 

**L’obésité de l’enfant**

**Dossier documentaire** – **Août 2018**

**Document établi avec le concours méthodologique de la HAS , conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d’évaluation et d’amélioration des pratiques professionnelles.**

Rédacteur : Relecteur :

Docteur Jean-Pierre Mairesse Docteur Claude Magnani

Médecin coordonnateur de GQN oriental Médecin coordonnateur de GQN occidental

**LA DEFINITION :** *(HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/septembre 2011)*

Le surpoids et l’obésité sont définis par l’OMS comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

La valeur de l’indice de masse corporelle (IMC= poids (en kg /taille²en m²) permet d’estimer le niveau de tissu adipeux et plus particulièrement le tissu adipeux sous-cutané.

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

Les courbes de corpulence sont indispensables à l’évaluation. Elles reflètent l’évolution de l’adiposité au cours de la croissance.

Le statut des enfants vis à vis des seuils de surpoids et d’obésité se détermine en reportant la valeur de l’IMC sur la courbe en fonction de l’âge et du sexe. La courbe de corpulence est plus sensible que la courbe de poids pour dépister un changement de couloir et dépister précocement une évolution anormale de la corpulence.

* On parle d’obésité si l’IMC est > ou = au seuil IOTF 30 (International Obesity Task Force) `
* On parle de surpoids si l’IMC est > ou = 97ème percentile
* La corpulence est normale si l’IMC est compris entre le 3ème et 97ème percentile
* En dessous du 3ème on est en insuffisance pondérale

**LA PREVALENCE *(BEH n°13 Corpulence de l’enfant 13 juin 2017)***

En France, près de 15 % de la population adulte est obèse. La prévalence était de l’ordre de 8,5 % il y a douze ans. Un enfant sur six présente un excès de poids ou une obésité.

Chez les enfants de 6-17 ans, la prévalence du surpoids (obésité incluse) s’élevait à 17,0% en 2015 (15,9% chez les garçons et 18,0% chez les filles ; différence non significative). La prévalence de l’obésité était de 3,9%, sans différence significative entre garçons et filles. L’augmentation de la prévalence de l’obésité concerne particulièrement les populations défavorisées et les formes graves (4 % de la population adulte).

Une étude de prévalence des régions Centre, Pays de Loire et Normandie entre 1996 et 2006 observait une augmentation de la prévalence du surpoids (obésité incluse) entre 1996 (11,5%) et 1998 (14%) et une stabilisation autour de 15% de la prévalence entre 1998 et 2006 dans les trois régions concernées.

Cette obésité persistera à l’âge adulte dans 20 à 50% si elle précède la puberté et dans 50à 70% si elle survient après la puberté.

Or l’obésité de l’enfant expose à des complications :

* Troubles respiratoires : essoufflement d’effort, syndrome d’apnée du sommeil, asthme.
* Troubles glycémiques, diabètes (50% des enfants obèses ont une hyperinsulinémie, 10% une intolérance au glucose.
* Dyslipidémie dans 20% des cas, une stéathose hépatique dans 10 à 15% des cas.
* Retentissement psycho-social : estime de soi (30%), anxiété, dépression (20%).
* Puberté précoce, Pilosité, hirsutisme, gynécomastie.
* les problèmes articulaires (genoux++) qui sont graves pour les activités sportives,
* Complications orthopédiques : épiphysiolyse de hanche, scoliose.
* Hypertension dans 2 à 10% des cas.

**EVALUATION INITIALE :** (HAS, surpoids et obésité de l’enfant et de l’adolescent, argumentaire scientifique 2011)

Cette évaluation est à adapter à l’âge du patient

**Entretien :**

* Antécédents familiaux :
  + Obésité familiale
  + Asthme, facteurs de risques CV, HTA, diabète de type 2, dyslipidémie.
  + Troubles des conduites alimentaires
  + Consanguinité
* Antécédents personnels :
  + Poids et taille de naissance, allaitement maternel, âge au rebond d’adiposité et âge de début de la prise de poids
  + Pathologies et traitements susceptibles d’entrainer une obésité
  + Age de la puberté et des premières règles
  + Troubles des conduites alimentaires.
* Contexte familial et socio-économique :
  + Situation familiale et particularités culturelles éventuelles
  + Evénements familiaux stressants
  + Profession des parents, difficultés sociales
  + Environnement de l’enfant, habitat
  + Stigmatisation
* Mode de vie :
  + Scolarité, activité extra scolaires, mode de garde, sédentarité
  + Habitudes alimentaires, personnelles et familiales
  + Pratique d’activités physiques ou sportives, recherche d’éventuels obstacles
* Signes fonctionnels :
  + Dyspnée, douleurs articulaires, constipation
  + Troubles du sommeil, recherche d’un syndrome d’apnée du sommeil
  + Trouble de l’estime de soi et de l’image du corps
* Motivation et demande réelle de l’enfant
* Analyse des représentations de l’enfant et de sa famille sur le poids et l’alimentation
* Prises en charge antérieures et leur vécu

**Examen clinique :**

* Mesures poids taille :
  + Calcul de l’IMC, report sur la courbe de corpulence, tracé de la courbe, détermination de l’âge du rebond
  + Mesure du tour de taille
* Cardio-vasculaire :
  + Auscultation, mesure au repos de la fréquence cardiaque et de la PA
* Ostéoarticulaire :
  + Recherche d’un génu-valgum ou recurvatum, trouble de la statique rachidienne, boiterie, pieds plats
* Motricité
  + Souplesse, équilibre, coordination, dextérité
* Organes sensoriels
  + Etude de la vision et de l’audition
* Endocrinien
  + Signe d’hyperthyroïdie, d’hypercorticisme, acanthosis nigricans, examen de la thyroïde
  + Evaluation du stage pubertaire selon la classification de Tanner (voir documentation), recherche d’hyperandrogénie
  + Recherche de signes dysmorphiques ou de malformations
* Dermatologiques
  + Vergetures, irritations au niveau des plis et autres lésions cutanées
* Examens morphologiques
  + Dysmorphie, anomalies des extrémités (acromicrie, brachymétacarpie)
* Examen dentaire
  + Recherche de caries

**QUAND FAUT- IL REALISER DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES ?** : *(Recommandation avec accord d’experts)*

* Chez un enfant en surpoids sans obésité, sans signe clinique évocateur d’une comorbidité, ni antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie, **il n’y a pas lieu de faire des examens complémentaires à la recherche de complications.**
* Chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie ou chez un enfant présentant une obésité, il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan :
  + Exploration des anomalies lipidiques, cholestérol total, HDL-C et triglycérides.
  + Glycémie à jeun et transaminases.
* Et si orientation clinique :
  + Bilan glycémique plus complet (HBA1C, HOMA-IR, HGPO)
  + Bilan endocrinien
  + Polysomnographie
  + Echographie abdominale et bilan hépatique complet
  + Epreuve d’effort

**QUAND FAUT-IL PRENDRE UN AVIS SPECIALISE ?**

* Obésité de cause endocrinienne (ralentissement de la vitesse de croissance)
* Obésité syndromique suspectée
* Obésité compliquée suspectée
* Obésité d’évolution très rapide

**LES OBESITES SECONDAIRES :**

Syndrome de Prader Willi

* Dysmorphie (front étroit, rétraction temporale, yeux en amande)
* Hypotonie néonatale, parfois difficultés alimentaires
* Hyperphagie (vers l’âge de 2 ans)
* Hypogénitalisme
* Retard mental
* Petite taille âge adulte

Sd Bardet-Biedl

* Atteinte rénale,
* Rétinopathie pigmentaire
* Polydactylie hypogénitalisme,
* Difficultés apprentissage

Syndrome de l’X-fragile

* retard mental,
* troubles du comportement,
* dysmorphie

Ostéodystrophie d’Albrigt

* anomalies du bilan P/C/PTH
* anomalies des extrémités dysmorphie

Un avis génétique est nécessaire pour affirmer le diagnostic.

**PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L’OBESITE DE L’ENFANT : « Grandir sans grossir c’est mincir »**

Le premier objectif pour l’enfant dodu est la stabilisation pondérale

* La prise en charge prend en compte les principes de l’éducation thérapeutique qui vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique.
* 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 ou les adultes responsables soient impliqués dans les interventions.
* 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.
* La prise en charge doit s’inscrire dans la durée. L’objectif est **de ralentir la progression de la courbe de corpulence**, **la perte de poids n’étant pas un objectif chez l’enfant ou l’adolescent** sauf si comorbidités sévères ou handicap induit par l’obésité**.**
* Il est nécessaire de prendre en considération les spécificités de certaines familles en particulier les plus modestes (coût des aliments, représentation de l’alimentation familiale et du corps de l’enfant souvent perçu comme un enfant en bonne santé).
* Il faut aider l’enfant/adolescent et sa famille à trouver eux même des solutions en évitant d’imposer le point de vue du médecin.
* Il est nécessaire de limiter les objectifs précis, impliquant un changement de comportement, pour qu’ils se sentent capable de les atteindre.

**APPROCHE ET MOYENS THERAPEUTIQUES**

**L’accompagnement diététique :**

* Les interventions diététiques isolées ne sont pas efficaces sur la réduction de l’IMC. Les combinaisons d’approche diététiques et d’activité physique permet de diminuer la masse corporelle, d’améliorer les régimes alimentaires et les niveaux d’activité physique. L’implication des parents augmente l’efficacité.
* Les repères du PNSS sont valables pour la majorité des enfants/adolescents en surpoids ou obèse.
* Les régimes à visée amaigrissante ne sont pas recommandés, ils sont inefficaces et nocifs à long terme.
* Il est recommandé de n’interdire aucun aliment sauf à induire ou renforcer le phénomène de restriction cognitive.
* Les objectifs sont retenus en accord avec le patient et sa famille en tenant compte de leur goût et des représentations familiales de l’alimentation, liées au contexte social ou culturel.

Les objectifs pourront porter sur :

* Le choix des aliments (qualité, quantité)
* Les prises alimentaires (repas, collation, grignotage)
  + Rythme et répartition dans la journée :
  + Nombre
  + Durée
  + Contexte
* Les perceptions liées à la faim, à la satiété, à l’envie et au plaisir procuré par l’alimentation

**L’accompagnement de l’activité physique :**

L’objectif est d’augmenter l’activité physique et de réduire la sédentarité.

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 et sportive.

* **Chez l’enfant de moins de six ans :**
* Les activités sont réparties dans la journée et se produisent de manière spontanée.
* Dès que l’enfant sait marcher, ses parents 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…).
* **Chez l’enfant de plus de six ans et l’adolescent :**
* Il est recommandé de pratiquer plus de 60 minutes d’activité physique quotidienne modérée à intense sous forme de :
* Jeux : ballon, vélo, rollers …
* Loisirs : danser, piscine, patinoire, bowling …
* Sports : scolaire, association sportive …
* Déplacement : promener le chien, aller à l’école à vélo, privilégier les escaliers …
* Activité de la vie quotidienne : passer l’aspirateur, faire les courses, tondre la pelouse …
* Limiter au maximum les activités sédentaires télévision, console de jeux, ordinateur, tablette, téléphone portable.

**Approche et l’accompagnement psychologique :**

Evaluer initialement et tout au long de la prise en charge :

* L’état émotionnel de l’enfant/adolescent.
* L’environnement familial et social.

Rechercher les facteurs psychiques intervenant dans :

* Le grignotage, ou les prises alimentaires excessives : ennui anxiété, tristesse, colère, solitude …
* La résistance au traitement : manque de motivation, ambivalence, facteurs de stress …

L’orientation vers un psychologue ou un pédo psychiatre est recommandée :

* Souffrance psychique intense ou persistante.
* Formes sévères de l’obésité.
* Psychopathologie ou trouble du comportement alimentaire associé.
* Lors des facteurs de stress familiaux (dysfonctionnement familial, carences, maltraitances, psychopathologies parentales) ou sociaux (événements de vie stressants).
* Lorsqu’une séparation avec les parents est envisagée (séjour prolongé en centre de soins.)
* Pour éliminer une éventuelle contre-indication à la perte de poids.
* Echec de la prise en charge.

**Les autres moyens thérapeutiques :**

Traitement médicamenteux de l’obésité :

Aucun médicament n’a d’autorisation de mise sur le marché dans l’indication du surpoids et de l’obésité de l’enfant. Les traitements médicamenteux de l’adulte (Xénical, Alli) n’ont pas d’indication chez l’enfant et l’adolescent sauf dans des cas très particuliers et par des équipes très spécialisées.

La chirurgie bariatique :

Elle n’a pas d’indication chez l’enfant et l’adolescent. Elle peut être discutée dans des cas extrêmes en cas de résistance aux traitements de complications majeures et confiée à des équipes spécialisées.

**MODALITES DE SUIVI :**

Il est recommandé un suivi tous les uns à trois mois pendant au minimum 2 ans où il faudra :

* Analyser et apprécier avec l’enfant l’évolution de l’IMC et du tour de taille.
* Valoriser l’enfant quelques soient les résultats.
* Evaluer l’implication de l’enfant et de son entourage.
* Evaluer les changements réalisés en relation avec les objectifs thérapeutiques définis.
* Analyser les difficultés rencontrées.
* Redéfinir 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.

Un suivi multidisciplinaire est recommandé s’il existe :

* Des comorbidités ou des complications.
* Un contexte socio familial difficile.
* Une évolution de l’IMC défavorable.
* Une vulnérabilité particulière.

Le médecin habituel de l’enfant doit être le coordinateur de la prise en charge.

**LES TROIS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L’OBESITE DE L’ENFANT.**

1er recours : correspond à la prise en charge par le médecin traitant pour un enfant ou adolescent :

* En sur poids ou présentant une obésité non compliquée.
* Avec un contexte familial favorable.
* Sans problème psychologique et social majeur.

Le 2ème recours : correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée sur un territoire :

* En cas d’échec de la prise en charge du 1er recours.
* En surpoids avec ascension brutale de la courbe de l’IMC.
* Présentant une obésité avec comorbidités associées.
* Avec un contexte familial défavorable.
* Avec une problématique psychologique identifiée.

Le 3ème recours organisé à une échelle régionale et correspond à une prise en charge coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée :

* En cas d’échec du 2éme recours.
* Lorsqu’il existe des comorbidités sévères.
* En cas de handicap dans la vie quotidienne générée par l’obésité.
* Lorsque le contexte familial est très défavorable.

**LES RESEAUX DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L’OBESITE DE L’ENFANT :**

* Les REPPOP (Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie).Il y a en 2013, 10 REPPOP en France dont un en Haute Normandie(*Maison de l'Université Rue Lavoisier76821 Mont-Saint-Aignan Cedex* ***Courriel****:*[*repophn@yahoo.fr*](mailto:repophn@yahoo.fr) *(N’est plus financé par l’ARS depuis 2014)* et un autre dans le Cotentin (*2 antennes :* *Cherbourg au CH public du Cotentin*, *Granville au 304 boulevard du Québec).*
* Les établissements de soins type soins de suite et de réadaptation (SSR) En Normandie ils ont consultables sur le site : [*https://www.sanitaire-social.com/annuaire/soins-de-suite-readaptation/normandie*](https://www.sanitaire-social.com/annuaire/soins-de-suite-readaptation/normandie).
* Les modules obésité en internat.
* Les établissements spécialisés :
  + Chu de Caen avec les établissements partenaires (CH de Flers, SSR nutrition CH de la côte fleurie, SSR pédiatrique CH Bayeux
  + Chu de Rouen avec les établissements partenaires (Hôpital de la croix rouge unité SSR pédiatrique de Caudebec les Elbeuf)
* Dispositif et plan action « sport et obésité en Normandie (<http://normandie.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article1106>).
* Et sans doute d’autres selon les différents territoires.

**CONCLUSION**

L’obésité est le plus souvent commune et ne nécessite pas de bilan spécialisé, sa prise en charge est graduée, de la prise en charge de premier recours par le médecin traitant, jusqu’à la prise en charge multi disciplinaire du troisième recours si nécessaire. La prise en charge initiale nécessite toujours une consultation dédiée. Le suivi doit être régulier et programmé sur une durée d’au moins deux ans. Son succès dépendra de la qualité de l’entretien motivationnel qu’aura le médecin avec son jeune patient et sa famille. La diététique seule est peu efficace mais associée à l’activité physique et à la lutte contre la sédentarité, elle permet d’obtenir des résultats satisfaisants et concourt à éviter les complications à l’âge adulte.

**Bibliographie :**

* *BEH n°13 : corpulence de l’enfant. 132 juin 2017.*
* *Chirurgie de l’obésité chez les moins de 18 ans. HAS 2016.*
* *Classification de Tanner.*
* *Définition, causes et facteurs favorisants le surpoids de l’enfant. Améli2017.*
* *Gradation des soins dans le plan obésité. Ministère du travail, de l’emploi et de la santé.*
* *Guide nutrition pour les ados, j’aime bouger.*
* *Guides nutrition des enfants et ados pour les parents. Inpes.*
* *Le surpoids de l’enfant. Le dépister et en parler précocement.*
* *Liste des centres spécialisés par région.*
* *Nutrition et croissance : sensibiliser les enfants et les adolescents (contient différents guides intéressants).*
* *Obésité. Agence régionale de Santé de Normandie. Janvier 2017.*
* *Obésité de l’adolescent. Cochrane 2016.*
* *Obésité de l’enfant de 6 à 11 ans. Cochrane juin2017.*
* *Obésité de l’enfant et de l’adolescent. HAS Argumentaire 2011.*
* *PNNS 2018.*
* *Chirurgie bariatrique pour les mineurs. HAS 2016.*
* *La gradation des soins dans le plan obésité :* [*https://www.normandie.ars.sante.fr/obesite*](https://www.normandie.ars.sante.fr/obesite)
* *Quelle prise en charge pour un enfant qui prend du poids.*