

Réponses à objections...

Surpoids de l'enfant : prise en charge pluridisciplinaire pour prévenir l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans.

Propositions pour la visite DAM (et/ou médecins-conseils) auprès des médecins généralistes pour leur parler de l'expérimentation pour la prise en charge des enfants de 3 à 8 ans en surpoids et obèses qui va avoir lieu dans leur région (Seine St Denis, Nord Pas de Calais, La Réunion.)



Le surpoids et l'obésité des enfants sont des facteurs de risque d'obésité à l'âge adulte, elle-même facteur de mortalité prématurée.

1- Dépistage

« Je vois surtout les enfants à l'occasion d'épisodes infectieux aigus, d'urgence ou de certificats médicaux ; ce n'est pas le moment de s'occuper de leur problème de poids. »

Le surpoids et l'obésité sont fréquents chez les enfants et fortement marqués par un gradient social : Dans le rapport de la DRESS de 2013 sur la santé des enfants de grande section de maternelle, 12% des enfants étaient en surpoids et 3,5% obèses (on retrouvait 6% chez les enfants d'ouvriers). En 2015, dans le rapport sur les enfants en CM2 : 18% en surpoids et 4% d'enfants obèses (6% d'enfants d'ouvriers).

Un enfant en surpoids ou obèse a un fort risque de le rester à l'adolescence et à l'âge adulte s'il n'y a pas d'intervention auprès de lui.

La HAS a publié en 2011 des recommandations sur le surpoids et l'obésité des enfants et des adolescents et l'Assurance Maladie en 2013 recommandent de surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents, quel que soit leur âge, leur corpulence apparente, le motif de consultation, au minimum 2 ou 3 fois par an.

Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoce de surpoids et d'obésité (surpoids et obésité parentale, diabète maternel ou gestationnel, sédentarité, difficultés socio-économiques des parents, manque de sommeil ...)

Le dépistage et la surveillance se font à l'aide des courbes de corpulence de référence en fonction de l'âge et du sexe. Tracer les 3 courbes : IMC, courbe de taille, courbe de poids. Surpoids se définit par : $IMC > 97^{\circ}$ percentile des courbes de corpulence française. L'obésité par un $IMC > \text{ou} = \text{seuil IOTF } 30$

« Je fais déjà du dépistage : je calcule l'IMC des enfants et je le note dans l'ordinateur ; reporter sur les courbes P ; T ; et IMC sur le carnet de santé, c'est chronophage ».

Le carnet de santé de l'enfant est un bon outil de communication entre les professionnels ((PMI, médecine scolaire, autre médecin consulté), mais aussi avec les parents et l'enfant. Il permet en particulier de surveiller l'évolution des courbes de croissance, de repérer les anomalies, de les expliciter aux parents et à l'enfant et de fixer les objectifs en cas de suivi d'un problème de poids.



Il est très important de renseigner ces éléments dans le carnet de santé de l'enfant.

« Dans quelle mesure le rebond d'adiposité est-il prédictif d'une obésité ? »

Plus le rebond d'adiposité est précoce (avant l'âge de 6 ans) plus le risque de devenir obèse à l'âge adulte est élevé.

C'est un signe d'alerte à repérer tout comme l'ascension continue de la courbe de l'IMC depuis la naissance ou le changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut. Au-delà du 97^e percentile, il existe un surpoids.

Le regard du médecin n'est pas un bon outil de repérage de l'excès de poids.

De la naissance à 1 an, la corpulence augmente et l'enfant peut paraître « trop gros » alors qu'il est normal pour son âge.

De 1 à 6 ans la diminution de l'IMC correspond à une diminution physiologique de l'adiposité. On peut alors avoir une impression trompeuse d'enfant « mince » ou « normal » alors qu'il est au-dessus de la corpulence de référence pour son âge. La remontée de la courbe (rebond d'adiposité) a lieu en moyenne à 6 ans.

Quand la mesure du tour de taille/ taille est $> 0,5$, l'enfant présente un excès de graisse abdominale associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.

« C'est compliqué d'expliquer la signification du rebond d'adiposité aux parents »

La courbe de corpulence du carnet de santé de l'enfant est un bon support d'information de la famille à propos du surpoids et de l'obésité de l'enfant. L'indice de masse corporelle qui est reporté sur la courbe est calculé sur un rapport entre poids et taille et varie donc suivant l'âge de l'enfant.

Il est souhaitable d'expliquer que « la courbe montre que... » et de ne pas caractériser (culpabiliser, blesser, stigmatiser) d'emblée l'enfant comme « trop gros/ obèse ».

Puis de se servir de cette représentation imagée, colorée de la corpulence pour expliquer les variations de corpulence selon l'âge au début de la vie, les couloirs, le moment où il y a eu des changements, le rebond d'adiposité et le projet de se rapprocher s'il en est sorti, du couloir de corpulence correspondant à son âge, au fur et à mesure de sa croissance.

« Les parents sont souvent inquiets de « maladie des glandes » par exemple, pouvant expliquer le surpoids ou l'obésité de leur enfant ».

Il existe en effet des comorbidités et des facteurs associés au surpoids et obésité.



En cas de surpoids de l'enfant avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie ou si l'enfant présente une obésité, il faut faire un dosage de glycémie, d'EAL et de transaminases. En cas d'anomalie, il faut demander un avis spécialisé.

En cas d'obésité franche, il est recommandé de rechercher une étiologie secondaire d'origine endocrinienne devant un ralentissement de la courbe staturale ; une obésité syndromique (retard psychomoteur, dysmorphie, hypogonadisme...) en cas de début très précoce de l'obésité ; d'origine iatrogène (corticoïdes, neuroleptiques, antiépileptiques...).

Les facteurs de complexité (comorbidités, complications) sont à identifier. On peut utiliser un système d'évaluation comme l'EOSS Pédiatrique qui relie la gravité de l'obésité à 4 grands domaines de la santé qui peuvent être atteints et classés de 0 à 3 : métabolisme (anomalie) , mécanique (limitation fonctionnelle), mental (psychopathologie) , milieu (préoccupation environnementale parentale familiale ou sociale).



2- Prise en charge

« Je ne vais pas commencer à faire faire un régime pour faire perdre du poids à un enfant dont le rebond est précoce. Cela va s'arranger en grandissant ».

La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez un enfant en surpoids ou obèse.

Il est recommandé d'avoir pour objectif de ralentir la progression de la courbe de corpulence : de stabiliser ou de ralentir la prise de poids pendant que la croissance se poursuit.

Tout enfant en tout cas à partir d'un certain âge, peut avoir son propre objectif pondéral ; il est intéressant de le connaître et de le prendre en compte.

Il est recommandé que cette prise en charge soit fondée sur l'éducation thérapeutique du patient.

Un suivi régulier et prolongé (au minimum 2 ans) est recommandé

« Si l'enfant / parents ne sont pas prêts à changer leur alimentation, il n'y a rien à faire. »

Parler de poids avec les enfants et les parents c'est aborder les représentations du corps, les difficultés de la vie quotidienne et impliquer l'enfant et les parents dans la prise en charge. Selon l'âge on s'adresse directement à l'enfant ou à l'enfant et ses parents en l'impliquant toujours.

S'enquérir des habitudes individuelles et familiales (choix des aliments, prises alimentaires, perceptions liées à l'alimentation : faim, satiété, envie, plaisir) pour décider ensemble un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant et de son entourage.

Ne pas parler de régime, mais d'alimentation équilibrée et de plaisir.

« Suivre un enfant en surpoids et le faire revenir « dans la norme » est compliqué et prend trop de temps pour un généraliste ».

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie (physique, mentale et sociale) et la prévention des complications.

L'objectif n'est donc pas réellement de revenir « dans la norme », mais d'obtenir de la part des enfants et de l'entourage des changements durables dans les habitudes alimentaires, les habitudes d'activité physique et de lutte contre la sédentarité.

La motivation du jeune patient et de sa famille est un facteur-clé dans la prise en charge du surpoids.



Certaines familles ne sont pas prêtes ou ne peuvent pas s'engager d'emblée dans une telle démarche. Pour ceux-là un temps de maturation est nécessaire et doit être respecté.

L'évaluation de la motivation et l'exploration des représentations permettent d'apprécier l'aptitude au changement du patient et de la famille.

Un document a été rédigé par l'Assurance Maladie (après avis de l'HAS) en Octobre 2010 : « Surpoids chez l'enfant et l'adolescent : Evaluation de la motivation et des habitudes de vie » : représentations et motivations, habitudes de vie (activité physique et sédentarité, alimentation).

On peut expliquer de manière simple et rassurante, choisir ensemble les objectifs à long terme et les moyens pour les atteindre.

« Il y a des enfants qu'on ne peut pas suivre pour ces problèmes-là, c'est trop compliqué ».

Les recommandations de l'HAS de 2011 parlent de 3 niveaux de prise en charge pour sélectionner le niveau de recours de soins pertinent pour les enfants en fonction des comorbidités et de la complexité.

Le premier recours correspond à la prise en charge de proximité par le médecin habituel. Il s'agit d'enfant en surpoids ou obésité commune non compliquée, vivant dans un contexte familial favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés et pour lesquels il n'y a pas de problème psychologique et social majeur.

Le 2^e recours correspond à une prise en charge multidisciplinaire faisant appel à des professionnels spécialisés : diététicien, psychologue, professionnel en activités physiques adaptées...). Le médecin habituel coordonne les soins.

L'expérimentation actuelle dans votre territoire, relève de ce niveau de recours.

Le 3^e recours correspond à une prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés en cas d'échec, de comorbidités sévères, de handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ou de contexte familial très défavorable.

« Si je parle d'un surpoids ou d'une obésité chez leur enfant, certains parents ne reviennent pas au cabinet ».

Il est souhaitable de demander à l'enfant et aux parents s'ils sont d'accord pour parler du poids de leur enfant.



Les patients ont dans la grande majorité confiance en leur médecin, se confient à eux et leur confient la santé de leur enfant. Beaucoup sont prêts à les écouter lorsqu'on leur propose des solutions et de les accompagner ou de les adresser à des personnes compétentes pour leur problème.

Il s'agit d'un constat de risques encourus par leur enfant et il est du rôle du médecin de les en informer et de faire de la promotion de la santé.

Dire à des enfants et leurs parents « nous allons nous revoir et prendre du temps pour en parler et nous recommencerons autant que de besoin ; je vous conseillerai de consulter certains autres professionnels si c'est nécessaire ou si vous le souhaitez » est certainement rassurant, car ils se sentiront soutenus et accompagnés.

Expliquer, rassurer, déculpabiliser.

« Les parents et les enfants se démotivent vite ; ils ne suivront pas mes recommandations longtemps ».

L'objectif est d'établir une alliance thérapeutique avec l'enfant et les parents

Il ne s'agit pas de les culpabiliser, mais de les inciter à aider leur enfant à évoluer et les accompagner dans leur volonté de changement.

Préférer les formulations liées à la santé : « bénéfiques /risques pour la santé » plutôt que d'utiliser les termes de « bien » ou « mal » quant aux comportements de l'enfant qui pourraient être perçus comme un jugement moral.

Faire le point très régulièrement avec les parents et l'enfant sur ce qu'ils ont mis en place comme changement : utiliser un recueil d'informations comme un recueil alimentaire, d'activité physique et de sédentarité, de rythme de vie (qualité et durée du sommeil...).

Evaluer et renforcer la motivation : formuler positivement les objectifs, soutenir et déculpabiliser, renforcer les compétences et la cohérence familiale.

Répéter les conseils dans le temps. Surtout être éducatif en permanence en utilisant des techniques motivationnelles.

« Les parents oublient souvent le carnet de santé ; je ne peux pas suivre facilement la courbe.

Nous avons nos dossiers informatisés dans lesquels nous voyons les dernières biométries. En un coup d'œil, nous pouvons voir si l'enfant a pris du poids par rapport aux dernières consultations.



Proposer la consultation annuelle de suivi de l'enfant pendant laquelle "nous vérifierons" son état de santé globale et nous tracerons les courbes "ensemble" .

Impliquer les parents et pointer leur rôle dans la santé de leur enfant.

« Souvent les parents d'enfants en surpoids ou obèses sont eux-mêmes obèses. On ne peut pas leur demander de montrer l'exemple ».

Il s'agit justement d'éviter les complications et la souffrance qu'ils ont eux-mêmes pu vivre et insister sur le caractère réversible pour eux et surtout leur enfant. En agissant tôt et avant la puberté on diminue le risque de l'enfant.

La théorie de l'apprentissage social (utilisée en milieu scolaire, mais identifiée aussi dans le domaine de la nutrition par les sociologues) consiste à apprendre par imitation et influence extérieure.

« Les populations précaires n'ont pas les moyens de s'alimenter mieux ou d'inscrire leurs enfants au sport »

C'est justement auprès de ces populations ciblées, plus vulnérables (gradient d'obésité infantile multiplié par près de 6 en CM2 selon la position sociale des parents) qu'il faut concentrer nos efforts.

Éviter une approche trop thérapeutique, mais fondée sur le dépistage et les traitements possibles.

Informar les parents sur les actions locales existantes (si possible en lien avec les municipalités et les réseaux).

« Les populations précaires ne comprennent pas les courbes du Carnet de santé ».

On peut utiliser les courbes colorées.

« C'est un problème culturel »

Etudier avec la famille la représentation du repas, sa composition, les représentations du corps obèse selon certaines cultures, la norme et l'anormal.

Expliquer les corrélations avec des pathologies cardiovasculaires, métaboliques...



« C'est compliqué de changer le mode de vie des patients défavorisés ».

Il faut insister sur des messages simples :

Limiter le temps devant les écrans les jours de classe notamment

Prendre un petit déjeuner

Ne pas consommer des boissons sucrées tous les jours...

« C'est difficile d'expliquer les recommandations nutritionnelles aux populations défavorisées ».

Cela s'inscrit dans notre rôle d'éducation à la santé.

Nous pouvons nous aider des outils de l'INPED (SPF), les guides de nutrition avec schémas et iconographie.

« Le poids n'est pas la priorité chez les parents défavorisés ».

Les milieux favorisés ont tendance à avoir une vision préventive de l'alimentation (qui s'inscrit dans la démarche éducative) alors que dans les milieux moins favorisés le rapport entre l'alimentation et la Santé est pensé à court terme (manger en quantité suffisante, pouvoir donner un plaisir immédiat pour compenser les difficultés du quotidien).

« Ces consultations prennent beaucoup de temps et d'énergie ».

Ce sont des consultations, prenantes, qui devront être répétées. La nouvelle convention valorise ces consultations longues à 46€ deux fois par an.