initiale

■ 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

Annexe 3. Signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique

Tableau 4. Signes évocateurs d'une obésité « secondaire » et examens à visée étiologique

Pathologie suspectée	Signe(s) évocateur(s) associé(s)	Examens complémentaires réalisables en première intention
Obésité d'origine endocrinienne		
Hypercorticisme	• Ralentissement de la croissance staturale • Vergetures pourpres verticales • HTA • Érythrose faciale	Avis spécialisé ¹ endocrinopédiatrique
Déficit en GH	• Ralentissement de la croissance staturale • Antécédents néonataux (hypoglycémie, ictère, micropénis et cryptorchidie) • Visage enfantin, ensellure nasale marquée, hypoplasie du massif facial, front bombé • Céphalées	Avis spécialisé endocrinopédiatrique IRM du SNC et hypothalamohypophysaire NB : en cas de troubles visuels avec céphalées, penser à une tumeur du système nerveux central (craniopharyngiome)
Hypothyroïdie	• Ralentissement de la croissance staturale • Frilosité, constipation, sécheresse de la peau, chute de cheveux, goitre	Avis spécialisé endocrinopédiatrique NB : dans les obésités sévères il est fréquent que la TSH soit modérément élevée sans pathologie thyroïdienne associée
Obésités monogéniques (obésité très sévère et très précoce)		
Anomalie du MC4R	• Obésité et hyperphagie • Augmentation de la masse musculaire	Avis spécialisé endocrinopédiatrique Étude moléculaire
Mutation sur le gène de la leptine	• Obésité majeure précoce avec troubles du comportement alimentaire • Retard statural	Avis spécialisé endocrinopédiatrique Dosage de la leptine
Mutation du gène récepteur de la leptine Déficit en POMC	• Obésité majeure • Retard statural • Hypogonadisme	Avis spécialisé endocrinopédiatrique Dosage de la leptine

Tableau 4. Signes évocateurs d'une obésité « secondaire » et examens à visée étiologique

Pathologie suspectée	Signe(s) évocateur(s) associé(s)	Examens complémentaires réalisables en première intention
Obésités syndromiques		
Maladies rares génétiques	• Obésité précoce souvent hypotonie néonatale • Retard statural • Hypogonadisme • Dysmorphie faciale • Anomalies des membres/extrémités ou autres malformations • Anomalies sensorielles • Retard de développement • Troubles des apprentissages • Troubles du comportement	Avis spécialisé endocrinopédiatrique Diagnostic génétique Remarque : le syndrome de Prader-Willi représente la cause la plus fréquente Avis auprès du centre de compétence ou de référence
Obésités iatrogéniques (liste non exhaustive)		
Antipsychotiques atypiques et neuroleptiques (ex. : rispéridone, olanzapine) Antiépileptiques et thymorégulateurs (ex. : dépakine, tégrétol) Certains antidépresseurs Corticothérapie Chimiothérapie anticancéreuse ou antileucémies		Évaluer les facteurs de risque Mettre en place des mesures de prévention
Obésités hypothalamiques		
Syndrome hypothalamique	Obésité d'apparition précoce associée à des troubles du système nerveux autonome (dysrégulations thermiques, fréquence cardiaque, troubles respiratoires d'origine centrale)	Avis spécialisé endocrinopédiatrique Diagnostic génétique

Annexe 7. Les syndromes les plus connus avec obésité

Tableau 49. Les syndromes les plus connus avec obésité (Obésités dites « syndromiques »)

Syndrome	Anomalies associées	Transmission	Gène ou localisation chromosomique
Prader-Willi (SPW)	- Hypotonie néonatale et difficultés de succion - Retard statural/petite taille (déficit en GH) - Retard psychomoteur - Retard mental modéré - Troubles des apprentissages - Troubles du comportement - Tableaux psychiatriques divers - Hypogonadisme - Obésité précoce avec hyperphagie et défaut de satiété - Syndrome dysmorphique discret	Autosomique dominante Empreinte génomique Sporadique	15q11-q13
Pseudohypoparathyroïdie (PHPT) type IA ou Ostéodystrophie d'Albright (AOD)	- Faciès rond - Brachymétoparcie et/ou métatarsie - Retard psychomoteur	Autosomique dominante Empreinte génomique	Gène GNAS1 20q13 Certaines formes 2q37.2-q37.3
Bardet-Biedl (SBB)	- Retard mental modéré - Dystrophie rétinienne - Rétinite pigmentaire - Polydactylie - Hypogonadisme - Atteinte rénale	Autosomique récessive	14 loci Notion de gènes de modificateurs de pénétrance
Alström (SA)	- Rétinite pigmentaire - Surdité - Diabète sucré - Cardiomyopathie - Atteinte rénale	Autosomique récessive	2p14-p13 ALMS 1
Carpenter	- Polydactylie - Craniosténose - Anomalies cardiaques	Autosomique récessive	RAB23 6p12.1-q12

Annexe 4. Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent

Rappel : chez un enfant en 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.

Tableau 5. 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
Comorbidités et complications psychopathologiques		
Troubles dépressifs	Symptomatologie dépressive Tristesse, irritabilité Agitation, ralentissement Somatisation Asthénie, repli sur soi Hypersomnie ou insomnie Autodévalorisation, culpabilité Idées suicidaires	Consultation spécialisée
Troubles anxieux	Phobie sociale, inhibition Angoisse de séparation Attaques de panique Troubles obsessionnels compulsifs Stress post-traumatique	
Troubles du comportement	Agitation, opposition, difficultés attentionnelles, impulsivité, provocation, mensonge, vol Agressivité verbale ou physique Difficultés familiales et sociales	
Troubles des conduites alimentaires	Hyperphagie boulimique Syndrome d'alimentation nocturne	
Addictions	Abus de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, etc.) Perte de contrôle (jeu pathologique, achats compulsifs, etc.)	
Complications cutanées (inspection systématique de la peau)		
Vergetures (ventres, cuisses, bras)	Vergetures rosées	Conseils : expliquer le mécanisme d'apparition de la vergeture
	Vergetures larges et violacées et/ou verticales pathologiques	Consultation spécialisée endocrinologie
Hypertrichose chez la jeune fille	Pilosité excessive des zones sous la dépendance des androgènes : cuisses, thorax, seins, visage (favoris, lèvre supérieure)	Avis spécialisé ¹ endocrinopédiatrique Dosage des androgènes
Mycoses	Inflammation des plis	Traitement local
<i>Acanthosis nigricans</i>	Pigmentation anormale (aspect « sale ») des plis : aisselles, cou...	Consultation spécialisée endocrinopédiatrique Recherche d'insulinorésistance

Tableau 5. 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
Complications et comorbidités orthopédiques : à rechercher toujours à l'examen et ne pas minimiser, impact important lors de l'activité physique		
Épiphysiolyse de la tête fémorale	Période pubertaire Douleurs de hanche et du genou Boiterie à l'examen Hanche en rotation externe avec limitation de la rotation interne	<u>Urgence</u> Avis spécialisé orthopédique Radiographies : bassin de face et hanche de profil et en abduction IRM si doute
Pieds plats	Gêne Répercussions orthopédiques Douleurs	Avis spécialisé
<i>Genu valgum</i>	Hyperécartement des chevilles non corrigé en serrant fort les cuisses en charge	Consultation spécialisée
Syndrome fémoro-patellaire	Gonalgies	Radiographies et avis spécialisé
Ante torsion fémorale	Gêne à la marche	Avis spécialisé
Rachialgies	Douleurs du rachis fréquentes	Avis spécialisé
Troubles de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, etc.)	Anomalie à l'examen du rachis	Radiographies et avis spécialisé
Épiphyse de croissance : maladie de Osgood-Schlatter, maladie de Sever, maladie de Scheuermann	Gonalgies Talgies Dorsalgie avec ou sans cyphose	Bilan radiologique avec ou sans avis spécialisé
Complications cardio-respiratoires		
Hypertension artérielle	Pression artérielle élevée	Prise de la pression artérielle avec un brassard adapté Holter tensionnel si les valeurs de pression artérielle sont élevées
Asthme (souvent associé et pouvant être aggravé par l'obésité)	Essoufflement, toux, sibilants, crises de dyspnée, asthme d'effort (toux à l'effort)	Avis spécialisé si non contrôlé
Déconditionnement à l'effort	Mauvaise tolérance à l'effort (essoufflement, sensation de palpitations, malaises)	Consultation spécialisée et épreuve fonctionnelle respiratoire et/ou test d'aptitude à l'effort
Troubles respiratoires du sommeil dont apnées du sommeil	Ronflements Réveils nocturnes Somnolence diurne Baisse des résultats scolaires	Consultation ORL Consultation spécialisée du sommeil Enregistrement polysomnographique
Complications endocriniennes		
Puberté avancée liée à l'obésité	Plutôt chez la fille	Âge osseux Avis spécialisé si avance d'âge osseux

Tableau 5. 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
Complications endocriniennes (suite)		
Syndrome des ovaires polykystiques associé à un contexte métabolique	Spanioménorrhée +/- hypertrichose +/- acné	Recherche d'insulinorésistance Avis spécialisé
Retard pubertaire	Plutôt chez le garçon	Avis spécialisé Âge osseux
Verge enfouie	Taille apparente réduite Verge de taille normale à l'examen	Expliquer et dédramatiser NB : en cas de micropénis vrai (suspicion d'hypogonadisme) : avis spécialisé
Gynécomastie	Développement de la glande mammaire chez le garçon	Différencier de l'adipomastie Avis spécialisé Conseils : expliquer le mécanisme et l'amélioration possible Aborder la possibilité de traitement chirurgical chez le garçon en fin de croissance
Complications métaboliques		
Dyslipidémie	Pas de signe spécifique	Si obésité : dosage systématique cholestérol total, HDL-C, LDL-C et triglycérides
Stéatose hépatique	Pas de signe spécifique ou hépatalgie	Si obésité : transaminases (ASAT, ALAT)
Insulinorésistance Intolérance au glucose Diabète de type 2	Pas de signe spécifique hormis l' <i>acanthosis nigricans</i>	Si obésité : glycémie à jeun et insulinémie
	Si antécédent familial de diabète et un des facteurs de risque suivants (recommandation de l' <i>American Diabetes Association</i> ¹ pour enfants > 10 ans) : - obésité - rapport tour de taille / taille > 0,5 - <i>acanthosis nigricans</i> - syndrome des ovaires polykystiques - populations prédisposées	Glycémie à jeun Insulinémie à jeun Hémoglobine glycosylée A1c Hyperglycémie provoquée orale Avis spécialisé en endocrino-diabétologie

L'excès de poids entraîne également 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.

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

- Frottement 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 l'adolescent.

Evaluation initiale

■ 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.

► 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 (cf. annexe 3) ;
 - recherche de comorbidités de l'obésité et indications d'examens complémentaires (cf. annexe 4).

Evaluation initiale

■ 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.

► Examens complémentaires

AE

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 et
- 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 (cf. tableau complications annexe 4) ;
- obésité d'évolution très rapide, pour rechercher une cause organique cérébrale, maladie génétique, etc.) ou un facteur de stress (maltraitance, etc.)

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.**

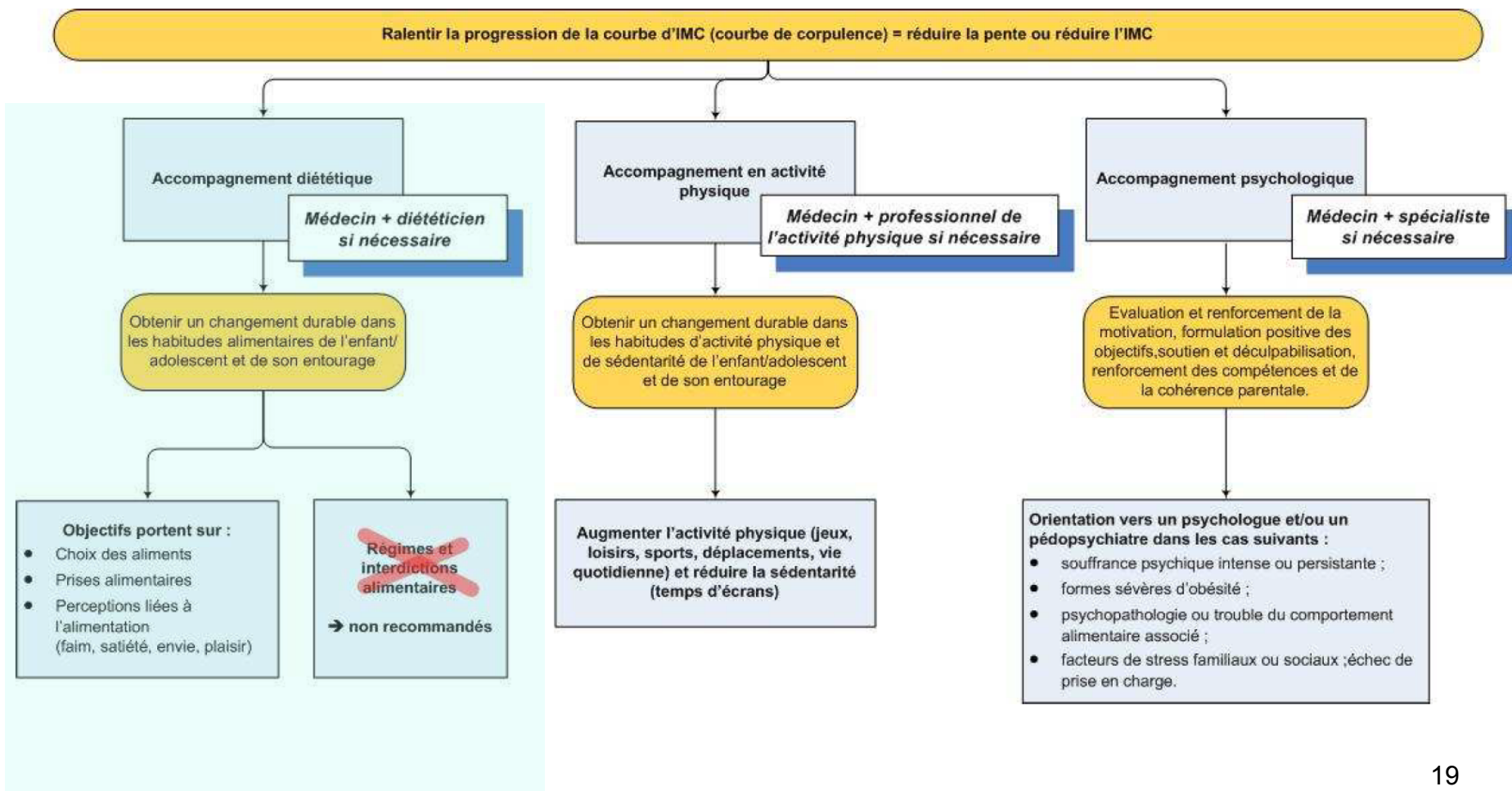
Il est recommandé que la prise en charge :

- 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.

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.

Algorithmes décisionnels

- Approches et moyens thérapeutiques



■ 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.

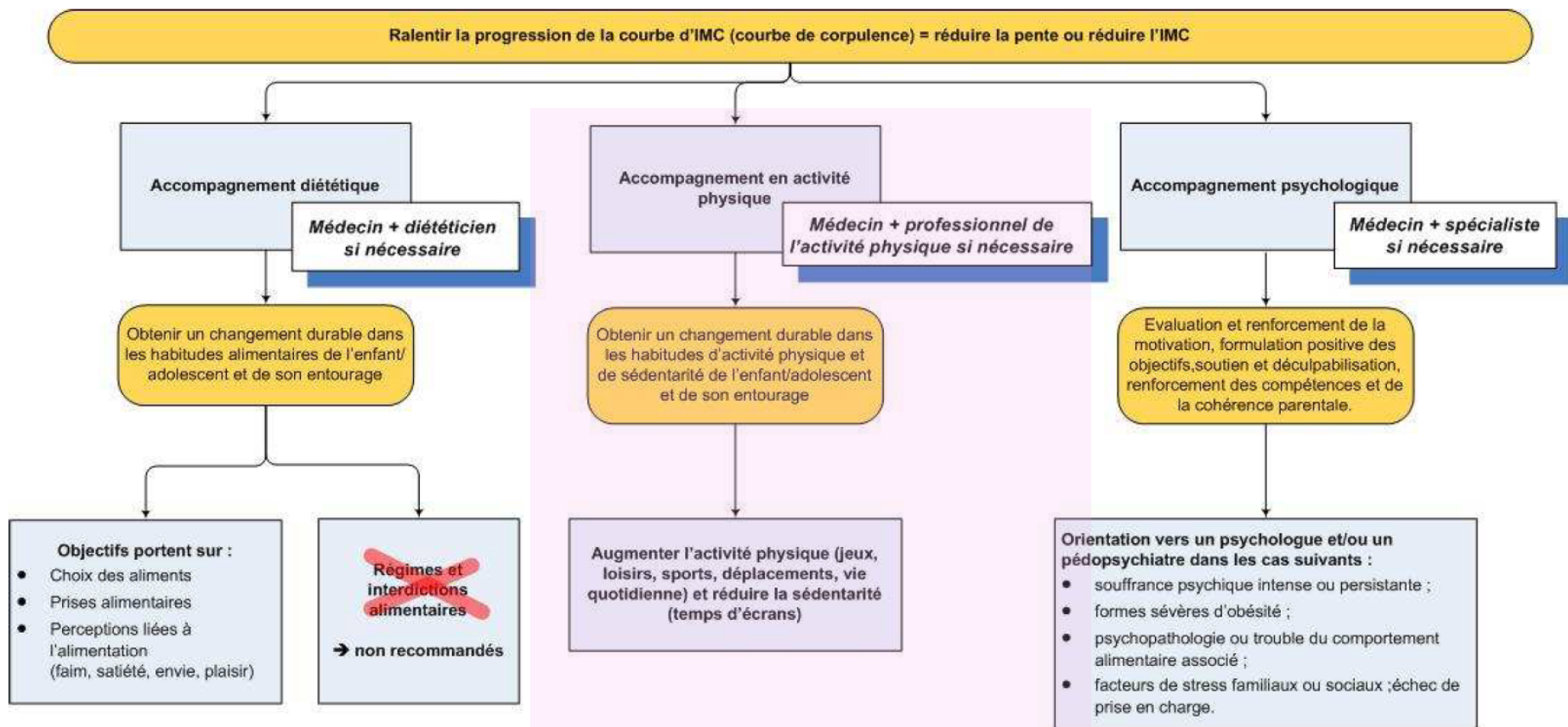
Les repères nutritionnels du PNNS pour l'enfant et l'adolescent adaptés à la population générale sont valables pour la majorité des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, et il est recommandé de s'y référer afin de garantir la cohérence de la prise en charge (cf. outils).

Les objectifs pourront porter sur

• Le choix des aliments	▶ Qualité
	▶ Quantité
• Les prises alimentaires (repas/collations/grignotage)	▶ Rythme et répartition dans la journée
	▶ Nombre
	▶ Durée
	▶ Contexte (maison, cantine, seul ou en famille, etc.)
• Les perceptions liées à l'alimentation	▶ Faim
	▶ Satiété
	▶ Envie
	▶ Plaisir

Algorithmes décisionnels

- Approches et moyens thérapeutiques



■ Accompagnement en activité physique

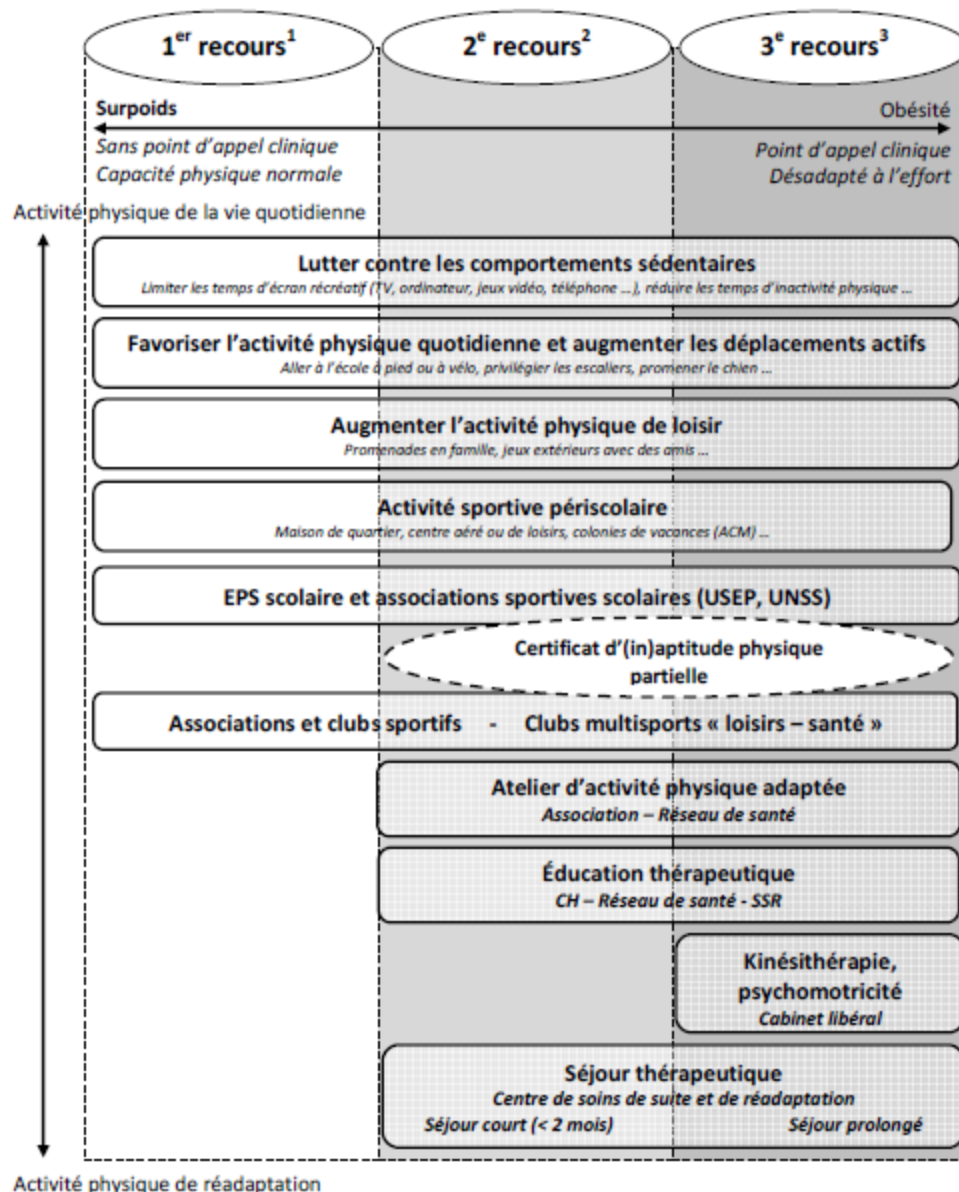
AE

- 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.

Tableau 42. Évaluation de l'activité physique ou sportive (APS) et de la sédentarité

Facteurs à évaluer	Exemple de questions à poser (enfant/parents)
Les pratiques physiques et sportives antérieures et leur contexte psychologique et social	
• Représentation des APS • Plaisir ressenti • Sentiment de compétence • Relation aux autres (stigmatisation) • Image du corps • Intolérance à l'échec	 <i>Quelles activités sportives as-tu déjà pratiquées ?</i> <i>Quelles sont les activités que tu as appréciées ?</i> <i>Quelles sont les raisons qui ont fait que tu as arrêté cette activité ?</i> <i>Lorsque tu pratiques, es-tu gêné par quelque chose ?</i> <i>Est-ce qu'il arrive que l'on se moque de toi ?</i> <i>As-tu des difficultés pour t'intégrer dans un groupe ?</i>
Les habitudes de vie acquises et les goûts actuels pour les APS	
• Conditions d'inactivité physique et de sédentarité - équipements multimédia et audiovisuel - lieu et durée d'utilisation • Conditions de la pratique physique - encadrée (scolaire, association sportive) - non structurée (loisir, jeu) - en autonomie (déplacement à pied/vélo)	 <i>Combien de temps passes-tu devant les écrans le week-end ?/les jours d'école ?</i> <i>Y a-t-il une TV/un ordinateur dans ta chambre ?</i> <i>Qu'est-ce que tu aimes dans ce jeu vidéo ?</i> <i>Quelles activités sportives pratiques-tu en dehors de l'école ? (nature, fréquence, durée, intensité)</i> <i>Comment te rends-tu à l'école ? Que fais-tu en rentrant ?</i> <i>As-tu d'autres loisirs ? (musique, théâtre...)</i>
L'environnement dans lequel vit l'enfant et les possibilités qui lui sont offertes	
• Contexte familial • Niveau socio-économique • Réseaux sociaux • Environnement géographique • Tissu associatif local	 <i>Y a-t-il des pratiques physiques communes dans ta famille ?</i> <i>As-tu accès à des loisirs actifs ? (parc, vélo, rollers...)</i> <i>Quelle est la distance domicile-école ?</i> <i>Qui peut te soutenir dans ton projet sportif ?</i> <i>Penses-tu qu'il faille limiter le d'écran à la maison ?</i>

Annexe 5. Prescription de l'activité physique



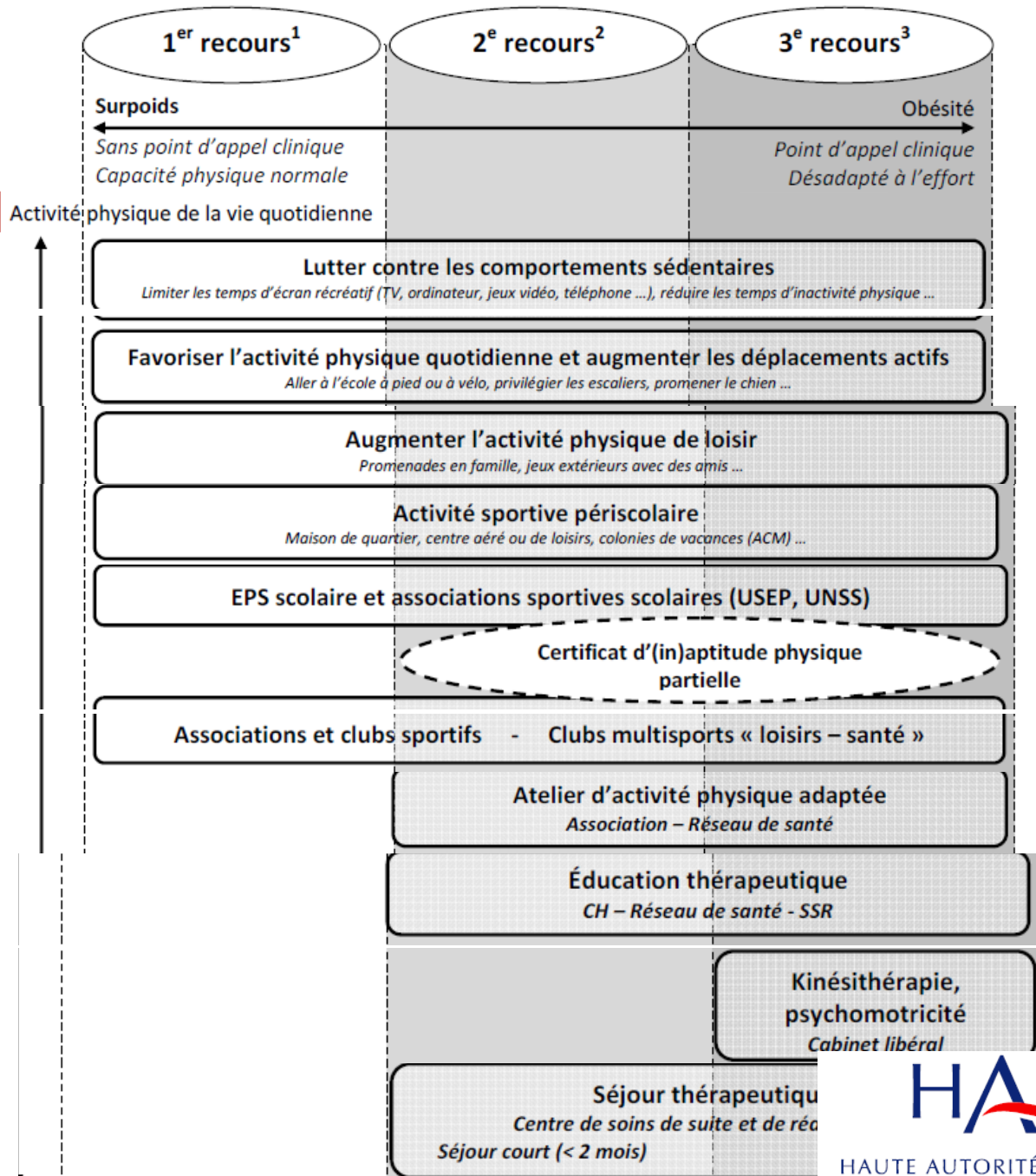
¹ 1^{er} recours : prise en charge de proximité coordonnée par le médecin habituel de l'enfant ou adolescent. Surpoids ou obésité (sans complication, contexte familial favorable et pas de problème psychologique et social majeur).

² 2^e recours : prise en charge pluridisciplinaire à l'échelle du territoire coordonnée par le médecin habituel +/- équipe spécialisée. Surpoids ou obésité (avec échec de la prise en charge de 1^{er} recours, ascension rapide de la courbe d'IMC, comorbidités associées, contexte familial défavorable et problématique psychologique et sociale).

³ 3^e recours : prise en charge coordonnée par un médecin ou une équipe spécialisée (CHU). Obésité (avec échec de la prise en charge de 2^e recours, comorbidités sévères, handicap dans la vie quotidienne généré par

Annexe 5. Prescription de l'activité physique

■ Prescription de l'activité physique



Annexe 11. Exemple de certificat d'inaptitude partielle

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), Dr..... docteur en médecine

Lieu d'exercice

Certifie avoir examiné⁽¹⁾ l'élève (nom, prénom) :

Né(e) le :

et constaté que son état de santé entraîne une inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive (EPS)

☐ Pour l'année scolaire

☐ Pour une durée de à compter de ce jour

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement d'EPS aux possibilités de l'élève, il est nécessaire :

☐ d'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations⁽²⁾ et en particulier les articulations suivantes :

Chevilles ☐ Genoux ☐ Hanche ☐ Épaule ☐ Rachis ☐ Autre : ☐

- Ainsi, il est préférable d'encourager les activités en décharge : vélo, natation, marche
- La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité

☐ d'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires*

Il est préférable :

- de privilégier les activités d'intensité modérée mais de durée prolongée ;
- de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire ;
- d'adapter son temps de récupération.

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

☐ autres recommandations (à préciser):

.....
.....

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à cet élève au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité. Ainsi, je l'incite à participer régulièrement au cours d'EPS. Il est donc important de faciliter son intégration dans le groupe et de valoriser sa participation à l'EPS en toutes circonstances.

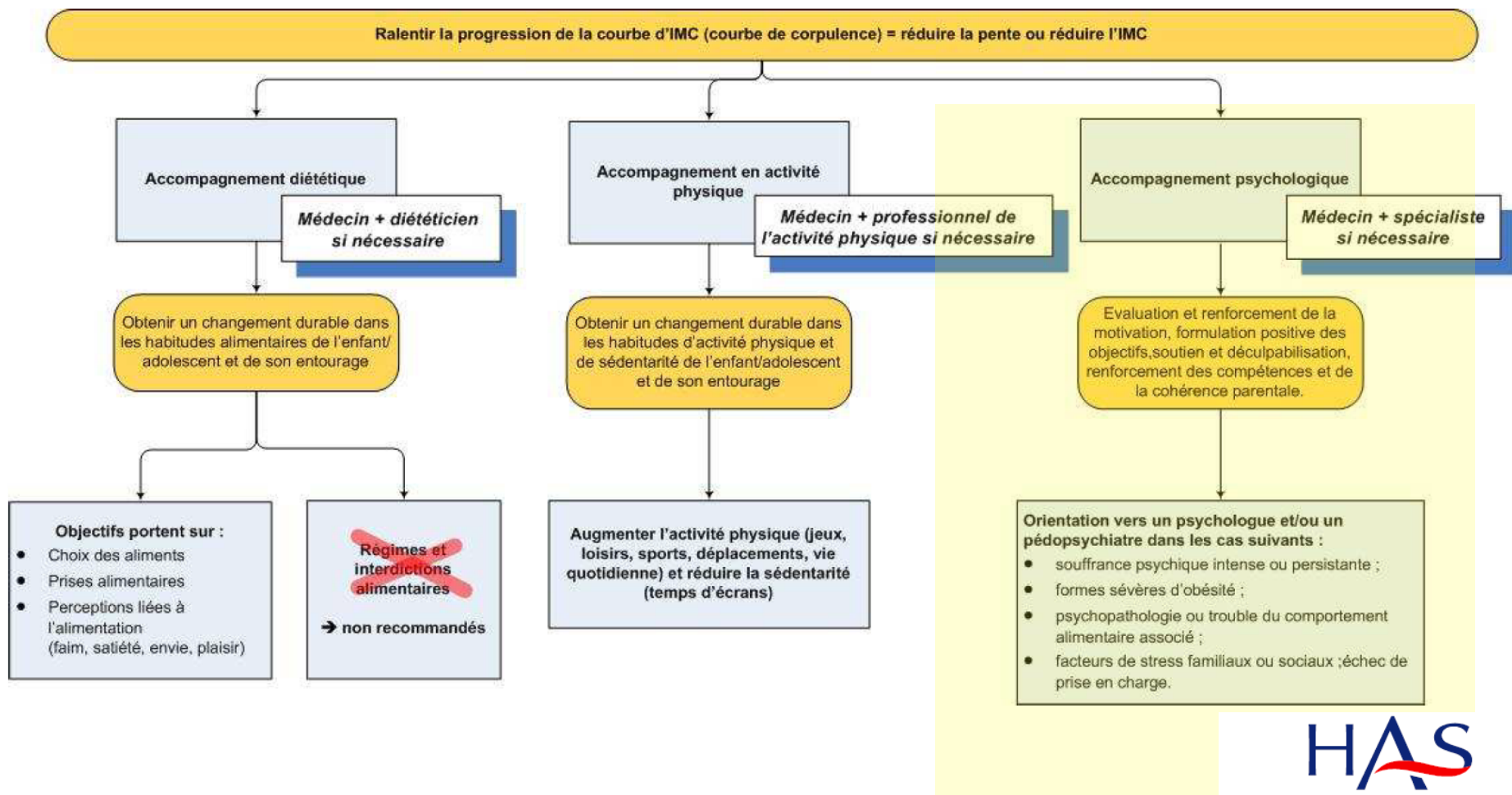
Date, signature et cachet du médecin :

¹ En application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988

² Des textes de référence permettant d'adapter l'enseignement de manière concrète sont disponibles dans le livret EPS et santé de l'académie de Bordeaux

Algorithmes décisionnels

- Approches et moyens thérapeutiques



■ Accompagnement psychologique

AE

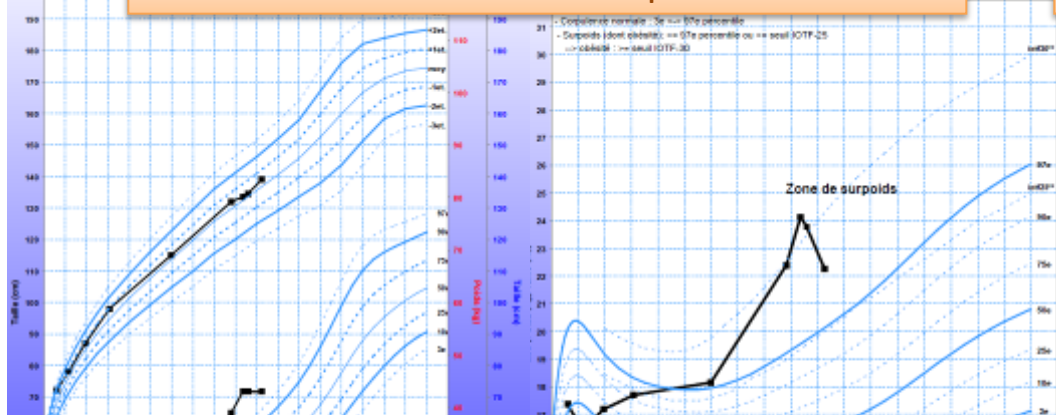
- L'accompagnement psychologique comporte :
 - évaluation et renforcement de la motivation, formulation positive des objectifs, soutien et déculpabilisation, renforcement des compétences et de la cohérence parentale.
- L'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre est recommandée dans les 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.

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

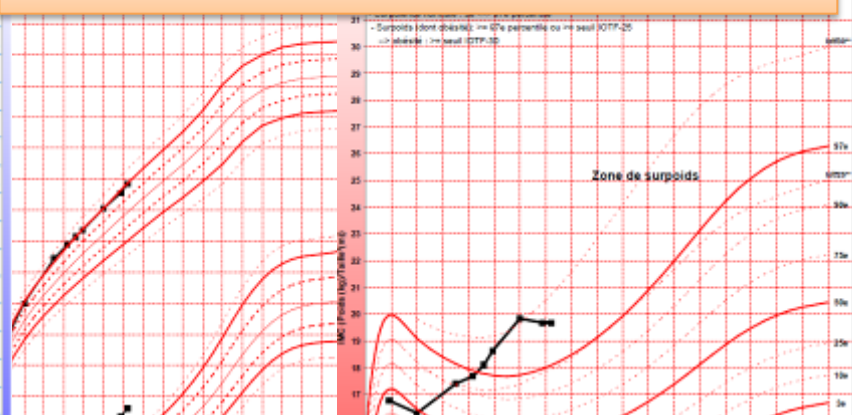
AE

- 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.

Stabilisation de la courbe de poids



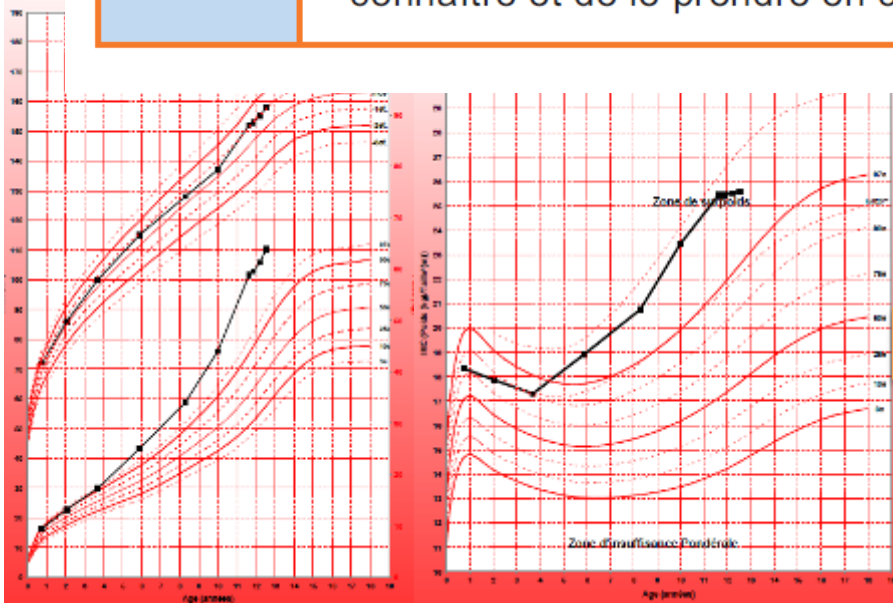
Stabilisation de la courbe d'IMC



■ 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.



Infléchissement de la courbe d'IMC

- Atelier HAS - Inpes

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Trois niveaux de prise en charge

AE

- **1^{er} recours** : de proximité par le médecin habituel
 - ✓ surpoids ou obésité commune non compliquée
 - ✓ contexte familial favorable
 - ✓ pas de problème psychologique et social majeur
- **2^e recours** : multidisciplinaire à l' échelle d' un territoire + professionnels spécialisés
 - ✓ 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 ...
- **3^e recours** : échelle régionale + médecin et une équipe spécialisés
 - ✓ 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

PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET ADOLESCENT EN SURPOIDS OU OBESE

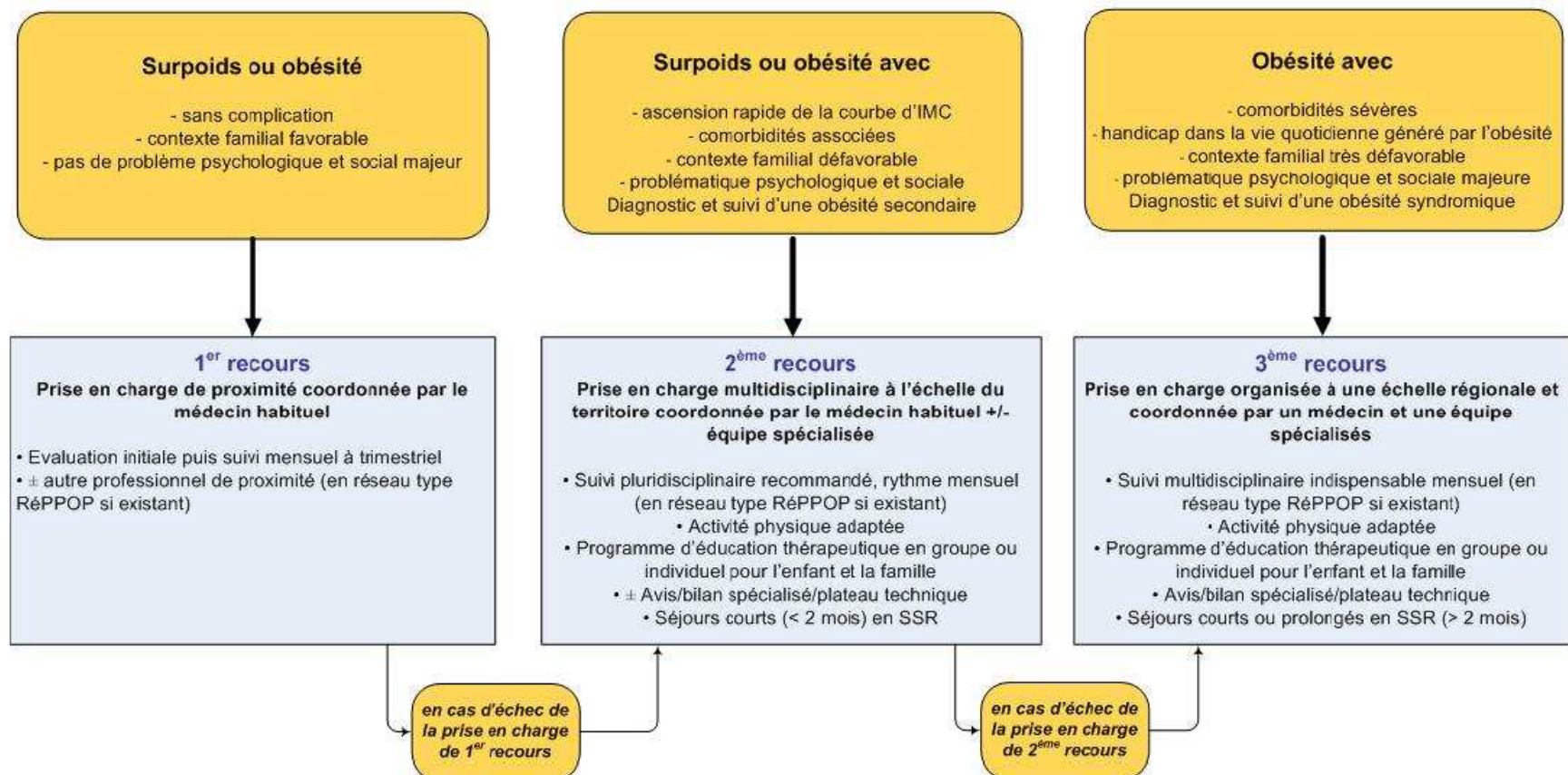


Figure 5. Algorithme des trois niveaux de prise en charge



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

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

Septembre 2011

www.has.fr

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

Espace Professionnels de santé



Recommandation de bonne pratique

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent
(actualisation des recommandations 2003)

Méthode Recommandation pour la pratique clinique

Promoteur Haute Autorité de Santé

Objectifs L'objectif de cette recommandation est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des enfants et adolescents ayant un surpoids ou une obésité.

Cette recommandation a été élaborée à la demande de la Direction générale de la santé. Ce travail a été réalisé dans le cadre du deuxième programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010.

La recommandation de bonne pratique, sa synthèse et l'argumentaire scientifique sont disponibles via les liens suivants :

- ⊗ [Obésité enfant et adolescent - Recommandation](#)
- ⊗ [Obésité enfant et adolescent - Synthèse de la recommandation](#)
- ⊗ [Obésité enfant et adolescent - Argumentaire scientifique](#)

D'autres outils utiles à la mise en œuvre de ces recommandations sont également disponibles :

- ⊗ [Courbes de poids et de taille du carnet de santé](#)
- ⊗ [Courbes de corpulence – IMC - PNNS 2010](#)
- ⊗ [Tableau - Résumé des données de l'évaluation clinique](#)
- ⊗ [Recommandations du deuxième PNNS pour tous les enfants et les adolescents](#)
- ⊗ [Fiche pratique d'accompagnement diététique](#)
- ⊗ [Exemple de certificat d'inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive](#)
- ⊗ [Evaluation de l'activité physique et de la sédentarité](#)
- ⊗ [Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation \(SSR\)](#)
- ⊗ [Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité pédiatrique \(RéPPOP\)](#)

OUTILS

ABC [Glossaire](#) [Mes Alertes](#) [Imprimer](#) [Envoyer](#)

EN SAVOIR +

- ⊗ [Consultez les Déclarations publiques d'intérêts](#)
- ⊗ [Consultez les documents de travail de cette recommandation](#)
- ⊗ [Surpoids et obésité : repérer plus tôt et mieux prendre en charge](#)
- ⊗ [Vidéos - Surpoids et obésité](#)
- ⊗ [Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours](#)
- ⊗ [Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement - Dépliant INPES](#)

Service des bonnes pratiques professionnelles

Si vous souhaitez commenter ces recommandations, écrivez-nous à l'adresse ci-dessous
contact.srp@has-sante.fr

[Commander cette publication](#)

TAGS

[Nutrition, diététique](#) - [Pédiatrie](#) - [Obésité](#)

Professionnels de santé

Accréditation des médecins

Actes - Médicaments -
Dispositifs médicaux

Avis et décisions de la HAS

Coopération entre
professionnels de santéDéveloppement
professionnel continuÉtablissements de santé :
CertificationÉtablissements de santé :
indicateursÉvaluation médico-
économiqueLabellisation des centres de
maladies raresMaladies chroniques -
Parcours de soins

Organisation des soins

Programmes Pilotes

Incertitude

Recommandations de bonne
pratique

→ Méthodes

→ Attribution du label

→ Recommandations cliquables

→ Les recommandations de bonne
pratique

→ Protocoles pluriprofessionnels

Santé publique

Sécurité du patient

Programme de travail

Épreuves Classantes
Nationales

Actualités & Pratiques

Grand public

Presse

La recommandation de bonne pratique, sa synthèse et l'argumentaire scientifique sont disponibles via les liens suivants :

- ④ [Obésité enfant et adolescent - Recommandation](#)
- ④ [Obésité enfant et adolescent - Synthèse de la recommandation](#)
- ④ [Obésité enfant et adolescent - Argumentaire scientifique](#)

D'autres outils utiles à la mise en œuvre de ces recommandations sont également disponibles :

- ④ [Courbes de poids et de taille du carnet de santé](#)
- ④ [Courbes de corpulence – IMC - PNNS 2010](#)
- ④ [Tableau- Résumé des données de l'évaluation clinique](#)
- ④ [Recommandations du deuxième PNNS pour tous les enfants et les adolescents](#)
- ④ [Fiche pratique d'accompagnement diététique](#)
- ④ [Exemple de certificat d'inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive](#)
- ④ [Evaluation de l'activité physique et de la sédentarité](#)
- ④ [Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation \(SSR\)](#)
- ④ [Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité pédiatrique \(RéPPOP\)](#)

Les annexes de la recommandation sont disponibles en fichiers individuels via les liens suivants :

- ④ [Annexe 1. Propositions organisationnelles](#)
- ④ [Annexe 2. Références françaises et internationales définissant le surpoids et l'obésité](#)
- ④ [Annexe 3. Signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique](#)
- ④ [Annexe 4. Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent](#)
- ④ [Annexe 5. Prescription de l'activité physique](#)
- ④ [Annexe 6. Professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge multidisciplinaire](#)

Consulter la recommandation et les outils en version cliquable :

- ④ [Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Recommandation cliquable \(Reco2clics\)](#)

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003)

L'objectif de cette recommandation est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des enfants et adolescents ayant un surpoids ou une obésité.

Cette recommandation a été élaborée à la demande de la Direction générale de la santé. Ce travail a été réalisé dans le cadre du deuxième programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010.

La recommandation de bonne pratique, sa synthèse et l'argumentaire scientifique sont disponibles via les liens suivants :

- [Obésité enfant et adolescent - Recommandation](#)
- [Obésité enfant et adolescent - Synthèse de la recommandation](#)
- [Obésité enfant et adolescent - Argumentaire scientifique](#)

D'autres outils utiles à la mise en œuvre de ces recommandations sont également disponibles :

- [Courbes de poids et de taille du carnet de santé](#)
- [Courbes de corpulence – IMC - PNNS 2010](#)
- [Tableau- Résumé des données de l'évaluation clinique](#)
- [Recommandations du deuxième PNNS pour tous les enfants et les adolescents](#)
- [Fiche pratique d'accompagnement diététique](#)
- [Exemple de certificat d'inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive](#)
- [Evaluation de l'activité physique et de la sédentarité](#)
- [Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation \(SSR\)](#)
- [Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité pédiatrique \(RéPPOP\)](#)

Les annexes de la recommandation sont disponibles en fichiers individuels via les liens suivants :

- [Annexe 1. Propositions organisationnelles](#)
- [Annexe 2. Références françaises et internationales définissant le surpoids et l'obésité](#)
- [Annexe 3. Signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique](#)
- [Annexe 4. Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent](#)
- [Annexe 5. Prescription de l'activité physique](#)
- [Annexe 6. Professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge multidisciplinaire](#)

Consulter la recommandation et les outils en version cliquable :

- [Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Recommandation cliquable \(Reco2clics\)](#)