

SYNTHESE

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) - synthèse

Validée par le Collège le 2 février 2022

Mise à jour février 2023

Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011

La prévalence du surpoids et de l'obésité reste importante chez les enfants à partir de l'âge de 6 ans. Elle augmente tout particulièrement chez les adolescentes, qui ont une activité physique et sportive plus faible et une sédentarité plus importante que les garçons. Dans une situation de handicap, la prévalence plus importante dès l'enfance peut induire un surhandicap au cours du temps. L'obésité est très corrélée au gradient social et au niveau d'éducation des parents.

L'obésité est une maladie chronique complexe avec une incidence sur la santé. Outre les complications et comorbidités somatiques bien connues, les enfants et adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité sont généralement moins épanoui(e)s, ont une moins bonne image de leur corps, font moins d'activité physique, sont plus souvent victimes de moqueries, de harcèlement, de stigmatisation, d'agression, et peuvent avoir de moins bons résultats scolaires.

Un dépistage précoce du surpoids et de l'obésité associé à un bilan des habitudes de vie, une évaluation multidimensionnelle de la situation globale individuelle et familiale, et si besoin pluriprofessionnelle, dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité, **la coordination des soins et de l'accompagnement sont prioritaires** pour assurer la faisabilité du parcours.

La mobilisation des acteurs au niveau territorial permettra d'éviter au maximum les ruptures du parcours de soins. Les patients et leurs représentants sont également concernés.

Dépister précocement, adapter la fréquence du suivi et agir

Suivre la croissance staturo-pondérale, l'indice de masse corporelle, le développement physique, psychomoteur, psychologique, le bien-être, est essentiel tout au long de l'enfance et de l'adolescence

- ➔ Mesurer l'indice de masse corporelle (IMC) et suivre son évolution à partir des courbes de référence du carnet de santé¹ : AFPA – CRESS/INSERM (avant l'âge de 2 ans) et courbes IOTF (après l'âge de 2 ans).
- ➔ Reporter systématiquement l'IMC sur le carnet de santé et tracer la courbe.
- ➔ Suivre régulièrement l'évolution de la corpulence de tout enfant et adolescent(e) tout au long de l'enfance et de l'adolescence, y compris dans les services et établissements médico-sociaux ou dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance.
 - Dès la naissance : les examens obligatoires de santé suffisent si le suivi est assuré.
 - Après l'âge de 6 ans, un suivi annuel est préconisé.

¹ Carnet de santé de l'enfant. Version en vigueur du 1^{er} avril 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

- ➔ Suivre plus fréquemment l'enfant/l'adolescent(e) en cas de risque de développer un surpoids ou une obésité.
 - Avant l'âge de 3 ans : les examens obligatoires de santé suffisent si le suivi est assuré.
 - Après l'âge de 3 ans : un bilan tous les 6 mois est préconisé.
- ➔ Accompagner les parents, le cas échéant, les professionnels des services ou établissements médico-sociaux : compréhension et respect du rythme de suivi.
- ➔ Le service de la médecine scolaire participe au suivi grâce aux examens obligatoires, à la demande de la famille, de l'enfant, de l'adolescent(e) ou des équipes pédagogiques, et identifie les possibles interactions entre une situation de surpoids ou d'obésité et la scolarité.

Analyser conjointement l'historique et la dynamique de la courbe d'indice de masse corporelle

- ➔ Repérer les signes d'alerte à partir de l'IMC et de son évolution : ascension continue de la courbe de corpulence depuis la naissance ; rebond d'adiposité précoce ; changement rapide de couloir de la courbe de corpulence vers le haut ; obésité précoce et sévère.
- ➔ Engager le dialogue : communiquer sur la corpulence et prévenir la stigmatisation.
- ➔ Évaluer systématiquement les habitudes de vie individuelles et familiales favorables à la santé. S'assurer à chaque examen de santé de leur mise en œuvre dans la vie quotidienne.
- ➔ Enregistrer systématiquement les données : carnet de santé et « Mon espace de santé ».

Lorsque la corpulence évolue normalement

- ➔ Faire le point avec les parents sur les habitudes de vie. Valoriser celles en faveur de la santé.
- ➔ Encourager les parents à aller vers les repères en vigueur établis en fonction de l'âge, et les guider si besoin.

Lorsque la courbe de corpulence est ascendante et sort du couloir d'IMC attendu :

- ➔ Rechercher un facteur déclenchant et engager l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents à changer progressivement les habitudes de vie en débutant par celle qui leur semble la plus facile à changer à court terme, et inciter à la création d'un environnement familial propice et encourageant.

En présence d'un changement rapide de couloir de la courbe d'IMC ou d'ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance ou d'un rebond d'adiposité précoce

- ➔ Proposer à la famille une évaluation approfondie de la situation, si besoin avec l'appui de professionnels en proximité, pour proposer des soins et un accompagnement adaptés.

Chez les enfants ou adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité

- ➔ Confirmer le diagnostic, l'annoncer, s'appuyer sur une évaluation globale multidimensionnelle et pluriprofessionnelle, si besoin, pour proposer des soins et un accompagnement adaptés.

Confirmer, annoncer le diagnostic de surpoids ou d'obésité

- ➔ Réaliser un examen clinique complet (annexe 1), évaluer l'état de santé global de l'enfant ou de l'adolescent(e) et rechercher de possibles causes du gain de poids, des maladies associées, des complications : cardiovasculaire en particulier une pression artérielle élevée ; respiratoire ; endocrinienne ; orthopédique ; cutanée, métabolique ; psychologique ; psychiatrique : troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement ; perturbations de l'alimentation, troubles des conduites alimentaires (TCA), addictions.
- ➔ En cas d'obésité précoce et sévère avec un comportement alimentaire anormal, penser à une obésité de cause rare (annexe 2).

- Repérer les perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires.
- Évaluer et accompagner précocement les difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque, orienter si besoin.
- Évaluer le niveau d'activité physique dans la vie quotidienne, en classe et de loisirs.
- Déceler et accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale ; une problématique liée à un risque de danger pour l'enfant/l'adolescent(e) : carence éducative, négligence, maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste) et orienter si besoin.
- Évaluer et accompagner d'éventuelles difficultés en milieu scolaire (décrochage, harcèlement).

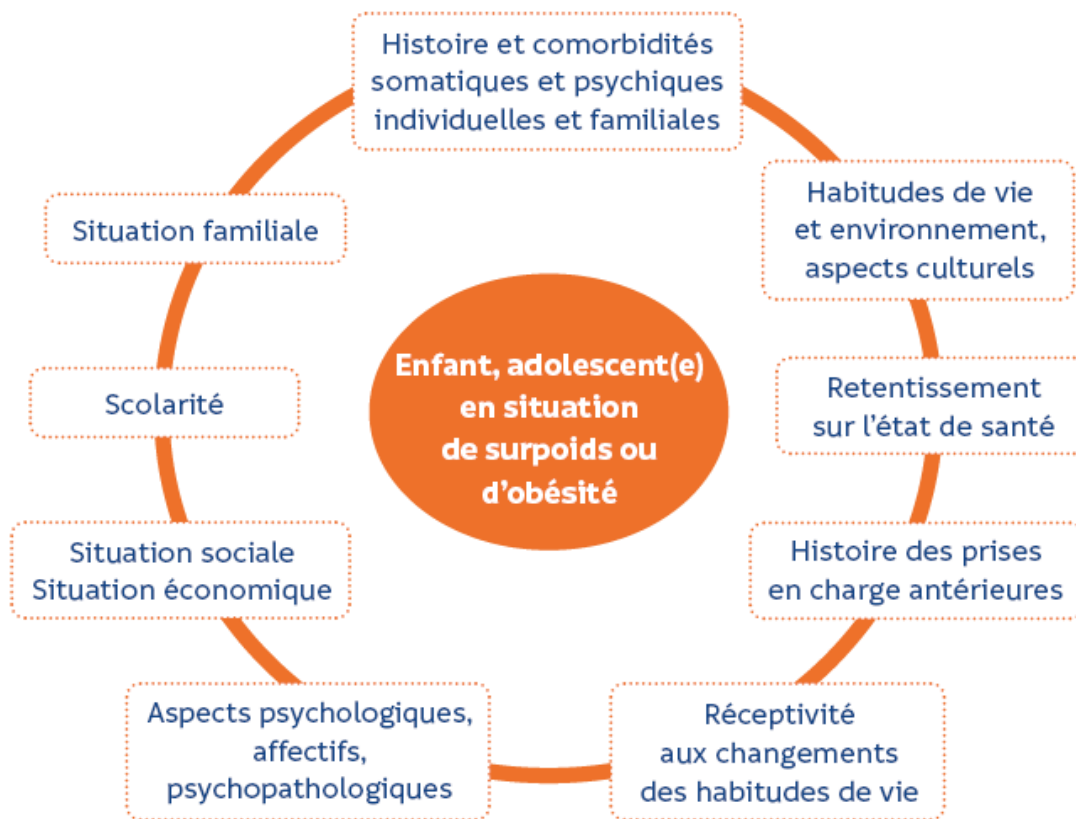
Limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement un diabète de type 2

- Dans une situation de surpoids sans signe clinique évocateur d'une complication : aucun examen biologique n'est nécessaire.
- A partir de l'âge de 10 ans ou après le début de la puberté, chez un jeune en surpoids ou en obésité, une exploration d'un diabète de type 2 est à envisager systématiquement en présence d'un ou plusieurs facteurs de risques : diabète maternel ou gestationnel pour le jeune concerné, histoire familiale de diabète de type 2 au premier et second degré, signes de résistance à l'insuline, ou d'affections associées à une résistance à l'insuline (*acanthosis nigricans*, hypertension, dyslipidémie, syndrome des ovaires polykystiques, ou petit poids de naissance par rapport à l'âge gestationnel)² :
 - si les résultats sont normaux, les répéter au minimum tous les 3 ans ou plus fréquemment si l'IMC augmente ;
 - si le diagnostic de diabète de type 2 est confirmé, un bilan pancréatique doit être réalisé pour exclure la possibilité d'un diabète de type 1 maladie auto-immune.
- Dans une situation d'obésité (IMC > seuil IOTF 30) et selon les antécédents familiaux, l'historique et la dynamique de la courbe d'IMC et l'histoire clinique : un bilan biologique est à réaliser sans urgence.
- Annoncer le diagnostic de surpoids ou d'obésité et les étapes suivantes du parcours.
 - Faciliter le dialogue : utiliser les bonnes pratiques de communication, choisir ses mots pour éviter de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser, et construire un langage commun.
 - Recourir à la médiation en santé ou à l'interprétariat linguistique en santé lorsqu'il existe une barrière de langue associée aux migrations de population.
 - Sensibiliser les parents, les professionnels, à la prévention de la stigmatisation au sein de la famille, dans les lieux de soins et de vie, et dans tout autre contexte.

² American Diabetes Association. Children and adolescent Standards of medical care in diabetes [14. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes—2022 | Diabetes Care | American Diabetes Association \(diabetesjournals.org\)](#)

S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité

Évaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité



- ➔ **Explorer des dimensions en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité** : identifier les problématiques, les besoins, les attentes de l'enfant/l'adolescent(e), et de ses parents. Faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir. Rechercher des réponses adaptées.
- ➔ **Prendre l'appui d'un ou plusieurs professionnels en proximité** (champ sanitaire, social, médico-social, scolaire) **ou d'une équipe spécialisée dans l'obésité**. Utiliser le répertoire opérationnel des ressources (ROR) régional.
- ➔ **Définir la complexité de la situation et coconstruire une offre personnalisée de soins et d'accompagnement** avec l'enfant/l'adolescent(e), en concertation avec ses parents. Favoriser la recherche d'un accord entre eux.

Une situation de surpoids ou d'obésité est dite non complexe en cas d'IMC situé entre les seuils IOTF 25 et 30 ou en cas d'IMC > seuil IOTF 30 sans complications et sans cumul de facteurs qui sont cause ou conséquence d'une obésité. Par exemple, une problématique sociale ou psychologique ou scolaire associée n'entraîne pas obligatoirement une complexité si elle trouve des réponses accessibles en proximité.

Une situation d'obésité est dite complexe du fait de la sévérité de l'obésité (IMC > seuil IOTF 30) et du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques, individuelles ou familiales associées ; obésité de causes rares (soit génétiques, soit dites lésionnelles) ; situation de handicap, de déficience, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité ; retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie ; troubles des conduites alimentaires associés à des troubles psychopathologiques, problématiques sociales, familiales, scolaires.

Graduer et moduler les soins et l'accompagnement selon la complexité de la situation

- **Graduer les soins en mobilisant les différentes compétences professionnelles et les moyens nécessaires** pour répondre aux besoins individuels et familiaux en prenant en compte deux situations : surpoids ou obésité non complexe et obésité complexe.
- **Organiser des temps de coordination** des interventions et **de concertation** des acteurs : utiliser un support à la coordination de l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social). Veiller à la cohérence des messages et éviter la juxtaposition des interventions.
- **Moduler ensuite les soins et l'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation individuelle et familiale et de l'atteinte des objectifs** : poursuivre, adapter et/ou compléter les soins et l'accompagnement, augmenter ou diminuer leur intensité, élargir ou restreindre l'équipe pluriprofessionnelle en fonction des besoins, poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens.
- **Dans les situations complexes, désigner un référent de proximité** pour répondre à un besoin de coordination complémentaire à celle du médecin qui suit l'enfant et soutenir l'engagement de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents.

Le rôle du référent de proximité dans les situations complexes est d'organiser et de suivre la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement, avec l'appui d'un outil de coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social). Il gère les priorités et déclenche, si nécessaire, une réévaluation de la situation avant l'échéance prévue.

Il est l'interlocuteur privilégié de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents. Il soutient leur engagement et assure une cohérence des interventions, en créant du lien avec le médecin qui suit l'enfant et entre les intervenants et la famille. Il prend l'initiative de contacter les familles dont les consultations ont été interrompues.

Il doit être clairement identifié par l'enfant/l'adolescent(e), ses parents et tous les intervenants. Le référent sera choisi si possible avec la famille parmi les professionnels impliqués dans le parcours.

Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité : points communs

Objectifs

- Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire, sauf en cas de complications. Il s'agit d'infléchir la courbe de corpulence tandis que la croissance se poursuit et, en fin de croissance, de stabiliser le poids.
- Quelle que soit la corpulence, l'objectif principal des soins et de l'accompagnement est d'accompagner les changements des habitudes de vie afin de promouvoir la santé et le bien-être :
 - rééquilibrage et variété de l'alimentation, diminution des comportements sédentaires en particulier l'usage des écrans, initiation ou reprise de l'activité physique sur un mode régulier ;
 - préservation de la qualité du sommeil et des rythmes de vie.

Soins et accompagnement en complémentarité avec le suivi médical

Tout professionnel qui accompagne les changements des habitudes de vie devrait fonder son action sur une approche personnalisée multidimensionnelle et si besoin pluriprofessionnelle ;

Une posture éducative et une écoute empathique en allant au-delà de l'information ou du conseil vers l'accompagnement du développement de compétences et le soutien de la motivation, même s'il n'est pas impliqué dans la réalisation de séances d'ETP.

- **Proposer et poursuivre une éducation thérapeutique** pour accompagner l'enfant/l'adolescent(e) dans des changements progressifs des habitudes de vie, et les parents dans la création ou l'ajustement d'un environnement familial, scolaire, social, favorable et cohérent à la mise en pratique de ces changements et à leur maintien dans le temps.
- **Accompagner et améliorer le rapport au corps** tout particulièrement chez l'adolescent(e).
- **Accompagner le retentissement fonctionnel et esthétique** chez les filles et les garçons.
- **Accompagner si besoin** : les difficultés psychologiques, la restauration de l'image de soi, les troubles psychiques chez l'enfant/l'adolescent(e) ; les perturbations de l'alimentation ou les troubles des conduites alimentaires ; toute forme de vulnérabilité sociale, d'éventuelles difficultés en milieu familial ou scolaire.

Coordination des interventions et concertation des professionnels

- **S'appuyer sur une organisation structurée en fonction de la complexité de la situation** : équipe travaillant en exercice coordonné ou dans une structure spécialisée dans l'obésité, pour répondre précocement et de manière adaptée et évolutive aux besoins, aux attentes et aux préférences de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents.

Suivi sur plusieurs années à une fréquence adaptée à la situation

- **Assurer un suivi médical global et régulier** de la situation individuelle et familiale pour ajuster les soins et l'accompagnement en s'appuyant sur les bilans des professionnels impliqués dans le parcours et une concertation pluriprofessionnelle.

Situation de surpoids, d'obésité non complexe : spécificités

Objectifs

- Chez l'enfant en cours de croissance : ralentir la prise de poids tandis que la croissance se poursuit. L'objectif est l'infléchissement de la courbe de corpulence.
- Chez l'adolescent(e) en fin de croissance : stabiliser le poids. Même si une diminution de l'IMC est souhaitable, elle doit être très progressive et accompagnée.

Coordination et concertation, professionnels impliqués

- Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) assure la coordination des soins et de l'accompagnement. Il peut partager ou confier cette mission à un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné. Il assure la cohérence du parcours grâce à des temps de concertation entre le coordonnateur et les professionnels impliqués dans le parcours et une coordination des interventions.
- Intervenants : médecin, infirmier, puéricultrice, **et selon les besoins** : enseignant en APA, diététicien, psychologue, pédopsychiatre, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien.

Soins et accompagnement en complément du suivi médical

- Proposer une séance dédiée d'éducation thérapeutique si possible tous les 2 mois pendant 6 à 12 mois avec, si besoin, un suivi éducatif entre les séances (en présentiel ou en télésoin) pour accompagner les changements des habitudes de vie : sélection des contenus et des intervenants en fonction de l'évaluation des besoins éducatifs.

- Accompagner si besoin : les difficultés psychologiques, les troubles psychiques ; les perturbations de l'alimentation ou les troubles des conduites alimentaires (TCA) ; toute forme de vulnérabilité sociale, d'éventuelles difficultés en milieu familial ou scolaire.

Suivi médical global et régulier, modulation des soins et de l'accompagnement

- La consultation médicale d'évaluation globale est mensuelle au moins pendant 3 mois, puis trimestrielle pendant 2 ans si l'évolution est favorable.

Situation d'obésité complexe : spécificités

Objectifs

- Quelle que soit la corpulence, promouvoir la santé et le bien-être en accompagnant progressivement les changements des habitudes de vie est primordial.
- En cas de complications : une perte de poids, même faible, apporte un bénéfice. Elle doit être très progressive, accompagnée selon une approche diététique, socio-éducative, psychologique. La reprise de poids doit être prévenue.
- En présence de troubles psychiatriques avérés : discuter des modalités d'accompagnement de la perte de poids avec un pédopsychiatre ou un psychiatre. Le traitement de ces troubles peut être prioritaire ou pris en charge de manière concomitante. L'effet des médicaments sur la prise de poids doit être évalué.
- Faciliter les activités de la vie quotidienne, soulager les symptômes, proposer des adaptations pour la continuité de la scolarité si besoin.
- Anticiper une perte d'autonomie ou son aggravation.

Coordination et concertation, professionnels impliqués

- La coordination des soins et de l'accompagnement est partagée entre le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e) et le médecin de la structure spécialisée dans l'obésité. Le référent de proximité, s'il a été désigné, répond à un besoin de coordination complémentaire et soutient l'engagement de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents.
- L'organisation et l'animation d'une réunion d'analyse d'une situation complexe ou de concertation pluriprofessionnelle (RCP) par le médecin de la structure spécialisée en lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) sont nécessaires à la définition et à la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement. Y sont associés l'ensemble des professionnels ayant participé à l'évaluation de la situation.
- Il est préconisé d'établir un accord clair sur la répartition des rôles de chaque intervenant au moyen d'un plan individualisé de coordination en santé.
- La cohérence des soins et de l'accompagnement est assurée grâce à des temps de concertation des acteurs, de coordination des interventions tout au long du parcours.
- Intervenants : l'équipe pluriprofessionnelle d'une structure spécialisée dans l'obésité en lien avec le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent et les professionnels de proximité.

Soins et accompagnement en complément du suivi médical

- Traiter les éventuels troubles psychiatriques est une priorité : discuter avec le pédopsychiatre ou le psychiatre de leur traitement conjoint ou non avec les autres composantes des soins et de l'accompagnement.
- Suivre les recommandations en vigueur pour le traitement des complications de l'obésité, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, après avoir sollicité si besoin un avis médical spécialisé.

- ➔ Poursuivre l'éducation thérapeutique après une évaluation des besoins et des difficultés à changer les habitudes de vie : proposer une séance dédiée d'éducation thérapeutique au minimum mensuelle pendant 6 mois avec un suivi éducatif proposé systématiquement entre les séances (en présentiel ou en télésoin). Le format proposé doit être souple (fréquence, modalités) pour favoriser l'acceptabilité et l'assiduité de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents et respecter leurs possibilités tout particulièrement si plusieurs professionnels interviennent dans le parcours : médecin, infirmier, diététicien et/ou enseignant en APA et/ou kinésithérapeute et/ou psychologue, psychomotricien, ergothérapeute.
- ➔ Selon l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle ou familiale : accompagner si besoin toute forme de vulnérabilité sociale, d'éventuelles difficultés en milieu scolaire, familial, les parents ou la famille sur le plan psychologique.

Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation pédiatrique

Les séjours courts entraînent une dynamique de changement et une meilleure implication des parents qui doivent être systématiquement soutenues après le séjour. Les séjours longs sont réservés aux adolescent(e)s, rarement avant l'âge de 12 ans. Des séjours courts répétitifs peuvent être envisagés en alternative à des séjours longs.

- ➔ La balance bénéfique/risque de tout séjour long ou court et répétitif en SSR doit être évaluée lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle organisée par la structure spécialisée dans l'obésité en lien avec le médecin qui suit l'adolescent(e) et avec la participation de l'ensemble des professionnels impliqués. L'adolescent(e) et ses parents doivent ensuite accepter les conditions du séjour. La pertinence du séjour est réévaluée en cours de séjour.
- ➔ Une préparation du séjour ainsi que celle du retour à domicile sont indispensables pour garantir la continuité sur le plan médical, social et/ou scolaire et assurer ainsi l'efficacité du séjour requis.

Chez les moins de 18 ans, la chirurgie bariatrique ne peut être envisagée que dans des situations très exceptionnelles, avec une mise en œuvre au sein d'un centre spécialisé dans l'obésité à compétence pédiatrique³ et une fois la croissance terminée.

Suivi médical global, régulier, ajuster et moduler les soins et l'accompagnement

- ➔ Le suivi médical est au minimum mensuel pendant 1 an, puis trimestriel pendant encore 1 an si l'évolution est favorable. Ce suivi est prolongé en cas d'écart par rapport aux attendus. Sa fréquence dépend ensuite de l'évolution de la situation et le suivi est planifié aussi longtemps que nécessaire.
- ➔ Les consultations médicales de suivi peuvent être alternées entre le médecin qui suit habituellement l'enfant ou l'adolescent(e) et le médecin de la structure spécialisée dans l'obésité.

Préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence : assurer la continuité et éviter les ruptures

- ➔ **La transition** prépare l'adolescent(e) à aller vers l'âge adulte grâce au développement de capacités à prendre soin de soi et de sa santé de manière la plus autonome possible. Les professionnels de santé doivent changer progressivement leur approche relationnelle avec le jeune au fur et à mesure que celui-ci grandit, et expliquer la nécessité de cette préparation aux

³ Fiche mémo de la HAS publiée en janvier 2016. *Définition des critères de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2010309/fr/definition-des-criteres-de-realisation-des-interventions-de-chirurgie-bariatrique-chez-les-moins-de-18-ans

parents. L'éducation thérapeutique est une bonne démarche pour préparer de manière active le jeune à son autonomie en partant de ses propres préoccupations.

- **Le passage des soins pédiatriques aux soins adultes** fait partie de la transition. Il implique un changement de médecin ou d'équipe de soins et le maintien d'une bonne communication entre les lieux de soins. Préparé et accompagné longtemps en amont de la première consultation en soins adultes, il peut avoir lieu après l'âge de 18 ans.

La démarche de transition doit commencer tôt et se poursuivre jusqu'à l'âge de jeune adulte. Elle comporte 4 étapes : **1.** Commencer à sensibiliser l'adolescent(e) et ses parents à la transition vers l'âge adulte, sa nécessité et comment s'y préparer (repère d'âge : entre 11 et 14-15 ans) ; **2.** Proposer une évaluation pour aider l'adolescent(e) à prendre conscience de son niveau d'autonomie, et ajuster l'accompagnement aux capacités de l'adolescent(e) (repère d'âge : entre 15 et 16-17 ans) ; **3.** Mettre en œuvre concrètement le passage des soins pédiatriques aux soins adultes (repère d'âge : entre 16-18 et 21 ans) ; **4.** Maintenir les changements des habitudes de vie dans les priorités des jeunes adultes (repère d'âge : entre 21 et 25 ans).

Accompagner une situation de handicap

- Les enfants et adolescent(e)s concerné(e)s par une situation de handicap doivent bénéficier de la même évaluation multidimensionnelle que toute autre personne mais avec une vigilance complémentaire selon le handicap.
- Il est essentiel de prévenir dès le plus jeune âge l'évolution vers un surpoids ou une obésité en lien avec la maladie ou les traitements médicamenteux, en associant systématiquement les parents et les professionnels des structures et services médico-sociaux le cas échéant.
- Les soins et l'accompagnement sont intégrés au projet de vie de l'enfant/de l'adolescent(e).
- Proposer une éducation thérapeutique accessible (techniques et outils pédagogiques adaptés) pour accompagner les changements progressifs des habitudes de vie, et la création ou l'ajustement d'un environnement familial, scolaire, social, favorable et cohérent quant à la mise en pratique de ces changements et leur maintien dans le temps : enfants, adolescents, parents et/ou professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Parcours surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) Coordination, professionnels impliqués, soins et accompagnement



Annexe 1. Données de l'examen clinique dans une situation de surpoids ou d'obésité chez l'enfant/l'adolescent(e)

Mesures anthropométriques	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du poids et de la taille, calcul de l'IMC, report sur la courbe d'IMC et tracé de la courbe d'IMC, détermination de l'âge au rebond d'adiposité - Tracé de la courbe de taille, report de la taille cible en centimètres - Pour les filles : [(Taille père en centimètres + Taille mère en centimètres / 2) - 6,5] - Pour les garçons : [(Taille père en centimètres + Taille mère en centimètres / 2) + 6,5] - Recherche d'une obésité d'origine endocrinienne en cas de ralentissement de la vitesse de croissance staturale - Mesure du tour de taille si situation de surpoids avec calcul du rapport Tour de taille/Taille (après l'âge de 3 ans) - Mesure du périmètre crânien, quel que soit l'âge 																																																																									
Fonction cardio-vasculaire	<p>Auscultation, mesure au repos de la fréquence cardiaque (pouls) et de la pression artérielle (avec un brassard adapté, si nécessaire). Prise de pression artérielle à l'avant-bras si la PA ne peut être mesurée au bras en raison de la corpulence et en l'absence de matériel adapté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérer une pression artérielle élevée (Cf. Tableau pour l'enfant jusqu'à 12 ans. Pour l'enfant ≥13 ans, se référer aux normes de PA chez l'adulte) - En cas de PA élevée, répéter la mesure systématiquement à l'occasion des autres visites - Si persistance d'une PA élevée, orienter vers un avis spécialisé pour une exploration complémentaire et une décision thérapeutique, le cas échéant <p>Repères tensionnels pour dépister une PA élevée chez l'enfant jusqu'à 12 ans inclus⁴</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Âge en an- née</th> <th colspan="4">Pression artérielle en mm Hg</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Garçons</th> <th colspan="2">Filles</th> </tr> <tr> <th>PAS</th> <th>PAD</th> <th>PAS</th> <th>PAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>98</td><td>52</td><td>98</td><td>54</td></tr> <tr><td>2</td><td>100</td><td>55</td><td>101</td><td>58</td></tr> <tr><td>3</td><td>101</td><td>58</td><td>102</td><td>60</td></tr> <tr><td>4</td><td>102</td><td>60</td><td>103</td><td>62</td></tr> <tr><td>5</td><td>103</td><td>63</td><td>104</td><td>64</td></tr> <tr><td>6</td><td>105</td><td>66</td><td>105</td><td>67</td></tr> <tr><td>7</td><td>106</td><td>68</td><td>106</td><td>68</td></tr> <tr><td>8</td><td>107</td><td>69</td><td>107</td><td>69</td></tr> <tr><td>9</td><td>107</td><td>70</td><td>108</td><td>71</td></tr> <tr><td>10</td><td>108</td><td>72</td><td>109</td><td>72</td></tr> <tr><td>11</td><td>110</td><td>74</td><td>111</td><td>74</td></tr> <tr><td>12</td><td>113</td><td>75</td><td>114</td><td>75</td></tr> </tbody> </table>	Âge en an- née	Pression artérielle en mm Hg				Garçons		Filles		PAS	PAD	PAS	PAD	1	98	52	98	54	2	100	55	101	58	3	101	58	102	60	4	102	60	103	62	5	103	63	104	64	6	105	66	105	67	7	106	68	106	68	8	107	69	107	69	9	107	70	108	71	10	108	72	109	72	11	110	74	111	74	12	113	75	114	75
Âge en an- née	Pression artérielle en mm Hg																																																																									
	Garçons		Filles																																																																							
	PAS	PAD	PAS	PAD																																																																						
1	98	52	98	54																																																																						
2	100	55	101	58																																																																						
3	101	58	102	60																																																																						
4	102	60	103	62																																																																						
5	103	63	104	64																																																																						
6	105	66	105	67																																																																						
7	106	68	106	68																																																																						
8	107	69	107	69																																																																						
9	107	70	108	71																																																																						
10	108	72	109	72																																																																						
11	110	74	111	74																																																																						
12	113	75	114	75																																																																						

⁴ American Academy of Pediatrics.2017. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/3/e20171904/38358/Clinical-Practice-Guideline-for-Screening-and>

Fonction respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> – Recherche de troubles du sommeil ou de pathologie respiratoire : dyspnée d'effort, asthme, apnées du sommeil (ronflements, somnolence ou fatigue diurne, troubles de l'humeur), céphalées matinales, réapparition d'une énurésie nocturne
Examen ORL	<ul style="list-style-type: none"> – Évaluation du volume des amygdales
Examen ostéo-articulaire	<ul style="list-style-type: none"> – Recherche de <i>genu valgum</i> ou <i>recurvatum</i>, trouble de la statique rachidienne, pieds plats, boiterie – Évaluation de la posture, bilan locomoteur : recherche d'inégalités des membres inférieurs, souplesse du rachis – Recherche de plaintes fonctionnelles et des facteurs déclenchants (type d'activité : douleurs spontanées ou à type de gêne, siège, limitations, etc.)
Évaluation de la motricité et du fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> – Souplesse, équilibre, coordination, motricité globale et fine, habiletés – Limitation fonctionnelle musculaire et articulaire entraînant un évitement des activités normalement investies par l'enfant/l'adolescent(e) ou des difficultés de réalisation des activités de la vie quotidienne
Organes sensoriels	<ul style="list-style-type: none"> – Vision et audition
Fonction endocrinienne	<ul style="list-style-type: none"> – Ralentissement de la vitesse de croissance – Signes de dysthyroïdie, d'hypercorticisme, <i>acanthosis nigricans</i>, examen de la glande thyroïde – Évaluation du stade pubertaire (selon la méthode de Tanner), recherche d'hyperandrogénie et de troubles des règles (fille)
Examen de la peau	<ul style="list-style-type: none"> – Vergetures, irritations au niveau des plis, kératose pileaire, maladie de Verneuil (furoncles très douloureux qui se développent de façon récurrente au niveau des zones pileuses), autres lésions cutanées (mycoses, panaris) – Excès de pilosité en particulier chez la jeune fille : visage, ligne blanche des seins et face interne des cuisses
Fonction urinaire	<ul style="list-style-type: none"> – Fuites urinaires, incontinence urinaire en lien avec l'obésité ou une problématique psychologique
Anomalies morphologiques	<ul style="list-style-type: none"> – Dysmorphie, anomalies des extrémités (acromicrie, brachymétacarpie...) – Recherche de signes dysmorphiques ou de malformations (obésité avec troubles du neuro-développement) – Adipogynécomastie, verge enfouie (abaque taille/âge, en période prépubère : verge de taille normale si > 30 mm)
Examen dentaire	<ul style="list-style-type: none"> – Recherche de caries (syndrome polycarieux) plus fréquentes en cas de prise alimentaire en dehors des repas, d'alimentation nocturne et/ou de consommation importante de boissons sucrées. Qualité de l'hygiène dentaire

Annexe 2. Signes évocateurs d'une obésité de cause rare (par altération centrale hypothalamique de la régulation du poids) et conduite à tenir

Selon le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) « Obésités de causes rares »⁵, ces obésités représentent plus d'une soixantaine de situations cliniques. Leurs présentations clinico-biologiques constituent un continuum dans la mesure où il s'agit de pathologies neuroendocrines globales avec une origine physiopathologique commune. Cela justifie donc que les signes évocateurs et les recommandations de diagnostic et de prise en charge soient en grande partie communs.

Maladie suspectée	Signes évocateurs
Mutations sur les gènes de la voie leptine/mélanocortines (MC4R, LEP, LEPR, POMC, PCSK1, MRAP2, SH2B1, etc).	Obésité précoce (< 6 ans) avec rebond d'adiposité précoce (< 3 ans) ou absent et altérations du comportement alimentaire (hyperphagie avec altération de signaux de faim/rassasiement/satiété) et parfois troubles endocriniens d'origine centrale (hypogonadisme, hypothyroïdie, déficit en ACTH) et/ou troubles du neurodéveloppement (TND).
Syndromes associés à une obésité (exemples : syndromes de Prader-Willi, de Bardet-Biedl, X-Fragile et/ou délétion 16, etc.)	Obésité ou prise de poids avant la puberté, associée à des altérations du comportement alimentaire (hyperphagie, impulsivité alimentaire) et très souvent à un TND (handicap intellectuel ou déficience intellectuelle, troubles du spectre autistique, troubles de la communication, des apprentissages, moteurs ou déficit de l'attention/hyperactivité) et parfois un syndrome malformatif congénital ou une atteinte neurosensorielle (nystagmus, rétinopathie pigmentaire, etc.).
Obésités hypothalamiques d'origine tumorale (craniopharyngiome, etc.) ou d'une autre origine (syndrome de ROHAD ou ROHADNET)	Obésité avec altérations du comportement alimentaire (hyperphagie avec altération de signaux de faim/rassasiement/satiété, impulsivité/compulsivité alimentaire) avec infléchissement de la courbe de croissance staturale et/ou signes d'HTIC et/ou troubles du système nerveux autonome (dysrégulation thermique, de la fréquence cardiaque, troubles respiratoires d'origine centrale)

Conduite à tenir

- S'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques en ligne Obsgen⁶
- En cas de troubles du neurodéveloppement : s'aider des recommandations de la HAS, Troubles du neurodéveloppement : repérer et orienter les enfants⁷
- Rechercher un avis spécialisé au CSO et/ou CRMR PRADORT ou filière DEFISCIENCE
- Se référer au PNDS « Obésités de causes rares »

⁵ Centre de référence des maladies rares PRADORT, DéfiScience, Haute Autorité de Santé. Obésités de causes rares. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

⁶ Poitou C, Jacques F. ObsGen : un outil d'aide au diagnostic d'une obésité génétique [En ligne] 2019.

<https://redc.integromics.fr/surveys/index.php?s=3HJPWN49ER>

⁷ Haute Autorité de Santé. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque