



OBÉSITÉ DE L'ENFANT

DR FRÉDÉRIC COUTTENIER

PÉDIATRE

The background of the slide is a light gray gradient. It is decorated with numerous realistic water droplets of various sizes. Some droplets are large and prominent, while others are small and scattered. They are primarily located in the top-left and bottom-right corners, with a few smaller ones in the center and along the edges. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

**AU PRÉALABLE COMMENT VOUS
SENTEZ VOUS AVEC LE THEME?**

CAS CLINIQUE 1

Lors d'une consultation d'entrée au cp , les parents vous amène le jeune Théo pour son bilan annuel,

Cela fait quelques années que vous ne l'avez pas vu.

Il est noté a l'examen des 4 ans par la pmi poids à surveiller.

Ce jour il pèse 23 kg (90 percentile) pour 1m12 (-0,5 ds)

Les parents n'ont pas d'inquiétude particulière

Comment évaluez vous le développement staturo pondéral de cet enfant?

The image features a light gray background with a subtle gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic water droplets of varying sizes, rendered with soft shadows and highlights to give them a three-dimensional appearance. The word "QUESTION" is centered in the upper half of the image in a large, bold, black, sans-serif font.

QUESTION

Normes françaises et internationales de l'IMC chez l'enfant

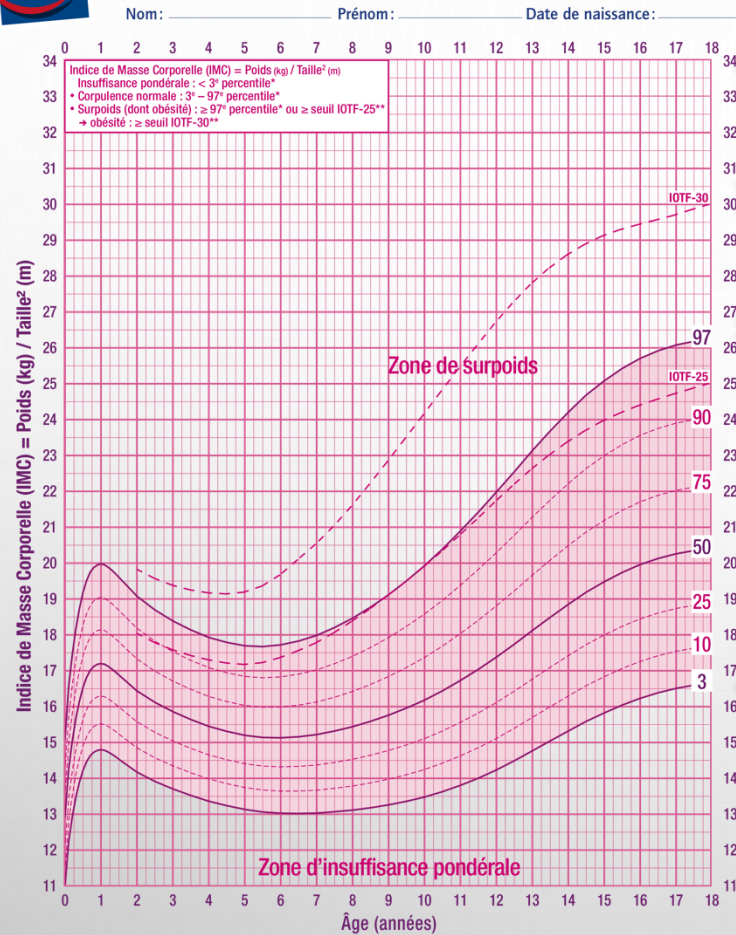
- L'IMC : facile à calculer, reproductible, bon reflet de la masse grasse
- Normes selon l'âge et le sexe
- Courbes de référence françaises de 1982 révisées en 1991
(*Rolland-Cachera; Eur J Clin Nutr 1991*)
- Références internationales : IOTF C-25, C-30 (Cole; BMJ 2000); CDC; WHO

Courbes de corpulences



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

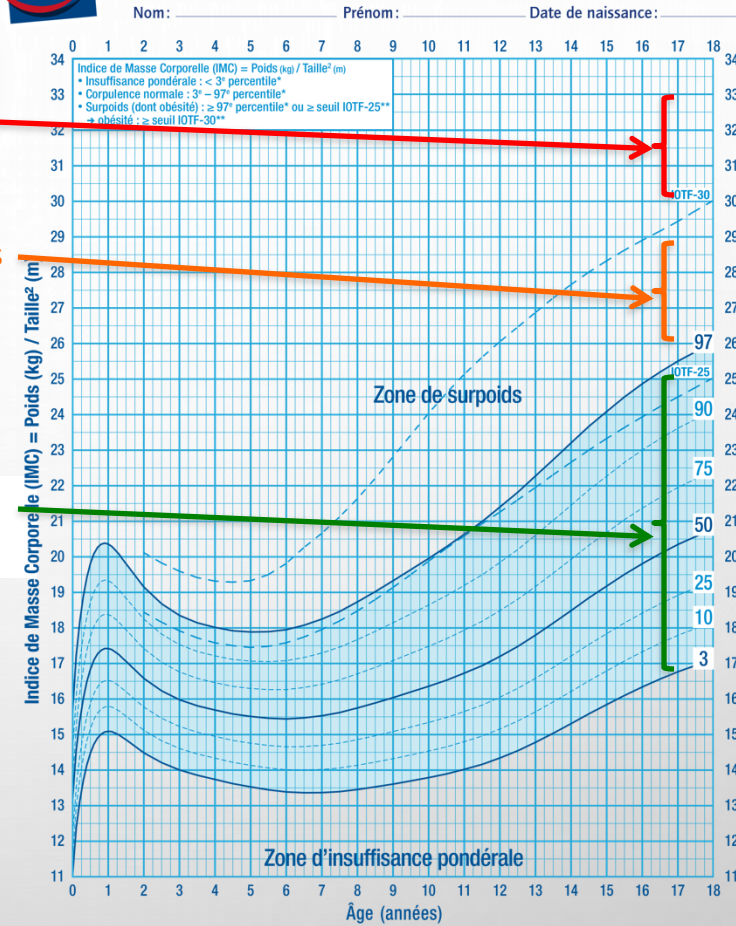
* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Définition internationale (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

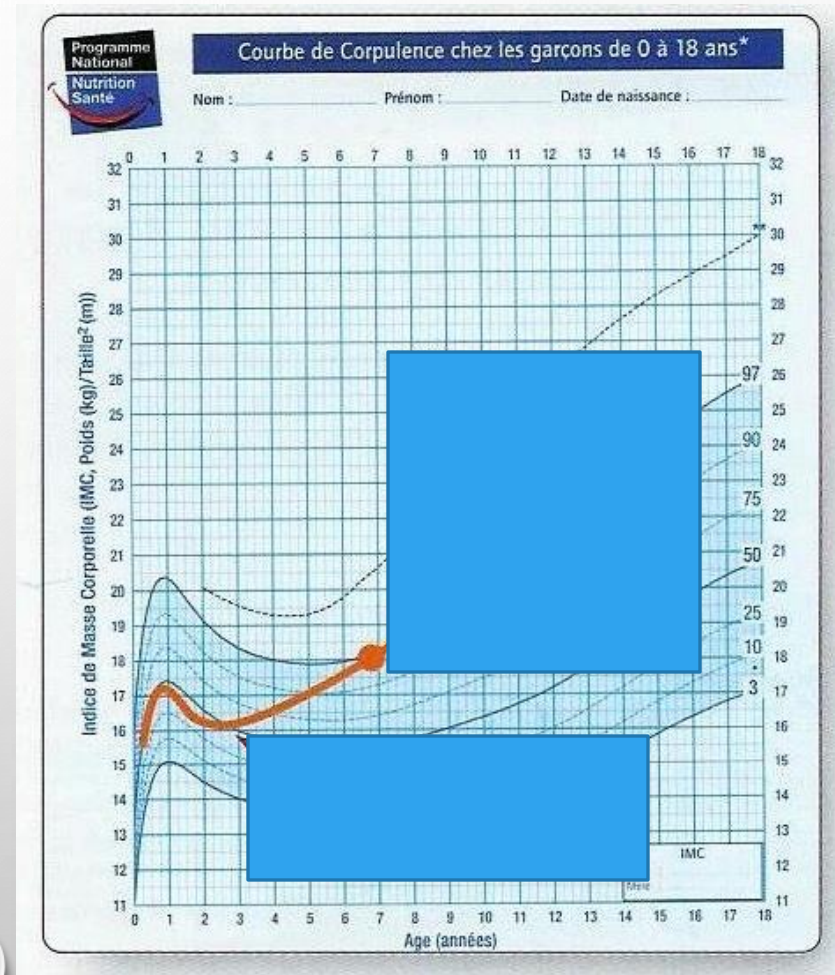
** Définition internationale (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



EVALUATION STATURO-PONDÉRALE

Dans ce contexte il est nécessaire de réaliser les courbes de poids ,
taille et IMC

Quels éléments sont pour vous sur les courbes des éléments
d'inquiétudes en ce qui concerne la corpulence future de cette enfant





PRISE EN CHARGE

Quels sont selon vous les mécanismes qui doivent être recherchés à cette prise de corpulence

Quelles explications allez vous donner aux parents

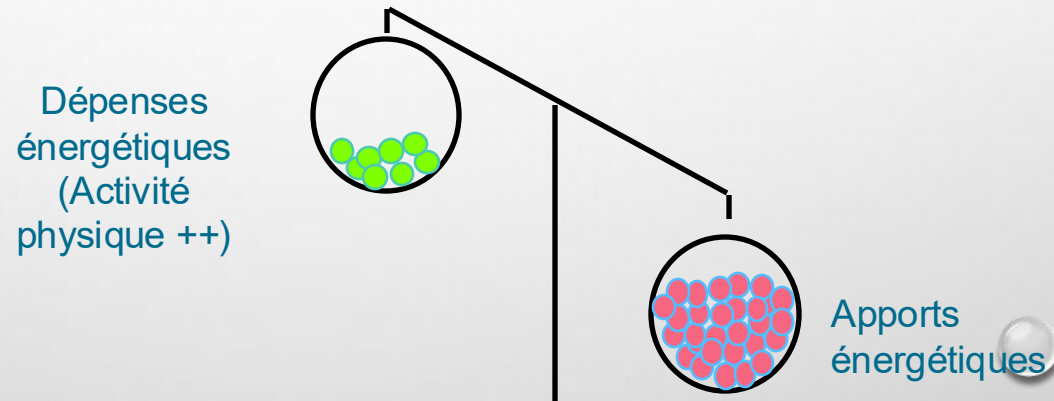


Les différents types d'obésité (suite)

SURPOIDS ET OBÉSITÉ COMMUNE :

➔ **PRÉDISPOSITION INDIVIDUELLE + ENVIRONNEMENT
« OBÉSOGÈNE »**

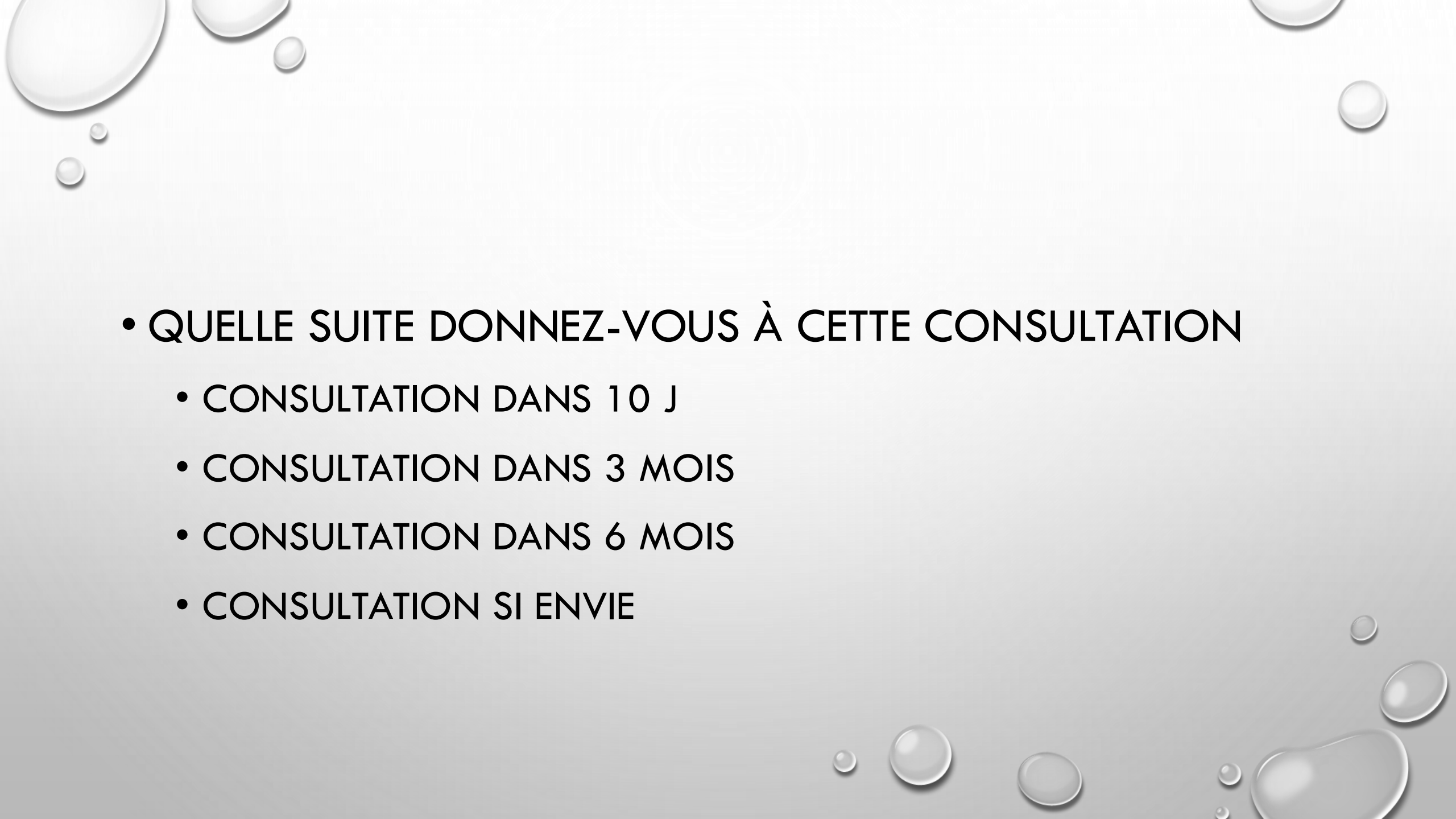
➤ Résultat d'un déséquilibre de la balance énergétique



➤ Etiologie complexe et multifactorielle

Facteurs de risque de l'obésité

- Obésité chez l'un ou les deux parents
- Pendant la grossesse : prise de poids excessive, tabagisme maternel, diabète maternel quel que soit le type
- Poids à la naissance à terme (- de 2,5kg ou + de 4 kg)
- Manque d'activité physique et sédentarité
- Hygiène alimentaire inadaptée (rythmes, quantité, qualité...)
- Cadre parental : laxisme ou rigidité parentale
- Niveau socio-économique bas (cercle vicieux)
- Évènement traumatisant (maltraitance, séparation parentale, deuil, abus sexuel...)

- 
- QUELLE SUITE DONNEZ-VOUS À CETTE CONSULTATION
 - CONSULTATION DANS 10 J
 - CONSULTATION DANS 3 MOIS
 - CONSULTATION DANS 6 MOIS
 - CONSULTATION SI ENVIE

CAS CLINIQUE 2

Clara 12 ans en phase de prépuberté vous est amené par sa maman pour des difficultés pondérales, avec trouble du comportement alimentaires

La maman est ancienne obèse avec actuellement un poids stable de 70 kg pour 1 m65 elle a bénéficié d'une chirurgie de bypass il y a 5 ans elle faisait à l'époque 124kg

Comment débiter cette consultation?

QUELLE EST LA DEMANDE

Avant toute chose , il faut différencier la demande de chaque participant de la consultation:

Quelle est la demande de la maman?

Quelle est la demande de Clara?

Que sont ces troubles du comportement alimentaires?

Etre vigilant sans culpabiliser

Manger est une source de plaisir:

Halte à la nutrition triste et normative !

- Il faut
- On doit
- Il ne faut pas
- On ne doit pas

**Importance d'obtenir l'adhésion de l'enfant et de sa famille
sur la prise en charge proposée**

➤ **Etude de l'origine de la demande**

➔ Consultation demandée par les parents? l'enfant ? Inquiétude médicale

➤ **Motif de la demande**

➔ Esthétique, moqueries, difficultés pour faire du sport, difficulté pour s'habiller, raison médicale

➔ Inquiétude parentale , peur de son ressenti et de son vécu, transfert

➔ Retentissement ou non sur la vie sociale (si non, peut-être pas encore le bon moment pour entamer une prise en charge)

Ne jamais répondre à une demande sans l'avoir préalablement interrogée

➤ **Prise en compte du contexte familial/social/environnemental/culturel :**

➔ Explorer les représentations du corps et du poids chez les parents et l'enfant

➤ **Choix des termes employés**

- ➔ Expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser pour permettre l'engagement dans un processus de prise en charge (c'est une maladie, ce n'est pas de leur faute...)
- ➔ Rechercher pourquoi un mot gêne (que mettent-ils derrière ?)

➤ **Utilisation de la courbe comme outil pédagogique**

- ➔ « Ta courbe montre que », « la courbe de votre enfant montre que »



➤ **Explication simple et rassurante** des objectifs à long terme et des moyens pour les atteindre ensemble

- ➔ Valoriser les parents dans leur savoir être et leur savoir-faire
- ➔ Renforcer leurs compétences parentales
- ➔ Laisser la place à leur expression
- ➔ Sentir jusqu'où on peut aller

➤ **« Cadrer » l'annonce**

- ➔ Ne pas faire d'annonce sur le pas de la porte
- ➔ Proposer un rendez-vous ultérieur dédié à cette problématique



QUELS DOMAINES SONT A EXPLORER?

Diététique

Dépense énergétique

Retentissements psychosociaux



Accompagnement diététique

- Interrogatoire alimentaire avec et sans les parents
- Relevé diététique (semaine et we) peu nécessaire

Que repérer ?

Chez le très jeune enfant :

- Apports protidiques excessifs
- Diversification trop précoce et inadaptée

Chez les enfants plus grands

- Excès d'aliments gras et sucrés (biscuits)
- Excès de boissons sucrées (jus de fruits)
- Les collations
- Alimentation anarchique : condition de prise des repas

Repères quantitatifs +++ (≠ normes)

Accompagnement diététique

Leviers :

Choix des aliments :

- Qualité est rarement la cause
- Quantité très souvent

Prises alimentaires : (repas/collation/grignotage)

- Rythmes et répartition dans la journée
- Nombre Durée
- Motifs facteurs déclenchants
- Contexte (maison, cantine, seul ou en famille...)

Perceptions :

- Faim
- Satiété
- Envie
- Plaisir

Il est recommandé de n'interdire aucun aliment
(risque de restriction cognitive+++)

Accompagnement diététique

Faim

Sensation physique indiquant la nécessité de manger un certain laps de temps après le repas

A différencier de envie de manger, élément d'ordre psychologique

Satiété

Etat atteint lorsque la faim est satisfaite

Elle nécessite sur le plan organique un temps de 20 à 30 minutes

Sur le plan psychologique elle nécessite une certaine forme de concentration

Accompagnement diététique

Evaluation

Ex. : un exemple de grignotage

Dégager les motifs :

- Évocation des moments propices
- Lien avec des émotions « déclencheuses »
- Aliments choisis

➔ *Possible nécessité d'expérimentation pour réponses à la consultation suivante*

Distinction entre sensation de faim et envie de manger

- Faim : voir rythme et qualité des prises précédentes
- Envie de manger : voir sources de tentations et situations exposantes

Sentiment d'ennui/ compensation

- Activité avec un tiers pour combler l'emploi du temps
- Ressources personnelles de l'enfant (alternative à initier seul)

Accompagnement diététique

Vigilance sur :

Rôle éducatif des parents :

- Éviter aliments/récompenses
- Savoir dire « non »
- Cadre éducatif : permissif, autoritaire ou négligent

Cohérence du comportement de l'entourage avec les objectifs de la prise en charge :

- Quantités préparées
- Contenu placards...

Harmonisation des pratiques de toute la famille :

- Stigmatisation

Accompagnement diététique

Collaboration avec une diététicienne *Quand orienter ?*

Orientation possible même pour 2 séances

- Prise en charge par une diététicienne ≠ 25 séances
- Pas de diététiciennes restrictives
- Attention au discours discordant

Pas que pour les obésités sévères :

- Travail possible sur les représentations/connaissances vis à vis de l'alimentation

Accompagnement en activité physique

- Evaluation des activités physiques et sédentaires
- Auto-questionnaire

Que repérer ?

Chez le jeune enfant :

- Temps d'écran
- Inactivité (*mode de vie, ex: poussette pour les trajets...*)

Chez les enfants plus grands (à partir de 6 ans)

- Temps d'activité physique quotidienne modérée à intense, inférieure à 60 minutes

Accompagnement en activité physique

Leviers :

- **Lutter contre les comportements sédentaires**

(ex. : Limiter les temps d'écran récréatif, réduire les temps d'inactivité physique ...)

- **Favoriser l'activité physique quotidienne et augmenter les déplacements actifs**

(ex. : Aller à l'école à pied ou à vélo, privilégier les escaliers, promener le chien ...)

- **Augmenter l'activité physique de loisir**

(ex. : Promenades en famille, jeux extérieurs avec des amis, clubs ...)

Accompagnement en activité physique

Evaluation de l'activité physique (1/2)

•Sport (heures/semaine)

- école
- en dehors de l'école
- ➔ *Importance de connaître les activités antérieures, ce que l'enfant aimait (plaisir ressenti, sentiment de compétence) et pourquoi il a arrêté (relation aux autres, image du corps, intolérance à l'échec)*

•Trajet entre école et domicile

- à pied, vélo, motorisé
- temps moyen de chaque trajet

***FAIRE UN EFFORT EN CHANGEANT SES HABITUDES,
MÊME POUR QUELQUES TRAJETS, C'EST DÉJÀ BIEN !***

Une étape à la fois : rien ne sert de tout bouleverser si ce n'est pas tenable dans le temps...

Accompagnement en activité physique

Evaluation de l'activité physique (2/2)

- **Activité favorite en cours de récréation**
 - activités mobiles (ballon, élastique, corde à sauter)
 - activités sédentaires (billes, échanger des images, discuter)
- **Partage d'une activité physique avec les parents**

Accompagnement en activité physique

Evaluation des activités sédentaires

•Activités sédentaires

- télévision
- jeux vidéo
- ordinateur
- téléphone (adolescents)

➔ Poser la question de l'équipement (ordinateur ou TV dans la chambre), de ce qu'ils aiment dans ce jeu/émission...

***Les temps d'écran sont déconseillés chez les moins de 3 ans
et à limiter chez les plus grands (2h/journée)***

•Evaluation

- en heures par jour
- en distinguant jours avec et sans école

•Temps de sommeil quotidien

Accompagnement en activité physique

Faire le lien avec son environnement

- **Contexte familial** (ex. : pratiques physiques communes)
- **Niveau socio-économique**
- **Réseaux sociaux** (ex. : soutien dans un projet sportif)
- **Environnement géographique** (ex. : distance domicile-école)
- **Tissu associatif local** (ex. : accès à des loisirs actifs)

Accompagnement psychologique

- **Alliance thérapeutique** (écoute active et soutien avec empathie) incluant le respect de leur choix +++
- **Prise en compte des connaissances, représentations, croyances et ressentis**
 - Évaluation et renforcement de la motivation
 - Formulation positive des objectifs
 - Soutien et déculpabilisation
 - Renforcement positif
 - Renforcement des compétences parentales et de la cohérence parentale
 - Prise en charge des troubles psychologiques éventuels

QUE FAUT IL PRIVILÉGIER?

Il n'est pas nécessaire d'aborder l'intégralité de ces questions en une seule consultation

C'est probablement impossible sur une consultation de délai moyen

Il est conseillé de sonder sur les 3 axes et d'approfondir là où l'enfant est partant

Il ne faut mener que les « combats » gagnable

Il est inutile de demander à quelqu'un de faire du sport si il déteste , il sera par la suite intéressant secondairement de comprendre son aversion,

CAS CLINIQUE 3

Vous suivez depuis 6 mois Maxence 10 ans à raison d'une consultation par trimestre c'est donc la 3eme fois que vous le rencontrez

Il avait une difficulté sur les volumes alimentaires et vous avez travailler avec lui les sensations de faim et satiété.

Lors de cette consultation il a pris 1 kg et 2 cm

Que faite vous ?

Quel est votre discours?

LES OBJECTIFS

Les objectifs sont variables selon la situation:

Si l'enfant est dans une phase de croissance le ralentissement de la cinétique de prise de poids suffit

Un enfant qui fait 55 kg peut prendre 15 kg pour arriver à l'âge adulte,

La situation est différente si l'enfant fait déjà 90 kg

Il est différent également en fonction de l'investissement de l'enfant

Ainsi que de la cinétique antérieure

Un enfant qui prend 1 kg par mois et qui prend 1 kg sur 3 mois a considérablement ralenti sa vitesse de prise de poids

Prise en charge

Objectif :

Ralentir la progression de la courbe de corpulence

- En cours de croissance : stabilisation du poids ou ralentissement de la prise de poids
- En fin de croissance : stabilisation du poids ou perte très progressive

Cas particulier des surpoids ou obésité avec co-morbidités sévères ou du handicap induit par l'obésité => réduction de l'IMC

La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant en surpoids ou obèse

OBJECTIFS

Nous avons vu que la prise pondérale était la conséquence d'un déséquilibre de la balance énergétique

Combien faut il stocker de calories pour prendre 1 kg

1 000 , 3000, 6000 ,1 0000?

Réponse 6 à 7000 kcal

Exemple du yaourt (100kcal) soit l'énergie de 60 yaourts

1 par jour de plus que nécessaire pendant 2 mois

Soit 6 kg sur une année

ÉVALUATION DES OBJECTIFS

Déroulement de la consultation:

Quels étaient les objectifs fixés?

Comment cela c'est il passé?

Quelles ont été les difficultés?

Quel est le ressenti de l'enfant, des parents?

Faut il continuer dans ce sens?

Faut il utiliser d'autres leviers?



FIN DE CONSULTATION

Nouvel objectif ou poursuite des précédents

Fréquence de suivi

Anticipation d'éventuelle difficultés



The background of the slide is a light gray gradient. It is decorated with several realistic water droplets of various sizes, some with soft shadows, and a faint, concentric circular ripple pattern in the upper center.

MERCI DE VOTRE ATTENTION