

**FICHE****Surpoids-obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) : 10 messages clés pour améliorer les pratiques**

Validée par le Collège le 3 février 2022

Mise à jour en février 2023

**Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011**

Soigner et accompagner tout enfant ou adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité nécessite de prendre en compte sa situation globale individuelle et familiale, sans ignorer l'influence des lieux de vie, de l'environnement, des normes sociales, de la publicité, des médias.

Prévenir et lutter contre la stigmatisation est primordial : tout professionnel des lieux de soins et d'accompagnement, de vie, de scolarité et de loisirs, par son attitude et le choix des mots, doit y contribuer. La famille doit être sensibilisée et accompagnée.

Un dépistage précoce du surpoids et de l'obésité associé à un bilan des habitudes de vie, une évaluation multidimensionnelle 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.

**Les dix messages-clés**

1. Mesurer l'IMC tout au long de l'enfance et de l'adolescence pour dépister et diagnostiquer précocement un surpoids ou une obésité.
2. Limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement le diabète de type 2 en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque.
3. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité.
4. Graduer et moduler les soins et l'accompagnement selon la complexité de la situation.
5. Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité.
6. Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire sauf en cas de complications.
7. Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation dans les situations complexes.
8. Assurer la continuité du parcours : préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence.
9. Accompagner l'enfant, l'adolescent(e) en situation de handicap et ses parents : points communs et spécificités.
10. Favoriser l'engagement des associations d'usagers.

## 1. Mesurer l'IMC tout au long de l'enfance et de l'adolescence pour dépister et diagnostiquer précocement un surpoids ou une obésité

- **Analyser conjointement l'historique et la dynamique de la courbe d'indice de masse corporelle**
  - Mesurer l'indice de masse corporelle (IMC) et suivre son évolution à partir des courbes de référence du carnet de santé : 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.
- **Accompagner les parents** : compréhension et respect du rythme de suivi, encouragement à aller vers les repères établis pour les habitudes de vie en fonction de l'âge.
- **S'assurer du suivi régulier de la corpulence et de son évolution chez tout enfant ou adolescent(e)**, y compris dans les services et établissements médico-sociaux.
- **En cas de repérage de signes d'alerte** (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) : **mettre en place un suivi plus fréquent.**
- **En cas de surpoids ou d'obésité, confirmer et annoncer le diagnostic** : réaliser un examen clinique complet, rechercher de possibles causes d'un 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.
- Proposer une évaluation multidimensionnelle de la situation en mobilisant les compétences professionnelles nécessaires.

## 2. Limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement un diabète de type 2 en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque

- **Dans une situation de surpoids sans signe clinique évocateur d'une complication** : aucun examen biologique n'est nécessaire.
- **À 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 risque : diabète maternel ou gestationnel pour le jeune concerné, histoire familiale de diabète de type 2 au premier ou 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) :
  - 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** et selon les antécédents familiaux, l'analyse conjointe de l'historique et de la dynamique de la courbe d'indice de masse corporelle, et l'histoire clinique, un bilan biologique est à réaliser sans urgence : recherche d'une dyslipidémie, d'un bilan perturbé des fonctions hépatiques.

### 3. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité

Il est essentiel d'aller au-delà de la mesure de l'IMC pour identifier les problématiques, les besoins et les attentes de l'enfant, de l'adolescent(e) et de ses parents, et y répondre.

- **Recourir à des professionnels de proximité ou à une structure spécialisée dans l'obésité si la situation est complexe**, pour compléter, si nécessaire, l'évaluation sur le plan sanitaire, social, médico-social. Utiliser le répertoire opérationnel des ressources (ROR) [Le Répertoire ROR | Agence du Numérique en Santé \(esante.gouv.fr\)](https://www.esante.gouv.fr/Le-Rpertoire-ROR-Agence-du-Numrique-en-Sant).
- **Évaluer et accompagner précocement** :
  - le rééquilibrage de l'alimentation, la diminution des comportements sédentaires, en particulier l'usage des écrans, l'initiation ou la reprise de l'activité physique sur un mode régulier ;
  - les difficultés psychologiques, les troubles psychiques, les situations à risque ;
  - les perturbations de l'alimentation ou les troubles des conduites alimentaires (TCA) ;
  - 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) ;
  - d'éventuelles difficultés en milieu scolaire (décrochage, harcèlement).
- **Coconstruire une offre personnalisée de soins et d'accompagnement** dans le cadre d'une décision partagée avec l'enfant/l'adolescent(e), en concertation avec ses parents. Favoriser la recherche d'un accord entre eux.

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

- **Graduer les soins et l'accompagnement en mobilisant les différentes compétences professionnelles**, les moyens nécessaires pour répondre aux besoins individuels de l'enfant et/adolescent(e) et de sa famille en prenant en compte deux situations.

**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.

- **Organiser des temps de coordination des interventions et de concertation des acteurs**, utiliser un support à la coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social). Veiller à la cohérence des messages, éviter la juxtaposition des interventions.
- **Désigner un référent de proximité** dans l'équipe de soins, pour répondre à un besoin de coordination complémentaire en lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et pour soutenir l'engagement de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents dans le parcours :

- 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.
  - il est l'interlocuteur privilégié de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents. Il 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 organise et suit 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.
- **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, poursuivre si nécessaire les explorations et/ou les examens.

## 5. Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité

- **Proposer une éducation thérapeutique en individuel et/ou en groupe** aux parents si l'enfant est jeune, à l'enfant/l'adolescent(e) **pour accompagner les changements progressifs des habitudes de vie et la création d'un environnement favorable à ces changements.**
- Tout professionnel qui accompagne les changements des habitudes de vie devrait fonder son action sur 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.
  - Le format proposé pour les séances d'éducation thérapeutique (fréquence, modalités, durée, suivi éducatif entre les séances, poursuite) dépend de la complexité de la situation. Le format doit être souple pour favoriser l'acceptabilité, l'assiduité de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents et respecter leurs possibilités, et coordonné tout particulièrement si plusieurs professionnels interviennent dans le parcours.
- **Accompagner le rapport au corps**, et si besoin le retentissement fonctionnel et esthétique tant chez la fille que chez le garçon.
- **Proposer si besoin des adaptations** pour faciliter les activités de la vie quotidienne y compris la scolarité.
- **Assurer un suivi médical global et régulier sur plusieurs années** en adaptant la fréquence à la complexité de la situation **pour moduler les soins et l'accompagnement.**

## 6. Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire sauf en cas de complications

- **Quelle que soit la corpulence, promouvoir la santé et le bien-être en accompagnant progressivement les changements des habitudes de vie est primordial.**
- **Chez l'enfant en cours de croissance** : ralentir la prise de poids (infléchissement de la courbe de corpulence) tandis que la croissance se poursuit.

- **Chez l'adolescent en fin de croissance** : stabiliser le poids. Même si une diminution de l'IMC est souhaitable, elle doit être très progressive et accompagnée. Être attentif à une perte de poids trop rapide.
- **En cas de complications sévères** : une perte de poids, même faible, apporte un bénéfice. Elle doit être très progressive. La reprise de poids doit être prévenue ainsi que le phénomène de Yo-Yo.

## 7. Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation dans les situations complexes

Les séjours courts en SSR entraînent une dynamique de changement et une meilleure implication des parents, à soutenir systématiquement 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 bénéfice/risque de tout séjour long ou court et répétitif 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.
- **Une préparation du séjour ainsi que celle du retour à domicile sont indispensables** pour garantir la continuité de la prise en charge qu'elle soit médicale, sociale et/ou scolaire et assurer ainsi l'efficacité du séjour requis.
- **La reconduction ou la prolongation du séjour est discutée selon les mêmes modalités.**

## 8. Assurer la continuité du parcours : préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence

**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. Il s'agit de favoriser le maintien des changements des habitudes de vie dans les priorités du jeune adulte.

**Le passage des soins pédiatriques aux soins adultes** implique un changement de médecin ou d'équipe de soins et le maintien d'une bonne communication entre les lieux de soins d'une part et le médecin traitant d'autre part. Le passage des soins pédiatriques aux soins adultes peut se faire dans certaines situations après l'âge de 18 ans.

- **Comme dans toute maladie chronique, cette démarche permet d'assurer une continuité des soins et de l'accompagnement et d'éviter les ruptures du parcours.**

## 9. Accompagner l'enfant/l'adolescent(e) en situation de handicap et ses parents : points communs et spécificités

Les enfants et les adolescent(e)s en situation de handicap doivent bénéficier :

- **de la même évaluation multidimensionnelle** que toute autre personne mais avec une vigilance complémentaire en fonction du handicap ;
- **d'une prévention dès le plus jeune âge** de 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 services et établissements médico-sociaux le cas échéant ;

- de soins et d'accompagnement intégrés au projet de vie ;
- d'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, adolescent(e)s, parents et/ou professionnels des établissements et services sociaux et médicosociaux.

## 10. Favoriser l'engagement des associations d'usagers

- Soutenir les parents dans leurs démarches par une information accessible et un accompagnement par les pairs.
- Mieux mobiliser l'expérience des parents et des grand(e)s adolescent(e)s et jeunes adultes : partage d'expériences, préparation à la transition vers l'âge adulte, conception et co-animation de séances d'éducation thérapeutique.

Développés en coproduction avec les professionnels et les usagers du système de santé, ces messages courts visent à inciter les professionnels de santé à engager un dialogue avec les patients au sujet des examens, des traitements et des interventions les mieux indiqués et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires. Les professionnels et les usagers ont choisi les thématiques et les messages qui ont été élaborés à partir de recommandations existantes.

---

Ce document présente les points essentiels de la publication : Surpoids-obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) : 10 messages clés pour améliorer les pratiques, 3 février 2022, mise à jour 16 février 2023  
Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)