

OBESITE DE L'ENFANT

Formation SFTG
19/11/2015



GENERALITES

- Obésité = **problème majeur de santé publique** à l'échelle mondiale
 - prévalence
 - évolution rapide dans de nombreux pays
- En France : le % d'enfants présentant un excès pondéral augmente
 - 3% en 1965
 - 5% en 1980
 - 12% en 1996
 - 16% en 2000
- Plus de 50% des enfants obèses à l'âge de 6 ans et 70 à 80% de ceux de plus de 10 ans resteront obèses à l'âge adulte
 - ⇒ Surmortalité à l'âge adulte de nature cardiovasculaire
- **UN DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PNNS (Programme National Nutrition Santé) mis en place en 2001 par le ministère de la santé**

DEFINITION

- Les références françaises se basent sur les courbes de corpulences (IMC) dans les carnets de santé :

Zone de normalité se situe **entre le 3^{ème} et le 97^{ème} percentile**

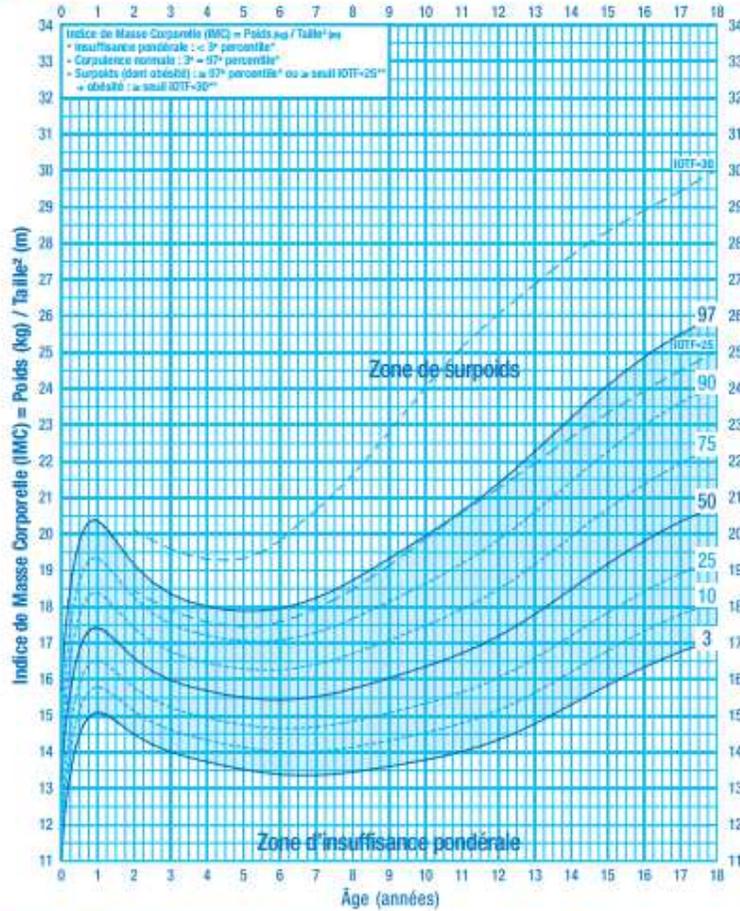
Au-delà de 97% : **OBESITE** de degré 1 jusqu'au 100^{ème} percentile et de degré 2 au-delà.

IMC = indice de Quetelet = Poids/(Taille)²

Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____



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

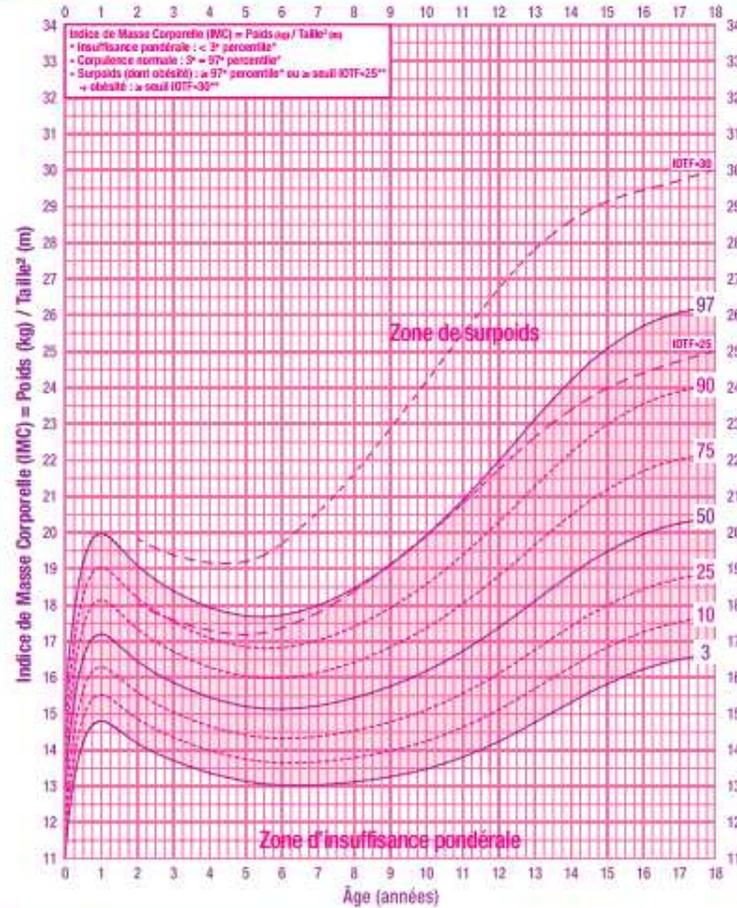
Courbes de l'IMC d'origine dans le cadre de l'INPES à partir des données françaises issues des données de l'étude séroépidémiologique française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Dr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF) - attribuant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____



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

Courbes de l'IMC d'origine dans le cadre de l'INPES à partir des données françaises issues des données de l'étude séroépidémiologique française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Dr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF) - attribuant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.



REPERER (1)

- **TRACER et LIRE** les courbes de corpulences dans le carnet de santé
- IMC = bon reflet de l'adiposité
Varie en fonction de l'âge
- **Rebond d'adiposité = point le plus bas de la courbe d'IMC, juste avant son ascension**
- L'âge de rebond d'adiposité = indicateur prédictif du risque d'obésité à l'âge adulte
 - Plus il est précoce, plus de risque de devenir obèse est élevé.
 - **Normal = vers 6 ans**

REPERER (2)

BUT = REPERER PRECOCEMENT une obésité existante ou en train de se constituer même si non visible encore cliniquement

Utilisation utile dans 2 cas :

- jeunes enfants qui paraissent gros : identifier ceux qui sont à risque d'obésité
- vers 6 ans : identifier les enfants en voie de devenir obèses (variations physiologiques)

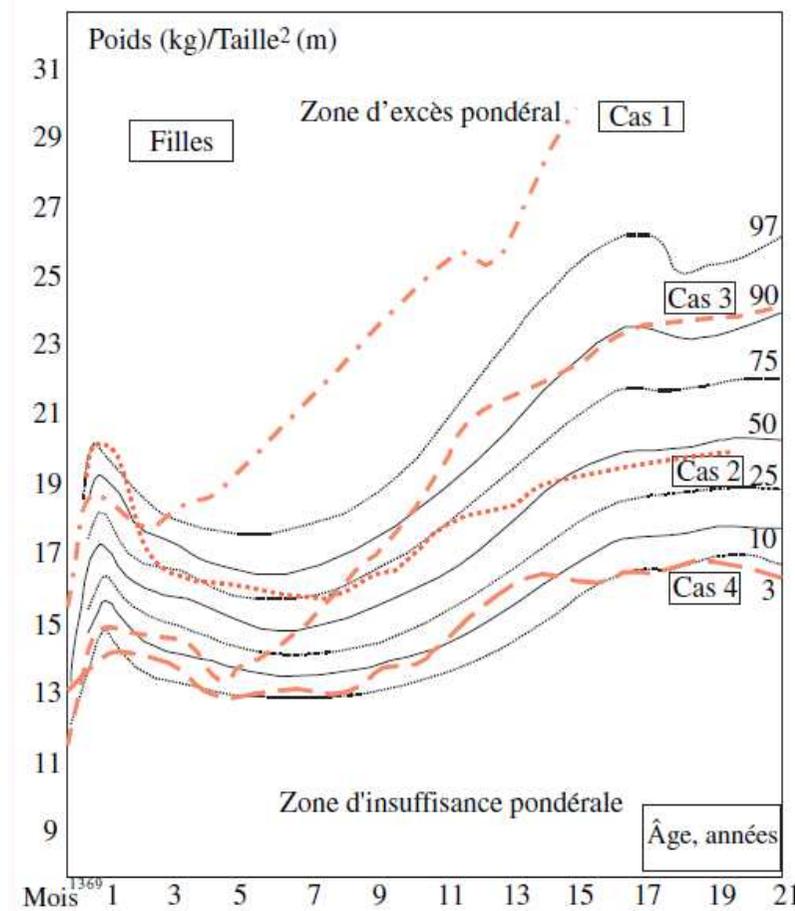
Un changement de couloir vers le haut = **SIGNE D'ALERTE**

EXEMPLE DE COURBES

Représentation graphique de 4 types d'évolution de la corpulence de la naissance à l'âge adulte

- Cas 1 : obèse à 1 an, restera obèse après un rebond précoce (2 ans)
- Cas 2 : obèse à 1 an, rejoindra la moyenne après un rebond tardif (8 ans)
- Cas 3 : mince à 1 an, grossira après un rebond précoce (4-5 ans)
- Cas 4 : mince à 1 an, restera mince après un rebond tardif (8 ans)

Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempé M, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 1984 ; 39 : 129-35.



SFTG Nantes – formation du 19/11/2015

FACTEURS D'OBESITE INFANTILE (1)

- Facteur génétique
 - Parents obèses = risque plus élevé de devenir obèse
 - prédisposition génétique individuelle
- Facteurs sociologiques
 - Prévalence globale d'obésité plus importante dans les milieux défavorisés
 - disparité selon les régions
(ex : Nord Pas de Calais 5.5%, Sud Ouest 1.5%)
- Causes endocriniennes
 - Uniquement en cas de ralentissement de la croissance staturale

FACTEURS D'OBESITE INFANTILE (2)

- **Déséquilibre de la balance énergétique entre apports (alimentaires) et dépenses (activités physiques)**

- Problème alimentaire : **plus qualitatif que quantitatif**

- > alimentation déstructurée : collation le matin à l'école...

- > grignotage ++

- > boissons sucrées ++

- **Sédentarité**

- > activité physique insuffisante

- > temps passé devant la télé et les jeux vidéo

- > trajets quotidiens (école...) : moyens de transport motorisés

ROLE DU MEDECIN

- **REPERER**
- **FAIRE LE POINT SUR :**
 - image qu'a l'enfant de son corps, de son poids + celle des parents et entourage (moqueries ?) => dépister et traiter une souffrance psychologique, des difficultés familiales
 - habitudes alimentaires enfant et famille (mode des repas, type de plats, consommation fruits et légumes, biscuits, chocolats, sodas...)
 - goûts de l'enfant
 - activité quotidienne, activité de loisirs, activité sportive
- **ACCOMPAGNER**

ENFANT OBESE : QUE FAIRE ?

- **Mesures diététiques** : établir un **EQUILIBRE NUTRITIONNEL**
 - réductions des boissons sucrées (étude contrôlée anglaise)
 - pas de régime strict car = frustrations
 - sensibiliser aux quantités ingérées

Isolées = efficacité très limitée

EQUILIBRE NUTRITIONNEL =

- 4 repas par jour : petit déjeuner satisfaisant et goûter correct = CAPITAL
- Éviter le grignotage
- Ne pas se resservir
- Faire connaître à l'enfant les différentes catégories d'aliments et les principales règles de l'équilibre alimentaire

ENFANT OBESE : QUE FAIRE ?

- **Conseils concernant l'activité physique :**
 - marche, jeux, renforcement musculaire (attention reprise poids à l'arrêt)
 - réduire temps passé devant télévision, jeux vidéo
- **Actions de type comportementale**
 - thérapies comportementales centrées sur la famille avant 12 ans, sur l'enfant après 12 ans (meilleure efficacité)
- Médicaments (?)

OBJECTIF = STABILISATION DU POIDS et non une perte de poids
=> pas d'urgence, **changements progressifs** +++, ne pas culpabiliser

NECESSITE D'UNE DEMARCHE GLOBALE

- **FAMILLE**
- **ECOLE**
- **SOCIETE** : publicité, propositions de l'industrie agro-alimentaire, distributeurs de boissons et d'aliments, promotions des activités de loisirs, clubs sportifs...

CE QU'IL FAUT RETENIR

- REPERER : âge du rebond d'adiposité
- PREVENIR semble plus facile que GUERIR :
=> **mesures simples** de prévention, **adaptées** à chacun, **précoces**
- **MEDECIN = éducateur de santé pour enfant et entourage**
=> accompagnement pour **modifications des comportements**
 - **Sensibiliser les parents**
 - inciter l'enfant à **augmenter** son activité physique et à **réduire** le temps consacré aux activités sédentaires
 - éviter interdits, privilégier **recommandations positives**

3 approches essentielles : Nutritionnelle/Sportive/Psychologique

BIBLIOGRAPHIE

- Archives de pédiatrie, Vol 10, Issue 12, déc 2003, P.1100-1108, Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant
- Mini-revue, Sang Thrombose Vaisseaux 2004 ;16, n° 4 : 187-92, Définitions actuelles de l'obésité de l'enfant, Marie-Françoise Rolland-Cachera
- Stratégies, des données pour décider en médecine générale, octobre 2005, P.26-31, Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc
- [C@mpus](#) National de pédiatrie et chirurgie pédiatrique, Auteurs : B. Jouret, M. Tauber (CHU Toulouse), TICEM-UMVF MAJ 05/01/2006