Tous à l'école

Obésité

Qu'est-ce que l'obésité ?

L'obésité correspond à une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Elle est due à une inadéquation entre les apports énergétiques de l'alimentation et les dépenses énergétiques. Dans la très grande majorité des cas, l'obésité résulte de l'association de comportements alimentaires inadéquats et d'un mode de vie trop sédentaire ; on parle d'**obésité** primaire ou **commune** (95 %). On distingue par opposition les **obésités secondaires** à une maladie (hormonale ou génétique) ou à un traitement.
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. La prévention de l'obésité constitue de ce fait un objectif fondamental, dans lequel doivent s'impliquer tous les professionnels qui s'occupent des enfants.

Pourquoi ?

La conjonction de **mauvaises habitudes alimentaires** et d'une **activité physique insuffisante** reste la cause fondamentale de l'**obésité commune**. La prévalence de l'obésité a ainsi augmenté rapidement dans la population générale au cours de ces dernières décennies du fait :
- Du recul spectaculaire de l'activité physique lié à l'évolution des modes de transport, à l'urbanisation, à la sédentarisation du travail, à l'apparition de la télévision...
- De modifications des habitudes alimentaires : absorption accrue de boissons sucrées, d'aliments à haute densité énergétique pauvres en nutriments et de

produits riches en protéines, consommation insuffisante de fruits et de légumes, déstructuration des rythmes alimentaires (développement de l'alimentation « sur le pouce », grignotage, saut de repas...).

À l'échelon individuel, d'autres éléments interviennent, comme autant de facteurs de risque, de prédisposition à l'obésité :
- L'environnement familial : surpoids chez l'un des parents (ou les deux), mauvaises conditions socio-économiques, vulnérabilité psycho-sociale dans la famille (parent isolé...) ;
- Les conditions de la grossesse : prise de poids maternelle excessive pendant la grossesse, diabète gestationnel, retard de croissance fœtale in-utero ou à l'inverse macrosomie (poids de naissance excessif)... ;
- Les modalités d'alimentation pendant les premiers mois de vie (rôle protecteur de l'allaitement maternel) et les premières années de vie. La plupart des études épidémiologiques montrent ainsi qu'un enfant en surpoids a plus de risque qu'un autre d'être obèse à l'âge adulte.

Dans l'**obésité secondaire**, l'inadéquation entre les apports énergétiques et les dépenses énergétiques résulte généralement d'une **altération des mécanismes normaux de régulation de la faim et de la satiété**. Par exemple du fait d'un traitement par corticoïdes à forte dose, d'une lésion de la région du cerveau qui contrôle la satiété (traitement par radiothérapie au niveau cérébral, craniopharyngiome...), d'un trouble hormonal (dysfonctionnement de la thyroïde, sécrétion excessive de cortisol, déficit en hormone de croissance...), ou d'une anomalie génétique (syndrome de Prader-Willi, trisomie 21, mutation dans le gène de la leptine...).
Quelle que soit son origine, le surpoids génère une spirale négative qui contribue à entretenir le phénomène : l'augmentation de la proportion de masse grasse en cas de surpoids s'accompagne en effet d'une diminution de la part relative de la masse musculaire et, de ce fait, d'une plus grande fatigue musculaire et d'une gène respiratoire plus importante à l'effort. Eprouvant moins de plaisir à pratiquer une activité physique dans ces conditions, la personne va avoir tendance à réduire sa pratique sportive, diminuant ainsi ses dépenses énergétiques, ce qui contribue à aggraver le déséquilibre préexistant entre les apports énergétiques et la dépense énergétique et à majorer la prise de poids.

Quels symptômes et quelles conséquences ?

Le diagnostic

La mesure du poids et de la taille, et l'analyse de leur évolution doit être pratiquée régulièrement chez l'enfant pour dépister précocement tout excès de corpulence. Les courbes de croissance (poids et taille) du carnet de santé permettent de comparer les mensurations de l'enfant à celles de référence pour le sexe et l'âge et d'apprécier leur vitesse de progression. L'indice de masse corporelle (ou IMC ou indice de Quételet), défini par le rapport du poids (exprimé en kg) sur le carré de la taille (exprimée en mètre), permet d'estimer la corpulence. D'autres indices existent ; à partir de l'âge de 5 à 6 ans, on peut en particulier utiliser le rapport circonférence du tour de taille (cm)/ taille (cm) qui doit rester inférieur à 0,50.
Chez l'adulte, on parle d'obésité si l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m^2 et d'obésité sévère si l'IMC est supérieur à 40 kg/m^2. Chez l'enfant, on utilise les courbes de corpulence de référence en fonction de l'âge, imprimées dans le carnet de santé : une valeur d'IMC supérieure au 97ème percentile pour le sexe et l'âge sur la courbe de corpulence définit le surpoids. Certains signes ont valeurs d' « alarme », avant même que le surpoids ne devienne évident : stabilisation de la valeur de l'IMC entre l'âge de 1 et 4 ans alors qu'elle devrait continuer à décroitre ou rebond précoce de la croissance de l'IMC, avant l'âge de 5 ou 6 ans. Ces signes imposent de renforcer la surveillance, à plus forte raison s'il existe des facteurs de prédisposition (voir §2), afin de mettre en place rapidement les mesures nécessaires si la tendance se confirme quelques mois plus tard.

Les symptômes

L'obésité a un fort impact négatif sur le quotidien : fatigabilité, gêne respiratoire à l'effort, douleurs multiples (dos, genoux, chevilles...), retentissement sur la qualité du sommeil. C'est aussi une source potentielle de souffrance psychologique, avec une perception négative de l'image corporelle qui peut être à l'origine d'une perte de l'estime de soi, d'un repli sur soi-même, de sentiments de honte ou de culpabilité, voire même d'un ressenti dépressif. Souvent à l'origine de stigmatisations (moqueries...), l'obésité peut aussi constituer un véritable préjudice social.
A terme, l'obésité favorise l'hypertension artérielle, la survenue de diabète non insulino-dépendant, les perturbations du bilan lipidique (excès de cholestérol et/ou de triglycérides dans le sang), les maladies cardiovasculaires (angine de poitrine, infarctus, accident vasculaire cérébral...). Elle peut se compliquer de problèmes orthopédiques (arthrose précoce) ou d'un syndrome d'apnée du sommeil : du fait de

l'excès de graisse dans les tissus de la face et du cou, des épisodes brefs d'apnée surviennent pendant le sommeil, générant des micro réveils, sans que la personne en ait forcément conscience. Il en résulte une somnolence dans la journée, des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, tristesse...), des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration, et souvent une hypertension artérielle.

Quelques chiffres

L'obésité croit rapidement en France depuis une trentaine d'années. Cette évolution concerne aussi bien les jeunes que les plus âgés et toutes les classes sociales, même si les populations les plus défavorisées sont les plus touchées. La prévalence de l'obésité dans la population générale est ainsi passé de 8,5 % en 1997 à 14,5 % en 2009 [source : étude ObEpi-Roche 2009]. En 2005-2006, 12,1 % des enfants scolarisés en grande section de maternelle étaient en surpoids, 3,1 % étaient obèses [source : étude de la DRESS].

Traitement

La prise en charge doit être initiée le plus tôt possible, idéalement dès le repérage des premiers signes d'alerte afin d'éviter la constitution du surpoids. Elle repose sur une modification des habitudes alimentaires et sur la pratique régulière d'une activité physique. Pour être efficace, elle doit s'inscrire dans la durée. Elle nécessite de ce fait une forte implication de la part de l'enfant, mais aussi de son entourage. Dans l'enfance, les parents et les enseignants ont un rôle essentiel dans l'accompagnement de la perte de poids. Par la suite, leurs rôles s'amenuisent alors que se renforce le rôle exercé par l'environnement sociétal, scolaire et les pairs ; la prise en charge devient alors plus difficile et plus aléatoire.

Les objectifs et modalités de la prise en charge devront être adaptés au cas par cas, après examen précis de l'historique du surpoids, des phénomènes à son origine, des éventuels facteurs individuels de prédisposition. De façon générale, chez l'enfant, on cherche à stabiliser la prise de poids pendant la croissance, afin de normaliser l'IMC à long terme. Plutôt que des restrictions alimentaires, sources de frustration, on

proposera une alimentation diversifiée et plus équilibrée, riche en fruits et légumes, pauvre en aliments à haute valeur énergétique (sucrés ou gras), avec des apports réguliers mais contrôlés en féculents et en protéines. On insistera également sur l'importance de prendre les repas à horaires réguliers, à table, de ne pas sauter de repas, de limiter au maximum le grignotage et de ne pas encourager le gout de l'enfant pour les aliments sucrés ou gras. La pratique d'une activité physique régulière, de l'ordre de 60 minutes par jour dans l'idéal chez l'enfant, doit être fortement encouragée. Des études ont en effet montré une association entre les activités sédentaires (télévision, jeux vidéos, etc.) et le risque d'obésité. Dans les obésités secondaires, la prise en charge du facteur causal, lorsqu'elle est possible, est bien évidement indiquée. Un accompagnement psychologique est parfois souhaitable. Certaines formes très sévères d'obésité peuvent nécessiter un séjour prolongé en centre spécialisé pour initier de façon durable la perte de poids.

Conséquences sur la vie scolaire

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'Education physique et Ssortive. Il peut alors être utile de s'appuyer sur un **certificat d' (in)aptitude partielle à la pratique de l'EPS**, rédigé par le médecin traitant de l'enfant, pour adapter la pratique de l'éducation physique et sportive aux possibilités individuelles de l'élève.

Lorsque la prise en charge médicale implique un séjour prolongé en centre spécialisé, l'intervention d'un Service d'aide Pédagogique à domicile (Sapad : voir fiche correspondante) ou d'une école à l'hôpital permet d'assurer la continuité du suivi scolaire.

Quand faire attention ?

1. Au moment des séances d'Éducation physique et sportive
La pratique régulière d'une activité sportive fait partie intégrante de la prise en charge de l'obésité. La participation régulière de l'enfant en surpoids aux séances

d'EPS doit donc être fortement encouragée. Pour faciliter l'implication de l'enfant en surpoids dans les séances d'EPS, on peut privilégier les activités en décharge (jeux de ballon -lancers, passes-, natation, cyclisme, marche, gymnastique douce, danse...) et les activités qui nécessitent un effort modéré mais de durée prolongée.

Lorsqu'un enfant en surpoids présente des manifestations gênantes à l'effort (essoufflement excessif, douleurs...), il est préférable d'aménager les séances d'éducation physique et sportive pour le faire participer plutôt que de l'en dispenser complètement. Un certificat d'aptitude partielle à la pratique de l'EPS est alors intéressant pour préciser les capacités fonctionnelles de l'enfant, les mouvements et situations d'exercices et d'environnement à éviter (activité en hauteur,...), le type d'effort à privilégier. Des adaptations peuvent être proposées, comme par exemple :
- Aménager les activités qui sollicitent une articulation douloureuse, et de façon plus générale, privilégier les activités en décharge ;
- Autoriser l'enfant à interrompre son activité en cas de douleur ;
- Permettre à l'enfant de faire des pauses régulières pendant l'effort ;
- Lui accorder un temps de récupération supplémentaire ;
- Privilégier les efforts moins intenses mais soutenus...

2. 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 quelquefois même, de troubles anxieux ou dépressifs. Par ailleurs, 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 (sorties scolaires...).
Il est d'autant plus important de veiller au bien être de l'enfant en surpoids que la souffrance psychologique risque de provoquer une tendance au repli sur soi et à l'isolement. La solitude et l'ennui vont favoriser le grignotage et la sédentarité et contribuer à aggraver le surpoids.

Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?

1. Participer à la prévention de l'obésité infantile, aider l'enfant en surpoids à acquérir de bonnes habitudes alimentaires :
Avec les parents, les enseignants sont en première ligne pour prévenir l'obésité infantile ; l'application des mesures de prévention constitue en outre un élément fondamental pour renforcer l'efficacité de la prise en charge d'un enfant obèse ou en surpoids. Ainsi, le personnel enseignant et encadrant pourra:
- Promouvoir, dès le plus jeune âge, une alimentation variée et équilibrée couplée à la pratique régulière d'une activité physique ;
- Eviter de multiplier les événements festifs (goûters d'anniversaire...) et/ou les regrouper mensuellement ;
- Ne pas encourager le grignotage ;
- Ne par offrir d'aliment (bonbons, gâteaux...) comme récompense ;
- Eviter de proposer systématiquement une collation ; le cas échéant, favoriser les apports de produits laitiers demi-écrémés et de fruits frais et éviter les boissons sucrées ;
- A la cantine : servir des petites quantités, ne pas resservir systématiquement les enfants, ne pas les obliger à terminer leur assiette...

2. En cas de scoliose ou de douleurs du dos
On pourra permettre à l'élève de bénéficier d'un casier, ou d'un double jeu de livre pour limiter le port de charges lourdes.

L'avenir

L'existence d'une obésité dans l'enfance et, à plus forte raison, à l'adolescence est un facteur de risque majeur d'obésité à l'âge adulte. Il est aussi démontré qu'un antécédent d'obésité dans l'enfance constitue un facteur de risque de maladie cardio-vasculaire à l'âge adulte, même si le poids se normalise par la suite.
La prévention de l'obésité est donc un objectif majeur de santé public. Elle repose sur le repérage très précoce des enfants à risque, sur une surveillance précoce, répétée et prolongée des courbes de croissance et sur la promotion, dès le plus

jeune âge, d'une alimentation variée et équilibrée couplée à la pratique régulière d'une activité physique. De ce fait, il est fondamental que les personnels enseignants soient sensibilisés à ces problématiques et jouent un rôle actif dans leur prévention.

Pour avoir des pistes pédagogiques plus détaillées, voir la rubrique jaune.

Pour travailler en partenariat, voir la rubrique rouge.

Pour connaître le point de vue des personnes concernées, voir la rubrique verte : témoignages ou associations.

Pour voir d'autres documents complémentaires, cliquer sur les liens ci-dessous.

S'informer sur les maladies et leurs conséquences

Obésité commune : BEP
Prader-Willi (Syndrome de) (SPW)

Liens

La santé vient en mangeant et en bougeant : guide nutrition des enfants et ado pour tous les parents
Ce guide a été élaboré dans le cadre du Programme national nutrition santé. Très concret, il donne de bons repères sur les besoins alimentaires de l'enfant et l'adolescent. Les troubles du comportement alimentaire y sont brièvement abordés.

Modèle de certificat d'(in)aptitude partielle à la pratique de l'EPS
fourni par le Réseau pour la prévention et le dépistage de l'obésité en pédiatrie (REPOP) d'Aquitaine.

Obesite-enfant.com
Le site dédié aux enfants souffrant d'obésité et à leurs parents. On y trouve notamment un espace « en classe », concernant la cantine et les cours d'EPS.

Glossaire

Craniopharyngiome

Tumeur non cancéreuse développée au dépend de l'hypophyse, une glande située à la base du crâne, dans laquelle sont fabriquées de très nombreuses hormones.

Diabète gestationnel

Trouble de la régulation du taux de glucose dans le sang qui apparaît au cours d'une grossesse, chez une femme qui n'était pas diabétique jusqu'alors.

Diabète non insulinodépendant

Latin : *pendere* = être suspendu ; *dependere* = être suspendu à.

Le diabète non insulino-dépendant (ou diabète « gras » ou diabète de type II) ne résulte pas d'un manque d'insuline mais d'une diminution de l'efficacité de celle-ci (insulino-résistance). Dans ce type de diabète, il persiste initialement une sécrétion d'insuline et, à ce stade, la maladie peut être contrôlée par des médicaments par voie orale et une alimentation équilibrée.

Hyperphagie

Grec : *hyper* = excès ; *phagos* = manger.
Désigne le fait de manger de grosses quantités de nourriture

Leptine

Grec : *leptos* = mince.
Hormone qui contrôle la sensation de satiété.

Enquête et partage

Enquête

Enquête de satisfaction et d'audience

Partage

Envoyer par mail

Tous à l'école