



## REPÉRER LE REBOND D'ADIPOSITÉ PRÉCOCE POUR PRÉVENIR LA SURCHARGE PONDÉRALE ET L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

### En quoi cela concerne-t-il les milieux d'accueil ?

En 2017, l'OMS<sup>1</sup> a réitéré son alerte (déjà lancée en l'an 2000) sur l'augmentation importante de la surcharge pondérale et l'obésité de l'enfant qui touchent 40 millions d'enfants dans le monde, ainsi que sur les pathologies graves qui en découlent<sup>2</sup>.

En Région Wallonne, les enfants de 2 à 9 ans sont particulièrement concernés (30% des enfants de 2-4 ans et 32% des 4-9 ans)<sup>3</sup>, chiffres supérieurs à ceux de la Région Flamande. A l'âge de 30 mois, selon la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'ONE de 2016, **23% d'enfants sont à risque de surcharge pondérale ou d'obésité**.

**Les stratégies** prônées par l'OMS et par le plan européen pour mettre fin à l'obésité infantile sont multiples. Certaines concernent particulièrement la petite enfance. On relève notamment qu'il faut « **Soutenir un début sain dans la vie** » et « **Informé et donner des compétences aux familles** ».

En tant que milieu d'accueil, collectif ou familial, vous êtes donc concernés par cette problématique puisque vous êtes en contact avec les familles et les enfants depuis leur plus jeune âge. Les repas pris dans le milieu d'accueil sont autant d'exemples de bonnes pratiques alimentaires à partager...

### COMMENT SUIVRE LA CORPULENCE DES ENFANTS ?

On peut suivre la corpulence des enfants en reportant le BMI ou IMC (indice de masse corporelle) sur les courbes spécifiques, en fonction de l'âge. Ces courbes se trouvent dans tous les carnets de l'enfant. Le BMI se calcule en divisant le poids (en kg) par la taille (en m) au carré :  $\text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$ .

Les enfants de moins de 5 ans sont considérés comme « en surcharge pondérale » si leur BMI se situe au-delà du percentile 97 (P97)<sup>4</sup> et « à risque de surcharge pondérale » si leur BMI se situe entre le P85 et le P97. Les chiffres de la BDMS ONE 2016 indiquent que, en moyenne, **6,6 % des enfants de 30 mois sont en surcharge pondérale et 16,2% des enfants de 30 mois sont à risque de surcharge pondérale**.

Pour les enfants fréquentant un milieu d'accueil, ces chiffres sont de 4,9% d'enfants de 30 mois en surcharge pondérale et 17,5% des enfants de 30 mois à risque de surcharge pondérale.



1 Organisation Mondiale de la Santé

2 Diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, stéatose hépatique, cancers, santé mentale

3 Institut de santé publique 2013

4 Les percentiles représentent la subdivision en cent parties de toute la dispersion de la population définie comme « normale ». Au-delà du percentile 97 se trouvent 3% de cette population ; en deçà du percentile 3 se trouvent également 3% de cette même population.

La BDMS est une base informatique qui contient des données médicales et sociales concernant le **suivi préventif de la (future) mère et de l'enfant**. Ces **données** sont **récoltées à six moments clés** : pendant la grossesse, à la naissance, après le retour à domicile de l'enfant, à 9 mois, à 18 mois et à 30 mois. La BDMS constitue un outil de **monitoring** et **d'auto-évaluation** des différents programmes de santé de l'ONE. Dans ce contexte, participer à la collecte de données BDMS permet d'améliorer la représentativité des analyses qui en découlent, ainsi que les choix stratégiques qui s'appuieraient sur ces analyses.

Dans le processus « BDMS », les milieux d'accueil collectifs participent **au remplissage des « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »**. Ces données médicales et sociales sont généralement récoltées par les infirmières et médecins des milieux d'accueil lorsque l'enfant participe à une Consultation ONE de suivi.

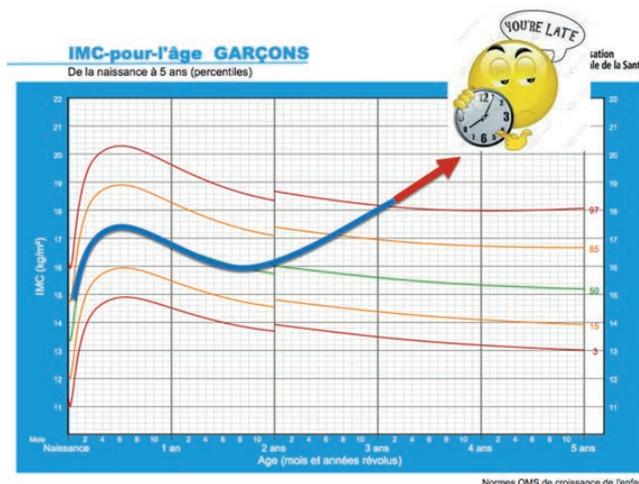
En 2016, 13% des bilans de santé à 9 mois proviennent du secteur « Accueil », pour 87% du secteur « Accompagnement ». Cette proportion augmente à 32% pour les bilans de santé complétés à 30 mois. Quel que soit le secteur, il n'en demeure pas moins important de connaître sa population pour répondre au mieux à ses besoins et pour cibler les thématiques sur lesquelles il est primordial d'agir.

Pour participer à la récolte de données et profiter de l'ensemble des analyses statistiques, il suffit de remplir les Bilans de santé aux âges clés des enfants fréquentant les Consultations organisées dans les milieux d'accueil collectifs.

QU'EST-CE QUE LE REBOND D'ADIPOSITÉ PRÉCOCE ?

Si, avant l'âge de 6 ans, le BMI augmente au lieu de diminuer ou de rester stable, on dit qu'il y a un « rebond d'adiposité précoce ».

**Plus ce rebond est précoce, plus le risque de surpoids ou d'obésité future est important.**



Courbe de corpulence de l'OMS et rebond d'adiposité précoce

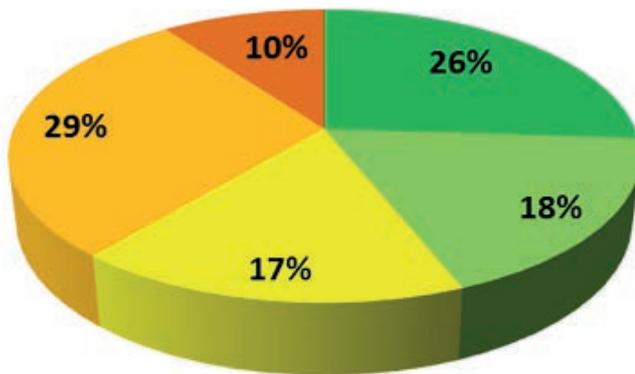
Le rebond d'adiposité précoce est la remontée brutale de l'IMC avant l'âge de 6 ans qui reflète une reconstitution trop précoce de graisse corporelle et qui peut être le signe annonciateur d'une future obésité.

La prévention du surpoids en 4 axes



## PEUT-ON DIMINUER LE RISQUE DE SURPOIDS EN REPÉRANT LE REBOND PRÉCOCE ?

Une action de prévention a été évaluée au sein de 11 Consultations pour enfants de l'ONE entre 2013 et 2016 : **le repérage du rebond d'adiposité précoce** auprès de 151 enfants, associé à un accompagnement ciblé des familles, a permis de **réduire le BMI chez 26%** des enfants et de **le stabiliser en dessous de la limite du surpoids chez 35%** des enfants.



- Amélioration
- Stabilisation < P85
- Stabilisation P85 - P97
- Stabilisation > P97
- Aggravation

Effacité de l'accompagnement après repérage du rebond d'adiposité

**Pour la moitié des enfants, ce rebond d'adiposité est survenu avant l'âge de 2 ans et demi.**

Cette expérimentation a montré que plus on repère tôt (avant 30 mois), plus la réduction/stabilisation du BMI est efficace. Dans l'accompagnement renforcé réalisé par les médecins et TMS<sup>5</sup> des Consultations ONE, les parents ont été des partenaires et demandent à être soutenus concrètement dans leurs efforts. 87% d'entre eux ont apporté des changements en matière :

- d'**alimentation** : en diminuant les sucres, les boissons sucrées, le lait, la viande, les graisses, le grignotage, en proposant plus de fruits et de légumes, en incitant à boire plus d'eau et à donner un petit-déjeuner...
- d'**activité** : activités sportives, marcher, bouger plus...
- de **rythme de vie** : heure du lever et du coucher, moins de TV, manger à table en famille, changer les achats et la cuisine...
- de **limites éducatives** : mise en place de règles éducatives, plus de limites, plus strict pour les friandises, limitation de l'accès au frigo...

En effet, même si la cause première du déséquilibre est la plupart du temps d'origine alimentaire, la prévention du surpoids doit être globale et tenir compte de nombreux aspects de la vie de l'enfant.

## EN QUOI CELA CONCERNE-T-IL LES MILIEUX D'ACCUEIL ?

La fréquentation d'un milieu d'accueil est certainement un facteur protecteur pour le surpoids de la petite enfance. Les menus sont variés et répondent à des recommandations précises<sup>6</sup>. Les enfants sont en mouvement de façon régulière. L'enfant ne va pas se servir seul et n'a pas l'occasion de grignoter, ni de rester statique devant la TV ou la tablette. Seule l'eau est privilégiée en milieu d'accueil.

Certains milieux d'accueil pourraient encore améliorer les choses, par exemple en augmentant les activités motrices, notamment à l'extérieur ou en remplaçant la collation matinale par un complément de petit déjeuner sain, servi à l'arrivée des enfants<sup>7</sup>.

**D'autres recommandations utiles pour la prévention du surpoids** : donner un goûter suffisamment copieux dans le milieu d'accueil<sup>8</sup> ; conseiller aux parents d'arrêter les biberons, en présentant le lait à la tasse au déjeuner et au souper, dès 15-18 mois, afin d'éviter de trop gros volumes de lait.

### Les conseils alimentaires les plus efficaces :

- de l'eau nature comme seule boisson,
- un complément de petit déjeuner à l'arrivée dans le milieu d'accueil,
- un goûter adapté suffisamment copieux,
- du lait à la tasse, dès 15-18 mois.

**Sur un plan individuel, le repérage du rebond précoce d'adiposité peut se faire au sein de la consultation préventive dans le milieu d'accueil, en remplissant les courbes de BMI, surtout entre 18 mois et 30 mois.**

Si un rebond précoce est repéré, il faut prévoir un entretien entre le médecin et les parents afin d'expliquer la courbe et les risques ultérieurs. Les parents seront soutenus dans la recherche de petites choses à améliorer en matière d'alimentation, d'activité ou de rythme de vie : le plus souvent, l'arrêt des jus de fruits et des biberons, la non mise à disposition des biscuits, la promenade le week-end, la mise au lit plus tôt le soir...

Dr Marylène DELHAXHE  
Conseillère Pédiatre ONE (Liège) et  
Murielle LIEGEOIS  
Banque de Données Médico-Sociales ONE

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Brochure « Milieu d'accueil : Chouette, on passe à table ! » ONE 2014
- Article « Les temps de repas dans les milieux d'accueil de la petite enfance : un plaisir ! » Flash Accueil 34

5 Travailleur Médico-Social

6 Voir les grilles de menus avec fréquences conseillées - Brochure « Milieu d'accueil : Chouette, on passe à table ! » ONE 2014 - pp.48 à 55

7 Voir Brochure « Milieu d'accueil : Chouette, on passe à table ! » ONE 2014 - p.23

8 Voir Brochure « Milieu d'accueil : Chouette, on passe à table ! » ONE 2014 - pp.25-26