

SURCHARGE PONDERALE ET OBESITE

Prévalence

Impact santé publique au niveau national et mondial

Aspect médico-économique

L'obésité infantile est devenue en moins de deux décennies un problème de santé publique dans tous les pays développés, prélude probable à l'augmentation de la prévalence de l'obésité à l'âge adulte et son cortège de conséquences métaboliques et cardiovasculaires.

Les déterminants de l'obésité infantile commencent à être mieux connus, avec toujours une part d'ombre concernant les déterminants génétiques précis, objet actuel de controverses ayant pour conséquence principale la question non encore résolue :

Y A-T-IL DES SUJETS À RISQUE DE DEVENIR OBÈSES ?

et si oui, faut-il réserver la prévention exclusivement à cette population ou doit-on promouvoir une prévention primaire large destinée à l'ensemble de la population

PREVALENCE

Depuis 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé considère l'évolution de l'obésité comme une épidémie !

Dans le monde 300 millions d'adultes sont obèses.

Qui sont les plus touchés par l'obésité, les adultes ou les enfants ?

Les deux, mais surtout les enfants !

Depuis ces trois dernières années on a recensé 650.000 nouveaux cas dont 275.000 chez les enfants et les adolescents.

L'obésité un « énorme » problème de santé publique.

DANS L'HEXAGONE QUOI DE NEUF?

**L'obésité est-elle plus fréquente que les années précédentes ?
Actuellement, un français sur trois a un surpoids et 10 à 15 % sont obèses !**

OUI et son évolution est inquiétante.

Par rapport à l'enquête de 1997, on a observé les augmentations suivantes :

Nord	: + 19,5 %
Centre	: + 39,1 %
Ile de France	: + 70,1 %
Est	: + 37,8 %
Sud Est	: + 45,3 %
Sud Ouest	: + 33,8 %
Centre Est	: + 23,2 %
Bretagne	: + 40,6 %

Les augmentations les plus fortes : Ile de France, Sud-Est, Centre, Bretagne et l'Est.

En matière d'obésité infantile la situation est donc très préoccupante :

15 % des enfants souffrent d'une obésité modérée et 4 % d'une obésité forte.

Nous avons un taux de croissance de surpoids comparable aux américains. L'obésité peut ainsi apparaître dès 2 ans même si on la retrouve surtout entre 7 et 12 ans.

2/3 des enfants obèses le resteront à l'âge adulte !

QUID DE L'EUROPE ?

Elle prend un tour de taille dramatique

Elle qui a longtemps pointé du doigt l'obésité des Américains se regarde dans la glace avec horreur et ne se reconnaît plus.

Un récent rapport dresse un tableau alarmant des problèmes de poids (obésité et surpoids) en Europe, ceux-ci sont en hausse constante dans toute l'Union.

Quatorze millions de petits Européens sont touchés aujourd'hui par ce phénomène.

Aucun pays n'est épargné et les plus touchés ne sont pas ceux qu'on croit.

Malte, Gibraltar, la Crète, l'Espagne, le Portugal et l'Italie affichent des taux de surcharge pondérale et d'obésité dépassant les 30 % parmi les enfants de 7 à 11 ans.

Ce qui souligne que le régime traditionnel méditerranéen, jusqu'ici vanté pour son équilibre, s'est laissé largement supplanter par une alimentation plus riche, plus sucrée et plus salée.

IMPACT EN SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU NATIONAL ET MONDIAL

Aspect médico-économique

Salée, la note sanitaire risque de l'être elle aussi. Car qui dit excès pondéral dit risques de santé accrus. Les risques se profilent dès les plus bas niveaux d'excès pondéral. Celui-ci favorise le DT2, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, les troubles respiratoires, l'arthrite.

La Commission européenne indique ainsi que, selon les estimations, l'obésité représenterait déjà entre 2 et 8 % des coûts de soins de santé en Europe.

AUX USA

L'obésité provoque 400 000 morts par an aux Etats-Unis :

64% des américains sont victimes d'obésité et de surpoids .
Le coût, en terme de santé publique, est loin d'être négligeable
et se rapproche de celui généré par le tabac.

La facture respective de chaque pathologie étant de 117 et
140 milliards de dollars en 2000.

Les résultats d'une étude révèle que les décès liés à l'obésité
sont ceux qui ont le plus progressé en dix ans.

Si la tendance se poursuit, la mauvaise alimentation et
l'inactivité physique devraient dépasser le tabac comme cause
évitable de mortalité.

DÉFINITION DE L'OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

Chez l'adulte comme chez l'enfant, l'obésité est définie comme un excès de masse grasse corporelle (tissu adipeux) ayant des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale.

Regarder, ça ne suffit pas.

Il n'est pas possible d'apprécier à l'œil s'il y a un surpoids ou non. Il faut affirmer le diagnostic par des chiffres.

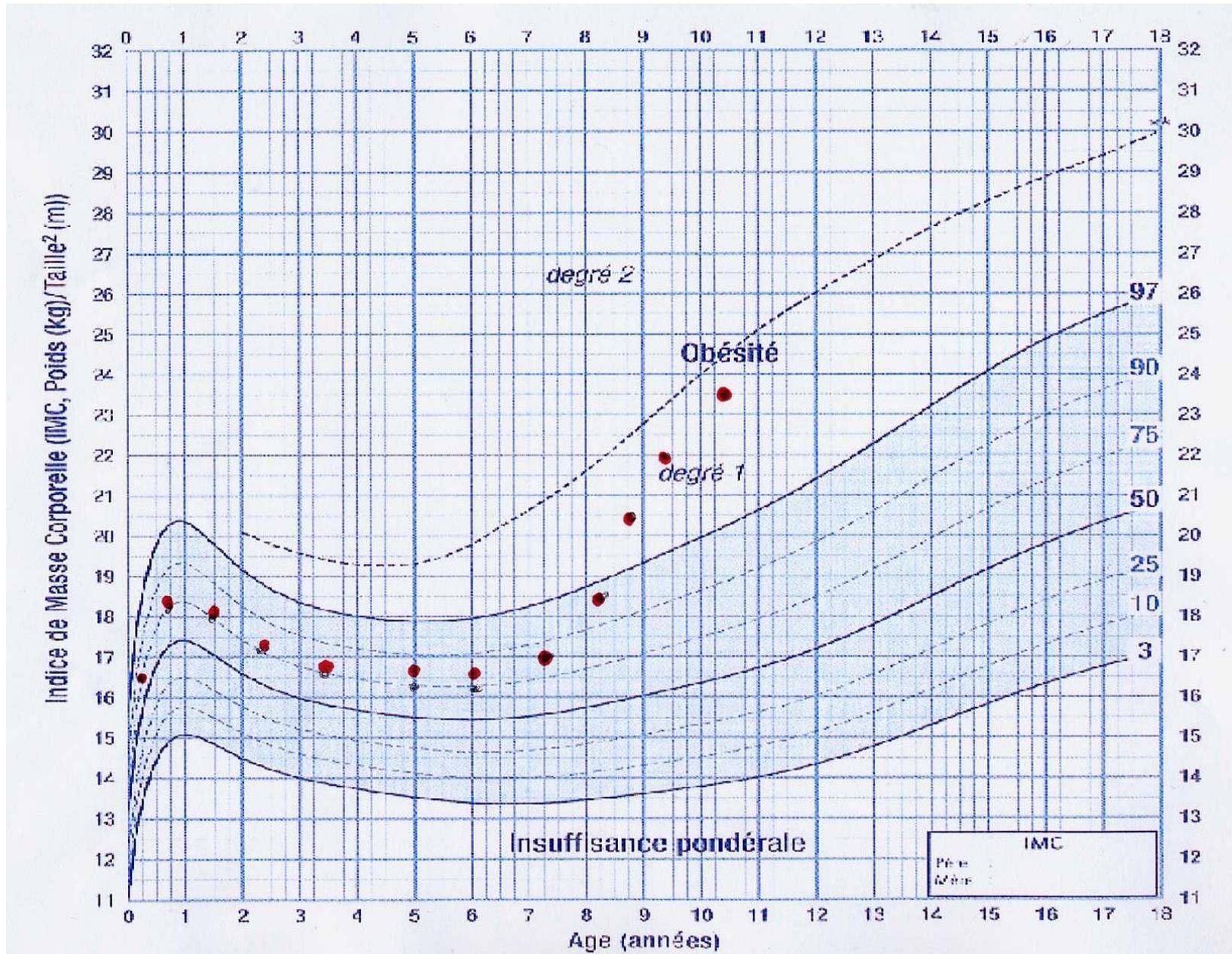
Peser, ça ne suffit pas.

Chez l'enfant, le poids est variable en fonction d'abord de l'âge, et ensuite de la taille.

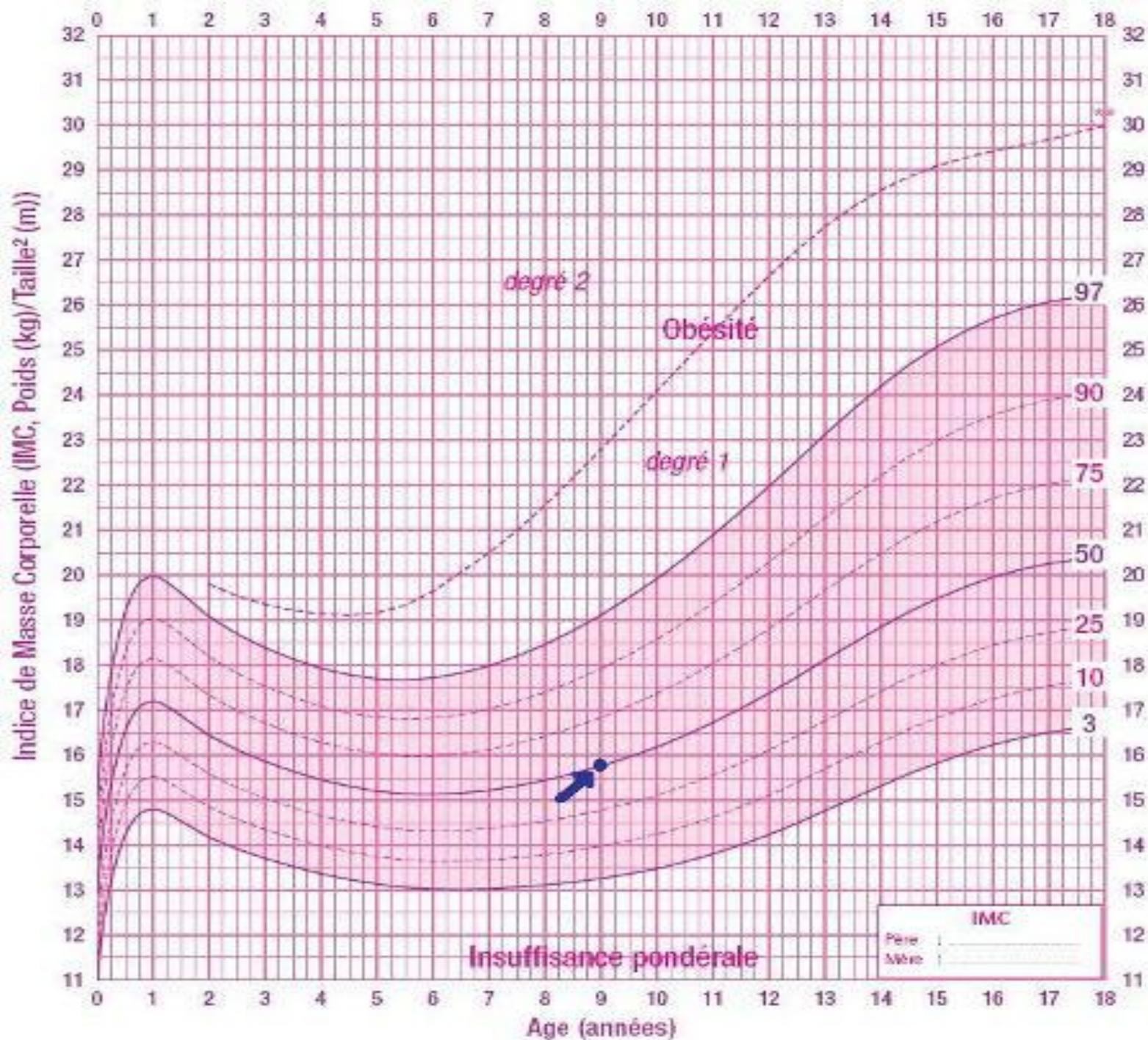
Mesurer, ça ne suffit pas.

La simple taille ne donne pas d'élément sur le surpoids.

COURBES D'INDICE DE CORPULENCE



**Courbe de
Corpulence
Fille de 0 à
18 ans**



QU'EST-CE-QUE LE REBOND ?

La corpulence de l'enfant est bien représentée par l'IMC = poids/taille²

La courbe de l'IMC pendant la croissance évolue en 3 phases :

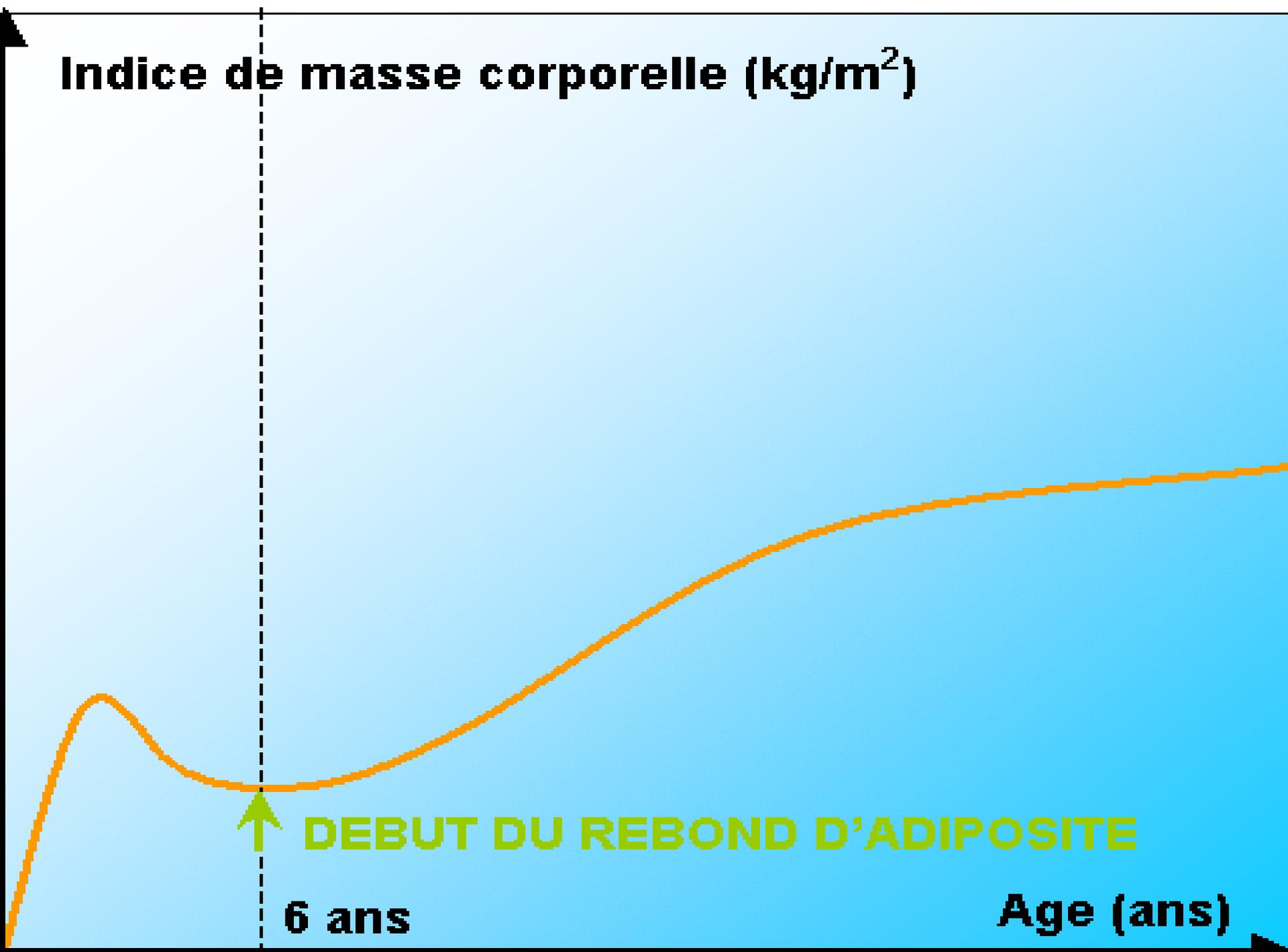
1) Avant l'âge de 2 ans la corpulence augmente et en général à l'âge de 1 an l'enfant est rond et potelé.

2) La corpulence décroît après 2 ans. L'enfant semble plutôt maigre jusqu'à l'âge de 6-7ans, on dit qu'il « déboule » , les parents trouvent leur enfant trop maigre, on « lui voit les côtes », mais très souvent l'IMC est normal.

3) Vers l'âge de 6 ans, on assiste à une nouvelle remontée de la courbe, cette période s'appelle le rebond adipositaire.

Les pédiatres s'intéressent au rebond, car en général l'âge du rebond est beaucoup plus précoce chez les enfants obèses : 3 ans au lieu de 6 chez les enfants de poids normal.

Indice de masse corporelle (kg/m²)



DEBUT DU REBOND D'ADIPOSITÉ

6 ans

Age (ans)

OBÉSITÉS ENDOCRINIENNES

Le syndrome de Cushing, rare chez l'enfant, peut entraîner une obésité. Celle-ci est toujours associée à un infléchissement statural, et aux autres manifestations d'hypercorticisme (obésité à prédominance facio-tronculaire, buffalo-neck, érythrose faciale, acné fréquente, fragilité cutanée, amyotrophie des ceintures...). L'obésité associée aux hypercorticismes iatrogènes s'en rapproche, mais ne pose pas de problème diagnostique.

L'hypothyroïdie acquise (thyroïdite de Hashimoto) entraîne plutôt une prise pondérale excessive contrastant avec une croissance staturale ralentie, mais rarement une obésité importante. Celle-ci n'est qu'exceptionnellement l'anomalie qui conduit au diagnostic.

Le déficit en hormone de croissance (congénital ou acquis) entraîne plutôt une croissance staturale franchement ralentie associée à une prise pondérale trop forte, mais rarement une obésité importante. Là encore, l'obésité n'est qu'exceptionnellement l'anomalie qui conduit au diagnostic.

Les lésions intracrâniennes, secondaires aux tumeurs de la région hypothalamique ou à leur traitement chirurgical (craniopharyngiome), peuvent entraîner des troubles de la satiété responsables d'une obésité souvent importante.

LES DÉTERMINANTS GÉNÉTIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

Déterminer les parts respectives de gènes prédisposant à l'obésité et de facteurs d'environnement est malaisé : ainsi, le risque pour un enfant d'être obèse est quatre fois plus important si un de ses parents est lui-même obèse, mais ceci ne signifie pas obligatoirement que la transmission génétique soit prépondérante.

Il existe certes des obésités dites monogéniques, où le fait d'être porteur d'une mutation (remplacement d'un gène normal par un gène anormal) ou d'une délétion (perte d'un fragment de gène) conduit irrémédiablement à une obésité majeure. Ces cas sont très rares.

Ainsi, le déficit génétique de production d'une hormone synthétisée par le tissu adipeux, la leptine, ou de l'expression de son récepteur, entraîne constamment une obésité majeure.

La très grande majorité (95 %) des obésités sont dites primaires ou communes : l'obésité ne s'intègre pas dans le cadre d'un syndrome génétique et n'est pas secondaire à une pathologie endocrinienne, ni neurologique, ni à un traitement (immobilisation, corticothérapie, traitement neuroleptique...).

Cette obésité primaire asymptomatique, en l'absence d'antécédents familiaux de risque cardiovasculaire, ne nécessite aucun bilan paraclinique.

En revanche, un retard statural, une dysmorphie, un retard intellectuel, une déficience sensorielle (surdité, myopie évolutive), des anomalies cardiaques, rénale, musculaire, du squelette ou des gonades imposent de réaliser des investigations soigneuses et graduées à la recherche d'une étiologie de cette ob siti .

L'INTERROGATOIRE

Il doit permettre d'identifier les enfants à risque de surcharge pondérale sur base de l'histoire familiale et personnelle, du poids de naissance et de l'évolution des courbes de croissance et de corpulence, des facteurs de risque socio-économiques, ethniques, culturels ou environnementaux. Il porte principalement sur les points suivants :

- histoire familiale : obésité chez les parents du premier degré, facteurs de risque cardio-vasculaire et diabète de type II, la fratrie
- histoire personnelle : poids de naissance, évolution de la corpulence, début du problème, âge du rebond adipositaire (la courbe de corpulence est toujours d'une aide précieuse), retard ou non au développement, antécédents médicaux et chirurgicaux,

L'obésité parentale, l'origine ethnique, le poids de naissance, un rebond adipositaire précoce, l'environnement sont des facteurs influençant le risque d'obésité infantile.

**L'ABORD DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT SUR UN PLAN
PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL**

Une consultation avec un pédopsychiatre ou un psychologue s'avère parfois nécessaire lorsqu'il existe une souffrance psychologique voire une suspicion de trouble psychopathologique associé.

Le rôle de repérage du pédiatre ou du médecin généraliste de certains signes cliniques d'appel est ici fondamental pour ne pas méconnaître une cause fréquente d'échec au traitement.

Certains symptômes doivent être systématiquement recherchés, la souffrance ou la pathologie associée n'étant pas proportionnelle à l'importance de la surcharge pondérale.

La souffrance psychologique ou la psychopathologie peuvent être cause, conséquence ou simple association à l'obésité.

Elles peuvent ainsi :

- préexister et contribuer à la genèse de l'obésité,
- venir compliquer secondairement l'obésité ou bien,
- être associées de manière non spécifique à la surcharge pondérale.

Il s'agit souvent donc d'un véritable cercle vicieux entretenu par la stigmatisation dont sont l'objet la plupart des enfants obèses en milieu scolaire ou sportif.

Peu d'enfants obèses sont « bien dans leur peau », même s'ils ne l'admettent pas tous...

Parfois des sentiments de honte ou de culpabilité s'y associent.

LA PSYCHOPATHOLOGIE COMORBIDE PEUT ÊTRE VARIÉE

Les principaux troubles rencontrés sont les troubles thymiques (en particulier la dépression majeure et la dysthymie), les troubles anxieux (notamment l'anxiété de séparation et la phobie sociale), les troubles du sommeil (hypersomnolence diurne qui doit faire évoquer un syndrome d'apnées du sommeil).

Des troubles du comportement et des troubles des apprentissages scolaires sont également retrouvés.

Des liens peuvent exister entre les troubles thymiques et anxieux et les troubles des conduites alimentaires (notamment les crises boulimiques) ou le déséquilibre nutritionnel (préférence pour les sucres, le chocolat). Tous les troubles retentissent sur le fonctionnement individuel, familial, scolaire et social de l'enfant ou de l'adolescent.

Les enfants ou adolescents obèses, à risque de troubles psychopathologiques, seraient ceux en phase de croissance pondérale, ceux dont l'obésité est sévère, les enfants ou adolescents obèses demandeurs de soins, ceux qui ont été confrontés à des facteurs de stress multiples, ceux qui ont des antécédents psychiatriques familiaux ou un environnement familial pathogène.

LES RÉSEAUX

Les réseaux REPOP (RÉseau de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) réunissent des professionnels de santé, libéraux, hospitaliers, de santé scolaire et de protection maternelle et infantile autour de la prise en charge et de la prévention de l'obésité pédiatrique.

A QUI S'ADRESSENT-ILS ?

Aux enfants et adolescents (jusqu'à 16 ans) qui présentent une obésité définie par un IMC supérieur au 97 percentile des courbes françaises de référence.

Aux partenaires de la région travaillant dans le champ médical, social et éducatif qui souhaitent les aider et travailler de façon multidisciplinaire.

QU'EST-CE QU'UN RÉSEAU ?

Un réseau est une organisation nouvelle du système de soins centrée autour du patient, qui permet une communication, une interaction entre les professionnels et les structures qui interviennent pour un patient :

Médecins de ville généralistes ou spécialistes.

Professionnels de santé libéraux : diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes...

Médecine communautaire : santé scolaire, PMI.

Les travailleurs sociaux : assistantes sociales, éducateurs, travailleurs familiaux.

Les hôpitaux.

Les REPOP concernent :

Le milieu du sport : clubs, fédérations, offices municipaux

L'école : les enseignants avec principalement les professeurs

EPS

Le milieu associatif : centre de loisir, crèches...

Le réseau Ville/Hôpital trouve sa cohérence dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS), qui s'est fixé en 2001, neuf objectifs prioritaires dont l'un est d'interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant. Une nouvelle stratégie de prise en charge est ainsi mise en place pour combattre cette maladie chronique.

REPOP recentre la prise en charge autour de l'enfant et de sa famille, dans son lieu de vie; il développe le partenariat entre des acteurs aux compétences différentes, qu'ils soient libéraux ou institutionnels, issus du monde médical ou éducatif; travailler ensemble avec les mêmes objectifs sur tous les facteurs favorisant l'obésité des enfants dans un but curatif et préventif.

LES OBJECTIFS DU RÉSEAU

- Promouvoir et améliorer le dépistage précoce de l'obésité.
- Promouvoir et améliorer la prise en charge des enfants et adolescents obèses.
- Motiver les professionnels en changeant la perception de l'obésité de l'enfant, en informant et en diffusant les outils existants, en proposant des modalités de prise en charge concertée.
- Favoriser la prise en charge de proximité en mobilisant les partenaires formés par le réseau et en utilisant les structures existantes en particulier les centres médico-sportifs lorsqu'ils existent et sont motivés.
- Evaluer la qualité et l'efficacité de cette prise en charge et les résultats ainsi obtenus.

- Promouvoir la formation et l'information sur l'obésité.
- Développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse.
- Harmoniser les discours et les actions.
- Favoriser l'implication de tous les professionnels au contact des enfants et les liens avec les différentes instances institutionnelles et associations.
- Promouvoir la prévention de l'obésité et ses complications.
- Promouvoir des actions de recherche clinique, thérapeutique, épidémiologique et fondamentale dans le cadre de l'obésité et de ses complications.

EVALUATION NUTRITIONNELLE

En % les composants de la dépense énergétique global.

Le métabolisme de base, proportionnel à la masse maigre : 60 à 70 %.

La thermogenèse liée à l'alimentation : 10 à 15 %

L'activité physique (principal facteur modulable).

Les besoins énergétiques requis pour une croissance et un développement harmonieux ont deux composantes : l'énergie utilisée pour synthétiser de nouveaux tissus et l'énergie déposée dans ces tissus, principalement sous forme de graisses et de protéines.

Lors de la phase de constitution de l'obésité, ou phase dynamique, le bilan énergétique est nécessairement positif prolongé : apports énergétiques accrus et diminution des dépenses.

La prise de poids sera d'autant plus rapide que l'excès des apports énergétiques est important.

Un petit excédent, par exemple de 50 kcal/j, soit moins de 2 % des apports énergétiques quotidiens (AEQ) est susceptible d'entraîner en 4 ans une augmentation de plus de 10 kg du tissu adipeux. Des dépenses insuffisantes peuvent être en cause.

Ces 50 kcal sont l'équivalent, par exemple, de la différence que représente la dépense énergétique de 15 minutes de marche rapide, par rapport au même temps passé devant la télévision, pour un adolescent de 60 kg.

ALIMENTS

Partie Energétique

Protéines – Glucides- Lipides

Partie non Energétique

**Vitamines - Oligoéléments - Fibres
- Minéraux**

LES BESOINS ÉNERGÉTIQUES GLOBAUX CHEZ L'ENFANT

Le calcul des besoins se fait en additionnant la dépense énergétique totale et l'énergie requise pour la croissance

- Pendant les 3 premiers mois 100 kcal/kg/j
- Ensuite jusqu'à 3-4 ans 80 kcal/kg/j
- Pour atteindre vers 12 ans :
 - 60 kcal/kg/j chez le garçon..... +/- 2500 kcal/j
 - 55 kcal/j chez la fille.....+/-2150 kcal/j

Ces besoins doivent être augmentés en cas d'activité physique importante

Activité physique :

Selon l'âge de l'enfant, le degré de surpoids, le degré d'inactivité, les propositions varient :

Chez le jeune enfant, avant l'âge de 8 à 10 ans, le simple fait de se livrer à des jeux extérieurs lui permet de se dépenser.

La simple réduction de l'inactivité physique s'avère efficace et est donc l'une des toutes premières mesures à prôner. L'important est de proposer une vie plus dynamique, de façon ponctuelle dans la journée, par exemple en amenant l'enfant jouer dans un jardin après l'école ou les jours de liberté des parents. De telles modifications sont à portée de beaucoup de familles.

Pour certains auteurs une intensité faible suffit.

Une étude américaine montre qu'une marche régulière à faible vitesse a une action aussi bénéfique sur les dosages de cholestérol, sur la mesure des plis cutanés et sur l'adhérence à l'exercice, qu'une marche régulière de même durée à un niveau plus soutenu. Une étude combinant régime et marche, montre l'absence d'effet dose de l'exercice, 30 min de marche pendant 5 jours par semaine se révèlent aussi efficaces que 60 min sur un programme de 12 semaines d'amaigrissement. Il y a un bénéfice spectaculaire qui apparaît, chez ces jeunes en général très sédentaires, même s'ils réalisent des efforts peu importants à condition qu'ils soient réguliers. Si les niveaux d'effort sont plus élevés, il y a un risque accru de dégâts collatéraux au départ.

LE RÔLE FONDAMENTAL +++ DES PARENTS

INFLUENCES PARENTALES ET OBÉSITÉ

Les enfants mangent chez eux, ils mangent ce qu'on leur propose.

Modèle parental : les parents devraient procurer un modèle de comportements alimentaires sains afin de développer des comportements alimentaires sains et de diminuer le risque d'obésité chez les enfants. Alors que peu d'études ont traité ce sujet, les preuves empiriques ont tendance à appuyer cette hypothèse. Les résultats d'une étude sur les filles de cinq ans indiquent un lien positif entre la consommation de fruits et de légumes des mères et celle des filles pour ces mêmes aliments. Dans une autre étude sur les enfants de 3 à 5 ans et leurs parents, la fréquence de consommation des repas familiaux, pendant lesquels les adultes ont tendance à manger des aliments plus sains, était associée à une plus grande consommation de légumes chez les jeunes enfants.