

Le surpoids, vecteur de sur-handicap pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle scolarisés en institut médico-éducatif

par Jérôme BEGARIE^{1,2}, Christophe MAÏANO³, Gregory NINOT¹ et Bernard AZEMA⁴

Résumé : *Le surpoids et l'obésité sont en croissance continue dans la population générale adolescente. Cette tendance est encore plus massive dans la population des adolescents présentant une déficience intellectuelle, en particulier dans les déficiences intellectuelles légères et moyennes. Ceci est la conséquence de multiples facteurs parmi lesquels les anomalies génétiques, l'inactivité, la prise médicamenteuse, les aspects motivationnels. Cette problématique, encore peu explorée, fait l'objet d'une recherche dans un échantillon d'Instituts Médico-Educatifs des régions PCA et Languedoc Roussillon. Les premiers résultats de cette étude sont présentés. Ils montrent une très forte prévalence de ces anomalies du poids dans la population des IME. Les profils selon le genre, le niveau intellectuel et quelques étiologies de déficiences intellectuelles sont présentés.*

Position du problème

Depuis les années 1980, la prévalence des adolescents en surpoids (entendu obésité comprise) augmente significativement à travers le monde, à tel point que l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale parlent d'**épidémie** (OMS, 2000 ; INSERM, 2006). Parmi les catégories d'adolescents les plus touchés, ceux présentant une déficience intellectuelle sont particulièrement concernés.

Le programme *Pomona* (www.pomonaproject.org) mis en place par l'Union Européenne a pour objectif d'étudier et de valider des indicateurs caractérisant l'état de santé des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ce groupe d'experts a retenu l'Indice de Masse Corporelle **comme un indicateur essentiel de l'état de santé** de ces personnes. Si les problèmes de surpoids sont relativement bien décrits chez les adultes présentant une déficience intellectuelle, les travaux menés sur les populations adolescentes restent insuffisants. Quatre études seulement ont été menées au Japon auprès de 20 031 sujets âgés de 6 à 17 ans (Takeuchi, 1994), aux Etats-Unis auprès de 131 sujets âgés de 6 à 14 ans (Bandini et al., 2005), à Taïwan auprès de 279 sujets âgés de 4 à 18 ans (Lin et al., 2005) et en Australie auprès de 98 sujets âgés de 2 à 18 ans et dont seulement 10 avaient plus de 13 ans

¹ Laboratoire EA 4206 "Conduites Addictives, de Performance et Santé", Université Montpellier I

² Croix Rouge Française, IME Valfleurs, Grasse

³ UMR 6233 CNRS-Université Aix-Marseille II "Institut des Sciences du Mouvement, Etienne-Jules Marey"

⁴ CREA Languedoc-Roussillon, Montpellier - Groupe Pomona

(De et al., 2008). L'ensemble de ces études met en exergue des **prévalences de surpoids et/ou d'obésité supérieures à celles observées en population générale**. Aucune différence significative n'a été observée selon le sexe, selon le niveau de déficience, ou encore selon la prescription médicamenteuse. Enfin, les caractéristiques génétiques et psychopathologiques ne sont pas abordées dans ces travaux.

Dans une conjoncture de prévention du surpoids chez les adolescents prônée par diverses campagnes (Programme National Nutrition Santé 2, programme Epoque), il est primordial de surveiller la problématique du surpoids chez des populations plus vulnérables, telles que les adolescents présentant une déficience intellectuelle. En effet, la loi du 11 février 2005 pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" a récemment remodelé le paysage juridique, institutionnel et conceptuel français en réaffirmant avec force le principe de la compensation du handicap et en proposant aux personnes en situation de handicap et à leurs familles des garanties d'une plus grande participation sociale. Or, en altérant la motricité globale et la condition physique, **le surpoids contribue à accentuer la situation de handicap et à réduire la participation sociale**. De plus, les comorbidités associées au surpoids (i.e. hypertension artérielle, diabète type II, dyslipidémies, problèmes articulaires...) risquent de renforcer les besoins thérapeutiques. Ainsi, en augmentant le degré de dépendance et en limitant l'autonomie, le surpoids et plus particulièrement l'obésité constituent pour ce public un trouble secondaire de santé qui provoque un sur-handicap et risque de compromettre la participation sociale, de dégrader la qualité de vie et d'augmenter les coûts de santé à l'âge adulte.

Or, il n'existe pas à notre connaissance d'étude française, ni même européenne, qui se soit intéressée à la prévalence du surpoids ou de l'obésité chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle. Une étude, menée depuis 2006 auprès d'établissements médico-sociaux de l'arc méditerranéen, vise ainsi à répondre à ce manque d'information. L'objectif de cet article est d'en présenter les premiers résultats.

Une étude en cours dans des établissements de l'arc méditerranéen

Un premier **échantillon de 420 adolescents**, garçons et filles, dont l'âge est compris entre 11 et 21 ans et présentant une déficience intellectuelle a été constitué. Un questionnaire d'enquête épidémiologique a été diffusé dans 14 IME du Sud de la France : Alpes-Maritimes, Var, Bouches du Rhône, Gard, Hérault, représentant 18,7 % de l'ensemble des IME de ces cinq départements. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) a été le critère de jugement du surpoids retenu pour cette étude, scindé ensuite en 2 sous-catégories : pré-obésité et obésité.

Les résultats obtenus mettent en évidence **une prévalence de surpoids de 30,2 % dont 9,5 % pour l'obésité**. L'enquête décennale santé 2002-2003 (ORS PACA, INSERM UMR 379, 2005) fait état de prévalences s'élevant à 13,8 % pour le surpoids dont 2,8 % pour l'obésité chez des adolescents français sans déficience âgés de 10 à 19 ans et les prévalences évoquées par l'enquête ObEpi 2000 chez des enfants et adolescents âgés de 2 à 17 ans s'accordent avec ces valeurs. Les prévalences de surpoids et d'obésité sont donc respectivement **deux fois et trois à quatre fois supérieures chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle** en comparaison aux adolescents de population générale. En outre, la différence de prévalence significative observée entre les préadolescents (1,1 %) et les adolescents (10,8 %) marque l'importance du début de la puberté dans le développement du surpoids, et plus spécifiquement de l'obésité, pour cette population.

Tableau I. Prévalence du surpoids, de la pré-obésité et de l'obésité chez les pré-adolescents, adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle

	Effectif total	Surpoids	Pré-obésité	Obésité
Echantillon total	420	30,2 %	20,7 %	9,5 %
Pré-adolescents (11-13 ans)	88	23,9 %	22,7 %	1,1 %
Adolescents (14-18 ans)	251	30,3 %	19,5 %	10,8 %
Jeunes adultes (19-21 ans)	81	37,0 %	22,2 %	14,8 %

En grisé : résultats significatifs

Contrairement à ce qui avait pu être observé dans la littérature, les filles sont significativement plus pré-obèses que les garçons, soit plus d'une fille sur trois (37,1 %). Ces résultats sont particulièrement préoccupants puisqu'ils traduisent ce qui est habituellement observé à l'âge adulte pour cette population.

Aucune différence significative n'a été observée selon le niveau de déficience. Néanmoins, la prévalence de pré-obésité est supérieure de 50 % dans le cas des déficiences légères et moyennes en comparaison aux déficiences graves et profondes. Ceci reste préoccupant, car cette tendance se vérifie généralement chez les adultes, invoquant des **prévalences de surpoids et d'obésité plus fortes dans le cas de déficiences légères et moyennes** en comparaison à des niveaux de déficit plus graves, liées à la plus grande autonomie et à l'indépendance des personnes présentant une déficience intellectuelle légère et moyenne. En effet, ces personnes évoluent dans des environnements moins restrictifs (alimentation, santé, loisirs, activité physique) que celles présentant une déficience intellectuelle grave ou profonde.

Les sujets porteurs de **troubles envahissants du développement**, ici, ne sont pas statistiquement moins en surpoids que ceux n'en présentant pas, malgré l'écart constaté. L'échantillon n'est pas assez conséquent pour valider ce résultat.

Tableau II. Prévalence du surpoids, de la pré-obésité et de l'obésité selon les caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon	Effectif total	Surpoids	Pré-obésité	Obésité
<i>Genre</i>				
Garçons	269 (64,0 %)	26,4 %	16,7 %	9,7 %
Filles	151 (36,0 %)	37,1 %	27,8 %	9,3 %
<i>Niveau de déficience</i>				
DI légère/moyenne	342 (81,4 %)	31,9 %	22,0 %	9,9 %
DI grave/profonde	78 (18,6 %)	23,1 %	15,4 %	7,7 %
<i>Psychopathologie</i>				
Avec TED ^a	47 (11,2 %)	23,4 %	12,8 %	10,6 %
Sans TED	373 (88,8 %)	31,1 %	21,7 %	9,4 %
<i>Anomalie génétique</i>				
Sans anomalie génétique	350 (83,3 %)	27,7 %	19,7 %	8,0 %
Trisomie 21	34 (8,1 %)	47,1 %	23,5 %	23,5 %
Autres anomalies génétiques	36 (8,6 %)	38,9 %	27,8 %	11,1 %
<i>Traitements médicamenteux</i>				
Avec psychotropes	127 (30,2 %)	38,6 %	24,4 %	14,2 %
Sans psychotrope	293 (69,8 %)	26,6 %	19,1 %	7,5 %

^a TED : Troubles envahissants du développement
En grisé : résultats significatifs

Le taux de surpoids est presque multiplié par deux dans le cas de la trisomie 21 en comparaison aux sujets sans aucun trouble génétique, ce qui porte le nombre d'adolescents porteurs de trisomie 21 en surpoids à un sur deux. La prévalence d'obésité pour cette population est équivalente à celle de la pré-obésité (23,5 %). Elle est finalement trois fois supérieure à celle observée chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle sans trouble génétique, et huit fois supérieure à celle des adolescents ordinaires. De la même manière, les prévalences de surpoids et d'obésité sont respectivement 1,5 et 2 fois supérieures chez les sujets prenant des **psychotropes** (38,6 % et 14,2 %) en comparaison aux sujets n'ayant aucun traitement psychopharmacologique (26,6 % et 7,5 %).

Quels facteurs explicatifs ?

Les causes du surpoids au sein de cette population sont donc sans aucun doute **multifactorielles**. Les résultats de cette étude ouvrent quelques pistes de réflexion autour des aspects **génétiques et médicamenteux** notamment. Néanmoins, d'autres pistes, spécifiques à notre population d'étude, méritent d'être évoquées.

L'inactivité physique de cette population, pour causes exogènes ou endogènes, est soulignée. Du point de vue des causes exogènes, tous les établissements ne proposent pas encore aujourd'hui de prise en charge régulière en activités physiques. Lorsque celle-ci existe, elle reste pensée sur le plan des apprentissages moteurs et non selon une approche d'amélioration de la santé, pour répondre à des problématiques de dépense énergétique et de contrôle du poids notamment. Du point de vue des causes endogènes, les personnes présentant une déficience intellectuelle expriment une faible **motivation** pour la pratique d'activités physiques à visée énergétique. L'effort continu et soutenu de ce type d'activités n'est pas forcément plaisant sur le moment (surtout si l'on n'en comprend pas la finalité). L'intérêt à moyen terme de ces progrès sur le plan de la santé physique peut ainsi ne pas être intégré. Cette motivation est pourtant la clé de la condition physique car elle permet à chacun de s'entraîner à son seuil physiologique optimal, et non en deçà.

Cette difficulté à faire sien un projet d'amélioration de la condition physique intervient également vis-à-vis du suivi d'un **régime alimentaire**. La difficulté à identifier les bénéfices à moyen terme d'une restriction sur le moment pose la question du grignotage, peut-être plus fréquent qu'en population générale.

Enfin, **l'information en matière de santé**, notamment en rapport avec le surpoids, reste limitée. Les professionnels de l'accompagnement éducatif sont encore peu sensibilisés à cette problématique. L'accompagnement reste majoritairement centré sur la déficience intellectuelle et ses conséquences en matière d'autonomie ou d'apprentissages, plus rarement sur des troubles secondaires tels que le surpoids.

Finalement, dans le contexte protégé que constitue l'IME, le surpoids n'a que peu de conséquences du point de vue de l'image sociale des personnes accueillies. Ce surpoids peut être "invisible" ou assimilé aux conséquences acceptées de la déficience intellectuelle et non comme un problème de santé majeur.

En conclusion

La problématique du surpoids et de l'obésité des adolescents est particulièrement préoccupante pour notre population d'étude. Elle doit interpeller les professionnels des établissements médico-sociaux. En effet, compte tenu des stigmates associés à la prise de poids et de ses répercussions sur la santé physique présente et future, le surpoids et l'obésité doivent être envisagés comme un facteur de **sur-handicap pour cette population**. Ce phénomène est d'autant plus sensible qu'il vient contredire les objectifs de la loi du 11 février 2005 de favoriser au maximum la participation sociale et l'inclusion des personnes en situation de handicap. L'adolescence est une période charnière de l'évolution de l'individu. Elle offre une opportunité développementale et s'appuie massivement sur le corps. Il semble donc pertinent d'élaborer de véritables programmes axés sur la pratique d'une **activité physique adaptée** à la problématique du surpoids et intégrant les spécificités de cette population. La perspective visée est celle d'une meilleure santé et d'une meilleure qualité de vie, présentes et à venir. Cette étude exploratoire mérite donc d'être poursuivie à une plus grande échelle. Les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique de cette population doivent en outre être pris en compte. Enfin, un regard plus spécifique pourrait être porté sur les **perceptions de soi**, notamment dans le domaine corporel, comme indicateur du niveau de préoccupation de ces adolescents vis-à-vis de leur propre corps et comme facteur de motivation favorisant l'émergence de comportements de contrôle du poids (Page et Fox, 1997).

Remerciements : nous adressons nos plus vifs remerciements aux IME Valfleurs (06), Bariquand Alphan (06), Les Terrasses (06), Le Mont Boron (06), Pierre Merli (06), Vert Pré (13), Les Mûriers (34), Les Oliviers (34), Les Capitelles (30), Bel Air (83), Henri Wallon (06), Les Paradoux (13), Les Noisetiers (06) et Les Ecureuils (13), ainsi qu'à leurs personnels qui ont bien voulu accepter de participer à cette étude. Nous tenons également à remercier l'association CLARRIS pour son soutien logistique.

Références bibliographiques

BANDINI, L., CURTIN, C., HAMAD, C., TYBOR, D.J., & MUST, A. (2005). Prevalence of overweight in children with developmental disorders in the continuous national health and nutrition examination survey, 1999-2002. *Journal of Pediatrics*, 146, 738-743.

De, S., SMALL, J., & BAUR, L.A. (2008). Overweight and obesity among children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Development and Disabilities*, 33, 43-47.

INSERM (2006). Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Paris : INSERM.

LIN, J.D., YEN, C.F., LI, C.W., & WU, J.L. (2005). Patterns of obesity among children and adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 18, 123-129.

Organisation Mondiale de la Santé (2000). Obesity : preventing and managing the global epidemic. Geneve : OMS.

ORS PACA & INSERM UMR 379 (2005). Prévalence des problèmes de poids, habitudes alimentaires et activité physique en région PACA : résultats de l'enquête décennale santé 2002-2003. *Regard Santé*, 13, 1-4.

PAGE, A. & FOX, K.R. (1997). Adolescent weight management and the physical self. In K.R. Fox (Ed.), *The physical self: from motivation to well-being* (pp. 229-256). Champaign: Human Kinetics.

TAKEUCHI, E. (1994). Incidence of obesity among school children with mental retardation in Japan. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 283-288.