

10

Rôle du pédiatre

Alors que la prévalence de l'obésité augmente régulièrement depuis 20 ans (Enquêtes INSEE 1980 et 1991, SOFRES 1997), il est intéressant de constater que l'Observatoire de Médecine Générale a enregistré entre le 1^{er} septembre 1994 et le 31 août 1995, au cours de 176 123 séances de consultations, concernant 55 495 patients (Société Française de Médecine Générale, 1998) : 2 fois un résultat de consultation noté « obésité » dans la tranche d'âge 0 à 2 ans, concernant le même patient ; et 45 fois un résultat noté « obésité » dans la tranche d'âge de 2 à 15 ans, concernant 31 patients.

L'Annuaire statistique permet de décrire le contenu réel de la médecine générale et son caractère dynamique grâce au recueil de données médicales homogènes standardisées, à partir d'un Dictionnaire de Résultats de Consultation, en continu et en temps réel. En un an, 317 081 résultats de consultation ont été rapportés par 71 médecins. Le résultat « surcharge pondérale » a eu 1087 enregistrements, soit 0,34 % des séances, pour 552 patients dont 426 femmes (850 séances = 0,85 % des séances féminines) soit 2,87 % des femmes, et 126 hommes (237 séances = 0,31 % des séances masculines) soit 0,92 % des hommes. On constate donc que l'obésité chez l'enfant mais également chez l'adulte n'est pas un problème fréquemment abordé en médecine générale.

Le problème de l'obésité est-il traité plus souvent chez le pédiatre ? La surveillance de la croissance fait partie du rituel de la consultation pédiatrique. L'alimentation du nourrisson est abordée de façon systématique à chaque consultation pour les enfants de moins de 1 an. Le pédiatre apporte conseils et informations sur le développement de l'enfant et il est à même d'appréhender les représentations de sa famille, en particulier sur ce qu'elle considère comme un enfant normal. Le suivi régulier de l'enfant doit donc permettre de dépister la constitution d'un surpoids au cabinet du pédiatre. Ce surpoids n'est généralement pas décelé par les parents. Le motif « mon enfant est trop gros » est rare, le pédiatre est plutôt interpellé sur « le bébé pleure tout le temps », ou « il réclame sans arrêt » ou « il a mal au ventre », « il vomit souvent » ou « il ne mange rien ». Il s'agit donc pour le pédiatre de décoder ces messages ; la prescription d'examen complémentaires et de traitements symptomatiques ne fait qu'accroître la confusion et grossir le nombre de diagnostics de reflux gastro-oesophagien.

Sachant que l'obésité risque de persister à l'âge adulte dans 40 % des cas pour une obésité à l'âge de 7 ans et dans 70 % des cas à l'adolescence (Power et coll., 1997), il est donc important d'effectuer un diagnostic le plus précoce possible.

Diagnostic précoce

Le suivi habituel de l'enfant effectué par le pédiatre comporte les éléments nécessaires au diagnostic précoce d'une prise de poids excessive par rapport à la croissance staturale.

Le pédiatre dispose de plusieurs types de courbes de référence (poids, taille, corpulence) qui permettent de suivre l'évolution de la croissance dans sa dimension dynamique même si ces courbes ne sont pas toujours appropriées à l'origine ethnique de l'enfant, puisque variables selon les populations. Le décrochage de la courbe de corpulence ou l'apparition d'une dissociation entre taille et poids sont des signes d'alerte.

Par ailleurs sont abordés à chaque consultation la nutrition de l'enfant, ainsi que son mode de vie (activités sportives organisées ou non, rythmes quotidiens). A cette occasion, peuvent être examinées les réponses inappropriées comme répondre aux pleurs par un biberon et aux chagrins par un bonbon qui peuvent interférer avec la capacité innée des enfants à réguler leur prise alimentaire (Baughum et coll., 1998). Alors que la mère souhaite que l'enfant mange plus, il est souvent difficile d'expliquer que cela peut être nocif pour la santé de manger plus que ne le nécessite la croissance. Les résistances psychologiques sont d'autant plus importantes qu'existent des difficultés économiques, une obésité chez les parents et des différences socioculturelles entre le médecin et la famille. L'acte de manger comporte une valeur affective et symbolique importante dans la relation mère-enfant. L'apprentissage et l'expérience jouent un rôle majeur dans l'acceptation des aliments (Birch, 1998). Il faut souligner que la consommation spontanée peut être irrégulière d'un repas à l'autre, d'un jour à l'autre, mais la moyenne sur 24 heures des apports énergétiques est généralement stable.

Une surveillance accrue est nécessaire pour les familles à risque (pour revue Gidding et coll., 1996) : facteur héréditaire, qui influence pour environ 30 % la constitution d'une obésité ; facteurs familiaux et socioculturels (enfant unique, seul avec sa mère, enfant négligé, mère âgée ou dernier-né), habitat en banlieue défavorisée (Strauss et Knight, 1999 ; Lissau et Sorensen, 1994 ; Locard et Gemelli, 1989).

Éléments utiles dans le cadre d'un dépistage

Un dépistage utile en santé publique comporte plusieurs impératifs : la disponibilité d'un test facile à pratiquer, une bonne sensibilité et spécificité ; une population cible la plus large possible, (ne laissant pas échapper les groupes à risque) ; un traitement possible ; un indicateur d'évaluation de l'impact de l'action entreprise.

L'IMC (Indice de Masse Corporelle) exprimé en kg/m^2 paraît en l'occurrence un bon outil de dépistage ; les courbes de référence en fonction de l'âge et du sexe sont désormais incluses dans le carnet de santé des enfants. Cet indice reflète assez bien le niveau de masse grasse, indépendamment de la taille. Il sert désormais de base internationale, pour permettre des comparaisons entre pays. Les seuils pour la définition de surpoids ou de l'obésité restent néanmoins arbitraires : ils sont exprimés en centiles de la courbe de référence. En France, on considère que l'IMC au delà du 97^{ème} centile identifie une obésité. Des études longitudinales prolongées devraient être menées pour étudier le risque de morbidité à l'âge adulte lié au surpoids dans l'enfance.

Concernant la population cible, celle des individus présentant des facteurs de risque, on peut se demander si cette population consulte en médecine libérale. Il serait donc important de développer l'usage systématique de la mesure de l'IMC en PMI (Protection Maternelle et Infantile) puis en médecine scolaire, par exemple à un rythme annuel. L'examen des courbes permet également de repérer l'âge du rebond. La précocité de ce rebond peut être prédicteur d'une future obésité.

Les mesures thérapeutiques sont encore floues pour l'obésité chez l'enfant. Il paraîtrait nécessaire de développer des centres de référence pour coordonner une prise en charge globale intégrant l'éducation nutritionnelle et l'hygiène de vie. Ces centres pourraient fonctionner en réseau avec les différents partenaires de la médecine de ville, hospitalière et scolaires ainsi qu'avec les acteurs médico-sociaux et représentants des différents niveaux d'action, ville, département, région. L'information concernant le développement du dépistage et son impact devraient être centralisée au niveau de ces centres, afin de permettre le suivi, l'adaptation et l'évaluation des actions entreprises.

Éléments pris en considération pour une stratégie de prévention primaire ou de réduction des risques

Une stratégie de prévention primaire vise à diminuer l'incidence, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas. La constitution du surpoids est multifactorielle, résultat d'interactions entre les facteurs individuels et les facteurs liés à l'environnement familial, social et culturel. La participation de l'enfant et de sa famille aux actions de prévention primaire est donc primordiale pour obtenir

un résultat. Les actions s'adressent à tous les enfants, ceux susceptibles de prendre trop de poids dans l'enfance ou l'adolescence, mais ciblent aussi la prévention de l'apparition d'obésité à l'âge adulte ; les facteurs prédictifs sont encore mal connus. Il s'agit de développer un environnement sain, de renforcer l'action de la communauté ainsi que les compétences individuelles (Gill, 1997 ; Frelut et Isnard, 1994). Le bienfait de l'allaitement dans la prévention de l'obésité a récemment été montré dans une importante étude épidémiologique transversale menée en Bavière en 1997 sur un échantillon de 10 000 enfants (tirés de 135 000 examens systématiques) entre 5 et 6 ans avant l'entrée à l'école, en secteur rural (Von Kries et coll., 1999). Cette étude trouve un effet protecteur en fonction de la durée de l'allaitement. Le pédiatre qui accompagne la mise en route de l'allaitement peut ainsi le favoriser dans la perspective de cette prévention. De plus, le lait maternel est le mieux adapté au métabolisme du nouveau-né : son index protéique plus faible apparaît prévenir le risque de surpoids tardif.

Le pédiatre joue un rôle important dans le conseil aux familles. Il est parfois utile de rappeler le plaisir de parcourir le marché plutôt que les rayons de supermarché ; de varier les fruits, les légumes, les pains ; de préparer la cuisine, les gâteaux, la confiture avec l'enfant, plutôt que de se contenter d'aliments préemballés. Les recommandations positives doivent être privilégiées, plutôt que d'imposer des interdits non suivis ; le but étant de rééquilibrer les proportions des différents aliments et nutriments consommés. Les être humains ont besoin d'une grande diversité d'aliments pour bien se nourrir.

L'information nutritionnelle doit être relayée à l'école, notamment à la cantine, que fréquentent la majorité des enfants. La pratique du « casse-croûte » de 10 heures en classe pour les plus petits pour pallier au manque de petit-déjeuner est discutable. La méthode paraît inadaptée au but recherché ; pourquoi ne pas prévoir un temps de repas le matin, avec pain, fruits et lait, assis ensemble en classe ? Des actions ont déjà été menées avec succès autour du petit déjeuner, repas au cours duquel l'enfant est le plus libre de son choix ; de telles actions situent l'enfant dans son environnement en cohérence avec sa famille, son école et son quartier ; l'enfant est acteur, ce qui lui permet d'être motivé et intéressé. La mobilisation des familles, l'étude des besoins des élèves par les enseignants, les programmes d'actions pédagogiques ont permis la valorisation du savoir-faire de chacun, grâce à la participation de nombreux partenaires (Anonymous, 1999). De même il serait intéressant de prévoir des cours de cuisine au cours de la scolarité, afin là aussi de transmettre une éducation nutritionnelle par l'exemple.

Il faudrait aussi pouvoir contrôler les messages publicitaires qui agissent sur l'imaginaire collectif, ne plus entendre « telle confiserie donne des forces » ; réglementer un peu mieux la composition des aliments diététiques pour nourrissons, qui utilisent parfois de faux arguments de santé. La publicité montre une norme physique filiforme pour vanter des aliments prêts à consommer hypercaloriques ; les messages vantant l'eau, les yaourts, les fruits et légumes,

ne sont pas destinés au jeune public, contrairement à ceux concernant les confiseries et les boissons sucrées.

Il est important de rappeler l'importance du mouvement dans la vie des enfants et donc d'apprendre à lutter contre les technologies modernes comme la télévision, l'informatique, les « game-boys », voire même l'automobile. Différentes études de comportement montrent l'accroissement du temps passé devant la télévision, en particulier au cours de l'adolescence (Dietz et Gortmaker, 1985) ; la diminution des trajets à pied ou à bicyclette, alors que le temps passé en voiture augmente. Quelques aménagements simples de la vie quotidienne permettent de retrouver le temps des promenades, de la marche à pied, des jeux avec les copains au square à la sortie de l'école. Il s'agit de récupérer une aptitude à l'effort adaptée à l'âge et au sexe. Cette rééducation physique permet en outre de sortir de l'isolement du domicile, de renouer avec une vie sociale adaptée à l'âge de l'enfant ; elle doit procurer intérêt et plaisir pour être suivie durablement. L'activité spontanée lors des jeux est primordiale, surtout pour les plus jeunes.

Les interventions doivent là aussi, comme pour le dépistage, être multi-sectorielles et concertées, impliquant les consommateurs, le système de santé, les collectivités, les acteurs économiques, le réseau des Comités d'éducation pour la santé, régionaux (CRES) ou départementaux (CDES). Ces interventions peuvent s'élaborer à l'échelon régional en raison des disparités de prévalence de l'obésité, qui sont indépendantes des structures d'âge, mais peuvent s'expliquer par les différences de mode de vie, d'alimentation, de sédentarité, et de niveau socio-économique. D'après l'enquête SOFRES (1997), la prévalence de l'obésité varie de 4,3 % à 12,1 % pour un revenu mensuel net > 35 000F ou < 6 000F. Comme pour d'autres pathologies chroniques c'est le sujet, dans sa diversité, qui doit être au centre de la prise en charge : comment modifier son environnement, faire augmenter sa dépense énergétique, réguler sa consommation alimentaire ? Les stratégies doivent être adaptées à la situation sociale des familles en difficulté. Les actions en vue de modifier les comportements de façon durable semblent plus efficaces entre 6 et 12 ans, et lorsque les familles y sont associées (Epstein et coll., 1990).

L'évaluation des actions dans le domaine de la prévention est difficile à mettre en œuvre, en particulier sur les résultats à long terme des interventions nutritionnelles chez l'enfant souvent en raison d'effectifs insuffisants (Glenny et coll., 1997). Les études sur le traitement de l'obésité montrent l'intérêt de la diminution de la sédentarité, et l'importance de la participation des parents, avec thérapie familiale ou encouragement au soutien par les parents ; la combinaison de différentes méthodes est plus efficace, surtout si elle est poursuivie au long cours, permettant un dialogue interactif sur la mise en pratique des conseils (Glenny et coll., 1997 ; Anonymous 1997).

La difficulté est de ne pas créer un problème de santé là où il n'existe pas encore, de ne pas aggraver la prise de poids ni son retentissement psychologique, de ne pas exclure davantage. Le but des actions entreprises est parfois

nécessairement modeste, stopper l'aggravation de la corpulence, limiter les comorbidités, et avant tout améliorer la qualité de vie.

En conclusion, il s'agit pour le pédiatre de déceler des accroissements du poids dissociés de la taille, de conseiller l'enfant et sa famille sur l'hygiène de vie nécessaire à un développement harmonieux, d'agir en amont de la prise de poids excessive, et non d'attendre la constitution d'obésités installées, de réduire les facteurs qui favorisent la prise de poids plutôt que de défendre la notion de « poids idéal ». Chaque enfant est un cas particulier de par le contexte familial, l'environnement, le terrain génétique, les incidences psychologiques et physiques qui lui sont rattachées.

L'augmentation de l'obésité incite à développer la prévention pour diminuer l'incidence, et le diagnostic précoce pour réduire la prévalence. Pourtant ces actions sont peu développées, et leur efficacité mal évaluée, en particulier sur le long terme. Les dernières recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France (Basdevant et coll., 1998) insistent sur les mesures autres que diététiques, ainsi que sur l'efficacité de thérapies familiales. L'avantage du pédiatre est d'intervenir en amont du processus de constitution de l'obésité, et de rencontrer l'enfant avec ses parents. Cette action précoce d'information permet parfois d'éviter l'engrenage lié au conditionnement à de mauvaises habitudes de vie, qu'elles soient alimentaires ou de sédentarité.

L'intérêt de ces mesures n'est pas toujours simple à faire comprendre, alors que la morbidité entraînée par le surpoids n'apparaît cliniquement que de nombreuses années plus tard, à l'âge adulte (Must et coll., 1992). Elles ne peuvent être mises en œuvre que dans le cadre du suivi régulier par le médecin de famille, afin de permettre d'élaborer une stratégie de changement des habitudes par l'appropriation de nouvelles valeurs, au cours d'interventions successives, par des conseils positifs adaptés à chaque cas particulier, sans référence à une norme arbitraire. Cette démarche d'accompagnement et d'éducation ne se conçoit que dans la durée et les échanges successifs avec la famille et l'enfant. Malheureusement les familles de milieu socio-économique défavorisé, plus à risque, ont moins accès à un suivi médical régulier.

La formation médicale à cette pathologie multi-factorielle, difficile à traiter, devrait être renforcée pour permettre une meilleure prise en charge au niveau du médecin généraliste et du pédiatre.

BIBLIOGRAPHIE

ANONYMOUS. The prevention and treatment of obesity. *Effective Health Care* 1997, 3 : 1-10

BASDEVANT A, LAVILLE M, ZIEGLER O. Practice guidelines for the diagnosis, prevention, treatment of obesity in France. *Diabetes Metab* 1998, **24** : 10-42

BAUGHUM AE, BURKLOW KA, DEEKS CM, POWERS SW, WHITAKER RC. Maternal feeding practices and childhood obesity : a focus group study of low-income mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, **152** : 1010-1014

BIRCH LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc* 1998, **57** : 617-624

DIETZ WH JR, GORTMAKER SL. Do we fatten our children at the television set ? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics* 1985, **75** : 807-812

EPSTEIN LH, VALOSKI A, WING RR, MCCURLEY J. Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children [see comments. *JAMA* 1990, **264** : 2519-2523

FRELUT ML, ISNARD P. Prevention and treatment of childhood obesity. *Med Nutr* 1994, **30** : 146-151

GIDDING SS, LEIBEL RL, DANIELS S, ROSENBAUM M, VAN HORN L, MARX GR. Understanding obesity in youth. A statement for healthcare professionals from the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in the Young of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Nutrition Committee, American Heart Association. Writing Group. *Circulation* 1996, **94** : 3383-3387

GILL TP, FINER N ED. Key issues in the prevention of obesity. *Obesity. Br Med Bull* 1997, **53** : 359-388

GLENNY AM, O'MEARA S, MELVILLE A, SHELDON TA, WILSON C. The treatment and prevention of obesity : a systematic review of the literature. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997, **21** : 715-737

INSEE. Enquêtes de 1980 et 1991

LISSAU I, SORENSEN TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994, **343** : 324-327

LOCARD E, GEMELLI J. The environment of the obese child. Comparison with a reference population. *Pediatric* 1989, **44** : 35-39

MUST A, JACQUES PF, DALLAL GE, BAJEMA CJ, DIETZ WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med* 1992, **327** : 1350-1355

POWER C, LAKE JK, COLE TJ. Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997, **21** : 507-526

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE. Annuaire statistique 94 / 95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. Documents de Recherche en Médecine Générale 1998, 52

SOFRES. Enquête sur l'obésité, 1997

STRAUSS RS, KNIGHT J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics* 1999, **103** : e85

VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, VON MUTIUS E, BARNERT D et coll. Breast feeding and obesity : cross sectional study. *Br Med J* 1999, **319** : 147 -150