1er Congrès national de médecine de première ligne

13èmes Journées de Santé de Base de Mahdia

Pathologies pédiatriques : actualités

Surpoids et obésité de l’enfant et de l’adolescent(e)

Du dépistage à la prise en charge graduée



Dr Om Kolthoum SALLEM

Maître de conférences agrégée

Nutrition et Maladies Nutritionnelles

EPS Fattouma Bourguiba — Monastir

Objectifs et fil conducteur

DIAGNOSTIQUER

Définir les seuils adaptés à l'âge et au sexe ; analyser la dynamique de l'IMC.

ÉVALUER

Rechercher les complications et les causes rares ; identifier les vulnérabilités.

PHÉNOTYPER

Graduation selon l'obésité, les comorbidités et le contexte de l'enfant.

AGIR & PRÉVENIR

Soins familiaux multidimensionnels ; traitements ciblés ; prévention populationnelle.

Définition : une maladie chronique, complexe et récidivante

- Accumulation excessive de tissu adipeux susceptible d’altérer la santé et le fonctionnement.
- Interaction entre susceptibilité biologique, régulation neuroendocrine, environnement alimentaire, déterminants sociaux et habitudes de vie.
- La corpulence (IMC) est un outil de repérage ; elle ne résume ni l’adiposité, ni le retentissement, ni la complexité clinique.
- Prise en soins longitudinale, individualisée, respectueuse de la croissance et sans stigmatisation.

DÉFINITION

OMS. Obésité et surpoids, 7 octobre 2026 ; OMS. Q&R obésité infantile, 8 septembre 2026.

Deux références pédiatriques : OMS et IOTF

OMS / WHO

Organisation mondiale de la Santé

Z-score (score standardisé)

Nombre d'écarts-types par rapport à la référence de croissance, selon l'âge et le sexe.

0–4 ans : poids/taille ;
5–19 ans : IMC/âge.

IOTF

International Obesity Task Force

Seuils IOTF 25 / 30 / 35

Courbes d'IMC spécifiques de l'âge et du sexe, raccordées à 18 ans aux IMC adultes 25, 30 et 35 kg/m².

Principalement de 2 à 18 ans.

À retenir : les seuils OMS et IOTF ne sont pas interchangeables ; préciser le référentiel utilisé.

DÉFINITION

OMS : standards 2006 / référence 2007 ; Cole & Lobstein, Pediatr Obes 2012 ; Commission européenne JRC, 2025.

OMS : définition par Z-scores selon l’âge

0 à moins de 5 ans

Indicateur : poids/pour taille
(courbes OMS 2006)

Surpoids : > +2 DS

Obésité : > +3 DS

Entre +1 et +2 DS : signal de risque de surpoids, sans l’assimiler au surpoids.

5 à 19 ans

Indicateur : IMC/pour âge
(référence OMS 2007)

Surpoids : > +1 DS

Obésité : > +2 DS

IMC = poids (kg) / taille² (m²). Le Z-score n’est pas un IMC absolu.

DS = déviation standard (écart-type) ; score Z : position standardisée sur la courbe OMS.

DÉFINITION

OMS, Child Growth Standards 2006 ; Growth Reference 2007 ; JRC European Commission, 2025.

IOTF : seuils internationaux d’IMC pédiatrique

International Obesity Task Force (IOTF)

Âges de 2 à 18 ans : courbes d’IMC spécifiques du sexe et de l’âge.

SURPOIDS	**IOTF 25**	Courbe rejoignant un IMC adulte de 25 à 18 ans
OBÉSITÉ	**IOTF 30**	Courbe rejoignant un IMC adulte de 30 à 18 ans
OBÉSITÉ SÉVÈRE	**IOTF 35**	Seuil étendu rejoignant un IMC adulte de 35 à 18 ans

25, 30 ou 35 ne sont PAS des seuils fixes d’IMC chez l’enfant ; ils définissent les courbes IOTF.

DÉFINITION

Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) BMI cut-offs. Pediatr Obes. 2012;7:284–294.

OMS ou IOTF : quelle fiabilité en pratique ?

OMS — Z-scores

POINTS FORTS

- Standard international de croissance.
- Disponible dès la naissance.
- Suit l'évolution en score Z.
- Cohérent avec les enquêtes OMS / JME.

LIMITE : l'IMC reste un indicateur indirect d'adiposité.

IOTF — IMC par âge/sexe

POINTS FORTS

- Standard international reconnu.
- Continuité avec les seuils adultes à 18 ans.
- Utile dans les parcours IOTF / HAS.
- Bonne comparabilité si méthode identique.

LIMITE : peut classer moins d'enfants obèses que l'OMS.

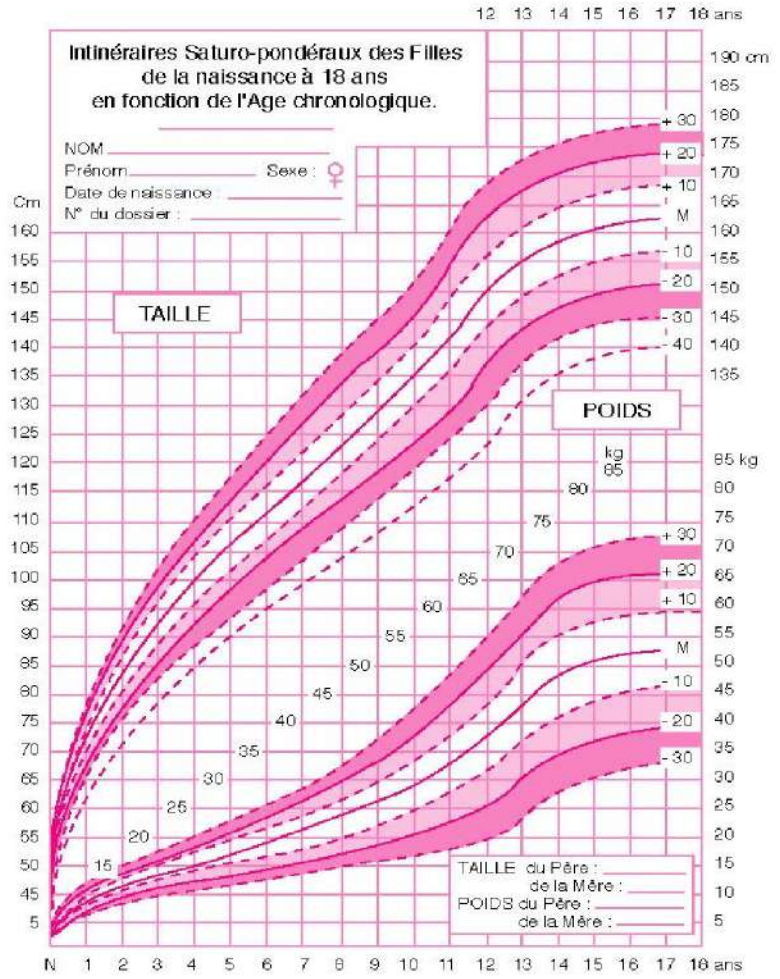
FIABILITÉ : pas de « meilleur » seuil universel

Ni OMS ni IOTF ne sont un test de référence de la masse grasse ou du risque cardio-métabolique. Les différences de classification dépendent des populations et des seuils.

DÉFINITION

JRC, Commission européenne (2025) ; Santé Canada, guide CCHS ; World Obesity Atlas 2026, p. 4.

Lire la courbe : exemple de références de corpulence



L'interprétation est dynamique

- Reporter l'IMC à chaque visite sur les courbes âge/sexe.
- Documenter le rebond d'adiposité et les changements de couloir.
- Croiser les courbes IMC, taille et vitesse de croissance.

Illustration issue du support pédagogique original « PEC de l'obésité de l'enfant ».

DÉFINITION

En première ligne : quel référentiel choisir ?

01 MESURER

Poids, taille ; calcul de l'IMC et vérification des mesures.

02 CHOISIR

< 5 ans : OMS 2006. 5–19 ans : OMS 2007, ou IOTF si courbe locale utilisée.

03 TRACER

Reporter la courbe selon sexe et âge, documenter le référentiel.

04 INTERPRÉTER

Regarder la trajectoire, la croissance staturale et les comorbidités.

Conseil pratique : maintenir le même référentiel pour le suivi ; adresser si trajectoire rapide, comorbidités ou signes de cause rare.

OMS 2006/2007 ; HAS, parcours de soins de l'enfant, 2022–2023 ; JRC, 2025.

Épidémiologie mondiale : les chiffres de référence

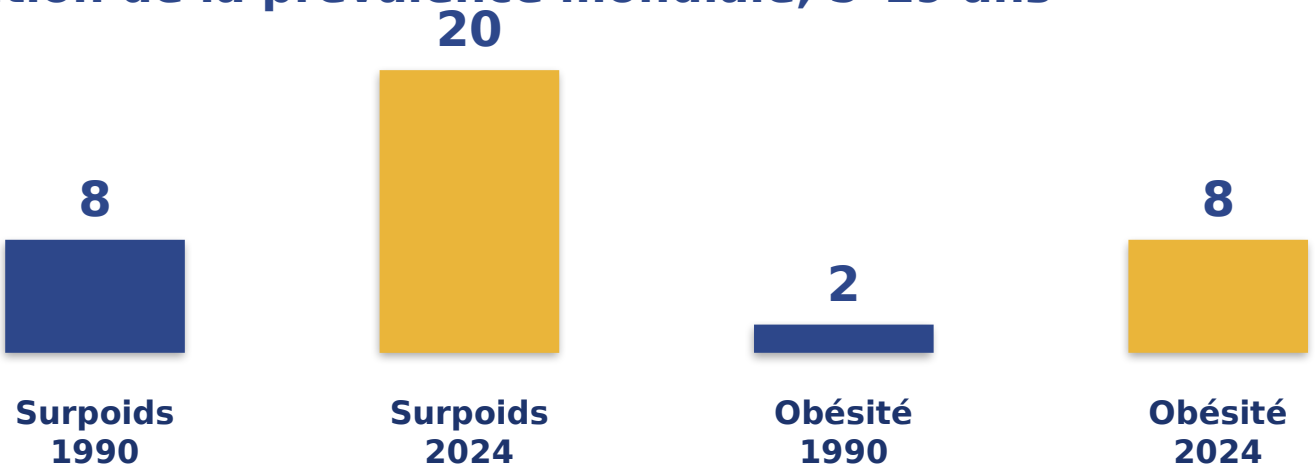
400 MILLIONS

d’enfants et adolescents de 5–19 ans en surpoids en 2024 (obésité comprise).

170 MILLIONS

âgés de 5–19 ans vivent avec une obésité en 2024.

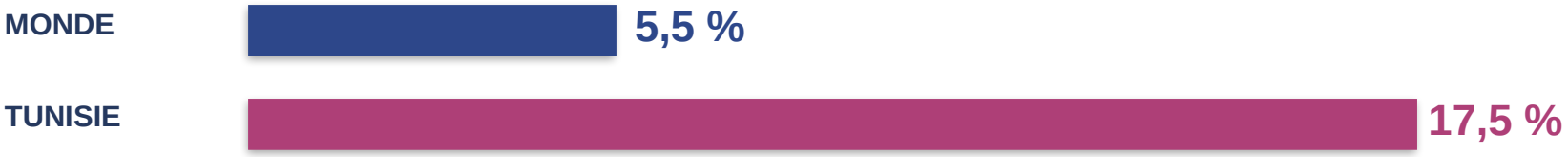
Évolution de la prévalence mondiale, 5–19 ans



OMS. Obésité et surpoids, 7 octobre 2026 ; OMS. Q&R obésité infantile, 8 septembre 2026.

Tunisie–Monde : des écarts épidémiologiques majeurs

Moins de 5 ans — SURPOIDS



2024 · poids/taille > +2 DS (normes OMS) · Tunisie ≈ 3,2 fois la moyenne mondiale

5–19 ans — OBÉSITÉ



2022 · IMC/âge > +2 DS (référence OMS) · Tunisie ≈ 1,5 fois la moyenne mondiale

Comparaisons homogènes par tranche d'âge, année et définition ; estimations, non enquêtes cliniques exhaustives.

JME/OMS, 2024 ; WOF Atlas 2026, p. 26 ; OMS GHO Tunisie, 2022 ; OMS Obesity, données 2022.

Tunisie : des pourcentages aux effectifs concernés

887 000

enfants et adolescents tunisiens de 5–19 ans en surpoids ou vivant avec une obésité, en 2025

282 000

Enfants de 5–9 ans

Surpoids ou obésité, estimation 2025.

605 000

Jeunes de 10–19 ans

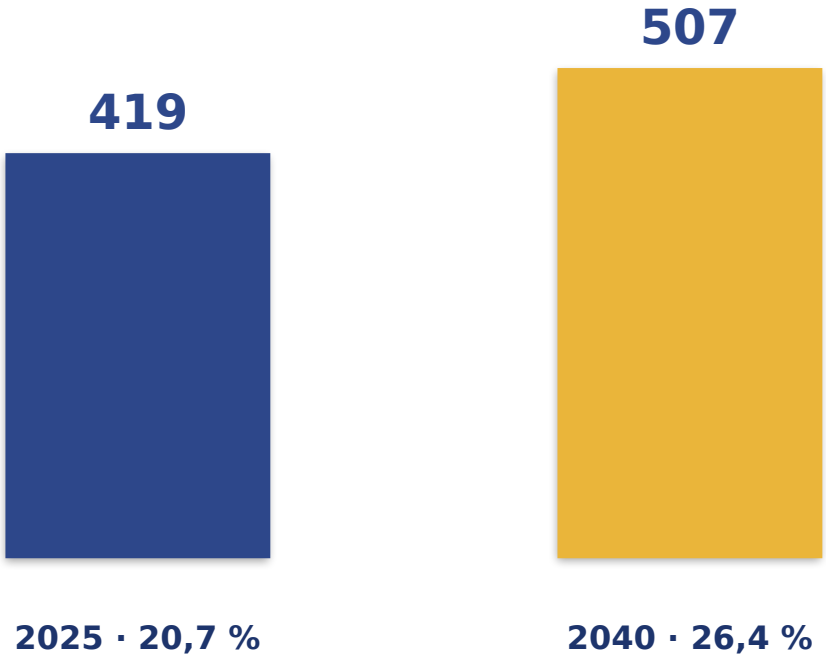
Surpoids ou obésité, estimation 2025.

Ces effectifs incluent le surpoids ET l'obésité : ils ne signifient pas 887 000 cas d'obésité seule.

World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2026, profil Tunisie p. 251. Estimations modélisées.

Projections à 2040 : une pression sanitaire croissante

Monde — 5–19 ans en surpoids ou obèses (millions ; %)



TUNISIE

887 000 (surpoids + obésité), 2025.

RETENTISSEMENT

MASLD attribuable au haut IMC : 200 000 (2025) → 230 000 (2040).

ÉPIDÉMIOLOGIE

World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2026, pp. 34, 251.

Comprendre les mécanismes : du cerveau à l’environnement

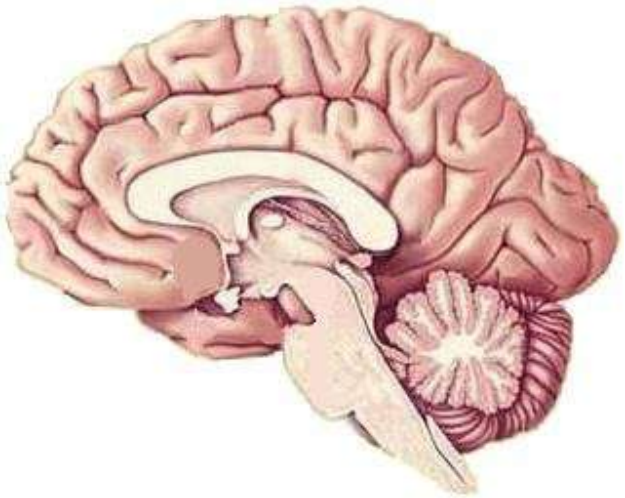


Illustration originale : contrôle central du poids

Neurobiologie

Faim, satiété, récompense ; régulation hypothalamique et voie leptine–mélanocortines.

Biologie du développement

Génétique polygénique, périodes prénatales, sommeil, puberté.

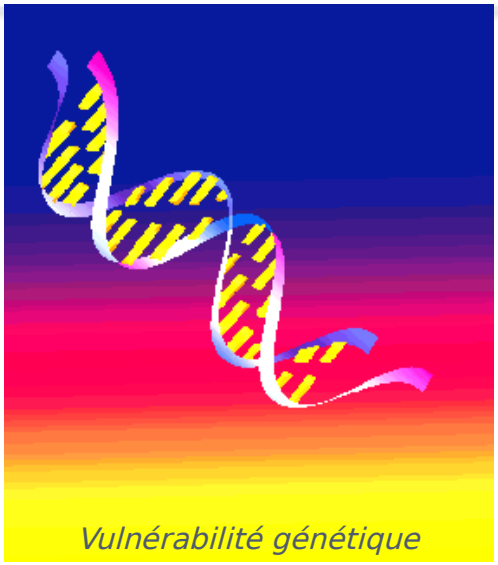
Environnement

Aliments énergétiquement denses, boissons sucrées, sédentarité, inégalités.

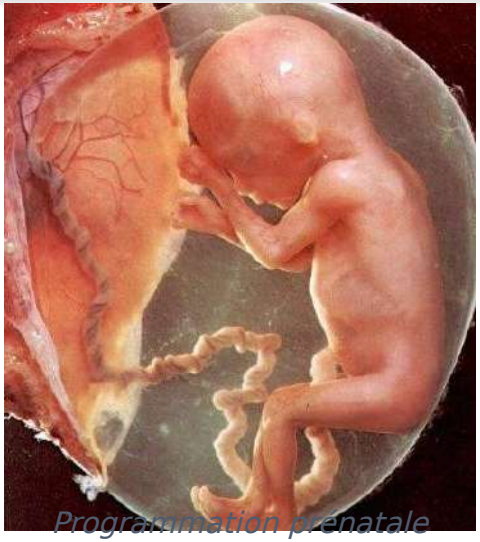
Une maladie multifactorielle : jamais réduire l’obésité à un manque de volonté.

OMS. Obésité et surpoids, 7 octobre 2026 ; OMS. Q&R obésité infantile, 8 septembre 2026.

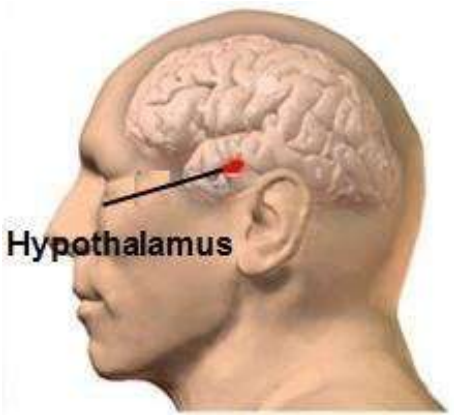
Facteurs précoces et trajectoire de vie



Vulnérabilité génétique



Programmation prénatale



Régulation hypothalamique

- Antécédents familiaux, diabète gestationnel, prise de poids maternelle et croissance postnatale accélérée.
- Environnements physiques et alimentaires ; facteurs psychosociaux, sommeil, traumatisme ou handicap.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l'enfant, 2022 (actualisé 2023).

Signaux d’alerte sur la trajectoire de corpulence

- Ascension rapide et persistante de l’IMC ; franchissements de couloirs de croissance.
- Rebond d’adiposité précoce (avant 5–6 ans, surtout < 3 ans).
- Obésité très précoce, hyperphagie intense, troubles neuro-développementaux : penser à une cause génétique.
- Prise de poids avec ralentissement statural : envisager une cause endocrinienne ou organique.

Une ascension rapide est un signal d’alerte, pas à elle seule le critère d’obésité.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Confirmer le diagnostic : un parcours structuré

01 MESURER

Poids, taille, IMC ; courbe âge/sexe.

02 CONTEXTUALISER

Histoire pondérale, croissance et puberté.

03 ÉVALUER

Comorbidités, santé psychique et facteurs sociaux.

04 ORIENTER

Niveau de complexité et lieu de soins.

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Anamnèse ciblée : les 6 dimensions clés

Histoire

Croissance, début du gain pondéral, traitements et événements de vie.

Famille

Obésité et maladies cardio-métaboliques, ressources du foyer.

Alimentation

Repas, satiété, boissons, compulsions, restrictions.

Activité

Activité physique, déplacements, capacités fonctionnelles.

Sommeil

Rythmes, écrans, ronflements, dette de sommeil.

Psycho-social

Harcèlement, bien-être, estime de soi, TCA, précarité.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Examen clinique complet : ne pas se limiter à l’IMC

Somatique

- TA (brassard adapté), FC, taille et vitesse staturale.
- Acanthosis, hépatomégalie, ronflement / SAOS.
- Douleurs de hanche ou du genou, marche, puberté.

Fonctionnel et psychique

- Dyspnée, aptitude à l’effort, sommeil.
- Image corporelle, humeur, TCA et stigmatisation.
- Scolarité, activité quotidienne, autonomie.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Bilan paraclinique : raisonné et individualisé

ÉVALUATION INITIALE

• Glycémie à jeun / HbA1c selon âge, sévérité et facteurs de risque.

• Bilan lipidique et ALAT : dépistage ciblé des comorbidités.

• Mesurer la pression artérielle selon les normes pédiatriques.

ÉVITER LES EXAMENS INUTILES

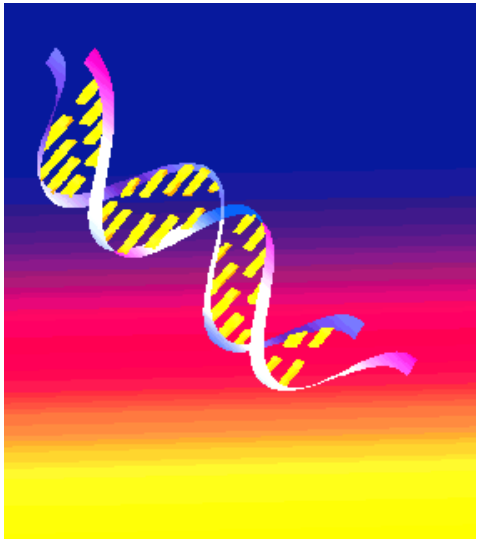
• Pas de bilan endocrinien systématique sans signe d’appel.

• Pas d’insulinémie ou HOMA en routine.

• HGPO si forte suspicion malgré glycémie/HbA1c non contributives.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Quand évoquer une étiologie rare ou secondaire ?



- Début avant 2–5 ans et hyperphagie sévère : atteinte monogénique possible.
- Dysmorphie, anomalies sensorielles, difficultés intellectuelles : syndrome génétique.
- Ralentissement de la croissance staturale : explorer l’axe endocrinien.
- Lésion hypothalamique ou prise médicamenteuse : rechercher une cause acquise.

Orienter les formes atypiques vers une expertise pédiatrique / génétique spécialisée.

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Complications : bilan de retentissement multidimensionnel

Métaboliques

DT2, dyslipidémie, HTA, insulino-résistance.

Hépatiques

MASLD, inflammation et risque de fibrose.

Respiratoires

SAOS, difficultés ventilatoires, asthme associé.

Ostéo-articulaires

Douleurs, épiphysiolyse, maladie de Blount.

Endocriniennes

SOPK et perturbations pubertaires.

Psycho-sociales

Dépression, harcèlement, isolement, qualité de vie.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Retentissement cardio-métabolique : que dépister ?

CLINIQUE

• HTA : mesurer à chaque examen, interpréter selon âge, taille et sexe.

• Résistance à l'insuline : acanthosis nigricans, acrochordons.

• Évaluation du risque familial et pubertaire.

BIOLOGIE

• Glycémie / HbA1c ; HGPO au cas par cas.

• Bilan lipidique : TG, HDL-c, LDL-c, non-HDL.

• Surveiller l'évolution après traitement.

COMPLICATIONS

Hampl SE et al. Pediatrics 2023;151:e2022060640.

Acanthosis nigricans : un signe clinique majeur



Illustration clinique du support original

À RETENIR

Aspect velouté et pigmenté des plis ; fréquemment associé à la résistance à l'insuline.

Ne pas utiliser l'insulinémie/HOMA en dépistage de routine.

COMPLICATIONS

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l'enfant, 2022 (actualisé 2023).

MASLD : une complication précoce souvent silencieuse

- ALAT adaptées à l’âge et au sexe, en particulier en présence d’obésité, DT2 ou facteurs de risque associés.
- Éliminer les autres causes d’élévation des transaminases ; ne pas assimiler toute ALAT élevée à une MASLD.
- Échographie et évaluation spécialisée selon le contexte ; la fibrose nécessite une approche pédiatrique adaptée.
- Traitement centré sur la santé métabolique et la prise en charge globale.

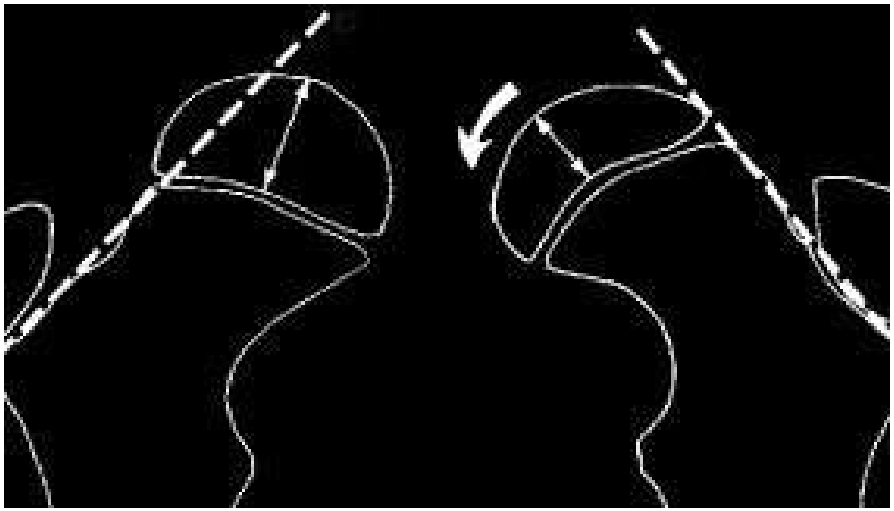
COMPLICATIONS

Hampl SE et al. Pediatrics 2023;151:e2022060640.

Complications orthopédiques : reconnaître l’urgence



Genu valgum : illustration originale



SIGNES D’ALERTE

Boiterie, douleur de hanche ou de genou, limitation de rotation interne : avis orthopédique urgent.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Retentissement respiratoire et neurologique

Respiratoire

- Ronflements réguliers, pauses respiratoires : évoquer le SAOS.
- Somnolence, difficultés de concentration et fatigue.
- Indiquer une exploration du sommeil selon les signes.

Autres complications

- HTIC idiopathique : céphalées, troubles visuels, papilloedème.
- SOPK à l’adolescence : troubles des cycles, hyperandrogénie.
- Symptômes d’asthme et gêne à l’effort : prise en charge adaptée.

COMPLICATIONS

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Bien-être et santé mentale : un objectif thérapeutique

- Identifier précocement l’anxiété, la dépression et les troubles des conduites alimentaires.
- Interroger l’enfant sur le harcèlement, les discriminations et l’image corporelle.
- Éviter les formulations culpabilisantes ; demander l’autorisation de discuter du poids.
- S’appuyer sur le psychologue / pédopsychiatre dès qu’un retentissement est présent.

Mesurer le succès par la santé, la qualité de vie et les capacités — pas seulement par le poids.

COMPLICATIONS

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Pourquoi phénotyper selon la complexité ?

- La sévérité de l’obésité ne reflète pas à elle seule les besoins de soins.
- Combiner intensité pondérale, comorbidités, développement, vécu psychique, facteurs familiaux et sociaux.
- Le niveau de complexité oriente vers l’intensité de soins et l’équipe adaptée.

Le bon enfant, au bon niveau de soins, au bon moment — parcours évolutif.

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Évaluation multidimensionnelle : les composantes

CORPORELLE

IMC / IOTF, évolution rapide, taille.

CLINIQUE

HTA, MASLD, DT2, SAOS, handicap.

PSYCHOLOGIQUE

TCA, souffrance, échec, motivation.

SOCIALE

Précarité, contraintes, scolarité, soutien familial.

PHÉNOTYPAGE

Les trois niveaux de complexité : guide d'orientation

NIVEAU 1

SURPOIDS

IOTF 25–30 ; absence de facteur majeur de complexité.

Médecin de 1er recours et famille.

NIVEAU 2

OBÉSITÉ MODÉRÉE

En général IOTF 30–35 ; situations nécessitant un suivi pluriprofessionnel.

Coordination pédiatrique / nutrition.

NIVEAU 3

OBÉSITÉ SÉVÈRE OU COMPLEXE

IOTF >35, comorbidités majeures ou vulnérabilités / échecs.

Centre expert spécialisé.

Les frontières sont fonctionnelles : un critère majeur de gravité peut justifier un niveau supérieur.

PHÉNOTYPAGE

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l'enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

La complexité n’est pas uniquement une catégorie d’IMC

CRITÈRES D’INTENSIFICATION

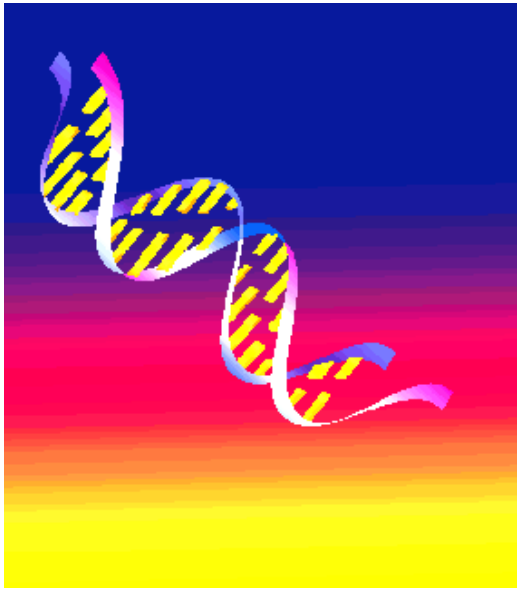
- Comorbidité sévère ou rapidement évolutive.
- Cause rare ou forme hypothalamique.
- Souffrance psychique / TCA.
- Handicap / vulnérabilité sociale majeure.
- Échecs de suivis précédents.

CONSÉQUENCES PRATIQUES

- Parcours personnalisé.
- Accès diététicien, psychologue, APA, kinésithérapeute.
- Coordination ville–hôpital.
- Transition vers les soins adultes.

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Obésités génétiques rares : quand et pourquoi explorer ?



- Obésité d’apparition très précoce et hyperphagie disproportionnée.
- Syndromes (Prader–Willi, Bardet–Biedl) ou défaut de la voie leptine–mélanocortines.
- Avis spécialisé, évaluation génétique ciblée, dépistage des complications spécifiques.
- Certaines formes peuvent bénéficier d’une thérapie ciblée (selon génotype et AMM).

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Prise en charge : un continuum de soins

NIVEAU 1

Conseil familial, suivi longitudinal, prévention des complications.

NIVEAU 2

Intervention structurée : nutrition, activité physique et accompagnement psycho-comportemental.

NIVEAU 3

Programme multidisciplinaire intensif ; traitements spécialisés si indiqués.

OMS. Prise en charge intégrée de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, 7 octobre 2026.

Objectifs thérapeutiques : santé et trajectoire de croissance

- Améliorer le sommeil, l’alimentation, l’activité, le fonctionnement et la qualité de vie.
- Chez l’enfant en croissance : privilégier une inflexion durable de la courbe d’IMC plutôt qu’une perte pondérale rapide.
- En cas d’obésité sévère : objectif pondéral discuté individuellement dans un cadre spécialisé.
- Co-construire des objectifs réalistes avec l’enfant et ses parents.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Intervention nutritionnelle : recommandations OMS 2026

- Plan alimentaire structuré, adapté à l’âge, aux besoins de croissance et à l’état de santé.
- Rôle actif des parents / aidants et prise en compte des préférences et pratiques culturelles.
- Réduire les boissons sucrées, les aliments de faible qualité nutritionnelle et l’exposition au grignotage.
- Privilégier eau, légumes, fruits entiers, céréales complètes, légumineuses et protéines de qualité.

Pas de régime très hypocalorique ni d’exclusion alimentaire sans indication médicale.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Construire l’assiette : un modèle pratique et accessible



Illustration du support original : végétaux

REPÈRES FAMILIAUX

- Légumes en abondance ; fruits entiers.
- Légumineuses et céréales peu raffinées.
- Portions adaptées à l’appétit et à la croissance.
- Eau comme boisson de référence.
- Repas en famille, rythme régulier et sans écran.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Apprendre à manger : comportements et relation aux aliments

À encourager

- Horaires stables, petit déjeuner selon les besoins.
- Reconnaître faim, rassasiement et satiété.
- Cuisine familiale, choix partagés, plaisir alimentaire.

À éviter

- Régimes punitifs et nourriture « récompense ».
- Pesées compulsives et culpabilisation.
- Interdiction absolue de certains aliments ou restrictions non suivies.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Exemples adaptés au contexte tunisien

EXEMPLES DE CHOIX

• Petit déjeuner : pain complet, lait / yaourt nature, œuf ou autre protéine selon les habitudes.

• Déjeuner : légumes, légumineuses, huile d’olive et portion de protéines.

• Collation si utile : fruit, laitage ou poignée adaptée d’oléagineux.

LEVIERS PRIORITAIRES

• Remplacer sodas / jus sucrés par l’eau.

• Diminuer la fréquence des pâtisseries / snacks ultra-transformés.

• Agir sur l’environnement familial : disponibilité, horaires, écrans aux repas.

• Aucun aliment diabolisé.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Activité physique : traiter les obstacles, pas seulement prescrire

5 À 17 ANS

Cible populationnelle OMS : en moyenne ≥ 60 minutes/jour d'activité modérée à vigoureuse sur la semaine.

Inclure renforcement musculaire et osseux plusieurs jours par semaine.

EN PRATIQUE

• Démarrer selon les capacités ; progression graduelle.

• Activités ludiques, non stigmatisantes.

• Déplacements actifs et jeux en famille.

• APA si limitation, douleurs ou déconditionnement.

OMS. Prise en charge intégrée de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, 7 octobre 2026.

Sommeil, sédentarité et écrans : interventions associées

SOMMEIL

Rythmes réguliers ; rechercher ronflement / SAOS ; temps de sommeil adapté à l'âge.

SÉDENTARITÉ

Fractionner les temps assis ; augmenter la mobilité quotidienne et le jeu actif.

ÉCRANS

Encadrer le temps de loisirs numérique, surtout le soir et pendant les repas.

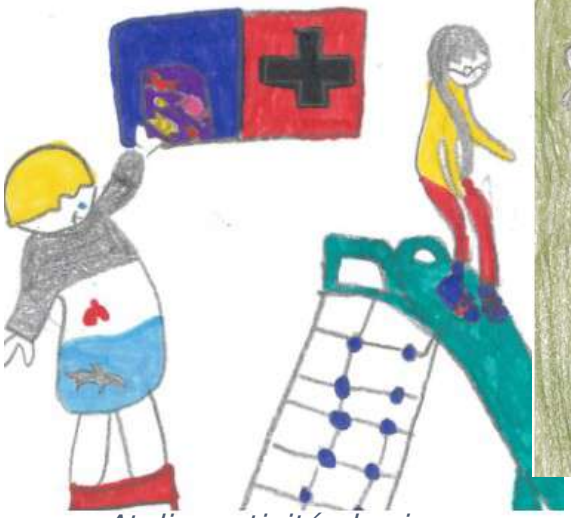
HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l'enfant, 2022 (actualisé 2023).

Interventions familiales et entretien motivationnel

- Évaluer les contraintes réelles : budget, disponibilité, logement, scolarité, accès à l’activité.
- Choisir un ou deux objectifs concrets et réalisables, définis avec l’enfant.
- Renforcer les compétences parentales, sans contrôle alimentaire excessif.
- Un suivi régulier et intensif est plus efficace qu’un conseil isolé.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Éducation thérapeutique : apprendre en faisant



Atelier activité physique



Atelier expression



Atelier alimentation

APPROCHE ETP

Ateliers alimentation, activité physique, ressenti émotionnel et compétences d'autosoins ; associer les aidants et évaluer les acquis.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l'enfant, 2022 (actualisé 2023).

Mesurer le succès : critères de suivi

Croissance

IMC z-score / IOTF, taille, puberté, évolution longitudinale.

Somatique

TA, bilan glycémique, lipides, ALAT, SAOS selon indication.

Fonctionnel

Endurance, sommeil, douleurs, participation scolaire et sociale.

Psychologique

Bien-être, qualité de vie, image corporelle, TCA.

Adhésion

Objectifs co-construits, obstacles et ressources.

Parcours

Fréquence, coordination, transition adolescents–adultes.

HAS. Parcours de soins surpoids/obésité de l’enfant, 2022 (actualisé 2023).

Quand intensifier vers une équipe spécialisée ?

- Obésité importante, ascension très rapide ou comorbidité documentée.
- Suspicion d’obésité hypothalamique, monogénique ou syndromique.
- Souffrance psychologique, TCA, contexte social ou handicap complexe.
- Réponse insuffisante malgré une intervention familiale structurée et suivie.

Escalade ≠ échec de la famille : c’est une adaptation de l’intensité des soins.

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Traitements médicamenteux : place et limites

ADOLESCENTS 10–19 ANS — OMS 2026

Médicaments autorisés dans les indications et âges approuvés, après réponse insuffisante à une intervention multimodale structurée, en centre expert.

Toujours en complément des modifications du mode de vie.

ENFANTS 0–9 ANS — OMS 2026

L'OMS ne recommande pas la pharmacothérapie pour l'obésité à ces âges.

Attention : cette position diffère de certaines AMM de médicaments chez les 6–11 ans.

OMS. Prise en charge intégrée de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, 7 octobre 2026.

Agonistes GLP-1 : indications réglementaires (EMA)

LIRAGLUTIDE — SAXENDA

Injection quotidienne.

≥ 12 ans : obésité selon IOTF + poids > 60 kg.

6 à < 12 ans : obésité selon courbes pédiatriques + poids ≥ 45 kg (AMM européenne).

Revoir l'efficacité après 12 semaines à dose d'entretien.

SÉMAGLUTIDE — WEGOVY

Injection hebdomadaire.

≥ 12 ans : obésité selon courbes pédiatriques + poids > 60 kg.

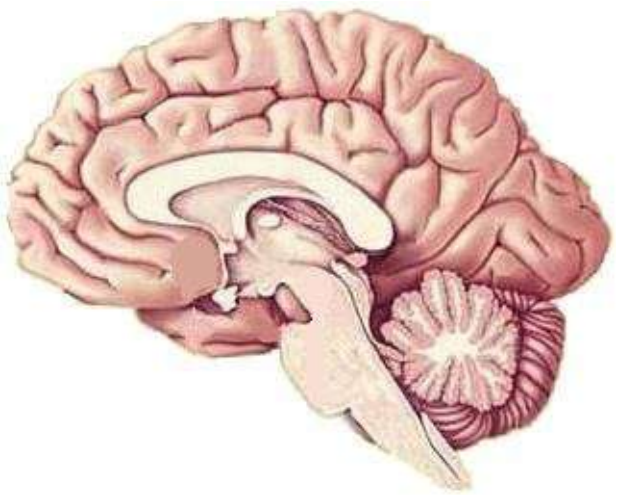
Réévaluer si réduction de l'IMC < 5 % après 12 semaines à la dose d'entretien ou maximale tolérée.

Indication 6–11 ans non établie à cette date.

L'AMM européenne n'implique ni disponibilité ni remboursement en Tunisie : vérifier réglementation locale.

EMA. RCP Saxenda et Wegovy, versions consultées octobre 2026.

Mécanisme des agonistes GLP-1 : de la satiété à l'IMC



Régulation centrale : illustration originale

HYPOTHALAMUS

Augmentation de la satiété ; réduction de la faim.

APPÉTIT

Diminution de l'apport alimentaire spontané.

MÉTABOLISME

Effets glycémiques et cardiométaboliques associés.

EMA. RCP Saxenda et Wegovy, versions consultées octobre 2026.

Liraglutide : essais randomisés chez les jeunes

ADOLESCENTS — SCALE TEENS

Liraglutide 3 mg/j + intervention sur le mode de vie.

Réduction de l’IMC plus importante que placebo à 56 semaines.

Bénéfice variable ; tolérance digestive à surveiller.

ENFANTS 6–11 ANS — SCALE KIDS

À 56 semaines : variation IMC −5,8 % sous liraglutide vs +1,6 % sous placebo.

Différence : −7,4 points de pourcentage ; ECR n = 82.

L’interprétation de la balance bénéfice/risque reste prudente.

Kelly AS et al., NEJM 2020 ; Fox CK et al., NEJM 2025 (online 2024).

EMA. RCP Saxenda et Wegovy, versions consultées octobre 2026.

Sémaglutide : étude STEP TEENS chez les adolescents

ESSAI PHASE 3 — 68 SEMAINES

Variation moyenne de l'IMC : −16,1 % avec sémaglutide 2,4 mg hebdomadaire vs +0,6 % avec placebo.

Différence intergroupe : −16,7 points de pourcentage ; accompagnement du mode de vie dans les deux groupes.

Réductions cliniquement significatives, mais nécessité d'un suivi durable et d'une évaluation de tolérance.

Weghuber D et al. N Engl J Med 2022;387:2245–2257.

EMA. RCP Saxenda et Wegovy, versions consultées octobre 2026.

Actualité 2026 : sémaglutide chez les 6–11 ans

STEP YOUNG — RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES COMMUNIQUÉS EN SEPTEMBRE 2026

À 68 semaines, 40,4 % des enfants traités auraient franchi le seuil diagnostique vers une classe non-obésité, contre 0 % dans le groupe placebo.

Résultats annoncés par le fabricant ; vérifier la publication intégrale et les données de sécurité.

Ne pas confondre communiqué d’essai clinique, preuve consolidée et autorisation de mise sur le marché.

Novo Nordisk. STEP Young, communication du 7 septembre 2026 ; OMS, recommandations 2026.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Analogues GLP-1 : surveillance et précautions

Avant et pendant

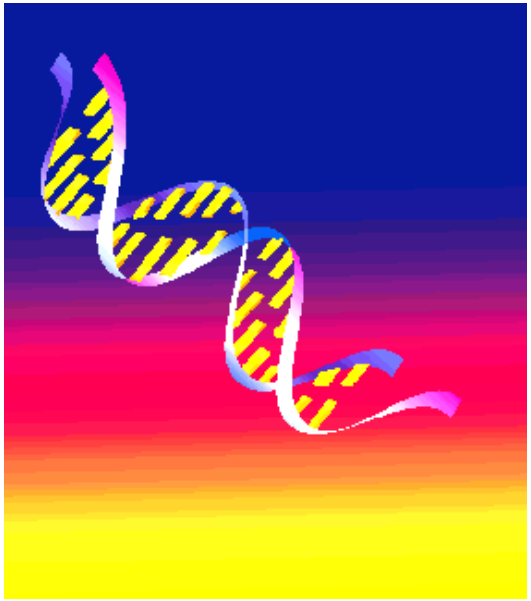
- Vérifier indications, contre-indications, croissance, puberté et état psychique.
- Expliquer nausées, vomissements, constipation / diarrhée.
- Surveiller déshydratation, tolérance biliaire / pancréatique et apports nutritionnels.

Après introduction

- Titration progressive selon RCP et tolérance.
- Évaluer évolution de l'IMC, qualité de vie et complications.
- Anticiper la durée du traitement et la reprise pondérale à l'arrêt.

EMA. RCP Saxenda et Wegovy, versions consultées octobre 2026.

Traitements ciblés des obésités monogéniques



EXEMPLE : SETMÉLANOTIDE

Agoniste MC4R réservé à certains déficits génétiques documentés de la voie leptine–mélanocortines et à certaines formes syndromiques, selon AMM.

Diagnostic moléculaire, centre expert et suivi spécifique indispensables.

Ne traite pas l’obésité commune.

Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant, Pas à Pas SFP, 2026.

Chirurgie métabolique et bariatrique : indications

ÉVALUATION SPÉCIALISÉE

AAP : envisager une orientation dès ≥ 13 ans si obésité sévère (≥120 % du 95e percentile).

Candidature selon IMC, comorbidités, maturité, retentissement et parcours antérieur.

CRITÈRES USUELS (ASMBS / AAP)

IMC ≥35 kg/m² ou ≥120 % du P95 + maladie significative, OU

IMC ≥40 kg/m² ou ≥140 % du P95.

Décision pluridisciplinaire ; recommandations locales potentiellement plus restrictives.

L'OMS 2026 ne recommande pas la chirurgie avant 10 ans ; chez l'adolescent, cas sévères strictement sélectionnés.

Hampl SE et al. Pediatrics 2023;151:e2022060640.

Techniques de chirurgie : ce que doit connaître le clinicien



Bypass gastrique : support original



Sleeve gastrectomie : support original

PRINCIPES

- Sleeve gastrectomie / bypass selon indications.
- Évaluation nutritionnelle préopératoire.
- Surveillance micronutriments et croissance à long terme.

La décision ne dépend pas uniquement de l'IMC ; aucun geste ne se substitue au suivi multidisciplinaire.

Hampl SE et al. Pediatrics 2023;151:e2022060640.

Après chirurgie : bénéfices, risques et transition

- Bénéfices potentiels : amélioration de l’obésité sévère, du DT2, de l’HTA et de la qualité de vie.
- Risques : complications opératoires, carences en fer, B12, vitamine D, calcium, troubles digestifs.
- Supplémentation, surveillance biologique et soutien psychologique à long terme.
- Planifier la continuité des soins vers l’équipe adulte.

Hampl SE et al. Pediatrics 2023;151:e2022060640.

Prévention : intervenir de la grossesse à l’adolescence

1 PÉRINATAL

Santé métabolique maternelle ; prévention du tabagisme ; soutien à l’allaitement.

2 PETITE ENFANCE

Diversification adaptée ; faim/satiété ; sommeil, jeu et suivi des courbes.

3 ÂGE SCOLAIRE

Eau, repas de qualité, activité physique quotidienne et protection face au marketing.

4 ADOLESCENCE

Autonomie, santé mentale, lutte contre stigmatisation et environnements facilitants.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Prévention 2026 : transformer l’environnement scolaire

RECOMMANDATIONS OMS — JANVIER 2026

• Renforcer la qualité nutritionnelle des repas fournis à l’école.

• Établir des standards pour aliments et boissons vendus à l’école.

• Modifier l’architecture des choix : eau disponible, options saines faciles d’accès.

ACTIVITÉ ET CADRE DE VIE

• Jeux et sport inclusifs et sécurisés.

• Mobilité active : marche et vélo.

• Encadrement des publicités ciblant les enfants.

• Actions fiscales et réglementaires à l’échelle nationale.

OMS. Healthy school food environments. Guideline, 27 janvier 2026.

Quelles priorités opérationnelles pour la Tunisie ?

- Renforcer les mesures standardisées de corpulence en santé scolaire avec suivi longitudinal.
- Agir sur les boissons sucrées et le marketing des aliments destinés aux enfants.
- Développer l’offre d’activité physique régulière, accessible et adaptée au climat / territoire.
- Soutenir des parcours multidisciplinaires pédiatriques et lutter contre la stigmatisation.
- Mesurer l’impact avec des indicateurs nationaux par âge, sexe et région.

World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2026, pp. 34, 251.

Conclusion : cinq messages à retenir

01 L’obésité pédiatrique est une maladie chronique et hétérogène.

02 Le diagnostic repose sur l’IMC adapté à l’âge et sur sa dynamique.

03 La complexité multidimensionnelle guide le niveau de soins.

04 Les interventions familiales multimodales restent le socle du traitement.

05 Médicaments, chirurgie et prévention s’inscrivent dans un continuum de soins.

OMS. Prise en charge intégrée de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent, 7 octobre 2026.

Références majeures (1/2)

- OMS. Obesity and overweight, 7 October 2026. who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
- OMS. WHO issues first global guidelines on child and adolescent obesity, 7 October 2026.
- World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2026, Childhood Obesity, 2nd ed., pp. 34 & 251.
- Dubern B, Gueorguieva I. Obésité de l’enfant. Pas à Pas en pédiatrie, 2026.
- HAS. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l’enfant et de l’adolescent, 2022 / 2023.

Références majeures (2/2)

- Hampl SE et al. Clinical Practice Guideline. Pediatrics. 2023;151:e2022060640.
- Weghuber D et al. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. NEJM 2022.
- Fox CK et al. Liraglutide for children 6 to <12 years with obesity. NEJM 2025;392:555–565.
- EMA. Saxenda®, Wegovy® : EPAR & Summary of Product Characteristics, octobre 2026.
- OMS. Policies and interventions to create healthy school food environments, janvier 2026.