

Surpoids de l'enfant :

le dépister et en parler précocement

Tout professionnel de santé en contact avec des enfants ou des adolescents peut être amené à identifier un surpoids voire une obésité chez un jeune venu en consultation pour un motif qui n'a parfois – apparemment du moins – rien à voir avec sa corpulence. Le dialogue qui peut alors s'amorcer autour de la question du poids est un moment important pour aboutir à une prise de conscience partagée par les parents et le jeune.

Chaque consultation peut être l'occasion d'aborder la question du poids

Il peut s'agir de répondre à une demande d'emblée explicite d'une famille, venue consulter pour ce motif soit spontanément, soit sur les conseils d'un autre professionnel de santé.

Parfois, ce n'est que dans un deuxième temps que le motif de la consultation s'avère être en lien avec le surpoids (par exemple, une demande de dispense de sport, un problème orthopédique, un problème respiratoire, etc.).

Mais le surpoids, qu'il soit manifeste ou non, peut aussi être dépisté à l'occasion d'une consultation pour un tout autre motif. Dans ce cas, commencer par répondre à la demande initiale du jeune ou de la famille permet d'établir un climat de confiance propice pour aborder ensuite la question du poids.

La courbe de corpulence, un outil pour amorcer le dialogue

Avoir une courbe de corpulence à jour dans le carnet de santé de chaque enfant

L'indice de masse corporelle (IMC) rend compte de la corpulence d'un individu. Sa formule de calcul est la même quel que soit l'âge (poids [kg]/taille² [m]) mais, pour l'enfant, l'IMC ne peut s'interpréter qu'à l'aide de courbes de référence (selon le sexe), représentant les valeurs de l'IMC en fonction de l'âge.

La courbe de corpulence permet d'identifier précocement un surpoids en train de se constituer, **c'est une information essentielle qui doit être accessible à tout intervenant dans la santé de l'enfant, via le carnet de santé**. Celui-ci constitue le meilleur support du partage de l'information entre les différents professionnels impliqués : médecin traitant de l'enfant, personnels de santé scolaire, de PMI, etc.

La surveillance systématique de la corpulence est recommandée⁽¹⁾, au minimum deux ou trois fois par an, pour tous les enfants et les adolescents :

- quel que soit leur âge ;
- quelle que soit leur corpulence apparente ;
- quel que soit le motif de la consultation.

(1) Haute autorité de santé. *Recommandations de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : HAS, à paraître en 2011 [www.has.sante.fr].

Porter une attention particulière à l'âge de survenue du rebond d'adiposité

Physiologiquement, la corpulence varie au cours de la croissance : en moyenne, elle augmente jusqu'à 1 an, puis

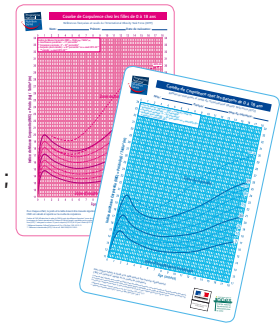
diminue jusqu'à 6 ans et croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe est appelée **rebond d'adiposité**. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus le rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé.

Points de repère

- Le diagnostic de surpoids repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).
- La formule de calcul de l'IMC s'applique à tous les âges : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$.
- Chez l'enfant, l'IMC s'interprète grâce à la courbe de corpulence :
 - un changement de couloir vers le haut est un signe d'alerte ;
 - plus le rebond d'adiposité est précoce, plus le risque d'obésité est élevé ;
 - le surpoids (incluant l'obésité) est défini par un IMC > 97^e percentile des références françaises ;
 - l'obésité, qui est définie par un IMC \geq au seuil IOTF-30*, est une forme sévère de surpoids.
- L'examen clinique de l'enfant a pour objectif essentiel d'éliminer une obésité secondaire (endocrinienne ou syndromique) et de rechercher des comorbidités et des complications**.

* IOTF : International Obesity Task Force.

** La conduite de l'examen clinique ainsi que les étiologies des obésités dites « secondaires » sont détaillées dans les recommandations HAS 2011⁽¹⁾.



La courbe de corpulence, un appui pour expliquer ce qui a été repéré

• **Reporter la valeur de l'IMC sur la courbe de référence** objective le niveau de corpulence actuel (le surpoids ne se constate pas toujours visuellement).

• **Retracer « l'historique de la corpulence » depuis la naissance** permet de voir la tendance évolutive du surpoids. Cela peut aussi orienter la recherche d'événements contemporains de la prise de poids : accident ou maladie de l'enfant ou d'un proche, changements dans la structure familiale, difficultés sociales, déménagement, etc.

• **Prolonger la courbe** au-delà de l'âge actuel permet de visualiser ce que pourrait être l'évolution spontanée. C'est également un appui pour expliquer la dynamique de la corpulence car le « *Ça va s'arranger tout seul, il mincira en grandissant* » peut être vrai, mais seulement si la prise de poids ralentit.

Il s'agit **d'être vigilant quant aux mots employés, chacun pouvant revêtir, aux yeux de l'enfant et de sa famille, une symbolique ou une signification différente**. Dans ce contexte, plutôt que de dire directement à l'enfant « *Tu es en surpoids* », il est préférable de se référer à ce que montre sa courbe pour éviter de le culpabiliser.

Écouter et comprendre pour accompagner

« Dans le cadre de la relation de soins, l'objectif de la démarche qui sera mise en route consistera à construire avec le patient une réponse individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le professionnel est, sait, croit, redoute et espère.⁽²⁾ »

Tenir compte des facteurs environnementaux et sociaux

Le surpoids d'un enfant ne s'explique pas seulement par des facteurs génétiques et des comportements individuels. Il résulte aussi de multiples déterminants environnementaux, sociaux, économiques et culturels, comme :

- le rythme de sommeil, le temps passé à regarder la télévision ;
- les habitudes alimentaires des parents et de la fratrie, le contenu habituel du réfrigérateur ;
- le temps et les moyens disponibles pour les loisirs, notamment les équipements sportifs ou de loisirs du quartier.

Tenir compte de l'ensemble de ces facteurs environnementaux et sociaux, et donc du fait que « **tout ne vient pas des parents et/ou de l'enfant** », permet d'adopter une **posture empathique** et déculpabilisante. Cette attitude permet d'établir un climat de confiance qui est un atout pour que les familles puissent revenir ultérieurement en consultation **sans craindre d'être jugées**.

Élaborer un langage commun

Au carrefour du culturel, de l'affectif et du social, les représentations en matière d'alimentation, de corpulence et de santé sont extrêmement variables d'un individu à l'autre, tant dans la population générale qu'au sein des professions de santé.

(2) D'après Sandrin-Berthon B. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, coll. Biennales de l'éducation, 2000 : 208 p.

Et vous, docteur, êtes-vous à l'aise avec votre poids ?

En amont du dialogue avec le jeune et les parents, il est utile pour le professionnel de s'être questionné sur ses propres représentations ainsi que sur sa propre image corporelle. En effet, le professionnel de santé pourrait être considéré différemment par l'enfant et sa famille selon qu'il est lui-même :

- en surpoids (« *Je me demande si ce médecin parviendra à quelque chose avec mon enfant parce que, quand on le voit...* ») ;
- ou, au contraire, plutôt mince (« *C'est facile pour vous, docteur, vous êtes mince. Vous pouvez manger ce que vous voulez!* »).

Avoir préalablement réfléchi à la représentation que l'on a de son propre corps et du corps des autres, à l'image que l'on a des personnes en surpoids, à sa propre corpulence, etc., permet de ne pas être dérouter par certaines remarques, voire de tirer le meilleur bénéfice possible de son statut pondéral :

- « *Tu vois, moi aussi j'ai des problèmes avec mon poids. Tout comme toi, il me faut faire des efforts.* »
- « *En effet, nous sommes très inégaux par rapport au poids, certaines personnes en prennent plus facilement que d'autres. Mais je fais aussi des efforts pour rester en bonne santé...* »

Partir des idées et des représentations de l'enfant et de sa famille permet de mieux les connaître, de bien comprendre le sens des mots qu'ils utilisent et, ainsi, de construire un langage commun pour fonder les actions

sur leurs motivations et leurs points de vue. Des questions ouvertes, qui encouragent l'enfant et la famille à s'exprimer, permettent de mieux cerner leur vécu, leur expérience, ce qu'ils pensent, etc.

Exemples de questions pour explorer, avec l'enfant et sa famille, leur vécu, leurs habitudes et leurs représentations

- **Le vécu du poids**

Comment te sens-tu (à la maison, à l'école ou au lycée, avec tes amis) ? Qu'est-ce que tu penses de ton poids ? Et tes copains, qu'est-ce qu'ils disent ? Que pensez-vous de la corpulence de votre enfant ? D'après vous, comment le vit-il ?

- **Le risque et les conséquences du surpoids**

Es-tu inquiet ou préoccupé par ton poids ? Pourquoi ? Son poids vous préoccupe-t-il ? D'après vous, quelles peuvent être les conséquences de son surpoids pour sa santé ? Et pour sa vie quotidienne ?

- **L'alimentation**

Est-ce que manger est important pour toi ? À ton avis, quel est le rapport avec ton poids ? Comment se passent les repas à la maison ?

- **L'activité physique et la sédentarité**

Qu'est-ce que tu aimes faire comme activités à la maison ? Et dehors ? Quels sports aimes-tu ? Quelles activités faites-vous le week-end ? Comment les enfants passent-ils leur temps en dehors de l'école ?

- **La prise en charge**

Selon vous/toi, qu'est-ce que nous allons mettre en place ensemble ? Pensez-vous/penses-tu que cela sera facile ?

Prendre en compte le risque de stigmatisation

Dès le plus jeune âge, les enfants en surpoids peuvent être victimes de moqueries et de railleries de la part de leurs pairs et parfois même d'adultes, y compris de leur famille. Cette stigmatisation peut déclencher, chez l'enfant ou le jeune qui en est la cible, des sentiments de vulnérabilité, de honte, de diminution de l'estime de soi, voire des troubles anxieux ou dépressifs... Un cercle vicieux peut alors se développer, alimenté par une diminution du plaisir à pratiquer une activité physique, un retrait des activités collectives ou une recherche de compensation d'émotions négatives (chagrin, gêne, ennui) par la nourriture⁽³⁾.

La motivation au changement : une étape préliminaire

« *On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres.* » (Pascal, Pensées)

Le dialogue permet de rechercher avec l'enfant les raisons pour lesquelles il aurait envie d'être plus mince. Ses réponses (s'habiller ou courir plus facilement, être moins essoufflé, ne plus subir de moqueries...) ne sont pas toujours les mêmes que celles de ses parents (santé future, meilleur accès à une vie sociale ou professionnelle...) ou des professionnels de santé.

Il s'agit aussi d'évaluer avec eux la confiance que l'enfant et ses parents ont dans leurs capacités à effectuer des changements, d'identifier des freins éventuels, mais aussi des leviers et des besoins d'aide. Parfois, parents ou enfant ne sont pas prêts à un changement immédiat ou ont d'autres priorités ; il faut savoir l'accepter tout en leur indiquant la possibilité d'en reparler ultérieurement s'ils le souhaitent.

(3) Frelut M.-L. *Obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : EMC (Elsevier Masson SAS), Pédiatrie - Maladies infectieuses, 4-002-L-30, 2009.

Laisser un temps de maturation

Il est bienvenu de laisser à la famille un temps de réflexion. Un deuxième rendez-vous spécifiquement dédié au surpoids peut être proposé quelques semaines plus tard, afin d'aborder avec le jeune et sa famille les moyens à mettre en œuvre pour un changement des habitudes de vie.

Pour mieux cerner les habitudes de l'enfant, il peut lui être proposé de tenir un journal alimentaire et d'activité physique, qu'il apportera à la consultation suivante.

Quelques principes généraux de prise en charge

La progression trop rapide de la corpulence résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique. La prise en charge vise à restaurer cet équilibre en agissant au niveau de l'alimentation, de l'activité physique, de la lutte contre la sédentarité, des rythmes de vie – dont le temps de sommeil – et des aspects psychologiques.

Dans la très grande majorité des cas, **le but de la prise en charge n'est pas de perdre du poids, mais de ralentir la progression de la courbe de corpulence. Ainsi, les régimes à visée amaigrissante, inefficaces voire nocifs à long terme, ne sont pas recommandés.** En revanche, les repères nutritionnels du Programme national nutrition santé (PNNS)

conseillés pour tous les enfants et adolescents* restent valables pour la majorité des jeunes en surpoids ou obèses.

La prise en charge est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. L'approche implique toute la famille – et même la famille élargie – pour la santé de chacun, mais aussi pour éviter des pratiques ou des propos qui isoleraient l'enfant au sein même de sa famille.

Ce parcours s'inscrit dans la durée ; il est parfois nécessaire de s'appuyer sur l'expertise de plusieurs professionnels (médecins, diététiciens, psychologues, éducateurs en activité physique adaptée), sous la coordination du médecin traitant.

* À retrouver sur www.mangerbouger.fr, rubrique professionnels de santé.

Outils pratiques et ressources documentaires

Supports pour votre pratique

- **Courbes de corpulence 0 à 18 ans/Filles et garçons.** À télécharger sur www.inpes.fr
- **Kit « Utiliser le disque d'indice de masse corporelle en pratique clinique ».** À consulter et télécharger sur www.inpes.fr
- **Calimco 2 – Logiciel de suivi de la corpulence des enfants.** À télécharger sur www.sante.gouv.fr
- **« Surpoids chez l'enfant et l'adolescent »** – Mémos de l'Assurance maladie. À consulter et télécharger sur www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins

Informations et ressources en ligne

www.mangerbouger.fr : le site nutrition de l'Inpes, pour le grand public et pour les professionnels.

www.cnreppop.com : le site de la coordination nationale des RéPPOP (Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique).

www.apop-france.com : le site de l'Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie.

www.cnao.fr : le site du Collectif national des associations d'obèses.

Ressources documentaires pour en savoir plus

- Haute autorité de santé. *Recommandations de bonne pratique – Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : HAS, à paraître en 2011 [www.has.sante.fr].
- Consulter et télécharger sur www.sante.gouv.fr : Ministère chargé de la Santé, Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie. *Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée.* Paris : Direction générale de la santé, coll. Synthèses du PNNS, 2008 : 80 p.
- Consulter et télécharger sur www.inpes.fr :
 - Ministère chargé de la Santé, Assurance maladie, Inpes, Afssa, InVS. *J'aime manger, j'aime bouger – Le guide nutrition pour les ados.* Saint-Denis : Inpes, 2004 : 28 p.
 - Ministère chargé de la Santé, Assurance maladie, Inpes, Afssa, InVS. *Livret d'accompagnement du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents destiné aux professionnels de santé.* Saint-Denis : Inpes, 2004 : 152 p.



Rédaction et coordination éditoriale : Arielle le Masne, Laurence Noiro (Inpes)

Remerciements : Régine Cavellier (diététicienne), Magali Gross (psychologue), Dr Claude Mourné-Jacquot (médecin de PMI), Dr Véronique Nègre (pédiatre), Pr Stéphane Oustric (médecin généraliste), Dr Hélène Thibault (pédiatre); Estelle Lavie (HAS); Émilie Lassaigne (CNAMTS); Corinne Delamaire, Marie-José Moquet, Isabelle Vincent (Inpes).