

OBESITE ET HANDICAP chez l'enfant

**Soirée de formation réseau ANAÏS
Le 24 novembre 2015, MRSI**

**Dr Anne DESCOTES, médecin MPR, coordination pédiatrique , CHUG
Dr SANSONETTI PERRIN, pédiatre, clinique du Grésivaudan**

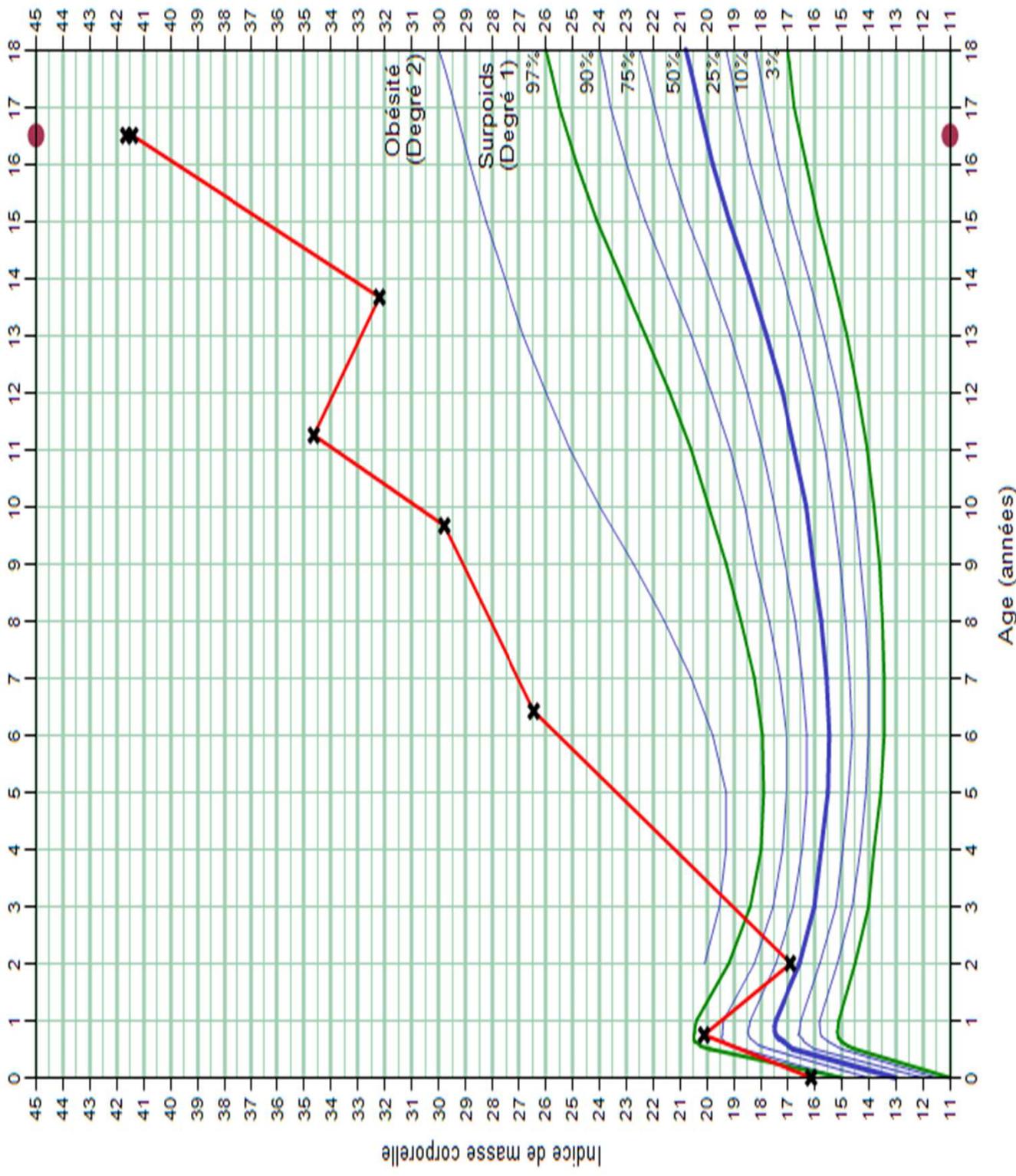
PLAN

- Quand l'obésité devient un handicap.
- Parcours d'un enfant porteur d'une obésité grave
- Quand l'obésité fait rentrer dans le handicap

Obésité infantile : définition

- Evaluation de l'index de corpulence
- Poids/ Taille ² en kg / m ²
- Report sur les courbes pédiatriques.
- Historique pondérale.
- Recherche des facteurs de vulnérabilité (atcd familiaux, signes précoces, précarité)

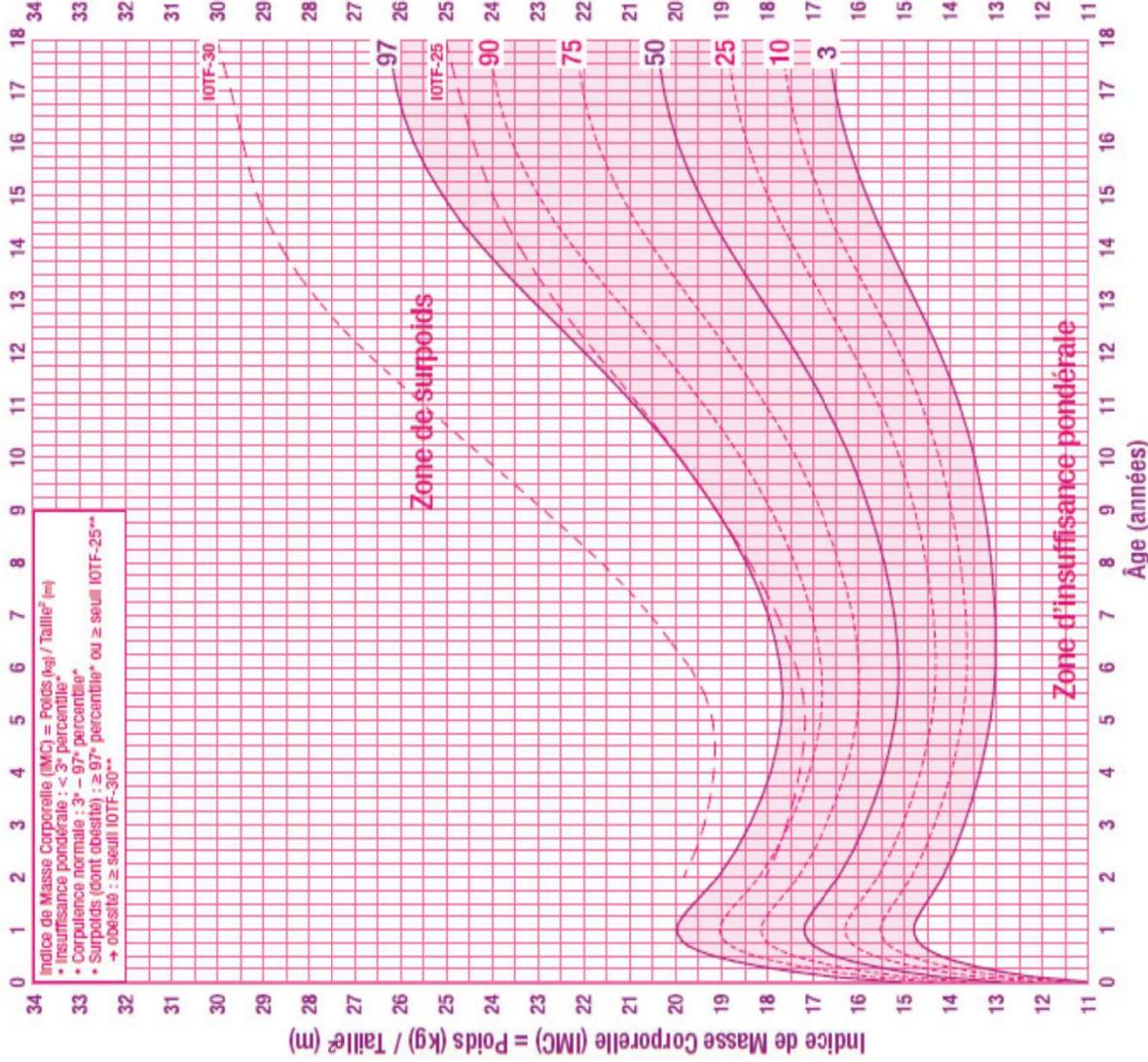
Courbe IMC



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 diffusées dans le cadre du PNNS à partir des séquences françaises* issues des données de l'étude épidémiologique française de la croissance du Centre International de l'Enfance (IeMicheal Sempe), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)**, assignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF: 25) et 30 pour l'obésité (IOTF: 30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Ireland, Cabaret et coll., Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21.
** Références internationales (IOTF): Cole et coll., BMJ 2000;320:1-6.

Signes précoces à rechercher

- Diabète gestationnel.
- Poids de naissance > 4 kg.
- Diversification précoce.
- Prise de poids < 1 an.
- ATCD familiaux++.
- Rebond précoce d'adiposité++
- Saut de couloirs++ .
- Passage en degré 1.

Tout (ou presque) est dans la courbe de corpulence

Evaluation d'un enfant obèse

- Evaluation des conséquences physiques.
- Evaluation des répercussions psychiques.
- Evaluations des répercussions sociales et familiales.
- Evaluation de la motivation et de la capacité aux changements de comportements
- Evaluation du contexte éducatif

Bilan d'une obésité

- Bilan clinique
- Bilan des complications: articulaires, essoufflement ,stéatose hépatique, apnées du sommeil, image de soi.....
- Examens biologiques (pour le surpoids de degré 2)
 - CHOL T, HDL, LDL, Triglycérides
 - Glycémie à jeun
 - TGO, TGP
 - (Insulinémie)
 - (HGPO/ ATCD de DNID)
- Compréhension de la problématique et **diagnostic éducatif** (ETP)

Éliminer les obésités syndromiques

- Dans le cas d'obésité précoce, massive, résistante à la prise en charge, avec des signes associés (neuro, retard de développement,..) on peut évoquer une origine syndromique
- La plus fréquente : le syndrome de Willi Prader
 - 1/25000 cas
 - Dysfonctionnement hypothalamo hypophysaire.
 - Anomalie du chromosome 15
 - Hypotonie neonatale axiale
 - Hyperphagie

Éliminer les obésités syndromiques

- Difficultés d'apprentissage
- Troubles de comportement
- Faciès particulier
- Mains et pieds petits et bombés
- Retard statural (déficit en GH)
- TTT par hormone de croissance.

Éliminer les obésités endocriniennes

- Rares.
- Hypothyroïdie
- Insuffisance surrénalienne
- Déficit en hormone de croissance

Cassure de la croissance staturale

Retentissement physique

- Cardio vasculaire: HTA
- Pulmonaire: essoufflement
- Apnées du sommeil
- Orthopédique: genu valgum, dorsalgies, épiphysiolyse de la tête fémorale
- Hépatique: stéatose
- Métabolique:
- Cutané
- Gynéco

Retentissement psychique

- Image de soi
- Confiance en soi
- Isolement
- Dépression
- Agressivité
- Manger c'est lutter contre ennui, la colère, l'angoisse

Retentissement social

- Isolement
- Stigmatisation en famille , à l'école
- Violences scolaires
- Difficultés d'apprentissage, retard scolaire, échec scolaire

Pourquoi agir ?

- Persistance du surpoids ou obésité à l'âge adulte de 20 à 50% pour les moins de 12 ans (prépubères).
- Persistance du surpoids ou obésité à l'âge adulte de 50 à 70% pour les adolescents.
- Action concertée des médecins et infirmières de PMI, de la santé scolaire et médecins traitants.
- Dépistage rapide \Rightarrow prise en charge rapide.
- Amener les familles en situation précaire à consulter

Parcours de soin

- 3 niveaux de prise en charge selon le degré de gravité.
- Niveau 1:libéral
- Niveau 2: bilan hospitalier; coordination du Réppop38
- Niveau 3: hospitalisation

Prise en charge

Niveau 1

- Prise en charge de proximité.
- Médecin généraliste ou pédiatre
- Population concernée:
 - Prise de poids excessive (IMC normal)
 - Surpoids
 - Obésité non compliquée

Niveau 2

- Prise en charge de proximité
- Médecin, diététicien, psycho
- Obésités non complexes
- Facilitée par la coordination du RéPPOP38 (maillage territorial CGI, formation des professionnels)
- 238 professionnels formés(115 médecins, 64 diét, 59 psycho)
- 500 enfants suivis (70,4% obésité)

Prise en charge niveau 3

- Obésités complexes (médico psycho social) .
- Après échec de la prise en charge ambulatoire
- Avis d'une équipe spécialisée
- Hospitalisation en Soins Suite Réadaptation.
- Prévoir d'emblée l'aval et le retour à domicile.
- Préparation à la chirurgie pour les > 18 ans

PARCOURS DE SANTÉ PEC DE 2^{ème} RECOURS OBESITE PEDIATRIQUE – RÉPPOP Rhône Alpes

DEPISTAGE

Santé scolaire municipale / Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves /PMI
Médecin de famille / pédiatre

PRISE EN CHARGE

1^{er} RECOURS :
Libéral, non coordonné

Selon recommandation de l'HAS

3^{ème} RECOURS :
Etablissement Spécialisé

2^{ème} RECOURS RÉPPOP

VISITE MEDICALE D'INCLUSION

Degré d'obésité / conséquences / Elimination
obésité secondaire / Recherche des
déterminants de l'obésité /

CST MEDICALES DE SUIVI

Mensuelle ou tous les 2 à 3 mois

SUIVI DIETETIQUE
LIBERAL :
1 à 5 cst sur 2 ans

SOUTIEN
PSYCHOLOGIQUE LIBERAL:
1 à 5 cst sur 2 ans

PARCOURS PERSONNALISE DE SANTE

Accompagnement
téléphonique / la
cellule de coordination

ACTIVITES
PHYSIQUES
ADAPTEES OU NON

EDUCATION NATIONALE
(PAI...)

AUTRES RESSOURCES
LOCALES :
Accompagnement social,
médico-social, éducatif ...
(Accompagnatrice santé,
soutien parentalité, écoute
psychologique, Conseillère
ESF, ...)

Coordination en fonction de la complexité des situations

- Via la plateforme informatique PEPS
- Lors de soirées d'analyse de la pratique = RCP dossiers
- Lors de RCP patients

Activité Réppop 2014

500 PATIENTS SUIVIS (572 / 477 / 279)

- ◆ Age moyen à l'inclusion : 10,67 (10,39)
(mini=3ans, maxi=18ans)
- ◆ Degré de surpoids :
 - Surpoids non Obèse : 27,2% (29,5%/28 %)
 - Surpoids Obèse : 70,4 %
- ◆ Age apparition obésité : 2,65 ans (4,4 / 4,4)
- ◆ Délais obésité – inclusion : 7 ans (6,2 / 5,9)

167 INCLUSIONS (212 /214)

58,5% ♀(57) / 47% ♂ (43)
Age moyen : 10,47 (10,52)

177 SORTIES (205/105)

Dont sorties programmées 105 (84)

→ Une population suivie assez stable en âge, sexe, degré d'obésité

→ Moins d'inclusions mais des situations plus complexes

→ Moins de sorties, plus souvent programmées : amélioration du soutien en cours de PEC

Les Plans nutrition santé

PNNS 1(2001-2005)

9 objectifs pour améliorer l'alimentation et promouvoir la santé

Objectifs spécifiques à des populations dont les enfants.

Diminuer la progression de 5% de la prévalence de l'obésité infantile

PNNS 2 (2006/2010)

Prise en charge de l'obésité dans ses 3 dimensions

PNNS 3 (2011/2015)

Dépistage de l'obésité (enfants, adultes).

Dépistage des troubles nutritionnels en milieu hospitalier

Publicité- Allaitement maternel- Activité physique personnalisée.

Recommandations HAS

- Dépistage précoce.
- Courbe de corpulence.
- Rechercher un rebond d'adiposité précoce.
- Tout changement de couloir est un signal d'alerte.
- Ex clinique et éléments de compréhension
- Pas de bilan si surpoids isolé
- Suivi pendant 2 ans
- Faire évoluer les pratiques alimentaires
- Majorer l'activité physique
- Soutien psychologique (motivation, positiver, renforcement des changements).
- Education thérapeutique
- 3 niveaux de prise en charge (recours)

Structures d'accueil proches

- Le Bois de Servagnet (ITEP) médico social
- Le Parc Challes les Eaux (SSR pédiatrique)
- La Clinique du Grésivaudan La Tronche (SSR)

Le Bois de Servagnet

- Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique
 - Adresse : lieu dit La Bouillat , Méaudre
 - 10 places dédiées.
 - Enfants de 6 à 13 ans
 - Obésité +/- troubles des apprentissages
 - Dossier MDH
 - Hospitalisation à l'année scolaire renouvelable 1 fois.

Le Parc Challes les Eaux

- SSR pédiatrique ouvert en septembre 2012
 - 30 places à temps plein + hospitalisation temps partiel
 - Enfants de 6 à 17 ans
 - Obésité de degré 2
 - Recrutement régional
 - Equipe pluridisciplinaire
 - Séjour de 3 mois
 - Convention avec le RéPPOP38

Clinique du Grésivaudan

- Hôpital de jour
 - Adolescents de 13 à 18 ans.
 - Région grenobloise.
 - Obésité de degré 2.
 - Demande médicale.
 - Séjour de 10 semaines renouvelables.
 - Equipe pluridisciplinaire.
 - Education thérapeutique.
 - Convention avec le Réppop38

Clinique du Grésivaudan

- Si le dossier est retenu présentation à l'équipe pluridisciplinaire.
- Possibilité de passage en hospitalisation temps plein pour les formes les plus sévères
- Matériel adapté au poids > 120 kilos notamment en APA.
- Lien avec le centre spécialisé du CHU : mission d'expertise pour l'orientation des enfants à partir de 6 ans
- Convention avec le RéPPOP38

Plan obésité 2011/2013

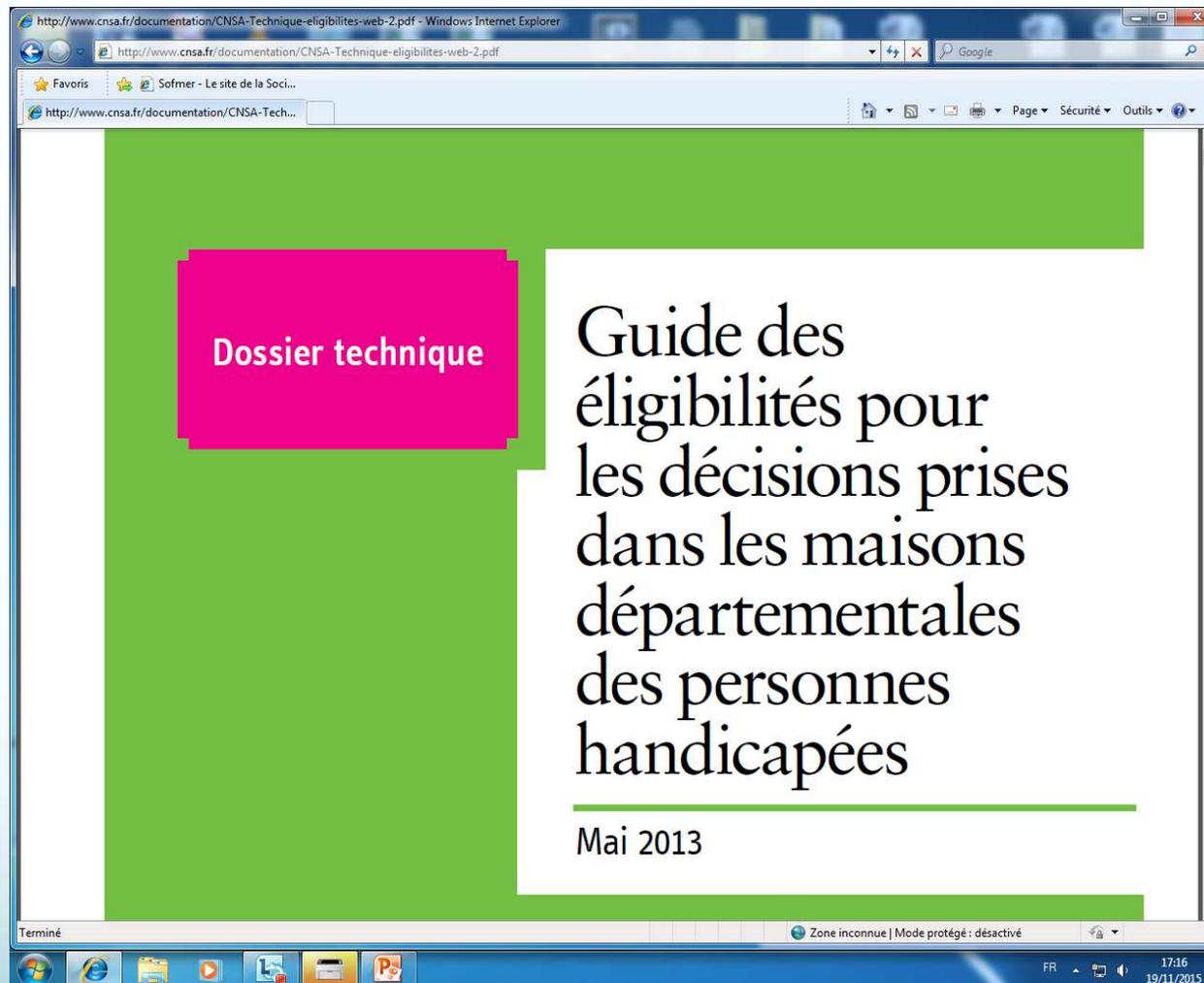
- 4 axes
 - Rassembler les compétences
 - Structurer la prise en charge
 - Adapter les équipements
 - Education thérapeutique : patient acteur de ses soins
- Priorités : soins rendus accessibles à ceux qui sont en difficultés + animation territoriale.
- 4 Objectifs :
 - les centres référence (37) et intégrés (5) pour la recherche
 - les établissements SSR.
 - Les soins bariatriques.
 - La coordination en réseau.
- 3 eme niveau de recours, patients en situation d'obésité complexe.

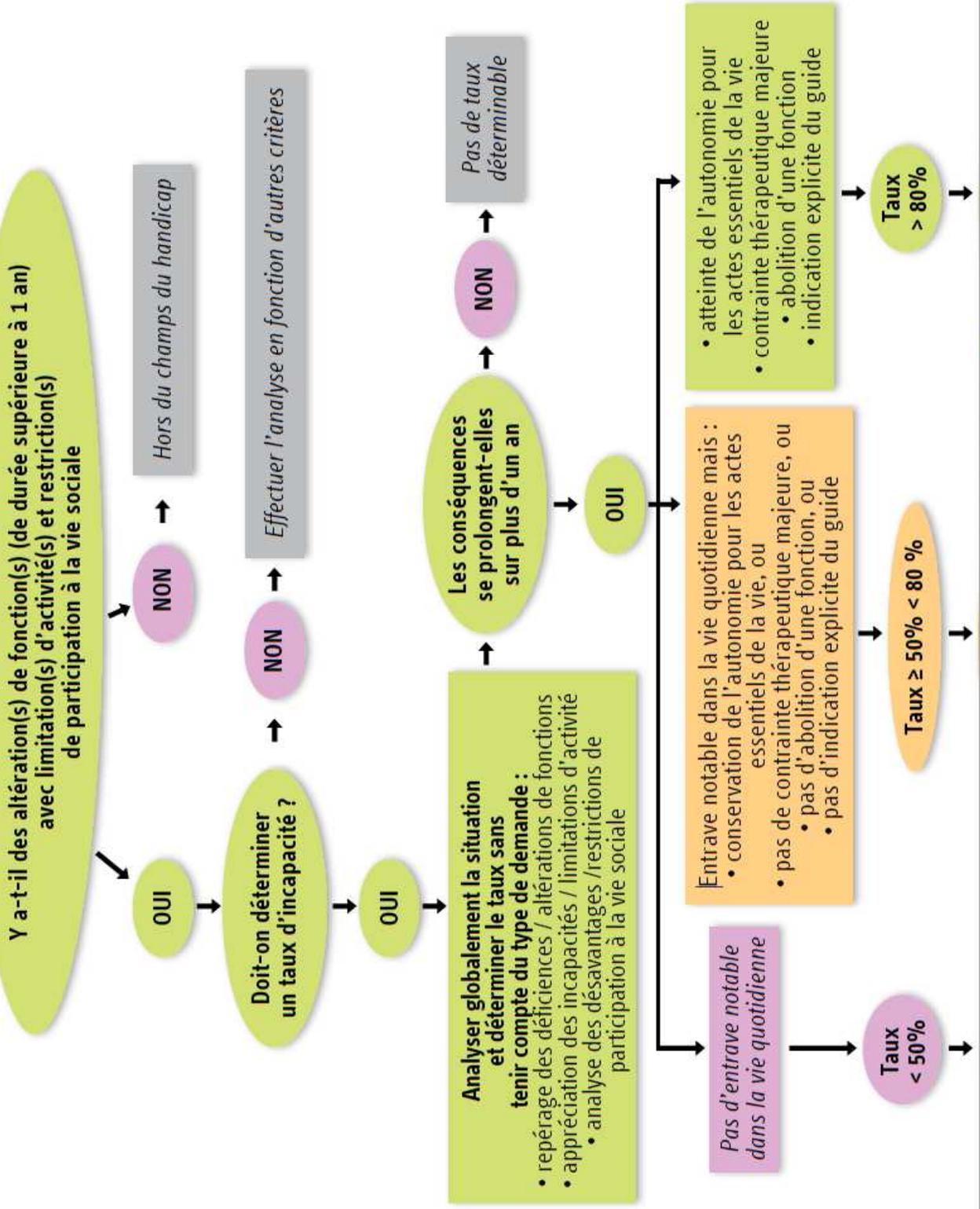
Quand l'obésité fait rentrer dans le champ du handicap

Un taux d'incapacité supérieur à 50% quand:

- il existe une **restriction notable** de la participation sociale de l'enfant.
- ce qui doit être mesuré ici, ce sont **les incapacités dans la vie familiale, scolaire ou professionnelle**, quel que soit le diagnostic médical qui conduit à cet état de fait.
- Il n'est pas nécessaire que la situation médicale de la personne soit stabilisée pour déterminer un taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit cependant être **au moins égale à un an** pour déterminer le taux.

Accessible sur le site de la CNSA





- « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre trois dimensions :

Déficiência : c'est-à-dire **toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction** psychologique, physiologique ou anatomique. La déficiencia correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion **d'altération de fonction**.

La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre trois dimensions :

Incapacité : c'est-à-dire toute **réduction** résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la **capacité d'accomplir une activité** d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité.

La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre trois dimensions :

Désavantage : c'est-à-dire **les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal** en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la **situation concrète de handicap**) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et/ou d'incapacités et son environnement.

- le diagnostic ne permet pas, à lui seul, une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement

Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. En revanche, le guide-barème indique des fourchettes de taux d'incapacité, identifiant suivant les chapitres, trois à cinq degrés de sévérité (en général 4)

- forme légère : taux de 1 à 15 % ;
- forme modérée : taux de 20 à 45 % ;
- forme importante : taux de 50 à 75 % ;
- forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95 %.

Forme importante : taux de 50 à 75 %

- Un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut soit être concrètement repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95%

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en oeuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

L'approche évaluative en vue de la détermination du taux d'incapacité doit être individualisée

des déficiences bien compensées par un traitement (de quelque nature qu'il soit) peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement

Pour ce qui concerne les jeunes

L'analyse doit en outre prendre en compte les particularités liées au fait que l'enfance et l'adolescence sont des phases de développement. C'est ainsi que, dans certains cas, même si les déficiences n'ont pas encore un impact direct sur les incapacités ou désavantages immédiats, elles peuvent entraver le développement à terme.

Les mesures alors mises en œuvre pour éviter une telle évolution ou permettre l'apprentissage précoce de compensations diverses peuvent avoir un impact très important sur la vie du jeune et de son entourage proche (en général familial) qui peut également supporter des contraintes de ce fait. Il y aura donc lieu d'en tenir compte dans l'analyse.

Déficiences viscérales et générales

Dans de nombreux cas d'affection chronique, plutôt que leur retentissement direct en termes de déficiences ou d'incapacités, ce sont **leurs conséquences en matière de vie quotidienne** qui devront être prises en compte : l'évolution des traitements médicaux ou des techniques de compensation conduit souvent à juguler le processus pathologique à l'oeuvre, et éventuellement à faire disparaître les déficiences ou à les compenser. C'est parfois au prix d'effets secondaires provoquant d'autres déficiences ou de **contraintes lourdes dans la vie quotidienne compromettant l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle**

Taux supérieur ou égal à 50%

Troubles importants obligeant à des **aménagements notables de la vie quotidienne**, qui se trouve alors limitée au logement ou à l'environnement immédiat ou nécessite des **aides ou efforts particuliers pour maintenir une vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne** dans les limites de la normale. **L'autonomie est cependant conservée sans effort majeur** pour les actions relevant de l'autonomie individuelle, telles que définies dans l'introduction du présent guide-barème.

V-2 Déficience de la régulation pondérale

En cas de surpoids, majeur, cette déficience peut entraîner des incapacités, notamment en matière de locomotion (posture, utilisation du corps, changement de position) ou de manipulation, et une réduction importante et durable des activités. Le traitement diététique est également contraignant, mais en général compatible avec une vie sociale normale.

Ces problèmes de santé peuvent entraîner ou être associés à des déficiences d'autre nature (motrice, psychique, viscérales...) qui devront également être évaluées.

Éléments à prendre en compte dans l'évaluation de la situation de la **personne**

Les désavantages cités dans ce chapitre procèdent des incapacités et des contraintes, mais peuvent être majorés par certains symptômes ou des effets secondaires des traitements, qui sont à prendre en compte dès lors qu'ils évoluent au long cours.

Les symptômes à rechercher

- la douleur physique ou morale ;
- l'asthénie, la fatigabilité, la lenteur ;
- les insomnies, l'hypersomnie ;
- la vulnérabilité psychique ;
- l'obésité ;
- la dyspnée ;
- les troubles de la croissance staturo-pondérale ;
- la fonte musculaire

Les contraintes

- Ce qui en fait un élément constitutif de handicap est en général la nécessité de maintenir cette contrainte de manière prolongée, nécessitant des réaménagements parfois majeurs de la vie de la personne et susceptibles d'entraver gravement son insertion sociale et son indépendance personnelle.

Les contraintes

- contrainte de répétition : un traitement complexe à assurer de manière quotidienne ou pluriquotidienne constitue une entrave très importante ;
- contrainte liée au temps consacré au traitement : plus celui-ci est important, plus il empiète sur l'insertion et l'autonomie de la personne, qui est rendue ainsi indisponible pour les autres activités
- contraintes liées à la charge affective des troubles.
- contraintes éducatives supplémentaires liées (en particulier chez le grand enfant et l'adolescent) à la nécessité de le rendre autonome vis-à-vis de ses troubles et de leur prise en charge

L'entrée dans le champs du handicap se fait souvent par les déficiences associées de l'appareil locomoteur ou respiratoire mais aussi par les répercussions psycho affectives

- Ostéochondrite de hanche
- Genu valgum
- Traumatologie
- Inadaptation cardio respiratoire à l'effort
- Mésestime de soi, isolement, dépression, angoisses

MERCI de votre attention!

