

ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC, CONSÉQUENCES ET APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DE L'OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE : RECOMMANDATIONS SUISSES ET INTERNATIONALES

Nathalie J. Farpour-Lambert, Christoph Saner, Marco Janner, Tanja Karen, Dagmar l'Allemand



Nathalie J. Farpour-Lambert

Christoph Saner

Marco Janner

Tanja Karen

Dagmar l'Allemand

Introduction

L'épidémie mondiale d'obésité représente un risque majeur sur le plan sanitaire, sociétal et économique et seule une petite proportion des enfants et des adolescent-e-s qui devraient bénéficier d'un traitement ont accès à des soins de qualité⁽¹⁾. Le diagnostic et le traitement précoce de l'obésité devraient être considéré comme une priorité, car les jeunes sont susceptibles de développer des complications à court terme, mais aussi de souffrir d'obésité à l'âge adulte, ce qui les expose au risque de présenter un certain nombre de maladies non-transmissibles (MNT), comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, certains cancers et des maladies mentales⁽²⁾.

Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent-e

La prévalence mondiale du surpoids incluant l'obésité a considérablement augmenté chez les enfants et les adolescent-e-s âgé-e-s de cinq à 19 ans, passant d'à peine 4% en 1975 à plus de 18% en 2016⁽³⁾.

En Suisse, les données des enfants de moins de cinq ans ne sont pas connues, alors qu'elles sont essentielles pour la détection et le traitement précoces. Dans la tranche d'âge de six à douze ans, 11,7% des jeunes étaient en surpoids et 3,3% étaient atteints d'obésité en 2017, sans différence significative entre les sexes. La part des enfants et adolescent-e-s en surpoids (1999 : 14,5%; 2017 : 11,7%) et atteint-e-s d'obésité (1999 : 2,2%; 2017 : 3,3%) est restée relativement stable au fil du temps⁽⁴⁾. Au cours de l'année scolaire 2022/23 dans les villes de Bâle, Berne et Zurich, 16,7% des élèves examinés étaient en surpoids (obésité incluse), ce qui montre un léger recul (0,8%) par rapport à l'année précédente, en particulier pendant le premier cycle scolaire tandis que les valeurs sont restées stables pendant les deuxième et troisième cycles⁽⁵⁾. Seules de faibles différences ont été observées entre les genres. Dans cette étude, 4,3% des élèves étaient atteints d'obésité, et cette proportion

continue d'augmenter chez les élèves du troisième cycle. Comme cela a déjà été démontré dans les pays à haut revenus, les enfants de parents sans formation post-obligatoire ont un taux de surpoids ou d'obésité plus élevé. Il est important de noter que les prévalences publiées en Suisse sont probablement sous-évaluées, car elle sont calculées sur la base des seuils de références de Cole et al.⁽⁶⁾, qui sont élevés, et non sur les seuils définis par l'OMS et les courbes de corpulence utilisés comme référence en Suisse^(7,8).

Définition et critères diagnostiques

Selon l'OMS, l'obésité est une maladie chronique complexe définie par une adiposité (masse grasse) excessive ou anormale qui peut nuire à la santé⁽⁹⁾. L'adiposité est généralement estimée par des méthodes anthropométriques et exprimées par l'indice de masse corporelle (IMC, poids/taille², kg/m²) et les scores de déviation standard (SDS) ou percentiles d'IMC chez les nourrissons, les enfants et les adolescent-e-s; les catégories d'IMC qui permettent de définir le surpoids et l'obésité varient en fonction de l'âge et du sexe. Les courbes de corpulence suisses sont basées sur les normes (0–5 ans) et références (5–19 ans) de l'OMS^(8,10); les enfants et les adolescent-e-s sont considéré-e-s comme en surpoids si l'IMC pour l'âge et le sexe est supérieur au 90^e percentile; ils ont de l'obésité si l'IMC est supérieur au 97^e percentile et de l'obésité sévère si l'IMC est supérieur au 99.5^e percentile.

Cependant, l'IMC ne fournit pas une mesure directe du taux de graisse corporelle, et peut le sous-estimer (p. ex. chez les patient-e-s atteint-e-s d'une masse musculaire réduite comme dans le syndrome de Prader-Willi) ou le surestimer (p. ex. chez les sportifs). C'est pourquoi, en janvier 2025, une nouvelle définition internationale a été proposée par la *Commission de l'obésité clinique du Lancet Endocrinology & Diabetology* incluant des expert-e-s, des représentant-e-s des patient-e-s et de l'OMS⁽¹¹⁾. Elle distingue

<https://doi.org/10.35190/Paediatria.f.2025.2.1>

Correspondance :
nathalie.farpourlambert@hug.ch

l'obésité préclinique de *l'obésité clinique*, cette dernière étant caractérisée par une atteinte directe de la fonction des tissus/organes et/ou de limitations significatives lors des activités quotidiennes en raison de l'adiposité excessive. Chez les enfants et les adolescent-e-s, la présence et la gravité des dysfonctionnements organiques liés à l'obésité peuvent varier selon les individus; il est courant de n'observer que des signes précliniques, probablement parce que l'exposition à la maladie est plus courte.

En ligne avec les recommandations 2006 de la *Commission obésité* de pédiatrie suisse⁽¹²⁾, la *Commission de l'obésité clinique* du *Lancet* propose d'ajouter à l'IMC au moins un critère anthropométrique (tour de taille, rapport taille/hanches ou rapport tour de taille/taille), ou une mesure directe de la graisse corporelle, lorsqu'elle est disponible (densitomètre DXA), en utilisant des méthodes validées et des seuils appropriés à l'âge, au sexe et à l'origine ethnique. Cependant, chez les jeunes ayant un IMC très élevé ($P > 99.5$), on peut supposer de manière pragmatique un excès d'adiposité.

Quel que soit le degré d'atteinte des tissus/organes et/ou de limitation des capacités fonctionnelles, tous les enfants et les adolescent-e-s atteint-e-s d'obésité devraient avoir accès à un traitement de qualité basé sur les évidences, dans le but de prévenir ou d'induire une amélioration des manifestations cliniques de l'obésité. Les patient-e-s qui présentent une forme sévère ou complexe d'obésité (p. ex. avec signes d'atteinte des tissus/organique et/ou une limitation des capacités fonctionnelles; obésité précoce avec suspicion d'une origine génétique, etc.) devraient être référés à des spécialistes pédiatriques.

Etiologie

Obésité primaire

Dans la plupart des cas, l'obésité est une maladie multifactorielle due à un environnement « obésogène » (p. ex. aliments transformés à haute densité énergétique, marketing, taille des portions, mode de vie sédentaire, manque de sommeil, produits chimiques perturbateurs du système endocrinien, etc.), à des facteurs psychosociaux et à des variantes génétiques⁽²⁾. L'hérédité de l'obésité est estimée entre 40 et 70%; le risque d'obésité infantile est fortement influencé par le statut pondéral des parents, en particulier lorsque les deux parents sont atteints de la maladie⁽¹³⁾.

Pendant la grossesse, l'obésité maternelle préconceptionnelle et la prise de poids gestationnelle excessive, une alimentation déséquilibrée et l'exposition à des perturbateurs endocriniens peuvent influencer la santé du fœtus et sa susceptibilité à l'obésité, ainsi qu'à des MNT au cours de la vie, par le biais de modifications de la programmation métabolique, du contrôle hormonal et de la régulation des gènes⁽¹⁴⁾.

Les mécanismes neuroendocriniens (*voir article 2*) qui contrôlent la prise alimentaire, le métabolisme et le stockage des graisses peuvent expliquer pourquoi

certaines enfants et adolescent-e-s sont plus susceptibles de prendre du poids dans des environnements « obésogènes »⁽¹⁵⁾. La privation de sommeil peut également perturber ces mécanismes, augmenter le temps et les occasions de manger, réduire l'activité physique et conduire à une prise pondérale excessive⁽¹⁶⁾. Tous ces facteurs empêchent également la perte de poids et favorisent la reprise pondérale.

Finalement, les déterminants psychosociaux de la santé, tels que les événements défavorables de l'enfance, les traumatismes, le stress chronique et le harcèlement, sont également connus pour contribuer aux maladies mentales et aux troubles du comportement alimentaire, et par conséquent à l'obésité (*voir article 3*)⁽¹⁷⁾.

Obésité secondaire

Dans un petit sous-groupe de patient-e-s, des facteurs étiologiques majeurs uniques peuvent être identifiés, tels que les maladies, l'immobilisation, les médicaments, les procédures iatrogènes, les mutations monogéniques héréditaires ou les syndromes génétiques.

Certaines conditions médicales ou maladies peuvent contribuer ou causer l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s⁽¹⁸⁾, dont : les lésions hypothalamiques (p. ex. craniopharyngiome, traumatisme), une immobilisation de longue durée (p. ex. fracture du fémur, algodystrophie après une fracture, maladie de Perthes), des troubles du sommeil, des troubles psychologiques (p. ex. anxiété, dépression, troubles du comportement alimentaire), et très rarement l'hypothyroïdie, l'hypercorticisme (maladie de Cushing) ou un déficit en hormone de croissance, etc.).

En outre, certains médicaments peuvent induire une prise de poids excessive et rendre difficile la prise en charge de l'obésité : antipsychotiques atypiques, antiépileptiques, stabilisateurs de l'humeur, certains antidépresseurs (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRIs, tricycliques), traitements pour les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (guanfacine), ou pour la migraine⁽¹⁹⁾.

Les formes monogéniques ou syndromiques d'obésité sont rares (*voir article 2*)⁽²⁰⁾. La grande majorité des perturbations monogéniques à l'origine de l'obésité infantile relèvent des voies neuroendocriniennes qui contrôlent l'appétit. Les syndromes les plus courants associés à l'obésité chez les enfants sont : Prader Willi, Alström et Bardet Biedl. Lors de l'évaluation initiale d'une obésité (*voir arbre décisionnel, article 2*), il est recommandé de rechercher certains symptômes ou signes spécifiques, tels que l'apparition précoce de l'obésité (<5 ans), des troubles de la régulation de l'appétit (hyperphagie), un retard de développement psychomoteur, un retard de croissance, une hypotonie, des anomalies neurosensorielles ou osseuses, ou un hypogonadisme. Dans le cas des formes monogéniques ou syndromiques de l'obésité, les comportements et les facteurs environnementaux jouent un rôle limité.

Conséquences

L'obésité de l'enfant et de l'adolescent-e peut entraîner de multiples maladies ou troubles physiques et psychiques à court et à long terme (voir article 4)⁽¹¹⁾. Certains problèmes de santé sont dus à un dépôt excessif de graisse dans les tissus (p. ex. apnée du sommeil, reflux gastro-œsophagien, syndrome d'hypoventilation, etc.) ou à une charge mécanique excessive (p. ex. valgus du genou, tibia vara, hyperlordose ou épiphysiolyse de la tête fémorale). D'autres complications sont dues à des altérations métaboliques ou hormonales (p. ex. résistance à l'insuline et intolérance au glucose, dyslipidémie, etc.), ou à la stigmatisation liée au surpoids (voir article 3).

En effet, les enfants et les adolescent-e-s souffrant d'obésité peuvent être victimes de moqueries et de harcèlement, ce qui peut avoir un impact négatif sur l'estime de soi, la santé mentale, les résultats scolaires etc., (voir article 3)⁽²¹⁾. Les déficiences psychosociales liées à la stigmatisation peuvent retarder le traitement de l'obésité, créant une boucle de rétroaction négative de stigmatisation et de prise de poids supplémentaire. La peur du jugement peut empêcher les parents de consulter des professionnel-le-s de la santé pour leurs enfants. C'est pourquoi il est important de communiquer avec empathie et respect durant les soins, en demandant au préalable à l'enfant ou à l'adolescent-e l'autorisation de discuter de son poids et en utilisant un langage centré sur la personne.

La présence de maladies/troubles liés à l'obésité, ou de comorbidités, peut compliquer la prise en charge et doit être prise en compte dans la prise de décision clinique concernant les indications et le type de traitement. Par conséquent, une évaluation de ceux-ci doit être effectuée régulièrement au cours du suivi.

A long-terme, l'obésité est l'un des principaux facteurs de risque de nombreuses MNT, qui figurent parmi les principales causes de décès, d'invalidité et de coûts de la santé en Suisse et dans la région européenne de l'OMS⁽²⁾. Plus l'IMC est élevé pendant l'enfance, plus le risque de développer des MNT associées à l'obésité à l'âge adulte est élevé. Des recherches récentes ont montré que la disparition du surpoids à la fin de l'adolescence peut réduire le risque de diabète de type 2⁽²²⁾. Par conséquent, l'obésité chez l'enfant et l'adolescent-e doit être diagnostiquée et prise en charge à un stade précoce pour prévenir les atteintes organiques à court et à long-terme.

Avant d'instaurer un traitement, il est important de faire une anamnèse détaillée (voir tableau 1), des mesures anthropométriques et un examen clinique (voir tableau 2) et des investigations ciblées (voir tableau 3) afin de poser le diagnostic, d'identifier les causes de l'obésité, de détecter des maladies/troubles associés et/ou des comorbidités, et les moteurs et freins au traitement (voir article 4)^(18,23). Si le-la médecin traitant-e prévoit de référer le-la patient-e à un centre ou à une consultation spécialisée, il est préférable d'attendre avant d'effectuer les investigations

Approches thérapeutiques

(voir aussi articles 5 et 6)

Les principaux objectifs du traitement de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent-e sont les suivants :

1. soutenir les changements de comportement du-de la patient-e et de sa famille;
2. réduire les facteurs de risque, prévenir ou freiner le développement précoce des MNT;
3. améliorer le bien-être et la qualité de vie;
4. par conséquent, réduire la prise pondérale pendant la croissance, ou perdre du poids en fin de croissance, et diminuer le percentile d'IMC, le tour de taille ou le ratio tour de taille/taille (et le taux de graisse corporelle s'il est mesuré).

Le traitement est adapté individuellement selon les besoins, les attentes, les ressources et la motivation du patient et de sa famille. Il est conseillé de se concentrer sur la santé physique et psychique de l'enfant et de l'adolescent-e, et pas seulement sur la stabilisation du poids ou la perte pondérale.

Les options suivantes peuvent être proposées^(2,23) :

1. Les interventions à plusieurs composants visant à modifier les comportements du-de la patient-e et de sa famille; elles peuvent être mises en œuvre dans le cadre des cabinets médicaux, des services de premier recours et des communautés (programmes de groupe multiprofessionnel – PGM ou thérapie individuelle structurée multiprofessionnelle –TIMS), en collaboration avec d'autres professionnel-le-s de la santé (infirmier-ère-s, diététicien-ne-s, physiothérapeutes, psychologues, psychiatres, etc.)⁽²⁴⁾. Toute la famille doit être impliquée.
2. Une psychothérapie, une thérapie cognitive et comportementale ou une thérapie familiale peuvent également être proposées en complément, en fonction des besoins de l'enfant ou de l'adolescent-e.
3. La pharmacothérapie est une approche prometteuse pour les adolescent-e-s atteint-e-s d'obésité qui ne répondent pas de manière optimale aux interventions (voir article 6). Les médicaments avec des indications spécifiques peuvent être prescrits par les médecins spécialistes de l'obésité ou les endocrinologues pédiatres⁽²⁵⁾.
4. La chirurgie bariatrique peut entraîner une réduction significative et durable de l'IMC (et de la masse grasse) chez les adolescent-e-s en fin de croissance et souffrant d'obésité sévère, ainsi qu'une amélioration des complications liées à l'obésité. Cependant, une équipe multidisciplinaire spécialisée et un suivi à long terme sont nécessaires (niveau de soins tertiaires)⁽²⁶⁾.

Anamnèse
Histoire personnelle et familiale comprenant : histoire médicale, activités physiques et sportives, modes de déplacement, loisirs, temps passé devant les écrans, alimentation, sommeil, scolarité, facteurs psychosociaux, etc.
Antécédents périconceptionnels et périnataux : IMC maternel avant la conception, gain de poids gestationnel, diabète et hypertension gestationnels, pré-éclampsie, dépression maternelle, césarienne, retard de croissance intra-utérin, gros pour l'âge gestationnel ou macrosomie, souffrance fœtale aigue, allaitement, etc.)
Anamnèse par système : recherche de symptômes de maladies/troubles associés à l'obésité.
Évolution du poids, de la taille et de l'IMC depuis la naissance.
Traitements antérieurs ou en cours.
Déterminants socio-économiques et culturels.
Moteurs et freins pour le traitement (facteurs familiaux ou environnementaux, socio-économiques, émotionnels ou médicaux).

Tableau 1. Anamnèse

Mesures anthropométriques et examen clinique
Mesurer le poids (kg) et la taille (cm).
Calculer l'IMC et déterminer le percentile d'IMC à l'aide des courbes de corpulence nationales (pédiatrie suisse) ⁽⁸⁾ . L'IMC SDS peut aussi être calculé à l'aide du logiciel <i>Anthroplus</i> de l'OMS ⁽²⁸⁾ .
Mesurer le tour de taille (cm) et de hanches, et calculer le rapport tour de taille (cm)/taille (cm); un rapport > 0,5 a été proposé comme seuil d'adiposité abdominale au niveau national et international ^(11,12) ; il peut servir de prédicteur du risque cardiovasculaire.
Evaluer le status cardiovasculaire : auscultation, pouls, mesure de la pression artérielle après 10 minutes de repos (en utilisant un brassard de taille appropriée et des valeurs de références pédiatriques).
Evaluer les stades pubertaires selon la méthode de Tanner.
Rechercher de signes de formes monogéniques ou syndromiques d'obésité : dysmorphisme, retard psychomoteur, retard de croissance, hypotonie, anomalies neurosensorielles, hypogonadisme.
Rechercher de signes de maladies/troubles liés à l'obésité ou comorbidités : > Signes cutanés : vergetures, signe de résistance à l'insuline (acanthosis nigricans) ou d'hyperandrogénie chez les filles (hirsutisme, acné extrême). > Signe de stéatose hépatique : hépatomégalie. > Signes de déformation du squelette, de douleurs et de limitation des mouvements : valgus du genou, pieds plats, hyperlordose, tibia vara, épiphysiolyse de la tête fémorale. > Signes de troubles psychologiques : anxiété, dépression, troubles de l'attention et hyperactivité. > Signes d'hypothyroïdie : retard de croissance, goitre, peau sèche, perte de cheveux, myxœdème. > Signes d'hypercorticisme (maladie de Cushing) : adiposité centrale, petite taille ou ralentissement de la vitesse de croissance, élévation de la pression artérielle, vergetures violettes, visage arrondi, rouge et bouffi. > Autres signes selon l'anamnèse.
Evaluer les capacités fonctionnelles : fitness cardiorespiratoire, force musculaire, équilibre et coordination (en collaboration avec un-e physiothérapeute ou maître de sport en activité physique adaptée) ⁽²⁹⁾ .

Tableau 2. Mesures anthropométriques et examen clinique

Investigations	
Dépistage initial :	Prise de sang à jeun : glucose, HbA1c, cholestérol total, -LDL, -HDL, triglycérides, ALAT, TSH.
Investigations complémentaires (liste non exhaustive) :	Test oral de tolérance au glucose (OGTT) pour dépister une intolérance au glucose ou un diabète de type 2 (avec dosage de l'insuline basale et calcul du HOMA-IR) chez des patient-e-s avec IMC > P90, après le début de la puberté ou à partir de 10 ans ET si un ou plusieurs critères supplémentaires sont présents : diabète gestationnel maternel, anamnèse familiale positive chez un parent du 1 ^{er} ou 2 ^e degré pour un diabète de type 2; origine africaine, hispanique, moyen-orientale, asiatique ou des îles pacifiques; signes de résistance à l'insuline (acanthosis nigricans, hypertension, dyslipidémie, MASLD, syndrome des ovaires polykystiques); retard de croissance intra-utérin ou gros pour l'âge gestationnel; médicaments antipsychotiques atypiques avec prise de poids rapide ⁽³⁰⁾ . Le-la patient-e est si possible référé à un centre de l'obésité pédiatrique (Centre of obesity management, COM) ou une consultation en endocrinologie et diabétologie pédiatrique si ces critères sont remplis.
	En présence d'un acanthosis nigricans ou d'autres signes de résistance à l'insuline : insuline sérique à jeun et calcul du HOMA-IR
	Selon le bilan lipidique initial : homocystéine, lipoprotéine(a).
	En présence d'un pré-diabète (glucose à jeun ou après OGTT élevé, ou HbA1c élevée), urée et — créatinine sériques, et rapport albumine/créatinine urinaire (microalbuminurie) ⁽¹¹⁾ ; consultation de néphrologie en cas de perturbations.
	Si ALAT élevée, échographie du foie et autres tests hépatiques (enzymes, sérologies virales) pour confirmer le diagnostic de maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) ⁽¹¹⁾ .
	Acide urique, si anamnèse familiale positive.
	Status respiratoire et dépistage du syndrome d'apnée du sommeil : polysomnographie si pauses respiratoires, ronflements, énurésie nocturne secondaire, fatigue, troubles de la concentration. Consultation pneumologique si indiqué.
	Consultation endocrinologique en cas de puberté retardée/hypogonadisme chez les garçons ou troubles menstruels ou hirsutisme chez les filles.
	Si indiqué, consultation orthopédique et imagerie en cas de symptômes/signes (p. ex. au niveau des hanches, genoux, pieds, dos).

Tableau 3. Investigations

Approche intégrée

Les facteurs environnementaux sont considérés comme la principale cause de l'augmentation spectaculaire de la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s. Par conséquent, la lutte contre l'obésité chez les jeunes nécessite des actions intégrées dans plusieurs domaines, notamment⁽²⁷⁾ :

1. la mise en œuvre de politiques visant à créer des environnements de vie plus sains, en intervenant dans les écoles et dans les lieux où les enfants et les adolescent-e-s vivent, étudient et jouent;
2. renforcer les capacités des personnes et des communautés afin de s'impliquer dans les décisions qui les concernent;
3. reconnaître l'obésité comme une maladie chronique et améliorer l'accès des jeunes à des soins de qualité basés sur les évidences et selon les principes de la médecine de premier recours.

Conclusions

- L'obésité est une maladie chronique complexe, qui représente un fardeau majeur pour la santé, la société et l'économie.
- Les facteurs génétiques, biologiques, métaboliques, comportementaux et environnementaux jouent un rôle important dans le développement de l'obésité et peuvent également constituer des obstacles à la prise en charge.
- L'obésité polygénique est fréquente, tandis que les formes monogéniques ou syndromiques sont rares.
- Le diagnostic et le traitement précoce de l'obésité pendant l'enfance sont essentiels pour prévenir ou freiner le développement des maladies non-transmissibles associées.
- Les courbes de corpulence (IMC percentiles)⁽⁷⁾ sont utiles pour détecter le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s.

Formation continue

- L'ajout de la mesure du tour de taille et du rapport tour de taille/taille, ainsi que la recherche d'éventuelles atteintes des tissus/organes liées à l'obésité et l'évaluation des capacités fonctionnelles, permet d'identifier les patient-e-s à risque et d'adapter le traitement de manière personnalisée.
- Une attitude positive et des compétences en matière de communication sont importantes pour établir une bonne relation thérapeutique patient-famille-médecin et prévenir la stigmatisation.
- Les principaux objectifs du traitement sont de promouvoir et accompagner les changements de comportement du-de la patient-e et de sa famille, afin d'améliorer sa santé physique et psychique, de réduire l'excès d'adiposité pendant la croissance, et prévenir ou freiner le développement des complications.
- Les pédiatres et les médecins généralistes ont la responsabilité de détecter le plus rapidement possible l'obésité et les maladies/troubles associés, et d'accompagner les enfants, les adolescent-e-s, ainsi que leurs parents (ou les personnes qui s'occupent d'eux), pour mettre en place une prise en charge appropriée.
- Les patient-e-s qui présentent une obésité d'apparition précoce, chez qui on peut suspecter une origine génétique, et ceux avec des symptômes et des signes d'atteintes des tissus/organes liées à l'obésité devraient être référés aux centres ou consultations spécialisés.
- L'éducation et le soutien de la famille sont essentiels pour une prise en charge optimale. Une attention particulière doit être accordée aux populations vulnérables.
- Les interventions comportementales multi-professionnelles, individuelles ou en groupe, peuvent résulter en de légères réductions de l'IMC SDS, ainsi qu'une amélioration de la santé physique et psychique chez les enfants et les adolescents de tous âges.
- La pharmacothérapie est une approche prometteuse pour les adolescent-e-s atteint-e-s d'obésité qui ne répondent pas de manière optimale aux interventions comportementales, mais les options sont encore limitées en Suisse.
- La chirurgie bariatrique permet une réduction durable de l'IMC chez les adolescent-e-s souffrant d'obésité très sévère. Cependant, une équipe interdisciplinaire de spécialistes est nécessaire.

*Pour la bibliographie, veuillez consulter
notre version en ligne de l'article.*

Auteur-e-s

Dr med. Nathalie J. Farpour-Lambert, Programme Contrepoids, Unité d'éducation thérapeutique pour maladies chroniques, Département de médecine de premier recours, HUG, Genève
PD Dr. med. Christoph Saner, Medizinische Universitätskinderklinik, Abteilung für pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Inselspital, Bern
Dr. med. Marco Janner, Medizinische Universitätskinderklinik, Abteilung für pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Inselspital, Bern
PD Dr. med. Tanja Karen, Kinderspital und Adipositaszentrum Zentralschweiz, Luzerner Kantonsspital
Prof. Dr. med. Dagmar l'Allemand, Association obésité de l'enfant et de l'adolescent – Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter akj, Baden

Les auteur-e-s n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.