



# **SURPOIDS ET OBÉSITÉ COMMUNE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT:**

## **Dépistage et orientation**

**DOSSIER DOCUMENTAIRE**

Thème septembre 2021

**Rédactrice du dossier: Maryline DUFILS**  
**Relecteur : Hervé LE NEEL**

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

Nous nous intéressons ici aux situations les plus fréquentes en médecine générale.

## Définitions

Lorsque l'IMC est supérieur au 97<sup>e</sup> percentile pour l'âge et le sexe, on parle de surpoids (définition internationale, à privilégier) ou obésité de degré 1 (définition française). La courbe du 97<sup>e</sup> percentile correspond à un IMC à 25 kg/m<sup>2</sup> chez l'adulte.

Lorsque l'IMC est supérieur à la courbe qui correspond à un IMC à 30 kg/m<sup>2</sup> chez l'adulte, on parle d'obésité (définition internationale) ou obésité de degré 2.

## Prévalence

La prévalence, en France, du surpoids et de l'obésité chez l'enfant était de 5% en 1980. Elle a connu une forte augmentation pour atteindre plus de 15% en 2008, avec une certaine stabilité ensuite autour de 17%.

## Ce que nous avons appris (études récentes) :

- ! L'obésité de l'enfant est due à une programmation différente des centres cérébraux de régulation du poids, en grande partie génétiquement déterminée.
- ! L'environnement permet simplement l'expression de cette prédisposition génétique.
- ! La majorité des enfants n'a aucun risque de devenir obèse, quelque soit leur alimentation et le niveau de leur activité physique.
- ! Les complications somatiques sont rares chez l'enfant obèse, les problèmes posés par l'obésité sont avant tout psycho-sociaux (souffrance morale, perte de l'estime de soi, culpabilité, discrimination sociale).

## Ce que nous devrions faire :

- ! Informer sur l'origine exacte de l'obésité : origine constitutionnelle, n'est pas la conséquence de laxisme, d'erreurs diététiques. C'est une « injustice de la nature ».
- ! Déculpabiliser les familles doit être la première étape du traitement : les parents ne sont pas responsables de l'obésité de leur enfant.
- ! L'obésité n'altère que rarement la santé somatique de l'enfants, elle atteint surtout sa santé mentale : inutile, voire délétère, d'évoquer les risques pour la santé
- ! Nous devrions « Hypomédicaliser » l'obésité en évitant de prescrire des examens complémentaires. Les endocrinopathies (hypothyroïdie, hypercorticisme) ne sont pas des causes d'obésité. Seul un ralentissement statural doit les faire rechercher.

- ! Arrêter les actions de prévention actuelles, inefficaces et potentiellement délétères.
- ! **Le traitement de l'obésité de l'enfant n'est pas une urgence puisque la précocité de la prise en charge a peu ou pas d'influence sur l'évolution ultérieure et puisque les complications somatiques sont rares chez l'enfant.**
- ! Nous devrions donc éviter de contraindre un enfant à maigrir en l'absence de demande de la famille (dépistage non recommandé en l'absence de volonté parentale), chercher à améliorer la qualité de vie immédiate, sans se préoccuper de l'avenir.
- ! Pour les enfants (et leur famille) soucieux de leur poids, il faut chercher à comprendre leurs motivations et les aider à modifier leur mode de vie. Le traitement de l'obésité repose sur 3 axes :
  - ! – Modification de l'alimentation: réduction calorique sur une base d'alimentation équilibrée, diminution des boissons sucrées, réduction de la densité énergétique des repas, contrôle du grignotage, augmentation des apports protéiques (effet rassasiant). Pour maigrir un enfant obèse doit savoir résister à la faim qui est inéluctable. Aucun aliment ne doit être interdit (fast-food, bonbons, gâteaux, etc)
  - ! – Augmentation de l'activité physique : activité régulière (marche pour aller à l'école, escaliers, etc), pratique régulière d'une activité choisie par l'enfant (60 minutes par jour). La réduction du temps passé devant les écrans est inutile car inefficace.
  - ! – Soutien psychologique : encouragements permanents, sans parler de santé, déculpabilisation.

La plupart du temps, il s'agit d'une obésité dite commune, due à une susceptibilité constitutionnelle génétique révélée par des facteurs environnementaux. L'interrogatoire recherche des antécédents familiaux d'obésité, des antécédents personnels de prise de traitement. Il s'intéresse également à l'environnement avec les habitudes alimentaires, l'activité physique ainsi que le niveau socio-économique. La recherche d'un facteur émotionnel doit être effectuée, notamment un divorce parental, un décès familial, un stress. Il faut également définir l'âge du début du trouble. L'examen clinique comprend l'évaluation du poids et de la taille, le stade pubertaire et les capacités cognitives mais également les éléments orientant vers une anomalie endocrinienne ou syndromique. Dans le cas de l'obésité commune, est observée une augmentation concomitante de la vitesse de croissance staturale.

Les causes organiques sont exceptionnelles (déficit en hormone de croissance, hypothyroïdie, hypercorticisme, maladies génétiques) et s'accompagnent d'un ralentissement de la croissance staturale. Aucune exploration endocrinienne n'est nécessaire si la croissance staturale n'est pas ralentie.

D'après le collège des enseignants de pédiatrie et de nutrition, dans l'obésité commune, il n'y a pas d'indication à réaliser un bilan paraclinique de manière systématique. En revanche, selon les recommandations de la HAS de 2012, chez l'enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie et chez l'enfant obèse sont indiqués la réalisation systématique d'un bilan biologique comprenant l'exploration d'une anomalie lipidique, une glycémie à jeun et le dosage des transaminases.

Le niveau des recommandations de la HAS repose sur les avis d'expert.

### Signes d'alerte à repérer

- ! Rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé. Le rebond physiologique de la courbe d'IMC est à 6ans).
- ! Ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance.
- ! Changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut. L'analyse de la courbe est essentielle au dépistage avec au moins une mesure annuelle.
- ! 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.

### Consultation initiale

- ! Consultation clé pour l'engagement dans la relation, processus qui permet d'établir un lien de confiance réciproque et respectueux.
- ! Veiller à ne pas juger, à ne pas culpabiliser, à ne pas faire peur.
- ! Etre empathique, valoriser (ex : *je me rends compte que tu as franchi une grande étape en venant me voir*).
- ! **L'Entretien Motivationnel** est une approche recommandée.
- ! Ne pas commencer par une évaluation (interrogatoire) qui place le patient en position passive et compromet de ce fait l'engagement.
- ! Pour débiter un entretien centré sur l'enfant et sa famille, poser une question ouverte. Par exemple : *Aujourd'hui, je vais surtout t'écouter afin de comprendre ta façon de voir les choses et tes préoccupations. Qu'attends-tu de cette consultation?*
- ! Ecouter l'enfant/adolescent et sa famille.
- ! **Explorer les représentations** de l'enfant/adolescent et de sa famille sur le poids et l'alimentation. *Qu'est-ce qu'il sait? Qu'est-ce qu'il croit?*

- ! **Le mode de vie** de l'enfant (mode de vie, scolarité, mode de prise des repas) et de sa famille (contexte familial, contexte socio-économique). *Qui est-il? Qu'est-ce qu'il fait?*
- ! **L'histoire du surpoids** et de l'obésité, prise en charge antérieure et son vécu. *Qu'est-ce qu'il a? Qu'est-ce qu'il ressent?*
- ! **Les attentes** de l'enfant/adolescent et de sa famille. *Quel est son projet? Quelle est sa demande?*
- ! Apprécier sa **motivation** et celle de sa famille à apporter des changements à leur mode de vie.
- ! **Résumer les attentes** de l'enfant et de sa famille.
- ! **Renforcer sa motivation et son engagement vers le changement (Reformuler ce qui a été dit et ce qui a été compris, et terminer par : est-ce que tu vois d'autres choses ? )**.
- ! Aider l'enfant/adolescent et sa famille à **trouver eux-mêmes** les solutions en évitant d'imposer son propre point de vue.
- ! Il est indispensable que les **parents soient impliqués** dans la prise en charge.
- ! **Expliquer** la prise en charge avec la nécessité d'un suivi régulier.
- ! **Proposer un RDV** pour poursuivre la prise en charge.

Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé par la HAS.

Fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient, elle comporte un accompagnement psychologique, des conseils diététiques et des recommandations pour augmenter l'activité physique. L'objectif est de pratiquer plus de 60 minutes par jour d'activité physique modérée à intense chez l'enfant et l'adolescent.

### Objectif

- ! 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, si l'enfant est demandeur d'un changement.
- ! Tout enfant/adolescent peut avoir son propre objectif pondéral. Il est important de le connaître et de le prendre en compte.

### Cotation

Il existe une **cotation** particulière pour ce type de consultation : « La **Consultation de Suivi de l'Obésité** cotée CSO, d'une valeur de 46€, qui peut être utilisée pour tout enfant à risque d'obésité entre 3 et 12 ans. Pour coter cet acte, vous devrez être le médecin traitant. Cet acte n'est pas cumulable avec la MCG. Il n'est pas cumulable non plus avec d'autres actes ou majorations. Il est cotable 2 fois par an, cet acte n'est pas pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Le tiers payant intégral n'est donc pas possible.

## **Accompagnement psychologique**

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 SSR) ;
- échec de prise en charge.

## **Médicaments et chirurgie**

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

## **Modalités du suivi selon la HAS : les trois niveaux de prise en charge**

Cf annexe 1

### **Centres ressources en Bretagne :**

#### **Ille et Vilaine :**

Centre Médical Rey Leroux La Bouexière BP 8 35340 Liffré Tél : 02 99 04 47 50  
<https://rey-leroux.fr/>

[Centre de Beaulieu à Rennes, annexe 2](#)

Centre Spécialisé de l'Obésité, CHP Saint-Grégoire: [https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2021/02/De%CC%81tection-du-surpoids-et-PEC-de-lobe%CC%81site%CC%81-infantile\\_202102.pdf?x27910](https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2021/02/De%CC%81tection-du-surpoids-et-PEC-de-lobe%CC%81site%CC%81-infantile_202102.pdf?x27910)

#### **Finistère :**

Centre Hélio Marin Petharidy 29682 Roscoff Tél : 02 98 29 39 39  
<https://www.ildys.org/la-fondation/nos-etablissements/perharidy-roscoff>

## Bibliographie :

- 1- [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974524/en/depister-et-prendre-en-charge-le-surpoids-et-l-obesite](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974524/en/depister-et-prendre-en-charge-le-surpoids-et-l-obesite)
- 2- [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003)
- 3- Obésité de l'enfant, collège des enseignants de Pédiatrie  
[http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/obesite\\_enfant/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/obesite_enfant/site/html/1.html)
- 4- Obéclic : évaluation et élaboration d'un outil informatique d'aide au dépistage et au suivi du surpoids et de l'obésité de l'enfant en soins premiers, thèse de médecine générale, Alix Perotin, faculté de Lille, 2018  
  
<http://obeclitic.fr/consultation-initiale.html>
- 5- A propos du fonctionnement psychique de jeunes filles obèses depuis l'enfance, le poids du difficile traitement psychique de la perte, Michel Polak, Psychologie clinique et projective, 2008  
  
<https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2008-1-page-155.htm>
- 6- Programme National Nutrition Santé 2019-2023, Manger Bouger [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)  
  
<https://www.mangerbouger.fr/>