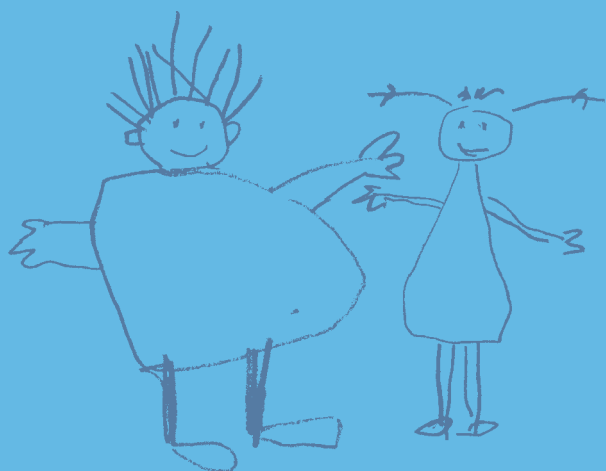


Évaluer et suivre la corpulence des enfants



❖ Un geste simple pour repérer
et prévenir le surpoids et l'obésité

❖ Des pistes pour accompagner
les enfants et leurs familles

page 2 *Le surpoids et l'obésité des enfants,
des enjeux majeurs de santé publique*

page 3 *L'indice de masse corporelle
et les courbes de corpulence*

page 7 *Situations pratiques*

page 10 *Corpulence, alimentation et activité physique :
commencer par faire le point*

page 12 *Pour en savoir plus*

Le surpoids et l'obésité des enfants, des enjeux majeurs de santé publique

❖ Une prévalence encore trop élevée en France

Depuis les années 1980, les prévalences du surpoids et de l'obésité de l'enfant ont augmenté dans de nombreux pays, dont la France. **Le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral** (indice de masse corporelle (IMC) situé au-dessus du 97^e percentile des courbes de corpulence françaises) **est passé de 3 % en 1965 à 5 % en 1980, 12 % en 1996 puis 16 % en 2000. Depuis le début des années 2000, plusieurs études ont montré que ce chiffre semble s'être stabilisé.**

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le développement d'un excès de poids résulte le plus souvent d'un bilan d'énergie positif prolongé. Parmi les principaux facteurs environnementaux en cause, la diminution de l'activité physique et l'augmentation de la sédentarité jouent un rôle très important. S'y ajoutent d'autres déterminants, comme les facteurs alimentaires, métaboliques, psychologiques et sociaux, corollaires de l'évolution de nos modes de vie. Les déterminants génétiques sont des facteurs de prédisposition.

❖ Des conséquences délétères sur la santé

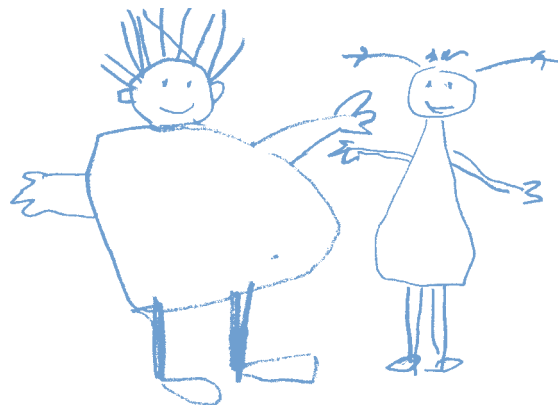
Sans prise en charge adaptée, la tendance spontanée est à l'aggravation progressive du surpoids sur plusieurs années.

- ▶ À court terme, l'obésité peut avoir des conséquences orthopédiques, un retentissement respiratoire, provoquer une augmentation de la pression artérielle et des anomalies des lipides sanguins (notamment hypertriglycémie et diminution de l'HDL cholestérol). Une hyperinsulinémie est fréquente et des cas de diabète de type 2, ainsi que des lésions artérielles précoces, ont également été décrits chez des adolescents présentant une obésité sévère. Par ailleurs, l'obésité influe négativement sur l'estime de soi, l'intégration puis l'évolution sociale.
- ▶ L'obésité apparue durant l'enfance est associée chez l'adulte à une surmortalité, principalement d'origine cardiovasculaire.

❖ Dépister et prévenir le surpoids et l'obésité de l'enfant, un enjeu de santé publique

Le disque de calcul de l'IMC et les courbes de corpulence fournis dans cette pochette sont des outils conçus pour vous permettre d'intégrer le suivi régulier de la corpulence de l'enfant dans **les gestes courants de chaque consultation**. L'analyse de l'évolution des courbes vous permettra de repérer précocement les enfants à risque de développer un surpoids ou une obésité. Vous pourrez ainsi mettre en place des moyens de prévention adéquats et accompagner les enfants et leurs familles dans la recherche d'un nouvel équilibre, associant l'augmentation de l'activité physique et une alimentation adaptée⁽¹⁾.

Diminuer la prévalence de l'obésité de l'enfant constitue l'un des objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS)⁽²⁾.



⁽¹⁾ Pour en savoir plus, voir aussi :

- Repères pour votre pratique - Surpoids de l'enfant, le dépister et en parler précocement. Ministère de la santé, Inpes 2011 ;
- Recommandation de bonnes pratiques - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS 2011.

⁽²⁾ Des informations complémentaires sur le PNNS sont disponibles sur le site www.sante.gouv.fr, rubrique « Les dossiers de la santé de A à Z », thème « Nutrition » et sur le site www.mangerbouger.fr.

L'indice de masse corporelle et les courbes de corpulence

❖ L'indice de masse corporelle

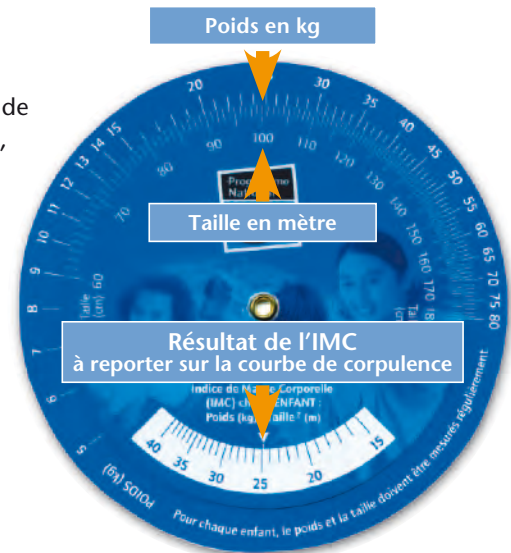
L'indice de masse corporelle (IMC) ou de corpulence⁽³⁾, bon reflet de l'adiposité, rend compte de la corpulence d'un individu. Chez l'enfant, il est un des meilleurs critères diagnostique et pronostique de l'excès de poids.

L'IMC tient compte de deux données combinées : **le poids et la taille**, et se définit par le rapport du poids (en kg) sur la taille au carré (en m).

*L'IMC se calcule avec un disque⁽⁴⁾
ou avec une calculatrice selon la formule :*

$$IMC = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}}$$

La valeur obtenue est reportée sur les courbes de corpulence de référence pour permettre de situer la corpulence d'un enfant selon l'âge et le sexe.



Chez l'enfant, les valeurs de référence de l'IMC varient physiologiquement en fonction de l'âge. Ainsi, il n'est pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à une valeur de référence unique de l'IMC. Des courbes de référence représentant, pour chaque sexe, les valeurs d'IMC en fonction de l'âge permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance.

❖ Les courbes de corpulence de référence

Différentes courbes de corpulence sont disponibles ; les plus utilisées en France sont les courbes de corpulence françaises* et les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)**. L'OMS a récemment publié des standards pour les enfants de 0 à 5 ans (2006) et des références pour les enfants de 5 à 19 ans (2007)*** ; ils sont, pour l'instant, encore peu utilisés en France.

Les courbes de corpulence françaises*

Elles ont été établies en 1982 à partir de la même population que celle qui a servi à établir les courbes de poids et de taille selon l'âge. Elles figurent depuis 1995 dans le carnet de santé des enfants⁽⁵⁾. Les courbes de corpulence françaises sont établies en percentiles. L'insuffisance pondérale est définie par un IMC inférieur au 3^e percentile, tandis que le surpoids est défini par un IMC au-delà de la courbe du 97^e percentile. Ces références ne fournissent pas de seuil pour définir l'obésité parmi les enfants en surpoids.

Les seuils internationaux du surpoids et de l'obésité**

L'IOTF a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, en utilisant des courbes de l'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs. Disponibles de l'âge de 2 ans à 18 ans, les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs 25 et 30 kg/m² à 18 ans (les valeurs 25 et 30 étant les seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'adulte). Selon la définition de l'IOTF, on parle de surpoids (dont obésité) pour un IMC supérieur au centile IOTF-25, de surpoids (non obèse) entre le centile IOTF-25 et le centile IOTF-30, et d'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30.

* Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-3.

*** de Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF ; le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. Arch Pediatr 2009;16:47-53.

⁽³⁾ Également appelé Indice de Quételet ou body mass index (BMI) en anglais.

⁽⁴⁾ Le disque donne une indication directe et rapide du calcul de l'IMC. Il ne peut être aussi précis qu'un calcul fait au moyen d'une calculatrice.

⁽⁵⁾ Dans les nouveaux carnets de santé (mis à jour le 01/01/06 – arrêté du 5 décembre 2005), les courbes de corpulence se situent juste à côté des courbes de poids et de taille, pages 79 (filles) et 81 (garçons).

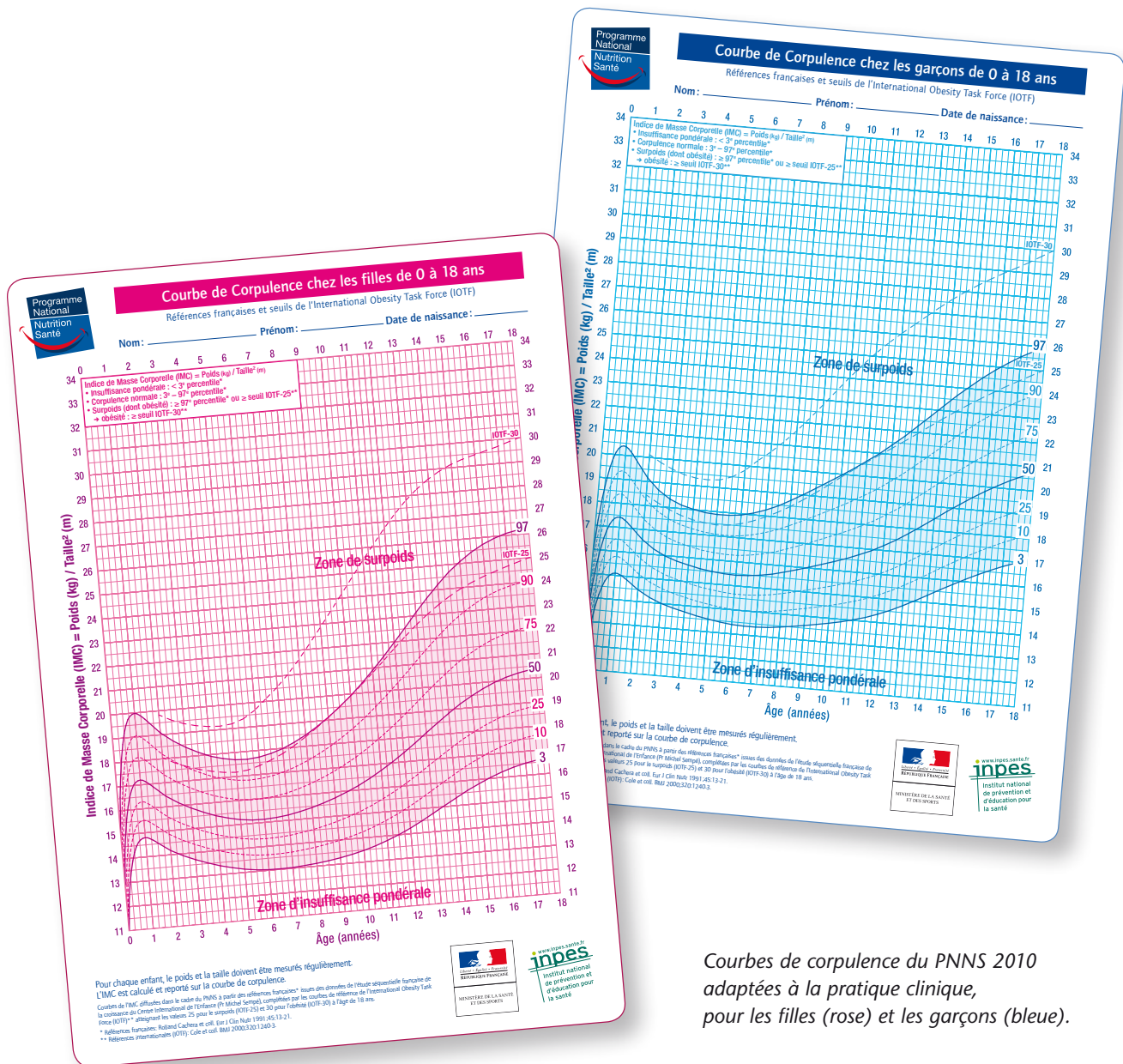
Les courbes de corpulence du PNNS

Depuis 2003, dans le cadre du PNNS, des courbes de corpulence adaptées à la pratique clinique ont été diffusées par le ministère de la Santé.

En 2010, ces courbes ont été réactualisées suite aux recommandations d'un groupe de travail⁽⁶⁾ qui a pris en compte les remarques des professionnels de terrain. L'objectif de cette nouvelle version est de faciliter le repérage précoce et le suivi des enfants en surpoids ou obèses ou à risque de le devenir, sans que l'excès de poids ne soit ni banalisé ni ressenti comme stigmatisant. Les principales modifications apportées sont les suivantes :

- remplacement des termes « obésité degré 1 » et « obésité degré 2 » par le terme de « surpoids » qui est internationalement utilisé ;
- adjonction aux courbes de référence françaises et à la courbe correspondant au seuil IOTF-30 (seuil de définition de l'obésité) de la courbe correspondant au seuil IOTF-25 (seuil de définition internationale du surpoids).

La zone de surpoids, incluant l'obésité, correspond à la zone située au-dessus du 97^e percentile des courbes de référence françaises. On parle d'obésité lorsque la valeur de l'IMC de l'enfant est située au-delà du seuil IOTF-30. Le seuil IOTF-25 peut être utile pour les études épidémiologiques, mais n'est pas essentiel en pratique clinique.



Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique, pour les filles (rose) et les garçons (bleue).

⁽⁶⁾ Groupe de travail réuni par l'APOP et le comité de nutrition de la SFP à la demande du comité de pilotage du PNNS réunissant des professionnels de terrain (pédiatres, médecin généraliste, médecin et infirmière de santé scolaire), des épidémiologistes et des usagers.

Évaluation de l'état nutritionnel selon la valeur de l'IMC

En se référant aux courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique, on retient les définitions suivantes :

- ▶ **insuffisance pondérale** : $IMC < 3^{\text{e}}$ percentile ;
- ▶ **corpulence normale** : $3^{\text{e}} \leq IMC < 97^{\text{e}}$ percentile ;
- ▶ **surpoids**, incluant l'obésité : $IMC \geq 97^{\text{e}}$ percentile ;
- l'**obésité** est une forme sévère de surpoids, qui débute à partir du seuil IOTF-30.

Les courbes et la définition du surpoids et de l'obésité sont adaptées à toutes les origines ethniques.

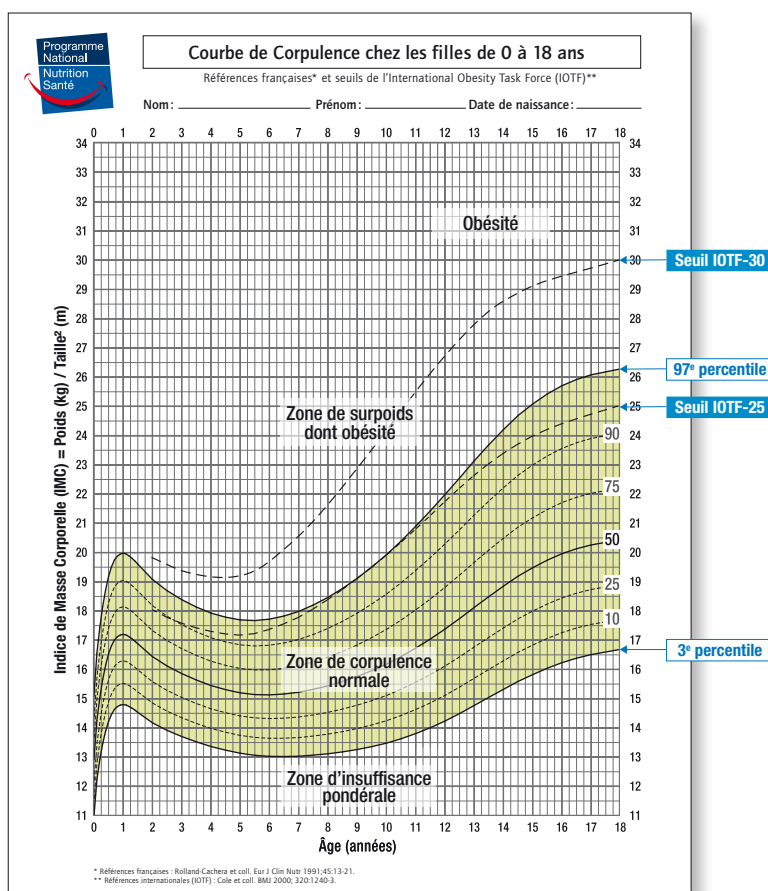


Illustration des définitions et seuils du surpoids et de l'obésité de l'enfant selon les courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique.

En pratique, pour disposer de courbes pour chaque enfant, il suffit, au choix :

- ▶ de photocopier les courbes fournies dans cette pochette⁽⁷⁾ ;
- ▶ de les télécharger sur le site Internet de l'Inpes⁽⁸⁾ ou celui du ministère de la Santé⁽⁹⁾ et de les imprimer ;
- ▶ d'utiliser le logiciel Calimco⁽¹⁰⁾, qui permet de construire les courbes automatiquement.

* Thibault H, Castetbon K, Rolland-Cachera MF, Girardet JP. Pourquoi et comment utiliser les nouvelles courbes de corpulence pour les enfants ? Arch Pediatr 2010;17:1709-15.

⁽⁷⁾ Toute reproduction à visée autre que pour un usage clinique doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la direction générale de la santé propriétaire des courbes déposées à l'INPI (Institut national de la propriété industrielle).

⁽⁸⁾ www.inpes.sante.fr

⁽⁹⁾ www.sante.gouv.fr, thème « Nutrition ».

⁽¹⁰⁾ www.sante.gouv.fr, thème « Nutrition ».

❖ Variations physiologiques de la corpulence et rebond d'adiposité

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, la corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à 6 ans, puis croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance.

La remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans s'appelle le **rebond d'adiposité**.

L'**âge de survenue du rebond d'adiposité** est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Il s'agit de l'âge auquel la courbe d'IMC est à son niveau le plus bas. Plus le rebond est précoce (avant 5-6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé.

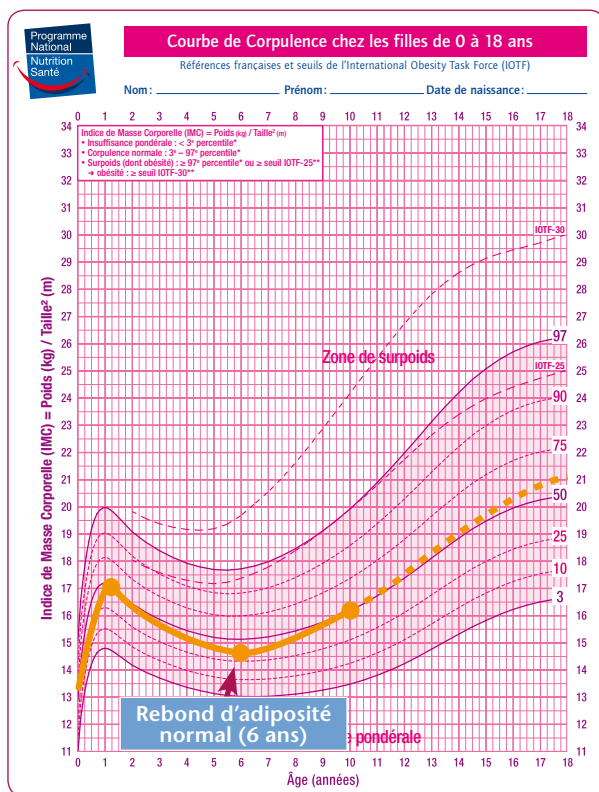


Figure a : cas d'un rebond d'adiposité normal (6 ans).
Depuis la naissance, l'IMC de cette petite fille est voisin de la moyenne.

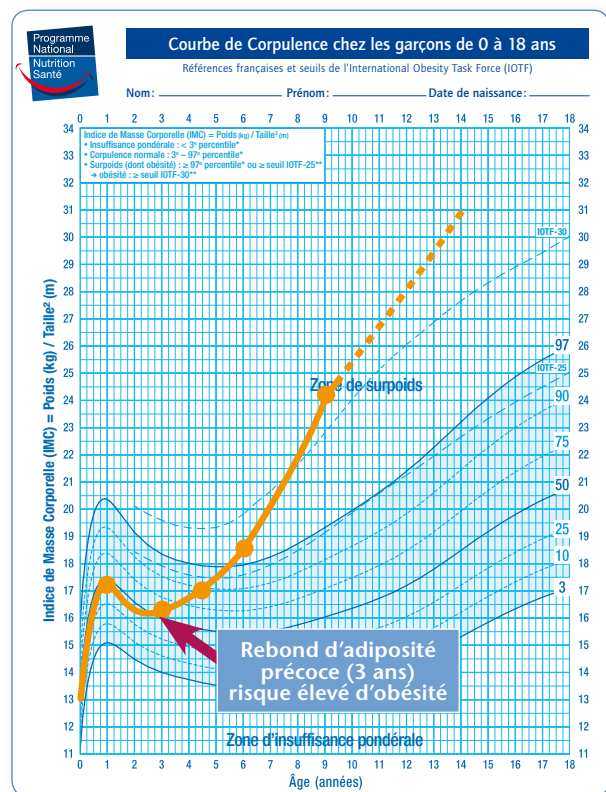


Figure b : cas d'un rebond d'adiposité précoce (3 ans).
L'allure de la courbe dès l'âge de 4-5 ans montre un risque d'évolution vers un surpoids et une obésité.

❖ Tracer les courbes de corpulence pour un dépistage précoce des enfants en surpoids, obèses ou risquant de le devenir

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

Lorsqu'ils sont utilisés à chaque consultation, le disque et la courbe de référence permettent de suivre l'évolution de la corpulence de l'enfant afin d'identifier les enfants en surpoids, obèses ou à risque de le devenir. L'obésité des parents est un facteur de risque à prendre en compte.

Vers l'âge de 6 ans, les enfants de corpulence normale paraissant très minces, l'impression clinique peut être trompeuse. Ainsi, l'excès pondéral des enfants dont l'IMC se rapproche du 97^e percentile peut ne pas paraître évident cliniquement si la courbe de corpulence n'est pas tracée.

- ▶ Plus le rebond d'adiposité est précoce (avant 5-6 ans), plus le risque d'obésité est important.
- ▶ À tout âge, un changement de « couloir » de percentile vers le haut est un signe d'alerte.
- ▶ Lorsque l'IMC est supérieur au 97^e percentile des courbes de référence françaises, l'enfant est en surpoids.
- ▶ Lorsque l'IMC est supérieur au seuil IOTF-30, l'enfant est obèse.

Situations pratiques

❖ Exemples de courbes rassurantes

Description des cas et commentaires

Cas 1

Adolescente de 14 ans, IMC dans la partie supérieure de la zone normale (90^e percentile), âge du rebond normal (6 ans), croissance évoluant régulièrement dans le même couloir (90^e percentile).

Elle se trouve trop ronde, fait part des « régimes » qu'elle a déjà essayés et demande une aide pour perdre du poids.

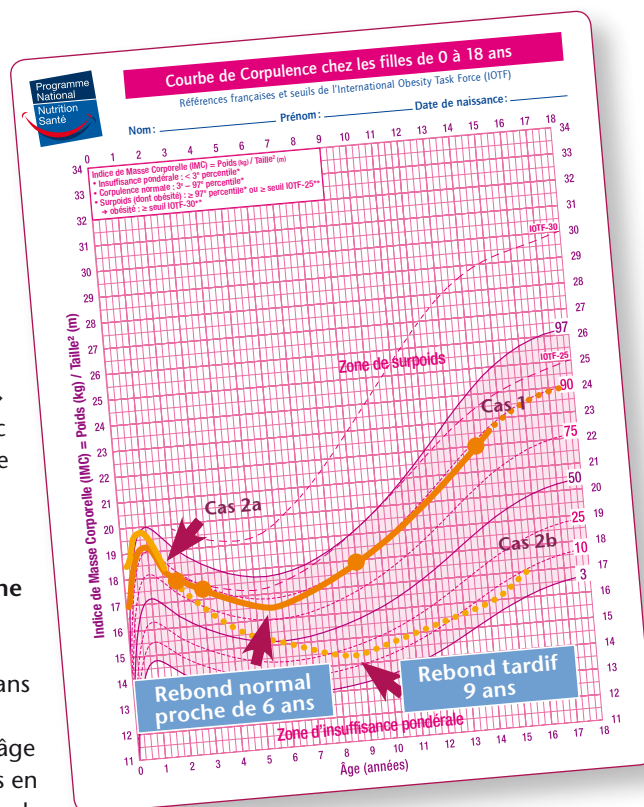
- ▶ Être à l'écoute et prendre en compte la demande, laquelle peut refléter une autre difficulté (image de soi...).
- ▶ Expliquer, par l'intermédiaire de l'IMC et de la courbe, que le poids est tout à fait normal sur le plan de la santé et qu'il n'y a pas lieu de mettre en place de « régime » particulier autre qu'une alimentation en adéquation avec les recommandations du PNNS et une activité physique régulière.

Cas 2

Fillette de 18 mois, IMC dans la partie supérieure de la zone normale.

Inquiétude des parents et de l'entourage de l'enfant (cas 2a).

- ▶ La majorité des enfants qui sont potelés à l'âge de 1 ou 2 ans ne seront pas en surpoids ultérieurement.
- ▶ Tracer la courbe et surveiller son évolution (notamment l'âge de survenue du rebond) va permettre de rassurer les parents en expliquant que leur enfant est toujours dans la zone normale de l'IMC qui, par ailleurs, a amorcé la descente physiologiquement attendue à cet âge.
- ▶ Dans cet exemple, où le rebond surviendra tardivement (9 ans), l'enfant sera plutôt mince à l'adolescence (cas 2b).



Exemples de courbes avec signes d'alerte : rebond précoce – changement de couloir

Description des cas

Cas 3

Enfant de 6 ans 1/2, IMC situé dans la zone normale s'approchant du 97^e percentile, rebond à 3 ans (précoce).

- ▶ À l'inspection clinique, l'enfant ne paraît pas être « trop gros ».
- ▶ Expliquer aux parents la signification du rebond d'adiposité et la nécessité de faire le point sur le mode de vie de l'enfant (activité physique, sédentarité, sommeil, alimentation) afin de prévenir l'installation d'un excès de poids.

Cas 4

Enfant de 11 ans présentant un changement de « couloir » vers le haut avec passage du 50^e au 97^e percentile de la courbe d'IMC en quelques années.

- ▶ Le changement de couloir de corpulence doit faire rechercher les facteurs (comportementaux, psychologiques, familiaux, médicaux) ayant conduit à ce changement.

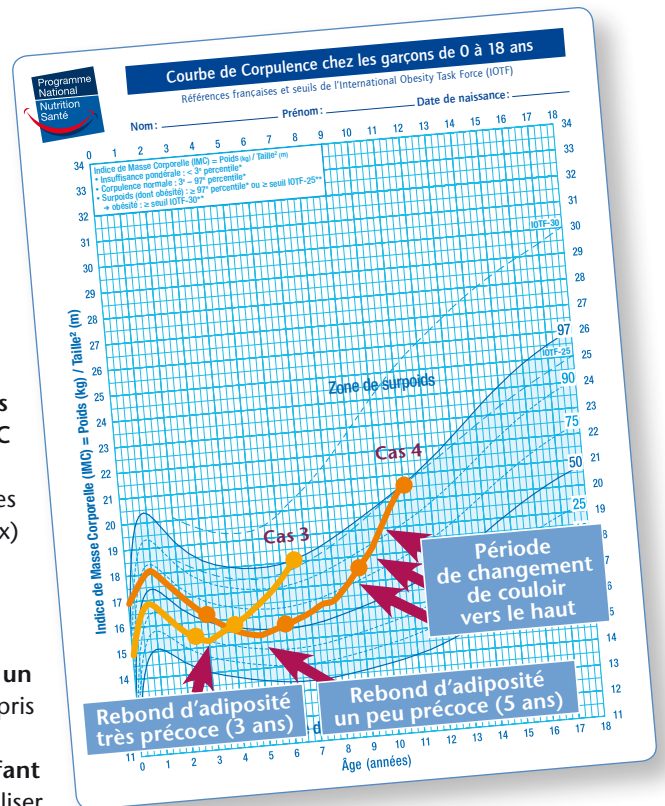
Commentaires

- ▶ Il existe dans ces deux cas un **risque de voir se développer un surpoids**, ce dont ni l'enfant ni les parents n'ont peut-être pris conscience.
- ▶ **Tracer la courbe de corpulence et la commenter devant l'enfant et ses parents** permet d'expliquer l'intérêt de chercher à stabiliser sa corpulence pour **éviter de voir se développer un surpoids voire une obésité**.
- ▶ Des **mesures simples de prévention** pourront éviter cette évolution vers un excès de poids qui serait beaucoup plus difficile à prendre en charge.
- ▶ L'objectif n'est pas de mettre l'enfant au régime pour le faire maigrir mais d'interrompre l'évolution ascendante de la courbe d'IMC, en ralentissant pendant quelque temps la prise de poids de l'enfant.

En pratique

Dans cette perspective, il faut :

- ▶ **sensibiliser** parents et enfant, à l'aide des courbes dont l'aspect dynamique (rebond précoce, croisement des couloirs vers le haut) sera bien montré ;
- ▶ **mobiliser les parents** en veillant à ne pas les choquer ni les effrayer ;
- ▶ **faire le point** sur les habitudes de vie avec l'enfant et sa famille (activité physique, sédentarité, alimentation, sommeil) ;
- ▶ les amener à repérer ce qui a pu conduire à cette évolution de la courbe, les ressources sur lesquelles ils pourront s'appuyer et les éléments qu'ils pourront modifier, puis **définir ensemble les ajustements à apporter** ;
- ▶ soutenir et accompagner les parents dans leurs démarches éducatives ;
- ▶ proposer d'emblée un rendez-vous ultérieur et le programmer à l'avance ;
- ▶ continuer à **suivre l'évolution de la courbe** de l'enfant à chaque consultation et **persévérer dans l'accompagnement**.



Exemples de courbes d'enfants présentant un surpoids ou une obésité

Description des cas

Cas 5

Enfant de 10 ans présentant un surpoids (IMC supérieur au 97^e percentile), venant consulter pour la première fois pour ce problème.

- ▶ Surpoids récent pour lequel, si l'enfant est motivé et soutenu par son entourage, une prise en charge adaptée peut aboutir à de bons résultats.
- ▶ Rétrospectivement: le **rebond précoce** aurait pu être repéré auparavant, environ 1 an après le décrochage de la courbe.

Cas 6

Enfant de 3 ans présentant une obésité (IMC supérieur au seuil IOTF-30) dans un contexte d'obésité familiale.

- ▶ L'IMC de cet enfant suit le 97^e percentile jusqu'à 1 an, entame un décrochage vers le haut avec installation d'un surpoids puis d'une obésité au lieu de diminuer de manière physiologique jusqu'à 6 ans, âge moyen du rebond. Dans ce cas (courbe ascendante dès la naissance), on peut considérer que le rebond a été très précoce (âge du rebond ≤ 1 an). Cette allure de courbe doit faire éliminer une obésité secondaire.
- ▶ L'obésité de cet enfant risque de s'aggraver au cours de la croissance et d'être ensuite très difficile à prendre en charge. Une prise en charge précoce pourra permettre d'éviter l'aggravation.

Cas 7

Enfant de 13 ans présentant une obésité (IMC supérieur au seuil IOTF-30), ayant déjà fait plusieurs régimes suivis de reprises pondérales.

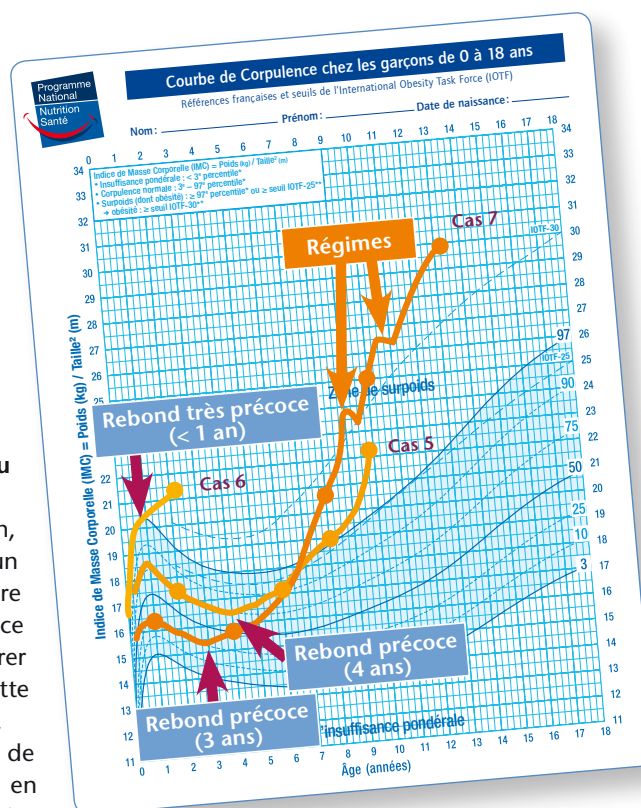
- ▶ Il s'agit d'une situation complexe dont la prise en charge sera probablement longue et difficile.

Commentaires

- ▶ Dans ces trois cas, **il est primordial d'orienter le plus rapidement possible vers une prise en charge adaptée**⁽¹¹⁾.

En pratique

- ▶ L'objectif est de permettre la modification à moyen et long termes des habitudes et du mode de vie de l'enfant et de sa famille, en proposant une prise en charge basée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Cette prise en charge concernera l'alimentation et l'activité physique, en tenant compte des aspects psychologiques, éducatifs et sociaux.
- ▶ La prise en charge sera adaptée à chaque situation; elle s'inscrira dans la durée et un suivi régulier sera mis en place sous la responsabilité du médecin habituel de l'enfant en concertation avec les autres professionnels de proximité concernés. Elle pourra faire appel à des structures spécialisées et multidisciplinaires⁽¹²⁾ et s'accompagner, si nécessaire, d'un suivi spécialisé (diététique, psychologique, activité physique).
- ▶ Le plus souvent, l'objectif sera de tendre à stabiliser le poids pendant que la croissance se poursuit, ce qui aura pour conséquence une stabilisation ou une diminution de l'IMC.
- ▶ Pour être efficace, **cette prise en charge basée sur la confiance** devra :
 - obtenir l'adhésion de l'enfant et de sa famille;
 - associer l'entourage de l'enfant (famille, école...);
 - prendre en compte les contraintes environnementales (habitudes familiales, mode de vie...);
 - prendre en compte l'héritage culturel et les représentations familiales;
 - veiller à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser l'enfant ou ses parents;
 - se poursuivre avec persévérance par un accompagnement continu à long terme.



⁽¹¹⁾ Voir à ce sujet les recommandations HAS 2011 « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent », disponibles sur www.has-sante.fr.

⁽¹²⁾ Idéalement, la prise en charge doit pouvoir se faire dans le cadre de réseaux ville-hôpital de prévention et de prise en charge de l'obésité de l'enfant lorsqu'ils existent dans la région.

Corpulence, alimentation et activité physique : commencer par faire le point

La prise en charge prend en compte les principes de l'éducation thérapeutique. Il est donc important de faire un bilan, en collaboration avec l'enfant et sa famille, autour des questions suivantes : Qui est-il ? Que fait-il ? Que sait-il ? Que croit-il ? Que ressent-il ? Quel est son projet ? Quelle est sa demande ?

Sont à explorer :

- ▶ le contexte socio-économique dans lequel évolue l'enfant ;
- ▶ les conditions de vie de ce dernier au sein de sa famille et de son entourage ;
- ▶ les connaissances, représentations et ressenti de l'enfant et de sa famille.

Cette approche doit inclure :

- ▶ la reconnaissance du rôle des facteurs environnementaux (et notamment de l'entourage familial : parents, grands-parents, fratrie) ;
- ▶ l'identification des attentes de l'enfant ;
- ▶ l'évaluation de ses compétences dans la pratique de l'exercice physique, dans l'alimentation, etc. et des compétences d'adaptation qui les soutiennent (avoir confiance en soi, prendre des décisions, se fixer des buts et faire des choix, etc.) ;
- ▶ l'appréciation de sa motivation et de celle de sa famille à apporter des changements à leur mode de vie.

Pour vous y aider, voici quelques exemples de questions à adapter en fonction de l'âge et de la situation particulière de chaque enfant en évitant un « interrogatoire » qui pourrait être perçu comme intrusif.

❖ Explorer la représentation qu'a l'enfant de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents

Aux parents

- Que pensez-vous de la corpulence de votre enfant ?
- A-t-il eu des réflexions de son entourage à ce sujet ?

À l'enfant

- Comment te trouves-tu ?
- Est-ce que ton poids te pose un problème ?

❖ Faire le point sur l'activité physique quotidienne, l'activité de loisirs et l'activité sportive régulière

- ▶ Explorer les relations de l'enfant et de sa famille avec l'activité physique.
- ▶ Évaluer le niveau d'activité physique de l'enfant pour y adapter les recommandations.

Aux parents

- Aimez-vous faire du sport ? En faites-vous régulièrement ? Et votre conjoint ?
- Faites-vous tous les jours ou régulièrement une activité physique : marche à pied, vélo, etc. ?
- La télévision est-elle souvent allumée à la maison ?
- Pratiquez-vous des activités physiques avec votre enfant (ballon, piscine, vélo, promenades) ?
- Vous consacrez-vous à des activités de bricolage ou de jardinage auxquelles vous pourriez l'initier ?
- Votre enfant est-il associé aux activités ménagères (ménage de sa chambre...) ?

À l'enfant

- Quels sont les jeux que tu préfères à la maison ? Quand tu es seul ? Avec les copains ?
- Joues-tu souvent dehors avec tes copains ou avec ta famille ? À quoi ?
- Comment te rends-tu à l'école ?
- Combien d'heures par jour passes-tu devant un écran de télé, d'ordinateur ou une console de jeux ?
- Préfères-tu 1 heure de basket/foot... ou 1 heure de télé/console de jeux ?
- Quels sports pratiques-tu à l'école ? Est-ce que ça te plaît ?
- En dehors de l'école, fais-tu du sport ?

❖ Faire le point sur les habitudes alimentaires

- Explorer les relations de l'enfant et de sa famille avec l'alimentation.
- Faire une estimation quantitative et qualitative de l'alimentation de l'enfant pour l'aider à repérer les éléments positifs à renforcer et ceux qui pourront être modifiés.
- Identifier ses goûts et préférences alimentaires.
- Interroger l'enfant sur sa perception des sensations de faim et de satiété et sur le rôle qu'elles jouent dans les prises alimentaires.

Aux parents

- Vous considérez-vous comme une famille de bons mangeurs, de gourmands, de gourmets ?
- L'alimentation de votre enfant est-elle un sujet de dispute ?
- Est-ce que les membres de la famille mangent souvent ensemble ?
- Consommez-vous régulièrement des fruits et des légumes à la maison ? À chaque repas ?
- Y a-t-il souvent dans les placards des biscuits, chocolats, sodas, etc. ?
- Aimez-vous cuisiner ? Cuisinez-vous souvent ?
- Quels types de plats proposez-vous souvent ?

À l'enfant

- Qu'aimes-tu manger ?
Lui proposer de lister ses aliments préférés et détestés.
- Manges-tu à la cantine ?
- Que manges-tu au petit-déjeuner ?
- Où goûtes-tu ? Seul ? Que manges-tu au goûter ?
- Manges-tu souvent entre les repas ? Quels aliments ? Sais-tu pourquoi tu manges à ces moments-là (faim, gourmandise, ennui, tristesse...) ?
- Aimes-tu les légumes ? En manges-tu beaucoup ?
- Qu'est-ce que tu bois le plus souvent ? Combien de boissons sucrées bois-tu par jour ?
- À ton avis, qu'est-ce qu'une alimentation bonne pour ta santé ?
- Comment décrirais-tu la sensation de faim ? Et celle d'être rassasié ?

Importance de la relation patient-soignant

Informier et expliquer, ça ne suffit pas

Modifier les apports alimentaires et développer les activités physiques de l'enfant : ces deux prescriptions peuvent paraître simples. Cependant, l'information seule ne suffit pas pour que l'enfant et sa famille choisissent d'abandonner leurs habitudes antérieures au profit de comportements quotidiens propices à une évolution favorable de l'IMC.

C'est pourquoi « *la place du médecin est davantage du domaine de la coopération empathique que de la prescription magistrale** » : il s'agit de donner aux parents et/ou à l'enfant la possibilité de faire des choix, de proposer des solutions et de maîtriser les décisions en s'appuyant sur la démarche d'éducation thérapeutique du patient.

Instaurer un climat de confiance pour ouvrir un dialogue serein

Souvent, la question du poids de l'enfant ne sera pas abordée spontanément par les parents ou par l'enfant, soit parce que cela ne les préoccupe pas, soit parce qu'ils estiment que ce n'est pas du ressort du médecin, ou encore parce qu'ils ont peur d'un jugement ou d'une réaction trop dogmatique de sa part. En outre, interrogés sur l'alimentation et l'activité physique de leur enfant, certains parents peuvent se sentir jugés ou remis en cause.

* Baclet N., Cornet P., Douilly V., Eraldi-Gackiere D., Gross P., Roques M. Obésité, accompagner pour soigner. Doin éditeurs, coll. Conduites, Paris 2002, 204 p.

Pour en savoir plus

❖ Bibliographie

- ▶ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie. *Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée*. Paris : ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, novembre 2008 : 75 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf
- ▶ Franks P.W. et al. *Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death*. N Engl J Med 2010; 362(6):485-93.
- ▶ Frelut M.-L. *Obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Elsevier Masson SAS, Paris, Pédiatrie, 4-002-L-30, 2009.
- ▶ Haute autorité de santé. *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Recommandation pour la pratique clinique, septembre 2011. www.has-sante.fr.
- ▶ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Repères pour votre pratique - Surpoids de l'enfant, le dépister et en parler précocement*. Ministère de la santé, Inpes 2011.
- ▶ Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*. Paris : Éditions Inserm, 2000 : 325 p.
- ▶ Rolland-Cachera M.-F. et al. *Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years*. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.
- ▶ Rolland-Cachera M.-F. et al. *Body mass index in 7-9-y-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness*. Int J Obes Relat Med Disord 2002;26(12):1610-6.
- ▶ Rolland-Cachera M.-F. et al. *Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults*. Int J Obesity 2006;30(suppl 4):S11-S17.
- ▶ Rolland-Cachera M.-F. et al. *Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use*. Int J Obesity 2011;6(5-6):325-31.
- ▶ Salanave B. et al. *Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007*. Int J Pediatr Obes 2009;4(2):66-72.
- ▶ Thibault H. et al. *Critères de repérage précoce des enfants à risque de développer un surpoids*. Arch Ped 2010;17:466-473.
- ▶ Thibault H. et al. *Pourquoi et comment utiliser les nouvelles courbes de corpulence pour les enfants ?* Arch Pediatr 2010;17(12):1709-15.
- ▶ Whitaker R.C. et al. *Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity*. N Engl J Med 1997; 337(13):869-73.

❖ Sites Internet

www.mangerbouger.fr

www.sante.gouv.fr, thème « Nutrition »

www.inpes.sante.fr

www.has-sante.fr

www.sfpediatrie.com

www.apop-france.com

Remerciements au groupe de travail :

Première édition en 2003. La présente édition a été réactualisée en 2011 par Arielle le Masne, Isabelle Vincent, Paule Deutsch, Marie-José Moquet (Inpes) et le Dr Hélène Thibault (CHU de Bordeaux ISPED Université de Bordeaux 2 et Répop Aquitaine), en collaboration notamment avec Mmes Rolland-Cachera et Castetbon et les Dr Cornet, Girardet, Treppoz et Nègre.

