



2^e JOURNÉE DE FILIÈRE OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

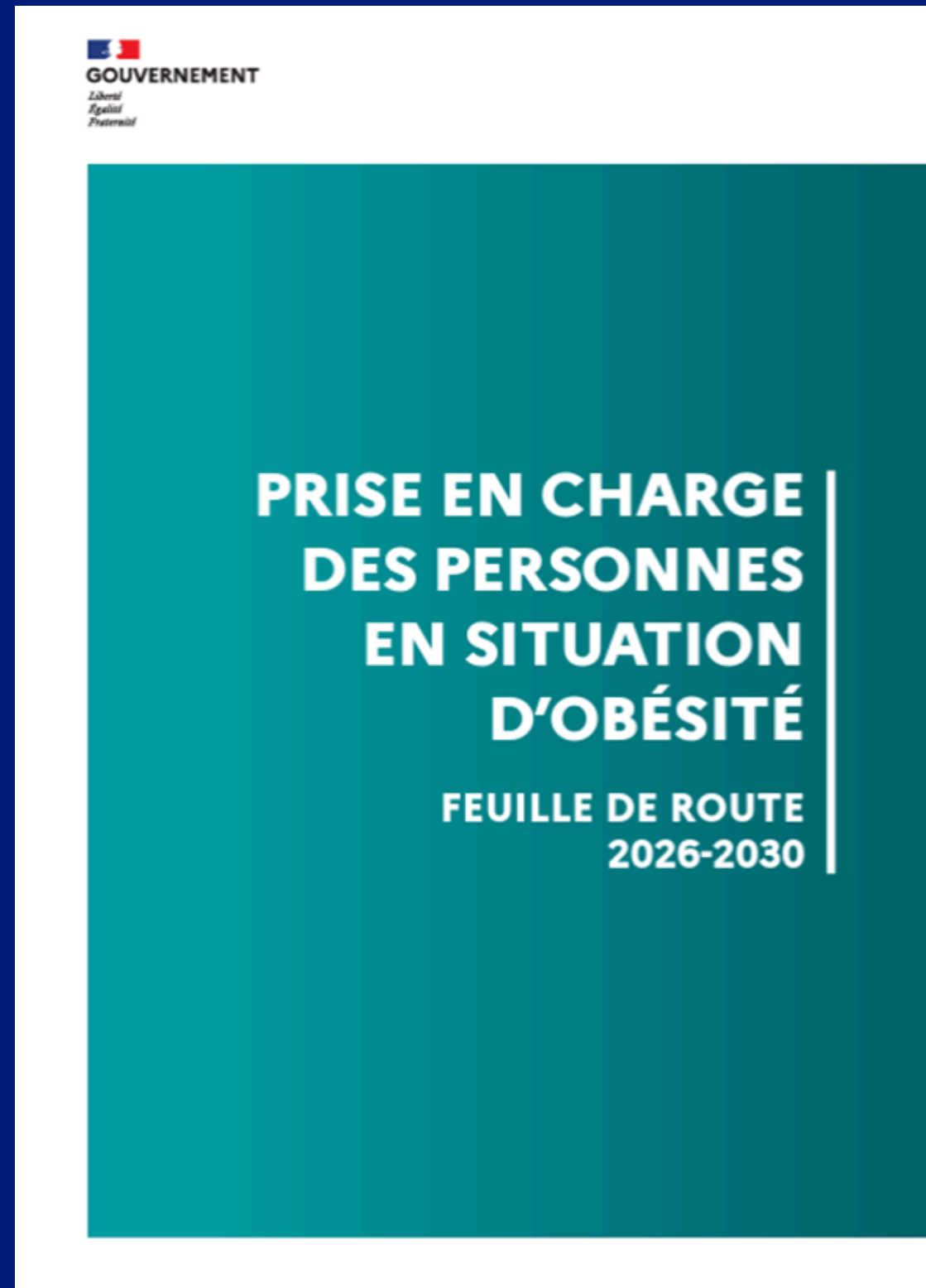
27 mars 2026



PROGRAMME

Heure	Session
9h45-10h	Accueil café
10h-10h15	Flash info : dernières actualités - Dr Pauline VALLOIS
10h15 - 11h	HTA et obésité de l'enfant - Dr Cynthia COUSERGUE, cardio-pédiatre CHU Caen
11h-11h45	Nouveautés thérapeutiques : les Traitements Médicamenteux de l'Obésité (TMO) - Dr Marion GERARD, Cécile LEGASTELOIS
11h45 - 12h15	Table-ronde : Obésités génétiques : comment explorer ?
12h15 - 13h15	Déjeuner partagé
13h15 - 14h	Scolarité de l'enfant : proposition de PAI (projet d'accueil individualisé) - Dr Pauline VALLOIS
14h-15h30	RCP Cas complexes
15h30	Conclusion de la journée

FLASH INFO : DERNIERES ACTUALITES



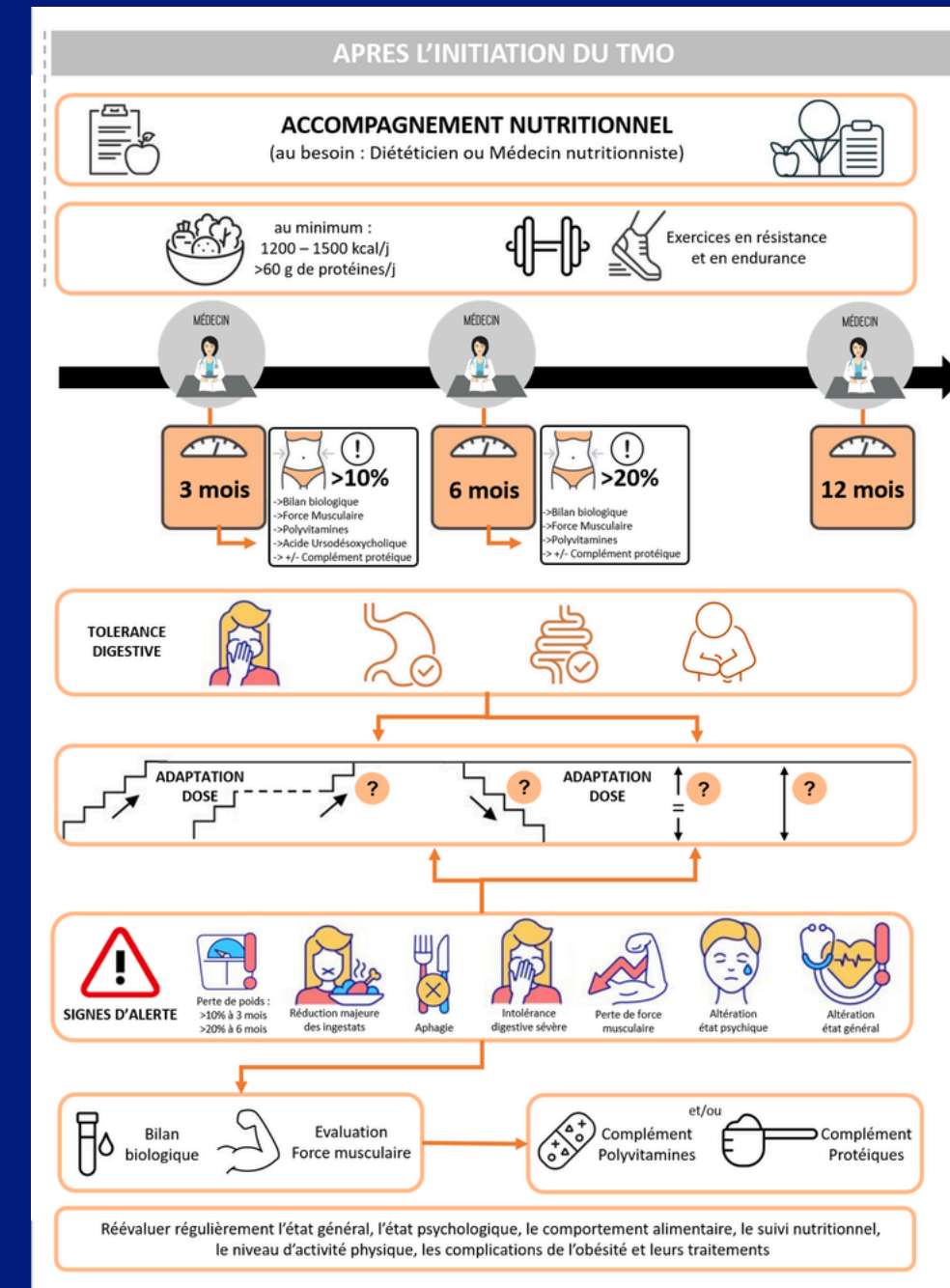
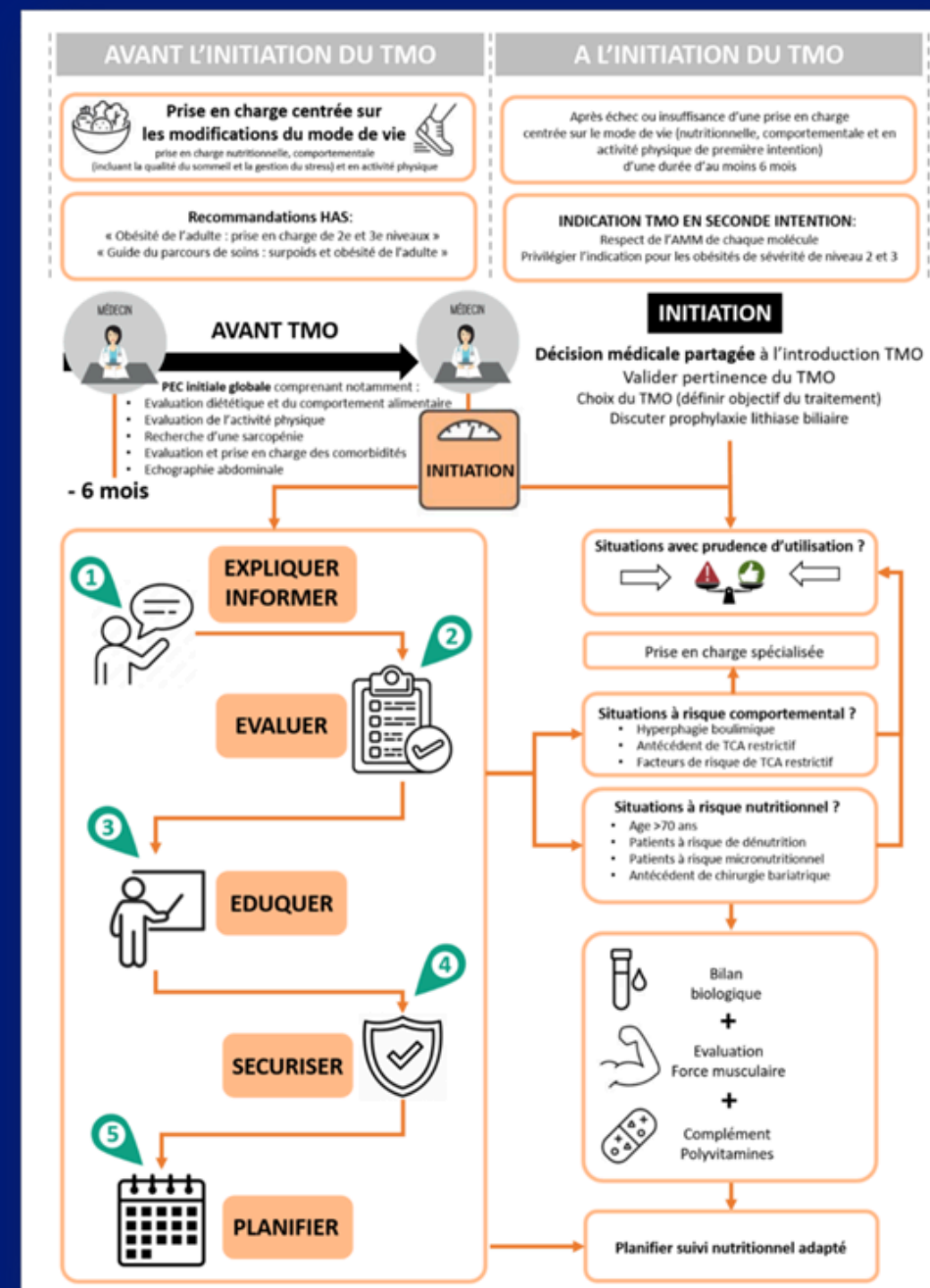
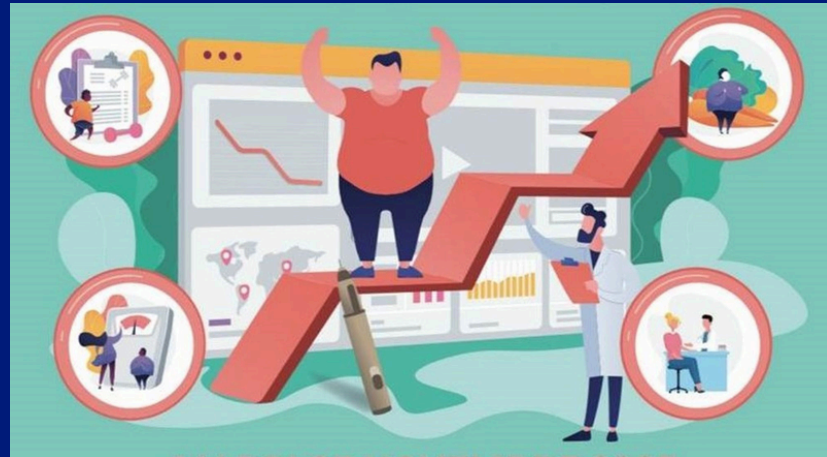
Prise en charge des personnes en situation d'obésité

Lancement de la feuille de route
2026-2030

- 1** Repérer et orienter plus précocement les personnes en situation d'obésité, et améliorer les données de santé
- 2** Structurer et renforcer les filières obésité sur les territoires, avec l'appui des centres spécialisés obésité (CSO)
- 3** Former et outiller les professionnels



FLASH INFO : DERNIERES ACTUALITES

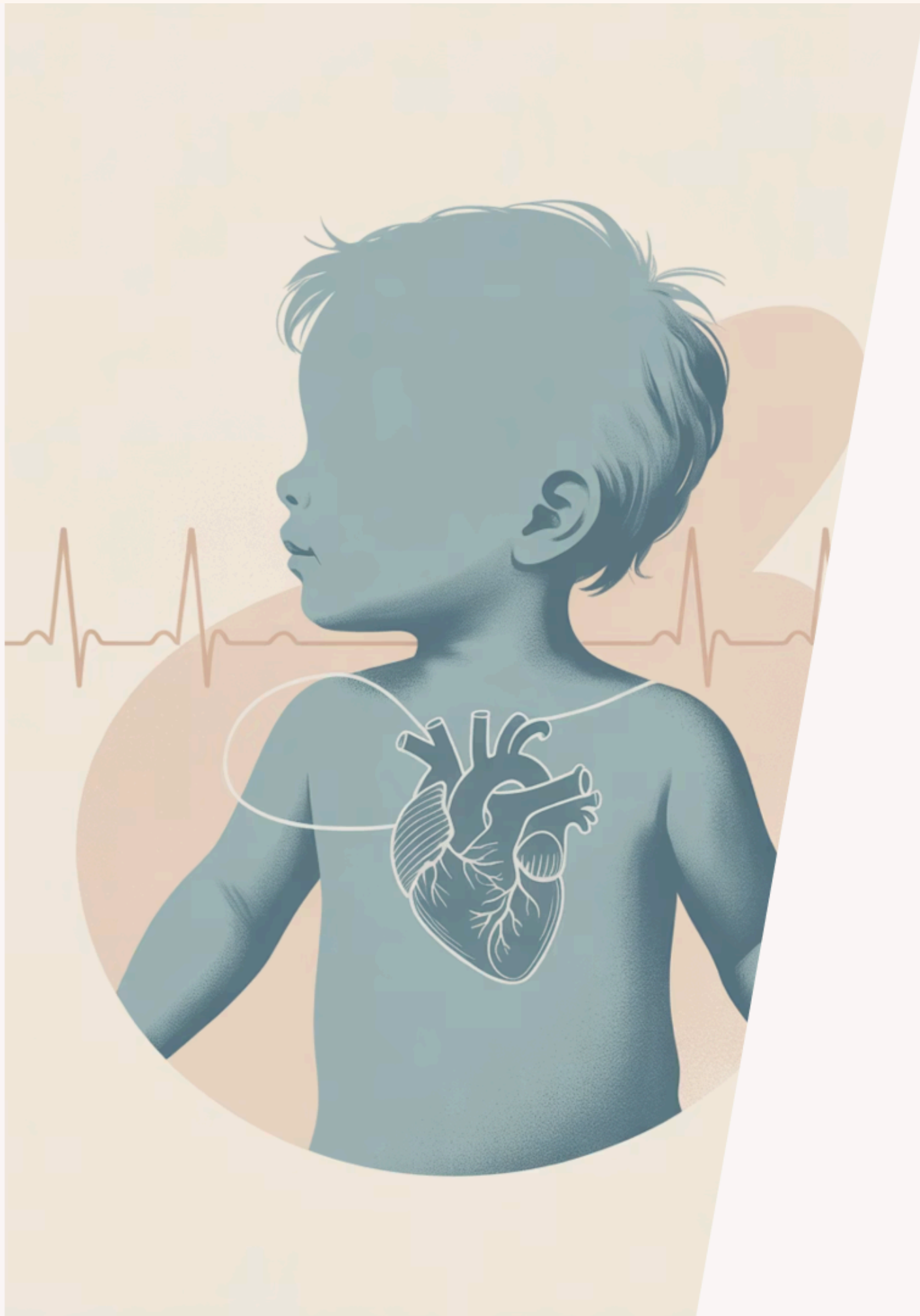




HTA ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT

DR CYNTHIA COUSERGUE - CARDIOPEDIATRE
CHU DE CAEN





Dr Cynthia COUSERGUE

Obésité et HTA chez l'enfant

Enjeux cardiopédiatriques, cardiovasculaires et recommandations actuelles

TA > 95e percentile âge, sexe, taille

Confirmé sur 3 mesures distinctes

Age (y)	BP Percentile	SBP (mm Hg)							DBP (mm Hg)						
		Height Percentile or Measured Height													
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Height (in)	30.4	30.8	31.6	32.4	33.3	34.1	34.6	30.4	30.8	31.6	32.4	33.3	34.1	34.6
	Height (cm)	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9
	50th	85	85	86	86	87	88	88	40	40	40	41	41	42	42
	90th	98	99	99	100	100	101	101	52	52	53	53	54	54	54
	95th	102	102	103	103	104	105	105	54	54	55	55	56	57	57
	95th + 12 mm Hg	114	114	115	115	116	117	117	66	66	67	67	68	69	69
2	Height (in)	33.9	34.4	35.3	36.3	37.3	38.2	38.8	33.9	34.4	35.3	36.3	37.3	38.2	38.8
	Height (cm)	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5
	50th	87	87	88	89	89	90	91	43	43	44	44	45	46	46
	90th	100	100	101	102	103	103	104	55	55	56	56	57	58	58
	95th	104	105	105	106	107	107	108	57	58	58	59	60	61	61
	95th + 12 mm Hg	116	117	117	118	119	119	120	69	70	70	71	72	73	73

Age (années)	Pression artérielle (mm Hg)			
	Garçons		Filles	
	PAS	PAD	PAS	PAD
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
≥13	120	80	120	80

*HTA DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT - Consensus
d'Experts de la Société Française d'Hypertension Artérielle –
Nov 2020*

BP category	Age <13 y*	Age ≥13 y
Normal BP	<90th percentile for age, sex, and height	<120/<80 mm Hg
Elevated BP	90th–<95th percentile for age, sex, and height	≥120/<80 to 129/<80 mm Hg
Stage 1 hypertension	≥95th percentile–95th percentile plus 11 mm Hg	130–139/80–89 mm Hg
Stage 2 hypertension	≥95th percentile plus 12 mm Hg	≥140/≥90 mm Hg

HTA : Une prévalence en hausse alarmante

3,9%

Prévalence mondiale

HTA pédiatrique (meta analyse > 3 millions enfants et ado)

+ 7 %

Hausse annuelle

Entre 2006 et 2021

Un enjeu de santé publique majeur

La tendance mondiale ne montre aucun signe de ralentissement.



HTA chez l'enfant obèse

5 – 30%

First Author	Country	Ages (y)	N	Definition of Abnormal	Subgroup (eg, M/F)	Total	Healthy	Overweight	Class I	Class II	Class III	P	Notes	Weight Definitions	Population Info
Ice	USA	9-13	29286	>95th			7.9	13.4	23.4			<.01			Appalachian population
Davis	USA	7-18	211 (160 for lipids)	>90th			6	16	45			<.001			Rural Georgia
Bindler	USA	11-14	151	>90th			2.9		17.1			.003			
Turconi	Italy	14-17	532	>95th	Males		10.1	35.4							
					Females		4.8	22.7							
Skinner	USA	6-17	NR	>95th		3.4	1.6	4.5	9.0			<.01			NHANES 2001-2002
Simsek	Turkey	Mean 10.8	115	>95th			0		13.3			<.001		OB >97th	
Puri	USA	10-18	198	>95th			3	28				.002			General pediatrics and endocrinology patients
Maggio	Switzerland	Mean 8.8	66	>95th			0		20.5			.029		OB >97th	
Skinner	USA	3-19	8579	>95th				3.22	5.02	8.52	11.10	<.001			NHANES 1999-2012
Krzyzaniak	Poland	10-18	4904	≥90th, 3 d	Males	11.6	7.8	18.8	45.1			.000			
					Females	11.8	8.9	21.1	50.9			.000			
Stray-Pederson	Norway	15-18	2156	>95th		16.6%	ref	OR = 3.8	OR = 28.3						
Kim	Korea	10-18	1412	>95th	1998 KNHANES		9.1	20.0	28.9			<.05			
			1158		2001 KNHANES		5.2	9.6	22.7			<.05			
Botton	France	8-17	452	>95th			3.2	13			0.01			OW >90th	
Harding	UK	11-13	6407	>95th	Males	2.7	OR = 1.0	OR = 2.50	OR = 4.31			<.05			
					Females	3.8	OR = 1.0	OR = 3.39	OR = 5.68			<.05			
Serap	Turkey	6-16	284	>95th	Males		3.8		19.1			<.001			Pediatric endocrinology patients
					Females		4.3		16.5			<.001			
Messiah	USA	8-14	1698	>90th	8-11 y		4.97	14.81	19.02						
					12-14 y		2.26	11.36	20.87						
Lambert	Canada	9-16	3613	>90th	Males		16.5	28.8	39.6			<.0001			
				>90th	Females		11.8	27.4	40.6			<.0001			

Tension systolique

Pas de différence entre genres

PAS moyenne : relation linéaire avec BMI

RR x 2 obésité simple

RR x 4 obésité sévère

Signal : Prévalence augmente avec adiposité

American Academy
of Pediatrics

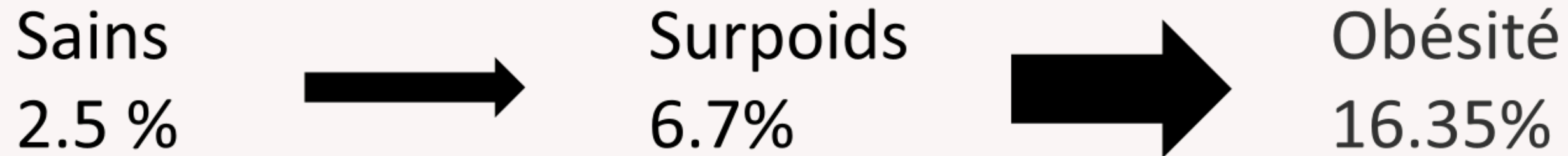


DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

HTA chez l'enfant obèse

6 – 16 %

271 studies involving 16 328 individuals with sustained hypertension, 538 735 individuals with occasional hypertension, and 3 609 665 children and adolescents were included for analysis.



**L'obésité est le facteur de risque le plus fort pour l'HTA pédiatrique
ET on assiste à une augmentation parallèle des 2 épidémies**

HTA chez l'enfant obèse

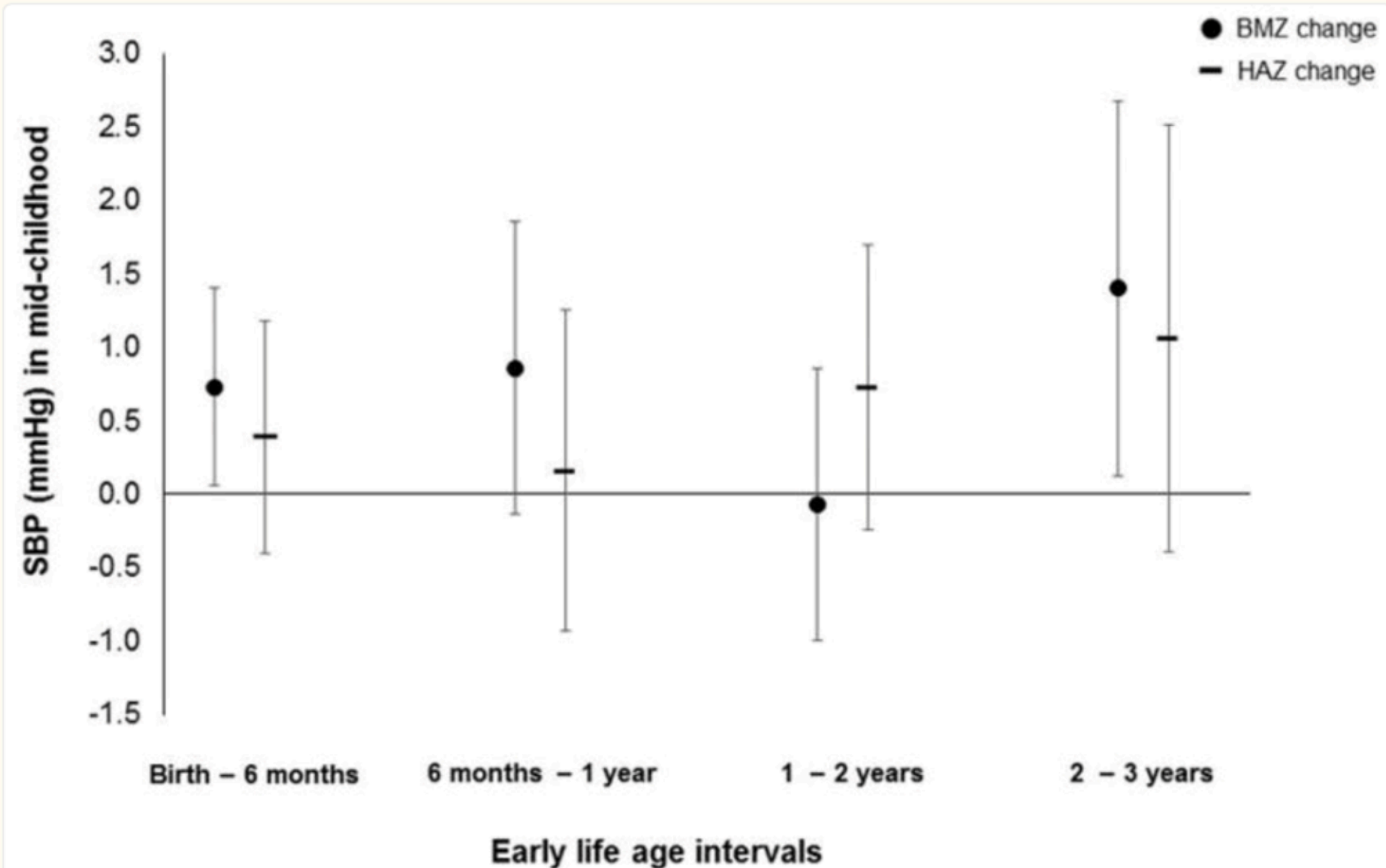


Table 2. Unadjusted Associations of Birth Size and Early Life Growth With Mid-Childhood Blood Pressure* (Table view)

Early Life Growth	N	Mean±SD	β (95% CI) in Mid-Childhood BP	
			SBP, mm Hg	DBP, mm Hg
Birth size				
SGA (<10th percentile)	54	-1.66±0.30	-1.14 (-3.57, 1.28)	0.91 (-0.66, 2.48)
AGA (10–≤90th percentile)	771	0.07±0.65	0.00 (Reference)	Reference (0.00)
LGA (>90th percentile)	132	1.75±0.39	-0.53 (-2.16, 1.09)	-1.23 (-2.28, -0.17)
Per 1 U BWZ†	957	0.21±0.96	0.18 (-0.41, 0.76)	-0.45 (-0.83, -0.07)
BMI z-score change‡				
Birth to 6 mo	475	0.11±1.30	0.88 (0.31, 1.46)	0.42 (0.04, 0.81)
6 mo to 1 y	661	-0.08±0.83	0.59 (-0.19, 1.37)	0.07 (-0.45, 0.58)
1–2 y	758	-0.13±0.94	-0.03 (-0.69, 0.62)	-0.09 (-0.52, 0.33)
2–3 y	703	0.28±0.88	0.58 (-0.14, 1.30)	0.07 (-0.40, 0.55)
Length/height z-score change‡				
Birth to 6 mo	470	-0.50±1.02	0.29 (-0.45, 1.04)	0.19 (-0.30, 0.69)
6 mo to 1 y	674	0.38±0.76	0.61 (-0.24, 1.46)	0.19 (-0.36, 0.75)
1–2 y	819	0.30±0.92	0.45 (-0.19, 1.10)	-0.21 (-0.63, 0.21)
2–3 y	762	-0.45±0.73	0.12 (-0.71, 0.96)	-0.15 (-0.71, 0.40)

Mother's prepregnancy BMI†			0.0003		0.02
Underweight (<18.5 kg/m ²)	33 (3.5)	92.0±8.3		54.5±5.1	
Normal weight (18.5–24.9 kg/m ²)	589 (61.8)	93.9±8.6		54.0±5.8	
Overweight (25.0–29.9 kg/m ²)	196 (20.6)	94.9±9.0		54.6±5.5	
Obese (≥30 kg/m ²)	135 (14.2)	96.6±9.1		55.3±5.8	

BMIZ change from birth to 6 months and 2 to 3 years were each associated with higher mid-childhood SBP.

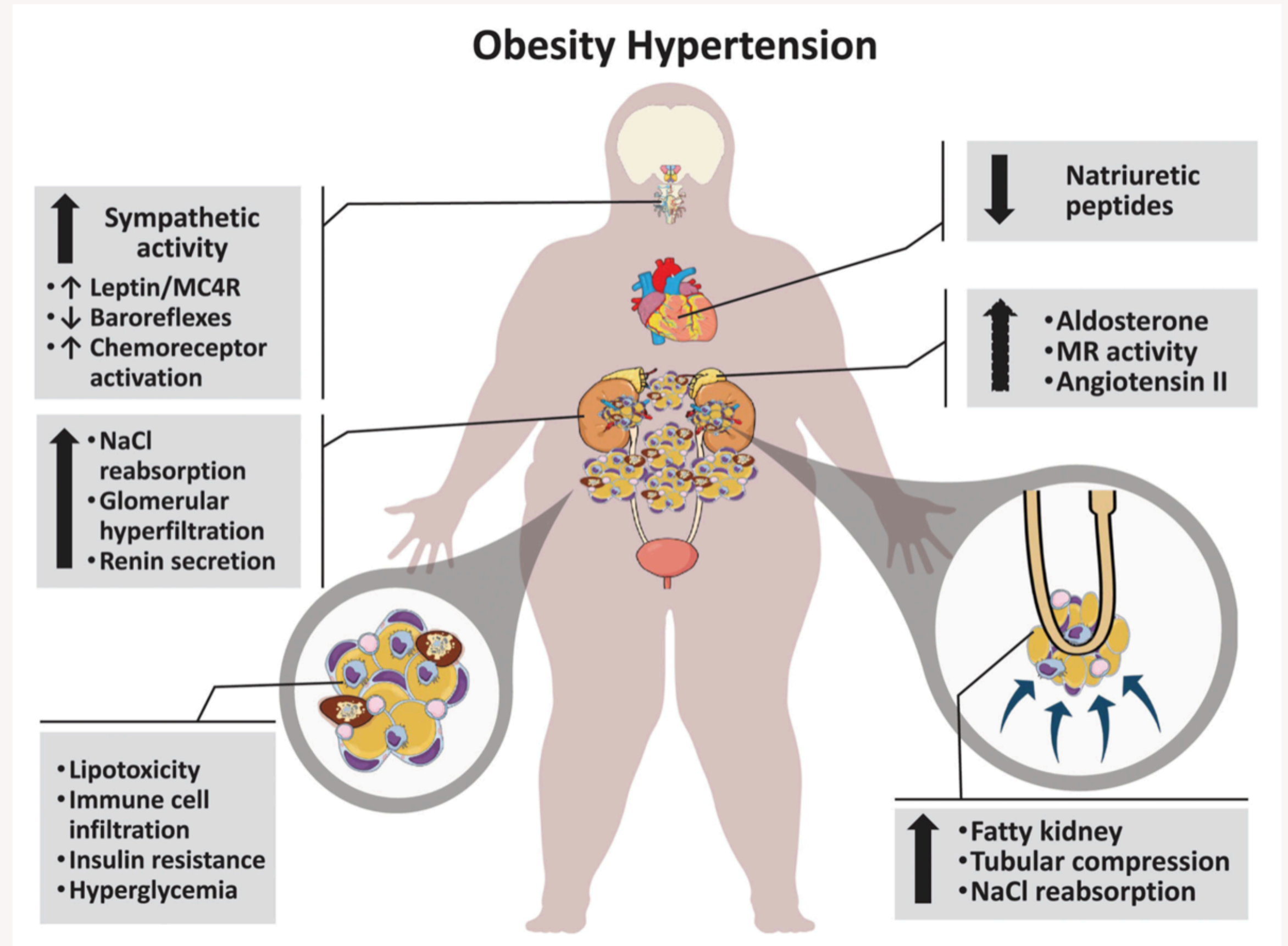
Activation sympathique

Activation du système rénine-angiotensine

Rétention sodée

Inflammation chronique (adipokines)

Dysfonction endothéliale



Hypertension

Volume 78, Issue 5, November 2021; Pages e38-e50
<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000202>

PHYSIOPATHOLOGIE

Adiposité viscérale

Leptine

Relation continue entre HTA et adiposité viscérale



Neurones POMC
Récepteurs MC4R



Apnée sommeil

Activation Système nerveux sympathique

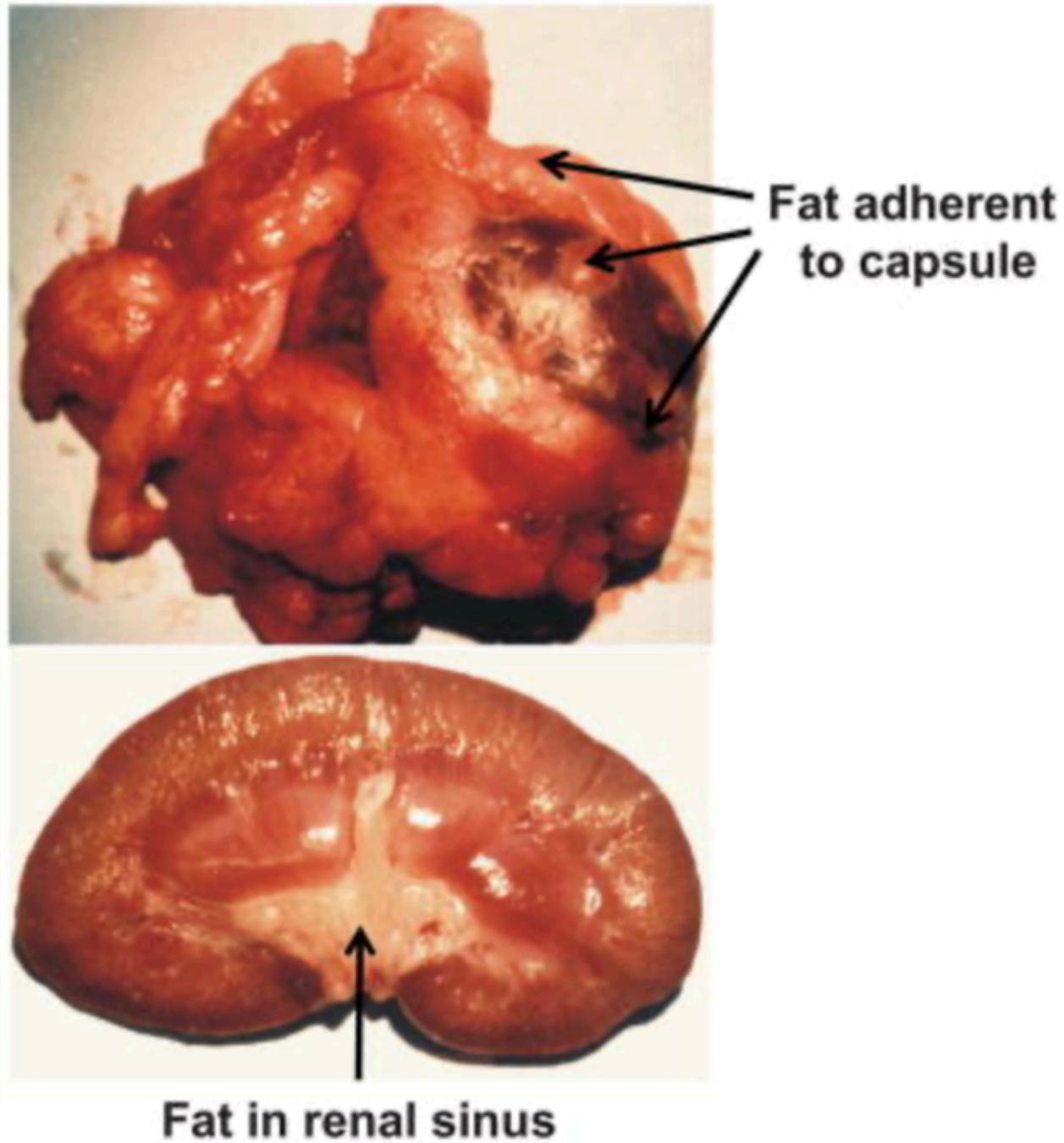
Augmentation rénine



Réabsorption sodium



A. Obese Dog Kidney



Compression rénale

- Graisse viscérale
- Graisse péri rénale
- Graisse du sinus rénal

Activation SRAA

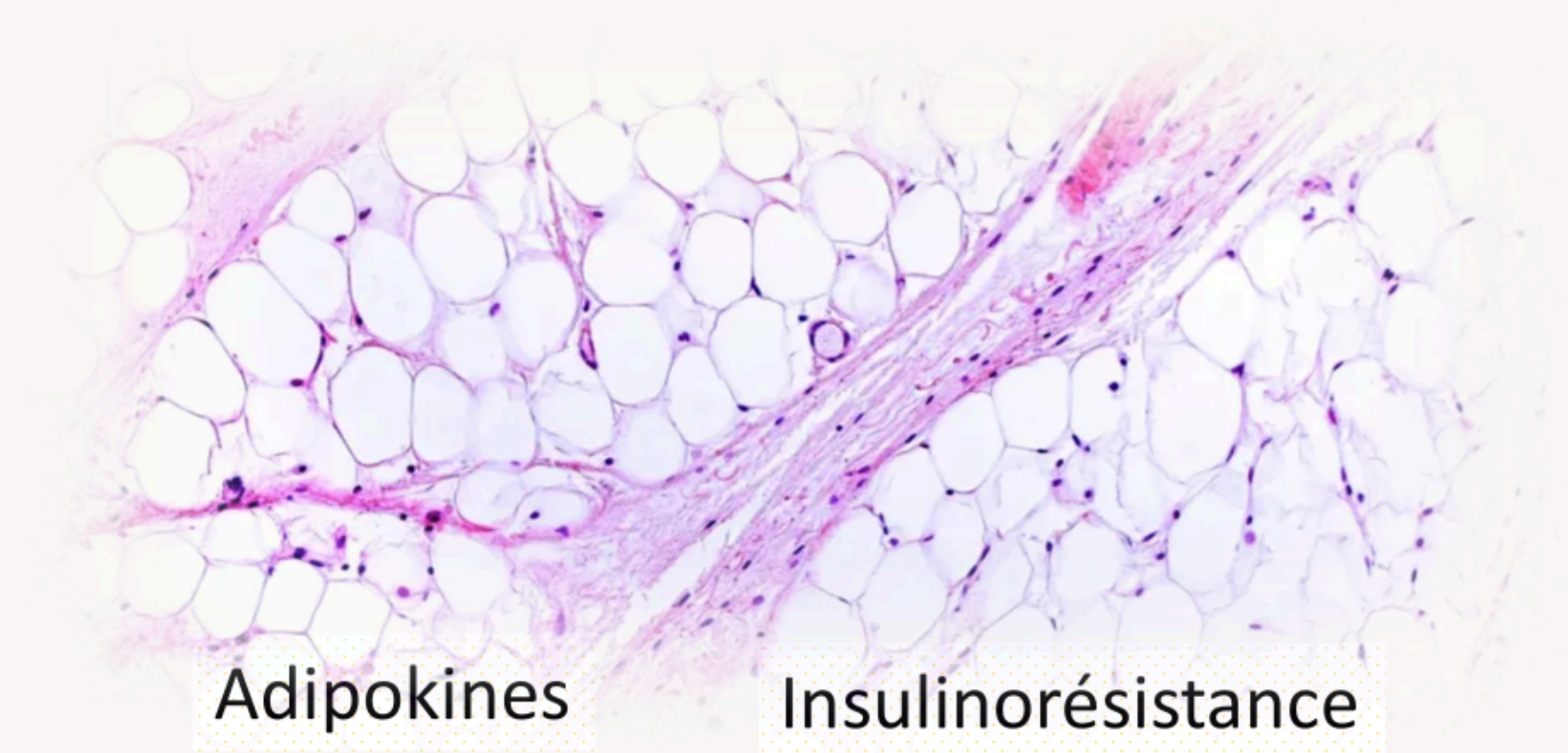
Réabsorption sodium





↗↗ Volume EC et Débit sanguin

↗ Résistances vasculaires



Stress oxydatif

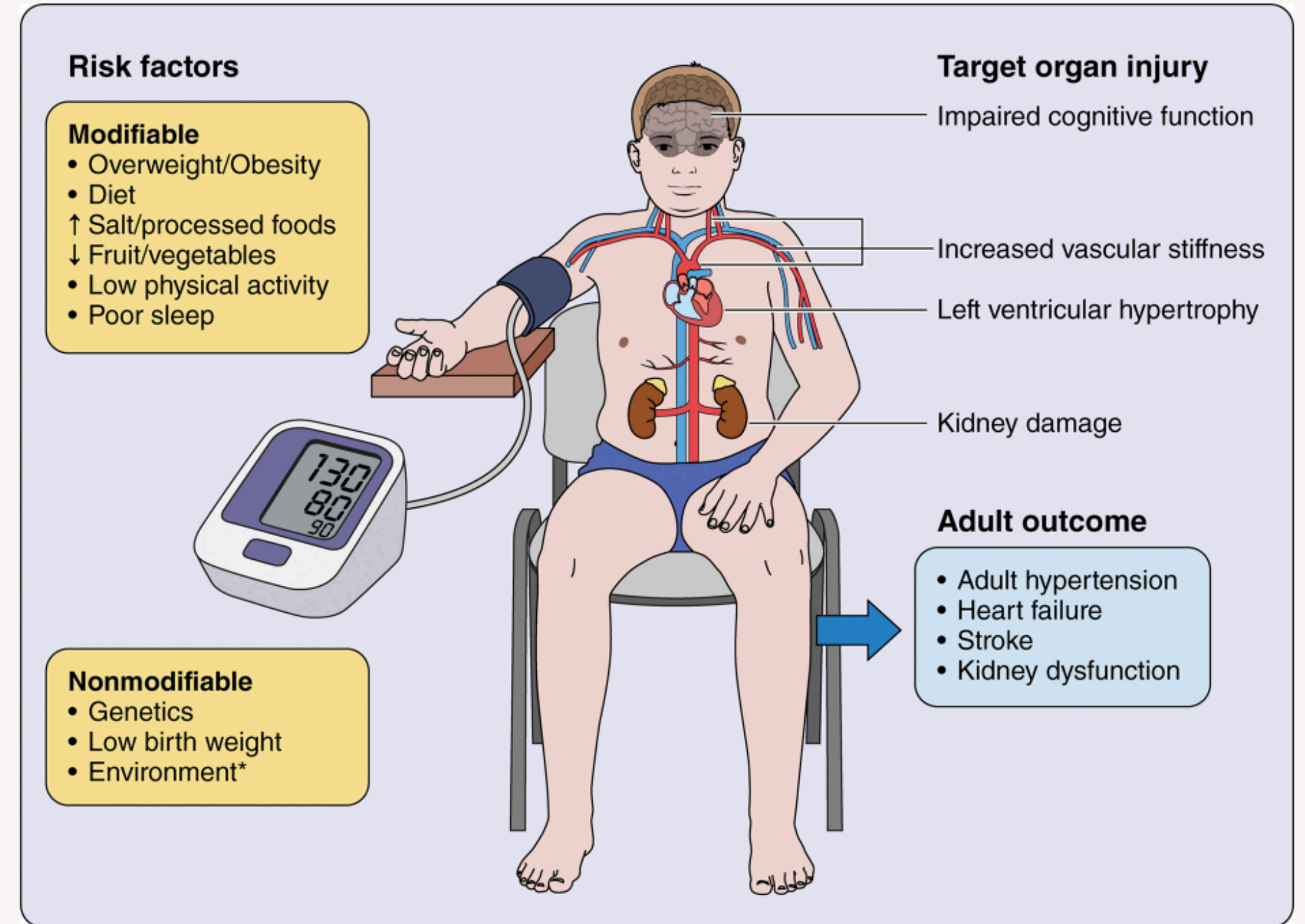
HTA

Obésité et ?

Multifactoriel et complexe

- Régime
- Consommation de sel
- + 0,8 mmHg PAS et + 0,7 mmHg PAD par gramme de sel*
- Faible activité physique
- Sommeil

Relation hautement dépendante du temps
 Atteinte organes cibles dont le rein rendent l'HTA plus difficile à contrôler



Continuum



Atteinte cardiaque

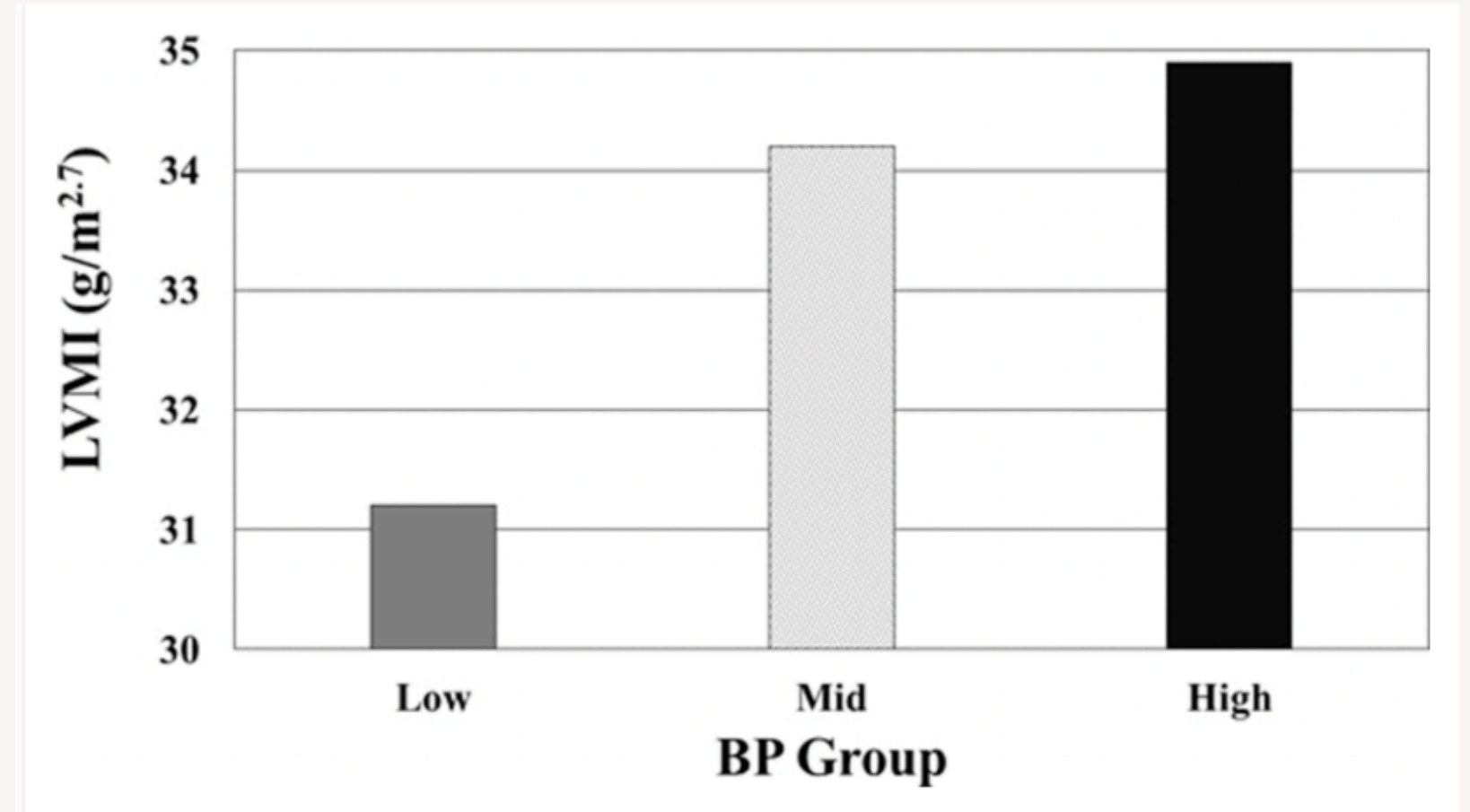
Hypertrophie ventriculaire gauche (seuil pédiatrique 38 g/m²)

RR **x 4** HTA, encore **plus grand si HTA + obésité**

Relation linéaire PA >>> MVG

Seuil apparition HVG au 90^e percentile PA

donc en dessous du seuil diagnostique actuel d HTA

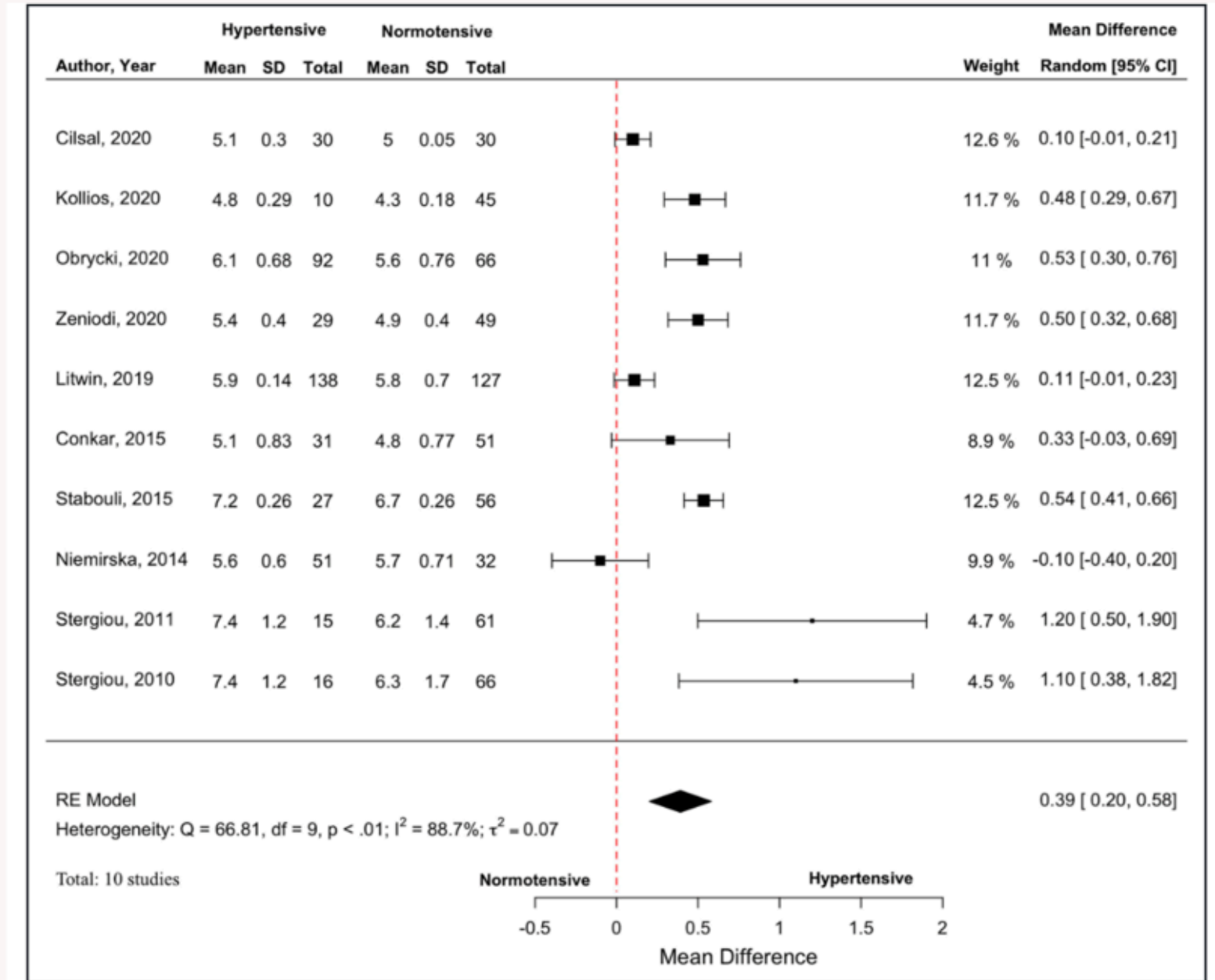


Augmentation masse VG
Dysfonction VG parfois

Atteinte vasculaire

Rigidité artérielle

- Onde pouls
- Epaisseur intima media



Possible effet additif de l'obésité associé à l'HTA

Atteinte cardio vasculaire à long terme

Données i3C

25 000 enfants, follow up 13 années

Incidence of MACE

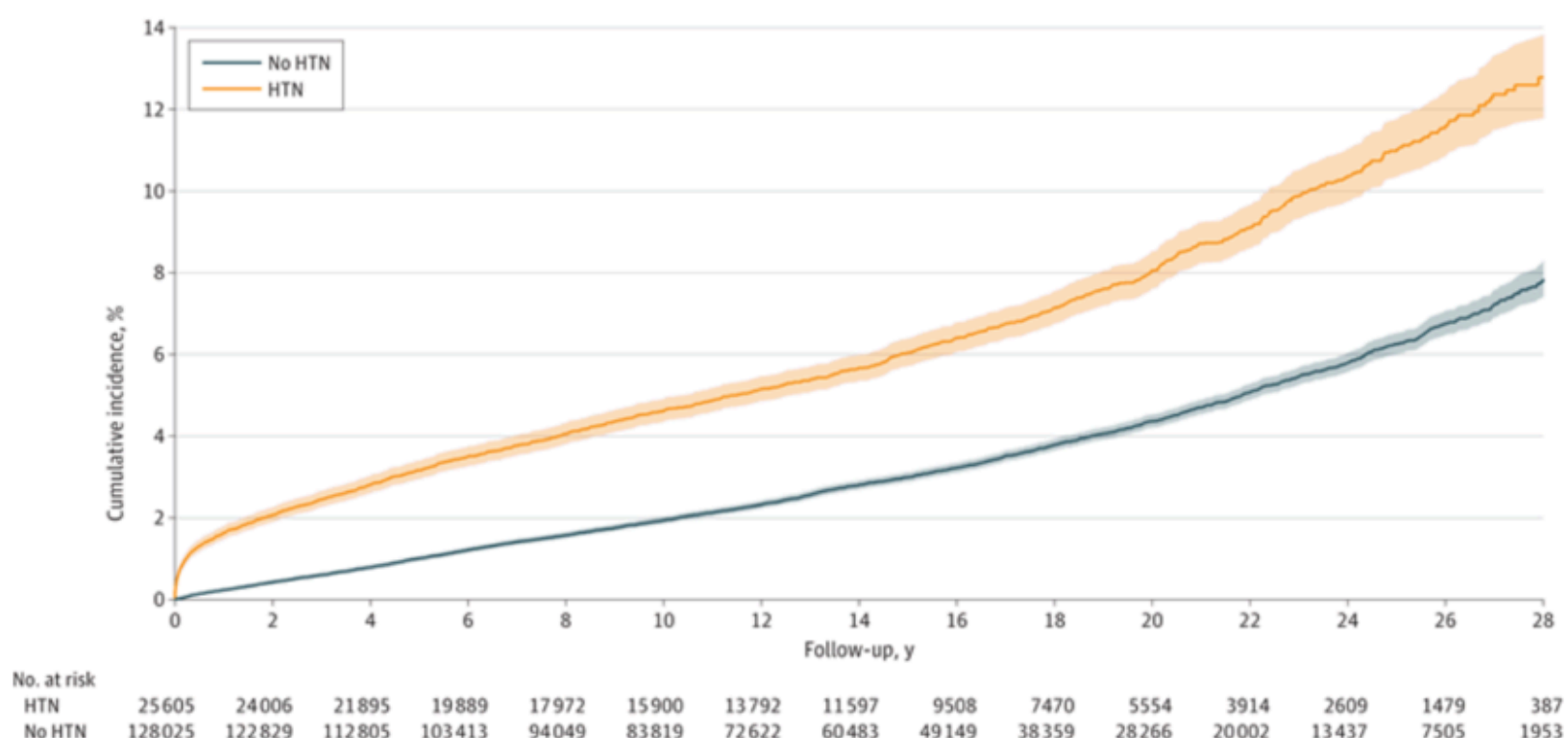
4.6/1000 person-years in children with hypertension

2.2/1000 person-years in controls

(hazard ratio, **2.1**; 95% CI, 1.9-2.2).

Children with hypertension were at higher associated risk of stroke, hospitalization for myocardial infarction or unstable angina, coronary intervention, and congestive heart failure, but not cardiovascular death, compared with nonhypertensive controls

Figure 1. Cumulative Probability of Major Adverse Cardiac Events (MACE) Among Children Diagnosed With Hypertension (HTN) vs Controls Without HTN

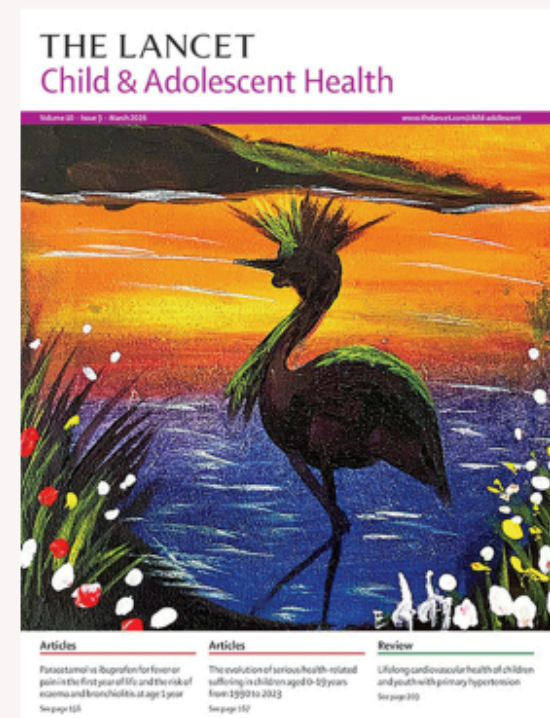
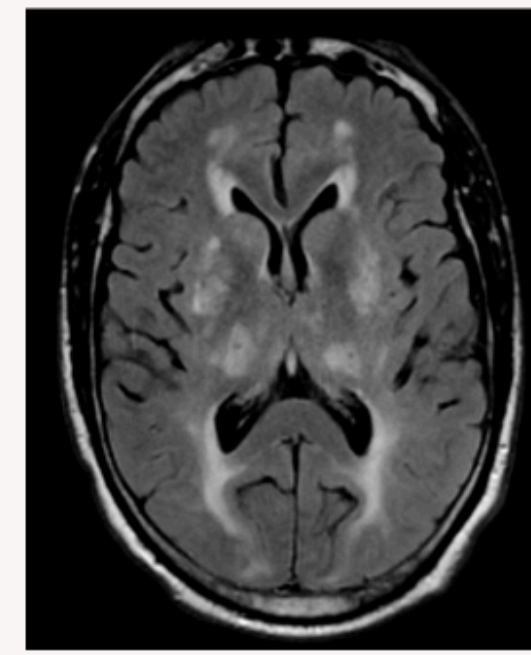


Atteinte rénale, ophtalmologique, cérébrale

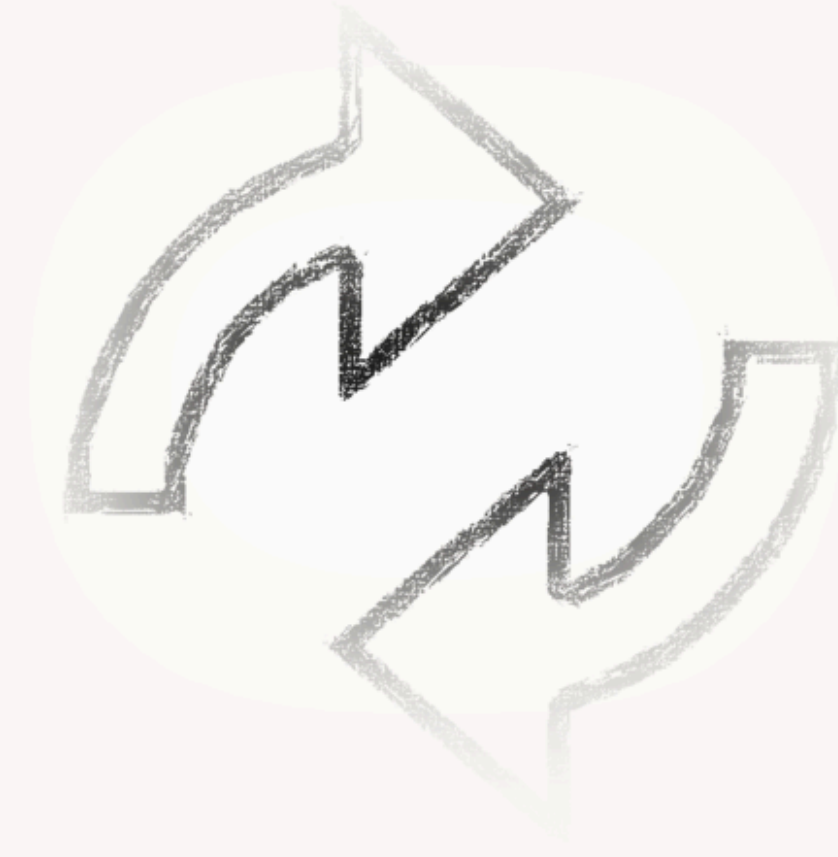
Albuminurie, protéinurie
Insuffisance rénale à l'âge adulte

Rétinopathie hypertensive

Encéphalopathie hypertensive, altération cognitive



Atteintes réversibles



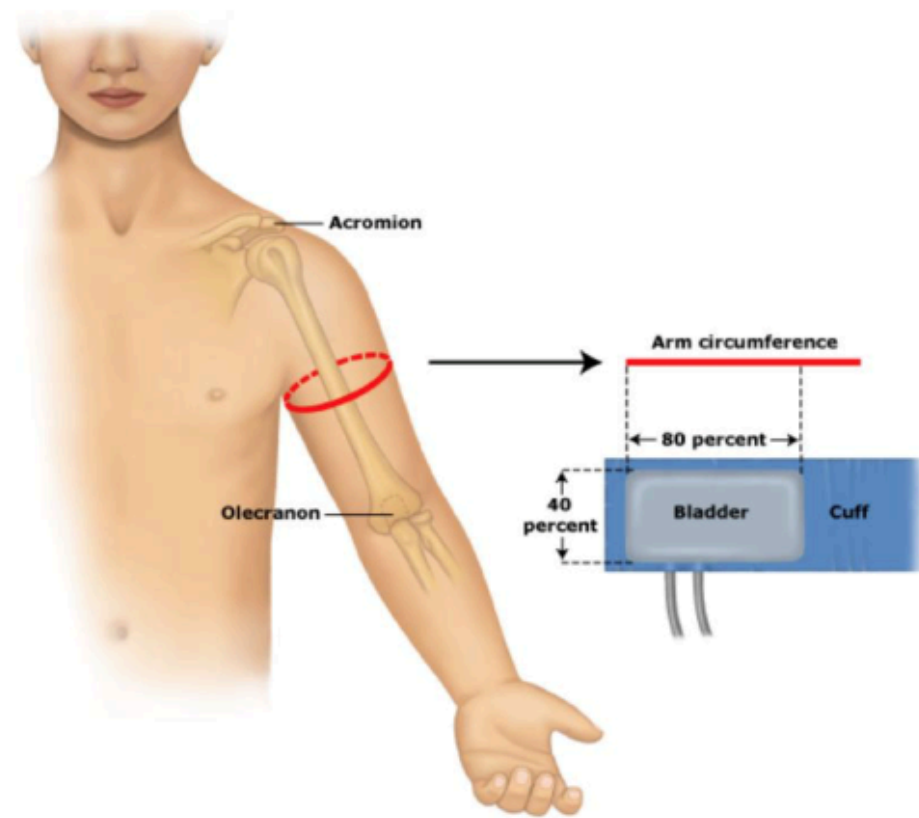
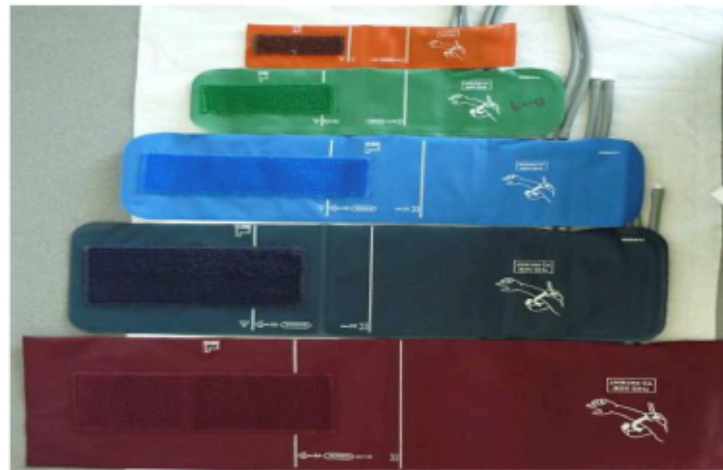
HVG :

- Petite étude prospective : Baisse significative MVG et de la prévalence de l HVG 46 % à 31%
- Corrélé à la diminution graisse abdo et TA

Vasculaire :

- Baisse significative épaisseur media intima après 1 an ttt
- Résultats persistants à l âge adulte

TA à chaque consultation à partir de l'âge de 3 ans chez les enfants BMI > 85 %



Mesure au REPOS : allongé au moins 5 minutes

Brassard de taille adaptée:

Recouvrant les 2/3 du bras

Entourant la totalité du bras,

80% circonférence

Respectant l'articulation du

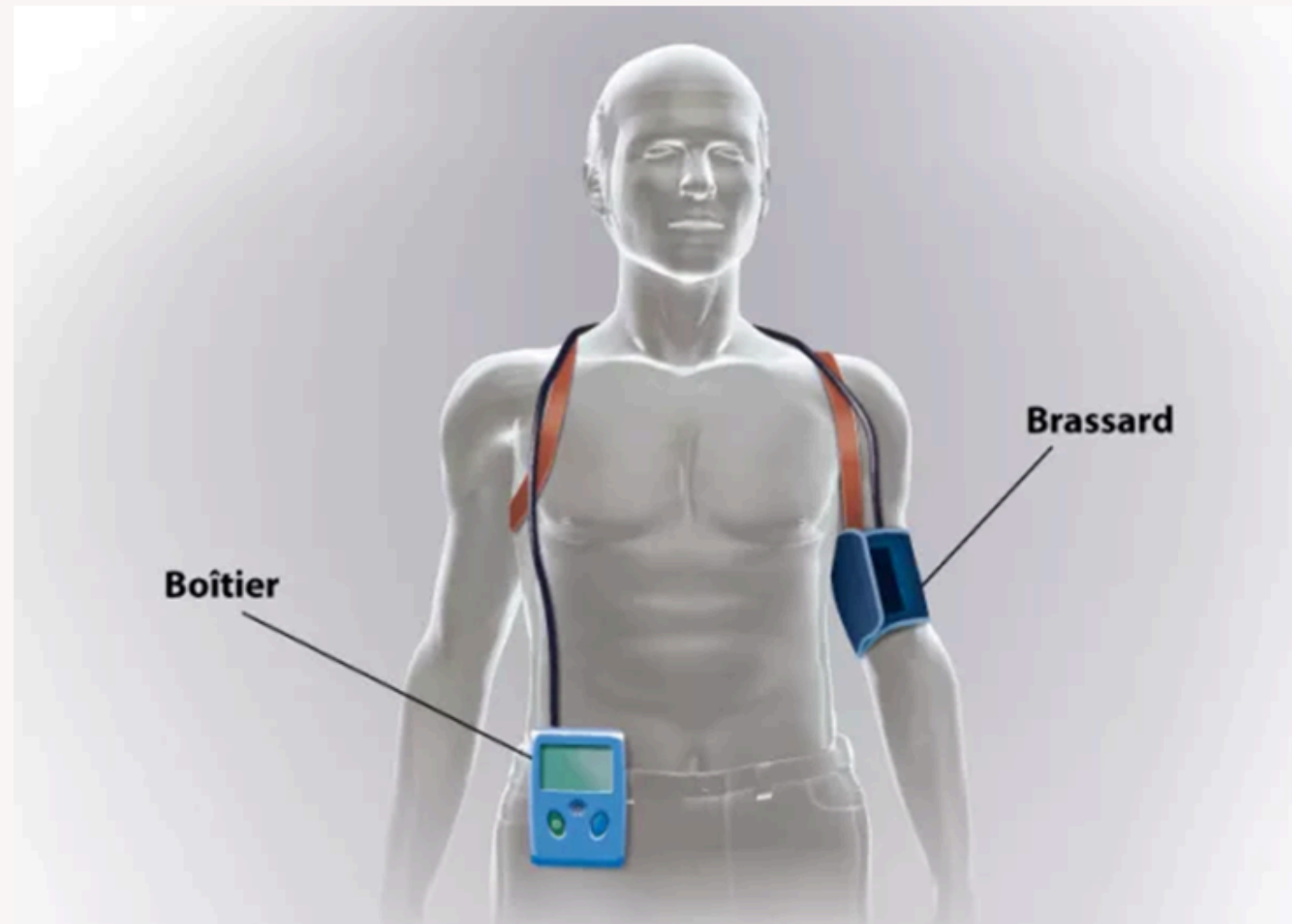
Coude

→ Challenge enfants obèses

Aucune prise de TA au pied
ni au poignet

Aggregate Evidence Quality	Grade C
Benefits	Early detection of HTN, opportunity to address weight's impact on BP and health, prevention of HTN-related morbidity.
Risks, harms, costs	Improper measurement techniques, misclassification, discomfort, time needed, possible inaccuracy during acute care visits when patient may be in pain.
Benefit-harm assessment	Benefits exceed potential harm.
Intentional vagueness	None.
Role of patient preference	Increased visit time, discomfort with cuff.
Exclusions	<3 y of age.
Strength	Moderate.

MAPA



Meilleure valeur diagnostique
Plus reproductible

Dépiste HTA masquée et HTA blouse blanche

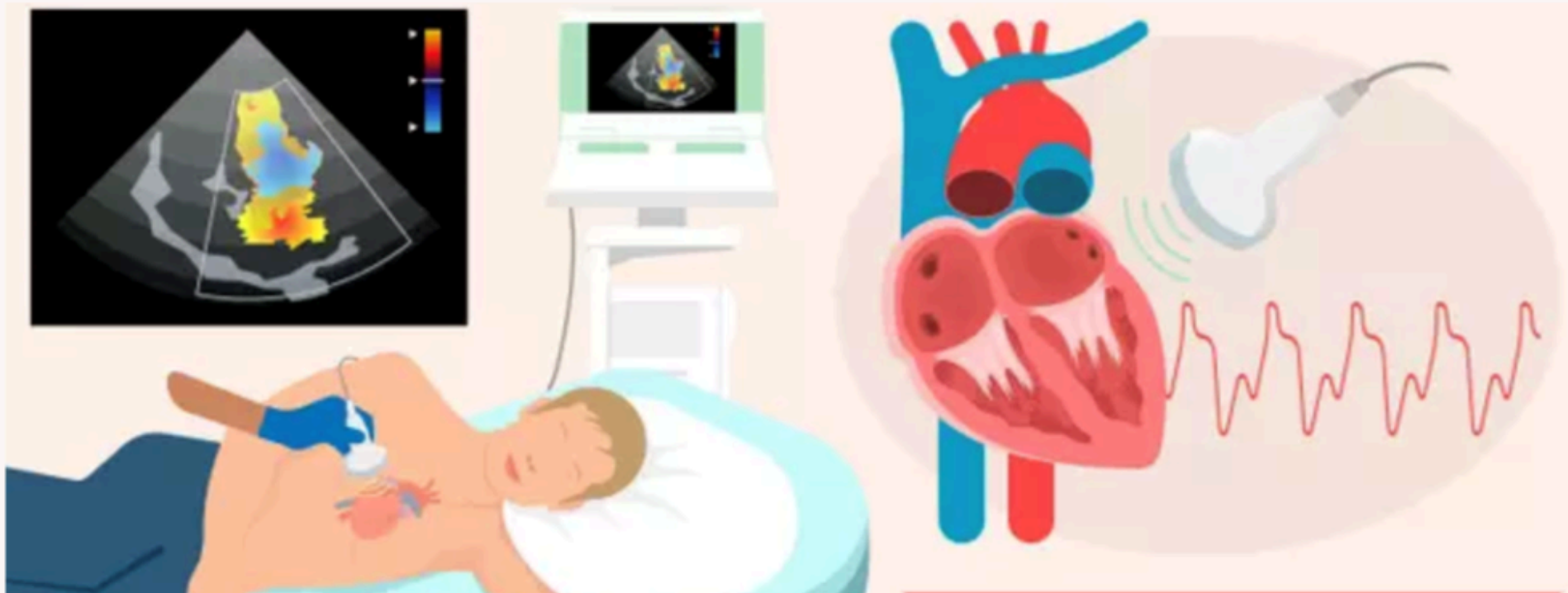
Difficile d'accès ?
Pas de données sur les < 120 cm

Suivi clinique

- Tous les mois pour adaptation traitement jusqu' à l'objectif tensionnel
- Tous les 3 à 4 mois une fois la PA contrôlée

Surveillance échocardiographique

- Tous les 6 à 12 mois si atteinte cardiaque et HTA persistante malgré traitement
- Tous les ans si pas d'atteinte d'organe mais présentant une HTA stade 2, ou stade 1 insuffisamment traitée



OBJECTIF TENSIONNEL < 90E PERCENTILE

Médicament	Âge	Dose initiale	Dose maximale	Intervalle	Formulations
Captopril	Nourrissons	0,05 mg/kg/dose	6 mg/kg/j	1-4x/j	Cp 12,5, 25, 50, 100 mg ; Susp. 5 mg/mL
Énalapril	≥1 mois	0,08 mg/kg/j (max 5 mg/j)	0,6 mg/kg/j (max 40 mg/j)	1-2x/j	Cp 2,5, 5, 10, 20 mg ; Sol. 1 mg/mL
Ramipril	—	1,6 mg/m ² /j	6 mg/m ² /j	1x/j	Gél. 1,25, 2,5, 5, 10 mg

Médicament	Âge	Dose initiale	Dose maximale	Intervalle	Formulations
Candésartan	1-5 ans	0,2 mg/kg/j (max 4 mg/j)	0,4 mg/kg/j (max 16 mg/j)	1-2x/j	Cp 4, 8, 16, 32 mg ; Susp. 1 mg/mL
	≥6 ans, 50 kg	4 mg/j	16 mg/j	1-2x/j	
Irbésartan	6-12 ans	75 mg/j	150 mg/j	1x/j	Cp 75, 150, 300 mg
	≥13 ans	150 mg/j	300 mg/j	1x/j	
Losartan	≥6 ans	0,7 mg/kg (max 50 mg)	1,4 mg/kg (max 100 mg)	1x/j	Cp 25, 50, 100 mg ; Susp. 2,5 mg/mL
Valsartan	≥6 ans	1,3 mg/kg (max 40 mg)	2,7 mg/kg (max 160 mg)	1x/j	Cp 40, 80, 160, 320 mg ; Susp. 4 mg/mL

Vérifier périodiquement

- potassium
- créatinine



OBJECTIF TENSIONNEL < 90E PERCENTILE

Médicament	Âge	Dose initiale	Dose maximale	Intervalle	Formulations
Hydrochlorothiazide	Enfant	1 mg/kg/j	3 mg/kg/j (max 50 mg/j)	1x/j	Cp 12,5, 25, 50 mg

Surveillance Iono

Médicament	Âge	Dose initiale	Dose maximale	Intervalle	Formulations
Amlodipine	≥6 ans	0,1 mg/kg/j (max 5 mg/j)	0,6 mg/kg/j (max 10 mg/j)	1x/j	Cp 2,5, 5, 10 mg ; Susp. 1 mg/mL
Nifédipine LP	—	0,25-0,5 mg/kg/j	3 mg/kg/j (max 120 mg/j)	1-2x/j	Cp LP 30, 60, 90 mg

Pas de surveillance biologique



CONCLUSION

L'HTA liée à l'obésité débute souvent dès l'enfance et conditionne le risque CV adulte



Facteur de risque majeur

Altérations cardiovasculaires détectables dès l'enfance, marqueurs indépendants du risque cardiovasculaire futur.



Dépistage et PEC multidisciplinaire

Essentiels pour inverser la tendance : mesurer, évaluer, orienter et coordonner dès les premières consultations



Atteinte reversible

Quand corrigée
Role de l'HTA ET de l'obésité
Objectif : PA < 90e percentile

Questions & échanges – Merci de votre attention.



NOUVEAUTES THERAPEUTIQUES : LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'OBESITE (TMO)



DR MARION GÉRARD - PÉDIATRE
CECILE LEGASTELOIS - DIÉTÉTICIENNE
CSO CAEN

Génétique et obésité

CSO FILIERE PÉDIATRIQUE CHU DE CAEN

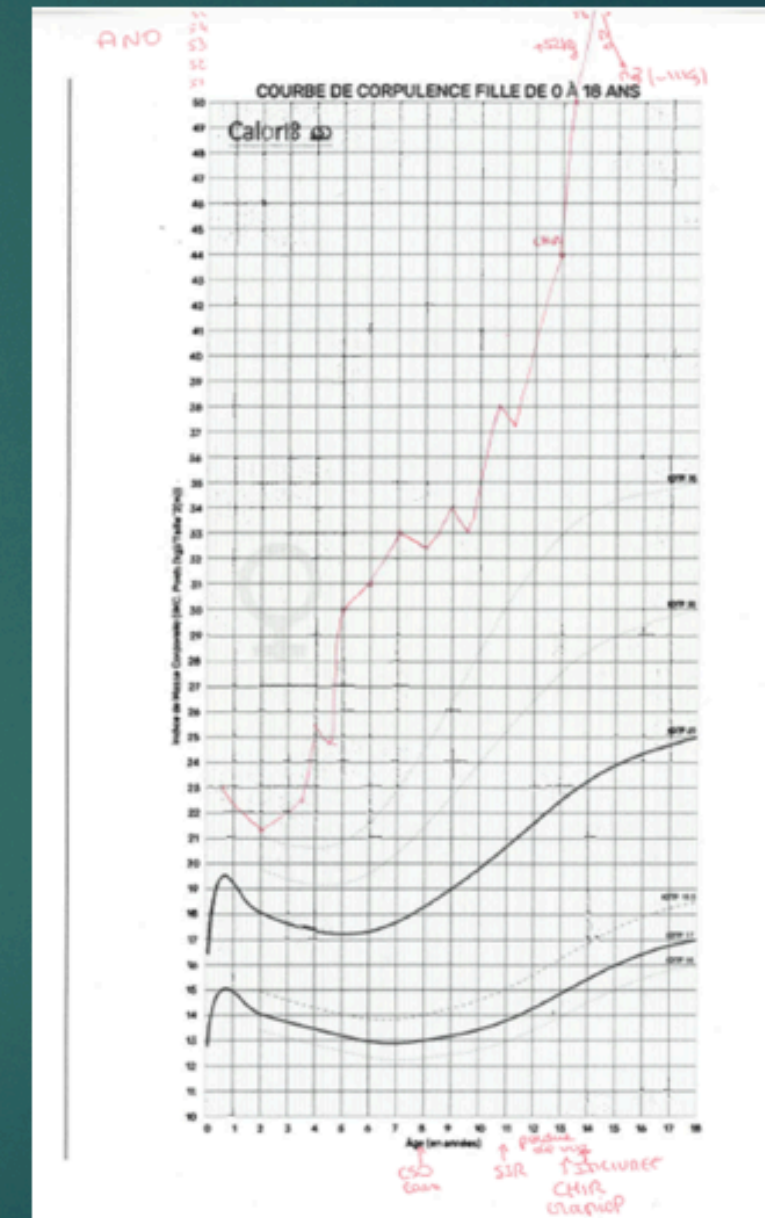
2026

Obésité : atteinte fréquente

- ▶ 25 % population pédiatrique en surpoids
- ▶ 6 % en obésité
 - ▶ CSO
 - ▶ Obésités sévères
 - ▶ IMC > 35
 - ▶ IMC > 30 + co-morbidités
- ▶ Génétique de l'obésité
 - ▶ Patients suivis plus fréquents

Clinique des patients faisant génétique

- ▶ Rebond d'adiposité anormalement précoce voire aucun rebond d'adiposité
 - ▶ Sortie des courbes avant 2 ans
 - ▶ Augmentation rapide des courbes
 - ▶ Résistance à la prise en charge



Obésités syndromiques

- ▶ Plusieurs maladies génétiques sont associés à l'obésité
 - ▶ Prader Willi
 - ▶ WAGRO
 - ▶ Délétions 16p11.2
 - ▶ X fragile
 - ▶ Cowden
 - ▶ Bardet Biedl
 - ▶ Obésité, troubles de la vision, anomalie des doigts, insuffisance rénale

Explorations possibles

- ▶ Obésités syndromiques
 - ▶ Adresser en génétique
 - ▶ Panels ciblés
 - ▶ Exome
 - ▶ Génome
 - ▶ Analyse en trio souvent (enfant, père et mère)
- ▶ Obésités non syndromiques
 - ▶ Peuvent être débrouillées en HDJ obésité
 - ▶ Explorations proposées

Bilan génétique

6

- ▶ Lors HDJ pour obésité sévère
 - ▶ Si résistance prise en charge
 - ▶ Pas d'erreurs diététiques majeures
 - ▶ Si famille OK
 - ▶ Prélever :
 - ▶ 2 tubes EDTA de 2 à 4 ml
 - ▶ 1 CGH array à Caen
 - ▶ Attention, analyse pangénomique
 - ▶ Peut retrouver des anomalies sans rapport
 - ▶ Bien expliquer aux parents
 - ▶ 1 panel obésité monogénique
 - ▶ Explore entre 15 et 20 gènes

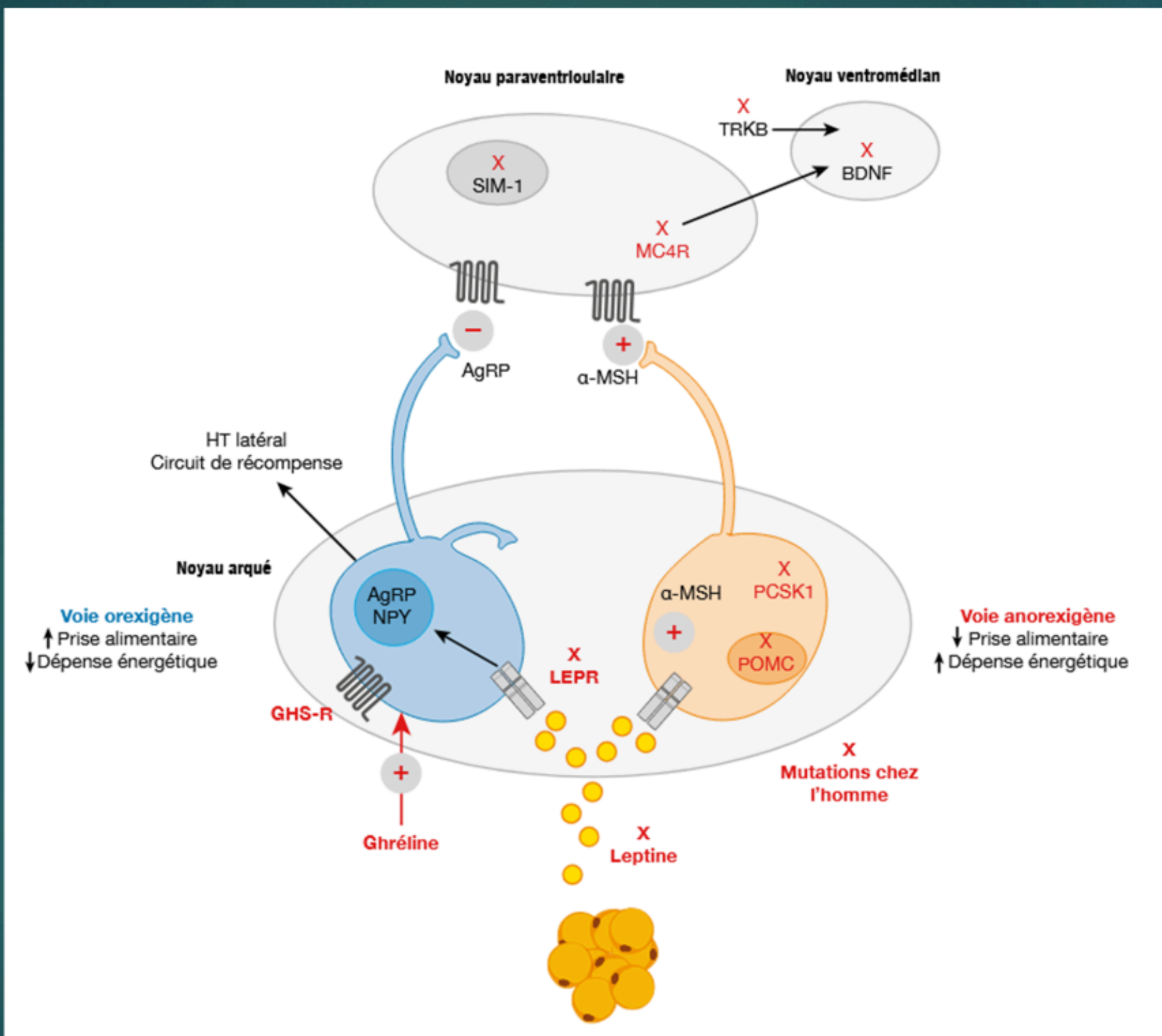
Gènes impliqués

7

Gènes

ADCY3 (adénylate cyclase 3)
ASIP (Agouti signaling protein)
BDNF (Brain derived neurotrophic factor)
LEP (Leptine)
LEPR (récepteur à la leptine)
MC4R (récepteur 4 à la mélanocortine)
MRAP2 (Mélanocortine récepteur 2)
NTRK2 (Neurotrophic receptor 2)
PCSK1 (Prohormone convertase 1)
POMC (propiomélanocortine)
SH2 et SH2B1 (SRC homologues)
SIM1 (single minded homologue 1, PW)

Etc...



Si anomalies retrouvées

- ▶ Peut être discuté en RCP obésité
 - ▶ Caen
 - ▶ Nationale si besoin
 - ▶ Redirigé sur la génétique si exploration apparentés
 - ▶ Pas de possibilité de tracer dans les familles hors cs de génétique
- ▶ Utilité
 - ▶ Traitements ciblés pour obésité sévère après l'âge de 2 ans en cas de mutations identifiées.
 - ▶ Selon traitements

Au total

10

- ▶ Exploration possible pour les obésités sévères et précoces non syndromiques
 - ▶ Prise de sang simple
 - ▶ Envoi
 - ▶ Caen : CGH array
 - ▶ Panels : Rennes ou CERBA
 - ▶ 3 à 5% positifs
 - ▶ Discussion en RCP obésité

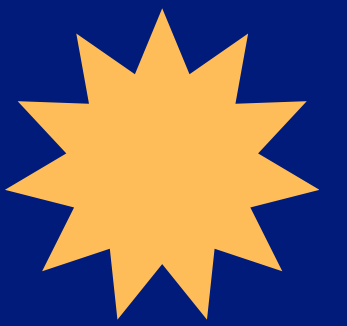
Merci de votre attention !!

OBÉSITÉS GÉNÉTIQUES : COMMENT EXPLORER ?





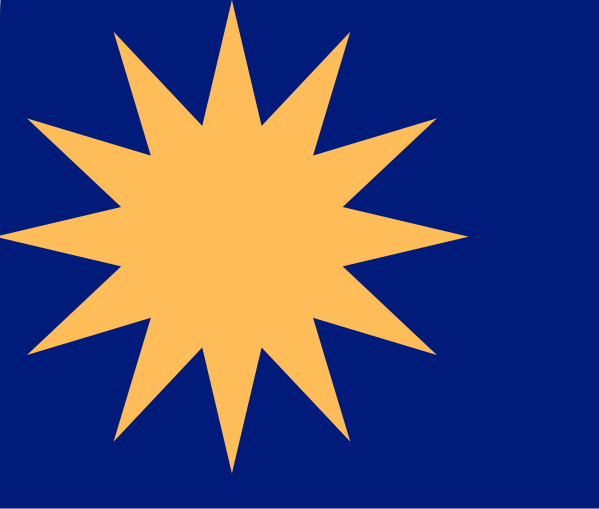
DÉJEUNER PARTAGÉ





SCOLARITÉ DE L'ENFANT : PROPOSITION
DE PAI (PROJET D'ACCUEIL
INDIVIDUALISÉ)

DR VALLOIS PAULINE - CSO CAEN NORMANDIE



obeped-sec@chu-caen.fr

02 31 27 24 39

NOTICE EXPLICATIVE

Ce modèle de **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** s'adresse aux enfants en situation d'**obésité sévère** lorsqu'un **besoin particulier d'adaptation** est identifié pour l'élève, que ce soit sur le plan médical, éducatif ou social.

Il ne s'agit pas de mettre en place un PAI pour tous les enfants en situation d'obésité, mais uniquement lorsque l'état de santé ou les répercussions sur la vie scolaire justifient un accompagnement spécifique (par exemple : difficultés de mobilité, douleurs articulaires, troubles de l'estime de soi, besoin d'adaptation en EPS, etc.).

L'objectif est bien de **favoriser l'inclusion, de prévenir la stigmatisation** et de permettre à l'élève de **participer pleinement à la vie scolaire**, dans un cadre bienveillant et sécurisé, en concertation avec la famille, l'équipe éducative et les professionnels de santé.



CONFIDENTIEL

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Proposé par la filière pédiatrique du CSO Caen Normandie

Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période

Décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap

HAS Février 2022 Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)

www.tousalecole.fr

Année scolaire : / Durée de validité : année scolaire en cours

Élève concerné : Nom Prénom
Date de naissance

Etablissement scolaire :

Adresse :

Classe : Temps plein Temps partiel Temps partiel + CNED

Nom des parents ou du représentant légal :

Adresse :

Téléphone portable père / mère :

Email père/mère :

Coordonnées des autres participants :

Chef d'établissement ou son représentant :

Tel : Email :

Médecin scolaire :

Tel : Email :

Besoins spécifiques de l'élève :

L'obésité est une maladie chronique, multifactorielle. La fréquence de l'obésité chez l'enfant a beaucoup augmenté au cours des dernières décennies. Or l'obésité a un fort impact négatif sur la vie au quotidien et à terme, peut être à l'origine de diverses complications. Sa prise en charge est d'autant plus difficile qu'elle évolue dans la durée. Chez un enfant génétiquement prédisposé, l'obésité s'aggrave en partie en raison de comportements alimentaires inadéquats et d'un mode de vie trop sédentaire : on parle d'obésité primaire ou commune (95% des cas). On distingue par opposition les obésités secondaires à une maladie (hormonale ou génétique) ou à un traitement.

D'une façon générale, il est primordial de lutter contre la stigmatisation de l'élève, notamment au restaurant scolaire ou en cours d'EPS.

Au plan matériel :

- Salle de classe en RDC ou accessible par ascenseur
- Prévoir un espace suffisant de circulation dans la classe (entre les tables, les chaises)
- Mettre à disposition des chaises sans accoudoirs
- Autre :

Au plan médical :

- Autorisation de sortie de classe si prise en charge extérieure à l'établissement
- Traitement médical : prise de salbutamol (Ventoline) si besoin selon prescription, notamment avant et après l'effort
- Autre :

Au plan pédagogique : focus sur l'EPS

Si l'obésité est importante et/ou qu'elle s'accompagne d'une symptomatologie, notamment articulaire ou cardio-respiratoire, des aménagements peuvent être nécessaires pour les séances d'EPS. Il peut alors être utile de s'appuyer sur un certificat d'inaptitude partielle à la pratique de l'EPS, rédigé par un médecin qui suit l'enfant, pour adapter la pratique aux possibilités individuelles. Ce certificat précise les capacités fonctionnelles de l'enfant, les mouvements et situations d'exercices et d'environnement à éviter, le type d'effort à privilégier.

La pratique régulière d'une activité physique fait partie intégrante de la prise en charge de l'obésité. La participation régulière de l'enfant en obésité aux séances d'EPS doit donc être

fortement encouragée. Pour faciliter l'implication de l'enfant, on peut privilégier les activités en décharge et les activités qui nécessitent un effort modéré mais de durée prolongée.

Il est préférable d'aménager les séances pour faire participer l'enfant plutôt que de l'en dispenser complètement.

- Mise en application du certificat d'inaptitude partielle
- Autoriser l'élève à interrompre l'activité en cas de douleur
- Permettre à l'élève de faire des pauses régulières pendant l'effort
- Lui accorder un temps de récupération supplémentaire
- Privilégier les efforts moins intenses
- Eviter la stigmatisation en cas de difficultés
- Vestiaires : permettre à l'élève, autant que possible et si cela est souhaité par l'élève, d'avoir accès à un espace préservant son intimité pour se changer avant/après l'EPC

Être attentif au bien-être de l'enfant : l'obésité constitue, à différents degrés, un facteur de souffrance psychologique. Souvent peu bruyant dans la petite enfance, le surpoids en se développant et se pérennisant devient généralement de plus en plus mal vécu. Il peut être à l'origine de sentiments de culpabilité, de honte, d'une perte de l'estime de soi et quelques fois même, de troubles anxieux ou dépressifs. Du fait de leur corpulence, les enfants en surpoids sont susceptibles d'être l'objet de moqueries : certaines circonstances comme les activités nautiques y sont particulièrement propices et il convient d'y être vigilant. Il faut également veiller à ne pas stigmatiser l'enfant si des aménagements sont nécessaires, surtout lorsque ces aménagements concernent des problèmes d'accessibilité (en sorties scolaires par exemple). Il est important de veiller au bien-être de l'enfant car la souffrance psychologique risque de provoquer une tendance au repli sur soi et à l'isolement. La solitude, l'ennui, peuvent contribuer à aggraver l'obésité.

Aménagements d'examens :

- Demande de tiers-temps aux examens si diagnostic associé (troubles du neuro-développement par exemple)
- Demande de tiers-temps au contrôle continu si diagnostic associé (troubles du neuro-développement par exemple)
- Aménagement de l'évaluation en EPS (privilégier l'implication à la seule performance par exemple)

Protocole en cas d'urgence

Signes d'appel : essoufflement / gêne respiratoire

Mesures à prendre :

- Arrêt de l'activité en cours et mise au repos
- Administration de traitement selon prescription (par exemple ventoline)

Référents à contacter :

- Parents : tel

- Pompier = 18
- SAMU = 15

Ce projet est approuvé par toutes les parties prenantes en présence.

Date de la signature du PAI :

- Les parents
- L'élève
- Le professeur des écoles ou le professeur principal
- Le chef d'établissement
- Le responsable du restaurant scolaire
- Le médecin scolaire
- L'infirmière scolaire
- Le professeur d'EPS



obeped-sec@chu-caen.fr

02 31 27 24 39

RCP CAS COMPLEXES



MERCI POUR VOTRE
PARTICIPATION

