

Équipe de Soins Spécialisés Obésité et Anorexie mentale pédiatriques

Présentation synthétique du projet

L'objectif de cette Équipe de Soins Spécialisés est d'améliorer l'accès aux soins et de coordonner la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire, responsables d'obésité et d'anorexie mentale, sur les départements de l'Hérault, du Gard, de la Lozère et de l'Aveyron. Ces pathologies font l'objet de nombreuses comorbidités, ce qui souligne l'intérêt de l'intervention d'une équipe de pédiatres spécialisés, de façon pluridisciplinaire et coordonnée.

Le territoire concerné par cette ESS est constitué des départements de l'Hérault, du Gard, de la Lozère et de l'Aveyron. En 2019, la population globale du territoire était de 2 280 259 habitants.

Étant donné que la thématique porte sur l'obésité et l'anorexie mentale pédiatrique, la population concernée par ce projet sont les enfants de 0 à 18 ans.

Sur les 4 départements réunis, ce projet porte donc sur une population de **486 842 enfants et adolescents**.

Évaluation de population concernée par le projet (nombre d'habitants) :

État des lieux & contexte

Territoire d'intervention

Le territoire d'intervention de cette ESS concerne l'Hérault, le Gard, la Lozère et l'Aveyron. Sur ce territoire, le taux de natalité est légèrement inférieur au taux national. Également, la répartition de la population de la tranche d'âge 0-19 ans est légèrement inférieure à la répartition nationale.

Offre de soins :

Concernant l'offre hospitalière de pédiatrie, dans l'Hérault, la prise en charge pédiatrique est réalisée au sein du pôle femme mère enfant du CH Arnaud de Villeneuve, et dans le service de pédopsychiatrie de St Eloi pour l'anorexie. Un service de pédiatrie est également présent à la Polyclinique Saint Roch à Montpellier, au CH de Béziers et au Centre Hospitalier du Bassin de Thau à Sète. Dans le Gard, le pôle femme enfant de l'Hôpital Universitaire Carêmeau de Nîmes offre un service de consultations et d'hospitalisations pédiatriques, ainsi que de la chirurgie digestive et viscérale pédiatrique, et un hôpital de jour. Un service de pédiatrie est également présent au CH Alès Cévennes, ainsi qu'au CH de Bagnols sur Cèze, qui contient également un Centre Médico Psychologique pour Enfant et Adolescent (CMPEA). En Lozère, un service de pédiatrie est intégré au pôle femme mère enfant de l'Hôpital Lozère, situé à Mende. En Aveyron, le Centre Hospitalier de Rodez accueille également un service de pédiatrie-néonatalogie.

Également, il existe plusieurs centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pédiatriques spécialisés dans l'obésité, tels que l'Institut Saint Pierre à Palavas les flots dans l'Hérault, et le SSR pédiatrique « Les écureuils », à Antrenas en Lozère.

Concernant l'offre de soins en ville, des disparités sont présentes sur le territoire, avec notamment une accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes qui est dégressive entre l'Hérault, le Gard, l'Aveyron et la Lozère. En effet, la densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 personnes) est respectivement de 120,3, 93,10, 96,70, et 83,40 dans ces départements. Cette densité a une moyenne nationale de 90,4, et une moyenne régionale est de 103,4.

Au sujet de la pédiatrie, le nombre total de pédiatres libéraux est de 121 sur le territoire d'intervention de l'ESS. Selon les départements, le nombre de pédiatres libéraux varie fortement, ce qui confère une offre de soins inégale pour la population concernée. En effet, **le nombre de pédiatres libéraux est de 88 dans l'Hérault et de 25 dans le Gard, alors qu'il n'est que de 5 en Aveyron et de 3 en Lozère.**

Il est intéressant de mentionner la présence sur le territoire du Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), labellisé par l'ARS, dont la prise en charge pédiatrique se situe au sein de l'hôpital Arnaud-de-Villeneuve. Il existe par ailleurs un Réseau Obésité Infantile au sein de l'association RESEDA à Alès (Association pour la coordination des réseaux de santé du bassin alésien), et le réseau Croque Santé, situé à Béziers, pour la prise en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité.

Problématique de santé et de prise en charge

▪ Obésité pédiatrique

Définition :

L'obésité est considérée comme une maladie chronique de la nutrition. Elle n'a pas tendance à guérir spontanément et affecte le bien-être physique, psychologique et social des individus. Elle est présente dans l'ensemble des pays industrialisés et constitue un problème de société, car elle entraîne des conséquences défavorables sur la santé de la population.

Le surpoids et l'obésité sont définis à partir de l'indice de masse corporelle (ou IMC). Le surpoids est défini par un IMC compris entre 25,0 et 29,9 kg/m². L'obésité est définie par un IMC égal ou supérieur à 30,0 kg/m². Si l'IMC est entre 30,0 et 34,9 kg/m², il s'agit d'obésité modérée ; entre 35,0 et 39,9 kg/m², il s'agit d'une obésité sévère ; plus de 40 kg/m², on parle d'obésité massive.

Les déterminants du surpoids et de l'obésité sont multiples : environnements obésogènes, facteurs psychologiques et sociaux, origines génétiques ou endocriniennes.

Prévalence :

En France, en 2022, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste importante chez les enfants à partir de l'âge de 6 ans (respectivement 17 % et 4 %)

Elle augmente tout particulièrement chez les adolescents (respectivement 20 % et 5,4 %). Les situations de surpoids ou d'obésité sont presque 4 fois plus fréquentes en particulier chez les femmes et les enfants défavorisés socialement.

Facteurs de risque :

Le surpoids et l'obésité de l'enfant sont principalement expliqués par une augmentation des apports alimentaires et une diminution des dépenses d'énergie. En effet, les jeux et les activités sont de plus en plus sédentaires, et au cours de ces activités, les enfants ne bougent pas, ne dépensent pas d'énergie et ont tendance à grignoter des aliments gras ou sucrés. Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'inactivité entraîne une augmentation de la masse grasse et favorise le surpoids.

D'autres facteurs peuvent également favoriser la survenue de l'obésité, comme une situation socio-économique précaire, une histoire familiale ou personnelle de surpoids, une prise de poids excessive ou la présence d'un diabète gestationnel lors de la grossesse de la mère, d'un poids de naissance élevé, ou la prise de certains médicaments comme les antiépileptiques, les psychotropes ou les corticoïdes.

Conséquences sur la santé :

L'obésité chez l'enfant entraîne un **risque accru d'obésité à l'âge adulte, de pathologie cardio vasculaire, de décès prématuré et de handicap à l'âge adulte**. L'obésité peut entraîner des difficultés respiratoires, des troubles musculosquelettiques, un risque accru de fractures, une hypertension artérielle, des maladies cardio-vasculaires, une résistance à l'insuline, des troubles gynécologiques, et des problèmes psychologiques.

Les enfants/adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité sont généralement moins épanoui(e)s, limitent leur activité physique, ont une moins bonne image de leur corps, sont plus souvent victimes de moqueries, de harcèlement, de stigmatisation, d'agression, peuvent avoir de moins bons résultats scolaires.

Intérêt d'une évaluation multidimensionnelle :

Seule une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle permet de comprendre la situation en allant au-delà de l'indice de masse corporelle (IMC). Elle permet également de mettre à jour des problématiques et de construire ensemble, soignants et personnes soignées, des réponses personnalisées. Effectivement, la prise de poids peut être parfois le témoin d'une souffrance ayant valeur « d'appel au secours ».

L'évaluation multidimensionnelle peut nécessiter d'être complétée ou approfondie sur une ou plusieurs dimensions en s'appuyant selon la complexité de la situation sur l'expertise :

- d'un ou plusieurs professionnels de proximité : médecin traitant, médecin spécialiste, infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné, psychologue, pédopsychiatre, diététicien, enseignant en activité physique adaptée, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, travailleur social, service de la santé scolaire, professionnels du champ social et médico-social ;
- ou d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans l'obésité.

En cas de trouble du comportement alimentaire, le diététicien participe systématiquement à l'approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale).

En cas de perturbations de l'alimentation, le diététicien travaille sur les comportements, en lien avec un psychologue ou un pédopsychiatre selon le tableau clinique.

Un dépistage précoce du surpoids ou de l'obésité associé à un bilan des habitudes de vie, une évaluation multidimensionnelle de la situation globale individuelle et familiale, et si besoin pluriprofessionnelle, dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité, la coordination des soins et de l'accompagnement sont prioritaires pour assurer la faisabilité du parcours.

▪ Anorexie mentale

Définition et diagnostic :

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin qui apparaît le plus souvent à l'adolescence. Il entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. L'anorexie est très souvent associée à des troubles psychologiques.

Le diagnostic de l'anorexie mentale repose sur des critères cliniques précis, qui se réfèrent :

- à la façon de s'alimenter (restriction, éviction de certains aliments, refus de s'alimenter, phases boulimiques), et à certaines pratiques (vomissements provoqués, prise de laxatifs),
- au poids (IMC inférieur à 17,5 kg/m²),
- à la perception de soi (refus de reconnaître sa maigreur, dysmorphophobie) et à l'estime de soi (sentiment d'avoir le contrôle sur son corps, hantise de grossir).
- A une hyperactivité physique dans l'objectif de perdre du poids

L'absence de règles depuis au moins 3 mois (aménorrhée) est un indicateur important en clinique, même s'il n'apparaît plus parmi les critères diagnostics de la maladie. Le ralentissement de la croissance chez une jeune adolescente peut également être évocateur mais est rarement au premier plan, c'est la perte de poids qui prédomine. D'autres symptômes encore peuvent être associés à l'anorexie, tels que des vomissements, de crises boulimiques associées, la présence d'obsessions alimentaires, d'hyperactivité, ou encore d'un surinvestissement intellectuel.

L'anorexie mentale est un trouble poly factoriel qui dépend de facteurs génétiques et psychologiques individuels, en étroite interaction avec des facteurs environnementaux, familiaux et socioculturels.

La durée moyenne d'une phase anorexique est de 1,5 à 3 ans. Deux tiers des cas guérissent après 5 ans d'évolution. Au-delà de 5 ans, il s'agit alors d'anorexie mentale chronique.

Prévalence :

En France, la prévalence de l'anorexie mentale au cours de la vie serait de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes (selon une étude épidémiologique réalisée de 2000 à 2018).

En moyenne, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée à 0,5 % chez les jeunes filles et l'incidence la plus élevée a été trouvée entre 10 à 19 ans.

L'anorexie mentale représente ainsi l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans.

Facteurs de risques :

L'anorexie mentale est liée à des facteurs multiples et hétérogènes : des facteurs psychologiques, familiaux, sociaux et biologiques, qui peuvent s'influencer réciproquement, et qui contribueraient au déclenchement, au maintien et à l'aggravation de l'anorexie.

Parmi les facteurs personnels sont retrouvés la préoccupation corporelle et la pression sociale qui sont les seuls prédicteurs significatifs de l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire. Il s'y ajoute les événements de vie négatifs, le perfectionnisme associé à l'insatisfaction corporelle. Les facteurs socioculturels et familiaux contribuent également à l'insatisfaction corporelle.

Parmi les facteurs familiaux, les commentaires parentaux concernant le poids et l'apparence physique sont fortement associés à l'insatisfaction corporelle ressentie par les adolescentes anorexiques.

Parmi les facteurs biologiques, la dénutrition rend rigides les modes de pensées et de réactions qu'elle fige dans une stéréotypie inflexible.

Conséquences sur la santé :

L'anorexie entraîne notamment des manifestations hématologiques (anémie, leucopénie et thrombopénie) ou ioniques (hypokaliémie avec risque cardiaque associé), une ostéopénie voire une ostéoporose, des carences vitaminiques, un risque d'infection plus important, des perturbations neurologiques (anomalies de la neurotransmission, comme un hyperfonctionnement du système sérotoninergique et des anomalies du circuit dopaminergique), des troubles métaboliques du cholestérol et du glucose, mais également une perte des cheveux, des problèmes rénaux et hépatiques, ou des constipations. Ces altérations sont le plus souvent réversibles lors de la reprise de poids.

L'anorexie engendre des perturbations, d'intensité variable, du fonctionnement cognitif et émotionnel. Sur le plan psychique, l'anorexie entraîne des ritualisations, une rigidité des attitudes et un appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, avec à terme un retentissement sur la vie scolaire ou professionnelle.

Par ailleurs, environ 40% des personnes anorexiques souffrent de troubles psychiatriques : anxiété, phobies, trouble obsessionnel compulsif, addictions (alcool, abus de substances) ou troubles de la personnalité. Ces troubles, qui compliquent la prise en charge, participent à la chronicisation de l'anorexie.

À plus long terme, les complications sont principalement osseuses, avec un risque d'ostéoporose, et dentaires en cas de vomissements.

La mortalité est maximale l'année qui suit la sortie d'hospitalisation des patientes. Elle est due aux complications somatiques dans plus de la moitié des cas (le plus souvent un arrêt cardiaque), à un suicide dans 27% des cas et à d'autres causes dans 19% des cas. **Le taux de suicide associé à l'anorexie est le plus important de toutes les maladies psychiatriques.**

Intérêt d'une évaluation multidimensionnelle :

Le repérage et la prise en charge précoces du trouble semblent favoriser le pronostic, avec un risque diminué de chronicité et de complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales.

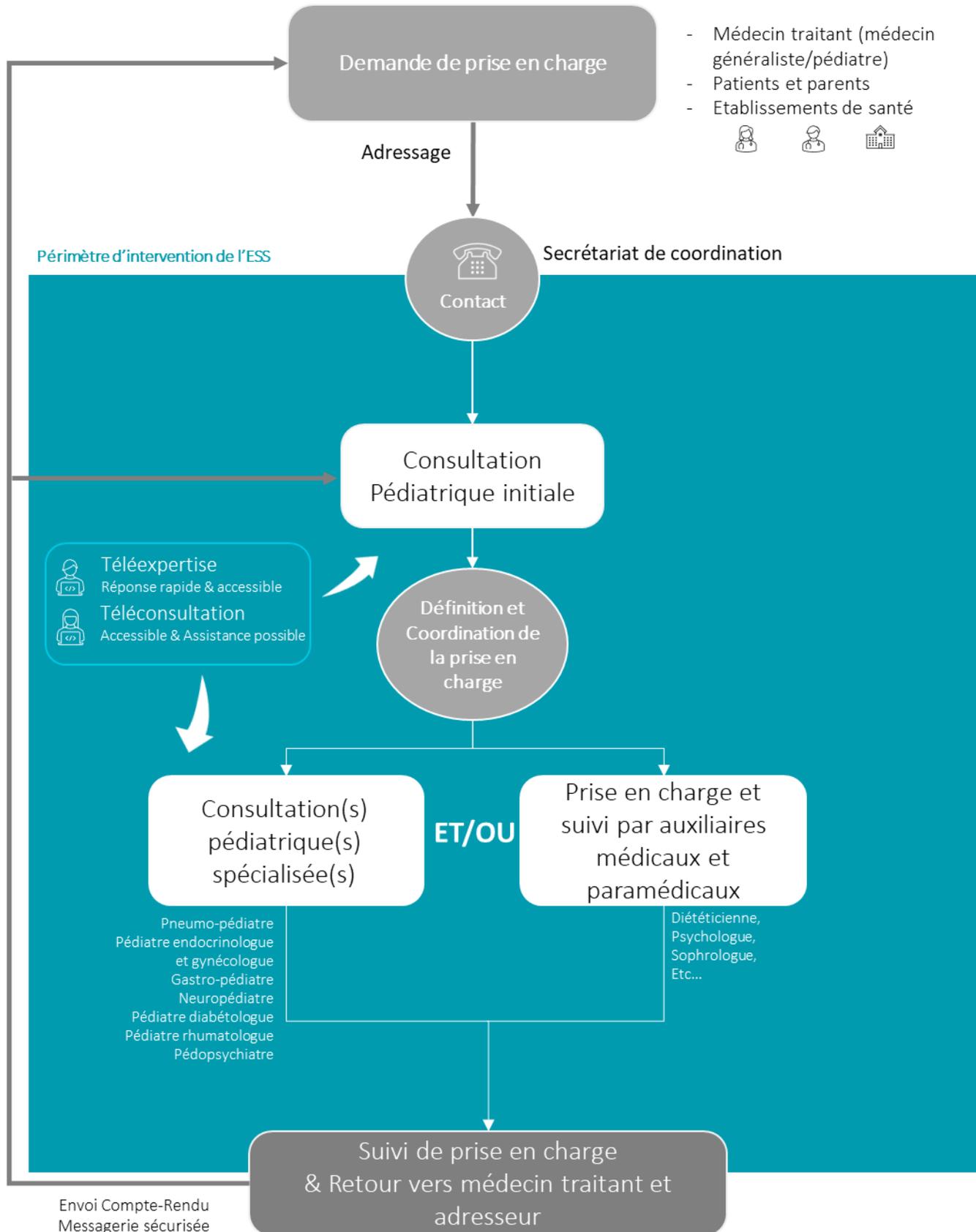
Les objectifs des soins sont multiples : restaurer le poids, prendre en charge et traiter les complications somatiques, traiter la souffrance psychologique, minimiser les conséquences sociales et relationnelles. Il est indispensable d'associer l'entourage à la prise en charge, notamment la famille, pour les mineurs mais aussi pour les adultes.

Entre un quart et la moitié des patients abandonnent leur traitement en cours, y compris pendant l'hospitalisation.

Les rechutes sont fréquentes lors de l'évolution de l'anorexie mentale. En cas de rémission, le suivi doit se maintenir au moins un an.

Fonctionnement de l'Équipe de Soins Spécialisés

Schéma de prise en charge



Description du fonctionnement et de l'organisation proposée

Cette ESS recevra les demandes de prise en charge de la part des médecins traitants et pédiatres du territoire, des établissements de santé, ainsi que des parents de patients eux-mêmes. Une demande de téléexpertise de la part d'un professionnel de santé peut également être adressée à l'Équipe de Soins Spécialisés.

Une première consultation pédiatrique permettra d'orienter le patient vers un/des médecin(s) spécialisé(s) dans certains domaines de la pédiatrie au sein de l'ESS, en fonction notamment de la pathologie (obésité ou anorexie mentale) et des comorbidités associées. Cette première consultation sera réalisée exclusivement en présentiel. Après concertation médicale des professionnels impliqués, une prise en charge adaptée est proposée et planifiée pour chaque patient, comprenant notamment une orientation vers des auxiliaires médicaux (diététicien, psychologue...), pour des consultations individuelles, des séances d'éducation thérapeutique ou des ateliers de groupe. Les consultations pédiatriques spécialisées pourront se dérouler en téléconsultation dans le respect des bonnes pratiques de téléconsultation.

Un retour concernant l'évolution de la prise en charge sera ensuite effectué à destination de l'adresseur initial pour chacune des consultations, notamment le médecin traitant, ainsi que vers l'ensemble de l'équipe de professionnels impliquée dans la prise en charge et le suivi.

Focus sur la fonction de coordination :

Dans le cadre du fonctionnement prévu, et notamment du fait de la multitude de médecins spécialistes impliqués dans la prise en charge des patients, la coordination de cette prise en charge est un point crucial pour permettre à l'ESS de répondre aux objectifs qu'elle s'est fixée. Par conséquent, la fonction de coordination permettra d'organiser les prises de rendez-vous, en présentiel ou en téléconsultation, de coordonner la prise en charge, entre les consultations individuelles, les séances d'éducation thérapeutique et les ateliers de groupe qui y sont associés.

Améliorations apportées dans la prise en charge

L'organisation en équipe de soins spécialisés vise à :

- Assurer une prise en charge coordonnée entre les différents médecins spécialistes qui composent l'équipe
- Faciliter les échanges entre le médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre) et les médecins spécialistes intervenant auprès de l'enfant
- Structurer une prise en charge thématique autour des enfants atteints d'obésité et d'anorexie mentale
- Assurer une meilleure orientation des enfants et adolescents concernés
- Améliorer le lien ville-hôpital sur la thématique de l'obésité et de l'anorexie mentale
- Mener des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé
- Promouvoir et accompagner les prises en charge en télémédecine
- Accompagner une démarche d'éducation thérapeutique des parents, des enfants et adolescents