

Particularités de la prise en charge libérale de l'obésité infantile

Plan du chapitre

Introduction

- 1- Rôle et avantages du médecin libéral en matière de prévention et de dépistage précoce
 - 1.1 Connaissance du milieu familial
 - 1.2 Suivi régulier de l'enfant et utilisation des outils de repérage précoce
 - 1.3 Traquer le rebond précoce d'adiposité
 - 1.3.1 Au cours des visites obligatoires
 - 1.3.2 Au cours des visites non obligatoires
 - 1.4 Messages préventifs d'éducation à la santé : délivrer des conseils, et identifier les erreurs :
 - 1.4.1 Rythmes de vie
 - 1.4.2 Alimentation
 - 1.4.3 Activité physique
 - 1.4.4 Sédentarité
- 2- Rôle du médecin libéral en matière de prise en charge
 - 2.1 L'enfant qui ne vient pas pour ça
 - 2.1.1 Problème de l'annonce du diagnostic à la famille
 - 2.1.2 Problème de l'annonce du diagnostic à l'enfant
 - 2.1.3 Savoir motiver pour instaurer un suivi régulier
 - 2.1.4 Savoir gérer les perdus de vue
 - 2.2 L'enfant qui vient pour « ça »
 - 2.2.1 Entrée en matière facilitée
 - 2.2.2 Mettre en confiance
 - 2.2.3 Planter le décor
 - 2.2.4 Apprécier la motivation
 - 2.2.5 Planifier des objectifs accessibles et raisonnables
 - 2.2.6 Planifier les moyens et façons d'atteindre ces objectifs
 - 2.2.7 Savoir gérer la demande d'examen complémentaires
- 3- Implication des médecins libéraux dans diverses actions centrées autour de l'obésité pédiatrique
 - 3.1 Des campagnes de prévention : EPODE
 - 3.2 Des opérations de dépistage : JNDOI de l'AFPA
 - 3.3 Des réseaux de Prévention et Prise en charge : Ile de France, Toulouse, Lyon, Franche Comté
- 4- Conclusion

Introduction :

L'idée est ici d'aborder les particularités de la médecine libérale en matière de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge de l'obésité infantile.

Les médecins des services hospitaliers voient souvent arriver les enfants obèses à des stades avancés et ayant essayé, en libéral, des prises en charge parfois multiples. C'est parfois la quête de la solution ultime, l'avis du «grand spécialiste» parce que l'on ne sait plus quoi faire. L'avantage du médecin traitant, s'il est suffisamment averti, sensibilisé et motivé, est de pouvoir débiter une prise en charge de façon précoce. Parce que l'on ne devient pas obèse du jour au lendemain, s'habituer à poser un diagnostic d'excès pondéral sur l'indice de masse corporelle et non sur une impression visuelle permet de gagner un temps précieux sur la prise en charge de l'obésité en phase de constitution.

1. Rôle et avantages du médecin libéral en matière de prévention et de dépistage précoce

1.1 Connaissance du milieu familial

Lorsque le praticien est le médecin de l'enfant depuis sa petite enfance, il connaît habituellement bien le milieu dans lequel évolue l'enfant : les parents, la fratrie, le mode de garde, le niveau de la scolarité, l'environnement géographique, les conditions socio économiques de la famille... Il sait, par exemple, s'il y a des facteurs de risques particuliers : obésité chez l'un ou l'autre des parents, milieu socioéconomique défavorisé, manque d'implication éducative et il peut ainsi délivrer aux parents des messages préventifs dès le début du suivi de l'enfant (Cf. paragraphe 14)

1.2 Suivi régulier de l'enfant et utilisation des outils de repérage précoce

Un suivi régulier :

Le suivi de l'enfant depuis la naissance permet l'installation progressive d'une relation de confiance entre le médecin, les parents et le patient. Ainsi est facilitée l'acceptation du diagnostic, la nécessité annoncée de la prise en charge et l'adhésion pour un suivi régulier et/ou prolongé indispensable pour le suivi de toutes les pathologies chroniques dont l'obésité fait partie.

Les logiciels de consultation :

Les médecins libéraux disposent désormais de logiciels de consultation permettant la construction automatique des courbes de croissance : poids et taille bien sûr mais aussi la précieuse courbe de corpulence plus sensible que celle du poids pour un dépistage précoce d'une prise de poids excessive (rebond d'adiposité précoce ou croisement trop rapide des courbes d'IMC vers le haut). (Logiciel Infansoft® de l'AFPA par exemple, logiciel IMC du PNNS...)

Le carnet de santé :

A défaut d'être informatisé, le praticien dispose néanmoins pour chaque enfant d'un outil précieux : le carnet de santé. Depuis 1995, la courbe de corpulence est présente dans tous les carnets de santé aux pages 78 et 79 selon le sexe. La zone de « corpulence normale » (correspondant à un poids médicalement adapté à la taille), est blanche, et les zones anormales (excès pondéral, en haut, ou insuffisance pondérale, en bas) sont plus foncées.

A chaque visite obligatoire, (9 mois, 2 ans, Bilan des 3-4 ans et 5-6 ans) on retrouve à coté des cases pour le poids, la taille et le périmètre crânien, la notion de corpulence (P/T^2) dont le calcul isolé sans report sur la courbe de référence pédiatrique ne sert à rien. L'utilisation chez l'enfant des « repères adultes » de l'IOTF en matière de surpoids (IMC supérieur à 25) et

d'obésité (IMC supérieur à 30) est bien sûr erronée mais cette notion n'est pas toujours unanimement acquise. Une brochure a été éditée par la DGS en 2003 pour rappeler l'importance du suivi de la corpulence des enfants et les repères pédiatriques de cet indice.

1.3 Traquer le rebond précoce d'adiposité : un « jeu d'enfant »

La courbe d'IMC, si elle est tracée régulièrement (un point calculé et reporté une fois par an semble optimal), n'allonge pas la durée de la consultation. Elle devrait donc devenir un réflexe chez tout praticien, même si son regard lui semble expérimenté, car elle permet de révéler des prises de poids excessives passant encore inaperçues aux yeux des parents et même du médecin. Cette déviation inattendue de la courbe, si elle s'installe dans le temps, permet de tirer la sonnette d'alarme et donne l'occasion de faire le point avec les parents sur les rythmes de vie familiaux alors même que l'enfant n'est ni en surpoids, ni obèse. Lorsque l'on trace la courbe de corpulence d'enfants ou adolescents présentant une obésité sévère et/ou ancienne, on remarque souvent que le rebond précoce d'adiposité a eu lieu dans la petite enfance entre 2 et 4 ans.

1.3.1 Au cours des visites médicales obligatoires :

Les visites obligatoires à 2 ans, puis à 3 - 4 ans (souvent réalisées à l'école par les équipes médicales des Conseils Généraux), puis à 5 - 6 ans (souvent réalisées par les équipes de santé scolaires de l'éducation nationale et/ou parfois des municipalités) sont donc des étapes précieuses et incontournables pour un repérage précoce d'un excès pondéral débutant (et pour le diagnostic d'un excès pondéral ou d'une obésité installés)

1.3.2 Au cours des autres visites médicales « non obligatoires » : pour un certificat de sport, une vaccination, une urgence, une visite de passage...

Toutes les occasions sont bonnes pour mesurer et peser un enfant, surtout si son âge indique qu'il ne reviendra pas de sitôt voire un médecin ! S'il s'agit d'un enfant né avant 1995, il est probable qu'il n'y ait pas de courbe de corpulence dans son carnet de santé. En revanche, les nouvelles courbes de corpulence françaises sont téléchargeables sur le site du ministère de la santé (www.sante.gouv.fr, cliquer sur « D » comme dossier, puis « N » comme Nutrition). Il existe même un logiciel, élaboré par la DGS et délivré gratuitement, permettant de tracer automatiquement les courbes de croissance (poids, taille et corpulence) à partir des données disponibles dans le carnet de santé.

1.4 Messages préventifs d'éducation à la santé : à délivrer régulièrement !

1.4.1 Rythmes de vie

Les rythmes de vie, c'est le déroulé classique des 24h d'un nourrisson, d'un petit enfant, d'un enfant puis d'un adolescent avec la succession des différents étapes d'une journée : repas, sommeil, activité, repos, hygiène...

Les rythmes de vie évoluent bien sûr avec l'âge et l'autonomisation souhaitable (mais dans quelles limites acceptables ?) de l'enfant.

On peut, en matière d'alimentation et de rythmes de repas, citer les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS) que les parents et médecins peuvent retrouver dans le guide destiné aux parents « La santé vient en mangeant et en bougeant » édité en novembre 2004 (www.mangerbouger.com). Pour résumer, et pour une journée « classique », le nombre de repas est de 4, et ce dès le passage à 4 biberons par jour, c'est-à-dire vers 4 ou 5 mois en moyenne. Cette notion sous entend que le grignotage répété, qui peut totalement prendre la place d'un « vrai » repas, n'a pas sa place. « Il ne mange rien à table, Docteur » signifie bien

souvent que l'enfant a tellement glané ci et là, biscuits, yaourts à boire, boissons sucrées et friandises qu'il n'a tout simplement et tout naturellement plus d'appétit lorsqu'il se retrouve à table...

La multiplication des goûters (matin, début d'après-midi, milieu d'après midi, retour de l'école de fin d'après midi) peut conduire aussi à cette dérive.

1.4.2 Alimentation

Là encore le médecin peut s'aider des repères de consommation issus du guide du PNNS.

Ce guide délivre un langage assez consensuel sur les recommandations actuelles en matière de fréquence de consommation des aliments issus des 5 familles identifiées :

- produits laitiers : à chaque repas et au moins 3 par jour
- produits céréaliers et féculents : à chaque repas
- les fruits et légumes : à chaque repas et si possible 5 par jour (soit 400 à 800 grammes selon l'âge),
- matières grasses,
- produits protéinés (viande, poissons, œufs) : 1 à 2 fois par jour,
- produits sucrés et friandises : occasionnellement.

Les parents sont souvent très demandeurs des quantités à donner à l'enfant : celles-ci sont bien sûr dépendantes de son niveau de dépense énergétique et difficiles à établir de façon précise.

On peut néanmoins faire aux parents les remarques de bon sens suivantes :

- Habituellement, un nourrisson mange moins que son aîné de 4 ans, lequel mange moins que la grande sœur de 10 ans, laquelle mange des quantités moindres que son grand frère de 15 ans lequel mangera probablement moins que son papa... A poids et taille égaux, deux enfants peuvent manger des quantités très différentes s'ils se dépensent différemment... La taille des portions est néanmoins un sujet à aborder avec l'enfant qui peut ressentir une certaine frustration ou discrimination et l'histoire, quoi que désuète, de « Boucle d'Or et les trois ours » permet parfois de remettre les pendules à l'heure. On peut aussi expliquer à l'enfant de 8 ans que, de la même façon que le pull de taille XL de son frère aîné de 16 ans ne lui est pas adapté, ses rations alimentaires ne le sont pas non plus... et que, dans le même esprit, il serait sûrement agacé qu'on lui donne les mêmes quantités que son petit frère (ou cousin) de 2ans...
- Tant que les courbes de corpulence sont régulières et suivent le tracé classiquement attendu, on peut expliquer à des parents inquiets des quantités (à donner ou prises par l'enfant, que celles-ci soient d'ailleurs faibles ou importantes), qu'elles sont en tout cas, adaptées à son niveau de dépense énergétique. Ceci ne préjuge cependant pas de la qualité et de la variété des aliments qui sont mangés. Tout le monde, et surtout l'enfant trop gros qui souffre de cette injustice flagrante, connaît dans son entourage un enfant maigre « qui mange n'importe quoi et n'importe quand »... On peut expliquer à ce patient que, bien que maigre, « cet enfant qui mange n'importe quoi », c'est comme une voiture qui reçoit un carburant inadapté et que, tôt ou tard, le corps risque d'en souffrir à l'intérieur, même si cela ne se traduit pas par un excès de poids visible de l'extérieur... L'alimentation ne se résume pas à un poids esthétiquement idéal et ne devrait pas être abordée uniquement en cas de surcharge pondérale.

1.4.3 Activité physique

Là encore, très tôt, le médecin peut aborder l'importance d'une activité physique régulière c'est-à-dire quotidienne et qu'il faut bien distinguer des activités sportives à proprement parler. Un enfant peut en effet avoir deux heures hebdomadaires de judo ou de danse mais être à coté totalement inactif, passant des heures à des activités de loisirs sédentaires.

Il s'agit là encore de bon sens, mais l'expérience quotidienne des consultations en libéral prouve qu'il faut en parler ! Incitons les parents à laisser bouger leurs enfants et ce dès le plus jeune âge pour leurs donner de bonnes habitudes : c'est la square ou le jardin à la sortie de l'école, le maximum de trajets quotidiens (intra urbains) à pieds plutôt qu'en voiture, les promenades du week-end, la poussette à ranger dès que l'enfant est en âge d'utiliser ses jambes, éviter les mini-motos, vélos ou trottinettes motorisées qui n'entraînent aucune dépense physique de la part de l'enfant... Les enfants en bas âge sont souvent très demandeurs mais la météo et le manque de temps sont les arguments les plus largement utilisés par les parents pour se défendre de ne pas bouger beaucoup... On peut alors utiliser les contre arguments suivants : 35 heures, RTT, moyens de déplacements doux intra urbains (lutte contre la pollution, économies d'énergie et de stress), et surtout qu'un enfant qui bouge n'a pas froid, c'est le parent qui est assis sur le banc du square et qui s'ennuie qui a froid et qui souvent veut rentrer...

1.4.4 Sédentarité

L'ennui et la sédentarité ont du bon et il est nécessaire de réserver à l'enfant des moments sans activité programmée. Néanmoins quand les loisirs sédentaires deviennent excessifs, et entraînent un déséquilibre de la balance énergétique (apports énergétiques supérieurs aux dépenses), il est temps de réagir...

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises activités sédentaires et un enfant qui lit ne se dépense sans doute pas plus qu'un enfant qui regarde la télévision même si l'effort intellectuel est différent (actif en lisant, ou passif devant la télévision). Conscients du reproche fait aux écrans en tout genre, les parents, comme pour se défendre, évoquent souvent le coté intellectuel du jeu d'ordinateur auquel leur enfant consacre ses mercredis et week-ends.

L'idée n'est pas d'interdire, ni les jeux vidéo, ni la télévision, mais de rappeler aux parents de garder une certaine vigilance, un certain contrôle de l'«écranphagie» des enfants. Cette «écranphagie» est facilitée par, d'une part par la multiplication des jeux vidéos, consoles de jeux etc. et d'autre part, par le bénéfice direct que leur consommation procure aux parents en matière de « tranquillité ». Nombreux sont les enfants qui disposent dans leur chambre d'un écran de télévision personnel avec console de jeux ce qui évite le soir les conflits autour du film à choisir et laisse ainsi l'enfant consommer librement loin du contrôle parental. Le coté pervers de cet accès libre et incontrôlé n'est pas toujours bien perçu par les parents.

A coté du coté sédentaire stricto sensu et de la corrélation indiscutable bien démontrée maintenant entre temps passé devant la télévision et obésité, la télévision a de nombreux autres effets secondaires toxiques comme l'explique le pédopsychiatre Stéphane Clerget dans son ouvrage « Ils n'ont d'yeux que pour elle : Les enfants et la télé » chez Fayard.

2. Rôle du médecin libéral en matière de prise en charge

Il faut distinguer deux situations bien différentes en consultation de ville : l'enfant et sa famille qui demandent une consultation spécifiquement pour ce problème d'excès de poids et celui chez lequel on aborde ce problème que l'on vient de dépister et qui ne demandait rien.

2.1 L'enfant qui ne vient pas pour « ça » : une situation particulière

2.1.1 Problème de l'annonce du diagnostic à la famille

Annoncer un excès pondéral ou une obésité à des parents et/ou à l'enfant pose souvent des problèmes au médecin.

Il peut craindre de vexer les parents en leur annonçant une situation dont ils risquent de se sentir responsables et ce surtout si l'un, ou l'autre, voire les deux parents, présentent eux même un problème d'excès de poids.

Il peut également se sentir dépassé par cette pathologie multifactorielle et chronique, désabusé par des expériences antérieures infructueuses ou anxieux du temps nécessaire à consacrer à cette prise en charge qui s'annonce...

Le médecin a également un rôle difficile lorsqu'il est face à des familles chez lesquelles culturellement ou « familialement » les rondeurs sont signes de bonne santé ou de force (pour les garçons souvent) ou de féminité plus tard chez les adolescentes et futures femmes.

L'expression « bien portant » que l'on applique en général à des enfants bien « ronds » révèle bien d'ailleurs l'assimilation qui est faite entre rondeurs et bonne santé. Chez certains c'est aussi la preuve physique que l'enfant est bien nourri et donc que la mère remplit bien son rôle de « mère nourricière » et que de ce fait c'est une « bonne mère » ! Il est donc souvent délicat de faire comprendre aux parents la limite entre des plis et des rondeurs esthétiquement attendrissantes et celles qui sont médicalement à contrôler voire enrayer...

Il y a certes des occasions plus favorables que d'autres pour aborder le sujet et certains parents et enfants ne sont pas « prêts » à nous entendre sur un thème délicat comme l'obésité, surtout, encore une fois, s'il y a des antécédents familiaux d'excès de poids et/ou s'il n'y a aucune demande initiale de prise en charge de leur part.

Lorsqu'il s'agit d'une première visite et a fortiori pour une urgence, il est recommandé de « poser des jalons » et de suggérer d'aborder le sujet de façon plus approfondie une autre fois lors d'une consultation systématique à programmer. Alice, 13 ans vient pour une demande de certificat médical : pesée, mesurée, le médecin lui annonce qu'elle présente une obésité de degré 2 et qu'il faut agir si elle ne veut pas avoir de problème de santé plus tard... Vexée, celle-ci refuse de retourner chez ce médecin mais l'idée a néanmoins fait son chemin et quelques mois plus tard elle entreprendra elle-même une démarche.

En consultation, l'utilisation du terme d'obésité est parfois délicate car socialement péjorative donc psychologiquement souvent vécue comme une agression, voire une insulte. Chaque praticien, connaissant la famille, sait s'il peut utiliser ou non ce terme en fonction de la sensibilité des individus qu'il a en face de lui. La notion de « surpoids » sur les courbes d'IMC du Programme National Nutrition Santé (PNNS), récemment refaites et envoyées aux médecins, a été remplacé par celle « d'obésité de degré 1 » ce qui ne plaît pas à tous les professionnels de santé, certains reprochant d'utiliser un terme « socialement grave » pour une situation médicalement (et/ou visiblement) non dramatique. L'utilisation de cette terminologie (initialement uniquement réservée aux cliniciens) a pour objectif essentiel de ne pas minimiser (et donc potentiellement risquer de laisser s'aggraver) une situation que le terme « excès de poids » aurait pu banaliser. Dans certains cas, soulignons quand même que les notions d'obésité degré 1 et 2, qui sont notées lisiblement sur les courbes d'IMC du

PNNS, peuvent permettre de «convaincre, parce que c'est écrit », du diagnostic d'excès pondéral des parents dubitatifs et donc initialement pas très à l'écoute des conseils prodigués.

2.1.2 Problème de l'annonce du diagnostic à l'enfant

Que doit-on ou que peut-on dire à l'enfant ?

- Oscar a trois ans et demi : sa courbe d'IMC présente un rebond précoce indiscutable depuis l'âge de 2 ans. Son IMC le positionne en zone d'obésité de degré 1 (surpoids). Il n'y a aucune souffrance manifeste liée à cette prise de poids excessive, aucun retentissement médical ou social de cette surcharge pondérale récente, aucune demande de sa part bien sûr. On se concentrera sur les parents pour les explications et les conseils.

- Valentin, 15 ans, présente une obésité de degré 2 ancienne qui évolue depuis la petite enfance (depuis ses 3 ans) dans un contexte d'obésité familiale : il connaît le sujet et se rend bien compte de son état qui retentit sur sa vie sociale et physique au quotidien. Il peut à son âge comprendre la courbe d'IMC et entendre les explications du médecin.

Ce que l'on va dire dépend donc de l'âge mais aussi de la perception qu'a l'enfant de son problème d'excès pondéral.

Là encore le terme d'obésité n'est pas forcément judicieux à utiliser d'emblée et l'emploi de cette terminologie doit être réfléchi car il est dommage de se braquer d'emblée avec l'enfant lequel potentiellement vexé ou blessé risque de refuser de revenir en consultation.

On peut dire que l'on trouve que le poids est excessif et demander à l'enfant comment il qualifie cette situation ou comment il se trouve : « un peu rond, trop gros, trop de ventre, trop costaud, trop de plis » sont des termes souvent cités par les enfants et qui signifient « trop » de toute façon.... Puisque la terminologie d'obèse ne modifiera probablement pas la prise en charge, il n'est pas forcément indispensable d'évoquer ce terme avec l'enfant. En revanche, signifier aux parents que la situation est préoccupante et mérite une prise en charge est indispensable et relève de notre rôle de médecin : c'est annoncer une pathologie souvent chronique, ce n'est pas agréable mais cela fait partie de notre métier.

2.1.3 Savoir motiver pour instaurer un suivi régulier

Il est important d'expliquer aux parents et à l'enfant (selon son âge et son degré d'implication potentielle) que la prise en charge d'un problème d'excès pondéral prend du temps. Il est nécessaire d'inscrire le suivi dans la durée avec des consultations régulières (idéalement mensuelles) destinées à épauler l'enfant et sa famille dans les changements progressifs que l'on va leur conseiller.

La motivation de la famille et de l'enfant naîtra de la confiance et de la relation qui va s'instaurer lors de cette première consultation. : Empathie et écoute sont indispensables. L'utilisation des arguments de prévention pour la santé à l'âge adulte (prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète etc.) a peu de poids auprès de l'enfant peu sensible à sa projection dans un avenir lointain.

En revanche, ces arguments peuvent être utiles face à des parents dubitatifs quant à la nécessité d'agir si « tout le monde dans la famille est comme ça » et qu'ils manifestent ainsi une certaine fatalité qui ne va beaucoup nous aider à changer la situation.

L'enfant en excès de poids cherche bien sûr avant tout une amélioration de son image corporelle, rapide si possible, pour l'été qui approche, pour faciliter les achats vestimentaires et réduire les moqueries ou les regards pénibles dont il est l'objet au quotidien, à l'école, en cours de gymnastique ou dans la rue. Il est indispensable d'expliquer à l'enfant et aux parents, à l'aide de la courbe éventuellement ou de photos antérieures, qu'il est préférable d'aller

lentement mais durablement plutôt que se restreindre trop et trop vite, perdre facilement au début (c'est facile quand on se restreint beaucoup) et reprendre encore plus de poids après.

2.1.4 Savoir gérer les « perdus de vue »

Il y a les enfants que l'on voit une fois et que l'on ne reverra plus ou bien plus tard. Il y a ceux que l'on a sans doute vexé en utilisant un terme qu'ils n'étaient pas prêts à entendre, ceux qui n'étaient pas vraiment demandeurs, ceux qui ne sont pas prêts pour un suivi de longue durée, ceux chez lesquels on a semé l'idée d'agir et qu'ils iront cultiver ailleurs un jour, et ceux qui enfin ne feront jamais rien...Et il faut accepter cette idée !

2.2 L'enfant qui vient pour « ça » et que l'on ne connaît pas toujours :

Il y aussi des enfants que l'on ne connaît pas forcément et qui un jour se présentent en consultation décidés à « faire quelque chose », en général un « régime » pour maigrir ou perdre du poids.

2.2.1 Entrée en matière à priori facilitée : le diagnostic est déjà connu

Dans ces situations, l'étape de l'annonce du diagnostic est en général déjà franchie. Néanmoins, il peut arriver que l'utilisation de la courbe de corpulence du PNNS qui fait apparaître lisiblement le terme d'obésité vexe l'enfant, lequel, même conscient de sa surcharge pondérale, ne s'imaginait pas en « être à ce point »... Encore une fois la vigilance et le doigté s'imposent avec le choix des mots...

2.2.2 Mettre en confiance

La première consultation est fondamentale. On sait que l'on part pour un suivi d'autant plus long que l'obésité est sévère et ancienne et l'adhésion familiale hésitante. Il est donc important de ne pas « rater » la première prise de contact pour faciliter les visites ultérieures.

2.2.3 Plantez le décor

Quand on ne connaît pas l'enfant, il est indispensable de le questionner sur son mode de vie familial, à l'école, ses loisirs, ses habitudes, son habitat... En effet, il vit dans un milieu familial, social, culturel et économique qui lui est propre et qu'il est important de prendre en compte dans la prise en charge.

Prendre le temps de « planter le décor » est donc fondamental et permet d'approcher l'enfant et sa famille dans sa globalité.

Il est important d'aborder la composition ou reconstitution familiale, d'apprécier l'héritage socioculturel et son importance dans la famille, le degré d'implication éducative parental, la disponibilité ou temps de présence parental auprès de l'enfant, la scolarité et son déroulement, les activités pratiquées de façon organisée et la façon d'occuper le temps libre.

2.2.4 Apprécier la motivation

La motivation de l'enfant pour démarrer une prise en charge dépend souvent de son âge et du retentissement de son obésité sur sa vie quotidienne.

Plus l'enfant avance en âge et plus c'est SA motivation personnelle qui doit être recherchée. Les enfants sont néanmoins très demandeurs d'une amélioration de leur apparence physique mais de façon si possible rapide et facile, c'est la raison pour laquelle il faut bien, dès le départ, expliquer et détailler les objectifs et les moyens d'y arriver.

Chez le tout jeune enfant c'est avant tout la motivation parentale de préférence partagée par les deux parents qui est indispensable.... L'implication de l'ensemble de la famille est tellement fondamentale que si l'on sent les parents dubitatifs, c'est avant tout eux qu'il faut convaincre de la nécessité d'agir : expliquer le risque d'évolution du poids en l'absence de changement du mode de vie peut-être un moyen à utiliser. (Annoncer par exemple le poids vers lequel l'enfant semble se diriger à l'adolescence ou à l'âge adulte si la courbe continue sur cette voie.)

Pour les adolescents et préadolescents, l'attitude est différente : On peut et on doit leurs expliquer les objectifs et les moyens qu'on leurs propose et leurs dire que si leur motivation n'est pas encore d'actualité, elle le sera peut-être demain et qu'en tout cas on reste disponible pour les épauler quand le moment sera venu. Il faut parfois insister auprès des parents pour qu'ils acceptent un report de prise en charge si leur enfant manifeste un refus d'agir.

2.2.5 Planifier des objectifs accessibles et raisonnables

Il est fondamental d'expliquer les objectifs que l'on vise, à l'enfant (quand il a l'âge de les comprendre) et à sa famille : en effet, si les objectifs sont démesurés et inaccessibles, voire même irréalisables, il sera décevant pour l'enfant et sa famille de ne pas réussir à les atteindre. Cela peut même conduire à un abandon du suivi par sentiment d'échec voire même d'impuissance, de fatalité et ouvrir la porte à un cercle vicieux de régimes/échec/reprise de poids/nouveau régime, etc...

En 2004, l'ANAES a publié les recommandations en matière de stratégie de prise en charge en fonction du degré d'obésité. Ces recommandations sont basées sur un accord professionnel.

Une prise en charge précoce et modulée en fonction de l'âge est recommandée. Les objectifs de cette prise en charge sont les suivants :

1. Stabiliser l'IMC lorsque l'obésité est de degré 1 ou diminuer l'IMC lorsque l'obésité est de degré 2
2. Modifier de façon durable les comportements de l'enfant et de sa famille vis-à-vis de l'alimentation et le mode de vie, notamment lutter contre la sédentarité
3. Pratiquer régulièrement une activité physique.

Les objectifs pondéraux varient avec l'âge de l'enfant :

Mincir, affiner sa silhouette, c'est stabiliser son poids ou en perdre selon l'âge et la croissance staturale :

- Chez un adolescent ayant terminé sa croissance staturale, la stabilisation de l'IMC ou sa diminution implique une perte de poids.
- Chez un enfant qui continue de grandir, ou dont le pic pubertaire n'a pas encore eu lieu, la stabilisation du poids voire même parfois le simple ralentissement de la prise de poids suffit à faire diminuer ou stabiliser l'IMC.

2.2.6 Planifiez les moyens et la façon d'atteindre les objectifs

Pour atteindre ces objectifs, il faut souvent du temps, et il faut l'annoncer à la famille : C'est là sans doute le problème le plus délicat et qui conduit sans doute à un abandon rapide du suivi. « Le tout et tout de suite » n'a pas sa place en matière de prise en charge efficace de l'obésité. L'enfant et sa famille souhaitent bien naturellement obtenir des résultats très vite,

c'est à dire une perte de poids rapidement visible sur la silhouette : ils sont prêts à « faire des efforts » mais en contrepartie entendent que « cela paye et vite si possible »

Il est fondamental, à l'aide de la courbe de corpulence, une fois encore, et éventuellement avec des photos des années précédentes, de montrer aux parents, voire à l'enfant (en fonction de son âge) en combien de temps s'est installée cette obésité : souvent l'évolution a été lente et sournoise, presque imperceptible au quotidien...

Cette démarche permet d'expliquer qu'il faut accepter, de la même façon mais « dans l'autre sens » une évolution favorable lente mais durable de la corpulence par des changements de mode de vie progressifs mais durables.

Il est important d'expliquer qu'un régime très restrictif associé à une hyperactivité physique peuvent entraîner une perte rapide de poids. Mais hélas, l'expérience montre que cette perte de poids rapide risque d'être rapidement suivie d'une reprise de poids souvent plus importante. Le patient entre alors dans une nouvelle période de restriction et le phénomène du yo yo est enclenché avec toutes ses souffrances et dégâts pour la santé.

Modifier de *façon progressive mais durable* les comportements de l'enfant et de sa famille vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique fait donc partie des objectifs principaux de la prise en charge.

Pour modifier durablement le mode de vie de l'ensemble de la famille, la motivation du praticien paraît incontournable car il doit convaincre l'enfant obèse « demandeur » et/ou à ses parents de la possibilité d'une amélioration de la situation alors même que bien souvent ils sont fatalistes ou découragés si l'obésité est ancienne...

Mais il faut s'assurer également :

- De la conviction des parents car si les parents eux même ne sont pas convaincus, on imagine mal comment ils vont pouvoir transmettre des messages positifs à leur enfant.
- De la capacité des parents ou de l'adolescent à changer leurs comportements sous peine d'entraîner des déceptions importantes risquant d'aggraver la culpabilité ou la perte d'estime de soi.

Idéalement, il faudrait recevoir la famille *une fois par mois* au début de la prise en charge car les conseils délivrés aux parents et destinés à modifier les comportements doivent être répétés très régulièrement. En effet, l'encouragement délivré au fil du suivi est souvent rapporté par les parents et l'enfant comme efficace les jours voire semaines suivant la consultation puis la motivation s'étioule au fil du temps.

Il est également recommandé de proposer un *suivi de longue durée* (plusieurs années parfois, mais en diminuant la fréquence des consultations) pour s'assurer du maintien dans le temps de l'application des conseils donnés et de maintenir ce suivi, alors même que l'IMC est normalisée ou stable, afin de s'assurer que l'évolution ultérieure reste normale.

Dans certains cas, en fonction de la demande et de la disponibilité du praticien, un suivi plus intensif peut être proposé. L'essentiel est que la famille et l'enfant sachent que le praticien est disponible et prêt à adopter le rythme qui leurs convient le mieux.

2.2.7 Savoir gérer la demande d'examens complémentaires

Certains parents sont très demandeurs d'examens complémentaires. C'est probablement déculpabilisant dans certains cas de chercher un responsable autre que l'environnement familial, c'est dans d'autres cas l'existence d'antécédents familiaux qui inquiète (dysthyroïdie, diabète, dyslipidémie etc.)

Dans la plupart des cas, les examens biologiques sont inutiles à titre étiologique : la plupart des obésités sont des obésités primaires et communes liées à un déséquilibre de la balance énergétique et non à un dysfonctionnement hormonal thyroïdien ou surrénalien pour ne citer que les plus fréquemment évoqués.

Il faut garder à l'esprit néanmoins que face à des signes cliniques évocateurs d'endocrinopathie, face à une dysmorphie, des signes neurologiques, face à un ralentissement statural, un retard mental, un avis spécialisé est souhaitable.

Il est possible par ailleurs de réaliser des examens complémentaires afin d'évaluer les complications éventuelles d'une obésité si celle-ci est très sévère et ancienne.

Enfin il faut avouer que dans certain cas, il est utile de franchir cette étape des examens complémentaires pour certaines familles très inquiètes et très demandeuses car si le doute persiste chez eux, il ne sera pas facile d'aller de l'avant tant que la preuve n'aura pas été faite de l'absence d'anomalie biologique.

3 Implication des médecins libéraux dans diverses actions entrées autour de l'obésité infantile

3.1 Dans une campagne de prévention : EPODE

La campagne EPODE est une action de santé publique qui découle de l'étude Fleurbaix Laventie Ville Santé.

Elle repose sur l'implication volontaire de chaque municipalité qui nomme un chef de projet responsable au sein de son équipe. Celui-ci travaille en collaboration avec un médecin référent (souvent libéral), une diététicienne et les équipes de santé scolaire (médecin et infirmière).

Elle est centrée sur la promotion, à l'école et dans la ville, d'une alimentation variée, structurée et équilibrée et sur la pratique régulière d'une activité physique grâce à des actions transversales menées de façon conjointe par différents acteurs de la ville : enseignants, commerçants, municipalité : promotion de certaines familles d'aliments, animations autour de l'alimentation, semaine nationale de l'activité physique et sportive...

Elle s'étale sur 5 ans, de 2004 à 2009, et se déroule dans 10 villes de France : Asnières sur Seine, Beauvais, Béziers, Evreux, Meyzieu, Roubaix, Royan, St Jean, Thiers, et Vitré. Elle a pour cible les enfants de la grande section de maternelle au CM2 et leurs parents. L'évaluation annuelle de cette campagne est faite grâce au calcul de l'IMC de tous les enfants dans ces 10 villes.

Elle est financée par des partenaires privés (Nestlé et les Assureurs Prévention Santé) et coordonnée au niveau national par l'agence Protéines. Elle bénéficie du parrainage de différents ministères (Santé, famille et personnes handicapées, Jeunesse, Education et recherche, Sports, Ville et rénovation urbaine, Agriculture, alimentation, pêche et affaires rurales, Economie, finance et Industries) et du soutien de sociétés savantes pédiatriques (AFPA, SFP...) et de l'association des Maires de France.

3.2 Dans des actions diverses et des opérations de dépistage : JNDOI de l'AFPA

L'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) est une association de pédiatres libéraux qui existe depuis 1987 et qui compte environ 1500 adhérents. C'est une association très dynamique qui participe bénévolement à de nombreuses actions autour de l'obésité infantile : rédaction du guide alimentaire du PNNS, brochure de la DGS (Direction Générale de la Santé) sur l'importance du suivi de la corpulence chez l'enfant.

Le samedi 8 janvier 2005, à l'initiative de l'AFPA, 700 pédiatres dans 77 centres en France ont permis de rencontrer plus de 2000 familles : les enfants ont été pesés et mesurés, le calcul de l'IMC effectué et la courbe de corpulence tracée. Cette journée a permis de conseiller les parents sur la nécessité d'entamer une prise en charge selon la situation de chaque enfant. Nombreux étaient les carnets de santé mal remplis, sans courbe de croissance tracée et nombreux aussi étaient les parents qui ne se doutaient pas qu'il était temps d'agir, sous-estimant largement la situation de leur enfant qu'ils jugeaient potelés ou simplement « bien portant », sans penser que cela pouvait être préjudiciable à leur santé. Les médecins libéraux dont les pédiatres participent également activement et souvent bénévolement à la réalisation d'outils comme le guide alimentaire du PNNS, la brochure de la DGS sur le suivi de la corpulence, le travail sur l'élaboration des futurs carnets de santé de l'enfant.

3.3 Dans les réseaux de Prévention et Prise en charge : les RéPOP, en Ile de France, à Toulouse, Lyon, et en Franche Comté.

A l'initiative du ministère de la santé, trois villes pilotes en France ont été désignées pour expérimenter un nouveau mode de prise en charge de l'obésité de l'enfant : les réseaux ville hôpital de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique, les RéPOP.

Ces réseaux ont pour objectifs de faciliter en médecine libérale la prise en charge de l'enfant obèse et de sa famille, d'améliorer le dépistage et la prise en charge précoce, d'harmoniser au sein des professionnels de santé, les discours et les référentiels, de favoriser une prise en charge pluridisciplinaire et de faire adhérer les familles à un suivi prolongé.

Les RéPOP bénéficient des financements spécifiques d'une enveloppe budgétaire dédiée aux réseaux : la DRDR (Dotation régionale des réseaux ou 5^e enveloppe, financée conjointement par les URCAM, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et les ARH, Agence Régionale d'Hospitalisation)

Chaque RéPOP bénéficie de financements publics régionaux différents mais l'idée est la prise en compte, par les caisses de sécurité sociale et conformément aux recommandations de l'expertise collective de 2000 de l'Inserm sur l'obésité pédiatrique, du temps nécessaire pour mener à bien une consultation médicale pour cette pathologie chronique et multifactorielle. Parallèlement, des efforts sont faits pour rembourser aux familles les plus démunies des consultations de psychologues et de diététiciennes, habituellement non remboursées par la sécurité sociale.

Des évaluations seront faites afin de savoir si ce type de prise en charge en réseau donne de meilleurs résultats que les prises en charge classiques individuelles au cabinet.

3. Conclusion

Les médecins libéraux ont donc un rôle fondamental à jouer pour développer et intensifier le repérage précoce d'un excès pondéral débutant et pour assurer la prise en charge des enfants obèses.

Les outils de dépistage précoce et de diagnostic sont désormais disponibles et simples d'utilisation dès que l'on en prend l'habitude au quotidien.

La réalisation de formation régulière et actualisée auprès des médecins libéraux devrait faciliter l'appropriation de ces outils et augmenter la sensibilisation à cette pathologie épidémique face à laquelle, entre autres acteurs, tous les professionnels de santé ont un rôle important à jouer.