

Bénéfice d'une prise en charge multidisciplinaire et de proximité de l'obésité pédiatrique en France

V. NEGRE, C. CARRIERE, P. BARAT, F. GUÉMAZI-KHEFFI, B. MELLOUET-FORT, L. ANCILLON, S. QUINART, S. GUILMIN-CRÉPON, L. GUÉRY, A. ARSAN, A. LESTROUNELLE, R. BRUMENT, C. SAISON-CANAPLE, L. RENEL, AL. DELPY, A. DAUSSAC, B. JOURET, J. CHEYMOL, M. DABBAS, H. THIBAUT, M. TAUBER

Institution : Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (CN-RéPPOP)

Introduction

Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) proposent une prise en charge (PEC) de 2 ans, multidisciplinaire et de proximité, basée sur un suivi régulier coordonné par un médecin généraliste ou pédiatre avec d'autres professionnels de santé (diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée ...). Ils constituent une réponse opérationnelle face à l'augmentation de l'obésité chez l'enfant, en réunissant dans un maillage étroit et partagé l'ensemble des acteurs impliqués dans sa prévention, son dépistage et sa prise en charge.

A ce jour, il existe 9 RéPPOP en France (Figure 1).



Figure 1 : Carte et liste des réseaux RéPPOP en France.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de la prise en charge proposée par l'ensemble des RéPPOP sur la corpulence des enfants :
(1) à la fin des 2 ans de prise en charge et **(2) à distance de la fin de la prise en charge.**



Méthodes (1)

Evolution de la corpulence à la fin des 2 ans de prise en charge

L'impact de la PEC a été évalué pour les 9 RéPPOP existants en France. Les caractéristiques des patients et leurs données anthropométriques en début et fin de la prise en charge ont été extraites des dossiers informatisés des 9 RéPPOP, puis réunies en une seule base de données commune.

Afin de tenir compte des variations de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) des enfants avec l'âge et le sexe, les IMC en début et fin de prise en charge ont été convertis en Z score IMC. L'évolution de la corpulence a été évaluée via le Δ Z score IMC entre le début et la fin de la prise en charge.

Résultats (1)

Evolution de la corpulence à la fin des 2 ans de prise en charge

Dans cette étude,

- 6 947 enfants ont été inclus, avec 59.2% de filles, et une moyenne d'âge de 10.5 [3.0] ans

- **En début de prise en charge**, le Z score IMC moyen à l'inclusion était de 3.6 ± 1.0 DS.

- **A la fin des 2 ans de prise en charge**, le Z score IMC moyen à la fin de prise en charge était de 3.3 ± 1.1 DS.

→ **Entre le début et la fin de la prise en charge** (durée moyenne = 13.5 [8.1] mois), 72.9% des 6 947 enfants inclus dans l'étude avaient diminué leur corpulence, avec :

Δ Z score IMC moyen début/fin de prise en charge = -0.30 ± 0.6 DS

Les caractéristiques des patients en début de prise en charge et l'évolution du Z score en fin de prise en charge était homogène dans les 9 RéPPOP.

Méthodes (2)

Evaluation de la corpulence à distance de fin de la prise en charge

L'évolution à distance de la prise en charge a été évaluée indépendamment par 4 RéPPOP, dans le cadre de thèses de médecine. Pour ces 4 thèses, les données anthropométriques en début et fin de la prise en charge ont été extraites des dossiers informatisés des 4 RéPPOP et les données anthropométriques à distance ont été recueillies grâce à une enquête réalisée auprès des familles (transmission des données mentionnées par le médecin sur le carnet de santé) ou directement auprès du médecin qui continuait de suivre l'enfant. L'évolution de la corpulence a été évaluée via le Δ Z score IMC entre le début et la fin de la prise en charge, puis entre la fin de la prise en charge et la consultation à distance.

Résultats (2)

Evaluation de la corpulence à distance de fin de la prise en charge

Dans les 4 thèses analysées,

-le nombre d'enfants inclus allait de 44 à 151, avec de 55.6 à 64.7% de filles.

- **En début de prise en charge**, le Z score IMC à l'inclusion était, selon les thèses, de 3.2 ± 0.8 DS, 3.3 ± 0.9 DS, 3.4 ± 1.2 DS ou 3.4 ± 1.4 DS.

- **A la fin des 2 ans de prise en charge**, le Z score IMC en fin de prise en charge était selon les thèses de 2.7 ± 0.8 DS, 2.8 ± 1.0 DS, 3.1 ± 1.2 DS ou 3.1 ± 1.6 DS.

→ **Entre le début et la fin de la prise en charge**, le Δ Z score IMC début/fin de prise en charge était selon les thèses de -0.55 ± 0.7 DS, -0.43 ± 0.6 DS, -0.34 ± 0.7 DS ou -0.32 ± 0.8 DS.

→ **A distance de la prise en charge** (durée moyenne = 5,1 ans après le début de la prise en charge), le Z score IMC était selon les thèses de 2.1 ± 1.0 DS, 2.4 ± 1.3 DS, 2.4 ± 1.4 DS ou 2.7 ± 1.4 DS, avec :

Δ Z score IMC moyen fin de prise en charge / consultation à distance de la prise en charge était selon les thèses de -0.31 ± 0.9 DS, -0.42 ± 0.8 DS, -0.49 ± 0.9 DS ou -0.63 ± 0.8 DS.

Conclusion

La prise en charge de l'obésité pédiatrique multidisciplinaire et de proximité proposée par les RéPPOP conduit à une amélioration significative de la corpulence de l'enfant et, ce qui est encore plus intéressant, que cette amélioration de la corpulence se poursuit à distance de la prise en charge.